

منشورات جامعة دمشق

كلية التربية



التشخيص النفسي

الدكتور سامر جميل رضوان
أستاذ في قسم الإرشاد النفسي



١٤٣٥/١٤٣٤ هـ.

٢٠١٣/٢٠١٤ م.

جامعة دمشق

*Damascus University
Faculty of Education*



Psychological Diagnostic

Prof. Dr. Samer J. Rudwan

Clinical Psychologist

Publisher: Damascus University



مديرية الكتب الجامعية

سعر المبيع: () ل.س

التَّشْخِصُ النَّفْسِيّ



منشورات جامعة دمشق
كلية التربية

التشخيص النفسي

الدكتور سامر جميل رضوان
أستاذ في قسم الإرشاد النفسي

١٤٣٥/١٤٣٤ هـ.

٢٠١٣/٢٠١٤ م.

جامعة دمشق

محتويات الكتاب

١١.....	مقدمة
١٧.....	الفصل الأول
١٧.....	مدخل إلى التشخيص النفسي
١٧.....	١. مدخل وعرض تاريخي موجز
٣٠.....	٢. المفاهيم الأساسية
٤٩.....	٣. الأساليب والأدوات التشخيصية
٤٩.....	٤. العمل التشخيصي
٥٢.....	٥. أنواع التشخيص
٥٣.....	٦. استراتيجيات التشخيص
٥٤.....	٧. المسائل التشخيصية في الميادين المختلفة
٦٠.....	٨. التعقيد والتنوع والاختزالية في التشخيص النفسي
٦٩.....	٩. التأهيل في التشخيص النفسي
٧٣.....	الفصل الثاني
٧٣.....	التشخيص السيكومتري
٧٣.....	١. مقدمة
٧٤.....	٢. قضايا نظرية
٧٩.....	٣. ما هو التشخيص السيكومتري؟
٨٠.....	٣. المفاهيم الأساسية في التشخيص السيكومتري
٨٦.....	٤. الفرق بين الاختبار والتشخيص النفسي
٨٧.....	٥. أدوات التشخيص النفسي السيكومتري
٨٨.....	٦. أدوات التشخيص الإكلينيكي النفسي بالاختبارات
٩١.....	٧. أبعاد وأهداف التشخيص النفسي الإكلينيكي
٩٩.....	٨. مجالات استخدام التشخيص النفسي الإكلينيكي بالاختبارات
١٠٥.....	الفصل الثالث
١٠٥.....	تصميم الاختبارات النفسية
١٠٥.....	١. مقدمة
١٠٦.....	٢. تصميم الاختبارات النفسية
١٠٧.....	استراتيجيات تصميم الاختبار
١١٨.....	أنواع الوظائف أو المهام
١٢٢.....	مصادر الخطأ في الإجابة عن الأسئلة الشخصية

١٣٩.....	الفصل الرابع
١٣٩.....	طرق الحصول على المعلومات التشخيصية
١٣٩.....	١. مقدمة
١٥٦.....	٣. ملاحظة السلوك
١٦٥.....	الفصل الخامس
١٦٥.....	إدارة الجلسة التشخيصية
١٦٥.....	١. مقدمة
١٦٦.....	٢. إرشادات عملية لإجراء المقابلة
١٧٢.....	٣. تقنيات الأسئلة الاستقصائية
١٧٧.....	٤. التوثيق
١٨١.....	٥. العلاقة بالطفل واليافع في موقف الفحص
١٨٧.....	الفصل السادس
١٨٧.....	العملية التشخيصية والتقرير النفسي
١٨٧.....	١. مقدمة
١٨٧.....	٢. العملية التشخيصية
١٩٥.....	٣. المشاركة في العملية التشخيصية
١٩٧.....	٤. التقرير النفسي
٢٢٤.....	٥. التقرير النفسي في إطار الدمج عند وجود اضطراب نفسي عند الأطفال أو عند احتمال وجوده
٢٢٩.....	الفصل السابع
٢٢٩.....	ضبط الجودة في التشخيص النفسي
٢٢٩.....	الإرشادات والتعليمات والمستويات في العملية التشخيصية
٢٢٩.....	١. مقدمة
٢٣٠.....	٢. مهمات وأعراض الإرشادات والتعليمات
٢٣١.....	٣. الإرشادات والتعليمات والمستويات
٢٣٧.....	٢. تنظيم النتائج وكتابة التقرير
٢٣٩.....	٣. تخطيط التدخلات
٢٤٠.....	٤. التقييم والفحص اللاحق
٢٤٠.....	٥. نهاية العملية التشخيصية

٢٤١	الفصل الثامن
٢٤١	التشخيص والتصنيف في علم النفس الإكلينيكي وعلم نفس الصحة
٢٤١	١. التشخيص والتصنيف في علم النفس الإكلينيكي
٢٤١	١,١ مقدمة
٢٤٢	١,٢ تعريف وأهداف ومهام التشخيص النفسي الإكلينيكي
٢٤٤	١,٣ وظائف التشخيص الإكلينيكي
٢٤٦	١,٤ مستويات التحليل
٢٤٩	١,٥ أدوات التشخيص الإكلينيكي
٢٥٢	١,٦ التشخيصي التصنيفي ومنظومات التشخيص العالمية
٢٦٧	١,٧ تطور منظومات تشخيص وتصنيف الاضطرابات النفسية
٢١٦	١,٩ المقابلات التشخيصية الإكلينيكية
٣٢٨	١,١٠ قياس وتقويم الظروف الحياتية الضاغطة للأطفال في الآي سي دي العاشر
٣٥١	٢. التشخيص في علم نفس الصحة
٣٥١	٢,١ مهام علم نفس الصحة
٣٥١	٢,٢ مسائل علم نفس الصحة
٣٥٢	٢,٣ أهداف ومجالات التشخيص في علم نفس الصحة
٣٥٥	٢,٤ تقويم الإجراءات في علم نفس الصحة
٣٥٧	الفصل التاسع
٣٥٧	التشخيص النفسي في المجال التربوي
٣٥٧	١. مقدمة
٣٥٨	٢. تشخيص السمات الفردية
٣٦٩	٣. نتائج التعلم
٣٧١	٤. التشخيص في المسار المدرسي
٣٧٤	٥. تشخيص خصائص البيئة والمنظومة
٣٧٧	٦. التفاعلات الأسرية وأسلوب التربية
٣٨٢	٧. مشكلات خاصة: تشخيص الإعاقات العقلية
٣٩٩	الفصل العاشر
٣٩٩	التشخيص النفسي الأسري والمنظومي
٣٩٩	١. مقدمة

٤٠٠.....	٢. المشكلات التي يواجهها التشخيص الأسري
٤٠١.....	٣. التشخيص المنظومي
٤٠٣.....	٤. طرق البحث في التشخيص الأسري
٤٠٥.....	٥. العملية التشخيصية الأسرية
٤١٩.....	٦. تصنيف البيانات الذاتية والموضوعية في التشخيص الأسري
٤١٩.....	٧. الطرق الإمبيريقية التشخيصية

٤٢٣..... الفصل الحادي عشر

٤٢٣..... قضايا خاصة: الممارسة النفسية في الميدان الطبي والطبي النفسي

٤٢٣.....	١. مقدمة
٤٢٤.....	٢. التشخيص النفسي
٤٢٧.....	٤. تدريب الصحة
٤٢٨.....	٥. التوثيق

٤٢٩..... الفصل الثاني عشر

٤٢٩..... تشخيص الملاءمة (الانتقاء المهني)

٤٢٩.....	١. مقدمة
٤٣٠.....	٢. تعريف
٤٣٠.....	٣. خطوات الانتقاء
٤٣٥.....	٤. البحث عن المتقدمين واختيارهم
٤٣٦.....	٥. ضبط الجودة
٤٣٩.....	٦. مقابلة المواءمة المهنية
٤٤١.....	٧. شروط تشخيص المواءمة المهنية
٤٤٤.....	٨. مثال توضيحي
٤٤٤.....	١. مدخل
٤٤٧.....	٢. الفحص النفسي
٤٥٥.....	٣. الخلاصة والرأي في المسألة التشخيصية
٤٦٠.....	٤. ملحق التقرير
٤٦٠.....	٥. المراجع والأدوات التشخيصية

٤٦١..... ملحق

المحككات التشخيصية لبعض الاضطرابات النفسية في DSM-IV & IV-TR والآي سي دي

٤٦١.....	العاشر ICD-10
٤٦١.....	((صنور منتقاة من بعض الاضطرابات النفسية المشخصة على المحورين الأول والثاني))
٤٦١.....	١. اضطرابات القلق

المحتويات	التشخيص النفسي
٤٧٥.....	٢. الاكْتِنابات.....
٤٨١.....	٣. اَصْطِرَابَات الأكل.....
٤٨٣.....	٤. اَصْطِرَابَات الوِطَانف الجِنْسِيَّة.....
٤٨٦.....	٥. مَحْكَّات تَشْخِيصِيَّة لِبعض الانحرافات (الشذوذات) الجِنْسِيَّة.....
٤٨٨.....	٧. المَحْكَّات التَشْخِيصِيَّة لِلْفَصَام.....
٤٩١.....	٧. اَصْطِرَابَات الشَّخِصِيَّة لـ ICD-10 و DSM-IV & IV-TR.....
٥٠٦.....	٨. الاَصْطِرَابَات النَفْسِيَّة الناجمة عن أمراض عضوية.....
٥١٠.....	٩. اَصْطِرَابَات القِرَاءة و الكِتَابة المحددة.....
٥١٢.....	١٠. تصنيف التفكك و التحويل في ICD-10 و DSM-IV.....
٥١٣.....	المراجع.....
٥١٣.....	المراجع باللغة العربية.....
٥١٥.....	المراجع باللغة الأجنبية.....
٥٢١.....	مسرّد المصطلحات.....

مقدمة

بسم الله الرحمن الرحيم

يتناول هذا الكتاب موضوع التشخيص النفسي لدارسي التخصصات النفسية في ميدان علم النفس عموماً وعلم النفس الإكلينيكي بشكل خاص. وقد تم بناء وحدات الكتاب بصورة تتناسب مع الأهداف التعليمية التي يفترض أن يقوم الطالب بإنجازها في هذه المادة، وروعي في إعداد المادة حداتها لتتناسب مع مستوى المعرفة الراهن قدر الإمكان، وأن تكون متكاملة مع جميع المواد التي يدرسها الطالب خلال سنوات دراسته كالعلاج والإرشاد النفسي (الاستشارة النفسية)، وعلم النفس الإكلينيكي وعلم النفس الطبي والإرشاد الأسري وعلم النفس التربوي وعلم نفس النمو والقياس والتقويم وعلم النفس التنظيمي وغيرها من المواد، مع الأخذ بعين الاعتبار التقليل من حجم التداخل التكراري إلا بمقدار ما هو ضروري ولازم. ولا يعني هذا بالضرورة أن التكرار الظاهري متعلق بالمضامين، بل أكثر بالعناوين. ولعل القارئ المطلع سيلحظ ذلك. فيما أن التشخيص النفسي يمثل العمود الفقري الذي يربط الفروع جميعها، فإن مكان أدواته لا بد وأن يقع بالضرورة هنا، في حين يكون موضع الاستنتاجات المتعلقة بالأدوات وغيرها في المواد الأخرى حسب طبيعتها. ومن الطبيعي ألا يستطيع الكتاب عرض الطيف الكامل للأدوات التشخيصية التي يصعب الإحاطة بها كلها، وهو لا يهدف إلى هذا بالأصل، وإنما اقتصر العرض على تلك الأدوات التي يمكن أن تُساعد على التوجه وإعطاء صورة عن بعض الأدوات المتوفرة في كل مجال، وانصب التركيز على المبادئ الأساسية للتشخيص النفسي، بوصفه عملية جمع المعلومات، وعلى طرق جمع المعلومات في الميادين المختلفة وحدودها وإمكاناتها وأساليب تهيئتها وإعدادها والتعامل معها، مع عدم إغفال الجانب التطبيقي في الممارسة الميدانية.

ومن الطبيعي أن يحتل الجانب الإكلينيكي وتطبيقاته مساحة أكبر من غيره في هذا الكتاب، مع عدم إهمال الجانب التشخيصي التربوي؛ ويرجع هذا إلى طبيعة المواد الأخرى التي يدرسها طالب الإرشاد النفسي من ناحية، ومن ناحية أخرى إلى ميادين العمل الإرشادي سواء كان في المدرسة أم في المستشفى أم في المؤسسات التي تقدم خدماتها النفسية المتنوعة والمختلفة، ومن ثم ضرورة معرفة الطالب بالإمكانات المتوفرة وأسسها النظرية والعملية، وحدودها ومشكلاتها - وقصورها - في الوقت نفسه، ناهيك عن أنها تتيح للطالب تقدير إمكاناته الذاتية في التشخيص كعملية.

حاول هذا الكتاب أن يلفت النظر في أكثر من موضع إلى أن عملية التشخيص النفسي هي عملية تواصل حي بين كائنين بشريين تجري على مستويات عدة: نفسية واجتماعية وتعلمية وديناميكية وينبغي ألا يغيب عن بال المشخص أبداً أن العلاقة الإنسانية في جلسة التشخيص أهم بكثير من الأداة التشخيصية بحد ذاتها، وأن الشخص الذي يتم تشخيصه، سواء كان طفلاً أم يافعاً أم راشداً، أو حتى أسرة كاملة ينبغي ألا يخرج من العملية التشخيصية وكان شيئاً ما قد ضاع منه، وإنما عليه أن يخرج من هذه العملية بإحساس بالفائدة، بحيث تتحول العملية التشخيصية إلى عملية تفسير أو توضيح يساعد المعني على مزيد من الفهم لنفسه وإمكاناته وقدراته ومشكلاته وحدوده أيضاً وعلى اتخاذ القرار المناسب فيما يتعلق به، ومن ثم ينبغي للتشخيص النفسي ألا يتحول إلى وسيلة من وسائل الأذى للمعني وأسرته أو وسيلة لتقرير مصير الآخرين واتخاذ القرار عنهم، أو باختصار على التشخيص النفسي ألا يتحول إلى وسيلة للقمع والسيطرة.

يعمل المشخص النفسي في سياق اجتماعي ونفسي، ويهتم من هذه الناحية بالظروف الاجتماعية والنفسية التي تحتل النمو النفسي والاجتماعي للإنسان الفرد، والأسرة والمجتمع، في جميع جوانبه وتعيقه أيضاً، ومن هنا ينبغي ألا يغيب عن الذهن ذلك التعقيد والتشابك الذي لا يمكن لأية أداة تشخيصية أو أية مَطْوَمَة تصنيفية أن تحيط به كاملاً، بل تظل هذه الأدوات محكومة بالإطار الذي

توضع لأجله، وبالمطالب العلميّة نحو الاختزال والتجزئة. وهذا يدفعنا للتحذير من التسرع بالاستنتاجات التي تحاول اختصار الإنسان إلى مجرد جانب بيولوجي أو وراثي أو نفسي أو اجتماعي مستقل عن الجوانب الأخرى، أو اختصار الإنسان إلى مجرد مجموعة من الأعراض المستقلة وتفسيرها على مستوى عمليات بيولوجية معزولة، فمثل هذه النظرة تقود إلى الأتمة الخطية وتغفل ذلك التفاعل المتشابك والمعقد، للإنسان بخصائصه النفسية والمعرفية والاجتماعية والبيئية والنمائية والبيولوجية والتطورية التاريخية التي لا يمكن الإحاطة بها إلا من خلال الاستعداد الفكري والنفسي والاجتماعي للمشخص للانفتاح على الخبرة الإنسانية بكامل طيفها، لتمر من خلاله تلك العوامل دون تصفية وانتقاء وتشويه، ومن خلال الإحساس والنظرة إلى الإنسان من منظور حدوده وقصوره وأزماته الوجودية المرتبطة بتاريخ حياته وحاضره وتصوراته حول مستقبله، وأيضاً من منظور موارده الخاصة وأجزائه السليمة التي تعد في العملية التشخيصية أهم بكثير من تلك الجوانب المتضررة. وغياب مثل هذه النظرة عن المشخص تفقد العملية التشخيصية مشروعيتها، وتنحرف عن الواجب الأخلاقي للمشخص تجاه من يتم تشخيصه.

ويأمل مؤلف الكتاب أن يستطيع الكتاب توصيل ذلك الإحساس الذي سعى لتوصيله، إلى جانب توصيل المعرفة، فالمعرفة جانب مهم، لكن تكامل المعرفة مع الإحساس التشخيصي يقود إلى عملية تشخيص موفقة.

اعتمد الكتاب على ما يتوفر في المراجع المتخصصة من معلومات ومعارف توصل إليها الآخرون وكان لابد في كثير من الأماكن من التكتيف وإعادة الصياغة والاقتباسات والتوليف؛ ومن هنا فلا بد من تقدير فضل ما وفرته تلك المراجع وجهود الآخرين والتي أسهمت في خروج الكتاب بهذه الصورة.

ومن هذه الناحية لا يمكن اعتبار الكتاب سوى نوع من إعادة إنتاج أو تدوير لما هو متوفر، وصياغته بقوالب متنوعة، بعضها أصيل وبعضها مقتبس.

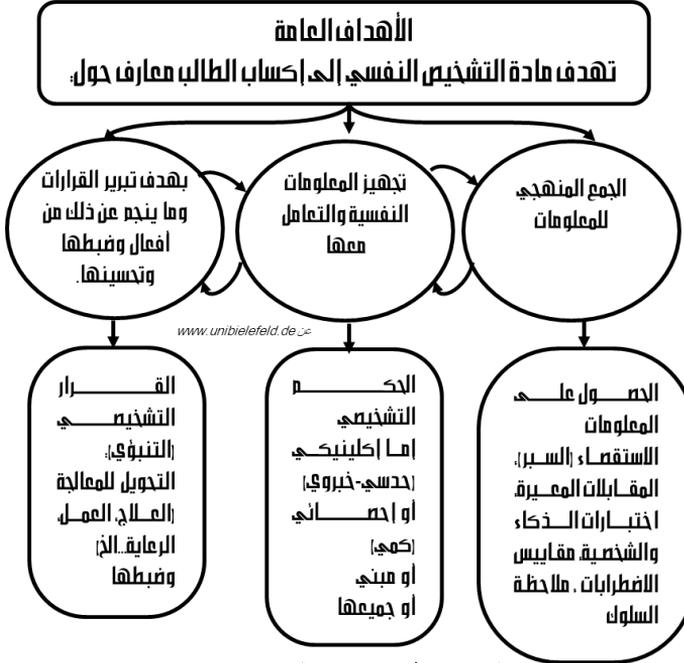
روعي في إعداد الكتاب الأسلوب التعليمي الذي يفترض أن تقوم عليه الكتب التعليمية، وهو من هذه الناحية لا يغني أيضاً عن الجهد الذاتي للطالب في التوسع

والاستعانة بالمراجع المتوفرة حول الموضوعات المُخْتَلِفة، كما تمت الاستعانة بقدر لا بأس به من المخططات والرسوم والجداول التوضيحية تسهيلاً للدراسة، ونصح الدارس بالتعمق في دراسة هذه المخططات وتحليلها وتوضيحها لأنها تُساعده على فهم الفكرة بطريقة مُخْتَلِفة عما اعتاد عليه وتسهم في ترسيخ المعلومة والتعبير عنها بطريقة الخاصة.

والله الموفق

أ.د. سامر جميل رضوان

٢٠١٣



الشكل ١ : أهداف مادة التشخيص النفسي

الأهداف:

- أن يتمكن الطالب من المفاهيم الأساسية في التشخيص النفسي
- أن يُمَيِّز بين الأنواع المختلفة من التشخيص في الميادين المختلفة وأهدافها.
- أن يصبح قادراً على تقدير إمكانات وحدود الأساليب التشخيصية المختلفة من خلال هذه المحكّات و تقويمها بشكل نقدي.

تهدف مادة التشخيص النفسي إلى تقديم معلومات ومهارات حول التجميع المنهجي للمعلومات النفسية وإعدادها بهدف تبرير القرارات وما ينجم عن ذلك من إجراءات وضبطها بالشكل الأمثل. ومثل هذه القرارات والإجراءات تقوم على عملية معالجة مركبة للمعلومات المكتسبة من الصفات النفسية للشخص بوساطة الأساليب أو الأدوات التشخيصية (اختبارات الشخصية، اختبارات الإنجاز، المقاييس الإكلينيكية... الخ) ودمج البيانات التي تم الحصول عليها في حكم أو قرار (التشخيص، التنبؤ).

الفصل الأول

مدخل إلى التشخيص النفسي

١. مدخل وعرض تاريخي موجز

تَهْدِفُ الفقرة التالية إلى تقديم عرض ملخص، وليس عرضاً تاريخياً موثقاً، لتطور حركة التَشْخِصِ النَّفْسِيِّ عبر القرن التاسع عشرَ والعشرين والوقت الراهن. ويُمكن للمهتم الرجوع إلى المراجع المتخصّصة للحصول على تفاصيل و صُورَة أشمل.

عانى التَشْخِصِ النَّفْسِيِّ في ستينيات القرن العشرين "أزمة" تَمَثَّلَتْ بِشَكْلِ عام في مجموعة من الانتقادات الموجهة له منها على سبيلِ المِثَالِ النقد الموجه للقياس التَقْلِيدِيّ للسمات الثابتة والمُسْتَمِرَّة زَمَنِيًّا والشك بفائدتها بالنسبة لتخطيط العلاج، وهي إشكالية مازالت قائمة حتى وقتنا الراهن وتم اقتراح العديد من الحلول سواء ضمن إطار نظرية القياس التَقْلِيدِيّ أم ضمن النظرية الاحتمالية كَنظَرِيَّة راش على سبيلِ المِثَالِ، وحصل توجه التَشْخِصِ القائم على المحيط والموقف، فبتأثير من نظريات التعلّم ونظريات البيئة (التبويؤا) (سكندر، ثورندايك، باركر) قل التركيز على سمات الشخص، وزاد الاهتمام بسمات الموقف (محضرات السلوك، مثيرات السلوك، العواقب)، ثم التطور الحاصل باتجاه التفاعلية فيما بعد، والانتقادات الموجهة لها أيضاً، في حين عزا علم النفس البيئي Ecological Psychology للظروف المحيطية ذات الصلة (كالبيئة الإجتماعية للمنشآت العلاجية على سبيلِ المِثَالِ) أهمية أكبر من أهمية الفرد وسماته. وفي إطار العلاج السلوكي تم في سبعينيات القرن العشرين اقتراح بدائل منها تشخيص السلوك القائم على التحليل الوظيفي للسلوك الشاذ، أي الوظيفة التي يخدمها العرض بالنسبة للسلوك وهو أمر له فوائد مباشرة بالنسبة للتخطيط للعلاج.

كما تعرض النموذج الطبي للاضطرابات النفسية لانتقادات بسبب مظهر التلقب الذي يحمل في طياته مظهر التمييز مما قد يقود إلى عواقب نفسية واجتماعية على الإنسان المشخص. وتم توجيه انتقادات من علماء الاجتماع لنظرية غالتون لادعائها أن القدرات العقلية للإنسان هي قدرات موروثية وما يستتبعه ذلك من استنتاجات تقوض دور التربية والمؤثرات البيئية في تنمية قدرات الإنسان. وتعرض اختيار بينيه للذكاء لانتقادات مختلفة، لأنه يفصل بين "الأذكاء" و "الأغباء" ومن ثم ظهر الاختلاف حول معامل الذكاء IQ والحدود الفاصلة ومشكلات القياس وارتباط المقاييس بالعوامل الثقافية والتربوية وحول موضوع دور العوامل المحيطية والوراثية في الذكاء.

وظل التشخيص والعلاج يسيران لفترة طويلة بطريقتين مستقلتين مختلفتين عن بعضهما، وكثيراً ما اشتكى العاملون في ميدان الإرشاد والعلاج النفسي والإكلينيكي بأنهم غير قادرين على الاستفادة من المعرفة التي اكتسبوها حول التشخيص النفسي بشكل مثمر أو أنهم يستخدمون التشخيص من دون أي استناد مباشر إلى العمل العلاجي الإرشادي، ولم يكن الأمر في ميدان الطب النفسي أفضل، إذ ساد الاعتقاد لفترة طويلة بأن التشخيص التصنيفي السائد في الطب النفسي ليس مرتبطاً بالعلاج بل غالباً ما كان التشخيص يتم بشكل ضمني أي ليس بصورة صريحة وواضحة، على الرغم من القناعة أن التشخيص يسبق العلاج وأن العلاج الجيد يتطلب تشخيصاً جيداً.

عرفت أولى برامج الاختبارات لانتقاء المتقدمين للوظائف العامة وللمراقبة المنتظمة للأداء حوالي ٣٠٠ سنة ق.م في الصين، وظل هذا النوع من الاختبارات في شكله العام سارياً حتى عام ١٩٠٥، وكان عبارة عن اختبار كتابي يتضمن أسئلة

^١ النموذج Paradigm, Model : سلسلة من الفروض الأساسية التي تحدد مع بعضها كيفية صياغة البيانات (المعلومات) في مفاهيم وفحصها جميعاً وتفسيرها، بل وحتى كيفية التفكير في مضامين محددة، مثال ذلك النموذج البيولوجي (الطبي، المرضي)، النموذج النفسي، نموذج المنشأ الصحي.

حوّل القانون والمال والجغرافيا، واختبار عملي يتضمن الفروسية والعزف ورمي السهام.

وفي القرن السابع الميلادي أدخل الصينيون برنامج انتقاء متعدد المراحل وموضوعي، حيث أدرك الصينيون في ذلك الوقت أهمية التقييم الموضوعي لذلك كان التقييم يتم في ذلك الوقت من خلال مقومين اثنين.

وكان أفلاطون (٣٢٢ - ٣٨٤ ق.م) أول من قدم بعض الأفكار حول الفروق بين الأفراد ورأى أن المهن المختلفة تحتاج إلى أشخاص يمتلكون صفات خاصة واقترح أن يتم تسجيل الفروق الفردية بين الأفراد عن طريق الملاحظة، حيث تتم ملاحظة السلوك في المواقف ذات الصلة، أي تلك المواقف التي يفترض فيها لسمات معينة، تعد بالنسبة لممارسة تلك المهنة أو العمل أساسية، أن تظهر، مثال ذلك الحارس الذي يفترض فيه أن يمتلك سمات الشجاعة والانضباط الذاتي والنزاهة.

كما ظهرت في تلك العصور نظريات الأخلاق التي امتد تأثيرها عبر العصور اللاحقة بأشكال مختلفة مروراً بالحضارة الإسلامية وعصر النهضة في أوروبا وما زالت بقاياها حتى وقتنا الراهن في الممارسات الشعبية والإعلامية.

وبداية في القرن التاسع عشر حظيت الأفكار التشخيصية وأفكار "علم نفس الشخصية" بالانتشار الواسع، ففي هذا القرن شهدت العلوم الطبيعية تقدماً ملحوظاً، فكانت دراسة الفروق الفردية ثمرة من ثمار التقدم في تلك العلوم كالفيزياء والبيولوجيا والرياضيات والفيزيولوجيا حيث قدمت هذه العلوم طرقاً للقياس وكانت البيولوجيا أول من وضع مفهوم الفروق بين العضويات في مركز هذه الرؤيا. وكان غوستاف ثيودور فيشنر (1801-1887) Gustav Theodor Fechner أول من بدأ في البداية بقياس السمات النفسية بشكل عام، وليس الفروق الفردية، وأظهر كيف يتم قياس المتغيرات النفسية وكيف تسلك المتغيرات النفسية بالنسبة للمتغيرات الفيزيائية، باستخدام أدوات بسيطة كقياس زمن الاستجابة على سبيل المثال.

إلا أن المرحلة الأولى من التشخيص العلمي قد بدأت مع فرانسيس غالتون الإنجليزي (١٨٢٢ - ١٩١١) تلميذ فوننت الذي بدأ بالدراسة المنهجية للفروق بين الناس - وهو أمر لم يوافق عليه فوننت - فاهتم بدراسة الفروق الفردية في القدرات بين الناس، ورأى أن الذكاء موروث في قسمه الأكبر وهو عبارة عن قدرة استعرافية عامة.

ففي عام ١٨٨٢، اهتم غالتون، و جيمس ماكين كاتيل James McKeen Cattell الأمريكي، بقياس الوظائف الحسية (قياس العتبات في المجال السمعي والبصري واللمسي) أو قياس الفروق الفردية في الاستجابات، و كانا يعتقدان أن دراسة الفروق الفردية في الاستجابات تُساعد على دراسة الذكاء، فطور جيمس ماكين كاتيل أول اختبار نفسي Mental Test في عام ١٨٩٠، وفي عام ١٨٨٣ عرض غالتون Galton في كتابه "قياس الطبع The Measurement of Character" مقاييس تقدير Rating Scale واختبارات ورقة وقلم واختبارات حسية حركية (كقياسات وقت الاستجابة على سبيل المثال). ومن أجل المعالجة التالية للنتائج قام غالتون بتطوير "دليل الارتباط Indexes of Correlation" الذي قام بيرسون فيما بعد في عام ١٨٩٦ بتطويره إلى معامل الارتباط وطالب غالتون بجعل نتائج الاختبارات قابلة للمقارنة من خلال الحفاظ الدقيق على موقف الفحص (التعيير). ويرجع الفضل لغالتون في وضع مفهوم "الانحراف" أي مدى ابتعاد قيمة القياس الفردي عن متوسط التوزع، وهو شرط حساب الارتباط وتطوير التحليل العاملي من قبل شارلز سبيرمان Spearman في عام ١٩٠٤. ولعل من أهم إسهامات غالتون قيامه بتصنيف الذكاء من خلال التوزع الطبيعي حيث يقع "الأغبياء" ٢ تحت المتوسط بكثير و "المبدعون" فوق المتوسط بكثير. وتعد أعمال غالتون مثالا لتطوير تشخيص نفسي علمي انطلاقاً من علم نفس فارق ممارس تجريبياً، أي من تجارب مختبرية مضبوطة بشكل دقيق.

^٢ تم استخدام بعض المصطلحات في بعض مواضع هذا الكتاب كما وردت في سياقها التاريخي وليس كما تسمى في الوقت الراهن.

أما إيميل كريبلين (Emil Krepelin, 1882) فدرس المهام المركبة مثل المهمات والمسائل الحسابية ومهمات الذاكرة.

وكانت المرحلة الثانية من التشخيص التي احتلت فيها المسائل العملية من التربية والطب النفسي مركز الاهتمام، فتولى الأطباء والتربويون قيادة هذه المرحلة، فظهر اختبار الضجوات لإيبينغهاوس Ebbinghaus (1850-1909) في عام 1897 بهدف قياس ذكاء المجموعات في مراحل متعددة من "المدارس الثانوية العليا" "الجمنازيوم³"، وهو اختبار يتألف من طرق حساب وذاكرة وتركيب، والتي كان من أهم نتائجها اكتشاف التزايد الواضح للأداء مع العمر؛ حيث ظهر ارتباط إيجابي بين الإنجاز المدرسي والأداء على الاختبار. وقد كانت هذه أولى الاختبارات العملية القابلة للاستخدام التي اقتربت جداً من تكميم الذكاء، ومارست تأثيرها على بينيه Alfred Binet (1857-1911) فيما بعد.

ومع بينيه أصبحت اختبارات الذكاء أكثر تعقيداً وتنوعاً، طبقاً لفهمه للذكاء، فقد أظهرت الدراسات مع مجموعتين متطرفتين أن الاختبارات لا تفصل بشكل جيد بين المجموعات، إذ يجب أن تكون مهام الحساب والاستنتاج والحكم الأخلاقي أكثر قدرة على الفصل، فظهر اختبار ألفريد بينيه وتيودور سايمون في عام (1905) وكان اختباراً للأطفال مكوناً من 30 مهمة مقسمة وفق صعوبتها (اشتمل تعديل عام 1908) على 48 مهمة تشتمل المرحلة العمرية بين 3-13 سنة، ويهدف إلى معرفة فيما إذا كان العمر العقلي يتطابق مع العمر الزمني، أي إلى تحديد العمر العقلي من أجل التمكن من الفصل بين الأطفال "العاديين" و "المعوقين"، لأغراض فرزهم في المدارس (نوع المدرسة)، وكان الاهتمام ينصب عند تقويم الاختبار على قدرة الطفل على حل أكبر قدر ممكن من المسائل بشكل صحيح، ويكون "العمر العقلي" عندئذ متطابقاً مع "العمر الزمني"، أما إذا حل الطفل القليل من المهمات بشكل صحيح فيكون "العمر العقلي" أقل من العمر

³ شكل من أشكال المدارس الثانوية موجود في ألمانيا

الزمني. وقام تيرمان بتعديل الاختبار لأمريكا في عام ١٩١٦ وعرف تحت اسم ستانفورد بينيه للذكاء ليستخدم أيضاً للأطفال والراشدين العاديين وفوق المتوسط، وقد ظل اختبار ستانفورد بينيه طوال نصف قرن أساس تشخيص الذكاء. وفي عام (١٩٣١) قام لويس ثورستون (Louis Thurston) (1887-1955) بتطوير نظرية القدرات العقلية الأساسية primary mental abilities المسؤولة عن الذكاء والمستخلصة على أساس من تحليلات عاملية: الفهم اللفظي، الطلاقة اللغوية، الأعداد، السرعة، الذاكرة، السرعة المثوية والتفكير الاستنتاجي، واعتبر أن هذه القدرات قدرات مستقلة عن بعضها.

ومن أجل جعل مستوى الذكاء قابلاً للمقارنة في السنوات المختلفة من العمر اقترح شتين (1912) Stern تقسيم العمر العقلي على العمر الزمني، فإذا ما ضرب الناتج بمئة ينتج عن ذلك معامل الذكاء IQ. وهو يختلف عن مفهوم معامل الذكاء الراجح حالياً، ففي عام ١٩٣٩ أدخل ويكسلر (David Wechsler) (1896-1981) ما يُسمى "بمعامل الانحراف" (القيم الزائفة z-Values المحولة خطياً أو القيم المعيارية) في إطار إعادة تصميم اختبارات الذكاء، وهو الإجراء الذي تقوم عليه اليوم كل قياسات الذكاء.

كما ظهر الاهتمام بتشخيص الإنجاز الذي أصبح يسمى بدءاً من عام ١٩٤٤ اختبارات الذكاء حسب ويكسلر، لقياس القدرات الكثيرة قدر الإمكان وتوفير مؤشر موثوق للقدرات العامة وكانت مهمات الاختبارات متلائمة مع مستوى التطور المعرفي لذلك الوقت.

أما التشخيص الإكلينيكي بالمعنى الضيق فيؤرخ له مع تأسيس أول عيادة نفسية في عام ١٨٩٦ لويتمر (Witmer) (1867-1956) وغودارد (Goddard) (1908). إذ افتتح ويتمر إلى جانب العيادة مكتباً للاختبارات التي تهتم بالفرد المدرسي، وقام بتجميع سير ذاتية بهدف التعرف على القوانين العامة للاضطرابات النفسية وتطوير إمكانات تشخيصية بالاختبارات صالحة بشكل عام (Röhrle, 2008).

وكانت أولى بدايات تشخيص الشخصية متأثرة بالطب النفسي، فقد قادت الملاحظات المتمثلة في أن الكثير من مشكلات الإنسان ينشأ من خلال نظرتة الذاتية للأمور، إلى تزايد أخذ الخبرات الشخصية بعين الاعتبار، إلى جانب السلوك القابل للملاحظة الموضوعية. وكانت المقابلات والاستبيانات هي المداخل التقليدية للخبرات الذاتية التي يمثل استخدامها بداية تشخيص الشخصية، وتعد صفحة البيانات الشخصية Personal Data Sheet لـ روبرت (Robert S. Woodworth) (1869-1962) التي ترجع إلى عام ١٩١٨، الأساس الذي قامت عليه الاستبيانات الحديثة، فقد أعد روبرت قائمة بهدف فرز الجنود الأمريكيين الملائمين للحرب الذين سيتم سحبهم لأوروبا في الحرب العالمية الأولى من غير الملائمين، وتألفت هذه الصفحة من ١١٦ بنداً يجب عنها بنعم أو لا، والدرجة العليا كانت تعني أن الجندي غير ملائم. أما فرانسيس غالتون فقد قام بقياس الانفعالات من خلال نبضات القلب وعدد النبضات، واستخدم كريبلين وكارل غوستاف يونغ تقنيات التداعي لقياس سمات الشخصية.

وفي عام ١٩٢١ نشر الطبيب النفسي هيرمان رورشاخ "اختبار رورشاخ"، المعروف تحت اختبار بقع الحبر، وهو اختبار إسقاطي.

أما راييموند كاتل (Raymond B. Cattell) (1905-1998) فقد طور في عام (١٩٤٩) اختبار العوامل الستة عشر للشخصية Sixteen Personality Factors-16 PF المشهور الذي ما زال يعد حديثاً حتى اليوم، فقد حاول اكتشاف الصفات المستقلة عن بعضها والتي تمثل تنوع الشخصية من خلال التوليف بين درجات الوضوح (البروز). وعلى الرغم من أنه قد تم تجاوز الكثير من المشكلات المرتبطة بالاختبارات النفسية إلا أنه ما زال هناك الكثير من المشكلات المرتبطة بالقياس والأدوات التشخيصية، لهذا فإنه يُنظر اليوم إلى أن قرار استخدام الأدوات التشخيصية يرجع إلى الشخص، فعليه أن يقرر بنفسه فيما إذا كان سيتولى تكليفاً بمعالجة مسألة معطاة أم لا. وعلى الخبير أن يوازن، فيما إذا كان التكليف مبرراً ويمكن تحمّل مسؤوليته أم لا.

وترجع جذور محاولات تصنيف الاضطرابات النفسية إلى العصور القديمة، إلا أن التصنيف العلمي قد تأسس على يد كريبلين، وهو تلميذ لفونديت أيضاً، بطريقة استقرائية، وما زالت تأثيراته ممتدة حتى يومنا الراهن عبر تصنيف الاضطرابات النفسية واكتشاف المتلازمات وأسهم هذا التصنيف بتطوير واحد من أشهر الاختبارات النفسية ألا وهو اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية Multiphasic Minnesota Personality Inventory (اختصار MMPI) في عام ١٩٣٩ الذي ألفه هاثاوي وماكينلي Hathaway & Mckinley ونشر في عام ١٩٤٣. وشهد التشخيص التصنيفي مراحل كثيرة انتهت بثورة التشخيص التصنيفي مع صدور الآي سي دي العاشر ICD-10 لمنظمة الصحة العالمية و بدءاً من الذي أس أم الثالث DSM-III للجمعية النفسية الأمريكية، وانتهاء بالطبعة الراهنة الذي أس أم الرابع DSM-IV، والتعديلات الصادرة في الآي سي دي الحادي عشر ICD-11 و الذي أس أم الخامس DSM-V التي قامت على أساس التصنيف القائم على الأعراض المسندة علمياً، وأسهم فيه عدد كبير من علماء النفس الإكلينكيين إلى جانب الطب النفسي.

وشهد الوقت الراهن توسعاً في الأعراض من استخدامات الاختبارات، فبعد أن كانت وظيفتها الأساسية هي الفرز (القوات المسلحة، المدارس) توسعت الأهداف حسب المسائل المطروحة منها على سبيل المثال التشخيص النفسي الإكلينيكي للأعراض والمتلازمات والشخصية في سوائها واضطراباتها والتشخيص المرافق للعلاج

٤ الاستقراء: كان الاستقراء جزءاً من المنطق القديم. ينطلق المنطق من المعطيات الحسية والوقائع الفردية التي تعرضها علينا التجربة الحسية، فهو يقوم على مبدأ مادي ويستند من جهة أخرى إلى الحقائق المعقولة. يعالج القياس المعقولات بينما الاستقراء يعتمد على المعطيات الحسية ففي القياس ينتقل الفكر من معقول إلى معقول أما في الاستقراء فينتقل الفكر من المحسوس الجزئي إلى المعقولات العامة والاستقراء نمط مغاير مغايرة جوهرية للقياس وهو استدلال يستنبط فيه الفكر الحقيقة الكلية من ملاحظة معطيات جزئية بالقدر الكافي.

والتشخيص القائم على الموارد والتشخيص المتجه نحو التنمية والتنمية المعرفية المبكرة وتدريب الكفاءات... الخ.

وأصبحت هناك قيود خاصة فيما يتعلق بالاختبارات والأدوات التشخيصية الأخرى عموماً واستخداماتها لما تطرحه من إشكاليات تشخيصية، مثل استغلال نتائج الاختبارات أو التلاعب بالنتائج لأغراض غير مخصصة لها بالأصل. وأصبحت الاختبارات أكثر ملاءمة للناس وحاجاتهم. ومع التشخيص المحوسب برزت إمكانات جديدة لم تكن ممكنة لاستخدام الاختبارات النفسية وتطوير أشكال جديدة مبتكرة، وتطوير منظومات متكاملة من الاختبارات المحوسبة لأغراض التشخيص والبحث العلمي. كما يزداد عدد المنشورات التي تهتم بالتشخيص النفسي.

ويزداد اليوم الاهتمام بأهداف التشخيص القائم على التعديل modification oriented Goals of Diagnostic، فأصبحت مسائل انتقاء وتصميم الظروف ذات الصلة للسُّلوك من أجل تحقيق التعديل الممكن، وكيفية تحقيق الأهداف العلاجية على درجة كبيرة من الأهمية، ثم توسعت مسائل التشخيص القائم على التعديل باتجاه مطالب تشخيص العملية وتشخيص النجاح وانتهاء بما تطلق عليه اليوم تسمية إدارة الجودة Quality management أو التشخيص المُسند إلى الدليل Diagnostic based on evidence، الأمر الذي قاد من جهته وفي إطار الفاعلية أو الدلائل التفريقية Differential Indication إلى العودة للاهتمام بتشخيص السمات التي يُفترض فيها أن تُساعد المُشخص على اتخاذ القرار بشكل مناسب حول من هم الأشخاص، وبأي نوع من الاضطرابات النفسية وفي أي سياق، وأي نوع من العلاج وأي نوع من المُعالجين (سمات المُعالج)، يُمكن تحقيق أكبر فائدة للمُعنيين.

يرى كلٌّ من هيرتسكا و روي كاوف (Herzka & Reukauf, 2002,P.8) أن المُستوى الراهن للتشخيص النفسي يتصف بوجود عدد كبير من الأدوات المتنوعة وغير المُتجانسة إلى جانب بعضها ومع بعضها، مع العلم أنه توجد خلافات حول قابلية هذه الأدوات للاستخدام الإكلينيكي وحول برهانها العلمي وغالباً لا يكون هناك تطابق بين الاستخدام الإكلينيكي لهذه الأدوات وصلاحياتها العلمية. ويرى

أن هذا الخلاف يعكس صورة من التوتر بين الواقع الحي الذي يسيطر عليه التعقيد والتنوع والتغير والتنظيم الذاتي على سبيل المثال من ناحية وميكانات الصلاحية (الصدق والثبات والموضوعية) والاختزالية من ناحية أخرى. ويشيران إلى أن الهدف

٥ تم نحت (صياغة) مفهوم التنظيم الذاتي في خمسينيات القرن العشرين من كلارك وفارلي B. W. A. Clark und G. Farley، حيث لاحظا أن الفاعلين operators، الموجودين في علاقة مغلقة يوظفون أنفسهم (يجعلونها مستقرة) بشكل ما ولاحظا الظاهرة المتمثلة في أن منظومات مغلقة معينة ما تطور بعد بعض الوقت أشكالاً ثابتة من السلوك. وفي المنظومات الاجتماعية يمكن ملاحظة كيف أن النظام ينبثق من المنظومة نفسها بشكل مستقل عن تصرفات أو أفعال المنظم، وتطلق على هذه الظاهرة تسمية التنظيم الذاتي. والتنظيم الذاتي شكل من أشكال تطور المنظومة تنطلق فيه التأثيرات التي تمنح المنظومة شكلاً أو هيئة وتشكلها وتقيدها عناصر المنظومة ذاتها المنظمة لنفسها. وهي تتصف بأربعة خصائص؛ (١) التعقيد: وهو ينجم عن تشابك أجزاء المنظومة من خلال العلاقات المتفاعلة، وتغيير نفسها باستمرار، كما أن الأجزاء يمكن أن تتغير أيضاً في أي وقت، ومن هنا فإن التعقيد يجعل وصف سلوك المنظومة بشكل كامل أو التنبؤ به عملياً صعباً. (٢) المرجعية الذاتية المنظومة المنظمة لذاتها هي منظومة ذات مرجعية ذاتية self-reference وتظهر مساراً دائرياً إجرائياً أي أن كل سلوك للمنظومة يؤثر عليها نفسها ويتحول إلى نقطة انطلاق أخرى لسلوك آخر. ولا تتصرف المسارات الدائرية الإجرائية نتيجة لتأثيرات خارجية وإنما بشكل مستقل وعلى مسؤوليتها. والمرجعية الذاتية لا تمثل تناقضاً تجاه انفتاح المنظومة. (٣) الغزارة (الإسهاب) redundancy: في المنظومة المنظمة لذاتها لا يوجد فصل مبدئي بين الأجزاء المنظمة، المشكلة أو الوجهة، فكل أجزاء المنظومة تمثل بانبات (أحجار بناء) ممكنة. (٤) الاستقلالية: التنظيم الذاتي هو تنظيم مستقل إذا ما تم تعريف العلاقات والتفاعلات التي تحدد المنظومة كوحدة من المنظومة نفسها. وتقوم الاستقلالية على محكات محددة، لأن علاقة التبادل المادي والطاقي تظل قائمة.

٦ الاختزالية تعني تحويل معطى أو قول من الأقوال أو العملية إلى شكل أبسط وأكثر كثافة من وجهة نظر الهدف الواجب بلوغه، وبالمعنى الفلسفي هو العملية التي نشرح بها ظاهرة معقدة بظاهرة أبسط، معروفة ومن مستوى أدنى (نورير سيلامي، ٢٠٠١: المعجم الموسوعي في علم النفس ترجمة وجيه أسعد). لقد قاد التطور العلمي في القرن التاسع عشر إلى إنكار أية قوة خاصة للحياة بهدف تحقيق الموضوعية تمثلت فيما يسمى بالنظرة الاختزالية، التي تعني أنه يمكن تحليل السلوك إلى عناصر أساسية أو إلى وحدات فيزيولوجية وبيوكيميائية وإمكانية تفسير السلوك بالطرق الموضوعية، ورافقت هذه النظرة الاختزالية reductionist مفاهيم الحتمية necessity والسببية causality التي كانت سائدة في الفيزياء والعلوم الأخرى آنذاك، فكان أن بدأ الأطباء وبعض الاتجاهات النفسية بالتعامل مع الإنسان وكأنه آلة مؤلفة من أجزاء منفصلة وعمموا نتائجهم بحيث إن ما يصح على شخص ما في ظرف ما يصح على الآخرين، واعتبروا المرض عدواناً خارجياً يجب قمعه بما توفر من وسائل شكلت مئات الأدوية المتوفرة ترساناتها الرئيسية. وتكر هذه الرؤية النظر إلى الإنسان على أنه تابع الهامش على الصفحة التالية

يُفترض ألا يكون في السعي لحل هذا التناقض أو جعله منسجماً، وإنما ينبغي تقدير هذا التناقض لأنه يغني الصورة التشخيصية وينمي التواضع التشخيصي، إذ يمكن للحُدس والاختبارات والتقديرات المشتركة (البنين ذاتية inter subjective) والبيانات المسبورة ونتائج الجلسات والرسم والتداعيات اللفظية والملاحظات الكلائية والاختبارات الخاصة، أن تكمل بعضها. وبالنسبة للممارسة فإن الهدف الأساسي يتمثل في أن الأدوات التشخيصية معاً تقود إلى تبين (توضيح) يحقق للمعنيين،

كل متكامل أو وحدة عضوية تتألف من وحدات أصغر في تفاعل ديناميكي مستمر مرتبط بشكل وثيق مع الطبيعة. وترى النظرة التكاملية للإنسان أنه عبارة عن منظومة متكاملة تسير في تفاعلها المتنوعة وفق مبدأ ديناميكي أساسي هو مبدأ التنظيم الذاتي auto-organization الذي يشتمل على تنظيم العمليات الاستقلالية والتجدد الذاتي للخلايا والأنسجة والشفاء الذاتي. ووفق هذه النظرة، يصبح المرض تعبيراً عن خلل في التوازن الداخلي أو في العلاقة مع المحيط وردة فعل طبيعية من أجل إعادة التوازن، وتصبح مهمة الطبيب المعالج تهيئة الشروط الصحية للملاءمة ومساعدة العضوية على تحقيق قدراتها الطبيعية في الشفاء الذاتي فيما يمكن اعتباره أساسياً للمعالجة الطبيعية. وهذه النظرة هي نظرة بيئية (إيكولوجية) لا تفصل الإنسان عن البيئة الطبيعية، ولا ترى العالم كمجموعة من الأشياء المعزولة، إنما كشبكة من الظواهر المترابطة والمتواكلم بعضها على بعض جوهرياً. وتعترف بالقيمة الجوهرية لكل الكائنات الحية وتنظر إلى البشر كمجرد خيط متميز واحد في نسيج الحياة. (<http://www.annabaa.org/nbanews/62/517.htm>). و تنطوي الطريقة المنظومية أو الإيكولوجية العميقة في التفكير على نتائج هامة عديدة ليس على العلم والفلسفة وحسب، بل وعلى المجتمع وعلى حياتنا اليومية أيضاً. إذ إنها سوف تؤثر في مواقفنا تجاه المرض والصحة، في علاقاتنا بالبيئة الطبيعية، وفي العديد من البنى الاجتماعية والسياسية. إن الانتقال إلى نظرة جديدة إلى العالم ونمط جديد من التفكير يسيران يداً بيد مع تغيير عميق في القيم. وما يثير العجب في هذه التغيرات، بنظري، هو تلك الصلة المدهشة بين التغيير في التفكير والتغيير في القيم، فكلاهما يمكن أن يُرى كتحوّل من توكيد الذات self-assertion إلى التكامل integration. وفي حدود ما يتعلق بالتفكير، بوسعنا أن نلاحظ انتقالاً من العقلاني rational إلى الحدسي intuitive، من التحليل analysis إلى التأليف synthesis، من الاختزالية reductionism إلى الكلائية holism، ومن التفكير الخطّي linear إلى التفكير اللاخطي nonlinear. والفكرة هنا ليست استبدال نسق بنسق، إنما الانتقال من المُبالغة في التشديد على أحد النسقين إلى توازن أعظم بينهما (http://www.maaber.org/second_issue/deep_ecology_1.htm).

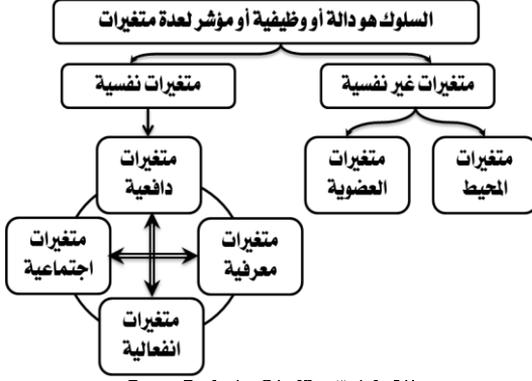
راشدين وأطفال، آباء وأسر، الفائدة ويُساعد إلى حد ما على تحسين نوعية الحياة وحتى من دون علاج أو أية إجراءات. وهناك هدف آخر محترم قد يكمن في أن يستفيد الباحثون من التشخيص في تنمية معارفهم الموضوعية وتطورهم المهني. إلا أنه ليس من المفيد كثيراً دمج كلاً الهدفين - التشخيص والممارسة البحثية - بشكل غير واضح؛ وربما يكون من الإنصاف الحديث بصراحة مع المعنيين، الأمر الذي يصب في مصلحتهم ومصلحة الثقة بالبحث.

خط زمني لأحداث مهمة في مجال التقييم (مفتبس ومعدل عن ترول، 2007، ص 78)				
1879	تأسيس فونددت لمعهد علم النفس في ليبزغ كفرع من العلوم الطبيعية			
1882	مختبر غالتون (تلميذ فونددت) للقياسات البشرية			
1890	كاتل (مصطلح الاختبار العقلي)			
1896	تأسيس ويتمر عيادته وافتتاح مكتب للتشخيص			
1938-1899	القائمة العالمية لأسباب الموت رائد ICD (صدرت خمس قوائم بين 1938-1899)			
1904	يبدأ بينيه بالعمل على مقاييس الذكاء الخاصة به			
1905	يبدأ يونغ العمل باستخدام أسلوب التداعي الحر للكلمات			
1911	تصنيف أويغن بلويلر للفصام			
1913	ينشر كريبلين أعماله في مجال التشخيص			
1914	ظهور نسخة تيرمان الأمريكية من مقياس بينيه			
1921	نشر كتاب رورشاخ التشخيص الإكلينيكي			
1935	نشر اختبار تفهم الموضوع			
1937	وضع مصطلح الأساليب الإسقاطية			
1939	نشر اختبار وكسلر-بلفيو للذكاء			
1943	نشر اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية			
1948	ICD-6			
1949	قدم هالستد بطارية الاختبار النفسي العصبي			
1952	نشر الدليل التشخيصي الأول DSM			
1955	ICD-7			
1965	ICD-8			
1968	نشر الدليل التشخيصي الثاني			
1970	ظهور التقييم السلوكي			
1975	ICD-9			
1980	(الثمانينات) ظهور			
DSM-III	والاهتمام بالتقييم المحوسب			
1987	DSM-III-R			
1990	(التسعينيات) تأثير أنظمة التقويم الرعاية الصحية على التقييم الإكلينيكي			
1991	ICD-10			
1994	نشر DSM-IV			
2000	نشر DSM-IV-TR			
2012	ICD-11			
2012	DSM-V			
-1990	وما بعد	1980-1960	1950-1940	1930-1900
2000				-1879
				1899

الشكل ٢: أحداث تاريخية في التشخيص

٢. المفاهيم الأساسية

٢,١ مقدمة



الشكل ٣: متغيرات سلوكية وبيئية

يقوم جزء كبير من فهم السلوك الإنساني على جمع عدد كبير من المعلومات أو البيانات التي تحتاج إلى تقييم و تقويم بهدف الوصول إلى قرار، فالسلوك كما يرى أصحاب النظرية السلوكية هو دالة أو وظيفة لعدد كبير من المتغيرات وتفاعلها مع

بعضها (Westhoff & Kluck, 2008)^٧ والتي يعرضها (الشكل ٣):

إطاراً: بعض المتغيرات النفسية وغير النفسية الدالة على السلوك

تذكير

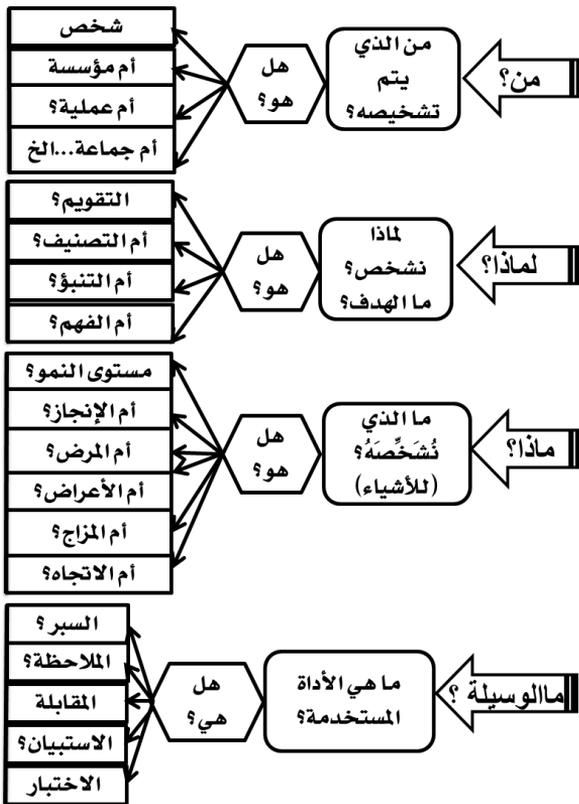
متغيرات دافعية: دافع الإنجاز، دافع السلطة، الاهتمامات والميول والقيم الأهداف، القناعات، التوقعات، سلوك اتخاذ القرار، الأنشطة... الخ
 متغيرات انفعالية: الاستعداد لتحمل الضغوط والتعامل معها، السلوك عند الإحباط، التعامل مع المشاعر، المشاعر الدائمة نسبياً، كالحب والكراهة والقلق، مشاعر النقص، الارتباط الانفعالي... الخ
 متغيرات اجتماعية: الذكاء الاجتماعي، الكفاءة الاجتماعية، الاتجاهات، التوقعات، الأحكام المسبقة، القوالب النمطية، المعايير الواجبات، الالتزامات، الارتباطات، تأثير الآخر المهم... الخ
 متغيرات معرفية: القدرة العامة على الإنجاز، مضامين التعلم والإدراك والتفكير مثل: الذكاء العام، بنية الذكاء، التركيز، الذاكرة، الابتكار، المواهب الفنية، أسلوب العمل، الدقة، التقنيات الثقافية: الكتابة، القراءة، المعرفة باللغات، الاختزال، المعرفة بالكمبيوتر، المعارف التخصصية... الخ
 متغيرات محيطية: الوضع المادي، السكني، ظروف العمل، ظروف الدراسة، الطقس، النقل، الوقت المتوفر للشخص... الخ

^٧ يقابل هذه الرؤية: السلوك هو دالة على السمات (انظر صفحة ٦٦).

متغيرات العضوية: القدرة على تحمل الضغوط (الاستعداد أو الاستهداف)، أسلوب التغذية، السن والفروق العمرية، الأمراض، الخصائص (التشريحية الفيزيولوجية، الجهاز العصبي والهرموني، أعضاء الحس، الجهاز العصبي، والعضلي والجلد) إلخ...

والسؤال المطروح هنا هو:

كيف ينبغي تقويم الملاحظات أو المعلومات التي يتم جمعها عن طريق الصدفة؟ أم عن طريق الدرجات التي تقيس جوانب مختلفة من السلوك



الشكل ٤ أسئلة في التشخيص

(كقدرات الإنجاز

الحقيقية عند الفرد على سبيل المثال)؟ كيف يمكن تفسير السلوك؟

كيف يمكن للتدخل (العلاج، التدريب، التعليم، التنمية) أن يؤثر؟

يُمكن للإنسان أن يجيب عن هذه الأسئلة بطريقة عشوائية، أي بصورة ما غير علمية.

كما ويُمكنه أن يستخدم أدوات معينة بهدف الوصول إلى تقويم علمي أو موضوعي مناسب، وهو

ما يُسمى بالتشخيص. وكلمة "التشخيص بمعنى الفعل" و "التشخيص بمعنى الاسم" ترجع إلى الفعل الإغريقي "diagnoskein" [διδάσκω] الذي يعني المعرفة العميقة و "القرار" و "الرأي" وهي تصف مظاهر مختلفة

لعملية معرفية تبدأ من التعرف، التفريق، الفصل، التمييز، الرأي وتنتهي بالاستنتاج أو الإقرار. فما هي الأسئلة ذات الصلة التي يتم طرحها في التشخيص؟ يقدم الشكل ٤ صفحة ٣١، عرضاً للأسئلة التي يتم طرحها في التشخيص النفسي.

ويختلف التشخيص حسب الحالة ومن ثم فإن شكل ومحتوى الفحص النفسي أو الطبي النفسي أو التربوي يختلف باختلاف الحالة الفردية (شخص، أسرة، جماعة) والموقف والهدف، كما تتعلق الخطوات اللازمة للتشخيص بنوع أو شدة المشكلة المعنية وبالاتجاه التخصصي للقائم بالتشخيص الذي يتم اللجوء إليه، فمن يبحث عن النصيحة بسبب مشكلة زوجية مثلاً يحتاج إلى نوع من التقويم أو التشخيص يختلف عن ذلك الذي تظهر لديه أعراض من التشتت أو الاكتئاب أو يعاني من مشكلة تعاطي العقاقير، أو من مشكلة في الإنجاز، ناهيك عن أن التشخيص يختلف باختلاف المرحلة العمرية، فالتشخيص في سن الطفولة واليافع على سبيل المثال يركز على المظهر النمائي، لهذا يطلق على التشخيص النفسي في هذه المرحلة تشخيص النمو أيضاً.

٢,٢ تحديد المفاهيم الأساسية

كان هيرمان رورشاخ أول من أدخل مفهوم التشخيص النفسي Psychodiagnostic في علم النفس في كتابه الصادر في عام ١٩٢١ الذي يحمل العنوان نفسه وعرضه في استخدامه لاختبار رورشاخ المشهور. وظل هذا المفهوم مقتصرًا على هذا النوع من تشخيص رورشاخ، غير أنه توسع اليوم ليشتمل كل الطرق والإجراءات في هذا المجال.٨

^٨ على المستوى الرسمي يتم اليوم في اللغة الإنجليزية وغيرها استخدام مصطلح "التشخيص العلم النفسي Psychological Diagnostic [التشخيص النفسي]، ومع ذلك نجد استخدام مصطلح التشخيص النفسي Psychodiagnostic والتشخيص العلم النفسي بصورة مترادفة. وترجع خلفية استخدام المفهوم "التشخيص العلم النفسي" إلى أنه يعبر أكثر عن العلاقة بعلم النفس وضمان الجودة في هذا العلم. أما "البادئة تابع الهامش على الصفحة التالية

يُمْكِنُ تَعْرِيفَ التَّشْخِيفِ مِنْ زَوَايَا مُتَعَدِّدَةٍ كَعَلْمٍ وَعَمَلِيَّةٍ وَمَوْضُوعٍ فِي الْمِيَادِينِ الْمُخْتَلِفَةِ. وَسَيَتِمُّ التَّنَطُّقُ فِي هَذِهِ الْفُقْرَةِ إِلَى مَجْمُوعَةٍ مِنَ الْمَفَاهِيمِ الْمُتَعَلِّقَةِ بِالتَّشْخِيفِ اسْتِنَادًا إِلَى أَهْمِ الْأَطْرَافِ الَّتِي يَسْتَعْمِدُ التَّشْخِيفُ فِيهَا. وَنَظْرًا لِتَعَقُّدِ الْمَوْضُوعِ وَتَدَاخُلِهِ فَقَدْ يَتَوَلَّدُ الْإِنْطِبَاعُ لَدَى الْقَارِئِ بِوُجُودِ تَدَاخُلٍ كَبِيرٍ فِي الْفَصْلِ بَيْنَ الْمَجَالَاتِ الْمُخْتَلِفَةِ وَتَطْبِيقَاتِهَا وَأَهْدَافِهَا، لِهَذَا سَيَتِمُّ فِي الْبَدَايَةِ عَرْضُ تَعْرِيفٍ أَسَاسِيٍّ يَتِمُّ الْإِنْطِلَاقُ مِنْهُ فِي التَّفْرِيقِ بَيْنَ الْمَجَالَاتِ الْمُخْتَلِفَةِ:

٢,٣ التشخيص النفسي

يُقَدِّمُ كُلٌّ مِنْ بِيغِرٍ وَبِيْتْرْمَانٍ (Jäger & Petermann, 1999) تَعْرِيفًا مُوسَعًا مُتَّفَقًا عَلَيْهِ يَأْخُذُ بِعَيْنِ الْإِعْتِبَارِ تَعْقِيدَ التَّشْخِيفِ النَّفْسِيِّ.

التَّشْخِيفُ النَّفْسِيُّ هُوَ الْجَمْعُ الْمُنْهَجِيُّ لِلْمَعْلُومَاتِ وَإِعْدَادُهَا بِهَدَفٍ تَبْرِيرِ الْقَرَارَاتِ وَمَا يَنْجُمُ عَنْهَا مِنْ إِجْرَاءَاتٍ وَضَبْطِهَا وَتَحْسِينِهَا. وَهَذَا يَعْنِي أَنْ اسْتِعْمَالَ الْإِخْتِيَارَاتِ هُوَ جُزْءٌ مِنَ التَّشْخِيفِ النَّفْسِيِّ، إِلَّا أَنْ التَّشْخِيفَ النَّفْسِيَّ لَا يَقْتَضِرُ عَلَى تَطْبِيقِ الْإِخْتِيَارَاتِ فَحَسْبِ، بَلْ إِنْ التَّشْخِيفُ يَمْتَدُّ لِيَشْتَمِلَ اتِّخَاذَ الْقَرَارَاتِ بِنَاءً عَلَى الْمَعْلُومَاتِ الْمُسْتَخْلَصَةِ مِنَ الْإِخْتِيَارَاتِ، مِثْلَ الْحُصُولِ عَلَى مَقْعَدٍ دَرَاْسِيٍّ أَوْ الْحُصُولِ عَلَى وَظِيْفَةٍ أَوْ اسْتِئْتِاجِ وَجُودِ مَرَضٍ أَوْ إِضْطِرَابٍ وَتَقْدِيمِ النَّصَائِحِ حَوْلَ الْعِلَاجِ الصَّحِيحِ. وَإِلَى جَانِبِ الْإِخْتِيَارَاتِ يَتِمُّ اسْتِعْمَالُ السَّبْرِ وَمُلَاحَظَةُ السُّلُوكِ وَالْمُقَابَلَةُ وَغَيْرِهَا مِنْ أَدْوَاتٍ.

وَمِثْلَ هَذِهِ الْقَرَارَاتِ وَالْإِجْرَاءَاتِ تَقُومُ عَلَى عَمَلِيَّةٍ مُعَقَّدَةٍ مِنْ مُعَالَجَةِ الْمَعْلُومَاتِ. وَفِي هَذِهِ الْعَمَلِيَّةِ يَتِمُّ الْإِسْتِنَادُ إِلَى قَوَاعِدٍ وَتَعْلِيمَاتٍ وَإِرْشَادَاتٍ وَمَوْشُرَاتٍ (حَسَابَاتٍ) ... الخ. وَبِهَذَا يَحْصُلُ الْمَرَّةَ عَلَى خِصَائِصٍ لِحَامِلِي الصِّفَاتِ لَهَا دَلَالَةٌ

سَيَكُونُ Psycho " فلا تعكس هذه العلاقة خاصة بعد انتشار ما يسمى "بالسوق النفسي" كإشارة لأولئك الذين يقدمون للجمهور ذلك الطيف الواسع المسمى "بالطرق النفسية".

نفسية ويقوم بدمج البيانات التي حصل عليها ضمن حكم، أي يصل إلى تشخيص وتنبؤ. ويعني ذلك أنه لا بد من تكثيف المعلومات و تقييمها و تقويمها إلى أن يتم الوصول إلى تشخيص موثوق والتوصل إلى قرار مُسند (مبني على دلائل وبراهين). ومعرفة القواعد والتعليقات والمؤشرات وغيرها لا تأتي من استخدام الاختبارات وحدها وإنما لابد أن يتم التدريب عليها وهي تعد اليوم من الشروط الأساسية في تأهيل كل الأشخاص العاملين في المجال النفسي.

حاملو الصفات أو السمات هم أشخاص أفراد أو مجموعات من الأشخاص أو مؤسسات أو مواقف أو موضوعات. أي أن التشخيص يُمكن أن يكون لشخص فرد أو لمجموعة أشخاص (الأسرة مثلاً) أو مؤسسة (شركة أو دائرة مثلاً) أو موقف (تفاعل اجتماعي، كاللعب مثلاً) أو موضوع ما (منهج دراسي، طريقة علاجية مثلاً). وهذه جميعها يمكن أن تكون موضوعاً للتشخيص النفسي.

إطاراً: تعريف (١) التشخيص النفسي

تعريف (١)

التشخيص النفسي هو "التعرف العمق" على السمات النفسية لشخص ما بواسطة الطرق والإجراءات العلمية المناسبة وذلك بمعنى الحصول الواسع على المعرفة بغرض تدعيم القرارات التشخيصية بالحجج في المجالات المختلفة من الممارسات النفسية، كالتعليم والتدريب المهني واتخاذ القرارات المتعلقة بالاختيار المهني والانتقاء والفرز في مجال الموارد البشرية وتحديد الاضطرابات النفسية وتحليل مجالات المشكلات الفردية والموارد من أجل انتقاء العلاج المناسب وتحديد الاستعدادات وتقديم النصائح الخاصة فيما يتعلق بإمكانات التنمية الهادفة والمفيدة فردياً وغيرها.

والهدف هو تحديد الفروق الفردية (بين الأفراد) في السلوك والخبرة وفي السمات الضمنية (داخل الفرد نفسه) والتغيرات الحاصلة فيها بما في ذلك تحديد شروط هذه التغيرات (Amelang & Schmidt-Atzert, 2006) ، أو "المعلومات ذات الصلة لفهم السلوك الإنساني والخبرة" (Petermann & Eid, 2006, P.16) أو "السمات النفسية لشخص أو عدة أشخاص" (Kubinger, 2009, P. 7) لعن Schmidt-Atzert & Amelang (2012). وبناء عليه يقدم كل من شميدت -أتسيرت و أميلانغ (٢٠١٢) تعريفاً للتشخيص يأخذ بعين الاعتبار الوجوه المختلفة للتشخيص:

إطار ٣: تعريف (٢) التشخيص النفسي

(AMELANG & SCHMIDT-ATZERT, 2012 P.4) تعريف (٢)

التشخيص النفسي هو فرع من فروع علم النفس، يساعد في الإجابة عن المسائل التي تستند إلى وصف أو تصنيف أو تفسير السلوك والخبرة الإنسانية، والتنبؤ بهما. إنه يتضمن الحصول الهادف على المعلومات حول السلوك والخبرة لشخص أو عدة أشخاص والظروف ذات الصلة المرتبطة بالسلوك والخبرة. ويتم تفسير المعلومات التي يتم الحصول عليها من أجل الإجابة عن المسائل التشخيصية. و الإجراء التشخيصي توجهه المعرفة النفسية العلمية. ومن أجل الحصول على المعلومات يتم استخدام طرق تستوفي معايير علمية معينة.

ويقدم الباحثان توضيحاً للنقاط التي يتضمنها التعريف أعلاه على النحو

التالي:

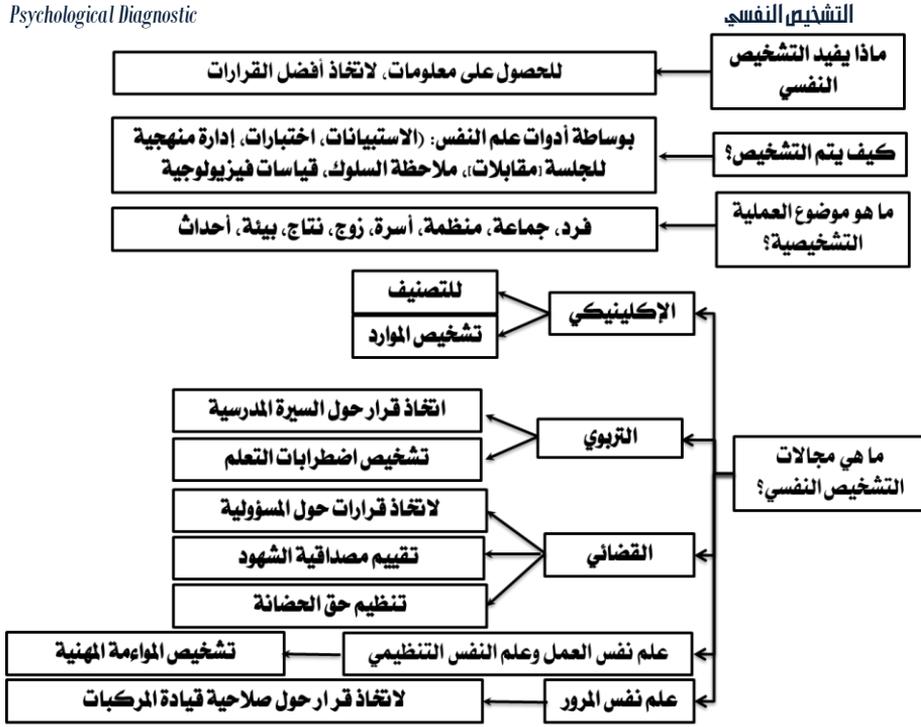
الإجابة عن المسائل التشخيصية: التشخيص النفسي ليس هدفاً بحد ذاته، وإنما يتم القيام به بناء على تكليف، أي قبول مسألة تشخيصية معينة. وبعد قبول هذا التكليف يتم القيام بإجراءات معينة تطلق عليها تسمية العملية التشخيصية.

السلوك والخبرة الإنسانية: لا يقتصر التشخيص النفسي على السمات فقط وإنما يمكن أن يهتم بالسلوك والخبرة المرتبطان بالموقف.

شخص أو عدة أشخاص: موضوع التشخيص النفسي الناس، سواء كانوا أفراداً أم مجموعات تربطهم علاقات معينة (كالأزواج، والأسر، والفرق... الخ).

وظروفهم ذات الصلة: إذا كانت الظروف الموقفية والتي يكون الشخص أو الأشخاص معرضين لها مهمة من أجل الإجابة عن المسألة التشخيصية فيمكن الحصول عندئذ على معلومات حول هذه الظروف.

الحصول الهادف على المعلومات: لا يتم الحصول على المعلومات وفق مخطط ثابت أو بشكل عشوائي، وإنما يتم من الكم الكبير للمعلومات المتوفرة سبر تلك المعلومات التي تسهم في الإجابة عن المسألة التشخيصية فقط.



الشكل ٥ : ماهو التشخيص النفسي

المعلومات وتفسيرها؛ ويقصد هنا الفصل بين الوقائع وتقييمها. والوقائع نفسها يتم في بعض الأحيان تفسيرها بشكل مختلف. والتفسير هنا يتم بهدف الإجابة عن المسألة التشخيصية.

توجه المعرفة العلمية التشخيص وتستوي الطرق المستخدمة معايير علمية؛ ويقصد هنا فصل التشخيص "الشعبي" (كالتنجيم وقراءة الكف ودراسة الخطوط والأبراج... الخ). فمن أجل معالجة المسائل التشخيصية وتفسير المعلومات المتوفرة التي قد تبدو متناقضة أيضاً، فإن المعرفة التخصصية لازمة. وينبغي تقييم الإجراء من خلال معايير علمية (محكات الجودة أو الصلاحية). وبما أنه تتوفر في العادة عدة أدوات فلا بد أن يتم الانتقاء من بينها على أساس محكات صلاحية معينة. (ص: ٤ - ٥):

ويختلف التشخيص النفسي عن الاختبارات والتشخيص الطبي

والتقويم في النواحي التالية:

فالاختبار هو طريقة من طرق الحصول على المعلومات، أما التشخيص النفسي فيستخدم طرقاً أخرى كالمقابلة وملاحظة السلوك وبترافق مع عملية دمج للبيانات أي التفسير (الفرق بين الاختبارات والتشخيص النفسي صفحة ٨٦) أما التشخيص الطبي فيشترك مع التشخيص النفسي في الموضوع، ألا وهو الإنسان، إلا أن السمات الجسدية لها الأولوية هنا، ويحتل السلوك والخبرة مركزاً ثانوياً. ويمثل مجال تشخيص الاضطرابات النفسية مجال تداخل يهتم به كل من التشخيص الطبي والنفسي.

أما **التقويم** فيتم للإجراءات كالتدريب أو برامج التدريب والعلاج. وقد لا يحتاج الإنسان هنا إلى استخدام إجراءات تشخيصية في بعض الأحيان. أما إذا كانت الإجراءات التشخيصية تهدف إلى تعديل السمات النفسية (كالإكتئابية مثلاً) أو السلوك (كالسلوك الوسواسي) فيمكن قياس التغيرات بمساعدة الطرق التشخيصية النفسية (الاختبارات، الاستبيانات، المقابلات). فالتشخيص عبارة عن وسيلة للتقويم.

إطار: عرض توضيحي

تذكر

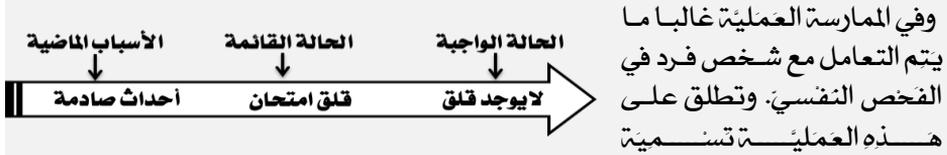
يتصف التشخيص النفسي بجمع وتقييم وتجهيز المعلومات النوعية أو الخاصة والتعامل معها من أجل التوصل إلى استخلاص استنتاجات معينة أو التوصل إلى تنبؤات معينة أو اشتقاق إجراءات محددة. ومن هنا تقوم القرارات التشخيصية المهنية على عملية معقدة من معالجة المعلومات التي تستند إلى تعليمات وقواعد ونتائج إمبريقية. ويعني التشخيص النفسي في علم النفس تحديد وجود السمات النفسية (الصفات أو الخصائص والقدرات أو أنماط السلوك... الخ) ومقدار أو درجة وجود هذه السمات من خلال اتباع قواعد أو معايير محددة، فهو دراسة أو فحص الوظائف النفسية واستنتاج وجود السمات ودرجة وجودها بمساعدة الطرق النفسية، ومن ثم فإن وظيفة التشخيص النفسي في علم النفس تكمن في تحديد الفروق في السلوك والخبرة والسمات والتغيرات الطارئة عليها، وظروف هذه التغيرات، سواء بين الفرد والآخرين Interindividual (كأن نحدد الفروق بين الأفراد في درجة الاستقرار الانفعالي أو القلق أو في الذكاء) أم ضمن الفرد Intraindividual (أي دراسة الفروق بين الخصائص النفسية المختلفة عند الفرد نفسه، كالاختلاف بين الجوانب المختلفة للذكاء أو الأداء على سبيل المثال) كي تتمكن من الوصول إلى تنبؤ دقيق قدر الإمكان للسلوك المستقبلي والخبرة وتعديلاتها في مواقف محددة (Zielenski & Amelang, 2002 P.3). وهو يقوم باستخلاص السمات أو

الصفات أو الخصائص من خلال السلوك الملاحظ، أي بصورة غير مباشرة، حيث يتم استخدام أنماط السلوك الملاحظة كمؤشر على وجود السمات (كدليل على وجود سمات معينة). والسمات (traits)، كالذكاء، أو الاستقرار الانفعالي أو القلق، أو الاكتئاب، أو التفاؤل... الخ، هي مفاهيم نستعين بها لوصف من خلالها خبرة وسلوك الناس، وهي ليست قابلة للملاحظة بشكل مباشر، وإنما هي بناءات فرضية أو مفاهيم نظرية يتم الاعتماد عليها لفهم وتفسير السلوك والخبرة.

وبمساعدة التشخيص نحصل على معلومات حول الموضوعات (في الماضي) المسؤولة عن السلوك (في الحاضر) أيضا. ومن ثم فإن التشخيص يشتمل أيضا طروحات تنبئية أو توقعية، أي بيان ما يمكن أن تتطور إليه الحالة، والاتجاه الذي تسير فيه، ويقود إلى اتخاذ قرار حول نوع التدخل (علاجي، إرشادي، تنموي، تدريري... الخ).

والتشخيص بالمعنى الواسع هو عبارة عن جزء من سلسلة من الإجراءات التي تعمل على حل المشكلات، ويقدم وصفا يستند إلى نظرية ما أو مجموعة نظريات، للحالات القائمة والمعايير بين هذه الحالات، وهو يتيح بهذه الطريقة المقارنة بين الحالة القائمة Is-States والحالة المفترضة Traget-States (المظهر المعياري للقياس) ويمثل الربط الهادف بين التباعد بين الحالة القائمة والحالة المفترضة اهتمام برامج التدخل، حيث تعمل هذه البرامج على تضيق هذا التباعد. كما أن ضبط نجاح هذا التدخل يمثل

موضوعا للتشخيص (Kubinger & Jaeger, 2003).



التشخيص النفسي Psychological Diagnostication كما يمكن فحص مجموعات خاصة من الأشخاص (كالأسرة على سبيل المثال) أو فريق كامل (في المؤسسة على سبيل المثال).

إن الهدف من وراء الحصول على المعلومات هو تقديم مساعدات في مسائل معينة لاتخاذ القرارات المستندة علميا حول إمكانات التدخل أو العلاج. ومن أجل ذلك يتم تصميم أو استخدام أدوات خاصة والتي يفترض دائما أن يتم التفحص النقدي لفائدتها العملية وأساسها النظري الذي تقوم عليه.

ويعني الإسناد العلمي الرجوع إلى النتائج العلمية لعلم النفس ككل والموثق مستواها في الفروع المختلفة منه (Schmidt -Atzert & Amelang, 2006).

⁹ أي ليس إجراء عشوائياً، وإنما يستند إلى أساس علمي نظري موثوق.

٢,٤ التشخيص النفسي في الممارسة

يحتل العمل التشخيصي جزءاً من الممارسة النفسية. إلا أن هذه النسبة ليست ثابتة وتختلف باختلاف المجال الذي يعمل فيه المتخصص النفسي. وفي دراسة أجراها كل من روث وهيرتسبيرغ (Roth & Herberg, 2008)، على عينة شملت ٤٠٠ متخصص نفسي يعمل في الميادين المختلفة وجدوا أن نسبة العمل التشخيصي إلى العمل النفسي ككل تبلغ في المتوسط ٢٧٪، وكانت أكبر نسبة من العمل التشخيصي في ميدان علم النفس القضائي وعلم نفس المرور، وأقلها في علم النفس الإكلينيكي. ويقدم الجدول ١ عرضاً للنسب المختلفة في المجالات التخصصية المختلفة (عن Amelang & Schmidt-Atzert, 2012):

الجدول ١ متوسط العمل التشخيصي في المجالات المختلفة

النسبة	مجال العمل
٢٤٪	علم النفس الإكلينيكي
٢٦٪	علم نفس الصحة
٢٩٪	علم النفس التربوي
٣٠٪	علم نفس العمل وعلم النفس التنظيمي
٤٤٪	علم النفس القضائي
٤٤٪	علم نفس المرور
٣١٪	مجالات أخرى

٢,٥ التشخيص النفسي (كعلم)

يُعرف التشخيص النفسي بأنه منهج في التطبيق يعطينا القواعد حول الكيفية التي يفترض فيها تحديد الخصائص الإنسانية ومعرفة شروط السلوك (Herzka & Reukauf, 2002). إنه فرع من فروع علم النفس يهتم بنظرية التشخيص وتصميم الطرق أو الأدوات التشخيصية وتحليلها (Zimbardo & Gerring, 1999, P. 558)، ويهتم "بقياس" و"وصف" و"تفسير" الظواهر النفسية أو العلمية النفسية

والتنبؤ بها في مجال مُحدّد من السلوك^{١١} والخبرة، ويُقدّم أساليب أو طرقاً أو أدوات يَسْتخدِمها علمُ نفسِ الفروق الفردية differential Psychology، والفروع النفسية الأخرى، كعلمِ النفس العام وأبحاث الشخصية وعلمِ نفسِ النُمو، وعلمِ النفس التربوي وعلمِ النفس الإكلينيكي والطب النفسي وعلمِ نفسِ العمل وعلمِ النفس التّنظيمي وعلمِ نفسِ الصحة وعلمِ النفس الأُسري وعلمِ النفس الجنائي... الخ. إنه باختصار القاسم المشترك بين التخصصات النفسية كلها حسب مُنظمة الصحة العالمية.

كما أنه يعتمد على هذه التخصصات في اعتماده على الأسس النظرية لهذِهِ الفروع في إعداد الأدوات التي تغطي مجالات كلِّ فرع من هذه الفروع ولتتلاءم مع مُستويات النُمو النفسي والعقلي والاجتماعي للمفحوصين، فالتشخيص النفسي على سبيل المثال لدى الأطفال واليافاعين يختلف عن التشخيص النفسي لدى الكبار في عامل النُمو الذي يُميّز الأطفال واليافاعين ومن ثم فإن مُراعاة المعارف النفسية النمائية ضرورية في هذا المجال من أجل تطوير الأدوات التشخيصية المناسبة للأطفال وتأهيل المُشخص النفسي في هذا الميدان وبناء أو تصميم العملية التشخيصية والتفاعل في العملية التشخيصية وتفسير السلوك الطفلي (المُشكّل).

^{١١} لا يقدم التشخيص بالمفهوم الراهن صورة شاملة عن الشخصية، فمنذ أواسط ستينيات القرن العشرين استنتج الباحثون أن مثل هذا الادعاء مجرد ادعاء نظري، حيث أن أغلب التشخيصات مجردة على أن تكون انتقائية، وهو أمر لا يمكن تجنبه في الغالب.

إطاره: تصنيفات مختلفة للتشخيص النفسي ضمن الفروع الأخرى

لعل تصنيف التشخيص النفسي ضمن الفروع المختلفة لعلم النفس ليس موحدًا، فبعضهم يعده من بين المواد الأساسية أو من بين الطرق (مناهج البحث في علم النفس)، مع الإشارة إلى أنه عبر تطور علم النفس قد تطورت طرق أيضا لا ينطبق عليها هذا التحديد، أو من يصنفه بين المواد التطبيقية. كما يوجد خلاف حول استقلاليته كتخصص، فهناك من يضعه ضمن علم نفس الفروق الفردية، مع أن علم نفس الفروق الفردية يعد اليوم شرطا للتشخيص النفسي، ومن ثم فإن هذا التصنيف ضمن علم نفس الفروق الفردية لم يعد قائما، والمفهومان منفصلان عن بعضهما، ومنهم من يضعه ضمن علم نفس الشخصية، وذلك بهدف التقييم الصحيح للشخصية، غير أن التقييم (القياس) بعد ذاته قد أصبح وفق مستوى المعرفة الراهن بلا معنى، إذ لا بد أن يكون لكل فحص نفسي سبب ومن ثم لا بد أن يهدف لاتخاذ قرار ما. وهناك من يمزج التشخيص مع طرق التدخل (التشخيص والتدخل النفسي)، وحين يشترك معه بعد مادة تكاملية مع التدخل النفسي. وبناء على ذلك يمكن اعتباره "الجسر" بين نظريات الأسس وبين المعرفة الطرائقية الواسعة والمستندة بما في ذلك الخبرات المكتسبة حول الطرق والمضامين المرتبطة بالتطبيق.

الجدول ٢: أهمية المعارف من التخصصات المختلفة بالنسبة إلى التشخيص، Amelang & Schmidt-Atzert (2006)

التخصص	البناء/المفهوم	النظرية/النموذج /نتائج البحث	الأهمية بالنسبة للتشخيص
علم نفس الفروق الفردية	سمات الشخصية	نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية	نموذج البناء كأساس لتطوير الاستبيانات؛ استخدام العوامل الخمسة كمحرك لاختبار صدق استبيانات الشخصية
علم نفس النمو	التفكير	نموذج بياجيه لنمو التفكير	يمكن استخدامه كأساس لاختبار نمو التفكير
علم النفس الاجتماعي	المرغوبة الاجتماعية	التمييز بين خداع الذات والآخر	عند تطوير الاستبيانات لا بد من وضع مقاييس للضبط CONTROL SCALES (مقاييس الكذب).
علم النفس البيولوجي	الضغط (الإرهاق، التوتر)	آليات التنظيم الوعائي القلبي	صدق مقاييس الضغط من خلال قياسات نفسية-فيزيولوجية.
الطرائق	الارتباط	معاملات ارتباط مختلفة حسب مستوى القياس	يتم تخفيض الارتباط من خلال تقييد التباين والأشكال المختلفة للتوزيع. مهم لتقييم معامل الصدق

الجدول ٢: أهمية المواد الأساسية بالنسبة إلى تشخيص

التخصص	البناء/المفهوم	نتائج البحث	المضامين التشخيصية
علم النفس الإكلينيكي	الاكتئاب	أداء المكتتبون أسوأ من إنجاز الأصحاء	في تشخيص الخرف لا بد من الأخذ بعين الاعتبار إن قصور الإنجاز قد يرجع إلى الاكتئاب
علم النفس التربوي	نقص أو ارتفاع الإنجاز	التحصيل المدرسي لا يتطابق دائماً مع (الذكاء) الممكن	عند تقييم المجال المدرسي لا بد من الانتباه للتباين بين الإنجاز والذكاء ومحاولة تفسيره
علم نفس العمل و علم النفس التنظيمي	النجاح المهني	يتعلق النجاح المهني بالذكاء	استخدام اختبارات الذكاء لانتقاء المستخدمين

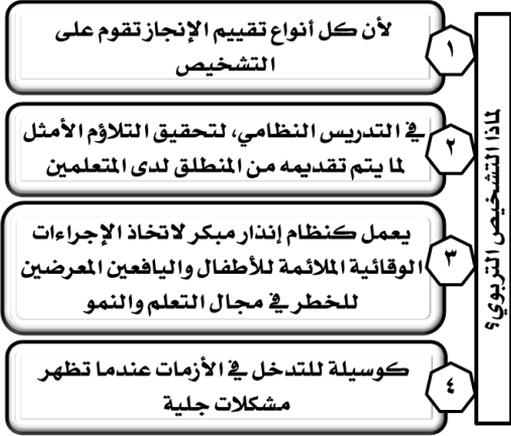
٦,٢ التشخيص التربوي

هو تلك الأعمال التشخيصية التي نحصل من خلالها لدى الأفراد المتعلمين أو لدى المتعلمين ضمن مجموعة على صورة لشروط وظروف عمليات التعلم والتعليم المنتظمة، وتحلل عمليات التعلم وتستخلص نتائجها، من أجل تحسين التعلم الفردي لدى المتعلمين الأفراد.

ومن مجالات التشخيص التربوي أيضاً الممارسات التصنيفية التي تُتيح التصنيف ضمن مجموعة تعلم أو برامج تنمية فردية (الفرز والتصنيف) أو التي تُهدف إلى ترسيخ الأهداف التربوية التي يتفق عليها المجتمع لتوجيه الجيل التعليمي وتأهيله، فالمهمة الأساسية للتشخيص التربوي تكمن إذاً في الوصول إلى اتخاذ قرار صحيح بالنسبة للمتعلمين. والقرار يستند إلى إجراءات تنمية أو انتقاء (فرز) أو ترتيب (Ingenkamp & Lissmann 2008, P. 13). فالتشخيص التربوي يهدف إلى تحسين عملية التعلم الفردي وتحديد أو استخلاص نتائج عمليات التعلم و تفسيرها (من خلال سؤال الطلاب، تحفيزهم على التفكير بصوت عال). أما مهامه فتتمثل في جانبين: الأول التشخيص لتحسين التعلم، والثاني لمنح الدرجات أو الشهادات.

ويساعد التشخيص لتحسين التعلم على تحقيق الأغراض التالية:

- المساعدة على قيام المتعلم بالتشخيص الذاتي لنتائج التعلّم الخطأ أو تصحيح الآخر لهذه النتائج (المعلم على سبيل المثال)
- التّعرف على النقص في التعلّم (ثغرات التعلّم)
- تعزيز خطوات التعلّم الناجحة
- تنمية الدافعية من خلال لفت النظر إلى النجاح في التعلّم (التعزيز)
- توجيهه أو إدارة درّجة صعوبة الخطوات التعليمية التالية
- تحسين شروط التعلّم أو ظروفه.



الشكل ٦: فوائد التشخيص التربوي

بالإضافة إلى مهام أخرى كتلك المرتبطة بمنح الشهادات كالفرز، ومنح المقاعد الدراسية أو التدرّيبية... الخ.

فالتشخيص التربوي يهتم إذاً بالكفاءات والقدرات المدرسية ومواءمة الدراسة وفحص مدى الحاجة للتحويل إلى مدارس خاصة وقياس المواءمة وإجراءات التنمية وإعادة التعليم وفحص نجاح هذه الإجراءات ويهتم بمشكلات التربية والتعليم في الأسرة والمجتمع.

الجدول (٤): المقارنة بين التشخيصين التربوي والإكلينيكي (Rollett, 2003)

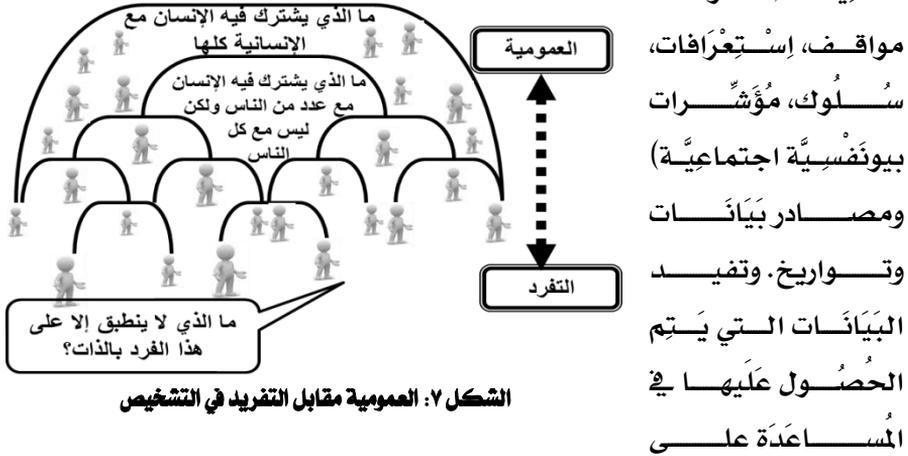
التشخيص النفسي الإكلينيكي	التشخيص التربوي
تصنيف صُور الاضطرابات النفسية Taxonomy of psychological Disorders	تصنيف الأبعاد Taxonomy of Dimensions
التفاعل بين الاستعداد الخاص بالاضطراب وعوامل المحيط كأسباب	تفاعل العوامل الداخلية والخارجية غير الملائمة كأسباب
التشخيص بوساطة منظومات التصنيف، والمقابلات الإكلينيكية وتحليل السلوك	التشخيص يتم بالاختبارات والتقويم التربوي والملاحظة في المواقف الواقعية
الدافعية ليست أساسية	للدافعية أهمية خاصة
يتطلب التشخيص النفسي عند الأطفال دمج كلا المظهرين	

٢,٧ التشخيص في الطب

وفي الميدان الطبيّ يعني التَّشخيص عَزُو مرض ما إلى شخص باعتبار أن هذا المرض ينتمي لفئة مُعيَّنة وفق قَوَاعِد مُعيَّنة. والتَّشخيص وطرح التَّشخيص في الطب يعني علم ومهارة التَّعَرُّف على الأمراض وتَصنيفها ضمن أسباب مُعيَّنة أو ضمن مُتلازِمَة من الأسباب (مَا يُسَمَّى بالتَّشخيص التَّصنيفي). ويهتم بالأعراض الجسدية بشكلٍ أساسي. وكفرع من فروع الطب فإن التَّشخيص في الطب النفسيّ هو تشخيص الأعراض النفسية في الغالب ووضعها ضمن مُتلازِمات محددة تنطبق عليها محكَّات مُحدَّدة.

٢,٨ التشخيص النفسي الإكلينيكي

يعني التَّشخيص في علم النفس الإكلينيكي: الاستقصاء أو السبر المؤسس أو المُسند علمياً ١١ للظواهر ذات الصلة من الناحية النفسيَّة الإكلينيكيَّة، بمساعدة طُرُق صادقة وثابتة وموضوعيَّة، تستخدم مُستويات ومظاهر مُختلِفة لما ينبغي تشخيصه (مَنظُومَات،



الشكل ٧: العمومية مقابل التفريد في التشخيص

الاستنتاجات واتخاذ القرارات التي ينبغي أن تكون بالنسبة لصاحب التَّكليف والمنفذ اقتصادية بمقدار ما هو لازم ومُفيدة وسليمة أخلاقياً بقدر الإمكان. ويقوم

١١ القائم على الدليل أو البرهان العلمي based evidence Indication

التشخيص النفسي الإكلينيكي على الرؤية الفردية Ideography التي ترى أنه لا يمكن الحصول على المعلومات التشخيصية إلا بصورة فردية وبصورة متعلقة بالموقف فقط، ومن هذه الناحية فهو يختلف عن المبدأ التعميمي (التشريعي) الذي يحاول إيجاد القوانين أو التنظيمات العامة التي يشترك فيها أكبر عدد من الأفراد (Kubinger, & Jäger, 2003)، كما يوضح الشكل ٨ صفحة ٤٦.

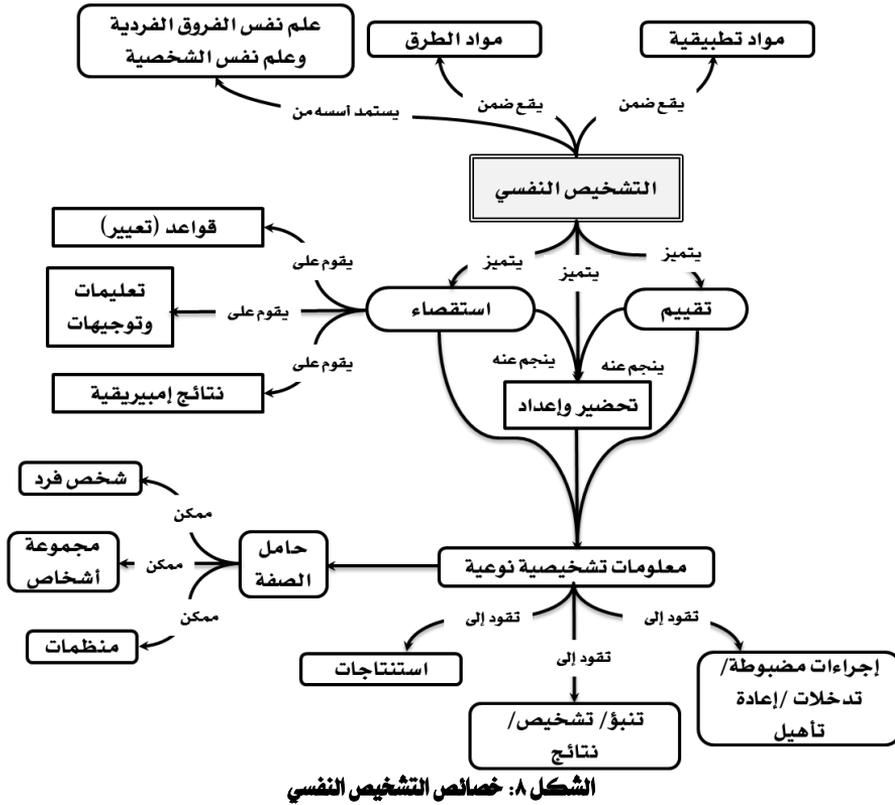
ولا يقتصر التشخيص في علم النفس الإكلينيكي على التعرف على الأمراض والاضطرابات النفسية فحسب، وإنما يمتد ليشتمل ما ينجم عن ذلك من قرارات. ولهذا السبب فإنه غالباً ما يتم الحديث عن "الدلائل التشخيصية indication" "Diagnostic".

وعلى عكس التشخيص النفسي فإن منظومات التصنيف العالمية للاضطرابات النفسية ICD-10 و DSM-IV-TR تقوم على التصنيف فقط وليس على التدخل، أي أنها تهدف إلى تصنيف الأعراض ضمن فئة معينة من الفئات المرضية، ولا تقوم بتقديم اقتراحات حول نوع التدخل العلاجي إلا بصورة عامة. وينظر إليها على أنها تشخيص تصنيفي أساساً. أي أنه أقرب لمفهوم التشخيص في الطب حيث يقتصر حرفياً على التعرف على المرض في الغالب. (راجع الفصل الثامن صفحة ٢٤١).

ويقوم التشخيص النفسي الإكلينيكي على أساس الأعراض والمتلازمات بالإضافة إلى محكات إضافية منها على سبيل المثال:

- المدة (منذ متى؟)
- المجرى (هل هو حاد، مزمن، انتكاسي، دوري... الخ؟)
- الشدة (خفيف، متوسط، شديد)
- الخصائص النشوتية (المنشأ المرضي)
- قواعد الاستبعاد والهرمية (مثال: عدم إعطاء تشخيص اكتئاب أساسي إذا كان المريض قد مر في طور هوسي في تاريخ الحياة).

وقد عرضنا في الجدول (٤ صفحة ٤٣) مقارنةً بين التشخيص النفسي والتربوي، مع العلم أنه ينبغي للتشخيص أن يكامل بين التصورات التشخيصية التربوية والإكلينيكية وبشكل خاص في التشخيص النفسي للأطفال واليافعين.



إطار: تلخيص لأهداف التشخيص النفسي

يهتم التشخيص النفسي "بقياس" و "وصف" و "تفسير" الظواهر النفسية أو الظواهر العلمية النفسية. والتشخيص ليس هدفاً بحد ذاته، وإنما هو وسيلة تخدم أغراضاً مختلفة كالوصف والتصنيف وفهم المتشأ والتنبؤ وضبط المجرى. والوصف هو الخطوة الأولى في سبيل فهم الظاهرة التي هي موضوع التشخيص ويهدف إلى تحديد وتكثيم المشكلات أو الاضطراب أو القصور؛ طولياً أو عرضياً أو كليهما معاً، أما التصنيف فيساعد على ترتيب أو تنظيم فرد ما أو مجموعة من المؤشرات أو العلامات ضمن منظومة تشخيص ما أو إلى ترتيبها حسب التدخلات. ومن السمات أو الخصائص المستنتجة من الوصف والتشخيص

يتم اشتقاق أسئلة عن أسبابها. ويقود فهم الأسباب والمشأ إلى فهم أفضل لتطور أو مآل الظاهرة التي هي موضوع الفحص وشكل تطورها ومن ثم يقود إلى اقتراحات معينة حول شكل التدخّل (علاجيّ طبيّ، علاجيّ نفسيّ، تدريب، إعادة تأهيل، تعليم...الخ). ومن أجل تحديد فاعلية الإجراءات التدخّلية يساعد التشخيص على ضبط مجرى الاضطراب أو العلاج أو التدريب، حيث يبين التشخيص هنا مدى فاعلية هذه الإجراءات في التأثير على ظاهرة ما (فاعلية شكل معيّن من العلاج، فاعلية شكل ما من أشكال التدريب، فاعلية شكل ما من التعليم...الخ).

وتختلف أهداف التشخيص النفسيّ باختلاف موضوع التشخيص (تربوي، إكلينيكي...الخ) وأساليبه وعيناته، فإذا كان الهدف على سبيل المثال اختيار الطلاب

للخضول على مقعد دراسي فإننا نحتاج لاختبار يقيس القدرات الدراسية التخصصية وإجراء مقابلة. أما ما نقيسه في الاختبار فيتمثل في فحص فيما إذا كان المتقدم يحصل على العلامة الضرورية ويعد من "الأوائل"، فإذا كانت الإجابة "نعم" يحصل المتقدم على المقعد أما إذا كانت الإجابة "لا" فلا يحصل المتقدم على المقعد الدراسي؛ أي بمعنى إما...أو (تصنيف وفرز). أما إذا كان الهدف هو التشخيص التنبؤي فإن ما نريد اختباره هو قدرة طفل ما على التركيز وفهم الأعداد على سبيل المثال وما نحتاجه هنا هو اختبارات نفسية متفرقة مختلفة، لتصوير إنجازات الطفل كاختبار ربط الأعداد على سبيل المثال، مع الانتباه في البداية إلى أن الطفل يفهم الأرقام، أما ما نقومه من خلال هذا الاختبار فهو سرعة الأداء وهل يتم ربط الأعداد بالتسلسل الصحيح و هل يتحسن الأداء في المحاولة الثانية وكيف يتصرف الشخص في أثناء الاختبار. مع الأخذ بعين الاعتبار وجود ظروف مختلفة يمكن أن تؤثر على أداء المفحوص من قدرته على التعلم و دافعية الإنجاز وقابليته للضغوط والتوتر وتحمل الإحباط والعدوانية وتركيزه وانتباهه.

أما تشخيص النمو فيهدف إلى تحديد مستوى النمو لدى الأطفال لتبيين فيما إذا كان الطفل دون المستوى النمائي المتوقع أم ضمن المستوى أم فوقه. ومن ثم فهو يحاول الإجابة عن الأسئلة التالية: (MONTADA,1995)

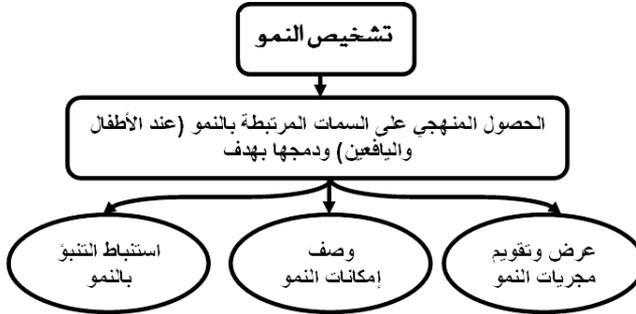
← السؤال عن مستوى النمو	ما هو؟
← السؤال عن منشأ المشكلات النمائية	كيف أصبح؟
← السؤال عن التنبؤ	ماذا سيصبح؟
← السؤال عن أهداف النمو	ما الذي ينبغي أن يصبح عليه؟
← تحديد الأساليب والطرق من أجل تحقيق الهدف	كيف يمكن تحقيق الهدف؟
← تقييم التنبؤ أو التدخّل	كيف أصبح؟

ومن أجل تَقْوِيم نتيجة اِخْتِبَار بصورة مَوْضُوعِيَّة قَدْر الإِمكَان، فلا بُدَّ من تَوْفُّر معايير صلاحية (جودة) مُعَيَّنَة. و هَذِهِ المعايير تحدد جودة الأسلوب التَّشْخِصِي النَّفْسِي. وقد أصبحت معايير الصلحية معايير راسخة في التَّشْخِص النَّفْسِي (نَظَرِيَّة الاختِبَارَات التَّقْلِيدِيَّة) و تمتلك صفة الإلزام.

ويخضع التَّشْخِص لمجموعة من العوامل التي تشوشه، منها الإدراك الدَّائِي المَوْضُوعِي، أي إدراك الذات كموضوع، وجنس المفضوح، والخوف من الاختبار والمديح والذم من قبل مدير الجلسة وأسلوب العزو لدى المفضوح والسمات العامة والسلوك الملموس لِلمُشَخَّص والضغط المدرك للوقت ومدة الفحص وأهداف القياس وغاياته والدافعية للاختبار والتدريبات المسبقة المختلفة والتزوير المتعمد.

٢,٩ تَشْخِص النُّمُو

يشتمل تَشْخِص النُّمُو مجموعة من الإجراءات المُعَقَّدَة لِتَحْدِيد ووصف



الشكل ٩: أهداف تشخيص النمو

الانحرافات المبكرة في النُّمُو والقصور فيه، واكتشاف موارد الطفل واليافع وتَحْدِيد specification الحاجة للتنمية والعلاج. ويُعرَّف التَّشْخِص القائم على النُّمُو بالمعنى الواسع

على أنه تَحْدِيد ووصف التغيرات المُرتَبِطَة بسياق الحياة في الظواهر النَّفْسِيَّة، أما بالمعنى الضيق فهو التَّشْخِص الذي يستند إلى اِخْتِبَارَات النُّمُو ومَقَابِيِسِه، التي يُمكن مِنْ خلالها الحُصُول على بَيَانَات الإنجاز المُرتَبِطَة بالنُّمُو في سن النُّمُو بِشَكْلٍ خاصّ (Petermann & Macha, 2008).

وفي تَشْخِص النُّمُو يَتِم أخذ السياق الإِجْتِمَاعِي البيولوجي بعين الاعتبار إلى جانب البَيَانَات المُتعلِّقَة بالإنجاز المُرتَبِط بالنُّمُو والقابلة لِلتَّفْسِير. ويتألف المدخل إلى هذا من تَحْدِيد السِّمَات المُتعلِّقَة بالشَّخْص كالمخاطر البيولوجية (مثل مخاطر

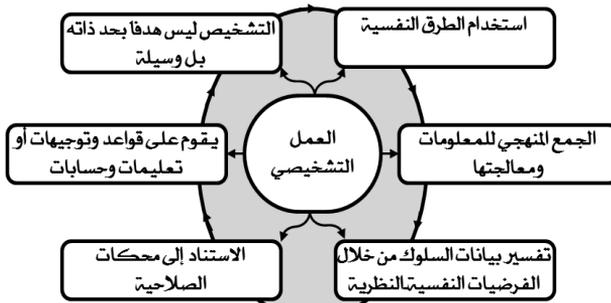
مجري الحمل والولادة) أو سمات السلوك والطبع والظروف في السياق الاجتماعي كسمات المحيط البيئي - الأسري والمحيط الاجتماعي الواسع. إذ إن تفسير النمو والتنبؤ به لا يكون ممكناً في الغالب إلا من خلال هذا الأساس الموسع.

٣. الأساليب والأدوات التشخيصية

تطلق على الأساليب أو الأدوات التشخيصية النفسية بشكل عام تسمية "الاختبارات" (راجع الفصل الثاني صفحة ٨٠)، وهي أدوات لا يمكن الاستغناء عنها في البحث النفسي وفي المجال العملي لعلم النفس (الممارسة النفسية). إلا أن الاختبارات لا تشكل إلا مجموعة فرعية من الأساليب التشخيصية النفسية، فمن بين الأساليب أو الإجراءات التشخيصية نشير في هذا السياق إلى تاريخ الحياة (أو تاريخ المرض Anamnesis إذا كان الهدف تشخيص الاضطراب) و الاستقصاء أو السبر Exploration، الذي يهدف إلى استكشاف موضوعات محددة وفحص الحالة النفسية (المزاج) من خلال إدارة مديرية للجلسة وملاحظة السلوك Behavior Observation، أي بالانتباه المدرب لأفعال (تصرفات) واستجابات المخصوص (Krohne, 2007). (انظر الفصل الرابع صفحة ١٣٩)

٤. العمل التشخيصي

يقصد بالعمل التشخيصي Diagnostically Action activity ذلك الإجراء



الشكل ١٠ : العمل التشخيصي

الذي تتم فيه الملاحظة والتساؤل بمراعاة المعايير العلمية، والذي يفسر نتائج الملاحظة أو التساؤل ويبلغها (للمعنى)، من أجل وصف السلوك أو توضيح أسباب سلوك ما أو

للتنبؤ بهذا السلوك في المستقبل أو كلها معاً. ويتضمن العمل التشخيصي النفسي

مجموعة من الخطوات أو الإجراءات التي يَسْتُخْدِمُهَا القائم على التَشْخِصِ تَتَمَثَّلُ في:

- استخدام الطرق النَّفْسِيَّة: يستخدم التَشْخِصِ النَّفْسِيَّ الطرق أو الوسائل أو الإجراءات التَشْخِصِيَّة النَّفْسِيَّة كالاختبارات أو المقاييس النَّفْسِيَّة والملاحظة ودراسة الحالة والمُقابَلَة وغيرها من الأدوات النَّفْسِيَّة. أما الأدوات أو الطرق الأخرى كاستخدام التَشْخِصِ الطَّبِيَّ وغيره فليس من مجالات عمل التَشْخِصِ النَّفْسِيَّ.
- الجمع المنهجي للمعلومات ومعالجتها: يقوم التَشْخِصِ النَّفْسِيَّ على الجمع المنظم للمعلومات المتعلقة بالظاهرة التي هي موضوع الفحص وذلك باستخدام طرق وأدوات الفحص النَّفْسِيَّ المُخْتَلِفَة. ومعالجة المعلومات التي يتم الحصول عليها بطريقة منظمَة وعلمية تستند إلى الحقائق النظرية والميدانية في علم النَّفس وتُنظِم هذه المعلومات بشكل واضح وقابل للفهم.
- تفسير أو تبين بيانات السلوك من خلال الفرضيات النَّفْسِيَّة -النظرية: يُساعد الجمع المنهجي والمنظم للمعلومات ومعالجتها على توضيح أو تفسير البيانات التي تم جمعها. ولا بُدُ لهذا التفسير أن يستند إلى فرضيات نفسية -نظرية، أي أن يكون قائماً على خلفية نظرية نفسية تدعم الفهم الأفضل للسلوك المدروس، وضمن حدود الأدوات التَشْخِصِيَّة النَّفْسِيَّة المُسْتُخْدَمَة.
- يقوم على قواعد وتوجيهات أو تعليمات وحسابات: يقوم العمل التَشْخِصِيَّ على أسس واضحة ومحددة تُهَدَف إلى مساعدة المُشَخَّص على اتخاذ القرار المناسب العملي والمبرر علمياً، وهي قواعد تحدد ما ينبغي للمُشَخَّص القيام به و عدم القيام به، وهي مُلزِمة للعاملين ضمن هذا المجال.
- يستند التَشْخِصِ على محكّات الصلاحية (الاختبار النفسي الجيد): يستخدم التَشْخِصِ النَّفْسِيَّ المقاييس والاختبارات والمُقابَلات وغيرها كأدوات تَشْخِصِيَّة. وينبغي أن تتوفر في هذه الأدوات مجموعة من الشروط، تستند إلى نظرية القياس التقليدية، وتتمثل في الموضوعية والصدق والثبات. بالإضافة إلى محكّات

أخرى منها المعايير ١٢ Standardization والتدريج Scaling والاقتصاد، والفائدة وعدم المشقة وعدم القابلية للتزوير والعدل.

- **التشخيص ليس هدفاً بحد ذاته بل وسيلة؛** ومن هنا فإن أي إجراء أو عمل تشخيصي لا يكون مبرراً إلا إذا كان يسهم في الفهم الأفضل للمشكلة ومن ثم في التدخل النفسي، وأن يتم أخذ موافقة المَفحُوص على إجراء الفحص النفسي. وينطبق هذا بشكل خاص على الإجراءات التشخيصية المرهقة والمؤذية للمفحوص.

إطار ٧: تلخيص لمهام التشخيص النفسي

تكمن مهام التشخيص النفسي في سبر الفروق الفردية بين حاملي السمات تحت شروط معيارية لأغراض الاستخدام التشخيصي. وفي حالة التشخيص القائم على الشخص يتم السعي إلى قياس تلك السمات أو الخصائص أو التغيرات بين الفرد وغيره أو ضمن الفرد أو كلها معاً، والتي تفيد في التنبؤ بالسلوك المستقبلي أو الخبرة أو في التعديل المأمول للسلوك أو كلها معاً.

وترتبط المهمة التشخيصية في البداية بمسائل واهتمامات معينة من ناحية وبأشخاص أو مؤسسات من ناحية أخرى. والتشخيص عبارة عن فرع مجال عمله الطرق ويخدم التطبيق، ولا يمارس بحد ذاته وإنما من أجل إعداد القرارات المتعلقة بالممارسة. وهنا قد يتعلق الأمر بترتيب أو تعديل الأشخاص والمواقف أو إزالة حالات معينة غير مرغوب فيها وذلك عندما يطلب مراجع ما المساعدة من أجل التخلص من اضطرابات سلوكية يعاني منها في العلاج النفسي مثلاً، أو تحقيق حالات مرغوبة، كأن يراجع طالب ما بهدف الحصول معلومات حول نوع الدراسة أو المهنة المناسبة له بالاستناد إلى بروفيل إمكاناته وقدراته في الاستشارات النفسية مثلاً.

وبهذا فإن التشخيص النفسي لا يتبع نموذج تفكير سببي بشكل كبير وإنما يتبع نموذج غائي أو نهائي FINAL إذ لا يتم النظر إلى المعلومات التي يتم الحصول عليها في سياق التشخيص على أنها أسباب وإنما مؤشرات أو دلائل INDICATION للانتقاء من خيارات متعددة. ولا يتم استنتاج ما هو قائم فقط وإنما ما الذي يفترض له أن يحصل في المستقبل (AMELANG & SCHMEDT-AZERT, 2012 P.3).

٥. أنواع التشخيص

توجد أنواع مختلفة من التشخيص ترتبط بمجال الاستخدام داخل علم النفس:

٥,١ التشخيص المؤسسي:

ويشتمل التشخيص المؤسسي على:

- علم نفس العمل وعلم النفس التنظيمي: يستخدم علم نفس العمل وعلم النفس التنظيمي إجراءات تشخيصية في الانتقال للتأهيل والتدريب والتوظيف والانتقاء المهني. وتمتد المسائل التشخيصية من انتقاء المرشحين للملائمين للتدريب المستمر أو للتأهيل وانتهاء بتشخيص عمليات العمل ووحدات التنظيم أو المنظمات الكاملة أو المؤسسات. ومن هنا تطلق على هذا النوع من التشخيص تسمية التشخيص المؤسسي أيضاً.
- التشخيص التربوي: يستخدم علم النفس التربوي التشخيص بالطريقة نفسها في إطار استنتاج الكفاءة المدرسية بالنسبة لمدارس معينة أو لأنواع معينة من الدراسة وفي تحديد القصور الخاص في الإنجاز أو الموهبة وانتهاء بتحديد المشكلات في التربية ضمن الأسرة والمدرسة (راجع الفقرة ٢,٦ صفحة ٤٢).

٥,٢ التشخيص الفردي

- علم النفس الإكلينيكي: على عكس التشخيص المؤسسي فإن التشخيص النفسي في ميدان علم النفس الإكلينيكي يتحرك ضمن مجال التشخيص الفردي، وذلك عندما يسأل على سبيل المثال عن ظروف وأسباب الأضرار أو الاضطرابات النفسية من أجل الحصول منها على مؤشرات (دلائل) للإجراءات التدخلية والعلاجية المناسبة.
- علم النفس العصبي الإكلينيكي: تشبه الإجراءات التشخيصية في علم النفس العصبي الإجراءات التشخيصية في علم النفس الإكلينيكي: فعلى أساس

النتائج العصبية والنفسية العصبية يتم استخلاص إجراءات لإعادة التأهيل وإجراءات تدريبية وتنفيذها.

٦. استراتيجيات التشخيص

يتم توجيه العملية التشخيصية من خلال الاستراتيجيات التشخيصية. وتقوم الاستراتيجيات التشخيصية على أسس تصور أو مفهوم Conception يُبنى على البيانات المُستقْصاة ويُستخدَم لتحقيق هدف مُحدّد. ويتم التفريق بين استراتيجيات الانتقاء واستراتيجيات التعديل:

- **انتقاء الأشخاص مقابل انتقاء الظروف:** تحاول الاستراتيجيات التشخيصية من خلال انتقاء الأشخاص أو الظروف المناسبة أو كليهما معاً الوصول إلى حالة أفضل (مثالية). ويتم استخدام هذه الاستراتيجيات بشكل أساسي في إطار التشخيص المؤسساتي. وطبقاً لذلك يتم التمييز بين انتقاء الأشخاص، حيث يتم هنا انتقاء شخص وفق محكّات مثالية على أساس شروط قائمة، وبين انتقاء الشروط أو الظروف حيث يتم انتقاء الشروط المثالية بالنسبة إلى شخص مُعيّن.

وعادة ما تقوم استراتيجيات الانتقاء على فرضية الثبات الزمني للخصائص والسمات النفسية للشروط أو الظروف. وفرضية الثبات الزمني هذه تقع ضمن مجال تشخيص الحالة. وتقوم نتائج تشخيص الحالة بشكل أساسي على مقارنة عرضانية للأشخاص في عينة ما. وتستخدم استراتيجيات الانتقاء في مجال تشخيص المواءمة بشكل خاص.

- **تعديل السلوك مقابل تعديل الظروف:** تتصف استراتيجيات التعديل بأنه يتم تحسين Optimization حالة أو عملية معينة من خلال تعديل خاص، وهذه الاستراتيجيات مألوفة بالنسبة إلى المسائل في إطار التشخيص الفردي. ويتم التمييز هنا في السياقات القائمة على الأشخاص بين تعديل السلوك الذي تتضمن فيه النتائج التشخيصية قراراً تكون نتيجته تغيير السلوك، وبين تعديل

الظروف أو الشروط، والذي يهدف إلى تغيير السلوك من خلال تغيير الشروط أو الظروف.

- **تَشْخِيسِ الْعَمَلِيَّةِ:** تقوم استراتيجيات التعديل على طرق تقوم بِتَشْخِيسِ الشكل المناسب من العلاج بالنسبة للحالة الفردية وتقويم فاعليته. ومن هنا فَإِنَّهُ غَالِباً مَا يَكُونُ الْمَطْلُوبُ هُنَا مَنْظُورٌ طَوْلَانِي، يَعْقِبُهُ فِي الْغَالِبِ تَشْخِيسُ الْعَمَلِيَّةِ، وَلَكِنَّهُ يُمْكِنُ أَنْ يَتَضَمَّنَ كَذَلِكَ عُنَاوِرَ تَشْخِيسِ الْحَالَةِ. وَغَالِباً مَا تُسْتَعْمَدُ اسْتِرَاتِيجِيَاتُ التَّعْدِيلِ فِي مِيدَانِ التَّشْخِيسِ النَّفْسِيِّ الْإِكْلِينِيكِيِّ - الْعِلَاجِيِّ.

٧. المسائل التشخيصية في الميادين المختلفة

تختلف المسائل التشخيصية المطروحة تبعاً للميدان الذي يجري تطبيقها فيه. ويقدم شميدت -آتسيرت وأميلانغ (٢٠١٢ ص، ٦- ٨) مجموعة من الأمثلة حول المسائل التشخيصية في الميادين المختلفة والتي تتطلب استخدام إجراءات تشخيصية مختلفة. وفيما يلي عرض للمجالات التي يعرضانها:

- (١) **في مجال علم النفس الإكلينيكي:** تتمحور المسائل التشخيصية في ميدان علم النفس الإكلينيكي حول الإجابة عن السؤال: هل يعاني مراجع ما والذي يشكو من أعراض معينة كفقْدان الدافع أو اضطرابات في التركيز ، من اضطراب نفسي ما؟. فإن وجد اضطراب نفسي ما فيتم عندئذ تحديده بشكل كمي. وتطلق على هذا الإجراء "التشخيص الفئوي"، ويقصد به أنه بناء على الأعراض الموجودة لا بد من إيجاد الفئة المرضية الملائمة. والأنظمة التصنيفية المعتمدة هنا هي الـ دي أس أم والآي سي دي DSM & ICD. والأمر الأساسي في تشخيص اضطراب نفسي ما كالاكتئاب أو الفصام مثلاً (حيث يتم التفريق بين فئات فرعية مختلفة أيضاً) وجود عدد محدد من الأعراض المعروفة بدقة. وغالباً ما يتم الحصول على المعلومات الضرورية حول مثل هذه الأعراض من المقابلة التشخيصية (راجع الفصل الثامن، الصفحة ٢٤١ وما بعد).

(٢) في مجال التّشخيص المرافق للعلاج: غالباً ما يعقب التّشخيص علاج نفسي. وفي الحالة المثالية فإنه غالباً ما يتم الوصف الكمي لهذه الاضطرابات قبل وفي أثناء وبعد العلاج. ومن أجل هذا الغرض تفيد بشكل خاص الاستبيانات المتعلقة بالاضطرابات المنفردة كمقياس بيك للاكتئاب أو مقياس حالة القلق لسبيلبيرغر مثلاً. فمن خلال هذه المقاييس يمكن تقييم مجرى ونجاح العلاج. وبما أن التقييم الذاتي قد يكون مشوهاً فإنه غالباً ما يتم الاستعانة بملاحظة السلوك والتقييم الخارجي لهذا الغرض.

(٣) في مجال الضغوط ومواجهة الأمراض: يرى علم نفس الصحة أن الصحة هي أكثر من مجرد غياب الأعراض. ويدور اهتمامه حول عدد كبير من المواضيع منها مواجهة الضغوط والمرض والوقاية. وفي هذا الإطار تلعب مقاييس حول السلوك الصحي والضغط دوراً كبيراً، كما تستخدم المقابلات التّشخيصية وملاحظة السلوك وتقييمه (راجع الفصل الثامن، ٣٥١ وما بعد).

(٤) في مجال قياس الإنجاز (الأداء): يهتم علم النفس التربوي بالتربية والتعليم والتدريب المستمر، وغيرها من القضايا (راجع الفصل التاسع صفحة ٣٥٧). وفي هذا المجال فإن التّشخيص التربوي غالباً ما يهتم بمستوى الإنجاز وقدرات الإنجاز، وهو ما يرجح استخدام اختبارات الإنجاز. ومثال ذلك عندما يطرح السؤال نفسه عند الالتحاق بالمدرسة إن كان الطفل يستوفي المطالب المدرسية. وهنا يتم استخدام اختبارات النضج المدرسي للإجابة عن هذا السؤال. وفي السنة الأولى من المدرسة يطرح السؤال نفسه على سبيل المثال إن كان من اللازم اتخاذ إجراءات تنمية خاصة، بما في ذلك إلحاق الطفل بمدرسة تنمية خاصة. وفي أثناء المدرسة غالباً ما تظهر مشكلات في الإنجاز، والتي لا بد من معرفة أسبابها. وفي مثل هذه الحالات يمكن لاختبارات الذكاء والتركيز التي تقيس قدرات الإنجاز المعرفي والتركيز أن تفيد في الإجابة عن هذا السؤال. كما يمكن من خلال اختبارات الإنجاز المدرسي قياس مستوى الأداء في مادة معينة تتيح لنا إجراء مقارنة موضوعية مع طلاب آخرين من السن نفسه.

- التعرف على اضطرابات الإنجاز الجزئي والمشكلات السلوكية: وعند الشك بوجود اضطراب جزئي في الإنجاز فإن اختبارات الإنجاز هي الوسيلة المفضلة للإجابة عن هذا السؤال. فهي تعطينا معلومات حول صعوبات القراءة والكتابة والحساب. وبما أن الأداء المدرسي يتأثر بالدافعية والاهتمامات وقلق المدرسة والتشجيع من الأهل والظروف الأخرى فإنه غالباً ما يستخدم مع الطلاب وأهلهم ومعلميهم استبيانات أخرى ومقابلات تشخيصية.
- وعند وجود مشكلات سلوكية يتم استخدام ملاحظة السلوك في الدرس. كما أن علم النفس التربوي لا يهتم بالتقصير والعجز والمشكلات فحسب، وإنما يهتم بالإمكانات وذلك في إطار التطور المدرسي والموهبة. وهنا يتم استخدام اختبارات الذكاء أو الدافعية أو الميول وغيرها.
- (هـ) في إطار علم نفس العمل وعلم النفس التنظيمي: وفي هذا المجال يتم استخدام التشخيص النفسي في مجالات عدة:
 - ففي الاستشارات المهنية للديافعين الذين يحتاجون المساعدة وفي انتقاء المتدربين أو الموظفين (بدءاً من العمال وانتهاء بالقيادات). ويتم استخدام اختبارات الإنجاز إلى جانب اختبارات الميول وسمات الشخصية كالقابلية لتحمل الضغوط أو التوجه نحو الإنجاز.
 - وفي الحالات الفردية يتم كذلك تشخيص الاضطرابات النفسية الممكنة. وهنا يتم استخدام اختبارات الميول والشخصية والمقابلات التشخيصية.
 - وفي مجال شؤون الموظفين يتم استخدام التشخيص النفسي، حيث يحصل في المؤسسات أو المصانع أو مؤسسات التوجيه بناء على تكليف من المؤسسات. وتتنوع الإجراءات التشخيصية بدرجة كبيرة حسب سبب الفحص. وهنا لا يتم استخدام اختبارات الذكاء والإنجاز على الرغم من صدقها وموثوقيتها العالية إلا في انتقاء الواجب تأهيلهم، ويتم استخدام المقابلات المبنية إلى حد ما بشكل كبير. فإذا كان المطلوب في الاستخدام أن يمتلك المرشحون قدرات ومهارات معينة فيتم استخدام عينة العمل، فيطلب من المرشحين القيام بأنشطة نمطية من العمل وتتم

ملاحظتهم في أثناء ذلك، كالعامل على الحاسوب مثلاً. وفي الحالات التي تكون فيها متطلبات العمل معقدة، كتدريب الطيارين ورواد الفضاء والعاملين في الأنشطة النووية والصناعات المعقدة وغيرها فإنه غالباً ما يتم العمل وفق نماذج المحاكاة. وعادة ما تتم هذه الأمور في مراكز تطلق عليها تسمية مراكز التقييم Assessment Centers حيث تتوفر فيها مواقف للمحاكاة تشبه ظروف العمل ويتم ملاحظة وتقييم المرشحين.

(٦) في إطار علم النفس القضائي؛ وهو حقل يهتم بمسائل كثيرة ذات أهداف متنوعة ناجمة عن طبيعة القضايا.

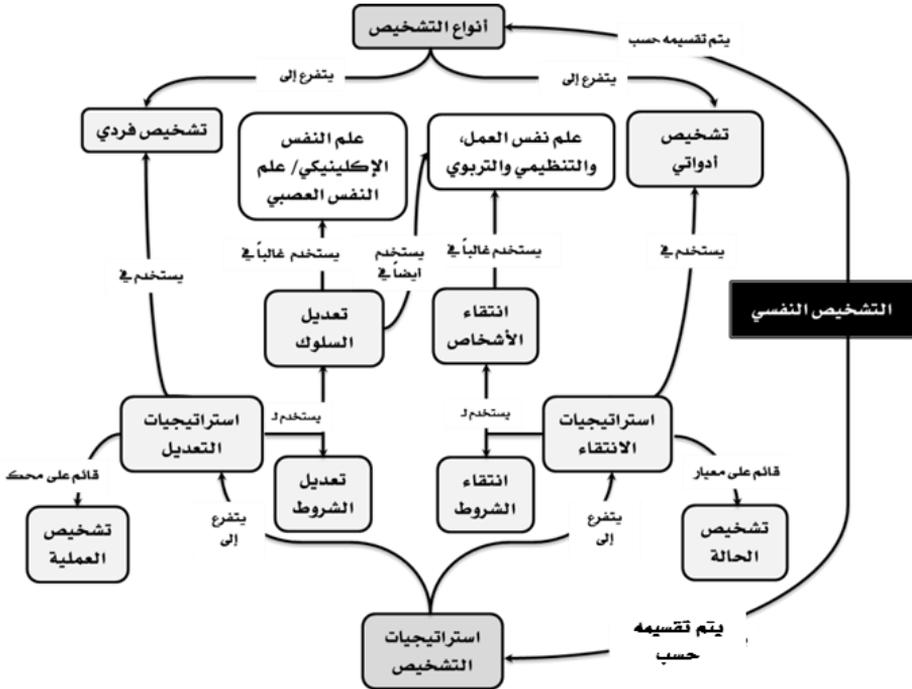
■ في القضايا الجنائية يمكن تقييم مصداقية الشهود أو أقولهم. وحسب السبب الباعث على الشك بالمصداقية يجري على سبيل المثال فحص لقدرة الأداء المعرفي للشاهد مثلاً باختبار للذكاء أو سبر للدوافع الممكنة لشهادة الزور من خلال المقابلة التَشْخِصِيَّة. وهنا يتم إجراء تحليل مضموني للأقوال وفق مؤشرات الصدق.

■ وفي مجال الجنوح تطرح مسألة مسؤولية الجانح عن جناحته، فيتم إجراء فحص وجود اضطراب نفسي أو اضطراب شديد الأثر على الوعي أو إعاقة عقلية أو شذوذ نفسي شديد أو غير ذلك.

■ في مجال حضانة الأطفال بعد الطلاق وفي قضايا الحضانة والتي تحصل في الغالب بعد الطلاق يريد قاضي الأسرة التوصل إلى قرار حول أفضل الترتيبات الممكنة والتي تصب في مصلحة الطفل، فيتم الاستعانة بمُتَخَصِّص نفسي كخبير، والذي يحاول من جهته مستعيناً بالدلائل المتوفرة في الملفات تفسير مدى قوة ارتباط الطفل بأحد الوالدين، أو إذا كانت قدرة أحد الوالدين على التربية محدودة أو ما هي الإمكانيات الأخرى المتوفرة لرعاية الطفل وتربيته. وتعد المقابلة مع الوالدين والطفل القاصر أمراً لا غنى عنه. كما يمكن ملاحظة سلوك الطفل مع الأب والأم. وفي بعض الحالات يتم استخدام الاختبارات التي يفترض لها قياس مستوى نمو الطفل أو ارتباطه بكلا الوالدين.

■ التنبؤ بالانتكاس لدى الجناة: كما يستخدم التشخيص القضائي في السجون. فعندما يكون هناك إمكانية لإطلاق السراح قبل انقضاء المدة، لابد من عمل تنبؤ جنائي. وفي هذا التنبؤ يتم تقدير خطر الانتكاس، أي العودة للسلوك الجنائي وارتكاب جرم جديد وضرورة اتخاذ احتياطات تقلل من خطر الانتكاس بعد إخلاء السبيل في حال الضرورة.

ومن أجل تقدير خطر الانتكاس يتم من ناحية استخدام الارتباط الذي يتم فحصه إمبريقياً بين صفات تاريخ الحياة وتكرار الانتكاسات، ومن ناحية أخرى من الممكن رسم صورة فردية للشخصية الراهنة والظروف الاجتماعية والمهنية بعد إخلاء السبيل انطلاقاً من السلوك السابق للمحكوم وتطوره في أثناء السجن. وهنا يتم وإلى جانب تحليل الملفات عمل مقابلات تشخيصية مع السجن وأشخاص



الشكل ١١ : أنواع التشخيص واستراتيجياته

مرجعيين وتطبيق اختبارات شخصية وقوائم فحص عوامل الخطر... الخ.

(٧) في إطار علم نفس المرور؛ وتتنوع المسائل التشخيصية في هذا الإطار:

■ يعد سحب رخصة القيادة من أكثر الأمور التي يتم إجراء فحص نفسي بسببها في كثير من دول العالم المتقدم. ويتم سحب الرخصة عندما تكون هناك تحفظات على صلاحية القيادة لسائق سيارة. وتعد القيادة تحت تأثير الكحول والميل لارتكاب الحوادث بسبب إشكالية الإدمان وتكرار الحوادث من أكثر الأسباب الدافعة لعدم إعادة منح الرخصة، حيث تطلب الجهات المختصة التي تمنح الرخصة فحصاً طبياً وتقريراً نفسياً.

■ **توجب الدول المتقدمة على سائقي سيارات الأجرة وباصات النقل العامة الخضوع لفحص نفسي لتقدير مدى صلاحيتهم للقيادة.** وتحتل في هذا المجال قدرة الإنجاز مكان الصدارة. ومن هنا يتم استخدام اختبارات أداء لقياس التركيز والقدرة على الاستجابة والانتباه والقابلية لتحمل الضغوط والقدرة على التوجه. وبعد سحب رخصة القيادة لا يتم هنا استخدام اختبارات الأداء (الإنجاز) إلا عند وجود شك بوجود قصور مطابق، في حين تحتل المقابلة التشخيصية أهمية كبيرة بالمقابل.

(٨) **في إطار النمو: يعد تشخيص النمو مثلاً على المجالات الأخرى التي يعمل فيها المتخصص النفسي.**

■ **ففي مراكز الإرشاد التربوي أو مراكز طب الأطفال الاجتماعي أو مراكز التربية الاجتماعية أو مراكز التنمية الفكرية يتم إجراء التشخيص للأطفال واليافعين الذين أصبح نموهم ملفتاً للنظر.** وهذا الميدان هو ميدان عمل علم النفس التربوي وعلم النفس الإكلينيكي. وحسب المسألة يتم من خلال اختبارات النمو عمل صورة للنمو أو يتم باستخدام اختبارات الإنجاز وملاحظة السلوك بشكلٍ هادف قياس مجالات منفردة من الوظائف كالحركة أو اللغة أو الذكاء أو مجال السلوك الاجتماعي وفحص مدى التناسب بين السن والنمو. بالإضافة إلى ذلك يتم في بعض الأحيان استخدام المقابلات التشخيصية والاستبيانات (راجع الفصل التاسع: على الصفحة ٣٥٧).

(٩) علم نفس الشيخوخة والطب النفسي في الشيخوخة Gerontopsychology: وعلى الجانب الآخر من متصل النمو يقع ميدان علم نفس الشيخوخة. وغالباً ما تتعلق المسائل التَّشخيصية في هذا المجال بمدى قابلية القصور الملحوظ في الأداء للتكميم الموضوعي. وهنا تحتل اختبارات الأداء وفحص الذاكرة أو الذكاء أو القدرة على التركيز الأولوية.

(١٠) قدرات الإنجاز بعد الأذى الدماغى: فعندما يكون الاهتمام منصباً على معرفة فيما إذا كان القصور أو العجز ناجماً عن الاكتئاب أو الخرف مثلاً فإننا نقع هنا في ميدان علم النفس الإكلينيكي. أما إذا كانت هناك أسباب عضوية دماغية أو يتم تخمين أن العوامل العضوية تسهم في صورة مرضية ما فإننا نقع في ميدان علم النفس العصبي. ففي العيادات العصبية ومراكز إعادة التأهيل يتم بشكل خاص علاج أشخاص مصابون بسرطانات الدماغ أو بإصابات في الرأس أو بجلطات دماغية أو بأمراض جسدية معينة ولديهم قصور في مجال الأداء بشكل خاص. ويمكن تحسين مجالات منفردة من الوظائف من خلال تدريبات خاصة في الغالب. وفي حالات أخرى يتم البحث عن نقاط القوة التي يمكن الاستفادة منها لتعويض العجز. وطبقاً لذلك يتم في التَّشخيص النفسي العصبي استخدام اختبارات الإنجاز والتي تحتل أهمية كبيرة هنا.

٨. التعقيد والتنوع والاختزالية في التَّشخيص النفسي

يناقش هيرتسكا ورويكاف (Herzka & Reukauf, 2002, P.1-9) في موضوع بعنوان التَّشخيص عند الأطفال، التعقيد والتنوع والاختزالية في التَّشخيص النفسي تلك الجوانب من العمليَّة التَّشخيصية التي قد تبعد التَّشخيص عن أهدافه بسببِ المطلب الضروري للاختزال وخفض التعقيد، من أجل الفهم والتفسير، وما يحمله هذا من مخاطر انحراف النظرة والخلط بين الواقع الإنساني بغناه وتنوعه وبين تلك التجريديات والاختزالات التي يسعى إليها العلم لتحقيق أهداف محددة، مما يقود إلى التعامي عن الإحاطة الأشمل بتنوع وتعقيد مظاهر الحياة النَّفسية ومن ثم تعيق المُشخَّص عن النَّظر إلى الإنسان نُظرة إنسانية مركبة، تُراعي خصوصيته

وإمكاناته وحدوده وتعترف بها، وتُنظَر للاستجابات السلوكية والمرضية ضمن إطارها وجذورها الاجتماعية، وتجعل المُشخِّص يُنظَر للإنسان كموضوع تُشخيص ويختزله إلى مجموعة من المحكَّات.

فمن أجل الوصول إلى فهم وتفسير السلوك والخبرة الإنسانيين يسعى التشخيص النفسي كأي منهج علمي إلى خفض مقدار تعقيد الظواهر موضوع البحث أو الفحص من خلال عملية تجريد واختزال، يظهر على شكل فئات وتصنيفات وأبعاد وأنماط وبناءات نظرية، لا تفي التنوع والتعقيد في مظاهر الحياة الإنسانية ووجوهها حقهما، الأمر الذي يتطلب من المُشخِّص أن يكون دائماً على وعي بحدود وإمكانات العملية التشخيصية وما يمكن أن تقدمه في هذا الإطار، والتعامل بصورة نقدية تصب في النهاية في مصلحة موضوع التشخيص (الإنسان). ولعلَّ الصورة تتضح لنا أكثر من خلال التعقيد الشديد الذي يُميِّز التشخيص لدى الأطفال واليافعين، ففي مجال الأطفال واليافعين يتم التشخيص في مثلث تمثل زواياها الطفل أو اليافع والمربين والمُشخِّص، بحيث إننا نتعامل - على الأقل في الأبعاد النفسية والاجتماعية من النموذج البيولوجي الاجتماعي النفسي - مع ملاحظات وأوصاف سلوكية وتقييمات وتواريخ مرضية مختلفة الرؤى، فالشاركون الراشدون لديهم وبشكلٍ ضمني في الغالب وفيما يتعلق بالطفل، إدراكات انتقائية مختلفة وحساسيات مختلفة وتحمل أو تسامح مختلف، وتصورات متنوعة للقيم والأهداف. وبهذا تنشأ صورة متعددة الطبقات عن الطفل ومعاناته وعن الصعوبات، التي يسببها للراشدين، متناقضة في الغالب، مثيرة للدهشة أحياناً، إلا أنها قليلة الوضوح. بالإضافة إلى ذلك تتفاعل هذه الصورة مع مجتمَع يحدده الكبار، الذين قد تكون إدراكاتهم و تقويماتهم ومعاييرهم الضمنية في عصر التعددية القطبية غير متجانسة ومتعددة الطبقات ومختلفة.

أما أنماط سلوك الأطفال واليافعين فتتصيف بالتباين بدرجة كبيرة لأنهم يكونون في مرحلة تغير سريع ومختلف فردياً، نطلق عليها تسمية النمو، ولا تتسم بالعمليات المعيارية بعد، وهي التي نطلق عليها تسمية التنشئة الاجتماعية؛ كما

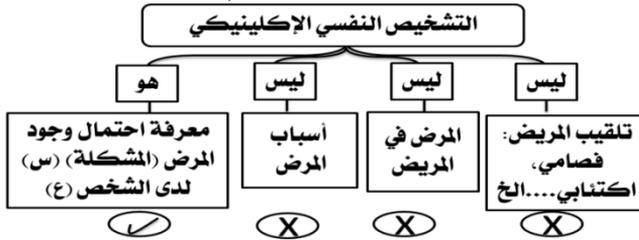
يتعلق هذا بالتقاليد الأسريّة وبالفروق النفسيّة الإجماعيّة بين الريف والمدينة والفقير والغنى والتقاليد الدينيّة والموروث الثقافي... الخ. والاستعمار النفسيّ بقيم وأهداف المجتمع الاستهلاكي الناجم عن العولمة الاقتصاديّة والوسائط الإعلامية المتعددة، التلفزيون بشكل خاصّ، يكون في مرحلة الطفولة أقل وضوحاً مما هو الحال في مرحلة واليفوع ولدى الراشدين. يضاف إلى ذلك الطبائع المختلفة والحقيقة القائلة: أن نموّ المجالات المختلفة من الشخصية تختلف بين الأطفال من نفس العمر، وأن الأطفال في منظومتهم الأسريّة يمتلكون أدواراً مختلفة.

في التشخيص النفسيّ يتمّ القيام بعملية تقليص أو تخفيض، لأن الأمر يتعلق في الغالب بملاءمة تصوّرات معينة للراشدين، أو الاستجابة لتصوّرات معينة للراشدين: فالطفل ينبغي أن يكون أقل إزعاجاً وأقل لفتاً للنظر، وأن يندمج في الفصل المدرسيّ أو أن يدخل ضمن تصويرة تشخيصية معينة؛ فعليه أن يحقق توقعات المدرسة أو مشروع البحث، وغالباً آمال الوالدين، تلك الآمال التي يجد الوالدان نفسيهما أنها مضطربان لتكيفها طبقاً لمعايير محددة مع المحيط والجيران والمدرسة. ومئات السنين تعرض الأطفال للضرب والتهديد وما زالوا اليوم كذلك، يخضعون للعنف المنظم، ويتمّ إغواؤهم ورشوتهم بالمكافآت، وكل ذلك تحت شعار مصلحة الأطفال واليافاعين والشباب. وما يثير الدهشة هو الخضوع الناجم عن ذلك لأولئك اليافاعين الذين تعلموا الاستعداد للاستهلاك وليس التمرد ضدّ تدمير الموارد البيئيّة وتقديس خرافة التقدم التقني، والاستسلام للظلم والفقير والقهر. وذلك الطفل أو اليافاع الذي يستجيب للأوضاع المتطرفة، للإنسانيّة، بإضطرابات الضغوط التالية للصدمة على سبيل المثال، أو بالتوتر على فيض المثيرات، الذي هو أحد الأسباب المبكرة لفرط النشاط، أو بالاكْتئاب على فقدان المعنى، فإنّه إمّا أن يعطى تشخيصاً أو يتمّ تمييزه وعزله بوصفه مشيراً للشغب. وهنا لا يعني هذا المناداة بعدم جدوى التشخيص أو إجراءات المساعدة اللازمة أو العلاج، إذ إن الطفل يُعاني في النهاية وكذلك الراشدون يزيدون مشكلاته ومشكلاتهم، بحيث إنه لا بد من التدخّل والمساعدة، وإنما يعني أنه لا بد من

التشكيك بالعمل التشخيصي الأساسي الممارس في أيامنا هذه، الذي لا يتجه بصورة جوهرية نحو الجذور المرضية الجمعية ومن ثم نحو الوقاية، وإنما نحو النتائج الفردية الناجمة عن ذلك. كما أنه هنا لا يجوز إنكار أن للاستعدادات الفردية وما تتضمنه من عوامل وراثية دوراً، يسهم في أن يستجيب الإنسان بهذه الطريقة أو تلك، ولكن من غير المنطقي التعامي عن أن المُشخّصين هم جزء من هذه المنظومة التي يتم فيها طرح التشخيص ومن ثم يستبعدون العوامل المرضية لهذه المنظومة أو يتقبلونها كواقع. وهذا التكيف مع المنظومة يصبح أكثر تقبلاً بالنسبة لجماعة المُشخّصين كلما تم تقليص تعقد وتنوع النتائج إلى مجموعة من المحكّات البسيطة (الاختزالية).

وبهذا فإننا نستخدم التّصنيفات العالمية للإضطرابات النفسيّة التي لا تسأل عن تفرد الأسر والثقافات والتاريخ الشّخصي وتقدس روح العصر من خلال التعديل الدوري؛ تلك التّصنيفات التي تتضمن في كلّ فقرة من فقراتها بشكلٍ ضمني في الغالب، التّقيّمات الأوروبية والأمريكية للطبقات الوسطى، والتي تشكّل نوعاً من التلقين التشخيصي، دون شك ليسخر منها الجيل القادم من المتخصّصين.

التعقيد والتنوع ليساً هما السمتين الوحيدتين اللتين يفترض أخذهما بعين الاعتبار في تشخيص يفترض له أن يكون قد تحرر من الخرافات العلميّة للتفكير الألي الذي كان سائداً في القرن التاسع عشر، بل هناك سمات أخرى شاعت بشكلٍ عام في العلوم ولكن تم تجاهلها من الجماعات النفسيّة، مثل التّنظيم الذاتي، والتغير أو النّموّ، سواء الداخلي (الضمن النفسي) أم في المنظومة التي ينتمي إليها الطفل واليافع. وبالطبع فإن مثل هذه السمات لا تظهر بشكلٍ منعزل وإنما هي وجوه



الشكل ١٢: ما هو التشخيص

مختلفة لحقيقة أن الإنسان قد تعلم التمييز بين الواقع الحي والاختزالات أو التجريدات التي

تخدم اتجاهاً معيناً في العلم. وفي العلوم الإنسانية يشير الكثير إلى أننا على الطريق نحو نماذج جديدة أكثر تعقيداً وأشد حيوية حول الصحة والمرض. وضمن هذا الاتجاه ستتم مناقشة ثلاثة مظاهر من التشخيص:

- الطاقة العلاجية للتشخيص (صفحة ٦٤)
- التشخيص كمادة علمية (صفحة ٦٦)
- التشخيص كفن (صفحة ٦٧)

٨,١ الطاقة العلاجية للتشخيص

يحصل الفحص التشخيصي للطفل لأنه يُعاني هو ومحيطه، أو لأن لديه صعوبات أو لأنه يُعاني من صعوبات. وأهدافه هي نفس الأهداف التي يسعى إليها العلاج: تحسين نوعية الحياة. ومن أجل التمكن من الوصول إلى تشخيص فلا بُدَّ لنا من اقتحام البيئة الخاصة للطفل وأسرته. وهذا التعدي على الحدود لا يُمكن تبريره إلا إذا كانت عملية التوضيح أو التفسير مفيدة بالنسبة للمعنيين. والتفصيل الواسع المعتاد بداية التشخيص وبعد ذلك العلاج أو الإجراءات - يقلص التشخيص إلى وظيفة مساعدة ويسحب منه فائدته المستقلة؛ فهو ضمن هذه الرؤية لا يصبح مفيداً إلا إذا أعقب التشخيص شيء ما. إلا أنه غالباً ما يعقب التشخيص ليس ما يريده التشخيص بالفعل، لأنه لا يُمكن دفع تكاليف العلاج أو لأن الإجراءات تذهب في مهب الريح بسبب الإمكانيات الأخرى. وعندئذ يكون التشخيص مجرد رمية في الفراغ، إذا لم يحمل في طياته ما هو قيم، أي إذا طور طاقته العلاجية المستقلة، فأين تكمن هذه الطاقة العلاجية؟

يكون التشخيص هو نفسه علاجاً، أي عملية شافية، إذا ما أوصل للطفل وأسرته:

- بأنه يحترمهم ويُقدّرهم ويأخذهم على محمل الجد، فكّم من الأطفال أحسوا أن الإنسان يريد "التخييل" على ظهر عجزهم وقصورهم، وتم التقليل من قيمتهم - بشكل غير مباشر في الغالب - وواجه همومهم الذاتية بقليل من التقدير.

ولجعل التشخيص فاعلاً علاجياً يلابد من إدراك موقع سلطة المتخصص تجاه ما يُسمى بالجمهور وأن يفصل الإنسان نفسه عنها (الحدود).

- بأننا ننظر للوالدين والطفل على أنهم أكفاء بالنسبة لحياتهم الخاصة، حتى وإن كانت ليست تلك الكفاءة التي نعرفها من خلالنا أو من خلال طبقتنا أو تنشئتنا الإجتماعية وكتبنا التعليمية. وهذا يتطلب من المتخصصين أن يدركوا الفرد والأسرة كمنظومة مُنظمة لذاتها، وأن يتدخلوا فيها بحذر شديد ويبرزوا كفاءاتهم وقدراتهم، من دون التقليل من أهمية العجز أو القصور، سواء مع الطفل أم مع الوالدين، فكم من أب يأتي لتشخيص طفله بمشاعر من العجز تجاه المشكلات وتجاه أسرته؛ وكم من الأهل يشعرون منذ البدء بأنهم تحت رحمة نظام المدرسة أو علم النفس المدرسي.

إن كون التشخيص هو عملية توضيح أو تبين أو تفسير فهذا يعني ألا يرجع الطفل أو الوالدان إلى البيت من دون أن يكونا قد استوضحا إلى أبعد مدى ممكن. ويتألف هذا الموضوع من ناحية من سلسلة من المعارف الدقيقة قدر الإمكان حول الاضطرابات والارتباطات (التاريخ حياتية، الثقافية الاجتماعية)؛ ومن ناحية أخرى يتعلق الأمر بتوضيح حالة المشاعر. ومنهجياً لا يحتل هنا السؤال أو الاستفسار من خلال الشخص مركز الصدارة، إنما الإصغاء والإنصات، وبشكل خاص لما لم يُقل، لذلك الكامن خلف كلمات المراجع، للحيرة والخاوف والأمال التي قد تكون صحيحة أو مشوهة.

فالهدف بسيط، ولكنّه ليس من السهل تحقيقه: يفترض أن يشعر الوالدان والطفل بعد التشخيص بأنهما أفضل، وأكثر تحملاً، وليساً مسحوقين بعبء قوائم العيوب والنواقص وملصق عليهما اللقب التشخيصي (الإتيكيت التشخيصي). ولا يمكن تحقيق هذا الهدف إلا إذا كان الشخص يتصف بالتقدير العالي لتعقد الحياة والمصائر الإنسانية، وأن يكون واضحاً لنا أننا لا نستطيع إلا سبر وتفسير أجزاء متفرقة من الواقع، ولا يحتاج الأمر إلا إلى التخلص من الخرافة العلمية في أننا لا نكون متخصصين إلا إذا استفسرنا كفاية أو استخدمنا الاختبارات وتحررنا

في النهاية من وهم أننا نعرف "كُل شيء". إن مثل هذا التفسير الكمي هو مجرد وهم لا يناسب إلا الحاجة للسلطة المصعدة عن طريق المهنة.

٨,٢ التشخيص كمادة علمية

يتضمن التشخيص دائماً مجموعة من المعلومات القابلة للاستخدام العلمي والقابلة للتقويم. ويمكن استقصاء بعض هذه المعلومات من خلال الاستبيانات أو الاختبارات. ويتم تصميم قوائم أعراض وتصنيف متلازمات لأعراض علمية، كما هو الحال في الآي سي دي أو ال دي أس أم. وهذه الأعراض والمتلازمات هي مجرد تجريدات. هي مفيدة للمسائل الجائحية (الانتشار)، لأنها تتيح لنا عمل مقارنات و تكميمات. إلا أن ذلك يشترط ألا تنطبق المتلازمات المصنفة على الإنسان الفرد، وأن يتم تجاهل الخصائص والتعقيد الفردي إلى أبعد مدى، فالمرء يقوم بالتخفيض أو التقليل إلى الأعراض الأساسية على سبيل المثال. إلا أننا جميعاً نعلم من الخبرة أن الطفل ينحرف عن التصنيف، بحيث اعتدنا على التصنيف المرن، أي غير الدقيق، كي نحصل في النهاية على أرقامنا (إحصاءاتنا). وهذا ما نتعلمه تحت التعبير الملطف "ثبات المقومين". وقد يكون هذا الإجراء مفيداً لضمان بقاء المشخصين، والباحثين أيضاً، الواقعين تحت ضغط الكسب والنشر. إذ يُمكن للمرء هنا أن يثبت وجود حاجة أو يستنتج بأن أدوية معينة مفيدة لبعض الأطفال ولا تفيد لدى آخرين. كما يُمكن للتصنيفات أن تكون مفيدة للمراجعين، إذا كان صرف الضمان مرتبباً بذلك. وبفضل عدم الدقة فإنه غالباً ما يكون بالإمكان عند الحاجة فرز طفل ما إلى مجموعة ما مطلوبة، طالما تم طرح الأسئلة الصحيحة أو استخدام الاختبارات الصحيحة، التي تعد بتلك النتائج التي يحتاجها المرء. وعندئذ يطرح أصحاب التكليف، أي شركات التأمين أو المؤسسات التي تحيل الطفل أو اليافع للتشخيص، أيضاً أسئلة إضافية، ولكنها هي أيضاً مقولبة، وتهدف إلى إدخال أو استبعاد الطفل استناداً للإنجاز، أسئلة تكون واضحة وتكون الإجابات قابلة للاستغلال حسب الفائدة.

والحال نفسه بالنسبة لأغراض البحث: إذ يقوم المرء ببناء الفئات الصحيحة وي طرح تلك الأسئلة التي تقود إلى النتيجة المقصودة المستهدفة، وهكذا يستطيع المرء عندئذ بجهد إحصائي عال، أو حتى من دون عناء يذكر أن يبرهن ما الذي استطاع تقديره في بداية الدراسة: الفرضية تنطبق أو لا تنطبق. وكلا الأمرين بعيد جداً عن الواقع لأن الفئات المبنية كانت مجرد تجريدات وستظل كذلك. بكلمات أخرى إن نتيجة مشروع بحث ما هي نسق من ظروفات هذا المشروع من خلال الطرائق؛ أي من خلال مثالنا على أنها محددة مسبقاً من خلال التشخيص. وليس من المثير للدهشة أن يتحول الشخص دائماً إلى جزء من المنظومة التي يفحصها. وما يقصده المرء بالموضوعية هو بهذا أيضاً في أفضل حالاته شراكة منعكسة reflected inter subjectivity. وهنا علينا ألا ننكر أهمية ما يتم تحقيقه من خلال التقليل أو الاختزال إلى مجموعات من الأعراض والمتلازمات القابلة للتصنيف، ونقدره حق قدره، إلا أنه علينا الانتباه إلى الفرق بين قائمة الطعام في المطعم و الطعام الحقيقي، بين الخريطة والبلد ذاته إن صح التعبير؛ فكثير من المشخصين يعتقد أن الفئات التشخيصية هي كيانات مادية ويتعامل معها على هذا الأساس، فنعمل بهذا كما يفعل الفصامي الذي يأكل قائمة الطعام بدلاً من الطعام نفسه.

٨,٣ التشخيص كفن

كان التصنيف منذ وجوده فناً. ومثل أي فن آخر يستخدم نتائج التحليل العلمي. ولهذا السبب فلا يمكن للمشخص أن يكون كمُشخص مزدرياً للبحث، فالفنان، كالرسم على سبيل المثال يحتاج في عمله إلى علمه بالألوان والأصباغ أو إلى الإحساس بالقواعد الجمالية؛ وغالباً ما يكون خبيراً بتاريخ الرسم، وكثيراً ما بذل الكثير من الجهد لتقليد ما يراه مثلاً له؛ وغالباً ما يبحث طويلاً عن أسلوبه الخاص، وقد يغيره أحياناً. إلا أنه في النهاية لن يجد أسلوبه الخاص من دون أن يمارس الرسم عملياً، بحماس ونقد كبير للذات، وضياع ومواعيد مع "القدر" أو "الفرص". وعلى طريقه نحو أسلوبه الخاص يكون معتمداً على تنظيم معرفته المتعلمة في عملية، تتجاوز نطاق خبرته (استعاراته). إنه يدع "موضوعه" بأسره،

يستحوذ عليه، يخضع لواجبه (الأمر الذي يكون في الغالب على حساب أسرته)؛ فهو يتأثر به ويدخل في علاقة شخصية مع "موضوعه"، ويندمج به. وما يشبه ذلك يحصل أيضاً للأدباء أو للموسيقيين الذين يبدعون الألحان. وللمعمليّة الفنية مظاهر متعددة لا يُمكن التعبير عنها بكلمة واحدة، لهذا يوجد عدد كبير من الكلمات الغريبة: التّواصل، التعاطف، التّفاعُل، الحَدَس، الإلهام . وهذا كله ينطبق على المُشخّصين والتّشخيص، فمن الصعب التعبير بكلمة عما نحسه أو نخمنه على سبيلِ المثالِ في ارتباطات تاريخ الحياة، بمزاجيات الأسرة أو بهوام أو بآمال، أو رغبات أو خيبات المراجع كفرد أو كآسرة. إننا نصنع صورة من كلّ ما ندركه ونعيشه لدى المعنّيين راشدين وأطفالاً وأسراً وآباء... الخ. وإنجاز هذه الصورة هو عمليّة تشكيليّة (جشطلطيّة) ؛ فنحن نصل إلى صورة شخصيّة، وهي صورة المُشخّص. ولن نكون قادرين أبداً على إيصال هذه الصورة للطفل أو لأسرته بالشكل الذي تعيش فيه في مخيلتنا. بل إنها هي صورة مُقابلة للصورة التي يحضرها المعنّي نفسه معه. وفي المواجهة التّشخيصيّة والجلسة يُمكن أن تنشأ بالتدرّج صورة مشتركة، في عمليّة من المحاكاة والتعديل. وكلما تقدمت هذه العمليّة أصبح المعنّيون أقل مع صورتهم وشعروا أكثر بأنهم مفهومين، فيجد المُشخّص والمراجع الصدى المتبادل، والانسجام، وهذا تغيّر يحل المشكّلة ويخفف المعاناة ويُساعد على التعامل مع المشكّلات، فإذا لم تحصل هذه العمليّة، يصبح الأمر تبيديراً لوقت وطاقة المراجع وقد ينشأ أحياناً ضرر جديد، لأن كلا الجانبين قدّ وجدا نفسيهما غير مفهومين، أو يأخذ المراجع صورة جامدة معه بأنه ليس طفلاً بصعوباته وقدراته، بفرحه ومعاناته، وإنما صورة أنه "اكْتئاب" أو "فرط النّشاط"، تأسر الطفل. أما مدى صعوبة هذا التفاهم فيظهر هذا من خلال حالتين: الأولى، كم من الصعب صياغة تقرير تشخيصي على درجة من الأهميّة، بحيث يكون المرء فيه عادلاً مع الشخّص المعنّي والموضوع، و الثانية الوصول بالصعوبة المنتظمة، داخل التّشخيص ليس فقط مع الوالدين أو المعلمين، وإنما أيضاً مع الطفل نفسه، إلى صورة مشتركة، وهو بالتّحديد ما يحتاجه الطفل بشكلٍ ملح.

إن التقييم التفريدي للأساليب الاختبارية - ويشكّل خاصّة تلك التي أعلن موتها بشكل متسرع ممن يطلقون على أنفسهم "بابوات" العلم، ولكنها حافظت على الرّغم من ذلك على وجودها في الممارسة بعناد، تمثل إلى حد ما واجهة لهذه الاعتبارات الأساسية. إذ إنه في الأساليب الاختبارية قد حصل زواج صعب بين الواقع المُعقّد، الذي يفترض لها أن تخدمه، والمطلب العلميّ، الاختزالي المتمثل في الغالب في الصّدق.

٩. التأهيل في التشخيص النفسيّ

يتمّ التأهيل في التشخيص النفسيّ في الغالب على مرحلتين:

المرحلة الأولى في أثناء الدراسة حيث يتمّ تعليم الأسلوب المنهجي العام (نظرياً)، وفي المواد الأخرى التطبيقية المرتبطة بالتشخيص (القياس النفسيّ، اختبارات الشخصية، مواد الإرشاد والعلاج النفسيّ، علم النفس الإكلينيكيّ وعلم النفس التربويّ وغيرها) يتمّ تعليم الطلاب كيفية معالجة مسائل خاصة متعلّقة بكلّ تخصص.

المرحلة الثانية بعد التخرج: بما أن التشخيص عبارة عن عملية تخصّصية مُعقّدة من اتخاذ القرارات، أي عبارة عن إجراء علميّ، فلا يكفي توفّر المعرفة بمجالات التطبيق وبالطرق العملية وحدها وإنما يتطلب الأمر تأهيلاً علمياً معمقاً ومكثفاً. فعلى المستوى الأوروبي على سبيل المثال حدد الاتحاد الأوروبي لجمعيات النفسانيين EFPA^{١٣} في إعلانه المتعلّق بالمستويات الأوروبية للتعليم والتدريب في علم النفس المحترف "إن المستوى العالي والشامل من التعليم والتدريب في علم النفس يخلق ذلك الأساس المعريّ اللازم للكفاءة المحترفة في التقييم [القياس] النفسيّ

European Federation of Psychologists' Associations: Declaration on the European Standards of education and training in professional psychology ^{١٣}

والتدخل والتواصل^{١٤}، فإن الحد الأدنى في الدراسة يبلغ خمس سنوات في علم النفس، يعقب ذلك سنة واحدة على الأقل من الممارسة العملية الناجحة تحت إشراف متخصص نفسي مرخص، وفي الولايات المتحدة الأمريكية عادة ما تكون درجة الدكتوراه Ph. D. في علم النفس العلمي شرطاً لذلك.

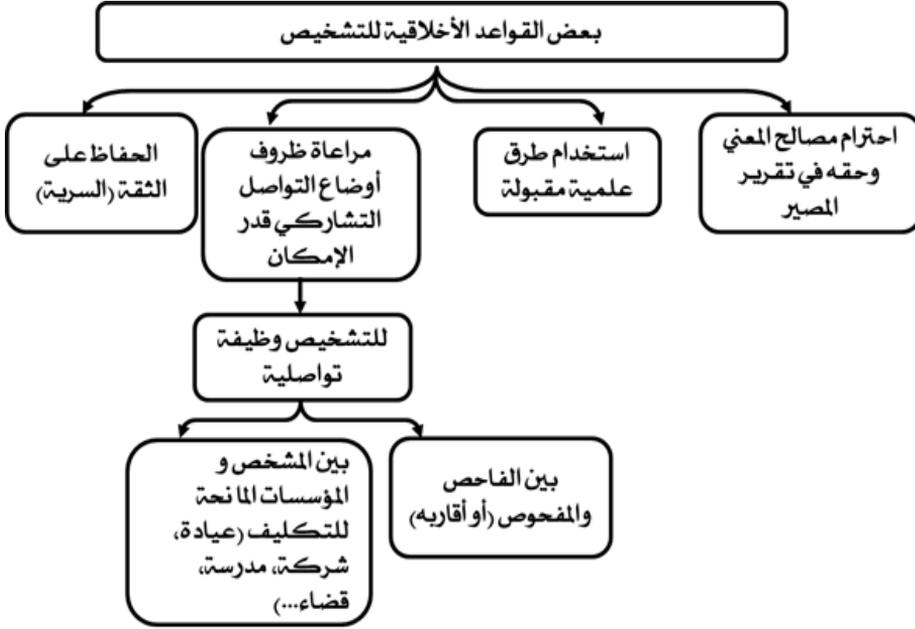
أما المعارف التخصصية الأساسية اللازمة للتأهيل والتعليم في التشخيص النفسي فهي من المجالات التالية:

- معارف من المواد الأساسية وبشكل خاص الأسس البيولوجية والإدراك وتشوّهه وخدمات الذاكرة والتشويه الاستعرافي، والتفكير والدافعية والانفعالات وعلم النفس الاجتماعي وعلم نفس النمو وغيرها.
- علم النفس الإكلينيكي وعلم النفس النمائي وعلم النفس التربوي وعلم النفس المهني وغيرها، والمعرفة بكيفية الوصول للحكم، مثل تعريف الاضطرابات في علم النفس الإكلينيكي، المطالب المدرسية لتشخيص الكفاءة المدرسية أو محكات النجاح لمهنة معينة في علم النفس المهني.
- مناهج البحث والإحصاء: التفكير والسلوك العلمي، وطائفة الاختبارات ومعالجة المعلومات بدءاً من السمات ووصولاً للتشخيص وانتهاء باتخاذ القرار، ومعرفة دقيقة بالتعامل مع الاحتمالات الشرطية^{١٥}، أي ما هي الاختلافات بين البشر وكيف يمكن استنتاجها؟.

^{١٤} A high and comprehensive level of education and training in scientific psychology creates the required knowledge basis for professional competence in psychological assessment, intervention and communication

^{١٥} الاحتمال شرطي **a conditional probability**، تشابه حدوث حدث مع وضع حدوث آخر في

الاعتبار. نفرض أن E حدث اختياري ما ضمن فضاء العينة S . عندئذ نعرف احتمال وقوع الحدث A بفرض أن E قد وقع أو بعبارة أخرى الاحتمال الشرطي للحدث A عند وقوع E



الشكل ١٣: بعض القواعد الأخلاقية في التشخيص

الفصل الثاني التشخيص السيكومتري

١. مقدمة

يتمثل حقل المهام الأساسي للتشخيص النفسي بشكل عام في تطوير الأدوات المعيرة (كالاختبارات والاستبيانات... الخ) من أجل العمل التشخيصي. وهنا يتم التأكيد أنه لا بدّ لهذه الأدوات من أن تكون قادرة على استخلاص الفروق الفردية المنتظمة بين الأفراد بشكل دقيق، وتصف الأهداف التي توجه عملية تطوير الطرق التشخيصية التصورات الأساسية النظرية في بناء أدوات التشخيص النفسي. وتستند هذه التصورات الأساسية عملياً إلى الهدف (ما الذي يتم قياسه؟) ومحكات الجودة (كيف أتعرف على الأدوات "الجيدة"؟) وطريقة التصميم (كيف أتصرف إذا ما أردت تصميم أداة جديدة؟).

تطورت نظرية الاختبارات إلى علم على درجة عالية من الرياضيات، لم تعد مفهومة إلا لدى عدد قليل من المتخصصين. ولنظرية الاختبارات علاقة بالقياس والإحصاء والرياضيات.

والسؤال المطروح: لماذا نحتاج إلى نظرية الاختبارات عموماً؟ (Moosbrugger & Kelava, 2007)

تتبع الإجابة عن السؤال من المطالب المتمثلة في أنه لا بد للاختبارات كأدوات أساسية في التشخيص أن توصلنا لنتيجة نتمكن بالاستناد إليها من اتخاذ قرارات صالحة وصادقة وعادلة. ومن ثم فلا بد من أن يمتلك المتخصص النفسي معرفة بالأسس النظرية العامة وبنظرية الاختبارات تمكنه من تقويم الأساليب الاختبارية فيما يتعلق بنائها وصلاحيتها وعدالتها بشكل مبرهن - مُسند - تخصصي موضوعي.

٢. قضايا نظرية

٢,١ نماذج تشخيص السمات مقابل تشخيص السلوك

٢,١,١ تشخيص السمات

تقوم الفرضيات الأساسية للتصورات النظرية حول السمات على أنه من الممكن وصف سلوك وخبرة الناس في صيغة "سمات Traits". والسمات عبارة عن استعدادات لأنماط سلوكية معينة تظهر بشكل ثابت في المواقف المختلفة، وهي غير قابلة للملاحظة المباشرة. إنها عبارة عن أشكال ذهنية افتراضية مُصمَّمة، ومن ثم فهي عبارة عن بناءات لا يمكن استنتاجها إلا من التصرفات الظاهرة الملحوظة؛ فعندما نلاحظ مثلاً كيف يقوم الطفل بتخريب ألعابه ويضرب زملاءه وينعت شخصاً راشداً بكلمات نابية... الخ (كسلوك ملموس)، فإنه من المحتمل لنا أن نذكر عندئذ بسمة غير قابلة للملاحظة المباشرة، ألا وهي "العداوية". وبعبارة أخرى: نحن نقوم وفق وجهات نظر محددة بوصف تصرفات مختلفة جداً، قد لا تبدو مرتبطة ببعضها من حيث المجرى والأجزاء الجسدية المشاركة، ثم نقوم بترتيبها ضمن فئات أو طبقات نرى أنها تشترك مع بعضها بشيء مشترك، ونطلق على هذه الفئات التي نبنيها على هذا النحو تسمية "السمات"، ونقوم داخل الفئات، كالخوف أو الاجتماعية أو الاستعداد للضغط، أو الذكاء أو الانتباه، بعمل تدرج صريح بصورة أو بأخرى، وذلك وفق وجهات نظر التكرار والشدة؛ فمن يبيد مثلاً الكثير من التصرفات الملفتة للنظر وتكون هذه التصرفات على درجة كبيرة من الشدة نقول عنه أنه يمتلك درجة كبيرة من بروز السمة "الكامنة خلفها" التي نفكر فيها. وعليه فنحن نصف شخصاً ما بأنه "اجتماعي كلياً" والآخر بأنه "أقل اجتماعية" والثالث بأنه "شديد الاجتماعية"... الخ. ويرجع سبب اختصار التصرفات المعنية إلى صفة "الاختزالية والاقتصاد" في العلم: فلو وصف شخصاً ما لا نحتاج إلى ذكر الكثير من التصرفات المنفردة، كأن نقول يشعر بالهم والغم والعصبية وال فشل والتوتر وعدم الراحة والتردد ويخفق قلبه ويتعرق، وإنما نكتفي بذكر الصفة المعنية: "القلق" على سبيل المثال.

وللتصرفات بالنسبة للسمات ووظيفة "المؤشرات"، أي أنها على علاقة بها. ووفق هذه الرؤية فإن تصرفاتنا دلالة على سماتنا الشخصية، والعلاقة بينهما هي كعلاقة الدال بالمدلول. فالإنجازات "الجيدة" للطلاب في المدرسة و أنماط التعبير اللغوي المتقنة تدلنا على أن الطالب "ذكي"، والتدقيق الكبير على التفاصيل الصغيرة والترتيب الزائد عن الحد، والمبالغة في سلوكيات النظافة وغيرها تدلنا على أن الشخص "وسواسي". ويتم استخلاص المدلول من الدال عليه. ولكن هذا الاستخلاص ينبغي ألا يجيز لنا النظر للأول كسبب للثاني أي وفق مبدأ: سرق الجاني لأنه جاني، أو فلان يدخن لأنه مدخن، أو فلان يتصرف بعصبية لأنه عصبى، أو فلان يرسب لأنه كسول... الخ، فمثل هذا الاستنتاج هو نوع من الإسهاب لا لزوم له، وذلك أنه في مثل هذه الحالة سيتحول ما لا يمكن استنتاجه إلا من السلوك إلى سبب لذلك الذي هو أساس للاستنتاج.

ووفق تصورات الشخصية القائمة على السمات فإن الطريق الحتمي للتنبؤ بالسلوك المستقبلي يكمن في أنه يمكن قياس السمات بدقة من خلال المقاييس المناسبة. وهنا يتم الافتراض أن الأشخاص يتصرفون في المواقف المختلفة طبقاً لدرجات بروز سماتهم. وعلى الرغم من أنه يتم الاعتراف بالظروف الموقفية إلا أن مقدار مساهمتها في تغيير السلوك أقل مقابل مساهمة السمات. فالدرجة العالية إلى حد ما في اختبار للقلق مثلاً ترجح أن الشخص يبدي سمة الخوف. ووفق هذه النتيجة يمكن التنبؤ بأنه سوف يستجيب "بقلق" ضمن ظروف أخرى لم يشملها الاختبار، فهو لن يلمس قطة ما ولن يقفز من علو عشرة أمتار في المسبح على سبيل المثال. ويفترض للمهام (البنود) أو العادات السلوكية المستخدمة في قياس السمات المعنية مثل: "أتجنب الذهاب للحفلات" أو "أتولى القيادة في الرحلات" في استبيان للشخصية أن تكون ممثلة للسمة التي نريد قياسها؛ فإن لم يكن الحال كذلك فسوف يكون هناك شك بمصداقية الأداة. أما درجة بروز السمة فيتم استخلاصها من خلال مقارنة الشخص مع غيره (تشخيص مرجع إلى معيار)، ولهذا السبب يتم استخدام المعايير في اختبارات الشخصية والإنجاز.

إلا أن هناك حالات تتغير فيها التصرفات عبر الزمن، وترتبط بالموقف. ومن أجل وصف هذه الأنماط السلوكية يتم استخدام مفهوم "الحالة State". ومن الأمثلة على الحالات الانفعالات، كالخوف والسعادة والحزن والغضب... الخ، والحالات الذهنية كالتعب أو اليقظة أو التركيز... الخ، وحالات التوتر (التوتر مقابل الاسترخاء). ولا يعترف نموذج السمات بالحالات. إلا أن الحالات قد تكون مهمة في التشخيص بالنسبة إلى حالات معينة؛ ومثال ذلك: هل يمكن للخوف من الامتحان أن يكون واضحاً إلى درجة أن المعني يحتاج إلى مساعدة علاجية؟ ويمكن قياس نجاح العلاج وفق مدى انخفاض القلق من الامتحان في مجرى العلاج. ولقياس الحالات هناك استبيانات تقيس الوضع الانفعالي. ومع ذلك فإن فرضية "الحالات" لا تتناقض مع فرضية "السمات". فالسمات تختلف مفاهيمياً عن الحالات.

غير أن التشكيك بمصادقية مبدأ السمات يأتي من مصدر آخر، ألا وهو مبدأ السلوك المرتبط بالموقف. فتعريف السمات يقوم على مفهوم لها يُنظر فيه إلى السمات بشكلٍ واسعٍ -عريضٍ - الأمر الذي يُقلل من القيمة التنبؤية للسمات في مواقف محددة، ومثال ذلك: لنتخيل طفلين يتصفان بدرجة واضحة جداً من العدوانية (كسمة "عريضة")، أحدهما يستجيب بشكلٍ عدواني متطرف عندما يريد الأطفال الآخرون اللعب معه؛ ولكنه يكون مسالماً عندما يؤنبه شخص راشد، والثاني بالعكس، أي يكون مسالماً عندما يريد الأطفال الآخرون اللعب معه، في حين يستجيب بعدوانية على تأنيب الشخص الراشد له. وبناء على ذلك ومن أجل التنبؤ بالسلوك فلا فائدة هنا من قياس العدوانية بصورة "عريضة" عبر مواقف كثيرة، وإنما بصورة نوعية (أو خاصة) جداً. وفي هذه الحالة فإن المطلوب هو قياس الاستعدادات السلوكية المرتبطة بالموقف. ويفترض هنا أن أعلى درجات الارتباط ستكون بين متغيرات التنبؤ (المؤشر indicator) والمحك في حال كان المؤشر والمحك متشابهين، أي إذا كان كلاهما خاصين أو عامين، أي الارتباط بين مقياس لقياس الخوف من العناكب والخوف الفعلي من العناكب، أو الارتباط بين اختبار الذكاء

المصمم وفق مفهوم الذكاء العام و النجاح في الحياة. فإذا كان المطلوب التنبؤ بالسلوك في موقف نوعي فإن الأداة النوعية أفضل من الأداة العامة. فالخوف من الكلاب المقاس بمقياس الخوف من الكلاب (إن وجد مثل هذا المقياس) يتنبأ بالخوف من الكلاب بشكل أفضل من مقياس عام للقلق، وبالمقابل فإن المقياس العام للقلق مفيد للتنبؤ بالقلق في مواقف الحياة اليومية، ومن ثم فهو أكثر دقة من المقياس النوعي في هذا المجال.

وتؤيد الكثير من الدلائل الإمبريقية نموذج السمات، خاصة نموذج العوامل الخمسة الكبرى و مفهوم الذكاء العام، بالإضافة إلى الارتباط بين الكثير من المجالات السلوكية الأخرى كالارتباط بين الذكاء والنجاح المهني مثلاً، وثبات نسبة معامل الذكاء مع العمر... الخ.

٢,١,٢ تشخيص السلوك

يرى أصحاب المذهب السلوكي أننا لسنا بحاجة إلى سمات الشخصية لفهم السلوك، بل أن السلوك الذي يبديه الإنسان كاف بحد ذاته لفهم السلوك. ويتم التفريق بين الرؤية القائمة على السمات والرؤية القائمة على السلوك من خلال مفهومي المؤشرات والعينة Sings and Sample. إذ يرى أصحاب نظرية السمات أن السلوك هو مؤشرات أو علامات Sings للسمات الكامنة خلفه. فعندما يضرب يافع يافعاً آخر على سبيل المثال فإن هذا السلوك يشير إلى طبيعة خاصة لديه: أي إلى "العدوانية"، أما أصحاب النظرية السلوكية فلا يسألون عما يكمن خلف ذلك السلوك، وإنما يرون في هذا السلوك مثلاً أو عينة Sample لأنماط سلوكية مشابهة. وهؤلاء لديهم تفسير حاضر للسلوك: فهو عبارة عن مؤشر للموقف أو وظيفة أو دالة له؛ فهو ناجم عن النتائج السابقة التي خبرها هذا اليافع في مواقف مشابهة. فإما أن الضحية قد قامت باستفزاز هذا اليافع أو إنه قد تعلم في الماضي الحصول على المديح والاعتراف من الأصدقاء بمثل تلك التصرفات.

وهنا نلاحظ أن كلاً المبدئين يختلفان في مقدار الأهمية التي يوليئها للسلوك بوضوح. ففي المبدأ النظري السلوكي يعطى لمبدأ المحك أهمية مركزية، فيتم

التركيز على قياس السلوك بدقة، وهذا كاف بالنسبة لهم لتفسير السلوك. أما المبدأ القائم على نظرية السمات فيتطلب بالإضافة إلى ذلك تفسيراً للصدق، أي برهان العلاقة التي تربط بين السمة والسلوك المقاس.

وقد ارتبط مطلب بحث السلوك وقياسه بالمدرسة السلوكية، والتي قامت بدراسة السلوك الملحوظ والظروف الموقفية للسلوك والقابلة للملاحظة المباشرة (المثير والعاقبة)، وتم استبعاد كل ما لم يخضع للملاحظة المباشرة، أي كل ما لا يدرك بالحواس، مع السماح باستخدام الطرق التقنية المساعدة. أما عدا ذلك، كالعلاقات العقلية والمشاعر أو البناءات كسمات الشخصية، فلم يكن موضوعاً للبحث، كونها لم تكن قابلة للملاحظة المباشرة، بل واعتبرت بلا فائدة.

وفي ستينيات وسبعينيات القرن العشرين حظيت النظرية السلوكية بوصفها ابنة السلوكية بانتشار واسع، إلى درجة أنه تم في عالم ١٩٧٨ تأسيس مجلة تهتم بشكل صريح بتشخيص السلوك سميت مجلة القياس السلوكي Behavioral Assessment، واقتصرت في البداية في قياس السلوك على الاستجابات الحركية القابلة للملاحظة المباشرة.

ومع ظهور المبادئ الاستعرافية في العلاج السلوكي سرعان ما اتسع موضوع القياس ليشمل الأفكار والمشاعر. ففي حين احتلت في البداية المثيرات الفيزيائية الموقفية المحددة بدقة مركز الاهتمام فقد امتد الاهتمام لاحقاً ليشمل الظروف الأقل دقة للسلوك كالتأثيرات الأسرية أو المدرسية أو ظروف العمل، الأمر الذي قاد إلى ضرورة توسيع أدوات القياس فشملت أدوات تقييم ذاتي وتقييم الآخر، وتراجع في الوقت نفسه الاهتمام بطرق الملاحظة؛ فبين عامي ١٩٨٠ و ١٩٩٠ ظهر كل سنة حوالي خمسين بحث، وتراجع هذا الرقم إلى الصفر في عام ١٩٩٧، وتزايد في الوقت نفسه عدد المنشورات التي تقوم على التقارير الذاتية كطريقة في التقييم، وتم توقيف مجلة القياس السلوكي في عام ١٩٩٢.

وبالطبع لا يجوز اختزال المبدأ السلوكي النظري إلى تفضيل لطرق معينة، فهو اليوم يستخدم الملاحظة الذاتية ومقاييس التقدير والاستبيانات حول مظاهر

محددة من السلوك والمذكرات اليومية (دفتر اليوميات) والبروتوكولات والمقابلات السلوكية وغيرها بعد أن كانت ملاحظة السلوك هي الطريق الملكي في هذا المبدأ في الماضي، كما أن منظرو السمات لا يستنكرون استخدام الملاحظة كطريقة. ومن الأمثلة التقليدية على الأدوات التي تقوم كلية على التقاليد السلوكية والتي مازالت تستخدم حتى اليوم في الميدان التشخيصي قائمة مسح المخاوف Fear-Survey Schedule، والتي تشمل اليوم على سمات على علاقة بعيدة جداً بالسلوك من نحو الأعراض الجسدية والنفسية والضغط المعاشة و الاستعارات المستخدمة والاتجاه نحو المرض أو الرضا.

٣. ما هو التشخيص السيكومتري؟

التشخيص السيكومتري هو التشخيص باستخدام الاختبارات والمقاييس النفسية. ويقوم هذا التشخيص على فرضية مفادها أن السمات النفسية قابلة للقياس، ومن ثم فهو يهدف إلى تحديد درجة وضوح السمات الفردية حيث تحتل السمات القابلة للتكميم، أي السمات القابلة للعرض من خلال قيم القياس، مركز الصدارة، فالتشخيص النفسي يهدف في العادة إلى قياس السمات الكامنة، أي السمات غير القابلة للملاحظة بشكل مباشر، كعمل الذاكرة والقدرة على التركيز والاستقرار النفسي على سبيل المثال، وكذلك الخصائص الاستعرافية كقناعات الضبط (مركز الضبط) وأنماط العزو والكفاءة الذاتية، التي يحاول من خلالها تفسير السلوك الفردي. ولا يمكن قياس درجة بروز مثل هذه السمات الكامنة إلا بشكل غير مباشر عن طريق مؤشرات السمات الواضحة أو الظاهرة. وتعد الاختبارات النفسية من أدوات القياس التي تستند إلى مثل هذه الطرق في القياس.

والتشخيصات المستنتجة في النهاية هي عبارة عن بناءات نظرية Theoretical Constructs وليست كيانات مادية ملموسة من ثم فإن القاعدة المهمة في التشخيص تقول: التشخيص يتم للأعراض أو للسلوك وليس للأشخاص، ومن ثم فإن الناس ليس لديهم اضطراب نفسي وإنما يحققون محكات الاضطراب النفسي.

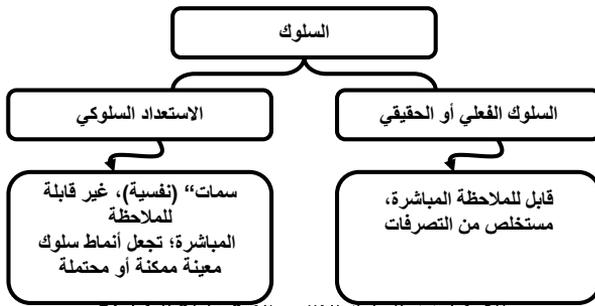
٣. المفاهيم الأساسية في التشخيص السيكومتري

يعد التمكن من المفاهيم الأساسية في التشخيص السيكومتري من الشروط الأساسية في التعامل مع الأدوات السيكومترية كأدوات مهمة تستخدم في أغراض التقويم النفسي واتخاذ القرار في المجالات المختلفة، ولها إمكاناتها وحدودها.

٣،١ الاختبار

الاختبار Test (الاسم) هو أداة تقويم، أما الاختبار (الفعل) فهو عملية استخدام و تقييم وتفسير التشخيص النفسي. والاختبار Test هو أداة علمية روتينية لفحص أو تشخيص سمة أو أكثر من سمات الشخصية قابلة للتحديد إمبيريقياً بهدف الحصول على بيانات كمية قدر الإمكان حول الدرجة النسبية لدرجة بروز السمة الفردية. وتحتل العلمية مركز الصدارة، وهي تتطلب وجود تصور دقيق قدر الإمكان حول السمات المقاسة وبأن تتوجه مطالب الجودة النظرية للاختبار test theoretical Quality Pretension نحو إجراءات الاختبار Test procedure وقيم الاختبار Test values . يحاول الاختبار قياس السمات ذات الصلة، بأن يعرض الشخص لمواقف (بنود Items)، تستثير السلوك المهم تشخيصياً. إلا أن السلوك في المواقف الفردية لا يتحدد كلية بسمات الشخص والموقف، فاحتمالات أنماط السلوك المختلفة تختلف بالنسبة للأشخاص المختلفين. كما أن الفروق الملاحظة في سلوك الأشخاص تتحدد دائماً بالصدفة إلى حد ما، بحيث إنه غالباً لا يكون بالإمكان تصميم مواقف تتيح الوصول إلى استنتاجات موثوقة من ملاحظات أنماط السلوك المنفردة حول شخص ما. ويتم تصميم الاختبارات بناء على معيار أو محك أو مستوى، فإذا كان الهدف هو قياس الفروق بين الأفراد والمقارنة بينهم فإنها تقيس هذه الفروق عندئذ بناء على معيار وتسمى حينئذ الاختبارات المرجعة إلى معيار. أما إذا كان الهدف من تصميم الاختبار قياس الفروق داخل الفرد نفسه في المجالات المختلفة، فإن الاختبار هنا يعد أداة للمقارنة بين الفرد وذاته، ويكون ذلك عندئذ في ضوء محك criterion أو

مُسْتَوَى Standard ١٦. والمُسْتَوَى Standard يحدد دَرَجَةَ وضوح مِحَكِّ ما Criterion فهو يعطي ما هو الهدف الذي يرى المرء أنه قابل للتحقيق وما هو الهدف الذي يريد تحقيقه. وبما أنه لمفهوم المُسْتَوَى معان متعددة فقد اقترحت جمعِيَّة القِيَّاس النَّفْسِيّ



الشكل ١٤: السلوك الظاهر والاستعدادات الكامنة

الأوروبي (European Association of Psychological Assessment, 2007) التي يرمز لها اختصاراً EAPA (Westhoff et al., 2003; Westhoff & Kluck, 2008) استبداله بالتعليقات أو الإرشادات. ويختلف كلاً

^{١١} يعد المعيار أساساً للحُكْم على أداء المُفحوصين و المقارنة بينهم في ضوء أدائهم الفعلي. والاختبار المعياري المرجع هو الاختبار الذي تفسر درجاته في ضوء معايير مُعيَّنة أو محددة مسبقاً، (تحوّ المقارنة مع متوسط أداء الجماعة) حيث تتم هنا مُقَارَنَة أداء الفرد بأداء المجموعة التي ينتمي إليها. وهنا يقوم واضع الاختبار بتحديد درجات مُعيَّنة على أنها أقل الدرجات التي يمكن قبولها (وهي ما يسمى الدرجة الفاصلة للاختبار Cut-off-Score)، وهو يأخذ الصورة الكمية. ومن أنواع هذا النوع من الاختبارات: اختبارات التحصيل واختبارات المهارات الأساسية واختبارات الاختيار للجامعات وبطاريات الاستعداد واختبارات تمايز الاستعدادات واختبارات التصنيف المستخدمة في القوات المسلحة. أما المحك فهو مقياس خارجي مستقل للحُكْم على أداء الفرد. والحُكْم على أداء المُفحوص هنا لا يتم من خلال مُقَارَنَة أدائه بغيره وإنما من خلال مدى تحقيقه لمجموعة من الكفايات. مثال: نَعْلَمُ مهنة مُعيَّنة يحتاج إلى مجموعة من الكفايات المرتبطة بهذه المهنة، وهنا يقاس الأداء بمقدار ما يحققه الفرد من الكفايات المطلوبة في الميدان الفعلي أو العملي أو مقدار توفر عدد من الأعراض اللازمة للحُكْم على وجود اضطراب معين أم لا، كما هو الحال في مَنظُومَات تصنيف وتَشخيص الاضطرابات النفسِيَّة. والمحك قد يكون كميّاً أو كميّاً، في حين أن المُسْتَوَى Standard هو الحُكْم على الأداء في ضوء ما يجب أن يكون عليه الأداء وليس ما هو عليه بالفعل. (لاحظ الفرق: إن المعيار هو أساس للحُكْم على الأداء في ضوء الأداء الفعلي). وهو يأخذ الصورة الكمية أو الكيفية. وكثيراً ما يتم الخلط بين ترجمة المعيار Norm والمحك Criteria والمُسْتَوَى Standard فتترجم كلها إلى معيار.

المفهومين في درجاة الإلزام، فالتعليمة —————ات أكثر إلزاماً من الإرشادات (راجع الفصل السابع صفحة ٢٣١ وما بعد). وتعد التجربة (موقف الفحص أو التشخيص) التصور الأساسي للتشخيص النفسي ويفترض للتجربة أن تقيس السلوك والصفات والعلاقة بين السلوك والصفات (السمات)، فسلوك الفرد يتكون من جانبين: الأول هو السلوك الفعلي أو الحقيقي، وهو سلوك قابل للملاحظة المباشرة من خلال ملاحظتنا لتصرف الفرد. والجانب الثاني هو الاستعدادات السلوكية، والتي هي عبارة عن "السمات" (النفسية) التي تجعل احتمال قيام الفرد بسلوك معين وارداً أو غير وارد. وهي سمات كامنة، غير قابلة للملاحظة المباشرة كما أشرنا، وإنما يمكن استنتاجها فقط. ومن الصعب التنبؤ بوساطة التشخيص النفسي بالسلوكيات الملموسة، غير أنه يمكننا في أفضل الأحوال استنتاج الاستعداد لذلك Disposition. ومن هنا نستنتج أنه في عملية التشخيص النفسي لا بد من أخذ تأثيرات الموقف بعين الاعتبار.

إطاره: مثال حول الاستعدادات السلوكية

يملك صفوان قدرات ممتازة في التفكير المنطقي والاستنتاجي ومن هنا فإنه من المحتمل جداً أن يظهر في المواقف المشكّلة أنماط سلوك تقود إلى حل المشكّلة. حصلت هيفاء على درجة عالية في مقياس للقلق، ومن ثم فمن المحتمل جداً أن تستجيب بقلق في المواقف الضاغطة كالامتحان على سبيل المثال.

والأدوات التشخيصية النفسية تقيس دائماً عينة من المعلومات أو السلوك فقط، ولا تقيس السلوك كله، ويفترض من خلال هذه العينة أن تتمكن من التنبؤ بالسلوك المستقبلي. وتطلق على الطريقة التي يتم فيها الحصول على عينة من السلوك للمفحوص في مجال محدد بشكلٍ معياري و تقيّمها و تقوّمها تسمية الإجراء procedure.

٣,٢ الاختبار النفسي

الاختبارات النفسية Psychological Tests: هي أساليب مُعيّرة لقياس إنجازات المَفحُوص في مهمات محددة أو لتقويم شخصيته. والهدف من الشُرُوط المُعيّرة استبعاد العوامل المشوشة الممكنة.

والاختبار النفسي يقيس ضمن شروط مقننة عينة من المعلومات حول الشخص المَفحُوص، مع العلم أن الفكرة الكامنة خلف هذا تتمثل في أنه من خلال الأسئلة أو المهام المطروحة بشكل منهجي في الاختبار تتم استنارة أنماط السلوك أو العمليات النفسية التي يهتم بها الفاحص.

إنه أداة فحوص (تشخيص) تدفع الأفراد إلى تصرف وسلوكات محددة تحت ظروف مضبوطة و يهدف إلى التمكين من الوصول إلى استنتاجات حول السمات الكامنة أو مهارات الشخص (بناءات Constructs) كسمة "الرضا عن الحياة" مثلاً: فلقياس هذه السمة ينبغي استخدام مقياس: "الرضا عن الحياة" لدى الجمهور العام على سبيل المثال أو قياس "الرضا عن الحياة" في مجموعة من المرضى بمرض مشابه (سرطان الثدي مثلاً).

إطاره: ما هو الاختبار النفسي؟

- الاختبار النفسي: هو طريقة في القياس
- يفترض أن يتم من خلاله تقييم سمة نفسية (أو عدة سمات)
- الإجراء فيه مُعيّر
- يتضمن سبر عينة من السلوك
- تتم استثارة السلوك إلى حد كبير من خلال الظروف الخاصة المحققة في الاختبار
- يفترض للتباين فيه أن يرجع إلى حد كبير إلى تباين السمات المقاسة
- الهدف تحديد درجة وضوح السمة بطريقة كمية
- والتوصل كذلك لوصف كمي حول السمة (وجود السمة أو نوعها)
- موضوع القياس هو السمة النفسية

٣,٢,١ البند Item – السؤال Question – الفحص Probe

يتكون الاختبار النفسي من بند واحد أو عدة بُنُود Item (واجب أو وظيفة أو مثير أو محفز أو مسألة... الخ)، ويُفترض في كل بند أن يستثير أو يحفز استجابة

محددة لدى المَفْحُوصِ Proband (الشَّخْصُ المُخْتَبَر). وكلُّ بَنَدٍ يَعدُّ على أَنه مُشْكَلَةٌ أو مسأَلة مطروحة للحل (اختِيارٌ منفرد single probe)، مثال:
الجدول ٥: مثال عن البنود

البند ITEM	نعم	لا
هل يتقلب مزاجك في أغلب الأحيان؟	①	②
تشغلني أفكار الناس حولي	①	②

٣,٢,٢ المِقياس Scale (البناء Construct)

يتم جمع هذه البنود وفق قواعد الحساب المتوفرة (تجميع aggregation) فينتج عن ذلك ما يُسمَّى بالمِقياس Scale. ويُفترض للمقياس أن يصور البناء Construct:
مثال: مقياس الانبساطية في اختبار آيزينك للشخصية الذي يشتمل ١٨ بنداً في الصورة السورية لاستخبار آيزينك في الشخصية، والتي يتم جمعها وفق تعليمات محددة (رضوان، ٢٠٠١)١٧.

٣,٢,٣ الاستبيان، الاختبار المقياس، القائمة

بالإنجليزية: Scale-Inventory-Questionnaire. ولا توجد فروق واضحة بين هذه التسميات وهي عبارة عن تعبير جامع لاستفسارات (أسئلة) كتابية تهدف للحصول على معلومات في مجال معين أو عدد منها: مثل بيانات تاريخ الحياة والبيانات الاقتصادية والمدرسية والطبية والنفسية ودراسات الرأي demoscopia... الخ.

١٧ ١٦ البناء عبارة تصور أو موضوع ذهني لنظرية ما، غير موجود في الواقع، أي أنه غير قابل للتعرف عليه بالطرق الإمبريقية ومن ثم فإن طبيعته هي طبيعة فكرية أو ذهنية. وهذا لا يعني أن الموضوع المقصود "غير موجود" وإنما يتم استخلاصه عن طريق مواضيع أخرى قابلة للمقياس، تطلق عليها تسمية مؤشرات Indicators ومن هنا نتحدث عن بناءات كامنة (متغيرات كامنة) وتسمى عملية الاستخلاص هذه التحديد الإجرائي Operationalization ومن أمثلتها الذكاء الذي لا يمكن ملاحظته مباشرة وإنما استخلاصه عبر مؤشرات كمعامل اذكاء IQ. ومصطلح البناء قريب جداً من مصطلح "المفهوم أو التصور Concept" ولكن المفهوم أو التصور يركز أكثر على أن الأمر يتعلق بمفهوم علمي أو نظري أما البناء فيؤكد على عدم القابلية للملاحظة المباشرة.

وفي الاستبيانات البسيطة لا يُمكن الاستناد دائماً إلى مفهوم قائم على نظرية الاختبارات theoretical test concept ومع ذلك فإنه يُفترض هنا أن يتم استخدام محكات الصلاحية المتعلقة بالاختبار، أي الموضوعية Objectivity و الثبات (دقة القياس) Reliability و الصدق (صحة القياس) Validity، ومحكات أخرى يُمكن الاطلاع عليها في المراجع المتعلقة بالقياس والتقويم واختبارات الذكاء والشخصية. ويتم تفسير الاختبارات المعيرة استناداً إلى أداء الفرد عليها بالنسبة لمجموعة التقنيين المسحوبة من المجتمع الأصلي (Moosbrugger & Kelava, 2007).

٣,٣ المحكات الأساسية

يؤكد التشخيص السيكومتري بأن السمات النفسية قابلة للقياس، والهدف من القياس هو تحديد درجة وضوح السمات الفردية (بروزها، تجليها) حيث تحتل السمات القابلة للتكميم، أي السمات القابلة للعرض من خلال قيم القياس (على شكل أرقام) مركز الصدارة. والاختبارات النفسية تعد من أدوات القياس القائمة على مثل هذه الطرق في القياس.

وحتى تكون هذه الاختبارات صالحة لقياس السمات الفردية فلا بد من أن تتوفر فيها مجموعة من المحكات الأساسية في إطار "نظرية الاختبارات التقليدية"، تطلق عليها محكات الصلاحية أو الجودة أو الموثوقية (الموضوعية والثبات والصدق) ومحكات أخرى مختلفة (كأن تكون عملية واقتصادية ومعقولة ومفهومة ومقبولة وتغطي مساحة محددة من السلوك المقاس وتتوفر لها قيم معيارية). ومن خلال الاختبارات النفسية يتم قياس سمات الخبرة والسلوك عند الشخص (بالتحفيز من خلال مطالب أو تعليمات وأسئلة محددة لـ Items والتي يُفترض لها أن تُساعد كمؤشرات لسمات أو علاقات أو أوضاع معينة).

والهدف من الاختبار هو الحصول على قياس (تكميم) للسمات التي تم الحصول عليها وتصنيف وتعبير (تحويل القيم الخام إلى قيم معيارية) نتائج الاختبار على أساس العينة الأصلية المكونة من أشخاص، أي الجمهور الممثل.

ولكن إلى جانب ذلك من الممكن أيضاً إجراء تصنيف وتعيير للاختبارات وفق الأهداف التعليمية أو التدريبية أو العلاجية (القيم المرجعة إلى معيار والقيم المرجعة إلى محك أو مستوى). وبهذا فإن التشخيص السيكومتري في علم النفس الإكلينيكي والعلاج النفسي هو عبارة عن تشخيص اختبارات نفسي إكلينيكي (Moosbrugger & Kelava, 2007).

٤. الفرق بين الاختبار والتشخيص النفسي

- الاختبار يهتم بشكل أساسي بالقياس، في حين أن التشخيص النفسي يهتم بالمطالب والتقويم واتخاذ القرار.
- يعتمد القياس على أدوات معيرة، في حين أن التشخيص النفسي يعتمد على أدوات أخرى وإجراءات للحصول على البيانات (كالمقابلة وملاحظة السلوك... الخ).
- يتطلب الاختبار خبرات خاصة في الاستخدام الموضوعي والمعياري للاختبارات. وبما أن التشخيص النفسي أكثر شمولاً فإنه يتطلب إلى جانب معرفة الأسس العلمية النفسية خبرة في التخطيط والتصميم وتنفيذ العملية التشخيصية.
- يهتم الاختبار بأدوات القياس للحصول على البيانات، أما التشخيص النفسي فيهتم بعملية اتخاذ قرار معقدة يعد فيها الحصول على البيانات خطوة مهمة. تبدأ هذه العملية بتحديد المطالب من جانب شخص أو عدة أشخاص (أصحاب التكليف).

فالتشخيص النفسي أكثر من مجرد اختبار. فهو الإجراءات العلمية والمهنية في الحصول على المعلومات وتقويمها وتكاملها حول المفحوص (السلوك والخبرة والسمات النفسية والاضطرابات النفسية)، باستخدام المصادر المختلفة للمعلومات، إنه عملية اتخاذ قرار والإجابة عن أسئلة صاحب التكليف. ولا بد أن تتوفر لدى الشخص المعارف العلمية النفسية الأساسية والمهارات المهنية ويتبع تسلسل خطوات أساسية ويشكل موضوع لأبحاث الأسس Fundamentals Researches.

وغالباً ما يشكك الجمهور بالاختبارات النفسية وبأهميتها وصحة التشخيص الناتج عنها أو يمتلك أحكاماً مسبقة فيما يتعلق بنظريات علم النفس وجودة الاختبارات فيما تقيسه. ومن هنا غالباً ما يُنظر للاختبارات بأنها ذاتية وغير قادرة على التنبؤ (لا تقول شيئاً) ومُتعلّقة بالتفسير. أو يتوقع البعض أنها تكشف الجوانب الخفية جداً من شخصيته (الجانب الدفين: وهي صورة قادمة من التنجيم وغيرها من الممارسات)، لهذا لا بد من الأخذ بعين الاعتبار، بأن عمليّة التشخيص



الشكل ١٥: تصنيف للادوات السيكومترية

النفسية يُمكنها أن تسبب المخاوف للمُحوصنين بأنفسهم. وغالباً ما نجد لديهم مخاوف الفشل والخوف من التلقيب (الوصمة).

٥. أدوات التشخيص النفسي السيكومتري

هناك تصنيفات متعددة للاختبارات أو المقاييس النفسية منها التصنيف التالي المعروض في

الشكل ١٣ صفحة ٨٧، وهو تصنيف يهدف إلى التعرف على أنواع الأدوات التشخيصية التي يُمكن استخدامها في العمل التشخيصي النفسي، مع الاستغناء في هذا المقام عن تقديم شرح تفصيلي بالإضافة إلى أنه سيرد ذكر الكثير من المقاييس والاختبارات في الفقرات المُختلفة من هذا الكتاب. ويمكن للمهتم مراجعة المراجع المعنية للحصول على تصنيفات أكثر تفصيلاً، منها على سبيل المثال صلاح الدين محمود علام (٢٠٠٦) : الاختبارات والمقاييس التربوية والنفسية ، عمان ، دار الفكر، ط١.

٦. أدوات التشخيص الإكلينيكي النفسي بالاختبارات

تعتمد دقة القياس، ومن ثم التشخيص القائم على هذه العملية، على دقة المقياس، وتعني دقة القياس الحفاظ على نسبة الخطأ ضمن أدنى حد ممكن. ويعد عامل الصدفة Chance المعروف في نظرية القياس التقليديّة تحت تسمية خطأ القياس error of measurement من أخطر العوامل التي تؤدي إلى اختلاف الدرجات في المواقف الاختبارية المختلفة بالنسبة للاختبار الواحد ولنفس المفحوص، وعامل الصدفة هذا يعزى إلى الظروف العشوائية التي لا يتحكم فيها الشخص. وفي التشخيص النفسي التربوي أو المهني أو الإكلينيكي أو غيره من المجالات لا يمكن اتخاذ القرار والحكم بناء على أخطاء المصادفة هذه وخاصة إذا كان القرار مصيرياً مثل انتقاء الشخص لمهنة أو دراسة معينة، أو إعطاء شهادة أو إجازة بالكفاءة أو الخبرة، أو التحويل للعلاج أو إنهاء العلاج بالنسبة للمريض أو إلحاق طفل بمدرسة خاصة أو طفل معاق عقلياً بإحدى المؤسسات أو التقرير بإمكانية إطلاق السراح قبل انقضاء المدة^{١٨}.

وهناك مصادر متعددة للخطأ منها على سبيل المثال تلك التي تتعلق بتصميم الاختبار (الصياغة غير الواضحة على سبيل المثال)، كما توجد في تقويمات الأخر مصادر ممكنة للخطأ لا بد من أخذها بالاعتبار (تقويم الوالدين،

^{١٨} يمكن صياغة المشككة على النحو التالي: إذا افترضنا أن الدرجات التي يحصل عليها المفحوصون في اختبار معين تمثل التباين الكلي Total Variance فإن السؤال المطروح: ما هي النسبة في هذا التباين الكلي التي يمكن عدّها نوعاً من تباين الخطأ error Variance وتلك التي ترجع للتباين الحقيقي true Variance. والإجابة ليست سهلة: فما نعدّه نوعاً من تباين الخطأ في موقف ما يصبح تبايناً حقيقياً في موقف آخر، وذلك حسب نوع القياس: القلب الوجداني في اختبار يقيس الانسراح والانقباض: التباين هنا يكون تبايناً حقيقياً. أما قياس الخصائص الأكثر استقراراً كالذكاء أو الميل العلمي فإن التغيرات اليومية تعد هنا نوعاً من تباين الخطأ. حساب التباين الكلي: التباين الكلي = التباين الحقيقي + تباين الخطأ. إذا زاد التباين الحقيقي قل تباين الخطأ وهذا يعني مزيد من استقرار الاختبار. ويتعلق تباين الخطأ بالشروط والظروف التي لا تتصل من قريب أو بعيد بغرض الاختبار (أبو حطب وعثمان، ١٩٩٧).

الأهل، المعلم، الأقارب، الأصدقاء... الخ. للمفحوص) ومن أهمها الميول الاستجابية للمفحوص (كالميل للإجابات المتطرفة) وكذلك أخطاء التقويم المنهجي (أخطاء ناجمة عن استنتاجات خطأ، كتأثير الهالة المعروف على سبيل المثال).

ويتم التفريق بين اختبارات أو مقاييس التقدير الذاتي (تقدير الشخص لذاته) واختبارات تقدير الآخر (التقدير الذي يقوم به الآخرون للشخص). إلا أن الفصل بين أساليب التقويم الذاتي وأساليب تقويم الآخر ليس مطلقاً ذلك لأن جميع أساليب تقويم الآخر تتضمن أيضاً بنوداً تقوم على بيانات ذاتية (أي أقوال أو عبارات تقريرية حول الشخص نفسه).

ومن الميزات التي تتصف بها مقاييس تقدير الذات أنها تعطي صورة عن الأحداث الداخلية التي لا يمكن ملاحظتها من السلوك القابل للملاحظة الخارجية، بالإضافة إلى أنها اقتصادية. ومن سلبياتها التغير في السلوك والخبرة من خلال الملاحظة بحد ذاتها، والتشويه الحاصل من خلال النظريات "الساذجة أو البسيطة naïve Theories" المسبقة والميل للمرجعية الاجتماعية (الإنكار) وخداع الذات (الحصار الإنفعالي، والمقاومة). أما أدوات تقويم الآخر فتعاني من مشكلات منهجية أهمها رد فعل reactance الشخص الملاحظ في موقف الملاحظة الراهن وإمكانية عدم الحصول على بيانات صادقة من خلال تحيز الآخر أو نقص قدرته على الملاحظة.

ومن بين النتائج الإمبيريقية ذات الصلة لإمكانية المقارنة بين مقاييس التقدير الذاتي ومقاييس تقدير الآخر يمكن الإشارة إلى أن:

¹¹ هي نوع من الفرضيات الصحيحة ظاهرياً أو التي تستمد صحتها من خلال تبني الأغلبية لوجهة النظر نفسها. إنها نوع من النظريات التي يطورها الشخص من علاقاته اليومية وخبراته ويستخدها للربط بين الأحداث والظواهر وتقييمها. إنها ليست "خطأ" لكنها لا تتفق مع الحقائق العلمية أو المستوى العلمي، بل هي مرتبطة بالخبرات الفردية.

- الارتباط بين مقاييس تقدير الذات ومقاييس تقدير الآخر ليس مرتفعاً جداً في الغالب ويشير إلى أن الظواهر يتم تصويرها بشكل مختلف.
- الارتباط بين مقاييس تقدير الذات ومقاييس تقدير الآخر في بداية العلاج في طور الحاد للمرض يكون ضعيفاً، إلا أنه يرتفع في مجرى العلاج.
- تعطي أساليب التقدير الذاتي صورة أكثر عمومية للحالة من مقاييس تقدير الآخر.

وإلى جانب الاستبيانات ومقاييس تقدير الذات والآخر تلعب في إطار التشخيص النفسي الإكلينيكي بالاختبارات اختبارات الإنجاز دوراً ليس قليلاً. ويشكل خاص في إطار تشخيص الوظائف النفسية العصبية فإنه غالباً ما يتم استخدام الاختبارات لقياس الانتباه والتركيز أو الذكاء أو الذاكرة، والتي هي من أكثر الأدوات استخداماً في الممارسة النفسية الإكلينيكية. ويتم التفريق هنا بين التشخيص العام للإنجاز في مجال الذكاء والانتباه والتركيز والذاكرة، للمساعدة في طرح التشخيص مثلاً، أما التشخيص النفسي العصبي فهو يقوم بتحديد مظاهر جزئية محددة كقياس العلاقة بين تضرر دماغي مرضي معين واضطرابات ووظائف محددة والعواقب الناجمة عنه. وأخيراً تعد الاختبارات الإسقاطية (أساليب تأويل الشكل أو أساليب التعبير اللفظي والرسم والأساليب الجشططية) من الأساليب المستخدمة منذ القديم وحتى الآن في الطرق التشخيصية الإكلينيكية النفسية (Rauchfleisch, 1998).

وفي علم النفس العيادي والعلاج النفسي يتم استخدام طرق تشخيصية نفسية أخرى، ذات أهمية كبيرة إلى جانب استخدام الاختبارات السيكومترية. ومنها على سبيل المثال: أساليب المقابلة، فيسبب تصميمها (بنائها) ودرجة تعيبرها المرتفعين فإن بعض المقابلات العيادية تحقق المحكات الرسمية المطروحة من الاختبارات النفسية. إلا أن غالبية المقابلات تفتقد للتعبير (قيم معيارية) على عينات ممثلة، وذلك لأنها غالباً ما تستخدم في إطار التشخيص التصنيفي. ومن

هنا فإن كثير من المقابلات العيادية تسترشد بمحكّمات مَنظُومَات التَّصنيف العالمية (ICD-10 / DSM-IV)، وتُسمَّى مُقَابَلَات مَبْنِيَّة.

كما تعد قوائم الأعراض وأدوات الملاحظة والمذكرات اليومية والتشخيص الميداني (الحصول على البيانات في مواقف الحياة اليومية وقرب الحدث، وأساليب الملاحظة الذاتية المدعومة بالكمبيوتر) أدوات عيادية مهمة أخرى وتكتسب ضمن علم النفس الإكلينيكي والعلاج النفسي أهمية مطردة.

٧. أبعاد وأهداف التشخيص النفسي الإكلينيكي

يُمكن التفريق بين مبدئين تشخيصيين مختلفين في علم النفس الإكلينيكي:

٧,١ المبدأ الأول

تشخيص الوضع: (أو قياس الحالة القائمة)، وهو تشخيص معياري يهدف إلى وصف الشخص، أي يقوم على قياس أو تشخيص الفروق الفردية باستخدام الاختبارات التي تحدد قيم أو درجات السمات، حيث يتم من خلال ذلك اشتقاق طروحات علاجية. وتشخيص الحالة القائمة، يقوم على التحديد الراهن ويقود إلى تنبؤات أو قرارات محددة. ومن شروطه أن تكون سمات الزمن والموقف والعينة ثابتة.

الجدول ٦: تصنيف الأبعاد المختلفة للأهداف وفق بافلك (من Baumann & Stieglitz, 2001)

المبدأ الأول	تشخيص الحالة (الهدف: الحالة القائمة IS-STATES)
	التشخيص المعياري (الهدف: تشخيص الفروق بين الأفراد)
	الاختبار (الهدف: استنتاج قيم السمات)
	القياس: (الهدف: تقدير قيم البناء)
المبدأ الثاني	تشخيص العملية (الهدف: قياس التغير)
	التشخيص القائم على المحك (الهدف: موقع الفرد النسبي بالنسبة للمحك)
	الجرد (الهدف: تحديد مجال سلوكي)
	معلومات المعالجة (الهدف: جعل القرار والعلاج مثاليين)

وغالباً ما تطلق على هذا المبدأ تسمية تشخيص السمات. ويتم تصنيف هذا المبدأ ضمن التشخيص "التقليدي" بالاختبارات ضمن ما يُسمى بنظرية الاختبارات

التقليدية في فهمها التقليدي للسمات بوصفها عامة وثابتة زمانياً ومكانياً. وفي المجال العيادي حظي تشخيص السمات ويشكل خاص في ميادين البحث الوصفي والتصنيف والتفسير والتنبؤ بانتشار كبير. أما مركز أو أهمية هذا المبدأ في التدخل في الحالة الفردية فما زال قليلاً (Moosbrugger & Kelava, 2007).

ووفق بافلك (Pawlik, 1988) يطابق تشخيص الحالة التصورات التقليدية للتشخيص النفسي، كما هو الحال في علم النفس العام وعلم النفس التطريقي، الذي ينطلق أساساً من نموذج السمات، أي يهتم بالدرجة الأولى بالسمات غير القابلة للتعديل ويهدف إلى قياس الحالة الراهنة أو المستقبالية للشخص. وبناء على ذلك فإنه قد يكفي بالنسبة لتشخيص الحالة إجراء قياس واحد لقياس السمة التي نريد قياسها. ومن الأمثلة النمطية على الاستخدامات التشخيصية للحالة اختبارات القدرات واختبارات المواءمة. ومن أهم أدوات قياس الحالة الاختبارات السيكومترية كاختبارات الإنجاز واختبارات الذكاء والأداء والمواءمة واختبارات الشخصية كمقاييس الاتجاهات والاهتمامات، وملاحظات السلوك المعيرة كالملاحظة المنهجية والملاحظات العشوائية (الحاصلة بالصدفة) على سبيل المثال.

٧،٢ المبدأ الثاني

وتطلق عليه تسمية تشخيص العملية (السيرورة Process Diagnostic) أو قياس التعديل. ويهدف بالدرجة الأولى إلى قياس التعديلات في مجرى العملية التشخيصية وبناء "الأحكام التشخيصية" على أساس إجراء تقويم يجري عبر زمني قياس مختلفين على الأقل أو أكثر.

وهو تشخيص يقوم على المحك (التشخيص المرجع إلى محك)، حيث يتم تحديد موقع الفرد نسبياً بناء على محك. و يقوم على أساس تحديد مجال سلوكي محدد عن طريق ما يُسمى "بالجرد Inventoration". ويساعد هذا النوع من التشخيص في جعل قرار العلاج مثالياً. ومن أهم الطرق التشخيصية لقياس العملية يمكن تعداد استبيانات تاريخ الحياة وجلسات السبر والتاريخ المرضي، واختبارات الإنجاز بمقدار ما تظهر هذه الاختبارات الدرجة الراهنة "للقدرات والمواءمة"،

والاختبارات الإسقاطية إذا ما كانت تشير إلى منشأ أنماط السلوك والصراعات (Fisseni, 2004). ويرى بافلك (١٩٨٨) أن مكان تشخيص العملية أقرب إلى مجال علم النفس الإكلينيكي أو علم النفس التطبيقي، حيث يحتل تعديل السمات مركز اهتمامه (نموذج التعديل). ومن الحقول التطبيقية النمطية تشير إلى العلاج النفسي وتنمية الموارد البشرية. ومن أجل قياس التعديلات فإنه من الطبيعي وعلى عكس تشخيص الحالة أن يكون هناك قياسان على الأقل لتشخيص الحالة (قياس قبلي وبعدي) للموضوع الذي نريد قياسه.

فهذا المبدأ مفيد في الحالة الفردية من أجل تحديد نوع وفاعلية التدخل وهو مبدأ يقوم على أساس نظري تعليمي وتطلق عليه تسمية تشخيص السلوك أيضاً (وفي الإنجليزية القياس السلوكي Behavioral Assessment)، الذي يقوم على وصف شخص ما في موقف محدد، ويسمى تحليل السلوك. ومن نماذجه المشهورة نموذج كانفر وساسلو الذي يرجع إلى عام ١٩٦٤ وتطلق عليه تسمية نموذج أس أو آر سي سي Kanfer & Saslow (1964) S-O-R-C-C- Model، وهي اختصار للمنبه - S Stimulus، ومتغيرات العضوية O = Organism variable، والاستجابة R = Response والعاقبة C = Consequence (أو الإمكانية، الاحتمالية) C = Contingence، ومن الأمثلة على ذلك قوائم سلوك الطفل (Children's Behavior Check List) ويرمز لها اختصاراً (CBCL).

وتقوم عملية تحليل السلوك التشخيصية على: تحليل المشكلة والموقف والسلوك (الطبوغرافية ٢٠ والشدة) والظروف والوظيفة.

إطار: ١٠: متغيرات تحليل السلوك

- المثير: الشزوط السابقة التي تقود إلى المشكلة أو ظروف الموقف السابقة للسلوك المشكل.
- العضوية: المتغيرات العضوية المرتبطة بالسلوك: الخصائص الفيزيولوجية كالحالات العابرة والمستمرّة (التعب الجسدي، الآفات الدماغية على سبيل المثال)، والخصائص المعرفية للفرد.

^{٢٠} الوصف الدقيق للسمات الظاهرة

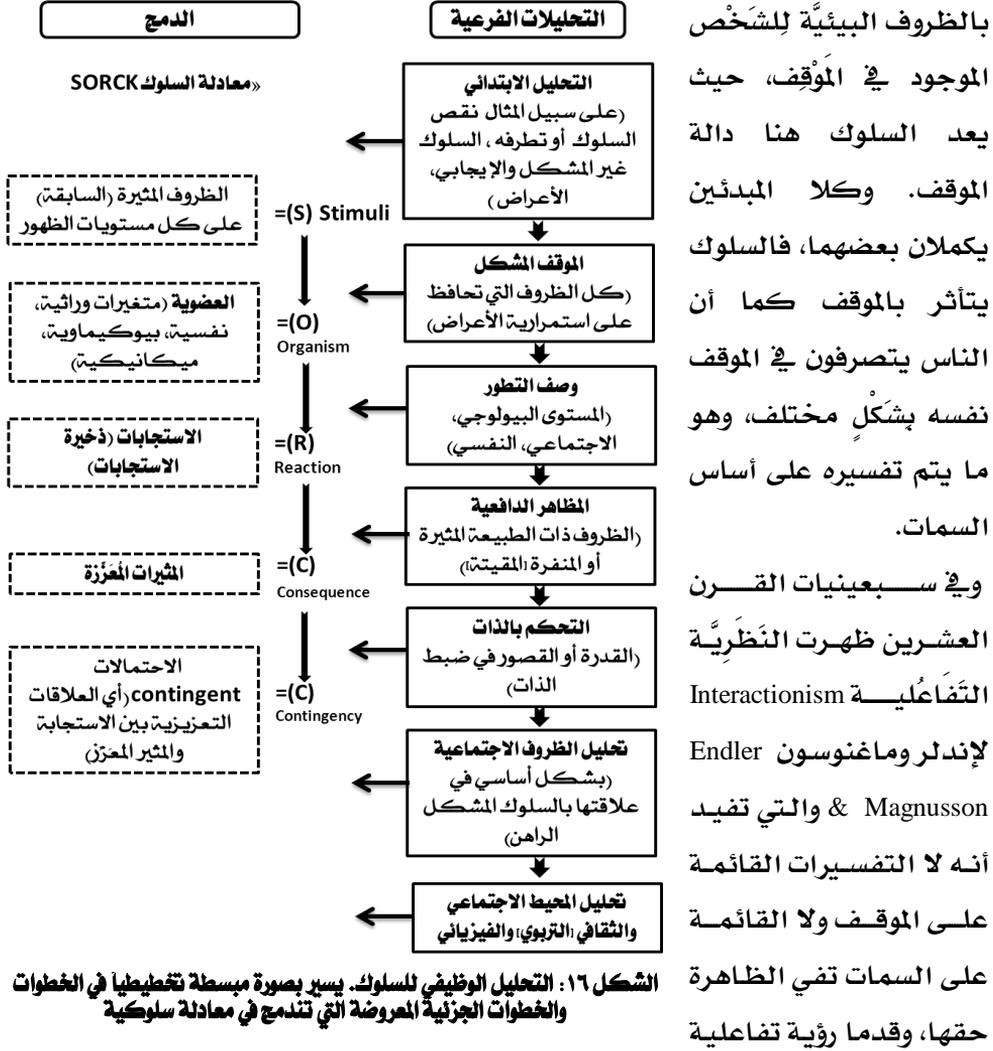
- الاستجابية: السلوك المشكل: ينبغي أن يكون قابلاً للملاحظة أو يتم الإبلاغ عنه بصورة جديرة بالتصديق
- العاقبة الناجمة أو الآثار التي تتبع السلوك المشكل.
- المصادفة أو الاحتمالية (الإمكانية): خطط التعزيز التي ترفع من احتمالية استمرار السلوك (تعزيز مستمر، متقطع، متغير مع الوقت، متأخر على سبيل المثال). وتعني احتمال التلاقي أو التماس بين مثير معين واستجابة محددة.
- مثال: المثير (الموقف): يتحدث المعلم مع فادي؛ تبدي منال سلوكاً مزعجاً أو تقوم بالتهريج (استجابية)؛ العاقبة أو النتيجة يؤنبها المعلم أو يشكو الطلاب من إزعاجها لهم؛ المصادفة أو احتمالات تكرار السلوك: ترتبط بنوع الاستجابات الحاصلة على سلوكها: هل هي دائمة على الشكل نفسه، أم تحدث بين الحين والآخر (احتمال التكرار أكبر، أم تتغير الاستجابة مع الوقت، مرة تجاهل، مرة زيادة، مرة أقل، أم تحصل الاستجابة بعد زمن من حصول السلوك؟.
- مثال حالة:
- مثال: يعاني (س) البالغ من العمر ٦٨ سنة من ألم عضلي مستمر في الرجلين والكتف والظهر، دون أن يظهر الفحص الطبي أية أسباب جسدية تبرز هذه الشكاوى. وقد بدأت الأوجاع قبل سنة على شكل دفعات بالإضافة إلى الأرق والتوتر والعصبية وتناول جرعات عالية من الأدوية المسكنة للألم.
- قاد التشخيص إلى استخلاص وجود درجة تقترب من المتوسط على اختبار الذكاء ذخيرة الكلمات الانتقاء المتعدد- النسخة ب MWT-B ومقاييس وكسلر للذكاء. ولم يتم اكتشاف تراجع في الإنجاز المعرفي بمقاييس فحص الحالة العقلية المختصر- MINI MENTAL-STATE-EXAMINATION MMSE ويختصر إلى (MMST) و مقياس المتلازمة المختصر SYNDROME-SHORT-TEST ويختصر إلى (SST) و مقياس الساعة CLOCK TEST ويختصر إلى (CT)، و درجة متوسطة الشدة من المتلازمة الاكتئابية على مقياس اكتئاب الشيخوخة و مقياس بيشرافانلسن للميلانخوليا -مقياس الاكتئاب في BECH-RAFAELSEN MELANCHOLIA-SCALE- DEPRESSION، وكانت شدة الأعراض على قائمة الأعراض SCL-90 على مقاييس التجسيد و الاكتئاب والقلق هي الأكبر. وجاء التشخيص الطبي النفسي التصنيفي: طور اكتئابي متوسط الشدة مع متلازمة جسدية (ICD-10-F32.11)
- معلومات حول الشخص/عرض المشكلة
- في عمر ٥٨ حصل تحويل في العمل الذي كان يعمل به فشحعر بالتهديد من الإقالة واستجاب للأمر بتناول متزايد للكحول (خمسة علب من البيرة يومياً) واضطر للدخول في المستشفى للسحب. بعد ذلك حصل التقاعد (فقدان الدور) وبدأت الألام بالزيادة ومراجعة الأطباء من دون أية نتيجة. لا يوجد الكثير من الانشغال ولا توجد هوايات وكما تقلصت اتصالاته الاجتماعية
- تجدد المشكلة PROBLEM ACTUALIZATION
- التحليل الموقفى للسلوك
- الموقف المشكل النموذجي: خبرة الوحدة مما قاد إلى تشكك البنية المعرفية «لم يعد

- أحد بحاجة إلي»، والنتيجة مشاعر الحزن وكتبها، الأمر الذي عبر عن نفسه من خلال الألم الجسدي واللجوء للأطباء. وعند الإدخال للمستشفى كان يظهر التحسن من خلال الاهتمام الذي كان يلقاه هناك.
- منشأ الاضطراب: (S) التقاعد، فقدان الدور
 - متغيرات العضوية (O)-وصف الذات: أقرب للطيبة ("لا يوجد خلافات")، حساس انفعاليا، مرتبط بالسلطة، اهتمامه وحيد الجانب، بحاجة للأمان.
 - ملاحظة الآخر FOREIGN OBSERVATION: متكيف، عاطفي، قليل الحيوية (نمط حساس)
 - الاستعداد/مشكلة السلوك: لا يستطيع مثل هؤلاء الناس التخلص بسهولة من سلوك معين من الأدوار إلا أنهم كفؤين وعاطفيين.
 - الاستجابة R: الألم؛ استعارات معطوبة: مشاعر اللاقيمة ("أنا حديد مصدي")، الشعور بعدم الاحتياج؛ المرض كمضمون للحياة.
 - العاقبة CONSEQUENCE: مراجعة الطبيب، الدخول للمستشفى
 - العوامل التي تزيد من احتمالية تكرار السلوك CONTINGENCY أو العوامل المحافظة على الاستمرارية ارتباطات (تعلق) محافظة على الاستمرارية: الاهتمام والاعتراف.

إلا أن هذا الفصل الشديد بَيِّنَ تَشْخِيصَ السِّمَاتِ وَتَشْخِيصَ السُّلُوكِ بِنَاءً عَلَى التَّطَوُّراتِ الحَدِيثَةِ داخل أبحاث الشَّخْصِيَّةِ وَالتَّشْخِيصِ النَّفْسِيِّ قَلِمَا يُعْجِنُهُ الصُّمُودُ، فالمبدأ الأول يقوم على أساس ثنائيات أو أبعاد من السمات، كالانطوائية مقابل الانبساطية، والاستقرار الانفعالي مقابل العصبيَّة، والتفاوتل مقابل التشاؤم على سبيل المثال، وينطلق من مبدأ الثبات الزمني للسمات بغض النظر عن الموقف، فهو ينكر الموقف ويؤكد على أهمية السمات، والثاني يقوم على أساس الموقف (الموقفيَّة Situationism¹¹) القائم على أساس ارتباط السلوك بالموقف، حيث لا يتحدد

¹¹ الموقفية: اتجاه في علم نفس الفرق الفردية و علم نفس الشخصية وعلم الاجتماع، تحتل فيه سيطرة تركيبة المثيرات الموقفية أو المصادفات Contingence [الارتباط بين أحداث مختلفة] (خصائص الموقف) مركز الصدارة. وتحدد الشخصية على أساس تاريخ تعلمها. ويؤكد الموقفيون على أهمية المواقف والمتغيرات المختلفة. وتعزو الموقفية السلوك "الثابت" للشخص عبر مواقف مختلفة لسمات الموقف (الموقفية: السلوكية المتطرفة) أو لتفاعل خصائص الشخص مع الموقف (ما يسمى التفاعلية Interaction). ويقابلها الشخصية Personalism حيث تعزو أنماطاً سلوكية ثابتة لسمات الشخص الفاعل (ما يسمى بالمقاصد الداخلية). وفي حين يعزو علم نفس الجمهور سمات شخصية كثيرة كأن نقول فلان لطيف، ودود، ذكي/ غبي/ رياضي...إلا تابع الهامش على الصفحة التالية

نوع السلوك الصادر عن الشخص في موقف مُعَيَّن بِسِمَاتِهِ الشَّخْصِيَّةِ الْعَامَةِ وَإِنَّمَا



الشكل ١٦: التحليل الوظيفي للسلوك. يسير بصورة مبسطة تعظيماً في الخطوات والخطوات الجزئية المعروضة التي تندمج في معادلة سلوكية

أن النتائج الإمبيريقية لم تبرهن هذا، ففي عام ١٩٨٤ أخضع كوني مجموعة من الأشخاص لفحص تتابعي لأربعين سنة ووجد ارتفاع في ثبات الذكاء ومتوسط للانبساط والعصبانية في حين تأرجحت الاتجاهات ومشاعر الصحة الذاتية والرضا عن الحياة بشدة.

تقول: إن الموقف وسمات الشخصية يحددان السلوك. ولم تصمد التفاعلية مع الزمن أو على الأقل لم يعد لها تأثير فالسلوك يتحدد من خلال عاملين: الموقف والسمة. وتؤكد التفاعلية على تفاعل العاملين، إلا أنها تنكر التأثير الرئيسي. فأحياناً يكون التأثير الخالص للموقف عارماً وأحياناً قلماً يؤثر الموقف ويعزى التنوع في السلوك للسمات تقريباً. فعندما تسقط طائرة في مكان مهجور ولا يتم إنقاذ من بقي منها حياً فمن الممكن أن يتحول الناس إلى أكلة لحوم البشر للنجاة، وإذا سقطت الطائرة اضطرارياً في مكان قريب من الناس فلا يلاحظ هذا السلوك، وإذا انطفأ النور في مكان فيه كثير من الناس يظل عدد كبير منهم هادئاً ويصاب بعضهم بالهلع، وهؤلاء أنفسهم سيصابون بالهلع لو توقف المصعد فيهم فجأة (Schmidt-Atzert & Amelang, 2012).

ويوجد الآن داخل التشخيص النفسى مجموعة من الاختبارات أو المقاييس التي تقيس إلى جانب سمات الشخصية الثابتة ("traits") درجات وضوح سمات الخبرة والسلوك ("states") المتعلقة بالموقف (مثل مقياس القلق كسمة وكحالة State-Anxiety inventory, Trait ويختصر STAI). ويقدم الجدول ٧ مقارنةً للتشخيص التقليدي والنظري السلوكي.

الجدول ٧: مقارنة التشخيص التقليدي والنظري السلوكي مقتبس عن ترول (٢٠٠٧) ص ٤٠٢، ومعدل

التقليدي	السلوكي	
أ: الافتراضات		
الشخصية هي انعكاس لحالات أو سمات كامنة ومستمرّة	استخدام بنى الشخصية بشكل أساسي لوصف أنماط سلوكية محددة، إذا ما تم القيام بذلك أصلاً.	١. مفهوم الشخصية
قوى نفسية داخلية في الفرد نفسه (مدخل قائم على نظرية السمات)	إبقاء الظروف التي يتم البحث عنها في البيئة الحالية (الارتباط القائم بالبيئة)	٢. مسببات السلوك
ب: الأبعاد والمضامين		
يكتسب السلوك أهميته كمؤشر على البناءات المفترضة الكامنة	مهم باعتباره عينته من مخزون الفرد في مواقف معينة. السلوك المقاس هو مقدار جزئي من السلوك الراهن الذي نهتم به الآن.	١. دور السلوك

مهم، فالظروف الحالية هي نتاج للماضي	غير مهم نسبياً إلا عندما يتم وضع خط قاعدي يمكن الرجوع إليه.	٢. دور التاريخ
يفترض أن السلوك ثابت ومتسق عبر الزمان والمكان	السلوك يحدده الموقف، التركيز على خصوصية الموقف السلوكي، سحب عينته من السلوك	٣. استمرارية السلوك واتساقه
ج. استخدام البيانات		
لوصف وظائف الشخصيات وأسباب المرض	لوصف الأهداف السلوكية والظروف التي تعمل على إدامتها	
للتشخيص أو التصنيف	لاختيار المعالجة الملائمة	
للتنبؤ	لتقييم المعالجة ومراجعتها وتعديلها	
د: خصائص أخرى		
متوسط إلى مرتفع	منخفض	١. مستوى الاستدلال
أكثر تركيزاً على الفروق بين الأفراد أو الفروق الجماعية (الناموسية أو التشريعية)	أكثر تركيزاً على الفروق الداخلية أو الفردية	٢. المقارنة
أكثر تركيزاً على الطرق غير المباشرة (المقابلات، الاستبيانات... الخ)	أكثر تركيزاً على الطرق المباشرة (كملاحظة السلوك في البيئة الطبيعية)	٣. طرق التقييم
قبل العلاج وربما بعده أو محصور بالتشخيص.	أقرب للاستمرارية قبل وأثناء وبعد العلاج	٤. وقت التقييم
مقاييس أكثر شمولاً (كتلك التي تقيس العلاج أو التحسن لكنها موجهة نحو الفرد فقط)	مقاييس محددة ولعدة متغيرات (كالأهداف السلوكية في مواقف مختلفة، أو الآثار الجانبية، إطار السلوك، نقاط القوة والضعف أيضاً)	٥. مدى التقييم

إطار ١١: معكبات لاختيار السلوك الهدف

- هل السلوك مؤذ جسدياً أو خطير بالنسبة للمريض أو الآخرين؟
هل السلوك مقبوت (منفر) بالنسبة للآخرين؟
هل سيتم الحفاظ على السلوك بعد العلاج من خلال الآخرين؟
هل يقع السلوك ضمن الذخيرة العلاجية للمعالج؟
هل من السهل إلى حد ما تعديل السلوك؟
هل السلوك هو عنصر سابق من سلسلة سلوكية أكثر تعقيداً؟
هل يهيئ السلوك مدخلاً للتعزيز الطبيعي في المحيط الاجتماعي للمريض؟
هل السلوك أساسي للتمو الاجتماعي والنفسي للإنسان؟.

أما فيما يتعلق بتطوير أدوات القياس فقد قدم بافلوك مقارنةً توضح الفروق

بين كلاً الاتجاهين في تصميم أدوات القياس (الجدول ٨)
 الجدول ٨: مقارنة بين التشخيص التقليدي للحالة و تشخيص العملية بناء على الأهداف ومخكات الجودة والأسلوب
 عند تصميم أداة جديدة (Pawlik,1988)

الأهداف الأساسية التقليدية "تشخيص الحالة"	الأهداف البديلة "تشخيص العملية"
الهدف	الهدف
قياس الفروق المنتظمة بين الأشخاص، ويتم النظر إلى هذه الفروق على أنها ثابتة مع الزمن والمواقف (=نموذج السمات)	تقدير مدى ملائمة (الدلائل Indication) أو نجاح (التقويم) إجراءات التدخل في الحالة الفردية (=نموذج التعديل) أو كليهما. مثال: قياس الكفاءات الاجتماعية أو استراتيجيات المواجهة
عوامل الذكاء	عوامل الذكاء
مخكات الجودة (الصلاحية أو الموثوقية)	مخكات الجودة (الصلاحية أو الموثوقية)
التغطية الكاملة للتباين بين الأفراد من خلال الموضوع المقاس بالاختبارات والعلاقة الوثيقة (التباين المشترك) و مقارنة هذه القيم مع محك.	الفائدة العالية للأداة بالنسبة للقرارات في إطار التدخلات النفسية (الصلة بالقرارات judgment relevance). مثال: الفائدة الصافية (من خلال استخدام أداة للزيادة المحققة بالنسبة لنوعية القرارات مقابل القرارات وفق مبدأ الصدفة)
البناء	البناء
انتقاء عناصر سلوكية ممثلة لقياس البناءات (=نموذج العينة) مثال "مقياس ويكسلر للذكاء"	الهدف هو قياس مركبات العملية. ومن أجل ذلك فإنه من الضروري بناء قائمة لكل العناصر السلوكية الممكنة تظهر من خلالها الحاجة إلى تدخل وهدفه (=نموذج الاستنفاد الشامل exhaust) مثال: قائمة تتضمن كل المواقف التي يمكن أن تثير الخوف لدى الأشخاص الذين لديهم قلق اجتماعي؛ قائمة بيك للاكتئاب (الأفكار والتصورات الاكتئابية)

٨. مجالات استخدام التشخيص النفسي الإكلينيكي بالاختبارات

سنقدم فيما يلي عرضاً مختصراً حول أهم حقول الاستخدام للاختبارات

التشخيصية (السيكومترية) النفسية في علم النفس الإكلينيكي قبل التطرق إلى

مجالات مختارة من مجالات التطبيق، أي التشخيص القائم على العلاج، بشكلٍ تفصيلي أكثر.

تشخيص الاضطرابات النفسية: في هذا المجال يتم استخدام مقاييس تقدير الذات أو تقدير الآخر. أما حقول التطبيق التقليدي مثل هذه المقاييس المتعلقة بالاضطراب فهي تشخيص القلق والاكتئاب. ومن أكثر مقاييس تقدير الذات المستخدمة هنا مقياس المخاوف المتمحورة حول الجسد والاستعراضات والتجنب ومقياس بيك للاكتئاب (انظر بيك، س.، ١٩٩٦؛ رضوان، ٢٠٠١؛ ٢٠٠٣؛ Abdel-Khalek & Samer Rudwan, 2001)، ومن أكثر مقاييس تقويم الآخر مقياس الهلع ورهاب الأماكن العامة ومقياس هاملتون للاكتئاب على سبيل المثال. بالإضافة إلى ذلك تحتل الأساليب التي تحاول قياس طيف واسع من الشذوذات النفسية المرضية مثل قائمة الأعراض Symptom-Checklist (SCL-90-R) (يقابلها القائمة السورية للأعراض Syrian Symptom Checklist - سامر رضوان)، أهمية كبيرة كما يعد مجال تشخيص اضطرابات الوظائف النفسية العصبية من المجالات الخاصة من مجالات المجموعات المرضية النوعية. إلا أنه عند القياس التشخيصي لخسارة الوظائف بناء على التضررات الدماغية يتم استخدام اختبارات إنجاز كاختبار ضغط الانتباه attention Stress-Test d2، أو الصيغة المعدلة لاختبار وكسلر للذاكرة. **تشخيص الخصائص الاستعرافية وشذوذات السلوك،** التي يمكن أن تكون على علاقة بالاضطرابات النفسية. ويقصد هنا بالاختبارات الاختبارات التي تقيس الظواهر التي لها أهمية في سياق الاضطرابات النفسية إلا أنها لا تعد خاصة باضطراب معين، وتسمى كذلك المقاييس العابرة للاضطرابات. ومن بينها على سبيل المثال قناعات الضبط (مركز الضبط) وأنماط العزو والكفاءة الاجتماعية وخبرات الارتباط والرضا الزوجي أو المشكلات في التعامل مع الآخرين (المشكلات البين شخصية) ومقياس قناعات الضبط حول المرض والصحة ومقياس عدم الثقة ومقياس تعلق الراشدين Adult Attachment Scale. وهي في الغالب مقاييس للتقدير الذاتي.

تَشخيص الموارد الشَّخصيَّة والاجتماعيَّة: تزداد في عِلْم النَّفس الإكلينيكيِّ والعلاج النَّفسيِّ أَهميَّة استخدام موارد (المواجهة) الشَّخصيَّة والاجتماعيَّة، من منظور عِلْم نَفْس صحي مقوى، مثل توقعات الكفَّاءة الدَّاتيَّة والشعور بالتماسك أو الدعم الاجتماعيِّ المدرك. وتتوفر حَوْل القياس الإحصائيِّ لهذه الموارد مَقاييس تَقدير ذاتيِّ مختبرة جيداً (موثوقة) مثل مقياس توقعات الكفَّاءة الدَّاتيَّة العامة ومقياس الإحساس بالتماسك Sense of Coherence Scale ومقياس الدعم الاجتماعيِّ وتَشخيص العافية و نوعيَّة الحياة المتمحورة حَوْل الصِّحة.

كما تزداد في عِلْم النَّفس الإكلينيكيِّ أَهميَّة قياس الرفاه (العافية) well being ونوعيَّة الحياة المتمحورة حَوْل الصِّحة الدَّاتيَّة Subjective في سياق الاضطرابات النَّفسيَّة وعلاجها. وتمثل نوعيَّة الحياة القائمة على الصِّحة هنا بناء كامناً latent Construct، غَيْر قابل للملاحظة المباشرة، وإنما يُمكن تعبيره إجرائياً (جعله إجرائياً وفق مِحكات محددة) بصورة غَيْر مباشرة عبر مَوْشَّرات (الصِّحة النَّفسيَّة - الانفعاليَّة والشكاوى الجسديَّة والألم والوظائف الجسديَّة والتفاعلات الاجتماعيَّة والوظائف الاستعرافيَّة والرضا عن الحياة). وقد تم في السنوات الأخيرة تطوير عدد كبير من أدوات القياس تستند إلى مجالات منفردة أو عدة أبعاد من نوعيَّة الحياة . وبالإضافة إلى هذا يُمكن تَصنيف أدوات قياس نوعيَّة الحياة حسبما إذا كانت أدوات قياس عابرة للأمراض (عامة) أم خاصة بمرض مُعيَّن. ومن الأدوات التَشخيصيَّة الكثيرة الاستخدام مقياس الوضع الصحي وأدوات مُنظَّمة الصِّحة العالميَّة لقياس نوعيَّة الحياة.

التَشخيص بالاختبارات في العلاج النَّفسيِّ (التَشخيص المتمحور حَوْل العلاج): عانى التَشخيص النَّفسيِّ داخل العلاج النَّفسيِّ لسنوات طويلة من وضع صعب. وبشكل خاصِّ فإن الأساليب الاختباريَّة التَشخيصيَّة النَّفسيَّة المعيرة كانت وما زالت حتَّى اليوم محط ريبية إلى حد ما من المُعالجين النَّفسيِّين. إلا أنه في السنوات الأخيرة حظيت مسائل ومُشكلات التَشخيص النَّفسيِّ بأهميَّة متزايدة في البحث والممارسة العلاجيَّة النَّفسيَّة. ويرجع سبب هذه الأهميَّة المتزايدة إلى

التطويرات الجديدة والمستمرّة لأساليب العلاج النفسيّ وتماييزها المتقدم وبشكلٍ خاصّ تحسين تصنيّف الإضطرابات النفسيّة و المطالب المتزايدة باستمرار لبرهان الفاعلية (التقويم Evaluation) و ضمان جودة العلاج النفسيّ. وفي السنوات الأخيرة تم تقديم نصائح لتعبير التشخيص والتوثيق Diagnostic and Documentation في العلاج النفسيّ. وهنا تم التأكيد مراراً على أنه لا يمكن تقويم الممارسة النفسيّة الإكلينيكيّة والعلاج النفسيّ واختبار جودته وضمانيها إلا من خلال الاستخدام المنهجيّ لأساليب ومَنظُومات توثيق تشخيصيّة نفسيّة موثوقة. ويعد التشخيص بالاختيارات في إطار العلاج النفسيّ مهماً جداً بالنسبة للمجالات التالية:

- (١) تحديد ووصف حالة المنطلق لدى المريض (الحالة البدئية).
- (٢) مفهوم أو تصوّر المسائل العلاجيّة (مفهوم الحالة Case Conception).
- (٣) انتقاء ووصف مجالات المشكّلات والهدف.
- (٤) تصنيّف أعراض المتعالجين.
- (٥) تفسير (توضيح) منشأ وتطور الأعراض Etiology of Symptomatic and Geneses (التحليل النشوي والوظيفي etiological and functional Analyses).
- (٦) انتقاء استراتيجيات التدخّل الملاءمة وتنظيمها (تصنيفها، فرزها) ضمن إجراءات علاجيّة نوعيّة (الفاعلية التفريقيّة والانتقائيّة differential and selective). Indication
- (٧) تقدير تطور الأعراض وقابليتها للعلاج والمجرى النمائي للعلاج (التنبؤ Prognoses).
- (٨) الحكم على نجاح وفاعلية العلاج (التقويم Evaluation).
- (٩) توثيق مجرى العلاج Documentation.

فإذا ما نظرنا لمجرى العمليّة العلاجيّة فإنّه يُمكن من هذا المنظور الزمنيّ التميّيز بين ثلاث وُظائفٍ للتشخيص النفسيّ:

- التشخيص قبل العلاج وعند بدايته (تطلق عليه تسمية التشخيص القائم على المؤشّرات أو الدلائل Indication oriented Diagnostic). والتشخيص قبل العلاج وفي

بدايته مهم من أجل اتخاذ القرار حول الدلائل Indication ٢٢. وهنا يتعلق الأمر باتخاذ القرار أو بالاختيار بين عدة إمكانيات علاجية بهدف فرز مثالي قدر الإمكان للمعالج والمُعالج وطريقة العلاج (إلحاق) (الفاعلية التفريقية والانتقائية). ويرتبط بهذا كذلك السؤال المتمثل في: ما هو الأسلوب العلاجي الأكثر فاعلية في علاج الاضطراب القائم (الدلائل التنبؤية prognostic Indication).

- **التشخيص في مجرى العلاج:** تشخيص المجرى والعملية: في المجرى اللاحق للعلاج تلعب الأساليب التشخيصية النفسية، وبشكل خاص عند تكييف مجرى العلاج قرارات الفاعلية مع التغيرات في السلوك المشكل أو الأهداف العلاجية أو كليهما، دوراً كبيراً (الدلائل التكييفية adaptive Indication)، فاستناداً إلى تشخيص التغيرات في سلوك المُعالج لابد من تحسين Optimization مجرى العلاج ضمن خلال هذه التعديلات وفق أهداف محددة. وأخيراً يتعلق الأمر بتكييف الأسلوب العلاجي مع الحالة الفردية. ويحتل هنا تشخيص العملية العلاجية diagnostic Therapy process وقياس التعديل العلاجي أهمية كبيرة.
- **التشخيص في نهاية العلاج وبعده:** وتحظى الاختبارات السيكومترية سواء في قياس التعديلات في مجرى العلاج أم في إطار تقويم نجاح العلاج Outcome-Diagnostic بأهمية مطردة (وبشكل خاص الاستبيانات والاستخبارات والمقاييس ومقاييس تقدير الآخر Rating Scale). ومن أهم المبادئ التي يمكن من خلالها قياس التعديلات في مجرى التدخل العلاجي أو بعده يُمكن الإشارة إلى:

- تشخيص التعديل غير المباشر
- تشخيص التعديل المباشر

^{٢٢} Indication في الطب دواعي العلاج، المبررات التي تبرر استخدام علاج معين، وفي المعالجة النفسية تعني فاعلية طريقة معينة في العلاج لنوع محدد من الاضطرابات بنوع محدد من شخصية المعالج ونوع محدد من شخصية المُعالج، ونستخدم هنا مصطلح الدلائل بهذا المعنى.

- تقويم تحقيق الأهداف Goal Attainment Scaling

- تقويم الوضع النفسي المريض بعد نهاية العلاج

وحتى لو أمكن صياغة مهام تشخيصية نفسية خاصة بمراحل منفردة من العملية العلاجية (كاتخاذ قرار الفاعلية الانتقائي في بداية العلاج على سبيل المثال) فإن الواجبات الأخرى غير مرتبطة بمراحل معينة. وعليه فإنه من الضروري على سبيل المثال بالنسبة لقياس التعديل غير المباشر إجراء قياس لوضع مشكلة المتعالج سواء في بداية العلاج أم في نهايته. كما أنه من أجل التوثيق الخالي من الثغرات للعلاج النفسي فإن المعلومات التشخيصية المستخلصة من كل المراحل العلاجية مهمة.

إطار ١٢: بعض أساليب التقويم الذاتي المختارة لتشخيص مجرى العلاج والتغيرات الحاصلة وقياس المظاهر الدافعية

مقياس خبرة القسم (العيادة)

مقياس الجلسة للعلاج الفردي العام والخاص

تشخيص التعديل المباشر

استبيان تعديل الخبرة والسلوك

استبيان تعديل مجالات الحياة

تشخيص التعديل غير المباشر

قائمة الأعراض الحساسة للتعديل

تشخيص أهداف العلاج وتحقيقها

مقياس تحقيق الهدف GOAL ATTAINMENT SCALING

تشخيص دوافع العلاج والتصوير الدافعية والتوقعات المتمخورة حول العلاج

مقياس تحليل التصويرات الدافعية

مقياس لقياس الدافعية للعلاج

الفصل الثالث

تصميم الاختبارات النفسية

١. مقدمة

يتناول هذا الفصل عمليات نشوء الاختبار (الإستبيان، المقياس) بدءاً من التخطيط الأول ومروراً بتطوير الاختبار وانتهاء بإعداده والتجريب المؤقت لنسخة الاختبار بهدف التعديل وانتهاء بالنسخة النهائية للاختبار، ويحاول الإجابة عن السؤال حَوْلَ المَظَاهِرِ أو الوجوه التي ينبغي أخذها بعين الاعتبار أثناء تصميم الاختبار وكيفية تصميم الاختبار النفسي والخطوات التي علي اتباعها في تصميمه؟

أصبح عدد الاختبارات والمقاييس النفسية اليوم كبيراً إلى درجة من الصعب فيها على الفرد أن يحيط ولو بجزء من هذه الاختبارات. ومن منظور تاريخي يُمكن التمييز بين الأنواع التالية للاختبارات النفسية (Bühner, 2007; Moosbrugger & Kelava, 2007; Jonkisz, et al., 2007):

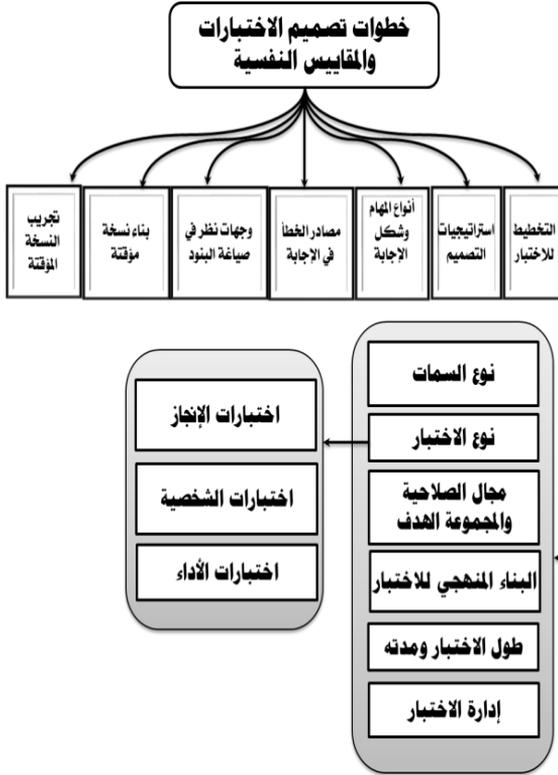
- الاختبارات الموضوعية: تقيس الاختبارات الموضوعية السمات النفسية كمياً وتنسب قيم الاختبار إلى متوسط (المعيار) عينة مُقَارَنَة (العينة المعيار)، للحُصُولِ على الفروق بين الأشخاص المختلفين (الفروق البين فردية Inter Individual، أو التباين البين فردي) أو للحُصُولِ على الفروق في سلوك أو سمات شخص واحد في أوقات مُخْتَلِفَة (التباين الضمني Intra-Individual).
- الاختبارات الإسقاطية: وهي مقاييس موجهة نحو قياس الشخصية ككل، تُهَدَفُ إلى قياس التفرد النوعي (الخصوصية النوعية) لبنية الخبرة والتصور والحاجات النفسية للناس.

وقد تم حسم الاتفاق والخلاف حول نوع الاختبار لصالح الاختبارات الموضوعية وبشكل خاص في الإطار المتعلق بالأبحاث والتوثيق و تقويم الممارسة النفسية الإكلينيكية والعلاج النفسي (Rauchfleisch, 1998).

٢. تصميم الاختبارات النفسية

الاختبار النفسي هو

أكثر من مجرد تجميع لبنود، فهو يقيس سمات نفسية بشكل كمي على أساس نظرية الاختبارات و يتيح إجراء تشخيص قياسي (كمي) مقارن سواء بين الأفراد أو ضمن الفرد الواحد. و مستخدمو الاختبار الجيدون يؤهلون أنفسهم ليصبحوا قادرين على التقدير الملائم لجودة إجراء ما ومجال استخدامه على أساس من معرفتهم



الشكل ١٧: خطوات تصميم الاختبارات والمقاييس النفسية

بنظرية الاختبارات وبنائها (Lienert, & Ratz, 1998). وتحدد جونكس ومجموعتها (Jonkisz, Moosburger & Brandt, 2007). خطوات تصميم الاختبار وفق ما يعرضه

الشكل ١٧:

٢,١ التخطيط للاختبار

يتطلب التخطيط للاختبار الإجابة عن الأسئلة التالية:

- ما السمات التي أريد قياسها (أنواع السمات)؟
- وما نوع الاختبار الذي يقيس لي هذه السمات؟
- ولئن هو صالح أو ما هي المجموعة الهدف التي سيتوجه إليها الاختبار؟
- وما البناء أو التصميم المنهجي له (هيكلية الاختبار) Structural Test
- Construction ؟
- وما طول الاختبار ومدته؟
- وكيفية إدارته Test administration ؟

٢,١,١ السمات التي أريد قياسها (أنواع السمات)؟

فيالنسبة للسؤال عن نوع السمات فإن الاختبارات النفسية تستمد مشروعيتها من الفرضية القائلة: بأنه يمكن توضيح أو تفسير سلوك الأشخاص بمساعدة سمات الشخصية -البناءات Constructs -، التي يقيسها الاختبار. أما دقة البناء Construct Precision (دقة السمات التي نريد قياسها) فيمكن تحقيقها أو الاقتراب منها كثيراً من خلال مراجعة المراجع و دراسة النظريات العلمية الراهنة ومراجعة النتائج الإمبريقية و اختبارات أخرى تقيس البناء نفسه. أما الأسئلة الممكنة التي يمكن للباحث أن يطرحها على نفسه هنا فهي:

- هل أريد قياس سمات كمية أم كيفية؟ (Quantitative versus Qualitative Characteristica) ؟ ولايقصد بكيفية Quality السمة هنا طبيعة هذه السمة نفسها وإنما تعني توفر الحد الأدنى من مستويات القياس النفسي، أي ما يتيح لنا أبسط إمكانية للتصنيف، كالتصنيف الاسمي Nominative كأن نستطيع تحديد ظهور سلوك معين من عدم ظهوره؛ فهل يتيح لي الاختبار تقسيم الأشخاص على أساس درجة وضوح صفاتهم في فئات على مستويات مقاييس اسمية على الأقل؟. وهذا النوع من السمات يقع ضمن ما يُسمى بالسمات غير القابلة للتدرج (الأنصاري، ١٩٩٩)، أي تلك السمات التي إما أن

تكون موجودة أو غير موجودة ولا وسط بين الحالتين أو لا يُمكن الحصول منها على تدرُّج في كمية هذه الصفة أو السمة كوجود القلق من عدم وجوده في التصنيف الفئوي، أو تشكُّل استجابة شرطية من عدم تشكُّلها. أما بالنسبة للسِمات الكمية Quantitative فإنه يُمكن تقسيم درجات ظهور السِمات في فئات متدرُّجة على مُستوى ترتيبي Ordinal (من الأكبر إلى الأصغر أو العكس على سبيل المثال)، أو على أساس مسافة أو نسبة Interval or Relation level؛ تقدير تدرُّج الصفة على متصل من واحد إلى خمسة على سبيل المثال. أي تحديد المقدار أو الخاصية التي تبعد عنها الأشياء أو الأشخاص بالنسبة لخاصية معينة، ومع ذلك لا تتوفر لدينا معلومات عن المقدار المطلق لهذه الخاصية بالنسبة لأي موضوع (أبو حطب وعثمان ١٩٩٧). ويُمكن هنا للسِمات أن تكون أحادية القطب يتم تمثيلها بخط مستقيم يمتد من الصفر إلى أكبر قدر مُمكن منها كالقدرات أو الصفات الجسمية، في حين أن السِمات ثنائية القطب كالمزاج على سبيل المثال فإنها تمتد على قطبين متعاكسين كالانبساط والانطواء أو الاستقرار الانفعالي مقابل عدم الاستقرار الانفعالي (الأنصاري، ١٩٩٩).

- هل أريد قياس سِمات وحيدة البناء أم متعددة الأبنية؟ السمة عبارة عن بناء Construct يشير إلى مظاهر ثابتة تميز الفرد. وقد يتم تصميم المقياس ليقاس بناءً وحيداً كقياس سمة القلق في مقياس القلق لسبيلبيرغر (Spielberger Trait- anxiety Inventory، الذي يرمز له اختصاراً STAI، Krohne، 2007) أو مقياس جامعة الكويت للقلق لأحمد عبد الخالق على سبيل المثال، أما المقياس متعدد البناءات فيتضمن بنائين على الأقل، ومن أمثلة المقاييس متعددة البناءات مقياس آيزينك للشخصية أو مقياس السلوك الصحي المكون من عدة أبعاد كالاتجاهات نحو الصحة وسلوك الاستهلاك والنشاطات الرياضية (ريشكه ورضوان، ٢٠٠١)؛ وينصح هنا ببناء مقياس فرعي خاص بكل بعد.

- هل أريد قياس سمات ثابتة زمنيًا أم متغيرة زمنيًا؟ المقصود بالسمّة Trait الثابتة زمنيًا سمات الشخصية بالمعنى الضيق. ومن أمثلة المقاييس الثابتة زمنيًا مقياس سمّة القلق، ومقياس أبعاد الاستعداد للغضب لسبيلبيرغر. أما السمات المتغيرة زمنيًا فهي ما يطلق عليه تسمية قياس الحالة State حيث يتم هنا قياس حالات في نوافذ زمنية محددة (٢٤ ساعة، سبعة أيام... الخ على سبيل المثال)، كمقياس حالة القلق ومقياس حالات الغضب المرئية بالموقف لسبيلبيرغر والمقاييس الإكلينيكية كقوائم الأعراض.

٢,١,٢ نوع الاختبار الذي يقيس لي هذه السمات؟

هناك أنواع وأشكال كثيرة من الاختبارات، وكذلك تصنيفات مختلفة لها.

يعرض الجدول ٩ واحداً من هذه التصنيفات:

الجدول ٩: أنواع الاختبارات والمقاييس

اختبارات الإنجاز	اختبارات الشخصية والاختبارية والسيكومترية	الأساليب الإسقاطية في الشخصية	الاختبارات الأدائية
<ul style="list-style-type: none"> ■ اختبارات الذكاء ■ اختبارات النمو ■ اختبارات الإنجاز العامة ■ الاختبارات المدرسية ■ اختبارات فحص الوظائف الخاصة واختبارات المواءمة 	<ul style="list-style-type: none"> ■ اختبارات - بنى- الشخصية ■ اختبارات الاتجاهات والميول ■ الاختبارية الإكلينيكية 	<ul style="list-style-type: none"> ■ أدوات تأويل الشكل ■ أدوات الموضوعات اللفظية ■ أدوات رسم وأشكال جشططية 	<ul style="list-style-type: none"> ■ اختبارات عضلية ■ اختبارات ميكانيكية ■ اختبارات تنسيق حسي حركي.. الخ

٢,١,٢,١ اختبارات الإنجاز

يتم قياس بناءات Constructs قدرات الإنجاز المعرفية كالمعرفة والقدرة والاستطاعة والقدرة على التركيز. وتطلق عليها تسمية اختبارات الأداء الأقصى (أو اختبارات القدرات) maximum performance وهي تهدف إلى معرفة أقصى أداء يستطيع الشخص تقديمه، أو أقصى درجة يمكنه الحصول عليها. ومن بينها

اختبارات الذكاء واختبارات القدرات العقلية والحركية، واختبارات الكفاءة واختبارات الاستعدادات. وفي هذه المقاييس يتم قياس السلوك الأقصى (الأداء الأقصى). أي أنها تطلب من المفضوح تقديم أقصى ما يستطيع تقديمه. والخداع dissimulation في هذه الاختبارات ممكن في جانب واحد فقط، يطلق عليه التزوير "نحو الأسفل". والمقصود بالخداع هنا: إخفاء السمات التي يظهرها أو يمتلكها المفضوح في العادة. والخداع نحو الأسفل (نحو الأسوأ) يعني نزعة المفضوح نحو الحصول على قيم منخفضة في الاختبار. مثال ذلك عندما يكون الهدف اختيار مفضوحين لأداء عمل معين لا يرغب المفضوح، في الخدمة العسكرية، أو التمارض أو المحاكمة على سبيل المثال.

وفي اختبارات السرعة Speed Test يتم قياس زمن الاستجابة. وتستخدم في قياس القدرات المعرفية الأساسية basal أما اختبارات القوة Power Tests وتسمى اختبارات المستوى Level Test أيضاً فتستخدم لاستنتاج القدرات المركبة. وفيها يكون الوقت مفتوحاً أحياناً إلا أن أنه حتى وإن وجد فإن المفضوحين لا يستطيعون حل جميع الوظائف أيضاً:

ومن أنواع اختبارات الإنجاز:

اختبارات القدرات: (اختبارات القدرات العامة: التي تهدف إلى قياس القدرات العامة في معظم أنماط التفكير والتعلم وهي اختبارات ذكاء في جوهرها)، واختبارات القدرات الخاصة: لقياس قدرات أكثر تخصصاً، كالقدرة على الإحساس أو تمييز الألوان أو الروائح).

اختبارات الكفاءة Proficiency: فتقيس قدرة الفرد على أداء مهمة معينة أو عمل له أهميته في ذاته. مثل معرفة اللغة، أو العزف أو حل مسائل رياضية...وهي تقيس أداء الفرد في قدرة تم التدريب عليها مسبقاً، لهذا تسمى الاختبارات التحصيلية.

اختبارات الاستعدادات aptitude: وتستخدم للتنبؤ بالنجاح في مهنة معينة أو تدريب معين. كالاستعداد الموسيقي أو الرياضي، أو المهني في المهن المختلفة. والفرق

بَيْنَ الاختِبَارِ التَّحْصِيلِي وَاختِبَارِ الاستعداد أن اختِبَارَ التَّحْصِيلِ يقيس ما تعلمه الفرد مُسَبِّقاً، في حين أن اختِبَارِ الاستعداد يقيس ما يُمكن للفرد القيام به في المُسْتَقْبَلِ في محتويات لم يَتِمَّ تَعَلُّمُهَا مُسَبِّقاً.

Personality Tests اختبارات الشخصية ٢،١،٢،٢

وهي لاتقيس سلوك الإنجاز الأقصى، وإنما تقيس السلوك المألوف في علاقته بدرجات ظهور أو بروز سمات الشخصية (الاستعدادات السلوكية Behavior Disposition) عن طريق السؤال عن معلومات ذاتية يقوم المفحوص بالإجابة عنها (تقرير ذاتي للمفحوص عن نفسه) وهي تقسم إلى:

▪ اختبارات شخصية موضوعية (محددة البناء): وتعني الموضوعية أمرين، الأول الموضوعية كمحك من محكات صلاحية الاختبار، أي استقلال النتيجة عن الفاحص، والأمر الثاني أنه ليس للاختبار صيدق ظاهري، بحيث لا يستطيع المفحوص أن يزور النتيجة بصورة مقصودة، فالتزوير الشخصي المقصود مستبعد هنا، بسبب كون موقف الفحص (التشخيص) معييراً و غير شفاف، بمعنى أن المفحوص لا يعرف كيف سيتم تقويم إجابته. ويتم الفحص في موقف اختبار معيّر. وفي الاختبارات الموضوعية للشخصية لا يتم استخلاص السمة من خلال الأحكام الذاتية حول الشخص نفسه وإنما حول السلوك في موقف فحص معيّر. وهي تقيس السلوك المميز للشخص حسب درجة بروز سمة الشخصية ومن أمثلتها مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية "Big-Five". Personality dimensions; Costa & McCrae, 1989 - ويقيس أبعاد العصابية والانبساطية والانفتاح على الخبرة والقدرة على التحمل و يقظة الضمير أو الدقة ٢٣.

^{٣٣} وضع الصورة السورية منهُ مازن ملحم (٢٠٠٩)، وبدر الأنصاري في الكويت (٢٠٠٧)، وهيلة السليم (٢٠٠٦) وعبد الله الرويتح (٢٠٠٧) في السعودية وهشام الحسيني (٢٠٠٤) في مصر على سبيل المثال.

ولاستبيانات الشخصية مجموعة من الميزات نشير منها إلى (Mummendey & Grau, 2007):

- (١) سهولة التطبيق؛ إذ يُمكن تطبيقها من قبل المساعدين وغيرهم.
 - (٢) الاقتصاد في الوقت، فهي لا تستهلك الكثير من الوقت في الغالب.
 - (٣) أسلوب الإجابة وميول الإجابة أقل أهمية مما افترض حتى الآن.
 - (٤) لا يحتاج المستخدم إلى مهارات لغوية خاصة: يُنظر إلى المُشكلات اللغوية لِمُسْتَحْدِمٍ على أنها في الحد الأدنى
 - (٥) تقويم وتفسير الإجابات يُمكن أن يَتِمَّ مِنْ خِلالِ الكمبيوتر.
 - (٦) أدوات برهنت صلاحيتها في البحث العلمي.
- بالمقابل توجه لاستبيانات الشخصية مجموعة من الانتقاد منها:

- (١) التطبيق غَيْرُ الشَّخْصِي (الرسمي)؛ لا توجد علاقة مباشرة بَيْنَ الفَاحِصِ والمُفْحُوصِ.
 - (٢) قَدْ يُمكن استغلال وَقْتِ الاختِبَارِ لإجراء جَلْسَةِ تواصلية تشخيصية تكون أَكْثَرَ فائِدَةً.
 - (٣) لا يصلح الاختِبَارِ إِلا عِنْدَ وجود إجابات جديَّة لدى المُفْحُوصِ؛ ففي اختِبَارَاتِ الانتقاء تلعب المرغوبية الإجتِمَاعِيَّة في الإجابة عن بنود الاختِبَارِ دوراً متزايداً.
 - (٤) على الرَّغْمِ مِنْ التصميم الدقيق للاستبيان فَإِنَّهُ لا يُمكن دائماً ضمان الفهم اللغوي للاختِبَارِ.
 - (٥) غياب معلُومَاتِ التَّفْسِيرِ إلى حد ما في الأدلة؛ والتنصل من تَحْمُلِ المسؤولية في تَفْسِيرِ الاختِبَارِ بِشَكْلِ ما.
- ومن أخطاء الاستخدام لاختبارات الشخصية في المجال الإكلينيكي استخدامها كوسيلة لتقويم العلاج. وبما أن الفرضية الكامنة خلف مقاييس الشخصية تقول بثبات السمات فإن مقاييس الشخصية غَيْرَ ملائمة لقياس التغيرات العلاجية.

فالعلاج يقوم على فرضية إمكانية إحداث التغيير وقابلية الأعراض والمشكلات للتعديل.

▪ اختبارات الشخصية في سن الطفولة واليافوخ

تتوفر مجموعة من الأدوات التشخيصية لقياس طيف واسع من الشذوذات النفسانية في سن الطفولة واليافوخ من نحو: استبيانات الوالدين من خلال سلوك الأطفال واليافعين (CBCL 4-18) واستبيان الشخصية للأطفال (9-14 PFK)، وغيرها من المقاييس، ومن الأمثلة على الاستبيانات الخاصة بالإضطرابات: مقياس القلق للتلاميذ وقائمة الاكتئاب للأطفال واليافعين (DIKJ) والقائمة العربية للاكتئاب للأطفال لأحمد عبد الخالق. وفي هذا المقام لابد من الإشارة إلى حدود الإمكانيات التشخيصية لاختبارات الشخصية في سن الطفولة واليافوخ من وجهة نظر نقدية، فقد انتقد تسمرمان (Zimmermann, 1994) اختبارات الشخصية لدى الأطفال واليافعين بشدة، منادياً بتقييد العبث الواسع بالاستبيانات (المقاييس) إلى حد ما ويرى أن مقاييس الشخصية لا يمكن أن تكون في المستقبل الطريقة المثلى لتحقيق أهداف تشخيصية محددة في سن الطفولة. أما دوفنر ومجموعته (Döpfner et al., 2000) فيعبرون عن مظهر نقدي مضيد للأساليب الاستبائية، حيث يرون أنه ينبغي الموازنة بين الميزات والعيوب لتلك المقاييس.

ويرى هيرتسكا ورويكاوف (2002) Herzka & Reukauf أن الاستبيانات، وبشكل خاص في سن الطفولة واليافوخ، أدوات مهمة للأغراض البحثية فقط، والافهي أقرب لأن تكون مضرّة بالعلاقة العلاجية التشخيصية، إذا تم استخدامها كوسائل مستقلة بحد ذاتها. وفي الممارسة العملية برهن طرح أسئلة شفوية إضافية في نهاية تطبيق الاستبيانات الكتابية ومناقشة الإجابات فائدته، بحيث يتحول الاستبيان إلى أساس للجلسة التشخيصية الأوسع.

▪ الاختبارات الإسقاطية وهي اختبارات تسعى لقياس نمو الشخصية. وتتيح القياس الكيفي qualitative للشخصية ككل وليس الكمي. بمعنى أنه لا توجد فيها سوى

إمكانية التصنيف الاسمي (تصنيف استجابات المفحوص حسب ظهورها أو عدم ظهورها) ولكنها تُراعي تفرد بنى الخبرة والحاجات عند الفرد. وهي لا تحقق معايير الصلاحية بشكل كاف. و يُمكن للاختبارات الإسقاطية أن تكون مفيدة كمساعدات إستقصاء (سبر) فقط، وهي تتضمن مواد متعددة المعاني بحيث يسقط المفحوص محتويات الوعي اللاشعورية أو المكبوتة، والتي يُمكن منها إستنتاج سمات الشخصية.

ويقسم بريكنكامب (Brickenkamp, 1997) الاختبارات الإسقاطية أو ما يُسمى

أيضاً بالتقنيات الكاشفة Unfolding Technique إلى ثلاث مجموعات:

- تقنيات تفسير الشكل
 - تقنيات الإنشاء اللفظي (أدوات إكمال لفظي، أدوات الإدراك الترابطي ٢٤ (apperception)
 - أدوات رسم وجشطوط (اختبارات الرسم واختبارات اللعب).
- ويتوفر حول ميزات وعيوب هذه الاختبارات كم كبير من المراجع. ويرى دويفنر ومجموعته (Döpfner et al., 2000) أنه تقع على عاتق هذه الأدوات "مسؤولية غير متحققة بعد" بالنظر إلى المستويات النظرية اللازمة للاختبارات. إذ لا توجد أية إشارات إلى محكات للصلاحية كالصدق والثبات والموضوعية والتعبير إلا بصورة قليلة جداً. ولهذا السبب يصفها ممثلو البحث الإمبيريقى حسب راوخنفلايش (Rauchenfleisch, 1998) بأنها "تخمينية جداً" و "غير قابلة للتفسير" هذا إذا لم تكن "غير قابلة للتبرير" على الإطلاق ومن ثم يتم ركنها جانباً.

من جانب آخر يرى بيركامب (Birckamp, 1974, 1997) فيما يتعلق بالإشكالية المتعلقة بمحكات الصلاحية للاختبارات السيكومترية أنه لا يُمكننا النظر دائماً وفي كل الأحوال للاختبارات التي تكون فيها معاملات الصدق والثبات متوسطة بأنها

^{٢٤} وحي الذات عن طريق الاستبطان

غير قابلة للاستخدام، بل إن ما يُمكن قوله بصورة مبسطة: إنه مع تناقص الموثوقية والصلاحية تتزايد الطبيعة الافتراضية لنتائج الاختبارات، وينادي بتأكيد ما من خلال نتائج أخرى من الجانب الآخر. كما أنه لا توجد أية براهين صالحة بشكل عام لصلاحية أداة ما، وإنما توجد مؤشرات تفريقية بدرجات مختلفة تبين أن اختباراً ما قد برهن صلاحيته في تنبؤ أو تشخيص محددتين. لهذا سيكون مستخدم الاختبار مضطراً دائماً للحصول بنفسه على بيانات الإثبات ضمن مجال مُحدّد، وتقويماً. وقد ثبت أن تفسير الاختبارات الإسقاطية فن أكثر من علم، ومع ذلك فلها استخدامات متعددة. كما تتم الإشارة إلى أن غياب المحكات السيكمومترية ليس صفة خاصة بالاختبارات الإسقاطية لوحدها، بل هناك الكثير من الأدوات التي لا تتوفر فيها هذه الخصائص ومع ذلك تستخدم، كالمقاييس الخاصة بسبر بيانات الحياة مثلاً. كما لا بد من الإشارة إلى أنه تتوفر حول مقاييس دوافع الإنجاز والسلطة والارتباط أدوات تم تحسينها من الناحية السيكمومترية.^{٢٥}

وحول تفضيل الاختبارات الإسقاطية في التشخيص في سن الطفولة واليفوع يرى دوفنر ومجموعته أنه على الرغم من عدم كفاية مؤشرات الاختبار فإن الأدوات الإسقاطية تعد من أكثر الأدوات استخداماً في التشخيص في الإطار الإكلينيكي الميداني. وقد يبدو مفاجئاً هذا للوهلة الأولى، إلا أن هذا يوضح أيضاً بأن الممارسين، إلى جانب البيانات "الموضوعية" حول النمو المعرفي والذكاء والمؤشرات السلوكية، يلغون أهمية خاصة على المعلومات التي يظهر أن مثل هذه الاختبارات لا تقدمها بدرجة كافية. وعن السؤال "هل الاختبارات الإسقاطية أصبحت أثرية؟" تجيب جوي ييني (Joye Yenni, 1997) في بحث أجرته حول هذا الأمر بأن الاختبارات الإسقاطية لم تصبح أثرية وإنما التوقعات التي حملت بها هذه الاختبارات، وتستنجد أن الاختبارات الإسقاطية هي بالأصل اختبارات نوعية (كيفية qualitative) وليست أدوات قياس. وتضيف أنه بناء على ذلك يفترض للأدوات الإسقاطية ألا تدعي أنها

^{٢٥} مثل Multi-Motive-Test & Operante multi-Motive-Test

تقيس الشَّخصيَّة ككل، وأنها يُمكنها بصورة خاصة أن تعطينا مدخلاً لعوالم الطفولة، وتتيح للطفل أن يكون طفلاً؛ فهي تُتيح له الرسم واللعب والتخيل، وتتيح إطاراً مُعيَّراً للملاحظة، وتكمل الصورة التي رسمها المُشخَّص بناءً على تاريخ الحياة والسيرة المرضية والجلسات مع الوالدين والمعلمين، ويُمكنها أن تلفت النَّظَرَ إلى مَوْضُوعَاتٍ قلما يعيها الطفل أو لاشعوريَّة أو من الصعب التعبير عنها لفظياً.

ومن هنا يُمكن القول: إن الاختبارات الإسقاطية تمثل ناقلاً قيماً للتواصل المشترك inter subjective بين المُشخَّص والطفل شريطة أن يكون المُشخَّص ملماً ببعض الاختبارات بشكل جيد، بما يشبه الإلمام بلهجة خاصة.

٢,١,٢,٣ الاختبارات الأدائية

وهي اختبارات تُهدَف إلى قياس السمات الحسية والحركية وإلى حد ما أيضاً قياس السمات المعرفية، كقياس دافعية الإنجاز من خلال القوة العضلية كمؤشر. ومن أنواعها اختبارات التنسيق الحسي الحركي واختبارات الفك والتركيب... الخ ويتزايد عدد الاختبارات المدعومة بالكمبيوتر في هذا المجال؛ وهو شكل خاص من الاختبار التكييفي، حيث يتم استخدام سلوك المَفحُوص في الإجابة لتوجيه اختيار الوظائف الأخرى.

٢,١,٣ المجموعة الهدف التي سيتوجه إليها الاختبار

و تتكون المجموعة الهدف من ثلاث مجموعات: الأولى هي المُجتمَع الأصلي؛ ويقصد بها الأشخاص المناسبون أو دائرة محددة من الأشخاص الملائمين للغرض. وهذه الدائرة قد تكون محددة بشكل واسع أو ضيق. (مثال: المراهقون، الأطفال، الراشدون، مرضى الاكتئاب، مرضى القلق... الخ). والمجموعة الثانية هي عينة التحليل المسحوبة من المُجتمَع الأصلي بغرض تجريب الاختبار (تحليل البنود Items analysis). والعينة الثالثة هي العينة الحاضرة أو العينة المرجعية Reference

Population^{٣٦} (العينة المسحوبة من المجتمع الأصلي) بهدف التعبير Standardization، من أجل وضع معايير لتقويم الاختبار (Lienert, & Raatz, 1998).

٢,١,٤ بنية الاختبار

وتتعلق بنية الاختبار بنوعه ومجال صلاحيته والمجموعة الهدف التي يتوجه إليها، فقد يكون الاختبار أحادي البعد حيث يتم قياس سمة واحدة بدقة قدر الإمكان، أو يكون متعدد الأبعاد، حيث يتم قياس عدة سمات مختلطة بدقة قدر الإمكان (وهذه الأبعاد من جهتها هي مقاييس وحيدة البعد).

و يقصد بمجال الصلاحية المجال أو المجالات التي يغطيها الاختبار أو المقياس، فكلما اتسع المجال الذي يغطيه الاختبار، ازداد عدد البنود، فأصبحت غير متجانسة ومن ثم تكون أقرب للمقاييس المتعددة. ومن أجل التمكن من تحديد مجال الصلاحية لابد من التركيز على الصدق المضموني وعلى واحد أو أكثر من أشكال الصدق المرتبط بالمحك.

٢,١,٥ طول الاختبار ومدته

طول الاختبار:

يتعلق العدد الأمثل للبنود بمدى السمة المراد قياسها، ومن الساري عموماً أنه كلما كان عدد البنود أكبر كان القياس أدق مع الأخذ بعين الاعتبار أن يكون الاختبار عملياً Practicability، أي ألا يكون طويلاً إلى درجة يستحيل معها التطبيق وتختل محكات الصلاحية (الموثوقية).

مدة الاختبار:

وهي متوسط مدة التطبيق. وهي مرتبطة بنوع الاختبار فاختبارات السرعة على سبيل المثال تتطلب أقصر مدة ممكنة من التطبيق مقابل اختبارات القوة.

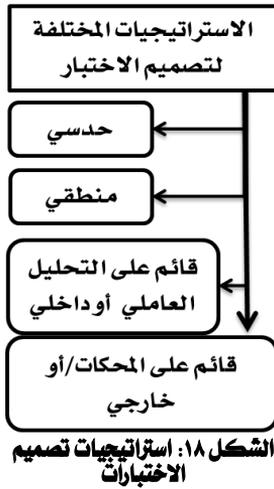
^{٣٦} وتسمى كذلك العينة البويضة أو الرحم أو الأساسية Egg Sample

أي كيف يتم تطبيق الاختبار أو شكل التطبيق. ويمكن هنا الإشارة إلى اختبار الورقة والقلم مقابل الدعم بالكمبيوتر Paper-Pencil vs. PC-Support. واختبارات الورقة والقلم من أكثر الاختبارات انتشاراً، مع العلم أن الاهتمام بالتشخيص المدعم بالكمبيوتر أخذ بالازدياد. بالإضافة إلى موقف الفحص الفردي مقابل الجماعي. ومن ميزات التطبيق الفردي توفر إمكانية الملاحظة الدقيقة للتعامل مع الاختبار. أما ميزات الاختبار في المجموعة فتتمثل في الاقتصاد في الوقت.

٢،٢ استراتيجيات تصميم وتطوير الاختبارات والاستراتيجيات

يمكن تصميم الاختبار وفق عدة أسس أو استراتيجيات Construction

:Strategies



التصميم الحدسي intuitive Construction؛ ونُلجأ

للتصميم الحدسي عندما نكون أمام موضوعات جديدة، وهو يعتمد على مدى جودة الموضوع وعدم توفر معلومات كثيرة سابقة حول الظاهرة التي هي موضوع البحث، وليس بالإمكان صياغة البنود استناداً إلى نظرية ما. ويتطلب هذا النوع من التصميم الخبرة والمهارة والحدس والقدرة على الاستنتاج لدى المصمم. ويسمى أحياناً بالمبدأ الأولي prototype.

أو يمكن تصميم الاختبار على أساس منطقي (أو استنتاجي deductive - من

الكل إلى الجزء)، والتصميم المنطقي Rational Construction هو التصميم المستنتج من نظرية راهنة deduction from actual Theory، أي أن وجود نظرية مدروسة حول تمايز الأشخاص فيما يتعلق بسمات الشخصية التي تهمنا يعد شرطاً أساسياً للتصميم المنطقي، ويهدف إلى إيجاد مؤشرات بالنسبة لبناء ما. ويتم التصميم أولاً

بتعريف وتفصيل البناء specification، مثال ذلك الاندفاعية التي تتألف حسب آيزنك من الاندفاعية بالمعنى الضيق والمخاطرة، وثانياً بتحديد مؤشرات السلوك الدالة على ذلك، مثال عن المخاطرة: "أتقفز في مسبح ما من ارتفاع عال؟". وفي حال كانت البنائات مُعقّدة أو مركبة فيمكن تقسيمها إلى مركبات (وجوه facet، مقياس فرعية Subscales). ومن الأمثلة على هذه الاختبارات اختبار ويكسلر للدكاء، ومقياس القلق الظاهر Manifest Anxiety Inventory (اختصار MAS) وقائمة ستريلاو للطبع Strelau temperament Inventory (اختصار STI).

أما ميزات التصميم المنطقي فتتمثل في أن تصميم البنود يتم على أساس نظرية معينة، ومن ثم فإن أهمية ما يتم قياسه تكون معروفة لنا، وكذلك علاقة السمة المقاسة بالمفاهيم الأخرى. أما عيوبها فتكمن في لا بد أن تكون النظرية مبرهنة إمبريقياً ولا بد أن تكون النظرية قابلة للخطأ (للدحض) falsifiability ٢٧

كما يمكن الاعتماد على التصميم الداخلي التحليلي العاملي internal /Factor analytic Construction (ويسمى كذلك الاستقرائي inductive -من الجزء إلى الكل)

٢٧ **قابلية الخطأ**: قابلية الدحض، قابلية التفنيد (falsifiability) مصطلح هام في فلسفة العلوم يعتمد على مفارقة تقول بأن أي افتراض أو نظرية لا يمكن لها أن تكون علمية إن لم تقبل إمكانية أن تكون كاذبة.. وقابلية التكذيب لا تعني أن النظرية خطأ في الواقع، فلكي يكون افتراض ما قابلاً للتفنيد أو الدحض، يجب أن يكون هناك من حيث المبدأ إمكانية إجراء تجربة تظهر أن هذا الافتراض خاطئ، حتى لو لم تجر هذه التجربة أو لم تلتقط تلك الملاحظة المكذبة للنظرية. مثال: من الخطأ ان نقول: إن كل الإوز لونه أبيض ولا يوجد لون اخر، فهنا نكون قد وضعنا قانوناً قطعياً، في أن الإوز كله لونه أبيض وذلك بعد أن تبين بعد مرور الزمن أنه لا يوجد أوز أسود. وهنا يمكننا القول: إن المصطلحات العلمية قابلة للنقض لأننا لا يمكننا البحث بكل أجزاء العالم حول البجعيات فهذا شبه مستحيل. والحال نفسه بالنسبة لقوانين الفيزياء والرياضيات الآن، فهي صحيحة ونستخدمها ولكن من الممكن والوراد ان يأتي وقت يتم دحضها أو برهان صحتها ولكن لا نستطيع ان نحكم عليها بأنها قطعياً بل قابله للخطأ. ويرجع هذا الاتجاه في التفكير إلى كارل بوبر ويسمى العقلانية النقدية Critical Rationalism ويصفه بوبر بأنه مبدأ حياتي يقر بأنني قد أكون على خطأ وقد تكون على حق، وأنا معاً ربما نصل إلى الحقيقة. وما يميز هذا المبدأ هو التفاؤل الحذر. ويذكرنا هذا المبدأ بقول الإمام الشافعي: "رأيي صواب يحتمل الخطأ، ورأي غيري خطأ يحتمل الصواب".

حيث يهدف إلى تقليص البنود من المقدار النظري المعد على أساسه ٢٨. مثال ذلك اختيَار ثورستون المعدل متعدد الأبعاد لبنيّة الذكاء Thurstones multi-dimensional „Intelligence-Structure-Test 2000 R“، الذي يضم سبعة عوامل من بينها الذكاء اللفظي والعددي (Lienert, & Raatz, 1998).

ويُمكن أن يتم الاعتماد على التصميم الخارجي، أي التصميم المرجع إلى محكّ (External (criterion oriented construction) والمقصود هنا تصميم البنود بحيث تكون قادرة على الفصل بين مجموعات ذات سمات خارجية مُختلفة الوضوح، كالقدرة على التمييز بين مجموعة مرضى القلق ومجموعة مرضى الاكتئاب ومجموعة غير المرضى على سبيل المثال؛ ففي البداية يتم وضع وعاء البنود وتجريبه على مجموعات من الأشخاص المختلفين عن بعضهم بشدة في المحك المحدد ومن ثم يتم من وعاء البنود هذا اختيار تلك البنود التي تمكنا من التمييز على أفضل شكل، أي أن هذا النوع من التصميم يهدف إلى تحديد الانتماء إلى المجموعة من عدم الانتماء إليها (التمييز Discrimination)، والمقاييس المصممة بهذا الشكل لا بد وأن تبرهن على صِدقها التمييزي. كما أن التفسير المضموني للبنود هنا غير مسموح به، وكذلك فإن تفسير الفروق الفردية يعد إشكالياً هنا. ومن أمثلة ذلك اختيَار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية (Hathaway & Kinley, 1951)، حيث تم تقييم (١٠٠٠) بند وانتهى في النهاية إلى (٥٥٠) بند تقريباً (التعديل الألماني MMPI-2 ٥٠٠ بند) تفصل بين الأسوياء وغير الأسوياء (فصامين، مراقبين... الخ)، وذلك بهدف الاستغناء عن المقابلة (لأسباب اقتصادية). ومقاييس الإدمان/الميل إلى السلوك الإجرامي (addiction/Criminal propensity Scale لآيزنك وآيزنك Eysenck (Eysenck, 1991) &، حيث تم تقييم ٩٥ بنداً من مقياس آيزنك للشخصية، لبيان إذا كانت تفصل بين المدمنين وغير مدمنين، والذكاء من خلال مقياس العوامل الستة

عَشْرُ (التنبؤ مِنْ خِلالِ $r=0.66$ ، للذكور و 0.58 للإناث)، ومِقياس الكحولية لماك أندراوس (McAndrews, 1965).

إطار ١٣: أشكال الصدق

الصدق Validity: ويعني الدقة وهو إجراء ما يعكس المقدار الذي تتم فيه الإحاطة بما ينبغي استطلاع.

الصدق التزايدى أو التراكمى Incremental Validity : عملية ارتفاع الصدق من خلال اختيار أدوات واستراتيجيات الاستطلاع (أدوات الحصول على المعلومات).

الصدق البيئي ecological Validity : استقصاء الاختبار لما هو يومي وطبيعي مما ينبغي تشخيصه. مثال: اضطرابات القلق تبدو في الحياة اليومية لمريض ما بصورة مختلفة عما يمكن أن تصوره إشارة (X) في استبيان للقلق أو في الملاحظة التي يقدرها الملاحظ، حيث يوجد دائما تأثير للملاحظ.

الصدق الظاهري face Validity: ما يبدو أن الاختبار أو الملاحظة يقيسه. مثال: استجابة شخص ما بخوف عند وجود فأر صغير.

الصدق الموضوعي: تعرف الخبير بشكل واضح على ما ينبغي قياسه. مثال: الأصوات المسموعة، التي لا يمكن برهانها فيزيائيا.

صدق المؤشر Predicative Validity: يتم التعبير عنه من خلال مفهوم الصدق التوكيدي (الصدق الإسنادي) .

الحساسية للتغيير alteration or modification sensitive: قدة الأداة على تصور التغييرات بشكل جيد من خلال أداة القياس الملائمة.

الحساسية للتصنيف Classificatory Sensitive: قدرة الأداة على اكتشاف حدثا منفردا مثال: اكتشاف اضطرابات سوء التشكل الجسدي.

الصدق التقاربي أو التطابقي convergent or Concurrent Validity: قياس الموضوع التشخيصي بأدوات مختلفة للهدف نفسه.

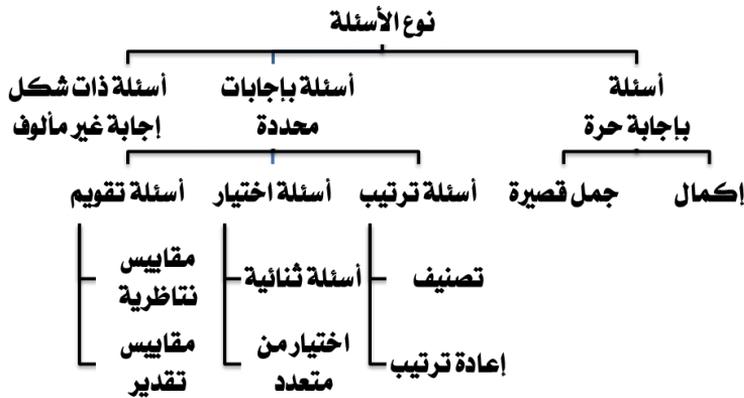
صدق البناء Construct Validity: استنتاج الموضوع التشخيصي على شكل بناء فرضي من خلال اختبارات كثيرة أو من خلال تنظيمات تجريبية experimental arrangement . مثال: قياس العداوة من خلال مقاييس العدوان والإحباط الهادف... الخ.

الصدق العاملي Factorial Validity: إيجاد أنماط التباين المشترك للقياسات، يساعد التحليل العاملي في هذه الحالة كأساس إحصائي، ومثله التحليل العنقودي Cluster analyses وتحليل البنية الكامنة latent Structure analyses.

الصدق التمييزي أو التفريقي differential or discriminative Validity مدى دقة أداة القياس في تمييز الموضوع التشخيصي عن موضوع آخر. مثال: قرة الأداة على تمييز اضطراب القلق عن الاكتئاب على سبيل المثال (Roehrle, 2008).

٢,٣ أنواع الوظائف أو المهام و شكل الإجابة بالتسبئة لتصميم الاختبار

ويقصد هنا الطريقة التي تعطى فيها المهمة أو المسألة والأسلوب الذي ينبغي أن تتم فيه الإجابة. وهناك أشكال متعددة من أنواع المهام أو الوظائف المتضمنة في الاختبار. ويمكن الرجوع إلى المراجع المتعلقة بالأسئلة وأنواعها لمزيد من التفاصيل. وسيتم الاكتفاء بالإشارة إلى المهام المتحررة من الإجابة والمهام المقيدة الإجابة والمهام ذات الإجابة غير القياسية أو غير المألوفة atypical.



الشكل ١٩: أنواع الأسئلة

- مهام متحررة الإجابة (شكل الإجابة حر أو ما يُسمى بالمقالي): كمهام الإجابة المختصرة أو مهام الإكمال. مثال: اذكر أكبر عدد ممكن من



الشكل ٢٠: مقياس تناظري متصل continued Analog Scale أحادي وثنائي القطب

الأفكار المبتكرة حول الذي يمكن للشخص أن يفعله ببكرة ومسمار؟ أو افتتح فوندد أول مختبر لعلم النفس عام.....؟ أو أسئلة تتضمن وضع المفهوم مثال ذلك: يصنف الاككتاب ضمن طائفة الاضطرابات.....؟.

- مهام ذات شكل إجابة مقيدة، وتتضمن أسئلة ترتيب وأسئلة انتقاء وأسئلة تقييم أو حكم.

الفصل الثالث

تصميم الاختبارات النفسية

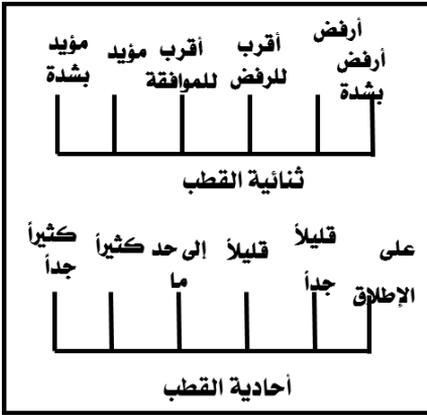
وَنظراً لأهمية أسئلة التقييم أو الحكم في مجال التشخيص النفسي الإكلينيكي وتشخيص الشخصية سيتم التعرض لها بتفصيل أكثر.

والإجابات المقيدة شائعة الاستخدام، حيث يفترض هنا أن يتم إعطاء حكم تقدير فردي Rattng حول عبارات أو موضوعات معينة. ومن ميزات أنها اقتصادية بالنسبة لاستهلاك المواد ووقت التقييم، أما سلبياتها فتتمثل في أنه غالباً ما يتم من خلال المقاييس الرقمية استخدام مقياس التقدير كمقياس مسافة Interval Scale، على الرغم من أن الإجابات مدرجة بشكل رتبي Ordinal Scaling .

وتقسم تصميمات الإجابات إلى عدة

أشكال:

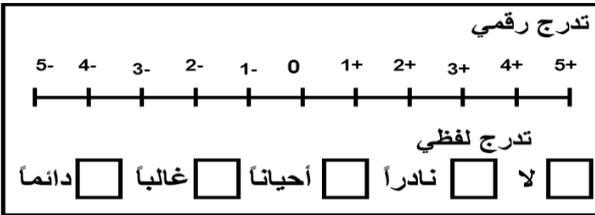
- مراتب القياس من فئة نعم/لا.
- مقاييس إجابة ثنائية وأحادية القطب.
- التدرجات المسماة.
- فئة الوسط الحيادية.
- فئة "لا أعرف".
- مقاييس تقدير غير متسقة.



الشكل ٢١ مقياس تقدير متقطع

ففي الاستخدام المتدرج يتم التمييز

بين التدرج المتصل والتدرج المنفصل للمقياس، ويمكن أن يكون هذان التدرجان إما أحادي القطب أو ثنائي القطب كما في الشكل التوضيحي (الشكل ٢١)



الشكل ٢٢ التدرج الرقمي واللفظي

وفيما يتعلق

بتسميات تدرجات المقياس

فيمكن استخدام التدرج

الرقمي كما في الشكل ٢٢

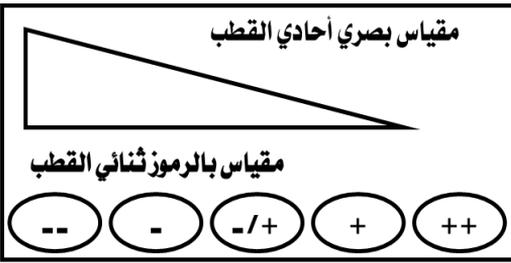
صفحة ١٢٣ مع الإشارة إلى

أن المسافات بين نقاط المقياس لا تعني التساوي، أو يمكن استخدام تدرج لفظي

يتميز بأن تفسير نقاط المقياس يتم بشكلٍ موحد بين الأفراد intersubjective الشكل
٢٢.

ويمكن وضع متدرج بصري أو رمزي. وهو يستخدم لتجنب الانطباع بالدقة الرياضية
المبالغ فيها. ويمكن التوليف كذلك بين عدة مقاييس للاستفادة من ميزات
الصيغ المختلفة (الشكل ٢٣)

وفيما يتعلق بفتة الوسط الحيادية فإنها تعد خيار تجنب ومن هنا فلا ينصح
بوضعها، لأنها ليست مفيدة، ومن أجل تجنب هذه المشكلة يمكن وضع فتة "لا أدري"،
وهي تفيد عندما يكون هناك احتمال بأن المفحوصين لا يمتلكون الكفاءة اللازمة من
أجل الحكم على المهمة بشكلٍ يعطي فيه فصلاً واضحاً للبناء.

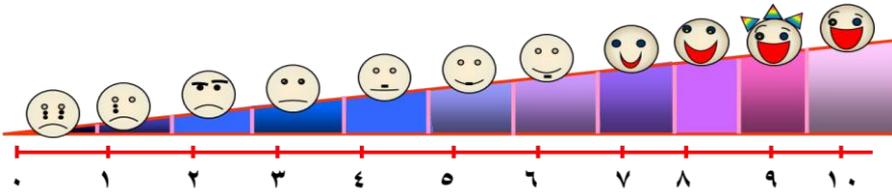


الشكل ٢٣: مقياس بصري ورمزي

ويتم استخدام مقاييس
تقدير غير متسقة asymmetrical
Scales (مثل جيد/جيد جداً،
جيد/سيء، سيء/سيء جداً)
عندما يتوقع ألا يستغل

المفحوصون طيف الإجابات المتسقة (مقاييس التقدير) استغلالاً كاملاً (في
الكحولية على سبيل المثال)، إلا أن استخدامها في الاختبارات النفسية نادر لأنها
تقود إلى تقييم غير موضوعي.

وتستخدم مع الأطفال بشكلٍ خاص صوراً من الرموز التعبيرية لتقدير الدرجة
على مقياس ما، وتستخدم مع الكبار كذلك لتقدير الحالة المزاجية (الشكل ٢٤).



الشكل ٢٤: تدرج لتقدير الحالة المزاجية

مهمات بشكل إجابة غير قياسية/ غير مألوفة atypical: ومن أكثر أشكال هذا النوع من الأسئلة هو الأسئلة التي تستخدم مهمات مقارنة بين الطروحات لاختيار القدرة على التفكير المنطقي:

مثال: أي من العبارات التالية تتناقض مع العبارة (أ):

العبارة (أ) الأولوية المطلقة لدى كانط (المبدأ الأخلاقي المركزي في فلسفة

كانط) هو معيار خلقي صالح عموماً:

(١): لا يتمسك الناس جميعهم بالمبدأ الكانطي الأخلاقي (متناقض - غير متناقض)

(٢): لا أهمية للمبدأ الأخلاقي الكانطي عند المؤمنين (متناقض - غير متناقض)

(٣): المعايير الخلقية لا يمكن أن توجد لأن كل إنسان مسؤول أمام ضميره (متناقض - غير متناقض). (الحل، ٢ و ٣).

إرشادات في اتخاذ قرار بالنسبة لاختيار نوع المهمات التي يتضمنها الاختبار

(١) تحديد الهدف فيما يتعلق بالمهام المقبولة أو المناسبة.

(٢) أن تكون سهلة الفهم

(٣) بساطة التطبيق

(٤) أن يكون وقت الإجابة قصيراً

(٥) المواد المستخدمة: أن تكون المواد المستخدمة قليلة - أو ألا تستهلك الكثير من الورق.

(٦) أن تكون سهلة التقويم

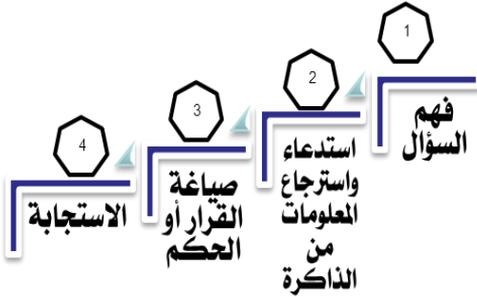
(٧) التقليل من احتمال الإجابة بالصدفة.

٢,٤ مصادر الخطأ في الإجابة عن الأسئلة التشخيصية

يفترض للإجابة عن البنود أن تكون متطابقة مع ما يعبر عن درجة السمة أو الصفة التي يمتلكها المفحوص. أي أن يتم تقدير السمة بدرجة عالية من الدقة، تساعد على التنبؤ. وكل انحراف عن هذا الاختيار الدقيق يعد مصدراً من مصادر الخطأ المتعلقة بالإجابة، فعندما لا يختار المفحوص فئة الإجابة التي تتطابق مع

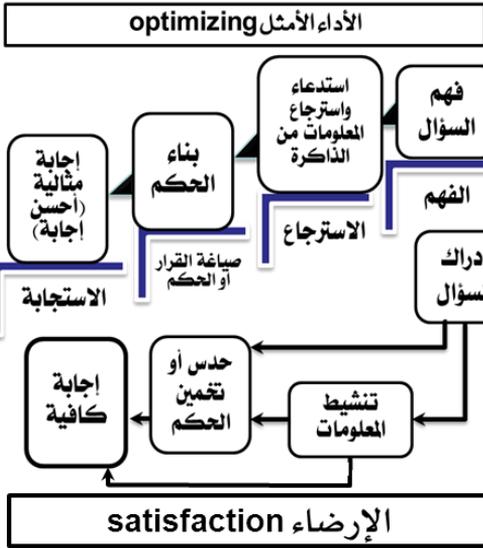
درجّة بروز السمة المراد قياسها لديه فإنّه يُمكن عندئذ أن يكون السبب هو مصادر

الخطأ Source of Error. وقد تكون هذه الأخطاء مقصودة، أي يكون المفحوص مدركاً لها وتتبع من دوافع معينة أو تكون غير مقصودة، كأخطاء التذكر مثلاً.



الشكل ٢٥ : العمليات المعرفية في الإجابة عن الاستبيان

ومن أجل الفهم المععمق سنعالج العمليات المعرفية أثناء الإجابة عن مهمات الاختبار (الشكل ٢٥).



الشكل ٢٦ : الاستراتيجيات المختلفة في الإجابة عن أسئلة الاستبيان

٢,٤,١ المراحل المعرفية في الإجابة عن الأسئلة

يمر الفرد بمجموعة من المراحل على المستوى المعرفي بدءاً من قراءة السؤال أو البند وحتى الوصول إلى الإجابة: وتبدأ هذه المراحل بالفهم comprehension ثم الاسترجاع retrieval واتخاذ القرار أو الحكم Judgment واختيار الإجابة response Selection وتنتهي بإعطاء الإجابة response reporting التي يرى الشخص

أنها تمثله أو تعبر عنه (Haendler, 2006)، ويمثلها (الشكل ٢٦) وفي كلّ مرحلة من هذه المراحل يُمكن أن يتم ارتكاب الأخطاء التي ترتبط بالمهمة المطروحة. ويعرض الجدول ١٠ توضيحاً للمراحل المختلفة والعمليات المعرفية المتضمنة فيها ومصادر الخطأ.

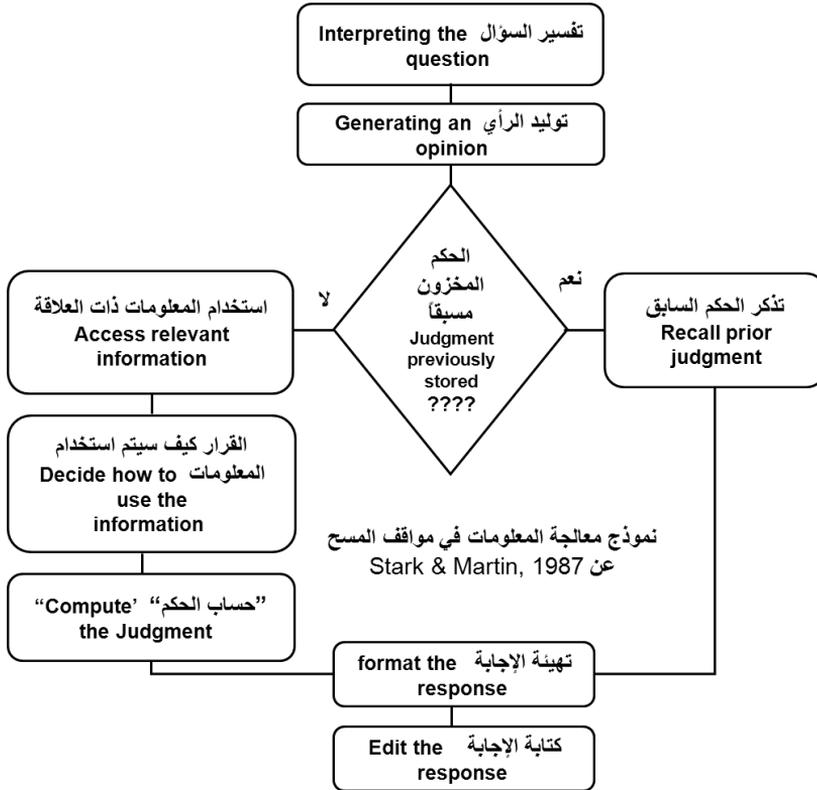
الجدول ١٠: مراحل الاستجابة للبنود والعمليات المتضمنة ومصادر الخطأ

مصادر الخطأ	العمليات المعرفية	صنورة العرض
تعدد معاني البند	توجيه الانتباه إلى المهمة فهم محتوى المهمة والتعليمات	الفهم comprehension
يؤثر المزاج على الوصول إلى الذاكرة والمعلومات	استدعاء المعلومات من الذاكرة بعيدة المدى تطوير استراتيجيات في الاستدعاء، يتم التفريق في عمليات الاستدعاء بين: أسئلة الوقائع وأسئلة الآراء	الاسترجاع retrieval
تقود البنود المجاب عنها من قبل إلى تشكل رأي عام، يؤثر على الإجابات.	تقويم المعلومات المستدعاة فيما يتعلق بكمالها وصحتها. الحكم أو القرار يتم على أساس الكثير من القنوات المخزنة في الذاكرة التي يتم الاختيار منها في المرحلة الثانية اتخاذ قرار للحكم	الحكم أو القرار Judgment (الإجابة المؤقتة): وهو غير مستقر، ويرجع ذلك إلى أن الآراء لا تكون حاضرة، وإنما يتم بناؤها أو التعبير عنها في أثناء التفكير بالسؤال
الميل للوسطية، أي تجنب الإجابات المتطرفة.	اختبار إمكانية الإجابة البحث عن التصوير (التشكيل) المثالي للحكم (الصورة المثالية للإجابة)	اختيار الإجابة response Selection
التشوه بمعنى المرغوبية الاجتماعية	اختبار الاتساق المضموني بين القرار والإدلاء الفعلي بالإجابة (أي وضع إشارة × على الاستينيان)	إعطاء الإجابة response reporting

ومن الممكن ألا يستخدم بعض الأشخاص هذه العمليات المعرفية الأربعة ويمروا بها وإنما يتم القفز فوق بعض المراحل، الأمر الذي ينعكس على غلبة اختيار الفئات الحياضية والميل المتطرف للموافقة في الإجابة، وهي مؤشر على ترك مرحلة من المراحل أو تراكم مرحلة فوق الأخرى.

وفيما يتعلق بالمرحلة الثالثة (بناء الحكم) قدم ستارك ومارتين (Strack & Martin, 1987) تصوراً مفاده أن التصور التقليدي "للقيم الحقيقية" الموجود في المخزن الذهني للمفحوص بوصفه "أحكاماً جاهزة" وينتظر التنشيط، هو مجرد طريق من

نُموذج مركب، فغالباً لا يكون رأي المَفْحُوص جاهزاً، وإنما يتشكل بداية عند الاستجابة للسؤال المطروح (الشكل ٢٧ صفحة ١٢٨).



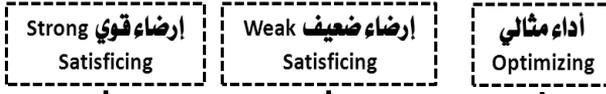
الشكل ٢٧: مراحل تشكيل الإجابة

فهناك الكثير من الخطوات المعرفية الضرورية، من أجل توليد أو استرجاع أو تذكُّر أو اختيار المفحوص إجابة ملاءمة حتى عن الأسئلة البسيطة. وحسب الدافعية يُمكن للعمليات المعرفية أن تمتلك خصائص مختلفة. ويُمكن التمييز بين مجموعتين من الدوافع التي يسترشد من خلالها المَفْحُوص، عندما يشارك في الاختبار، تطلق عليها تسمية دوافع الإرضاء والأداء الأمثل.

وقد عبر عنها كروسنيك (Krosnick, 1999) تحت نموذج الإرضاء والأداء الأمثل Optimizing-Satisficing-Model، الذي يُمكن تطبيقه على أي مرحلة من مراحل الإجابة. فعندما يكون السبب الكامن خلف التعاون عند المَفْحُوص سبباً إيجابياً، كمعرفة صورته عن ذاته أو فهمه لنفسه أو لشعوره بالمسؤولية أو الغيرية أو حياً

بالمُساعدة أو طمعاً بالمكافأة التي سيحصل عليها فإنه سيسعى لأن تكون إجابته عن الاختبار "جيدة قدر المستطاع"، ومن ثم فسوف يمر بالمراحل الأربعة من مراحل الإجابة المعروضة في الشكل ٢٦ صفحة ١٢٦. وقد أطلق كروسنك على هذا الدافع دافع الأداء الأمثل optimizing.

أما إذا كانت مشاركة المُفحوص في الاختبار بشكل مؤقت أو بالصدفة أو عندما يكون ملزماً بالإجابة فإنه حينئذ لا يكون راغباً كثيراً ببذل الجهد ويعمل في



الشكل ٢٨: متصل الأداء والإرضاء المثالي

سبيل الإرضاء مع أنه يواجه في الوقت نفسه مطالب معرفية مثيرة،

فيكون الهدف هنا هو أن

يحقق المُفحوص نتيجة كيفما اتفق، فالمهم لديه هو الانتهاء من المهمة؛ ففي حال كان دافع الإرضاء لديه ضعيفاً فإنه يقوم بتنفيذ كل مرحلة من المراحل المعرفية المذكورة في (الجدول ١٠) بسطحية بحيث تكون إجابته مقبولة بالنسبة له ظاهرياً. أما في حال كان دافع الإرضاء كبيراً، فإن استرجاع المعلومات والقرار ينصهران معاً فيختار المُفحوص الإجابات الأكثر ملاءمة من الناحية الرسمية بغض النظر عن رأيه الشخصي. وقد أطلق كروسنك على هذا الدافع دافع الإرضاء Satisfying والكفاية Sufficing.

ويمثل هذا النموذج إطاراً ملائماً للظواهر الكامنة خلف الأخطاء كالمربوية الاجتماعية Social Desirability Bias والميل إلى الوسط... الخ التي غالباً ما تتداخل مع بعضها.

٢,٤,٢ المرغوبية الاجتماعية

ويقصد بها تزوير سلوك الإجابة الأمر الذي ينعكس على نتيجة الاختبار. ويقوم المُفحوص هنا بالإجابة بالشكل الذي يعتقد أنه يعطي عنه انطباعاً جيداً أو بشكل ينسجم مع ما هو شائع اجتماعياً، ويظهر بشكل خاص في القضايا التي تتناول المسائل الجنسية أو استهلاك العقاقير أو الأحكام الأخلاقية؛ مثال: "أقول

الصدق دائماً، "أساعد الفقراء والمحتاجين دائماً"... الخ، فيجيب المٌفحُوص بما يعتقد أنه ينبغي له أن يكون وليس بما يصف سلوكه الضلي. والسلوك المرغوب به اجتماعياً هو التعبير عن الرأي والاتجاهات التي يفترض الإنسان أنها متطابقة مع المعيار الاجتماعي وقيم المجتمع. وتظهر هذه التأثيرات في المقابلات الشفوية أشد مما هي في الاختبارات الكتابية. وتقسّم المرغوبية الاجتماعية إلى قسمين:

١،٢،٤،٢ خداع النفس Self-Deceptive enhancement

وهو أقرب للميل اللاشعوري، لخلق تقدير صالح أو نافع للذات، ولكن الشخص نفسه يرى هذا التقدير بأنه جدي، أو صادق. "أنا لا أخطئ"، "أنا ملتزم"، "أنا لا أجامل".

٢،٢،٤،٢ خداع الآخر = أو إدارة الانطباع impression management

يميل الناس إلى توجيه الانطباع الذي يتركونه عند الآخرين والتحكم به، أي أننا نحاول خلق الانطباع الذي نريده نحن لدى الآخرين. وهو ليس سلوكاً في المواقف الاستثنائية، وإنما هو عنصر مهم للسلوك في السياق الاجتماعي اليومي، ويشكل خاص في العلاقات العاطفية، والعلاقات الرسمية.

وفي المجال الإكلينيكي تتجلى هذه الظاهرة في شكلين متناقضين من مصادر الخطأ: المبالغة والتظاهر والتهوين أو الإخفاء، وكلاهما نوع من الميل المقصود للإجابة المتطرفة أيضاً، وهما من أهم مصادر الخطأ في هذا الميدان.

• المبالغة والتظاهر: المبالغة هي ميل المٌفحُوص إلى المبالغة المقصودة بأعراضه وشكاويه الموجودة بالأصل. أما التظاهر فهو التمثيل المقصود للأعراض، أي التمارض وادعاء أعراض غير موجودة بالأصل. أما الدوافع الكامنة خلف ذلك فهي (Heubrock, 2003, P.381 عن شتيغلتنس، ٢٠١٣):

- الحصول على تسهيلات مالية
- تجنب المطالب (مطالب العمل مثلاً)
- تحقيق مكاسب اجتماعية ونفسية (المكسب الثانوي للمرض)
- رغبة المريض في الحصول على اعتراف بوجود الاضطراب لديه .

وهناك مقاييس لضبط التظاهر كالقائمة المبنية للأعراض التمارضية.

- **التهوين أو الإخفاء:** وهو عبارة عن التقليل من أهمية الأعراض الموجودة بالفعل. أما الإخفاء فهو إنكار الأعراض وعدم الاعتراف بها، والتظاهر بالصحة.

٢,٤,٥ ميول الإجابة

اتجاهات الإجابة response sets هي تلك الميول والاتجاهات التي تتم استئثارها نتيجة طريقة الحصول على البيانات وهي:

الميل للوسط، أي التفضيل الشعوري واللاشعوري لفئات الإجابة الوسط (الحيادية neutral) ويُمكن أن تكون الأسباب الكامنة وراء ذلك هي نقص المعرفة عند المبحوث أو في الانطباع بأن فئات الإجابة غير كافية ولا تعبر بدقة عنه شخصياً. أما أثر Effect هذا الميل فيظهر في التباين الضئيل للبنود و التشويه، على اعتبار أن الهدف من الاختبار الحصول على أكبر كم مُمكن من الفروق الفردية، أي أن تكون البنود ذات قدرة تمييزية بين الأفراد. ويُمكن تجنب هذه المشكلة من خلال تجنب الفئات الوسط الحيادية مثل "لا رأي لي"، "لا هذا ولا ذاك" "متوسط"... الخ واستخدام "فئة لا أعرف".

الرضوخ acquiescence أو الميل للموافقة: أي الموافقة غير الناقدة بغض النظر عن محتوى البنود. ويُمكن تجنب هذه المشكلة من خلال التوجيه المتناقض للبنود أي إعادة تقطيب البنود (التعاكس السلبي والإيجابي للبنود نفسها invert أي صياغة البند مرة بصيغة إيجابية ومرة بصيغة سلبية: أنا شخص هادئ/أنا شخص عصبي) (مع تجنب استخدام النفي ونفي النفي). ويتم تفسير هذا الميل بأنه قد يرجع إلى نقص الدافعية أو الكفاءة، أو إلى الاستعداد المسبق للموافقة في المجالات الاجتماعية كلها، كما يرى كروسنك (Krosnick, 1999) أن الرضوخ هو نتيجة لتشوه معرفي يحصل عندما يبحث المبحوثون في ذاكرتهم.

الميل للإجابات المتطرفة، بأن يجب المبحوث عن كل البنود بالنفي، أو التأييد المطلق دون أن يكون هذا تقديره الحقيقي.

٢,٥ نصائح في صياغة البنود

هناك مجموعة من النصائح المتعلقة بصياغة البنود تخفف من مصادر الخطأ ويُقدّم (الشكل ٢٩: الصفحة ١٣٥) عرضاً تخطيطياً لبعض النصائح المهمة:

٢,٥,١ تصنيف أنواع البنود أو تجميعها في فئات:

ينبغي تصنيف البنود ضمن فئات متشابهة أو مشتركة وعدم الخلط بين البيانات التي يراد جمعها كأن يتم تجميع فئات الأسئلة وفق ما يلي:
- البنود المباشرة مقابل البنود غير المباشرة، أو التطرق غير المباشر للسمة المقصودة.

الجدول ١١: مثال حول البنود المباشرة وغير المباشرة

بنود مباشرة	بنود غير مباشرة
هل تفكر بالانتحار؟	أتفكر أحيانا أن الموت أفضل من الحياة.
هل أنت خائف؟	هل تكون مرتبكا عندما تسير وحدك في الشارع ليلاً؟

- الصياغة الافتراضية مقابل الصياغة المتمحورة حول بيانات الحياة للبنود biography oriented Formulation

ومن الأمثلة على الأسئلة الافتراضية: لو كنت مديراً ما أول شيء تفعله؟ لو ربحت الجائزة الكبرى فكيف ستصرف؟ لو طردت من وظيفتك الحالية، ما نوع العمل الذي ستقوم به؟ تصور أن المشكلات تكررت بيتك ما الذي تفعله عندئذ؟
ومن الأمثلة على الأسئلة المتمحورة حول بيانات الحياة: ماهي الفرص التي حصلت عليها، ما هي الأعمال التي قمت بها؟ كيف تصرفت في أثناء المواجهة الأخيرة مع زوجتك؟ والأسئلة المتمحورة حول البيانات تكون موثوقة أكثر، إلا أنه لا بد هنا من أخذ عناصر الموقف بعين الاعتبار.

-الأسئلة الملموسة (المحددة) مقابل الأسئلة المجردة: وتعلق الأسئلة الملموسة بالعوامل الوظيفية؛ (مثال عن الأسئلة المحددة: كيف تتصرف لو كان عليك فض خلاف بين زميلين؟)، (مثال للأسئلة المجردة: كم تقييم مدى الضغط الناتج عن

العَمَل في بيئة عمل مشحونة بالصراعات؟). وفي هذا النوع من الأسئلة المجردة هناك خطأ التقدير الخاطئ.

- الأسئلة الشخصية مقابل الأسئلة غير الشخصية:

ومن الأمثلة على السؤال الشخصي: أستخدمين وسائل منع الحمل؟

ومن الأمثلة على السؤال غير الشخصي: هل ينبغي للإنسان استخدام وسائل

منع الحمل؟.

وعلى الرغم من أن الأسئلة الشخصية تعطي معلومات أكثر دقة أو موثوقة أكثر إلا أنه يجب الانتباه إلى إمكانية خرق الخصوصية الشخصية، أما الأسئلة غير الشخصية فإنها تتضمن خطر أن تكون الإجابات عامة ومن ثم لا تكون ذات فائدة أو قدرة تنبؤية.

-التصنيف حسب نوعية المثير: أي شدة الاستجابات الانفعالية التي يفترض أن تستثار لدى المشاركين بالاختبار.

٢,٥,٢ الفهم اللغوي

ينبغي أن تكون الصياغة اللغوية للبنود واضحة ومحددة ليتم فهمها من

الناحية اللغوية بشكل صحيح. ومن النصائح التي يمكن تقديمها في هذا الإطار:

(١) الصياغات الإيجابية للبنود، أفضل من الصياغات السلبية: فالمفحوصون يجيبون عن البنود ذات الصياغة السلبية بـ "لا" وإذا تمت إعادة صياغة البند بشكل عكسي فتكون نسبة من يجيبون بنعم "أقل"، مع أن المفترض أن تكون النسبة واحدة. لذلك ينصح بأن يتم صياغة البنود بصورة إيجابية وتجنب الصياغة السلبية، كما ينبغي تجنب نفي النفي (مثال: هل أنت لست كثير الكلام؟، هل لا تعد نفسك شخصاً غير عصبي؟)

(٢) تجنب الجمل المعقدة

(٣) تجنب المصطلحات التخصصية، فهي غير مفهومة من العامة؛ يجب صياغة البنود بشكل يتناسب مع العينة الهدف التي يتوجه لها الاختبار، من حيث المستوى والمرحلة العمرية.

- (٤) تجنب الأسئلة المسهبة أو المتكلفة والاختصارات
- (٥) تجنب ذكر الشدة أو التكرار، لأنها تؤثر بشكل مريب في خيارات الإجابة (مثال ذلك أنام وقتاً كافياً أغلب الأوقات)، مع الأخذ بعين الاعتبار أن الأسئلة الإكلينيكية تشكل استثناء من هذا لأنها تسأل عن الأعراض النادرة بالأساس.

٢,٥,٣ وضوح محتوى البنود

بالإضافة إلى الصياغة اللغوية للبنود ينبغي أن يكون محتوى البند واضحاً ويمكن الاسترشاد بالإرشادات التالية:

- تجنب التعبيرات العامة مثل "دائماً، أو "لا مرة"، أو "كل"
- وضح المفاهيم قبل طرح السؤال أو الأسئلة في حال الضرورة.
- تجنب البنود ذات المعنى المزدوج، إذ لا يجوز أن يتم تفسير البند بطريقتين مختلفتين أو أكثر.
- تجنب البنود ذات العبارات المزدوجة فهذا لا يوضح فيما إذا كانت الإجابة تعني الجزء الأول أم الثاني (مثال: يتعكر مزاجي وأتوتر عندما أفكر بالامتحان).
- ينبغي للإجابة ألا تكون مرتبطة بالمعرفة القبلية المختلفة
- ضع تعاريف واضحة لناظرة الزمن. (الأسبوع الماضي) (الشهر الماضي... الخ)
- تحديد واضح الاتجاه لأقطاب البنود. (مثال: أنا متفائل، أنا متشائم... الخ، بدلاً من أنا متفائل قليلاً)، (تضايقتني نظرة الناس إليّ، بدلاً من تضايقتني نظرة الناس إليّ كثيراً)، إذ لا بد من التمكن من تحديد فيما إذا كانت الإجابة المؤيدة أو الراضية تفسر بمعنى الدرجة العالية أو المنخفضة من وضوح البناء المعنيّ.

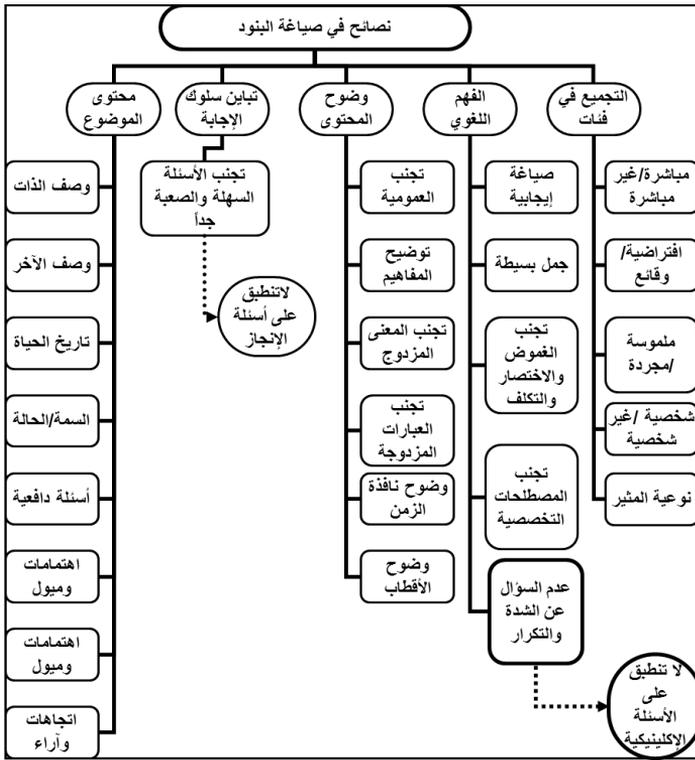
٢,٥,٤ تباين محتوى الإجابة

من المهم أن تستثير البنود المختلفة إجابات مختلفة بالفعل لدى الأفراد المختلفين، لهذا لا بد من انتقاء البنود بحيث يظهر الأشخاص الذين يمتلكون درجات مختلفة من السمة احتمالات تأييد أو حل مختلفة أيضاً. لهذا ينبغي تجنب الأسئلة السهلة "جداً" التي يجيب عنها الجميع بسهولة أو لا يؤيدها الناس والأسئلة

الفصل الثالث

تصميم الاختبارات النفسية

الصعبة "جدا"، التي لا يجيب عنها أحد أو التي يكون من الصعب تأييدها. وتشكل اختبارات الإنجاز استثناء من هذا حيث ينبغي أن تتضمن أسئلة عن درجات مختلفّة من الصعوبة ليتمّ التمكن من التمييز بين مجال السمات الأعلى والأدنى. كما تمثل الأسئلة المتعلّقة ببعض السمات النادرة الظهور في الاختبارات الإكلينيكية استثناء أيضاً، مثال ذلك: "كثيراً ما أفكر بالانتحار" أو "تراودني كثيراً أفكار بالانتحار"؛ بهدف التمييز بين المكتئبين وغير المكتئبين.



الشكل ٢٩: نصائح يجب مراعاتها عند صياغة بنود الاستبيانات
إطاراً: ١٤: حكم استبيانية

APHORISMS FOR A QUESTIONNAIRE
KEEP IT SIMPLE.
ONE THING AT A TIME.
LITTLE WORDS WORK BEST.
TWO LINES ARE TOO MANY.
LONG IS WRONG
WHEN IN DOUBT, LEAVE IT OUT.
REASONS FOR ASKING AREN'T REASONS FOR ANSWERING.
BY BEN WRIGHT, IN: RASCH TRANSACTIONS.

حكم للاستبيانية
اجعله بسيطاً
أمر واحد في كل مرة
الكلمات القليلة هي الأفضل
سطران، يكونان زيادة،
السؤال الطويل خطأ
عند الشك أتركه

٢,٥,٥ التقييم وفق محتويات المهمة المطروحة

يقود الخلط بين بُنود من فئات مُخْتَلِفة إلى تزييف طرائقي، لهذا ينبغي أن يَتَمَّ تَقْسِيمُ الأَسْئَلَةِ حسب الفئات المشتركة وعدم الخلط بينها:

- أَسْئَلَةُ حَوْلَ وَصْفِ اللِّدَاتِ: "أنا شخص مرح".
- أَسْئَلَةُ وَصْفِ الأَخر: "أصديقائي يُعَدُّونني شخصاً مرحاً".
- حقائق أو وقائع بيوغرافية: "غالباً ما قمت بمغامرات في الإجازة".
- وَصْفِ السِّمَةِ والحَالَةِ "أعتبر نَفْسِي شخصاً عفويّاً".
- أَسْئَلَةُ دافِعِيَّة: "لدي تفضيل خاصّ للمهام الصعبة".
- أَسْئَلَةُ للرغبات والاهتمامات: "أحب مشاهدة البرامج العِلْمِيَّة".
- أَسْئَلَةُ للاتجاهات والآراء: "في الحياة ما هو أهم من النجاح المهني".

٢,٥,٦ مظاهر أخرى

حدائثة البنود: ينبغي صياغة البنود بحيث لا تزول حدائتها بسرعة.

التقييمات: تعد الأسئلة التي تتضمن تقييمات إشكالية؛ مثال: لماذا من الأفضل التبرع بالمال للجمعيات الخيرية بدلاً من إعطائها لمتسول؟. كما ينبغي انتقاء البنود بشكل لا يتعارض أو يتداخل فيه سلوك الإجابة المطلوب مع انفعالات خارجة عن سياق البناء المنوي قياسه. وينبغي في مقياس التقدير التأكد من أنه يجاب عن كلِّ بُنْدٍ بالصيغة الموحدة المعطاة فيما يتعلق بالموافقة أو التكرار أو الانطباق بشكل ثابت. بالإضافة إلى تجنب الأسئلة الإيحائية (راجع صفحة ١٦٥).

٢,٦ وضع نسخة مؤقتة من الاختبار

ويشتمل وضع النسخة المؤقتة للاختبار على الخطوات التالية

٢,٦,١ تسلسل ترتيب البنود

في اختبارات الإنجاز يتم وضع البنود السهلة في البداية مع تجنب أثر التجديد، أي ينبغي ألا يكون بين تسلسل البنود أي علاقة منطقية، ولا ترتبط إجابة

السؤال بالسؤال الذي قبله أو بعده. كما ينبغي تجنب تأثير الاتساق Consistency Effect، الذي ينشأ عندما يعطي المَفحُوص إجابات "منسجمة" عن البنود التي يعتقد أنها تقيس نفس السمة أي أن التسلسل ينبغي أن يكون عشوائياً.

٢,٦,٢ التعلّيمات والوضوح layout

ينبغي للتعلّيمات أن تكون واضحة تحدد بدقة ما هو مَطْلُوب من المَفحُوص، وأن توقظ الدافعية والتعاون لديه. وأن يَتِمَّ الرجاء بإعطاء إجابات عفوية وحقيقية و عدم ترك أي بند من دون إجابة. والإشارة إلى حماية البيانات والاهتمام بقياس البيانات الإجتماعية اللازمة فقط وأن تكون الطباعة واضحة ومقروءة.

٢,٦,٣ تركيب أو تشكيل أو بناء الاختبار

هناك شروط أخرى مهمة لبناء الاختبار أو الاختبار الفرعي، والتي يمكن فَحصها بعد تجريب النسخة المؤقتة؛ إذ ينبغي أن تُمكن صياغة البنود وعددها إجراء قياس موثوق. أي تتم صياغة بُنود الاختبار بشكلٍ تُتيح قياس كل سمة بصورة مناسبة إذا كان الاختبار متعدد السمات أو الأبعاد. ومن هنا فلا بدُّ له أن يتح إمكانية القياس وحيد البعد للسمة (لكل سمة على حدة). ولابد أن يتضمن مهمات مُختلِفة الصعوبة لقياس الكثير من درجات وضوح السمة، وهو ما يُسمّى قياس حدة الفصل، أي على البنود أن تميز بين الأشخاص ذوي الدرّجة المنخفضة من السمة والدرّجة المرتفعة منها. وأخيراً لابد من صياغة خطوط موجهة أو تعلّيمات واضحة للتطبيق، والتّقويم والتفسير وضمان الموضوعية (التوثيق).

٢,٧ تجريب النسخة المؤقتة

الهدف من تجريب النسخة المؤقتة هو تحديد البنود التي تستوفي مطالب البناء، والبنود التي لا تستوفي مطالب البناء واستبعادها، وتلقي أسئلة واستفسارات المَفحُوصين بعد الانتهاء من الإجابة والقيام باستقصاء (استجواب debriefing) المَفحُوصين على شكل مُقابِلة حول البنود أي طرح أسئلة استفهام استرجاعية retrospective بعد الانتهاء من الإجابة، وينبغي هنا القيام بتنظيم أو ضبط السلوك

مِنْ خِلالِ الطَّلَبِ مِنْ مَرَاقِبِ ثَلَاثِ مَرَاقِبَةِ سُلُوكِ التَّطْبِيقِ. وَإِجْرَاءِ اخْتِبَارٍ قَبْلِي مَعْرِيفِيٍّ أَيْ إِتَاحَةِ الْفُرْصَةِ لِلْمَفْحُوصِينَ لِيَفْكَرُوا بِصَوْتِ مَسْمُوعٍ فِي أَثْنَاءِ الْإِجَابَةِ عَنِ بُنُودِ الْاِخْتِبَارِ.

الجدول ١٢: إرشادات لتقييم جودة قيم الأدوات التشخيصية النفسية

الاعتماد	الاختصار	منخفض	متوسط	عال
الثبات	α, r_{tt}	$<0.80^*$	0.80-0.90	>0.90
الصعوبة	P	>0.80	0.80-0.20	<0.20
حدة الفصل، مصححة	r_{itc}	>0.30	0.30-0.50	>0.50
الارتباط لتحديد الصدق	R	<0.40	0.40-0.60	>0.60

❖ يمكن تقويم الثبات بين 0.70 و 0.80 أنه "مقبول" إذا كان هناك مبرر مضموني إضافي لهذا التقييم.

الجدول ١٣: إرشادات لحساب حدود الثقة وقيم (زد z المطابقة)

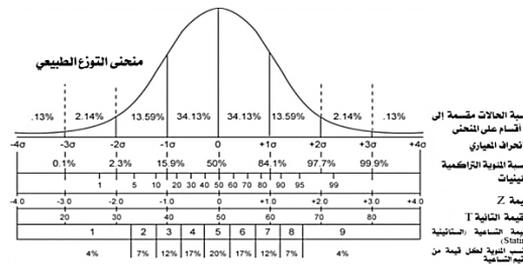
قيم Z جانب واحد	قيم Z جانبيين
99%	2.33
95%	1.64
90%	1.28
80%	0.84

z-Transformation
 $IQ=100+15z$
 $C=5+2z$

$Z=100+10z$
 $T=50+10z$
 $Statine=5+2z$

الجدول ١٤: إرشادات أدق لتفسير معاملات الارتباط

0	من 0 حتى <0.20	من 0.20 حتى <0.40	من 0.40 حتى <0.60	من 0.60 حتى <0.80	من 0.80 حتى <1	1
لا يوجد	ضعيف جدا	ضعيف	متوسط	قوي	قوي جدا	تام



الشكل ٣٠: منحنى التوزيع الطبيعي وبعض التحويلات المعيارية

الفصل الرابع طرق الحصول على المعلومات التشخيصية

١. مقدمة

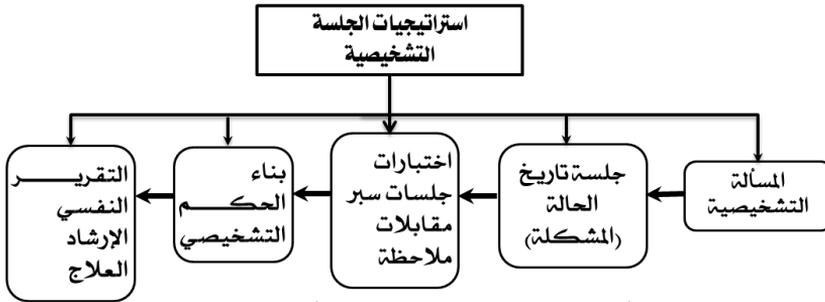
يراجع شخص ما المتخصص النفسي أو يتم تحويله إليه بهدف إجراء تشخيص نفسي يتعلق بمسألة ما من المسائل النفسية التي تهم المراجع أو الجهة المحولة والتي تطلق عليها تسمية الجهة صاحبة التكليف، فيعمل المتخصص النفسي عبر ما يُسمى بالجلسة التشخيصية على الحصول على المعلومات التشخيصية ذات الصلة بالنسبة للمسألة المطروحة باستخدام طرق أو أدوات مختلفة، منها طرق القياس السيكومتري التي تم التعرض لها في الفصل الثالث والتي تعد ركناً أساسياً لا يمكن الاستغناء عنه في الحصول على المعلومات التشخيصية. إلا أن التشخيص النفسي، والإكلينيكي منه بشكل خاص لا يقتصر على هذه الأدوات وحدها وإنما يستخدم أدوات وطرق أخرى متنوعة تطلق عليها تسميات مختلفة كالسبر وتاريخ الحالة أو التاريخ المرضي وملاحظة السلوك والمقابلات (Amelang, 2006). وسيركز هذا الفصل على السبر وتاريخ الحالة وملاحظة السلوك، والمقابلات، حيث تمت الإشارة في الفصل الثالث إلى المقاييس النفسية.

٢. الجلسة التشخيصية

الجلسة التشخيصية هي أسلوب أو طريقة لجمع المعلومات يتم فيها ومن خلال المقابلة بين الشخص والمراجع تحفيز المراجع عن طريق أسئلة هادفة على إعطاء بيانات حول نفسه. وهذا يعني أن هذه الجلسة والتي يصف من خلالها المفحوص مشكلته الفردية تعتمد على السؤال أو الاستفسار. و"الاستفسار" مفهوم شامل يشتمل كل الطرق التشخيصية لجمع

المعلومات، فهو المفهوم العام للسوابق أو لتاريخ المرض anamnesis وللسبر Exploration أو للمقابلة Interview أو للجلسة القائمة على القرار. وهذه الأشكال لا يمكن فصلها عن بعضها بشكل كامل دائماً، فالاستفسار يشتمل بشكل عام على هذه الجوانب كلها.

وفي المحيط الناطق بالألمانية يتم التفريق بين هذه المفاهيم كما سنرى أما في المحيط الناطق بالإنجليزية فلا يتم التفريق بينها وتجمع كلها تحت مصطلح المقابلة Interview. والتفريق بين هذه الأشكال يتعلق بالمسألة المطروحة على التشخيص وبالمعلومات التي يسعى الشخص للحصول عليها. ومن هنا يمكن إدراج كل الأشكال السابقة تحت عنوان المقابلة أو الجلسة التشخيصية: سواء كانت لأغراض السيرة الذاتية أم السبر أم المتابعة أم التشخيص الإكلينيكي. ومن هذه الناحية تلعب المقابلة التشخيصية النفسية دوراً كبيراً في التشخيص النفسي الإكلينيكي (Rentsch & Schütz, 2009).



الشكل ٣١: تسلسل خطوات الجلسات التشخيصية

٢,١ التاريخ المرضي

يعني التاريخ المرضي أو السوابق المرضية أو تاريخ الحالة anamnesis^{١٤٠} تذكّر السوابق، وهو يستند إلى عملية الحصول على البيانات وعلى النتيجة النهائية لهذه العملية. ويرى جزء كبير من محاولات التعريف الطبي "السوابق anamnesis" على أنها التاريخ السابق للمرض، أي ظهور وتعاقب علامات المرض ووجود الظروف المسببة الممكنة. وقد تم توسيع هذا المفهوم في علم النفس إلى أبعد من مجرد التاريخ المرضي ليشتمل توضيح الوضع الحياتي ككل للمراجع؛ المرضي وغير المرضي في الماضي والحاضر، والذي قد يكون على درجة من الأهمية بالنسبة إلى التصنيف التشخيصي والدلائل العلاجية والتخطيط للعلاج. وتطلق عليه في علم النفس تسمية دراسة الحالة أو بيانات تاريخ الحالة (السيرّة الذاتية) Biographical Data. ويتم الحصول على هذه البيانات من الشخص نفسه أو من شخص آخر (كالأقارب والأهل وغيرهم) أو من الوثائق الرسمية الصحية والمدريّة وغيرها. ويسأل تاريخ الحالة عن الوقائع والحقائق في حياة الشخص وتوجد عدة طرق للحصول على السوابق المرضية وتاريخ الحالة منها الإستفسار عن المجالات التالية من الموضوعات على سبيل المثال:

السبب الراهن للمراجعة أو لتطور السلوك المشكل: ما الذي قاد المراجع إلي؟
والسؤال عن الشكاوى والإضطرابات والأمراض الأخرى: مما يشكو المراجع؟ والسؤال عن الوضع الأسري والمحيط الاجتماعي الاقتصادي وعن الحمل، والولادة والنمو الطفولي المبكر و نمط التربية الوالديّة و مجال الاتصال ووقت الفراغ ومجال المدرسة والإنجاز والمجال الجنسيّ النفسّي...الخ. ويُقدّم الشكل ٣١ صفحة ١٤٠ تلخيصاً لإطار الموضوعات التي يتناولها الإستفسار.

^{١٤٠} مصطلح إغريقي يعني: التذكر، الاستدعاء، الذكر. وهناك مفهوم آخر يُستخدَم للتعبير Catamnesis وهو متابعة التغيرات بعد العلاج والتأكد من استقرارها واستمراريتها.

وفي حال مسح التاريخ المرضي عند الراشدين عموماً والأطفال بشكل خاص ينبغي الأخذ بعين الاعتبار احتمال عدم دقة البيانات التي يحصل عليها الشخص بسبب إخفاء الطفل أو الوالدين أو الأقارب هذه الأمراض، حيث تعد عيباً أو نقصاً ينبغي عدم الحديث عنه. وعلى الشخص أن يكون حذقاً في استخلاص الصحيح من المعلومات. وغالباً ما يتم استنتاج التشكيلات الصراعية (صراعات البنت - الأم على سبيل المثال) لاحقاً بعد جلسات عديدة، فهذه التشكيلات لا تظهر منذ اللحظة الأولى وتحتاج إلى الصبر والحس المهني في سبرها واستقصائها.

٢,١,١ صلاحية بيانات تاريخ الحياة

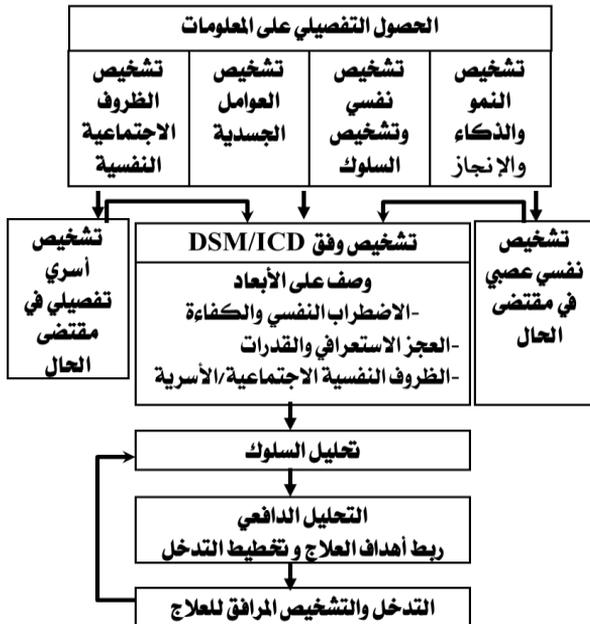
ما مدى دقة وصدق وأهميَّة البيانات التي يتم الحصول عليها من تاريخ الحالة فيما يتعلق بوضع الحالة ووضع المشكلة؟ تتعلق الموضوعية بمقدار كبير بمدى بنويَّة الأداة، أي بمقدار دقة بناء الأداة المستخدمة وبالالاتجاه المدرسي الأساسي للشخص، أي فيما إذا كان يعمل سلوكياً أم بأحد الاتجاهات النفسية الديناميكية كالتحليل النفسي، أو علم نفس الأعماق... الخ، وما يرتبط بذلك من البيانات التي يعدها الشخص مهمة بالنسبة له.

الجدول ١٥: المواضيع التي يتم سبرها وإطارها الزمني

إطار المواضيع التي يتم سبرها (ما الذي نسأل عنه ونجمع معلومات عنه)				
حول المشكلة	حول المراجع	حول البيئة الشخصية	حول البيئة المادية	
استرجاعية (في الماضي) Retrospective	نموه حتى الآن	نمو الارتباط، العلاقات الاجتماعية، الراهنة حتى الآن	الوضع المادي للشخص، للأسرة، المؤسسات... الخ	
في الوقت الراهن actual	سمات الشخصية، الإنجاز، الوضع الجسدي، الأعراض	الأطر المرجعية الأسرية الراهنة و خارج الأسرية	الوضع المادي للأسرة، المؤسسات	

التغيرات القادمة	التغيرات القادمة أو المتوقعة	التوقعات، الرغبات، تصورات المستقبل	الفحص والمخاطر	مستقبلاً Prospective
------------------	------------------------------	------------------------------------	----------------	----------------------

وهناك مجموعة من العوامل التي تؤثر على الموضوعية؛ إذ يُمكن لأنماط سلوك المقابل interviewer - أي الشخص الذي يجري المقابلة -، كهبز الرأس، الصمت... الخ، أن تؤثر على الاستفسار، أي على كثرة الحديث ومدته... الخ، في المقابلات الشفوية بشكل خاص. أو أن يميل المقابل إلى صبغ كل شيء بالصيغة المرضية (الباثولوجية المرضية - الإكلينيكية)، أي الميل إلى تفسير كل معلومة يتم تقديمها من الزاوية المرضية وتفسيرها على أنها إشارة أو علامة مرضية. وهو ما تطلق عليه القاعدة المرضية أو الأساس المرضي بالنسبة للمراجع Pathological Basis Client. كما يُمكن أن يقوم القائم على المقابلة بعملية تصفية (مراقبة censor) لبيانات تاريخ الحياة عند المراجع، وهو اتجاه قد يكون شعورياً أو لا شعورياً



الشكل ٣٢: التشخيص الشامل وعناصره: السيرة المرضية واستقصاء (سبر) الوالدين و الطفل/ اليافع

للمشخص حول الكيفية التي على الفحوص الإجابة فيها ويظهر هذا الميل كذلك حتى عندما تكون الإجراءات مبينة بشدة. كما يتأثر الحصول على البيانات بالتصورات المرضية لدى الفاحص، أي بالتصور الذي يمتلكه الفاحص حول المرض وأسبابه، كالتصور البيولوجي أو النفسي أو الاجتماعي أو التصور السلوكي أو الدافعي.. الخ،

وهو تصوّر مُرتبّطٌ بالاتجاهِ المدرّسيّ للفاحصِ على أية حال.

ويمكن تحقيق موضوعيّة الاستفسار من خلال استخدام استبيانات مُختلفة لتاريخ الحالة، ذلك أن الأمر يتعلق هنا بالسؤال عن وقائع مثل استخدام صفحة البيانات النفسية Psychological Data Sheet لكarr أو استبيان تاريخ الحياة للازاروس الذي يرجع إلى عام (١٩٧٣) على سبيل المثال. ومن حسنات استخدام هذا الشكل من الاستبيانات استكمال المعلومات التي قد لا يتطرق لها المشخص في الاستفسار ويشعر المراجع بأنه أكثر حرية ويأخذ وقته في الإجابة عن الأسئلة بالإضافة إلى أنه لا تتدخل هنا توقعات المشخص كعامل مؤثر في مجرى الاستفسار وطريقته.

وتظهر هذه المشكّلة بشكل أوضح فيما يتعلق باستقصاء البيانات المتعلقة بالأطفال من الوالدين. والسؤال المطروح هنا: إلى أي مدى تكون بيانات الوالدين موثوقة؟ تظهر الدراسات حول مدى دقة بيانات الوالدين فيما يتعلق بتاريخ الحياة والنمو والذكاء والإنجاز المدرسيّ وسمات الشخصية والانحرافات السلوكية بأن معلومات الوالدين تشكل مصدراً مهماً للبيانات إلا أنها لا تشكل أبداً المصدر الوحيد. أما البيانات الموثوقة إلى حد ما فهي التي تتعلق بالوقائع حول النمو حتى الآن ووصف أنماط السلوك الملموسة. وتنعكس الخبرات الذاتية للوالدين في البيانات حول شخصية وحالة الطفل، ومن هنا فإن هذه البيانات تؤخذ بحذر. وهناك شك في البيانات حول السلوك أو التصرف الطفلي.

ويُقدّم الجدول ١٦ عرضاً مبسطاً للعناصر التي يمكن الاسترشاد بها في سبر

التاريخ المرضي:

الجدول ١٦: تصويرة مبسطة لتاريخ الحياة في الممارسة العملية (ريمشميدت Remschmidt)

أسلوب القبول
اليوم، الساعة، المرافقة، الطبيب المحول، سبب التحويل، أسلوب الإدخال (في مقتضى الحال الإشارة إلى قانون الإلحاق)، وربما ملاحظة السلوك في قسم القبول
تاريخ الحياة
١) التاريخ الأسري:

معلومات حول الأقارب (الجد والجدة، والوالدين، الإخوة... الخ)، وتتضمن: السن، الأمراض (التشوهات، الأمراض المزمنة، الأمراض النفسانية، الإقامة في المستشفى)، المهنة الحالية. شخصية وتطور الوالدين والإخوة وتركيبية الإخوة، الوضع الاجتماعي والاقتصادي للوالدين، انطباع حديث الوالدين أو المتحدث.

٢) التاريخ الشخصي:

النمو المبكر: مجرى الحمل، الولادة، تكرار الولادات، النمو في سن الرضاعة و في سن الطفولة الأولى، النمو في سن ما قبل المدرسة، الأعراض الإنذارية. المدرسة والمهنة: الدخول إلى المدرسة، مستوى التعليم والتخصيل، المخططات المهنية، التأهيل المهني... الخ.

الجنوسة: مستوى النمو الجنسي، الاتجاه من الجنوسة، الفعاليات الجنسية.

الأمراض الباكورة: البدء، الإجراءات، المجرى.

الوضع الاجتماعي: علاقات الصداقة، الوضع الاجتماعي في مجموعات الأتراب، التفاعلات والنشاطات خارج الأسرة، الشذوذات الاجتماعية، نشاطات وقت الفراغ.

الشخصية الأولية، الهويات والاهتمامات.

المرفهات (المكيفات) والعقاقير والأدوية: قهوة، نيكوتين، كحول، مدمنات وأدوية (تذكر هنا حسب النوع والجرعة وفواصل ومدة تناول).

ديناميكية الأسرة: علاقات المريض بأفراد الأسرة الآخرين، التفاعل والنشاطات داخل الأسرة.

الأعراض الراهنة: البدء، السياق الموقفي، الشدة، الإجراءات، المجرى.

أسئلة تأكيد

لامعاوضة (قصور قلبي: عسر تنفس، تریل edema

الشهية: اشمئزاز من أطعمة معينة، ضعف القدرة على تحمل الأطعمة.

إقياء، غثيان، عطش، تبول، تغوط، فقدان الوزن، نوم.

التناول المنتظم للأدوية: التحمل، سوء الاستخدام.

٢,٢. السبر Exploration

السبر أو الاستقصاء^{٣٠} هو عملية تهدف إلى فحص (تشخيص) "المحيط

الحياتي الذاتي أو الشخصي" للمفحوص (الخبرة، الانفعالات، الحالة النفسية).

وهو مفهوم من اللغة التخصصية الطبية لمسح الظواهر النفسية المرضية بواسطة

^{٣٠} مصطلح لا تيني ويعني الفحص، الاستطلاع، الاستكشاف، التقصي، البحث عن حقيقة الأمر

سؤال المريض. وقد تم نقل هذا المفهوم إلى علم النفس واستخدام بمعنى الحصول على الحوادث النفسية الطبيعية بواسطة الاستفسار أو سؤال المريض. يهتم الاستقصاء أو السبر الراهن بشكل عام بنوع الاضطراب النفسي والانتباه والذاكرة والتفكير والمزاج والدافعية، إنه فحوص للوظائف النفسية لا يهتم بتحديد الوقائع والبيانات، بل بكيفية عمل الوظائف النفسية عند المراجع، من تفكير وإدراك ومعالجة معلومات وتركيز وإحساس ومشاعر وتقييمات... الخ. ويتطلب السبر مهارة كبيرة وإحساساً مرهفاً ولا بد أن يتلاءم مع تفرد الشخص وأسرته بحيث ينشأ جو من الثقة. ولا بد للسبر من أن يكون جلسة مُدارة بمهارة من أجل استنتاج الأسئلة المتعلقة بالوظائف النفسية المنفردة بشكل غير مُفهِم للنظر قدر الإمكان. وهنا من المهم أن يتم استنتاج الوظائف النفسية الطبيعية والمضطربة على حد سواء. وهذا يعني أنه بين السلوك الطبيعي والمرضي يوجد فرق أقرب للكمي منه للنوعي.

٢,٢,١ السبر لدى الأطفال

يعد السبر أو الاستقصاء لدى الأطفال على درجة كبيرة من الأهمية ويتطلب خبرة لدى الشخص ومعرفة بعلم نفس النمو ونظريات النمو العقلي. ويُعد السبر من منظور الطفل مهماً لأن التقديرات الطفلية لبيئة التربية والتفاعل مع القائمين على تربيته تختلف عن تقديرات المربين أنفسهم. ويعتمد السبر فيما يتعلق بالمنظور الطفلي على سمات النمو والإنجاز والشخصية أكثر من غيرها من السمات. وعلى الشخص هنا أن يأخذ بعين الاعتبار الخصائص التالية:

نمو الذاكرة المتعلقة بالسير الذاتية: منذ سن الثالثة تقريباً من الممكن للطفل أن يُقدِّم تقريراً عن الأحداث التي شاهدها أو عايشها (Roebers & Elischberger, 2002).

نظرية العقل Mind Theory: هي نظرية عقلية من علم نفس الحياة اليومية لتفسير السلوك الإنساني، تتعلق باستنتاج وتقدير الحالات العقلية مثل الاعتقاد، والرغبات، والنوايا والانفعالات، والمقاصد والعواطف والتخيلات ... الخ عند

الأشخاص الآخرين وفصلها عن الحالة العقلية عند الطفل، ففي عُمر الثالثة تبدأ نظرية العقل بالنمو، ويصبح الطفل في عُمر الخامسة قادراً على الحكم على سببية سلاسل التفاعل، وفي سن اليفوع تصل نظرية العقل والمعرفة الاجتماعية إلى مستوى نمو الراشدين، فيصبح قادراً على تخزين المعرفة الاجتماعية في شكل فئة من الأحداث الاجتماعية النمطية؛ مثال: (مخطط "احتفالات أعياد الميلاد)

قابلية الأطفال للإيحاء: يكون الأطفال أكثر قابلية للإيحاء من غيرهم بسبب مستوى نموهم المعرفي ونظرية العقل والذاكرة والقدرات اللغوية والتفاعل الاجتماعي (Sturzbecher et al., 2001). وتنتج القابلية للإيحاء من خلال الأسئلة الإيحائية المباشرة وتعزيز سلوك الإجابة المرغوب بها من الوالدين . والقابلية للإيحاء ليست سمة شخصية ثابتة وإنما تتعلق بالعوامل الاجتماعية والمعرفية وتتأثر بالعمر؛ فالأطفال بين ثلاث وأربع سنوات لديهم استعداد كبير، والأطفال تحت سن السابعة من العمر أكثر استعداداً للإيحاء من الأطفال الأكبر، ومنذ العاشرة تصبح الاستجابة للأسئلة الإيحائية مشابهة للكبار تقريباً. ويُقدّم الإطار (١٥) عرضاً لبعض المظاهر التي يتم سبرها في هذا الإطار:

إطار ١٥: مخطط مبسط لسبر الوضع القائم (الفحص النفسي)

المظهر الخارجي: الطول، الوزن، النضج، العلامات المميزة، الثياب، النظافة .
الاتصال والقدرة على العلاقة: حضور مرافق، التعلق بمرافق (في حال الأطفال)، البدء بالعلاقة مع الفاحص، الألفة، الثقة بالنفس، التعاون .
الانفعالات: المزاج، الوجدان، التعبير الحركي النفسي .
محتويات التفكير: المخاوف، الهومات أو الخيالات، الأحلام، اضطرابات التفكير، مفهوم الذات، الهوية .
الوظائف المعرفية: اضطرابات الانتباه، التوجه، الإدراك، الفهم، الذاكرة، الذكاء العام .
اللغة: السعة، الرتابة، التعبير، الذخيرة اللغوية التعقيد، فهم الكلام، التعابير الإيمائية
الحركة: الدفاع والنشاط، شذوذات جسدية نوعية: كالعرات، والحركات التكرارية، والأتمتات أو الحركات اللاإرادية AUTO MUTILATION
التفاعلات الاجتماعية: الوضع داخل الأسرة، المدرسة، المهنة... الخ

٢،٢،٢. مجرى التشخيص النفسي لدى الأطفال اليافعين

يقسم الفحص النفسي الإكلينيكي عموماً إلى ثلاثة أقسام:

- تاريخ الحالة
- الفحص النفسي الإكلينيكي للمراجع
- مناقشة النتائج

وحسب إشكالية وحجم الفحص اللازم يتم تخصيص ما بين ثلاث إلى خمس جلسات، مدة كل منها ساعة واحدة. ويتم تنظيم مواعيد الجلسات بشكل جلسات فردية منفصلة أو جلسات مجمعة (متصلة) حسب سن الطفل أو اليافع واستعداده للتعاون.

٢,٢,٢,١ تاريخ الحالة

في هذه المرحلة يتم سبر أهم المعلومات مع الوالدين و الطفل (حسب العمر). وعادة ما يحصل هذا في جلسة مفتوحة في جزء منها والجزء الآخر من خلال مقابلة تتضمن أسئلة محددة. وتساعد هنا البيانات التي يتم الحصول عليها حول السيرة الذاتية الفردية للطفل وحول أسرته وأصدقائه ونشاطاته وقت الفراغ وبيئته المدرسية، في تقويم الإشكالية/الدلائل من أجل التوسع بالفحص إلى مجال أوسع قدر الإمكان، والتمكن من اختيار أدوات الفحص.

٢,٢,٢,٢ الفحص/الاختبار النفسي الإكلينيكي

ويتطلب هذا الجزء ما بين ثلاث إلى أربعة وحدات في العادة حسب المسألة أو الإشكالية وتكليف المراجع (الوالدين، الطفل/اليافع) ويتم هنا استخدام الأدوات الملائمة، حسب الإشكالية، فإما أن يتم تطبيق اختبار ذكاء واختبار إنجاز أو اختبار شخصية أو كلها. وإلى جانب تطبيق الاختبارات فإن ملاحظة سلوك الطفل أو اليافع أمر مفيد ويعطي معلومات واسعة. وتدخل ملاحظة السلوك في التقويم الكلي.

٢,٢,٢,٣ مناقشة النتائج

ويمثل هذا الجزء القسم النهائي من الفحص. وإرتباطاً برغبة الوالدين و سن المخصوص يتم مناقشة النتائج مع الأوصياء أو مع الطفل فقط. وتتم مناقشة نتائج

الاختبارات والسلوك بدقة. ويمثل التعاون والتحمل والدافعية ووصف المفحوص لنفسه في أثناء معالجة المهمات المطروحة أهم النتائج وتتم مقارنتها مع ملاحظات الوالدين. وفي الختام يتم تقديم نصائح أخرى.

٢,٣ المقابلة

تُعرَّف المقابلة على أنها تواصل لفظي هادف بين طرفين تحتل فيه جمع المعلومات حوال السلوك والخبرة عند الشخص المسؤول مركز الصدارة. ويجري الحوار بشكل رسمي وفق محكات محددة للحوار.

و يمكن النظر إلى المقابلة من أربع زوايا:

- الحصول على المعلومات من خلال تبادل الحديث بين شخصين على الأقل.
- يسير اتجاه المعلومات بشكل أساسي في اتجاه: من المسؤول إلى السائل.
- تجري بين المسؤول والسائل تفاعلات على مستويات مختلفة: على مستوى نفسي عام، على مستوى نفسي اجتماعي، نفسي تعليمي، نفسي أعماقي.
- يتم تصميم "الحوار" من السائل بحيث يمكن من خلاله الحصول على بيانات أو معلومات تمكن المشخص من إجراء تقويم منطقي.
- والمقابلة التشخيصية لا تهدف إلى توضيح وجهات النظر ولا إلى محاولة إقناع الطرف الآخر بأمر ما ولا إلى تبادل موضوعات تتجاوز الهدف التشخيصي، فالمقابلة من هذه الزاوية ليست جلسة ود وسم، ولا جلسة حوار أو تفاوض.
- وإلى جانب الأسئلة الهادفة جداً فيما يتعلق بالأعراض يمكن للمعالج أن يسأل في الجلسة الأولى عن معلومات عامة تدور حول النقاط التالية:

- ما الذي أتى بك إلي؟
- صف لي طفولتك ويفوعك؟
- حدثني عن شبابك وعملك وتأهيلك وقصة زواجك؟
- من هم الأشخاص الذين كانوا مهمين في حياتك؟ صف لي علاقتهم بك؟

- حدثني عن حياتك الجسدية ومشاعرك فيما يتعلق بالجنس؟
 - صف لي الخبرات الانفعالية التي تعرّضت لها في الفترة الماضية وصف لي ردة فعلك على ذلك؟
 - هل عانيت في السابق من مشكلات انفعالية أيضاً؟
 - هل يوجد في أسرتك سوابق في الأمراض النفسية؟
 - ما هي المواقف التي ترهقك وتحبطك؟ كيف تتورط في مثل هذه المواقف؟
 - إلى أي مدى أضرت أعراضك بحياتك أو أعاقتها؟
 - صف لي مجرى نمودجياً ليوم من أيامك (كيف يسير يومك في العادة)؟
 - ما هي نقاط الضعف والقوة لديك؟
- فما الفرق بين دراسة الحالة والسبر والمقابلة؟ يقدم الإطار رقم (١٦) عرضاً تلخيصياً لأهم الفروق مع الإشارة إلى أن هذا التفريق هو مجرد تفريق توضيحي تتداخل حدوده بشدة.

إطار ١٦: الفرق بين دراسة الحالة والسبر والمقابلة

في الجلسة التشخيصية تتداخل هذه المستويات مع بعضها بحيث يبدو من الصعب عملياً الفصل بينها أثناء الجلسة. غير أنه توجد فروق من الناحية المفاهيمية تفيد المتخصص في التعرف إلى المستوى الذي يتحرك ضمنه، وإعطاء كل جانب من هذه الجوانب حقه في الجلسة التشخيصية:

تشارك السيرة المرضية والسيرة التبعية والاستقصاء والمقابلة مع بعضها بمجموعة من الخصائص منها أنها تتم في شكل حديث متبادل بين طرفين يحدث بينهما التفاعل على مستويات عدة؛ نفسية واجتماعية وتعلمية وأعماقية، كما تشارك مع بعضها بالضبط المنطقي عند التقويم؛ فهي على المستوى العلم النفسي عبارة عن تبادل للمعلومات، وعلى المستوى الاجتماعي تدخل فيها انفعالات التقارب والتباعد أو الود والنفور/SYMPATHY/ANTIPATHY، وعلى المستوى التعليمي تجري فيها عمليات تعزيز سلبى وإيجابي وعلى المستوى الأعماقى عمليات النقل والنقل المعاكس.

تهتم دراسة الحالة بالحصول على بيانات ووقائع ملحوظة كالسن والجنس والتمو والأمراض والأحداث الشخصية وغيرها يتم الحصول عليها سواء من الشخص نفسه أم من أشخاص آخرين أم وثائق رسمية وغير رسمية على حد سواء. أما السبر فيشتمل على الجانب الذاتي للشخص ويتم فيه الحصول على المعلومات حول الجوانب الذاتية للشخص من الشخص نفسه وليس من أطراف أخرى وهو يهتم باستقصاء التصرف أو الأفعال وبالذواضع الكامنة خلفها. إنه فحص أهمية المواقف بالنسبة للشخص وتأثيراتها عليه وإمكانات الشخص في التأثير في المواقف. ويتشابه كلاهما في الاهتمام بشخصية المقخوص ويتطرقان لموضوعات شخصية وحميمية أيضاً. وهما يختلفان عن المقابلة في هذه الناحية حيث تهتم المقابلة بالمعلومات أكثر من اهتمامها بالشخص نفسه. أي أن المقابلة

تركز هنا على الموضوعات الحيادية ولا تتناول موضوعات حميمية .
وتتأثر هذه الأشكال كلها بالاتجاه التشخيصي العلاجي للمشخص بدرجات مختلفة. إذ يغلب على المشخص التحليلي النفسي على سبيل المثال أسلوب الإصغاء الصامت؛ وتحديد العوامل اللاشعورية، في حين يغلب على المشخص المتمركز حول المتعالج أسلوب عكس المشاعر وعدم وضع قيود، بينما يغلب على المتعالج السلوكي الاستعرافي أسلوب الاستفسار الدقيق عن موقف الاضطراب والتطرق المموس للعلاج.

٢,٣,١ تصنيف المقابلات

هناك تصنيفات متعددة للمقابلات نذكر من بينها ثلاثة تصنيفات:

٢,٣,١,١ أولاً: تصنيف المقابلة حسب نوعية التفاعل بين السائل

والمسؤول

يُمكن تصنيف المقابلة حسب نوعية التفاعل الحاصل بين المشخص والمراجع

إلى:

(١) المقابلة اللينة (الخفيفة): ويسود فيها جو من الدفء والانفتاح بحيث

يستطيع المراجع الحديث بحرية وصراحة عن خبراته دون خوف أو قيود داخلية تعيقه عن الانطلاق والمكاشفة.

(٢) المقابلة الحيادية: يتصرف السائل فيها بتحفظ مع ضمان جو من الحرية أو الاستقلالية للمفحوص.

(٣) المقابلة الصلبة أو القاسية: وتتم في هذا النوع من المقابلات استثارة انفتاح ومصارحة المراجع من خلال التشكيك (الزعزعة) والاستفزاز.

٢,٣,١,٢ ثانياً: تصنيف المقابلة حسب درجة بتيوتيتها أو تعييرها

وهو الشكل الغالب في تصنيف المقابلات و يوجد في هذا الجانب عدة أشكال أو

أنواع للمقابلة حسب الغرض منها: الجلسة البنّية مقابل الجلسة نصف البنّية وغير البنّية، والمقابلة المعيرة مقابل المقابلة نصف المعيرة وغير المعيرة.

٢,٣,١,٢,١ المقابلة البنّية مقابل المقابلة غير البنّية

يقصد بالمقابلة البنّية Structured أنها معدة وفق محكات خارجية تُهدَف

أسئلتها إلى التأكد من مدى تحقيق المراجع لهذه المحكات (كالمحكّات التشخيصية

لإضطراب الوسواس القهريّ على سبيل المثال في الـدي أس أم أو الآي سي دي). وفي المقابلة المبنية يكون المضمون و تسلسل الأسئلة وفئات الإجابة وفئات التقويم محددًا بشكلٍ دقيق. ولا يوجد تنوع فرديّ لا لدى السائل ولا لدى المجيب. وهذا الشكل يشبه كثيراً استبيانات الشخصية. وتُصِفُ المقابلة المبنية بمجموعة من الصفات يُمكن تلخيصها بأنها اقتصادية في الاستخدام والتقويم حيث يُمكن مقارنة المعلومات من مقابلات متعددة مع بعضها بسهولة. ومن السهل الحصول فيها على معايير الصلاحية (الموضوعية والثبات والصدق) كما يُمكن ضبط وتخفيض أخطاء نصوص الأسئلة أو الأخطاء الراجعة إلى التقييمات المختلفة للإجابات. أما العيوب فيمكن تلخيصها في أنه من الصعب في المقابلات المبنية تصوير المحيط الحياتي الذاتي للمفحوص بشكلٍ كاف.

وفي المقابلة غير المبنية تكون محتويات وتسلسل الأسئلة مفتوحاً، وكذلك إمكانات الإجابة ونوع التقويم. وتكمن ميزات المقابلات غير المبنية تكمن في الملاءمة الفردية للحوار مع الوضع الفردي للمسؤول. حيث يُمكن تكييف الأسئلة حسب حالة المفحوص ومستواه المعرفي، والتطرق إلى جوانب قد تبرز في أثناء المقابلة. أما عيوبها فتكمن في غياب القابلية للمقارنة مع حوارات أخرى وخطر فقدان معلومات مهمة، لأن المرء نسي التطرق إليها في مجرى الجلسة.

والمقابلة المبنية عموماً ليس بالضرورة أن تكون مُعيّرة، أي أن تتوفر فيها معايير الصلاحية (الصدق والثبات والموضوعية) وكلما كانت المقابلة المبنية أكثر تعبيراً كانت أفضل. وتحقق المقابلات المبنية الثبات حيث تتحدد درجته من خلال ثبات الأحكام المختلفة التي يتوصل إليها أكثر من مشخص وتطلق عليه تسمية ثبات المقابلات inter Rater Reliability (الثبات بين المقابلاتين)، وفيه يتم اختبار مدى التطابق بين المقابلاتين للشخص نفسه في الحصول على المعلومات و تقويمها. أما

الصدق فهو غير محقق في الغالب، فهي تحقق المحكّات التشخيصية المتفق عليها وهذه المحكّات ليس بالضرورة لها أن تكون صادقة (أي أن تكون ممثلة للمجال السلوكي المراد قياسه بالفعل).

الجدول ١٧: مقارنة بين خصائص المقابلات المبنية المختلفة

السمة	غير مبنية	نصف مبنية	مبنية
درجة التعبير	ضئيلة	متوسطة	عالية
مساحة حرية الشخص	كبيرة جدا	متوسطة	ضئيلة
مساحة انفتاح المراجع	كبيرة جدا	كبيرة	ضئيلة
دليل المقابلة	غير موجود	دليل يتضمن الأسئلة الأساسية والثانوية	قائمة كاملة من الأسئلة
نوع الأسئلة	مفتوحة	مفتوحة	مغلقة
التقييم	ليس جزءا من المقابلة	قد يكون جزءا من المقابلة	داخل ضمن المقابلة
المرونة/الجمود	مرنة جدا	معتدلة المرونة	جامدة جدا
النتيجة	عبارات نوعية (وصفية)	عبارات وصفية أو بيانات كمية	تصنيف

٢,٣,١,٢,٢ المقابلة المعيرة مقابل المقابلة غير المعيرة

المقابلة المعيرة هي المقابلة التي تتوفر بالنسبة لها المعايير السيكومترية للقياس، أي الصدق والثبات والموضوعية. ويوجد عدد كبير من المقابلات المعيرة حسب الأهداف: مقابلات الفرز والمقابلات المهنية والتصنيفية (الإكلينيكية).

وتختلف المقابلات المعيرة في سعة المجال السلوكي الذي تستقصي عنه؛

فمنها ما يغطي مجالا سلوكيا محددا ومنها ما يغطي عدة مجالات سلوكية.

وفي الميدان الإكلينيكي يوجد عدد من المقابلات المعيرة التي تهدف إما إلى التصنيف ضمن فئة محددة أو إلى التشخيص الموسع فتغطي عندئذ عدد أكبر من المظاهر التشخيصية من تلك التي تغطيها المقابلات المبنية ومنها ما يشتمل كذلك الموارد

والصراعات والعلاقة عند المَحْضُوص. ويُمْكِن التَّمْيِيز هنا كَذَلِكَ بَيْنَ مُقَابَلَات مُعَيَّرَةٍ بِالكَامِلِ وَمُقَابَلَاتٍ غَيْرِ مُعَيَّرَةٍ. الجدول ١٨ صفحة ١٥٤.

الجدول ١٨: مقارنة بين خصائص المقابلات المعيرة وغير المعيرة

الاستجابة/الإجابة		المعيرة	السؤال التبر (المحفز)
غير المعيرة	المعيرة		
جلسة حوار نصف معير السؤال معير الإجابة غير معيرة	جلسة (حوار) معير السؤال: معير الإجابة: معيرة	المعيرة	
جلسة (حوار) غير معيرة السؤال غير معير الإجابة غير معيرة	جلسة (حوار) نصف معيرة السؤال: غير معير الإجابة: معيرة	غير المعيرة	

٢,٣,١,٣,٢ مقابلة الملاءمة أو المواءمة:

سوف نتناول مقابلة الملاءمة المهنية في الفصل الثاني عشر: تشخيص المواءمة المهنية (راجع صفحة ٤٣٩).

٢,٣,١,٣,٣ المقابلة الأسرية

تعد المقابلة التشخيصية في المسائل الأسرية أهم مصدر من مصادر المعلومات في المسائل الأسرية القانونية. ومن هنا فإن اختيار نوع المقابلة في السياق الأسري مهم وذلك لأن المقابلة تُهَدَف إلى الحصول على المعلومات من ناحية، ومن ناحية أخرى لها وظيفة اجتماعية حيث يحصل المقوم (المشخص) من خلالها على انطباع شخصي عن الأسرة، ومن ناحية ثالثة فإنها تُهَدَف إلى بناء علاقة ثقة صريحة قدر الإمكان، فالمقابلة التشخيصية غالباً ما تكون هي الاحتكاك الأول للمعنيين مع المتخصص النفسي، وهو يُسَاعِد في إطار المقابلة على توضيح وجهات النظر ويقدم معرفته للمعنيين حول عواقب الانفصال والطلاق مثلاً. ومن هذه الزاوية فإنه لا يُنظَر للمقابلة الأسرية على أنها إجراء للحصول على المعلومات فحسب بل هي جزء

من التَدْخُل. ومن أجل تحقيق هَذِهِ الْمَطَالِبِ فَإِنَّهُ يَنْصَحُ فِي الْمُقَابَلَاتِ الْأُسْرِيَّةِ استخدام المقابلاتِ نِصْفِ الْمُعَيَّرَةِ أَوْ غَيْرِ الْمُعَيَّرَةِ.

٢,٣,٢ نوع المقابلة

ما هو نوع المقابلة التي علي استخدامها كمتخصص نفسي؟ يتوقف نوع المقابلة التي يَتِمُّ استخدامها في المجال الإكلينيكيّ أو غيره على عدة عوامل منها الهدف من المقابلة: هل هو تشخيصي أم بحثي؟ ودرجة تعليم المراجع وخصائصه الشخصية والوقت المتوفر للمقابلة. كما أن لكل نوع من المقابلات مزايا وعيوب تتعلق بالثبات وحجم المعلومات التي يَتِمُّ سبرها ومساحة التفسير المتاحة للفاحص، فالمقابلات التي تتمتع بثبات الفاحصين أفضل من المقابلات التي لا تتمتع بمثل هذا الثبات، والمقابلات المبنية والمعيرة تقلل من مساحة المعلومات التي يُمكن الحصول عليها، فلا تسمح بكثير من التنوع في المعلومات. أما المقابلات المعيرة فتقلل من مساحة تفسير البيانات.

و من الجدير بالذكر الإشارة هنا إلى ضرورة الانتباه إلى الاعتبارات السيكومترية المتمثلة في موضوعية وثبات وصدق المقابلات؛ فبما أن المقابلة تتم على شكل لقاء بين طرفين وأن هذا اللقاء يتصف بالتفاعل على مستويات متعددة كما أشرنا، فلا يُمكن استبعاد التأثير الذي يمارسه كل طرف على الآخر، ومن ثم فإن الموضوعية قد لا تتحقق بشكل كامل في الجلسة التشخيصية القائمة على المقابلة. أما فيما يتعلق بالثبات فإن الأمر يتعلق بثلاثة جوانب: الفاحص والمفحوص والأداة. ويُمكن هنا رفع الثبات Reliability increment بعدة طرق:

من الناحية الشكلية يسري:

- المعير أكثر موثوقية من غير المعير.
- أكثر من سؤال حول نفس الموضوع أكثر موثوقية من المعلومات التي يَتِمُّ الحصول عليها من خلال سؤال وحيد.
- الاستقصاء (الاستفسار) المضاعف من نفس الفاحص يعطي نتيجة أكثر ثقة من الاستفسار نفسه من باحثين مختلفين.

- المعلومات العامة أكثر ثقة من البيانات المنفردة.
- من الناحية المضمونية:
- يتم التقرير عن الوقائع بشكل أفضل من الآراء. أي أنه يتم ذكر الأحداث وتاريخها على سبيل المثال بشكل أفضل من التعبير عن الرأي الشخصي.
- يتم الإخبار عن الحاضر بشكل أكثر موثوقية من الماضي
- الأحداث التي تمس المسؤول شخصياً تكون أكثر موثوقية من الموضوعات الحيادية، التي لا علاقة له بها.
- البيانات النوعية أي الوصفية أكثر موثوقية من التكرارات الرقمية في المقابلة. (مثال: أشعر بدرجة كبيرة من الضيق أكثر موثوقية من أشعر بالضيق بمقدار ٤٠٪).
- ويتأثر الصدق بمتغيرين من الصدق:
- الصدق التواصلي Communicative Validity: أي تطابق المحتوى مع الموضوع، أو تطابق محتوى الأسئلة المطروحة مع الموضوع الذي يتم الاستفسار عنه.
- صدق التصرف Action Validity أي العلاقة بين البيانات اللفظية التي يتم ذكرها والسلوك.

٣. ملاحظة السلوك

يُمكن للملاحظة أن تثبت الظروف الموقفية عند الاختيار، فيمكنها أن تدرس على سبيل المثال نوع التعاون، الأعراض الجسدية للتعب أو الضغط أو التفاعل والاستجابات وسرعتها... الخ. كما يُمكن للملاحظة أن تثبت سمات مركبة مهمة للمفحوص. كاستراتيجيات حل المشكلة أو أشكال التعامل الاجتماعي أو الدهاء أو المكر على سبيل المثال.

٣,١ أشكال الملاحظة

وللملاحظة أشكال، يُمكن تصنيفها ضمن الملاحظة بالصدفة أو الملاحظة المنهجية للسلوك. وفي سياق التشخيص النفسي تلعب الملاحظة بالصدفة دائماً دوراً

مرافقاً، وليس أساسياً، وهي تفيد بشكل خاص في الحصول على انطباع عام عن الشخص ومن أجل بناء الفرضيات التي يمكن اختبارها في مجرى الدراسة أو الفحص.

أما في الملاحظة المنهجية للسلوك فيخطط المشخص موقفاً معيّراً، من أجل إيقاظ (استثارة) سلوك مُحدّد. وغالباً ما يتم استخدام شكل مختلط من الملاحظة المنهجية وغير المنهجية. ومثال على هذا دراسة السلوك العدواني لطفل في السادسة من العمر؛ ففي هذا الموقف يمكن للمُشخص استخدام الملاحظة المنهجية المُخطّطة التي تُهدف إلى إيقاظ العدوانية (أخذ لعبة... الخ على سبيل المثال). كما يمكنه أن يلاحظ الطفل عند تنفيذه لبطارية اختبار من أجل استنتاج فيما إذا كانت تظهر لديه ميول عدوانية.

وقبل إجراء الملاحظة لا بد من الإجابة عن الأسئلة التالية:

- ما هو السؤال الذي ستتم الإجابة عنه في الملاحظة؟
- ما هي الشروط (الظروف) التي ستتم الملاحظة ضمنها؟
- هل وصف السلوك يتيح الإجابة عن السؤال (الصدق Validity)؟
- هل وصف السلوك مناسب للسلوك الفعلي (العملانية Practicability)؟
- هل يتفق الملاحظون المختلفون فيما يلاحظونه (الثبات Reliability)؟
- هل السلوك ثابت؟

٣,٢ ميزات وعيوب ملاحظة السلوك في التشخيص

من أهم ميزات الملاحظة أنها تقيس السلوك الواقعي وليس مجرد السلوك اللفظي. كما أنها تقدم فرصة لتقييم السلوك العفوي غير المصنف مسبقاً واستخدامه في التشخيص، وتتيح مراعاة التنوع في المظاهر السلوكية، كما أن المبدأ القائم على دراسة السير الذاتية (البيوغرافي) لا يمكنه الاستغناء عنها. ويعد التدريب على مهارات الملاحظة على درجة عالية من الأهمية بالنسبة للمُشخص لوجود مجموعة من المخاطر المتعلقة بها وهي في الوقت نفسه من الانتقادات الموجهة إليها:

- ذاتية الملاحظات.
 - أخطاء الملاحظة.
 - أخطاء في توثيق أو تسجيل الملاحظات.
 - التكاليف التقنية المرتفعة في التسجيل بالفيديو.
 - التأثير المباشر للملاحظ على المَفحُوص.
 - الاستهلاك التقني الكبير في "الملاحظ المتخفي" (مرآة غير عكوسة -باتجاه واحد).
 - يخضع اختيار وحدات الملاحظة إلى نوع من العشوائية فكل فاحص يُمكنه أن يُعدّ أي مظهر من مظاهر السلوك يستحق الملاحظة.
 - من الصعب تبرير كل التحديد أو الفصل النظري لوحدات السلوك.
 - تزداد القابلية للمقارنة صعوبة عندما لا تكون ملاحظات السلوك مصنفة مسبقاً (معيّرة).
- وفي المجال الإكلينيكي فإن فائدة الملاحظة في التشخيص التصنيفي ضعيفة، إذ يكفي من أجل ذلك إجراء ملاحظة عامة، وفائدتها أكبر في تشخيص التفاعل في المجال الأسري والزواجي. ومن أجل ضبط الملاحظة تتوفر مجموعة من الأدوات كمنظومة التفاعل الزواجي و تحليل بنية العلاقات الإجتماعية، غير أن هذه الأدوات تحتاج لتدريب واسع وتقييمها مكلف.

٣,٣ أخطاء الحكم في الملاحظة

على الرغم من أن الأخطاء التالية تظهر في الملاحظة إلا أنها يُمكن أن تلاحظ كذلك في كل أنواع المواقف التشخيصية والعلاجية والاختبارية الأخرى. لهذا فهي لا تقتصر على موقف الملاحظة وحده إلا إذا أخذنا بعين الاعتبار بأن كل موقف تشخيصي أو علاجي هو موقف ملاحظة بحد ذاته. ويُمكن إجمال الأخطاء على النحو التالي:

- (١) خداعات الحكم؛ وهو الخداع الحسي الناجم عن العين أو الذاكرة.

(٢) تشويه الحكم: نتحدث عن الحكم المشوه عندما يَسْتُخْدِم الملاحظ معياراً متهاوناً مع مَفْحُوص ما ومع آخر يَسْتُخْدِم معياراً متشدداً، مع العلم أن الملاحظ يدرك هذا شعورياً إلى حد ما.

(٣) فشل الحكم: على الرَّغْمِ مِنْ وجود تمايز بَيْنَ دَرَجَاتِ الحُكْمِ، أي توجد فروق بَيْنَ الأفراد بناء على الملاحظة، إلا أنه ولا اعتبارات "استراتيجية" لا يقوم الملاحظ بإعطاء الدَرَجَاتِ حسب الأداء الملحوظ وإنما تَدخُلُ في الأمر اعتبارات أخرى.

(٤) خداعات الإدراك الاجتماعي، وهنا نميز بَيْنَ:

أ - الانطباع الأول: للانطباع الأول تأثير على الملاحظ، ففي العادة يرتبط الانطباع الأول بالإدراك الانتقائي، أي أننا لا ندرك إلا جزءاً مما يدور حولنا مما يقود إلى حُصُولِ أخطاء غير مقصودة في الحكم. ومصدرها هو تلك الإشارات والمثيرات التي ندركها بأنها الأكثر إثارة للانطباع (تأثيراً) والأكثر كثافة، فَيَتِمُّ منح الأشخاص الذين يحملون "سمات شبيهة" بالملاحظ مكافأة تطلق عليها تسمية مكافأة التعاطف، فالأشخاص المتشابهون في السمات يتعاطفون لا شعورياً مع بعضهم أكثر من الأشخاص المتناقضين في السمات.

ب - الإطار المرجعي (المعيار الخاص): يشترط الحكم توفّر مقدار كبير من الموضوعية في التقييم. وهذا يعني عدم تَدخُلِ أحكامنا وقيمنا الخاصة في القرار. غير أنه كثيراً ما يقوم الناس بالحكم على الآخرين بناء على معاييرنا الخاصة أو إطارنا المرجعي الخاص بنا "سمين هو ذلك الشخص الأسمن مني" ويمكن تعميم هذا على طائفة أخرى من التصرفات كنظرتنا للعدوانية وفرط النشاط وغيرها. كما تلعب الخبرة الذاتية مع الموضوع في مجرى الحياة دور نقطة ارتكاز مكتسبة دوراً. مثال ذلك إجراء تقييم لذكاء طفل من قبل مشخصين اثنين؛ الأول يعمل في مركز للإعاقة العقلية والثاني يعمل في مركز المتميزين. الأول يقيم الطفل على أنه ذكي والثاني أنه دون المتوسط في الذكاء. ويعمل استخدام قيم معيارية على تجنب هذه المشكلة.

(٥) الميل للوسطية ("أخطاء النزعة المركزية"): في التقييمات الخطئية أي التي ينبغي للملاحظ فيها إعطاء درجات على متصل ويكون فيها في الوقت نفسه غير متأكد ويخشى من ارتكاب الأخطاء فإنه يميل للوسطية أو إلى "درجة معيارية" في الحكم، تكون فيها التقييمات متقاربة جداً متمركزة حول الوسط مع أنها في الواقع ليست كذلك. والفكرة الأساس هنا: خير الأمور أوسطها أو في الوسط ارتكب أقل قدر ممكن من الأخطاء في التقييم فلا أظلم أحداً.

(٦) أثر الهالة: ويعني حضور Presence "سمة معينة" تستبعد الحضور المصاحب Co-presence لسمة أخرى. وهنا تكون سمة محددة خاصة بالشخص أكثر بروزاً من غيرها فتغطي على كل السمات الأخرى، كما مظهر الخارجي على سبيل المثال أو الظهور الواثق بالنفس أمام لجنة فاحصة أو طريقة استخدام الكلمات والتلاعب بها... الخ فتصيب الحكم "بالعمى". وتطلق عليها أحياناً تسمية "الأخطاء المنطقية". ويرجع هذا الخطأ إلى النظرية الذاتية التي يحملها الملاحظ أو المشخص عن الإنسان عموماً. مثال ذلك الافتراض الخطأ أن الشخص الجانح "غمبي" فحضور هذه السمة الأولى قوية قد يعمي عن النظر إلى أنه ليس بالضرورة أن يترافق الجنوح مع درجات من الإعاقة ذلك أن كلتا سمتين مستقلتين عن بعضهما. وكذلك الاعتقاد بأن كل شخص ذكي يعني أنه إنسان طيب الخلق.

(٧) انطباع الانسجام في تقويم الأشخاص: عندما يكون هناك أكثر من ملاحظ أو فاحص يشعر الشخص أحياناً أنه لا يريد أن يكون مختلفاً عن غيره في حكمه، إذ إن ذلك قد يسبب نوع من التواطؤ اللا شعوري لعزل هذا الشخص واستبعاده، مما قد يثير لديه القلق نتيجة الحاجة الإنسانية اللا شعورية للانتماء. وتدفعنا هذه الحاجة أحياناً لأن نترك الحكم للآخرين، أو نميل لإعطاء أحكام تنسجم مع ما يعطيه الآخرون من أحكام. وتلاحظ هذه الظاهرة كثيراً في الانتقاء المهني والتدريبي والتعليمي وفي تقويم أطروحات الماجستير والدكتوراه. غير

أنها تلاحظ كذلك في إطلاق الأحكام التشخيصية، خاصة تلك التي لا تعتمد على محكات واضحة ومحددة بصورة دقيقة.

(٨) أثر التعاقب: أثر موقف الملاحظة أو التقييم السابق على التالي: ويعني تأثير التشخيص أو الحكم السابق على الحكم الذي يليه مباشرة: مثال ذلك في أحد الاختبارات الشفهية لم يكن أداء أحد الطلاب جيداً، فأعطاه الفاحص صفر من عشرة. ودخل بعده طالب للاختبار وكان أداؤه أسوأ من سابقه أيضاً، فما كان من الفاحص إلا وأن صاح من النافذة: أحمد عد ثانية أنت تستحق واحد من عشرة فهناك طالب "أغبي" منك.

(٩) أثر التضاد: وهو يشبه أثر التعاقب، حيث يتم تحريف الحكم لأن المفحوص السابق يظهر سمة مناقضة للأول. وكما كان التضاد في السمات أقوى كان إدراكه أشد، فيتم على سبيل المثال إدراك الطالب الضعيف بين زملائه الأكثر ضعفاً منه على أنه ذو إنجاز كبير، أما إذا كان الطالب نفسه محاطاً بزملاء ذوي إنجاز عال، فتتم ملاحظة ضعف إنجازهم بشكل أقوى.

(١٠) أثر المزاج السيئ: تؤثر الحالة المزاجية الشخصية على الحكم، فعندما يكون الإنسان في مزاج جيد فإنه يرى الأمور من حوله من خلال "نظارة وردية"؛ أي أنه يدرك العالم بالطريقة التي تجعله يظل محافظاً على مزاجه الطيب، والعكس صحيح في الحالة الأخرى حيث يرى العالم من خلال النظارة السوداء ليبرر لنفسه سبب تعكر مزاجه: "لا يوجد ما يسر القلب". وهنا تعمل حالتنا المزاجية على صبغ أحكامنا بنوع من التساهل أو نوع من التشدد.

(١١) القوالب النمطية الاجتماعية: وهي عبارة عن قوالب مصبوغة إنفعالياً في تصوراتنا، نصنف من خلالها الناس الآخرين. وهي تسبب في العادة الإبراز المبالغ فيه للفروق بين الجماعات المختلفة؛ والمبالغة في التقليل من الفروق داخل الجماعة الخاصة أو إنكارها، فالإنسان على سبيل المثال يرى أن أسرته أو جماعة أصدقائه هم الأكثر انسجاماً والأقل مشكلات، والأسر الأخرى أو جماعات الصداقات الأخرى المختلفة عنه، هما الأكثر تنقُصاً والأكثر مشكلات. وهي

نزعة لاشعورية وظيفتها التخفيف من القلق وتعزيز الشعور بالانتماء، والحفاظ على صورة الذات ضمن أقل قدر من التنافر وتعزيز الافتراضات الذاتية حول موضوع ما.

(١٢) أثر التسامح أو أثر الصرامة: وهو الميل إما للتسامح في الحكم أو للصرامة فيه، فالأشخاص الذين يبذلون لطيفين للمقوم يُمنحون درجات أعلى وهنا نتكلم على حصول تشوه جزئي في صالح السمات الإيجابية في الصورة ككل، فالمدبر الذي لا يريد أن "يؤدي" موظفيه على سبيل المثال، يقوم بتقويم "الاستعداد لبذل الجهد أكثر" من "الجهود المبذولة بالفعل". وفي حالة الصرامة يحصل العكس إذ يحصل تشوه جزئي في صالح السمات السلبية في الصورة ككل، فيتم التشديد في تقويم الموظف النشيط والذي يُقدّم إنجازات جيدة أكثر من غيره إلا أنه في الوقت نفسه لا يبدو لطيفاً، أو يبدو ملحاحاً في مطالبه المتعلقة بالترقية أو لا يُقدّم خدمات خاصة بصورة أكثر صرامة.

(١٣) أثر القرب: يزداد تعطل الحكم كلما كان الاتصال بالملاحظ أكثر وكان التعاون أوثق. "لا أستطيع أن أصدم أفضل الموظفين عندي".

(١٤) أثر الهرمية: كلما ارتفعت المرتبة داخل الهرم كان الحكم على الشخص أحسن (أي يتم منحه درجات أعلى)، فالشخص ذي المقام العالي يعطى حكماً أكثر إيجابية من الشخص ذو المقام المنخفض. ويتعلق تجنب أثر الهرم بشكل جوهري باستعداد المقوم على إنكار الوضع الاجتماعي عند التقويم.

(١٥) أثر بنيامين: كلما كان المرء أكثر شباباً وأقل زمناً في وظيفته كان الحكم عليه أشد صرامة. ويتم تبرير ذلك بأنه ليس من المعقول لموظف جديد أن يكون جيداً، وعليه أن يثبت نفسه، أو عليه أن يكتسب الخبرة أولاً وبعد ذلك سيتم الحكم عليه. ويسهم التقويم الصارم للموظفين الشباب في الاحتفاظ بمبدأ الشيوخ ("أقدمية السن على الكفاءة") وفق مبدأ: "كل واحد سيأخذ دوره...ومن صبر ظفر"

١٦) **أثر الوضع الراهن (أثر الالتصاق):** وهو الميل للتمسك بالوضع الراهن وعدم التشكيك به: "فالذي تعرفه أفضل من الذي لا تعرفه". حيث يعني الانحراف عن الوضع المألوف أو تغييره، اتخاذ قرارات جديدة وتولي المسؤولية وتحمل الصراعات في مقتضى الحال... الخ. وكل هذا يتطلب التألف مع عادات وأوضاع جديدة قد لا يكون الشخص (أو المؤسسة كمنظومة) قادراً على إنجازها أو لا يريد ذلك. فنجد أن هذا الشخص يتمسك بالروتين المألوف ويقاوم التغيير بأي شكل: "هذا ما سنقاومه، بقدر ما نستطيع". كما يلاحظ أثر الالتصاق في الصفات أو الألقاب التي يتم إطلاقها على الأشخاص؛ فيتم إلصاق صفة ما بشخص تظل ملازمة له: "من يكذب مرة.... يكذب دائماً". ويلاحظ أثر الالتصاق أحياناً فيما يُسمى أيضاً بالأشخاص "الخبراء" أو "المحترفين"؛ فلا تدع متخصصاً يبهرك بقوله "أنا أفعل هذا منذ عشرين سنة على هذا النحو، أنا أعرف عملي... يمكن للإنسان أيضاً أن يفعل الأمر عشرين سنة خطأ".

١٧) **أثر الإسقاط:** أي إسقاط سمة سيئة ذاتية على الآخرين. وهي ظاهرة لا تلاحظ في العلاج النفسي فحسب بل في التقييم أيضاً، فالبخيل يرى نفسه محاطاً بالخلاء. كما تلاحظ هذه الظاهرة في الاختبارات الإسقاطية، فقد برهنت الدراسات أن المشخصين العدوانيين يفسرون الرسوم التي تتضمن عناصر عدوانية بشكل أشد عدائية من غيرهم.

١٨) **أثر النقل:** نقل السمات الشبيهة لأشخاص آخرين. ولا يظهر النقل في العلاج النفسي فحسب. بل في كلّ المواقف تقريباً، فنحن نجد أن شخصاً ما لطيفاً أو وقحاً من دون أن نلاحظ أنه يذكرنا بشخص ما. وفي التشخيص إذا لم يكن الشخص واعياً للانطباع الأول فإن ذلك قد يؤثر على مجرى التشخيص ككل. ومن الأمثلة على تأثير النقل على العملية التشخيصية المثال التالي: تم عرض تلميذ على المتخصص النفسي. الشكوى: كان التلميذ عادياً وغير ملفت للنظر، وأداؤه عادي، إلا أنه عندما انتقلت المعلمة وجيء بمعلمة جديدة تراجع أدائه وساء سلوكه بشكل متطرف. وعلى الرغم من قيام المتخصص بإجراء

الاختبارات والجلسات التشخيصية مع الطفل إلا أنه لم يستطع تفسير سلوك التلميذ. تضمنت سيرة التلميذ إساءة المعاملة من الأم والإهمال، فقام المتخصص النفسي بطلب الأم للمقابلة. وما كاد المتخصص يرى الأم حتى بدا وكأن "غشاوة قد انقشعت عن عينه"، فقد كان التشابه بين المعلمة والأم كبيراً جداً الأمر الذي يفسر هذا التغير في سلوكه.

الفصل الخامس

إدارة الجلسة التشخيصية

١. مقدمة

تهدف الجلسة التشخيصية إلى البحث عن المعلومات ذات الصلة بسبب المراجعة، حيث تتم استثارة المفحوص من خلال الأسئلة الهادفة ليعطي بيانات حول نفسه ومحيطه. وتعتمد الجلسة التشخيصية كما عرضنا في الفصل الثالث (صفحة ١٠٥) و الرابع (صفحة ١٣٨) على عدد من الأدوات التشخيصية. وفي الممارسة الإكلينيكية بشكل خاص يتم التركيز في الحصول على المعلومات التشخيصية على السيرة المرضية Anamnesis والسيرة التبعية Catamnesis، أي وصف المرض بعد انتهاءه ومراقبة مجراه اللاحق والتطورات الحياتية السوية و الاستقصاء والمقابلة Interview والمشمولة تحت التسمية العامة "المقابلة التشخيصية" أو الجلسة التشخيصية عموماً. ويختلف حجم ونوع البيانات المستقصاة حسب الهدف التشخيصي والشخص الذي يتم تشخيصه. وفي كل الأحوال فإن الحصول على المعلومات التشخيصية يتم إما عبر التقارير الذاتية التي يقدمها المفحوص عن نفسه، بغض النظر عن الأداة التشخيصية المستخدمة أم عبر التقارير الخارجية (تقارير الأخر) على حد سواء، والتي يختلف حجمها وأهميتها حسب الحالة؛ ففي حالة الأطفال على سبيل المثال تكون تقارير الأخر (كالوالدين) مصدراً مهماً للبيانات في كثير من الأحيان، لأن الوالدين يعرفان تاريخ نمو طفلهم ويعيشان "المشكلات" في الحياة اليومية ويؤثران على نمو وسلوك الطفل بوصفهما شريكي تفاعل، كما يكون منظورهما مهماً لتحديد التباعد بين منظور الوالدين ومنظور الطفل، غير أن تقارير الأخر ليست المصدر الوحيد للمعلومات. وكذلك الحال في التشخيص الأسري وتشخيص طائفة واسعة من الاضطرابات النفسية كالفصام والوساوس القهرية والاضطرابات النفسية الناجمة عن أضرار دماغية

عضوية وغيرها. ويعتمد نجاح وإدارة الجلسة التشخيصية على التواصل، المهم جداً في المقابلة، ويشكل المادة الأساسية في أي موقف تفاعل بين الأفراد (عبد الخالق، ١٩٩٦).

والجلسة التشخيصية عموماً ليست جلسة جامدة وإنما جلسة تواصل وتفاعل إنساني واجتماعي على الشخص أن يخلق لها الشروط المناسبة لتكون مثمرة، وهي الشروط التي أكد عليها روجرز كشرط عامة لأي جلسة وتتمثل في الأصالة والتعاطف والتقدير الإيجابي، فعندما تتولد القناعة لدى المراجع أن الشخص قادر على فهمه والتعاطف معه ويتقبله فسوف يكون أكثر انفتاحاً ومصارحة وتدفق المعلومات عندئذ عبر حوار حي ومثمر.

إطار ١٧: تذكير بالمفاهيم ذات الصلة

السيرة المرضية anamnesis (من اللاتينية وتعني التذكر): السيرة المرضية هي استرجاع خلفي عميق قبل العلاج، وتسمى في الطب تاريخ المرض وفي علم النفس السيرة الذاتية biography لإنسان ما (راجع صفحة ١٤١).

السيرة التتبعية Catamnesis (FOLLW-UP) وهي استرجاع عميق بعد أن يكون العلاج قد تم أو هي جلسة حول "العلاج المنتهي بفواصل بين الأشهر أو السنوات (FAHRENBERG, 2002, P.131).

الاستقصاء أو السبر EXPLPRATION: وهو استقصاء "المجال الحياتي الذاتي" لشخص من خلال جلسة محادثة (المشاعر والتفكير والدافعية والسلوك... الخ). وهو في المجال الإكلينيكي: التجلي الراهن للمرض (راجع صفحة ١٤٥).

المقابلة Interview: وهي المواجهة الهادفة بين شخصين يلتقيان، ليتناقشا معاً أو ليناقشا مسائل معينة أو ليتبادلا الآراء وفق قواعد محددة. (راجع صفحة ١٤٩).

٢. إرشادات عملية لإجراء المقابلة Interview

تعتمد دقة المعلومات، أي مدى موضوعيتها و ثباتها وصدقها، التي يحصل عليها الشخص في المقابلة، على عوامل كثيرة منها طريقة طرح السؤال أو الأسلوب الذي يتم طرح السؤال فيه. وتبرز أهمية مهارة طرح الأسئلة في المقابلات المفتوحة وغير المبنية، أي التي يكون فيها للفاحص مساحة واسعة من الحرية. وتساعد

الإرشادات التالية في إدارة الجلسة على نجاح إدارة الجلسة وتحقيقها لأهدافها (Rentsch & Schütz, 2009).

٢,١ التحضير والإعداد للجلسة التشخيصية

اعمل كمشخص على تهيئة ما يلي قبل الجلسة:

- حدّد الهدف والموضوعات الأساسية.
- حدّد نوع المقابلة التي تريد إجرائها بناء على الهدف من المقابلة واختر فئات الأسئلة (قم بصياغة خطوط مرشدة لك في الأسئلة) بحيث تكون متناسبة مع المستوى والسن.
- حدّد الشُّروط الموضوعية (بما فيها المكان الذي ستجرى فيها المقابلة).
- إدارة الوقت (نظم المقابلة بحيث تكون بين ساعة واحدة إلى ساعة ونصف).
- كن مستعداً نفسياً للمقابلة ومتحرراً من التشويشات الشخصية ومهياً للتركيز.
- هبّي الاستعداد للتعاون لدى المراجع.

المقابلة التشخيصية هي تفاعل بين شخص وآخر، وليست بين شخص وموضوع. وبما أن دقة التشخيص تعتمد على مدى دقة المعلومات ونوعها فإن المقابلة التشخيصية التي تنظر للمراجع على أنه مجرد موضوع تشخيصي محكومة بالفشل. لهذا على المتخصص النفسي القائم بالتشخيص أن يخلق الشُّروط الأساسية لبناء العلاقة والتمثلة في:

- التعاطف (الإحساس بخبرة الآخر)
- التقدير الإيجابي (الإصغاء باهتمام وعدم إقحام وجهات النظر الخاصة للمشخص وتقييماته وأحكامه الذاتية فيما يسمعه).
- الأصالة (أن يقصد الإنسان ما يقوله؛ أن يتطابق الإحساس في الوقت الراهن مع حالته الجسمية وأفكاره؛ ألا يضع قناعاً مصطنعاً يخفي التناقص بين ما يقوله ويعنيه).

٢,٢ مرحلة الافتتاح: بناء العلاقة

- اعط المَفْحُوص الكَلِمَةَ الأولى ودعه يتكلم كفاية ولا تقاطعه كثيراً.
- اطرح في البداية أسئلة بسيطة مفتوحة:
 - ما الذي قادتك إلي اليوم؟
 - ما الذي تريد الحديث حوله اليوم؟
 - كيف يُمكنني مساعدتك؟ ما الذي يُمكنني أن أقدمه لك؟
 - أخلق الألفة بتخفيفك من غرابة الموقِف:
- اطرح موضوعاً عاماً (ثرثرة عامة: أوجدت صعوبة في الوصول إلى هنا اليوم؟ أي طريق تسلك؟ هل استهلكت وقتاً طويلاً على الطريق أم كان المكان قريباً... الخ)؟
- أعط الحد الأدنى من المَعْلُومَات في بداية الجلسة:
 - كم الوقت المتوفر للمُقَابَلَة.
 - تَوْضِيح الأدوار والأهداف.
 - وَصْف دور المَفْحُوص (ما المَطْلُوب أو المتوقع من المراجع).
- التفاصيل الأخرى المهمّة أو ذات الصلة (التي تريد الإخبار بها أو التي يستفسر عنها المراجع: مثال: هل سأحصل على تحويل للعلاج بعد ذلك؟ هل سأحصل على تقرير بالنتائج... الخ؟).
- تَطَرُّق للمخاوف والتحفظات التي قد تكون موجودة لدى المراجع.
 - كن كفؤاً: يسهم توليد الانطباع بالكفاءة، أي معرفة المتخصّص ما يريد ومهارته التخصّصية في خلق جو من الإحساس بالأمان والثقة بتعزيز مشاعر المراجع بأنه في أيد أمينة. وتوليد الانطباع بالكفاءة لا يعني التصنع هنا - حيث سيبدو المتخصّص مزيفاً لو كان هناك تصنع - وإنما يعني إتقان المتخصّص لمجاله الذي سينعكس بشكل عضوي في توليد الانطباع بالكفاءة لدى الآخر).
 - كن دافئاً وحساساً ولطيفاً؛
- لتكن عباراتك تعاطفية وحساسة:

- " شعرت بالرعب، عندما تركتكَ زوجتك! "
- صغ عبارات وأسئلة مباشرة حول الانفعالات:
- " كيف شعرت عندما تركتكَ زوجتك؟ "

▪ عكس المشاعر (التعبير عن المشاعر)

- عندما تتحدث عن زوجتك تبدو حزيناً!
- الحديث عن زوجتك يَشْعُرُكَ بالحزن!
- تحزن عندما تتكلم عن زوجتك!

▪ انتبه للإشارات الجسدية

- ألاحظ أن يداك مشدودتان وأنت تتكلم حول المواجهة التي دارت بينك وبين والدك!

٢,٣ الجزء الرئيسي من المقابلة

- لتكن الجلسة متمحورة حول المراجع (دع المراجع يتكلم ولا تقاطعه إلى ينتهي من إجابته، إلا إذا أطل المراجع وخرج عن الموضوع الأساسي المطروح من دون علاقة واضحة بين الموضوع المطروح وبين الانتقال لموضوع آخر).
- لتكن عباراتك بسيطة غير معقدة.
- لتكن متناسبة مع السن والمستوى التعليمي والخلفية الثقافية للمراجع .
- لتكن جملك قصيرة.
- لتكن عباراتك واضحة: لا تتضمن أسئلة مزدوجة ولا تتضمن نفي النفي (انظر صفحة ١٧٠)

- فصلُّ السُّؤال المركب إلى أسئلة بسيطة متعددة.

- أربط أسئلتك بخبرة المراجع.

- اطح أسئلة مفتوحة أكثر من الأسئلة المغلقة. (راجع صفحة ١٧٣).

- تجنب طرح أسئلة إيحاءية. (انظر صفحة ١٧٤).

- تجنب استخدام المصطلحات التخصصية راجع إطار ١٨ صفحة ١٧٠ .

- أبدي تقديرك "للاستنتاجات الختامية" للمراجع.

- اعمل تلخيصات لما قيل بَيْنَ فترة وأخرى.

إطار ١٨: بعض النصائح في طرح الأسئلة

عدم الدخول في لعبة السؤال ورد السؤال بسؤال:

على الفاحص تجنب الدخول مع المفحوص في "لعبة سؤال-إجابة"، لأن هذا يخرج الجلسة التشخيصية عن أهدافها.

مثال (١): (الفاحص): لماذا فعلت ذلك؟ جواب (المفحوص): لماذا يفعل المرء ذلك برأيك؟ جواب (الفاحص): أنا أسالك! جواب (المفحوص): ضع نفسك مكاني فماذا كنت ستفعل؟ هل لديك خيار آخر؟ جواب (الفاحص): لو كنت مكانك؟؟؟...

مثال (٢): (الفاحص): لماذا اخترت هذه المهنة؟ جواب (المفحوص): أنت ما رأيك: لماذا يختار الإنسان مثل هذه المهنة؟ أو ما الذي كنت تفعله لو كنت مكاني ألا تختار مثل هذه المهنة؟...

عدم استخدام المصطلحات التخصصية غير المفهومة بالتسنية للمفحوص:

مثال (١): متى لاحظت أن الوضع أصبح إشراطيا بالتسنية لك، وتحول إلى علاقة مثير-استجابية؟

الأفضل: متى لاحظت أن سلوكك هو نفسه في كل مرة يحصل فيه هذا الموقف؟

مثال (٢): متى خطرت على بالك فكرة أن هذا الوضع أصبح فصاميا؟

الأفضل: متى خطرت على بالك فكرة أن هذا الوضع أصبح متناقضا؟

بساطة اللغة

أن تكون الجمل بسيطة الصياغة وقصيرة:

مثال: هل تستطيع أن تقول لي متى نشأت رغبتك المهنية في أن تصبح طبيبا، أو متى أصبح هذا واضحا بالتسنية لك؟

الأفضل: متى فكرت للمرة الأولى أن تصبح طبيبا؟

عدم طرح أسئلة مزدوجة وأسئلة سلبية وأسئلة نفي النفي:

مثال (١): هل تعرف فيما إذا كنت ستصبح طبيبا من أجل مساعدة الآخرين أم من أجل الحصول على المال أم من أجل المركز الاجتماعي؟

(الأفضل): لماذا تريد أن تصبح طبيبا؟

مثال (٢): (سؤال سلبي): قلت إنك تمارس الرياضة، ألا تقصد أيضا بأن مهنة مدرس الرياضة هي المهنة المناسبة لك؟

(الأفضل): هل تعتقد أن مهنة المعلم تناسبك؟

مثال (٣): كم تقدر درجة تقصيرك؟

(الأفضل): كم تقدر نسبة إنجازك؟

مثال (٤): (نفي النفي): ألا يمكنك أن تقول أيضا إنك لست غير موثوق؟ لا تستطيع ألا تقول رأيك؟

(الأفضل): تستطيع أن تقول إنك شخص موثوق. تجد نفسك مضطرا لقول رأيك.

تفصيل الموضوعات المعقدة أو المركبة إلى أسئلة منفردة

تسهل الأسئلة المنفردة الإجابة ولا تؤدي إلى إرهاق المفحوص.
 مثال: صف لي لو سمحت استراتيجيات مواجهتك منفردة والتي تستخدمها حسب المادة أو حسب الموقف الاجتماعي، أي عليك أن تقدم مواداً مختلفة في دراستك، تشخيص نفسي، إرشاد نفسي، مناهج بحث... الخ، أخبرني لو سمحت أي المواد هي الصعبة عليك وما هي السهلة، وما الذي تفعله عندما يصعب عليك الأمر حسب المادة؟
 (الأفضل): حضرت نفسك للامتحان في ثلاث مواد: في التشخيص والإرشاد والمناهج.
 ما هي المادة الأصعب؟
 ما الذي تفعله عند وجود صعوبة؟
 فهرسة الموضوعات الواسعة إلى مجالات فرعية
 أي تقسيم الأسئلة حسب المجالات: كـمجال السلوك، وفي البيت، وفي العمل، ومع الأصدقاء، ومع الأقارب...
 الامتناع عن إعطاء الرأي الشخصي
 من أجل أن تكون العملية التشخيصية عملية موثوقة وصادقة ينبغي ألا تؤثر وجهات النظر الشخصية للمُشخِّص على سير الجلسة التشخيصية وألا تدخل كتقويمات فيها.

٢,٤ الاختتام وإنهاء الجلسة

وفي الختام لابد من إتاحة الفرصة للمراجع كي يطرح الأسئلة والملاحظات

التي يرى أنها مهمة بالنسبة له.

أطار ١٩: المشوشات والعوامل المعيقة التي تلحق الأذى بالجلسة التشخيصية

التثبيت: أي التمسك بخير المناسب بموضوع محدد.
التورط: أي إدخال النفس في الموضوع، والحديث عن خبرات الفاحص الشخصية المتعلقة بالمشكلة.
التقويم: إطلاق أحكام تقويمية مثل جيد، سيئ، صح، خطأ.
إضفاء الصفة الأخلاقية: أي التفسير الأخلاقي للمسموع، إعطاء وعظ أخلاقي للمراجع:
 مثال: من المعيب عليك أن تتصرف بهذه الطريقة.
التلقيب: أي عزو صفات محددة مثل غبي، عصابي، سيكوباتي... الخ.
التعميم: أي إطلاق تعميمات غير دقيقة.
النقاش: أي إجراء حوار خلافي يريد كل واحد إثبات صحة وجهة نظره للآخر.
التفويه: أي التقليل من قيمة أو أهمية السلوك المشكل.
العقلنة: أي (التبرير المنطقي أو العقلاني): إنكار المشاعر أو تجاهلها.
الإغلاق: أي عدم الإصغاء الفاعل.
التماهي: أي التخلي عن المسافة.
الإشارة إلى أن "التكليف" يتجاوز حدود الجلسة التشخيصية.
احتكار الحديث: أي الحديث الطويل المتكرر وعدم إتاحة الفرصة للمراجع للحديث.

التوجيه: أي إعطاء تعليمات وأوامر.
 العزمية DOGMATIZE: أي إعطاء جمل تعليمية.
 التباعد: أي الحديث بلغة تخصصية صرفة.
 تحويل الهدف: أي صرف الانتباه عن الموضوع.

وعلى الفاحص أن يتذكر دائماً أن الهدف الوحيد من الأسئلة هو تسهيل الطريق على المسؤول لإعطاء "المعلومات الحقيقية"، وسنتطرق فيما يلي لبعض التقنيات التي تُساعد المُشخص على تحسين مهارة طرح الأسئلة.

٣. تقنيات الأسئلة الاستقصائية Explorative Question Technique

ما هي الأسئلة وأنواع الأسئلة التي يتم استخدامها في الجلسة التوافقية؟
 يُمكن تصنيف الأسئلة إلى ثلاثة أنواع الأسئلة الوظيفية والأسئلة الأساسية (المتعلقة بالموضوع) والأسئلة الدائرية.

٣,١ الأسئلة الوظيفية Functional Questions

ومن أشكالها:

٣,١,١ أسئلة الاتصال أو الأسئلة التمهيدية Contact or preliminary questions:

للأسئلة التمهيدية وظيفة كسر الجليد. وفيها يتم الحديث عن موضوعات حيادية غير حساسة كالطقس، أو الطريق الذي يسلكه المٌفحوص للوصول إلى الجلسة على سبيل المثال، فالقاعدة تقول هنا "لا تتكلم في الموضوع مباشرة"، وإنما مهّد له ببعض الأسئلة الحيادية. (ثرثر قليلاً مع المٌفحوص).

٣,١,٢ الأسئلة المساعدة أو أسئلة العبور conducive or passage questions:

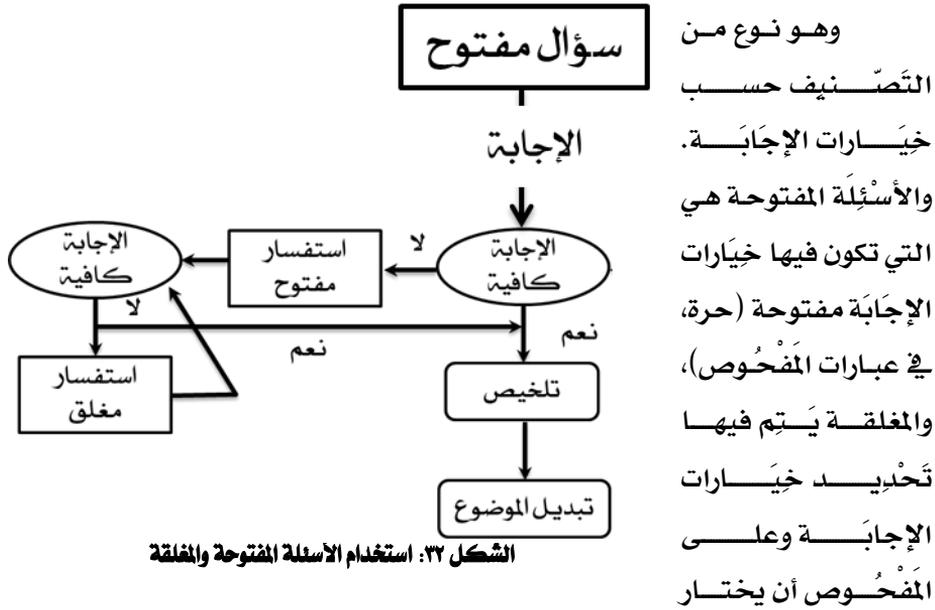
ولها وظيفة الانتقال من موضوع إلى آخر، أو وظيفة الدخول في الموضوع. مثل سؤال المٌفحوص عما إذا كان قد خضع مرة لمُقابلة نفسه على سبيل المثال، والدخول من خلال إجابته إلى توضيح أهداف المُقابلة، أو سؤاله عن أفكاره التي دارت في ذهنه أثناء الطريق على سبيل المثال حول ما يتوقعه اليوم... الخ.

٣,١,٣ أسئلة الضبط أو الاستفسار أو التأكيد Control questions:

ووظيفتها توضيح الغموض و التناقضات، أي على سبيل المثال متى حصل هذا قبل ولادة الطفل الأول أم بعده؟، متى حصل ذلك؟ في أي مرحلة؟ في أي شهر؟... الخ، أو أسئلة لتوضيح بعض ما يبدو متناقضاً: على سبيل المثال ذكرت قبل قليل لي أن هذه الأعراض قد ظهرت لأول مرة في أثناء المراهقة، لكنك تتحدث الآن وكأنها قد حصلت معك لأول مرة بعد ذلك بكثير، هل يمكنك توضيح هذا؟

٣,٢ الأسئلة الأساسية Formal Questions

٣,٢,١ الأسئلة المفتوحة والأسئلة المغلقة:



واحدة منها. ويَتم طرح الأسئلة المفتوحة بشكلٍ خاصّ في المُقابلات غير المُعيّرة. أما متى يطرح المشخص أسئلة مغلقة أو مفتوحة فالأمر يتعلّق بنوع المُعلُومَات التي يسعى للحُصُول عليها. ويفضّل في الجلسات التّشخيصية طرح أسئلة مفتوحة في البداية ثم استكمالها بأسئلة مغلقة بهدف الاستيضاح والاستفسار حسب الوضع.

الجدول ١٩: الأسئلة المغلقة والأسئلة المفتوحة

أسئلة مغلقة	أسئلة مفتوحة
بكم تقدّر نوعيّة التعليم في كليتك على مقياس من واحد إلى ستة.	وضح لي نوع التعليم في كليتك؟
كم تصرف في الشهر؟	كيف تدير أمورك الماليّة خلال الشهر؟
هل أنت راض عن زواجك؟	حدثني عن حياتك الزوجيّة؟
هل تقضي نهاية الأسبوع مع أولادك؟	كيف تقضي نهاية الأسبوع في العادة؟

٣,٢,٢ الأسئلة المباشرة والأسئلة غير المباشرة

وهو نوع من التّصنيف حسب الموضوع، فالأسئلة المباشرة تتوجه إلى موضوع الجلسة؛ فتتناول الموضوع نفسه الذي يهدف الفاحص إليه، وهي أسئلة معرفة، في حين تتناول الأسئلة غير المباشرة المحيط الذي ينتمي إليه موضوع السؤال، وتمس الموضوعات المحرمة أو الممنوعة أو السياسية أو التي مازالت غير مدركة بعد بالنسبة للمفحوص أو الموضوعات المتأثرة بالمظهر الاجتماعي والمهني. كما يتم طرح الأسئلة غير المباشرة عند الشك بوجود خداع ذاتي. ويتم طرح الأسئلة المباشرة على الأشخاص الذين هم على درجة عالية من التعليم، أما الأسئلة غير المباشرة فتطرح على الأشخاص الأقل تعليماً:

الجدول ٢٠: الأسئلة المباشرة وغير المباشرة

أسئلة مباشرة	أسئلة غير مباشرة
من هو مديرك؟	من يعطيك التعليمات في العمل أو ممن تتلقى توجيهاتك في العمل؟
ماذا تقول عن اتهام ابنتك لك بالتحرش بها؟	حدثني عن علاقتك بابنتك؟
هل زرت والديك في نهاية الأسبوع؟	ماذا فعلت في نهاية الأسبوع؟

٣,٢,٣ الأسئلة الإيحائية Suggestive Questions

الأسئلة الإيحائية هي الأسئلة التي تقرّب المفحوص من الإجابة، أي تكاد تتضمن إجابتها فيها؛ فوظيفتها تكمن في استثارة إجابة معينة أو توجيه الإجابة باتجاه معين، وأحياناً الحصول على استجابة مرغوبة، يتوقعها أو يريد لها الفاحص، ويمكن أن تكون مفيدة لهز الدفاع المحتمل عند المفحوص إلا أنه ينبغي للجلسة التشخيصية ألا تتحول كلها إلى جلسة إيحائية لأن الجلسة التي تقتصر على

الإيحاء لا يكون لها قيمة. والأسئلة الإيحائية تخرق أحد الشروط المهمة في الجلسة إلا وهو شرط حيادية الفاحص من ناحية، والهدف الأساسي من التشخيص والذي يهتم بالحصول على المعلومات بشكل صادق وموضوعي، ليتم التمكن في الختام من اتخاذ قرار قائم على أساس معلومات ومعطيات من ناحية أخرى؛ فهي من الأخطاء الفنية في التشخيص النفسي، ولكنها من الأمور التي لا يمكن تجنبها في المواقف العلاجية، وقد تكون مفيدة في بعض الأحيان.

مثال:

- من المؤكد أن هذا قد أتعبك: فهنا يوجد تقويم ذاتي للمُشَخَّص (الأفضل السؤال: ما الذي شعرت به في هذا الموقف).
- من البديهي، أن يدفعك تأمر زملاءك عليك للتصرف بهذا الشكل! (الأفضل: كيف تتأكد أن زملاءك يتآمرون عليك؟، أو: أنت تقول تصبح مشتتاً عندما تشعر أن زملاءك يتآمرون عليك).

٣،٢،٤ الأسئلة الدائرية

الأسئلة الدائرية تقنية ترجع للعلاج المنظومي، تم تطويرها في مدرسة مايلاند التي أسسها سيلفيني بلاتسولي Selvini Palazzoli وهي أسئلة تطرح في المجموعات على الأغلب، وتمس تصورات الأفراد حول بعضهم بعضاً. أي يتم سؤال كل فرد من الأفراد عما يفكر ويشعر تجاه الآخر أو عما يمكن أن يفكر به شخص ثان تجاه شخص ثالث. وتقوم هذه التقنية أن مَسَاعِر واستجابات الشخّص (أ) التي تظهر لديه نتيجة لسُلوِك الشخّص (ب)، لا ينبغي السؤال عنها أو الاستفسار عنها من (أ) مباشرة وإنما من شخص ثالث (ج): مثال ذلك: قل لي يا أحمد ما الذي تعتقد أن أمك أحست به عندما رأت والدك يبكي؟؛ ماذا تعتقد كيف قد تصف أختك العلاقات بين والديك؟؛ لو سألت الآخرين الآن، لماذا يضايقونك باستمرار، فماذا تخال أنهم سيجيبون؟ و ماذا تعتقد أنهم سيقولون حول إجابتك؟ (=قراءة الأفكار). كما تستخدم الأسئلة الدائرية لاستخلاص الفروق السلوكية (من الذي يتشتت أكثر، عندما تتصرف بهذه الصورة، من يشعر بالضيق أكثر/بالانشراح،

عندما....؟)، ولطرح أسئلة التفسير كيف تفسر لنفسك أن....؟ وأسئلة الاتفاق: من يشاركك رأيك، بأن....؟

مع الأخذ بعين الاعتبار أن الأسئلة يُمكن أن تتضمن في الوقت نفسه افتراضات أو تؤثر على مجال التّواصل وبنية الإمكانات داخل مَنظُومة ما و توسعها في الحالة المثالية. وفي المثال المذكور أعلاه يشترط السؤال أنه هنا يوجد شيء ما من مجال الانفعال قابل للإدراك وأن أحمد يمتلك القدرة التّواصلية للتعبير عن إدراكه، فإذا لم تتح الفرصة أبداً لأحمد في السابق الحديث عن مشاعره ضمن هذه المَنظُومة فإنّه يمتلك الآن الفرصة لهذا ولسوف تتسع مساحة التّواصل الممكن داخل المَنظُومة. مثال آخر: الشّخص (أ) منزعج. ويُمكن هنا أن يستفسر شخص ما موجود

عن سبب الانزعاج

(استفسار خطي -

مباشراً). إلا أن

الشّخص "أ" لن

يعرض سوى وجهة

نظره. الشّخص

(ب) يرى أن

الشّخص (أ)

منزعج، و (أ) يعرف

أن (ب) يدرك

1	أسئلة اتفاق	من يتفق مع من ومن يختلف؟
2	أسئلة افتراضية	مع من تظن أن طفلك سيبقى بعد الطلاق
3	أسئلة تصنيف	من هو المسيطر في الفريق؟
4	أسئلة نسب مئوية	كم نسبة شعورك بالأمان في حياتك؟
5	أسئلة المنظومات الفرعية	من يفعل ماذا مع من؟ من المدخن، من غير المدخن؟
6	أسئلة دائرية بالمعنى الضيق	ما الذي يجعل طفلك حزين هكذا؟ ماذا تعتقد ما إحساس زوجتك عندما ترى طفلك حزين؟

تقنية مقابلة منظومية بالأصل
تقنية سؤال

الشكل ٣٣: أنواع الاسئلة الدائرية

شعوره. ومن أجل توضيح هذا المظهر التّواصلية يقوم طارح السؤال بسؤال (أ) عما يعتقد أن انزعاجه يعني لـ(ب)، فإذا كان يوجد شخص ثالث أيضاً (ج) فيمكن للسائل أن يسأل (ج) ماذا يظن من مشاعر قد استثيرت لدى (ب) من انزعاج (أ) وبهذه الطريقة يحصل (أ) على معلومات حول المعنى المحتمل لانزعاجه بالنسبة لـ(ب) ويحصل (ب) على معلومات حول المقاصد الممكنة لـ(أ) و (أ) و (ب) يحصلان

على تغذية راجعة حول علاقتهما من وجهة نظر (ج). (راجع العلاج والإرشاد الأسري ترجمة سامر رُضْوَان، ٢٠٠٩).

٣,٢,٥ الأسئلة الموقفية أو الافتراضية

وتستخدم في مواقف الانتقاء المهني في الغالب. مثال:

- ١ - لنفترض أنك لاحظت خطأ لدى مديرِك فكيف تتصرف؟
- ٢ - أنت جديد في التخصص وأتى إليك شخص يطلب ما يلي: (....) فكيف ستتصرف؟.

ومن عيوب هذه الأسئلة أنها ربما لا تقيس السلوك الحقيقي أو أن الإجابة قد لا تكون بالضرورة على علاقة بالسلوك الحقيقي وأقرب كي تقيس القدرة على الارتجال واحتمال أنها تقيس مظاهر الذكاء الإجتماعي، ناهيك عن خطر الإجابة باتجاه المرغوبة الإجتماعية.

٤. التوثيق

٤,١ تعريف التوثيق

التوثيق هو (التسجيل المُعَيَّر للبيانات) ويهدف إلى ضمان جودة العملية التشخيصية -العلاجية وجودة النتيجة وتحسين نوعية العمل العلاجي النفسي، فمن المتوقع للتقييم النوعي للنتيجة أن يضمن من الناحية الشكلية التظهير الكامل للأجزاء المهمة من الجلسة ويُقدّم عرضاً واضحاً للمحتويات ويلخص العبارات ضمن فئات مستقلة قدر الإمكان. أما من الناحية المضمونية فإن نوع تسجيل البيانات (الفيديو مقابل التسجيل الكتابي اللاحق) يقيّد من إمكانات التفسير. كما أن الهدف من المُقابلة التشخيصية (هل هو لكتابة تقرير نفسي، أم الإرشاد، أم العلاج، أم التدريب) يحدد حجم البيانات التي يتم ذكرها في التوثيق، فيما أن يتم ذكر المُقابلة بالكامل أو ملخص لها. وبما أن ذكر كامل المُقابلة أمر صعب في المسائل التشخيصية بسبب التكاليف العالية فإنه غالباً ما يتم الاعتماد على التلخيص، مع الأخذ بعين الاعتبار عدم فقدان الأجزاء المهمة ذات الصلة

والأساسية. وبالمقابل فإن التسجيل الكامل للمقابلة مفيد في التدريب على إدارة الجلسات وفي أثناء عملية الاستشارة من أجل العرض، وكذلك للتوضيح في التقارير النفسية.

٤,٢ أنواع التوثيق

- (١) توثيق تاريخ الحالة Anamnesis documentation: ويقوم على التحديد المعير لمعطيات تاريخ الحياة التي يتم الحصول عليها عادةً من الأهل والأقارب.
- (٢) توثيق نتائج الفحص (نتيجة التقييم) Findings documentation: ويهدف إلى التحديد المعير للفحص الداخلي والعصبي والنفسي الراهن، أي أنه يقوم دائماً على أساس الفحص الراهن للمريض.
- (٣) توثيق التشخيص Diagnostically Documentation: ويقتصر على التحديد المعير لفئات تشخيصية ناشئة في العادة عن منظومة تصنيف.
- (٤) توثيق العلاج Therapy documentation، ويهتم بالتسجيل المعير لفاعلية العلاج و للإجراءات العلاجية المستخدمة ونجاحها.
- (٥) توثيق المجرى Prognoses Documentation: ويحدد سمات الاضطراب المعني عبر الزمن. ولا بد لتوثيق المجرى أن يأخذ بعين الاعتبار بصورة خاصة تغير السمات المحددة و من هنا فهو صعب بشكل خاص. وقد قدمت مجموعة عمل الكوليجيوم^{٣١} الألماني للطب النفسي الجسدي مبدأ تكاملياً مع مسرد glossary تفصيلي يتم فيه توثيق مجموعة من المتغيرات الديموغرافية^{٣٢} الاجتماعية وبعض بيانات تاريخ الحياة، وتشخيصات وفق الآي سي دي -التاسع ICD- 10، و بعض مؤشرات العلاج و نتائج المعالجة (الجدول ٢١).

^{٣١} الكوليجيوم collegiums: مجلس يتمتع كل عضو من أعضائه بسلطة مساوية تقريباً لسلطة الأعضاء الآخرين.

^{٣٢} Demography الديموغرافيا: الدراسة الإحصائية للسكان من حيث المواليد والوفيات والصحة والزواج الخ.

١- متحمل التكاليف
متغيرات ديمغرافية اجتماعية
١-٢ جنس المريض
٢-٢ السن
٣-٢ الجنسية
١-٤-٢ الحالة الاجتماعية
٢-٤-٢ الوضع المعيشي
٣-٤-٢ الدخل
٥-٢ أعلى درجة تعليمية
٦-٢ أعلى تأهيل مهني
١-٧-٢ المهنة الحالية/آخر مهنة كان يمارسها
٢-٧-٢ القدرة على العمل
٨-٢ المصدر الرئيس للدخل
١-٣ عدم القدرة على العمل عند اللجوء للمركز
٢-٣ عدم القدرة على العمل في الأشهر ١٢ الأخيرة
٣-٣ تقاعد مبكر
تاريخ الحالة
١-٤ التاريخ المرضي (مدة الشكاوى استنادا إلى التشخيص الرئيسي)
٢-٤ العلاجات السابقة (الإقامة في المستشفى في الأشهر ١٢ الأخيرة)
٣-٤ العلاج النفسي السابق
٤-٤ بيانات تاريخ الحالة (إدمان، محاولات انتحار)
التشخيصات
١-٥ التشخيصات النفسية/الطبية النفسية (ICD-10)
٢-٥ التشخيصات الجسدية (ICD-10)
٦- الدافعية نحو العلاج المتوقع
١-٧ مدة العلاج
٢-٧ نوع إنهاء العلاج
١-٨ جلسات فردية مع معالجين
٢-٨ جلسات عيادة Visit
٣-٨ ممرضات وممرضون (اتصالات جلسات)
٤-٨ برنامج علاجي خاص
٥-٨ إجراءات فيزيائية/استحمامية balneal (حمامات مياه معدنية)
٦-٨ تناول الأدوية/التخريج من المستشفى

مؤشرات العلاج
١.٩ نتائج العلاج الجسدي
٢.٩ نتائج العلاج النفسي
٣.٩ عدم القدرة على العمل عند التسريح من المستشفى
١٠ ملاحظات

الجدول ٢٢: المقاييس التشخيصية وأدوات تقييم كادوات توثيق مهمة

الأداة	الاختصار	المؤلف (المؤلفون/الناشرون)	مَظومَة التصنيف
أدوات تقييم مبنية جزئياً			
مجموعة العمل للطرائق والتوثيق في الطب النفسي	AMDP-System	مجموعة العمل للطرائق والتوثيق في الطب النفسي (٢٠٠٠)	الباثولوجيا النفسية التقليدية
دليل المقابلة المبنى لمقياس هاملتون للاكتئاب structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale	SIGH-D (HAM-D)	Willams (1988); Stieglitz (2000,2001)	المتلازمة الاكتئابية
دليل المقابلة المبنى لمقياس هاملتون للقلق structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale	SIGH-A (HAM-A)	Shear et al. (2001); Stieglitz (2000,2001)	متلازمات القلق
المقابلة الطبية النفسية العصبية العالمية المختصرة Mini International Neuropsychiatric Interview	Mini	Lecrubier et al. (1997)	DSM-IV
IDCL			
قائمة ميونخ للتشخيص	MDCL	Bronisch et al. (1977)	DSM-III-R
قوائم التشخيص العالمي للأسي دي العاشر ICD-10	IDCL	Hiller et al. (1995)	ICD-10
قوائم التشخيص العالمي للأسي دي الرابع DSM-IV	IDCL	Hiller et al. (1997)	DSM-IV
قوائم التشخيص العالمي للأضطرابات الشخصية	IDCL-P	Bronisch et al.(1995)	ICD-10/DSM-IV

٥. العلاقة بالطفل واليافع في موقف الفحص

البيئة المكانية الجيدة مُهمّة، إلا أن الأهم منها هو البيئة النفسية، أي العلاقة بين المُشخّص والطفل. بداية يُفترض أن يتم بناء علاقة طيبة والحفاظ عليها خلال مَوْقِفِ الفحص (التشخيص) كله. وغالباً ما يقف الإحباط والتعب والخوف في طريق مَوْقِفِ الفحص.

فمن دون علاقة طيبة لن يكون المُشخّص قادراً على الحصول على معلّومات موثوقة ومن ثم تحقيق نتائج جيدة. وكل البروفيلات والبيانات التي يتم الحصول عليها ضمن بيئة لا تُراعي المظاهر النفسية بشكل كاف هي بيانات مشكوك فيها وينبغي اعتبارها غير صادقة أو مشكوكاً بها؛ إلا أن هذا يتعلق بنوع ومقدار المُشكلات في التفاعل بين المُشخّص والطفل.

٥,١ بناء علاقة طيبة بالطفل واليافع

كي يحقق مَوْقِفِ الفحص النفسي نتائج المرجوة في جو من الموضوعية والصدق ينبغي له أن يحدث في جو من الدفاء الإثفَعَالِيّ، الخالي من العوامل الدخيلة المؤثرة، التي يُمكن أن تؤثر على النتيجة الموثوقة. وسيتم التعرض فيما يلي إلى بعض النصائح التي تُساعد على تحقيق ذلك:

- تحدث إلى الطفل واليافع بالاسم وقدم نفسك له. تجنب استخدام اللقب العَلْمِيّ "دكتور" إذا كنت كذلك، وبشكل خاص لدى الطفل الصغير وإلا عليك أن تكون متهيئاً للتعامل مع المخاوف والاجتيافات. كن صريحاً ومنفتحاً ولطيفاً. هيئ نفسك عند استقبال الطفل أو اليافع لكل الاستجابات والتصرّفات الممكنة، فكل مرحلة عمرية تتطلب طرقاً وأساليب من أجل التعامل مع الطفل أو اليافع.
- لهذا استخدم اللغة نفسها التي تتناسب مع مُستوى الطفل أو اليافع، وتجنب الكلمات أو الجمل الصعبة التي يُمكن أن تبدو متعجرفة. لا تقصف الطفل أو اليافع الخجول أو الذي يُعاني من صعوبات لغوية بسلسلة من الأسئلة، وإنما اعمل على أن يتمكن الطفل أو اليافع من فهمك بشكل جيد.

- من أجل ترطيب الجو وتخفيف التوتر ضع مجموعة من الألعاب أو الصور المناسبة مع عمر الطفل، وتجنب أن تكون المواد الاختياريّة منثورة في الغرفة. كما تجنب السلوك الذي يُمكن أن تطلق عليه تسمية "تربيت الكتف"، أو الأسئلة المخجلة واسع على ألا تبدو وكأنك تؤدي الآن واجباتك المهنيّة عندما تدير الجلسة. يُمكن للاستجابة والاهتمام الصريحين بحاجات ومشاعر الطفل أن تُساعد على بناء الثقة المتبادلة وبناء علاقة قائمة على التعاطف.
- حاول معرفة فيما إذا كانَ الطفل أو اليافع يَعْرِف أسباب الفحص. حاول أن تحسن من التصوّر الخاطئ للفحص ولأسبابه وامنح الطفل واليافع الشعور بأنك تقف إلى جانبه وتريد مساعدته في حل مشكلته. ولا يجوز على الإطلاق أن ينشأ الانطباع بأنّ الجلسة والاختبارات عدوة أو أنها تستخدم كعقاب له. وتجنب التوضيحات المسهبة حول سبب المُقابَلَة إلا إذا كانَ الطفل أو اليافع يريد هذه التوضيحات. وغالبية الأطفال واليافعين يطرحون عندَ الفحص القليل من الأسئلة، فإذا كانت لدى الطفل حاجة مرتفعة من المعلومات فعليك إخباره كفاية بشكلٍ موضوعيٍّ ومن دون انفعالات.
- يتم بناء العلاقة الطيبة على مراحل. لا تحاول أن تدفع الطفل ليجلس بسرعة ليبدأ الفحص. كن مستعداً لقضاء وقتٍ مريحٍ وتثقيفيٍّ جداً في الغالب قبل إن تبدأ بالاختبار، ولكن تجنب إطالة هذا الوقت كثيراً، فبعد تمهيد لحوالي ١٥ دقيقة لا يعود الجو متوافقاً مع متطلبات موقفِ الفحص، لأن الطفل سرعان ما سيتعب في أثناء تطبيق الاختبارات.
- تطرّق لمخاوف الطفل؛ ضع نصب عينيك بأنك تمثل بالنسبة إلى لطفل أو اليافع السلطة الراشدة وكن واثقاً أن الأطفال واليافعين سيقبلون عليك. لا تسأل فيما إذا كانَ الطفل أو اليافع قد أتى بإرادته، لأن مثل هذه الأسئلة قد تسبب عدم الحزم والرفض. استثر اهتمام الطفل بأنّ تريه لعبة جذابة أو حاول صرف انتباه الطفل عن توتره، بأنّ تظهر له بأنك تريد أن تعمل معه شيئاً جديداً، قد يكون بالنسبة له جذاباً، فكل توتر أو عصبيّة أو حساسية من

المُشَخَّص سيشعرُ بها الطفل، الأمر الذي يصعب على الطفل التمييز بين دور المُشَخَّص وأدوار الراشدين الآخرين أو الإخوة الأكبر منه وبهذا لا يكون الموقِف واضحاً.

▪ ينبغي ألا يتم فحص الأطفال أو اليافعين بحضور الإخوة الأكبر أو المعلمين أو المُعالِجين أو المرشدين الآخرين، مهما كان نوعهم، فغالباً ما يذهب الوالدان مع الطفل للطبيب، ومن ثم يُفترَض الكثير من الأهل أن الأمر لا يختلف كثيراً في الفحص النفسي. وضح للطفل والوالدين بأنَّ الحضور المشترك للطفل ووالديه أو غيرهم في موقِف الفحص يُمكن أن يدخل عاملاً غير متوقع وغير معروف في نتيجة الفحص، الأمر الذي يقود إلى عدم دقة نتائج الفحص، فإذا ما سمحت بحضور الوالدين، فإنه ينبغي ألا يحصل هذا إلا إذا كان الطفل لا يستطيع الانفصال عن والديه، ووضح للراشدين الحاضرين القواعد الأساسية لإجراء الفحص والفت النظر إلى أنهم عليهم ألا يقاطعوا إجابات الطفل أو يوضحوها أو يحسنوها أو يصححوها بأي شكل. قل للراشد إن عليه أن يكون حيادياً وماسكاً لنفسه أثناء تنفيذ الاختبار. لا تسمح كذلك للمعلم أو المدير حضور جلسة الفحص لأن هذا يولد الشك لدى الطفل أو اليافع ويثير المخاوف والتردد، ويعطي الانطباع بعدم حيادية موقِف الفحص، والإحساس بأنَّ موقِف الفحص هو موقِف اختبار يشبه الاختبارات المدرسية الخاضعة للضبط والمراقبة.

▪ من المفيد لدى الأطفال أو اليافعين الخوافين توضيح الموقِف الشكلي، أره أين سيجلس وأين ستجلس أنت وما سيحدث خلال الساعة القادمة. وبهذا تتمكن من إقامة علاقة مشحونة بالثقة لأنه تم استبعاد ما هو غير متوقع ومفاجئ.

▪ تجنب في كل الأحوال أن يتولد الانطباع لدى الطفل بأنه خاضع لاختبار في كفاءته. قل له إنه ليس من المتوقع من أي شخص أن يجيب عن كل أسئلة الاختبار بشكل صحيح كلية وأن بعضها قد يبدو له سهلاً وبعضها الآخر صعباً. وضح للطفل أو اليافع كذلك بأنَّ هذا الاختبار مخصص لفئات عمرية

مُخْتَلِفَةً، وأن كثيراً من الأطفال الأكبر يَحْصُلُونَ على واجبات يُمكن أن تكون بالنسبة لهم أكثر صعوبة.

- لا تبدأ مَوْقِفَ الفَحْصِ بأي شَكْلٍ من الأشكال قبل إن تكون قد نَطَّرَقْتَ للحاجات الجَسَدِيَّةَ للطفل واليافع، فلا بد من مُرَاعَاةِ الجوع والعطش والتعب أو الحاجة للذهاب للتواليت. أجل مَوْقِفِ الفَحْصِ لموعِدٍ آخر في حال الضرورة. لاتجرأي اختيَارَ إذا كَانَ الطفل تَعَباً أو إذا لم يَشْعُرْ بأنه بخير في مَوْقِفِ الفَحْصِ الراهن، أو كَانَ يفكر أنه لن يستطيع اللعب بلعبة ما أو لا يستطيع التَرْكِيْزِ على المَوْقِفِ لأي سبب كَانَ.

٥,٢ الحفاظ على استمرارية العلاقة الطيبة

- عَامِلِ الطفل بالاحترام؛ استخدم اسمه مراراً وحافظ على الاتصال المُسْتَمِرَّ بالعيون. تجنب ميلان الجسم الشديد إليه، أو الجلوس البعيد مُقَابِلِ الطفل. كن داعماً ومساعداً وابد اهتماماً جدياً به.
- تجنب أن يُلاحِظَ الطفل توتراتك الناجمة عن ضغط المواعيد. حتَّى وإن كَانَ الاختيَارَ مُعَيَّراً وفيه الكثير من التوجيهات المحددة فتجنب العَمَلِ الآلي. لهذا حاول الابتسام الطبيعي ولا تبدي أي سُلُوكٍ متكبر أو أسلوب إجابات أو أسئلة جامدة، فإذا تعاملت مع مواد الاختيَارِ أو أية أدوات (كتسجيل الملاحظات أو النتائج أو غيرها) فلا يجوز أن يحصل الطفل على الانطباع بأنك تخفي عنه شيئاً لأن مثل هذا التَصَرُّفُ يزعزع الثِّقَةَ ويسبب المقاومة والرفض أو الخَوْفَ.
- يُمكنك تحقيق مُسْتَوَى مرتفع من الدافعية عِنْدَمَا تقوم بالتعزيز والتشجيع. أجب بصدق وقدم تعليقات تفصيلية، تتناسب مع أسلوب التَصَرُّفِ في كُلِّ مرحلة عمرية وتتلاءم مع أسلوب الحديث القائم. تجنب الكلمات المُفْرِطَةَ الاتساع، مثل "جيد"، "حسناً" بعد كُلِّ مَهْمَةٍ، لأنها لا تحقق أية وَظِيْفَةَ. امدح المساعي والجهود ولا تمدح صحة الإجابات، فغالبية مطبقي الاختيَارِ يقولون بِشَكْلِ عَفْوِي "جيد" بعد الإجابة الصَّحِيْحَةَ، الأمر الذي يعطي الطفل تغذية راجعة مباشرة وبهذا يحصل خرق لقوَاعِدِ الاختيَارَاتِ الفرديَّة، وتسبب الخيبة والإحباط عِنْدَمَا لا

يُحصل التعزيز. كما أن التغذية الراجعة الإيجابية بعد كل إجابة صحيحة تسبب أثر تعلم، الأمر الذي يجعل من النتائج غير صالحة من منظور معياري. وأحياناً يكون النجاح والفضل في مهمة ما بالنسبة للطفل ومدير الجلسة باדיين، وفي هذه الحالة فإن المديح والمواساة مقبولان.

- كن حساساً لحاجات ومشاعر الطفل، لتساعده على تقبل موقف الفحص، فكثير من الأطفال غير معتادين أن يكونوا مع الغرباء وحدهم، وكثير منهم ينظرون للاختبار كتهديد لمكانتهم. لهذا يُمكن أن يظهر القلق بوضوح أو يكون مخفياً عند كل طفل مفحوص. وبعض الطرق تكون ملائمة لبعض الأطفال في حين يُمكن أن تكون لغيرهم مثيرة للريبة. على مدير الاختبار أن يكون مُشخصاً جيداً أن يمتلك في كل وقت طرقاً مُختلفة في التعامل بالنسبة لأطفال مختلفين وأن يلائمها مع الطفل المعني.
- انتبه لمشاعرك، إذا إنك عندما تكون تعباً أو متوتراً أو ملولاً أو خائفاً فإن هذا سينتقل إلى الطفل واليافع. انتبه إلى إشاراتك من ناحيتك لتتعرف على المُشكلات مُسبقاً. ويُمكن للاستراحة القصيرة أن تتجنب حصول نتيجة غير مناسبة للاختبار أو قطع غير لازم للاختبار.
- قد يحتاج الأطفال الصغار للتحرك في المكان يريدون شرب شيء ما أو يتمددوا أو يتحدثوا أو يذهبوا للتواليت، فحاول أن تجعل من الانقطاعات الناجمة عن هذا ضمن الحد الأدنى قدر الإمكان.
- لا تتجنب أسئلة الطفل وملاحظاته ولكن قيد من حجمها. وتجنب النقاشات والشروحات الطويلة، فقط في الحالات الاستثنائية إذا كان الطفل خوفاً أو لا يشعر بالراحة لابد من التطرق للمشاعر بصورة مكثفة لتسهيل المهمة على الطفل. واجه المفاجآت بالفكاهة.
- اجعل الطفل يشارك في إعادة ترتيب مواد الاختبار بعد الانتهاء إذا كان يرغب في ذلك واجعله يقوم بدور فاعل إذا كان هذا ممكناً.

- اسأل عند وجود إجابات غير واضحة وحفز الطفل على الإجابة إذا بدا هذا ممكناً. إن الكثير من "الثرثرة" تجعل موقِّف الاختبار "مائعاً"، ويحبط الطفل على المدى البعيد ويعيق في النهاية الإجابات العفوية. ومن أجل الحفاظ على علاقة طيبة بالطفل أو اليافع ينبغي للفحص ألا يتحول إلى "استجواب". ومن ناحية أخرى يفترض أن تشير عبارة "لا أعرف" إلى عدم استعداد، فالخبرات التشخيصية والقدرة على الإحساس إلى حد ما ينبغي أن تساعد في التقرير فيما إذا كان خطأ ما أو ما يشبهه يقوم على نقص في القدرة أو الرغبة إذ إن الإجابة مثل "لا أعرف" أو "لا أستطيع" غالباً ما تعني "لا أريد". وبالطريقة نفسها يمكن أن تعني إجابة مثل "افعل ذلك" "أرني" إشارة إلى التعلق بالراشدين.
- الشرط الأهم للحفاظ على اتصال جيد: كن واثقاً من كل قواعد تنفيذ الاختبار. عليك أن تعرف الاختبار بشكل جيد بحيث يصبح تنفيذه شيئاً ثانوياً. والإلمام الشامل بالتعليمات يعطي مطبق الاختبار الفرصة لبناء علاقة إنسانية متعاطفة مع الطفل والحفاظ عليها، الأمر الذي يقود إلى فحص سليم ومريح. ومطبق الاختبار الذي يشعر بالمسؤولية يتبع تعليمات التطبيق والتقويم بدقة وبهذا يضمن صدق الأداة المعيرة، إلا أنه ينتبه أيضاً بدقة للطفل ويلاحظ السلوكيات ذات الصلة بطريقة غير ملفتة للنظر وغير ملحاحة.
- المتخصص النفسي الذي طبق الاختبار هو وحده الذي يجوز له تفسير النتيجة، إذ إنه بهذه الطريقة يمكن ضمان تقويم يراعي كل المظاهر.

الفصل السادس

العملية التشخيصية والتقرير النفسي

١. مقدمة

التشخيص النفسي عبارة عن عملية تتألف من مجموعة من العناصر أو المكونات. وسناقش هذا الفصل العملية التشخيصية *Process of Diagnostic*، أي مجرى الأنشطة التشخيصية في وجوها المهمة والكيفية التي يفترض لهذه العملية أن تتم فيها. وتنبع أهمية وضوح العملية التشخيصية وتحديد إجراءاتها من كون هذا الوضوح والتحديد يسهم إلى حد كبير في التقليل من مصادر الخطأ التي قد تشوب الحكم التشخيصي، ومن ثم يسهم في تحسين جودة العمل التشخيصي. والتشخيص النفسي ليس حدثاً وحيد الاتجاه، ينتهي بطرح التشخيص، وليس حدثاً موقفياً، يحدث في موقف محدود زمانياً ومكانياً ولمرة واحدة وإنما هو حدث تفاعلي تكراري يجري عبر سلسلة من الإجراءات والخطوات باتجاه الهدف أو بعبارة أخرى يتم التشخيص بعد عدد من العمليات. ويعد الوصول إلى الحكم التشخيصي وإعداد التقرير النفسي جزءاً من هذه العملية، حيث تنعكس هذه العملية فيه، وستتم مناقشته في هذا السياق أيضاً من حيث تعريفه وعناصره الأساسية وشروطه.

٢. العملية التشخيصية

تعد عملية تجميع المعلومات كلها والتي يحتاجها المرء من أجل تشخيص اضطراب نفسي أو مشكلة إنفعالية أو مشكلة أسرية أو غيرها عملية صعبة، تتطلب الخبرة المهنية وتستخدم الملاحظة و المقابلة على شكل أسئلة وإجابات والمقاييس والاختبارات. وقد يطرح المعالج في البداية تشخيصاً أولياً مؤقتاً، ويستمر فيما بعد بالتحقق منه أو تخصيصه، وقد يعود ثانية لإجراء تشخيص جديد. والتشخيص أمر ضروري للعلاج ومن أجل هذا الغرض يقوم الشخص ببناء صورة من خلال

المعطيات التي استخلصها من الفحص والجلسة التشخيصية والاختبارات (Frey, 2005). و تطلق على تسلسل الإجراءات للحصول على المعلومات التشخيصية ذات الصلة تسمية العملية التشخيصية (Amelang & Zielinski, 2002, Amelang & Schmidt-Atzert, 2004; Schmidt-Azert & Amelang, 2012). إنها عملية تهدف إلى الحصول على المعلومات الهادفة حول الخصائص النفسية للشخص الواقع تحت التشخيص باستخدام أساليب مختلفة (سؤال) وتنتهي في العادة بالإجابة عن السؤال المطروح في التشخيص، ولا بد دائماً من النظر إلى العمل التشخيصي النفسي على أنه حدث إجتماعي توافقي، يحصل بين عدد من المشاركين وفق مستويات متعددة. وهي لا تبدأ عند الفحص التشخيصي، وإنما من الاتصال الأول بين الشخص والمراجع أو صاحب التكليف.

وهناك مصادر مختلفة للحصول على هذه المعلومات منها واقع ضمن عمل المتخصص النفسي ومنها ما هو ليس كذلك، إذ يمكن أن تكون المصادر بيولوجية، كالفحص الجسدي والتشخيص المخبري والتصويري والتخطيطي وغيرها مما هو واقع ضمن ميدان عمل الطب، وهناك المصادر النفسية التي تمثل ميدان عمل المتخصص النفسي، كالفحص النفسي، والفحص النفسي الديناميكي بالمقابلة والملاحظة والسبر والفحص النفسي السيكومتري، وهناك المصادر الاجتماعية التي يتم الحصول عليها عن طريق تاريخ الحالة وتشخيص التفاعل والمخططات الوراثية . Genogram

وكما هو الحال في كل الفروع الطبية والطبية النفسية والإكلينيكية والتربوية يعد التشخيص الشرط الأساسي لتحديد الشكل المناسب من التدخل. ومن أجل هذا الغرض يقوم الشخص ببناء صورة من خلال البيانات التي استخلصها من الفحص والجلسة والمحادثة والاختبارات. وتعد هذه العملية عملية معقدة، وذلك لأنه يمكن للمشكلات أو الاضطرابات المختلفة أن تحمل الأعراض نفسها (يمكن مثلاً لاضطرابات النوم أن تكون اضطراباً مستقلاً بحد ذاته أو يمكن أن تكون

عرضاً من أعراض الاكتئاب، أو يُمكن لانخفاض الإنجاز أن يكون مُشكلة بحد ذاته أو عرضاً من أعراض مُشكلات أخرى). (Frey, 2005)

وعادة ما يقوم المُشخص في المُقابلة الأولى بدراسة تاريخ الحياة أو السيرة الذاتية (من خلال العودة إلى تاريخ حياة المُفحوص والتطرق إلى المُشكلات الحياتية الراهنة) و فحص الحالة النفسية الراهنة، ويقوم بإجراء اختبار أو مجموعة من الاختبارات النفسية حسب الحالة، مستخدماً ثلاثة فئات من المعلومات التي تفسر وتتنبأ بالسلوك الإنساني. (Börner, 2004)

- المعلومات حول سمات الشخصية
- المعلومات حول سمات الموقف
- المعلومات حول تاريخ الحياة (الخبرات الحياتية أو ما يُسمى بتاريخ التعلم)

مع الإشارة إلى أنه ليس بالضرورة لهذه الفئات الثلاثة أن تكون على الدرّجة نفسها من الأهمية في كلّ مسألة تشخيصية. وتحتاج العملية التشخيصية في المتوسط بين الجلسة والأربع جلسات بين ٤٥ - ٥٠ دقيقة، للوصول إلى التشخيص، وهي المرحلة الأساسية، إلا أن عملية التشخيص لا تنتهي عند هذا الحد، وإنما تظل عملية مُستمرّة مترافقة مع التدخّل العلاجيّ أو غيره (رضوان، ٢٠٠٩).

وتتألف العملية التشخيصية من سلسلة من القرارات أو الأحكام التي قد تكون معرضة للخطأ، الذي قد يرجع إلى تأثير القوالب أو الأنماط الإجتماعية (الأحكام الإجتماعية)، وعدم مُراعاة التوازن بين الفوائد والتكاليف، وأخطاء التفاعل بين الفاحص والمفحوص، كأن يتابع الفاحص أهدافه الخاصة بدلاً من متابعة المسألة التشخيصية، وأخطاء ناجمة عن التصوّرات القيميّة. ومن هنا فإن ضبّط الأخطاء في العملية التشخيصية والتقليل منها يتطلب من المُشخص أن يمتلك معارف تشخيصية جيدة وكذلك معرفة بالحالات التي يتعامل معها وأن تكون إجراءاته منهجية وموجهة بالنظرية وألا يتم طرح أية طروحات ليس لها علاقة بالمسألة التشخيصية، وأن يسعى للشفافية والوضوح والتفاهم مع صاحب التّكليف،

وأن يكون مُدرِّباً على كِتَابَةِ التَّقَارِيرِ النَّفْسِيَّةِ (Börner, 2004) وهو ما يهدف إليه الفصل التَّالِي.

٢,١ خطوات العملية التشخيصية

يقدم الشكل ٣٤ عرضاً توضيحياً لخطوات العملية التشخيصية.

وكما يوضح الشكل ٣٤ تتضمن العملية التشخيصية مجموعة من الخطوات تتمثل في:

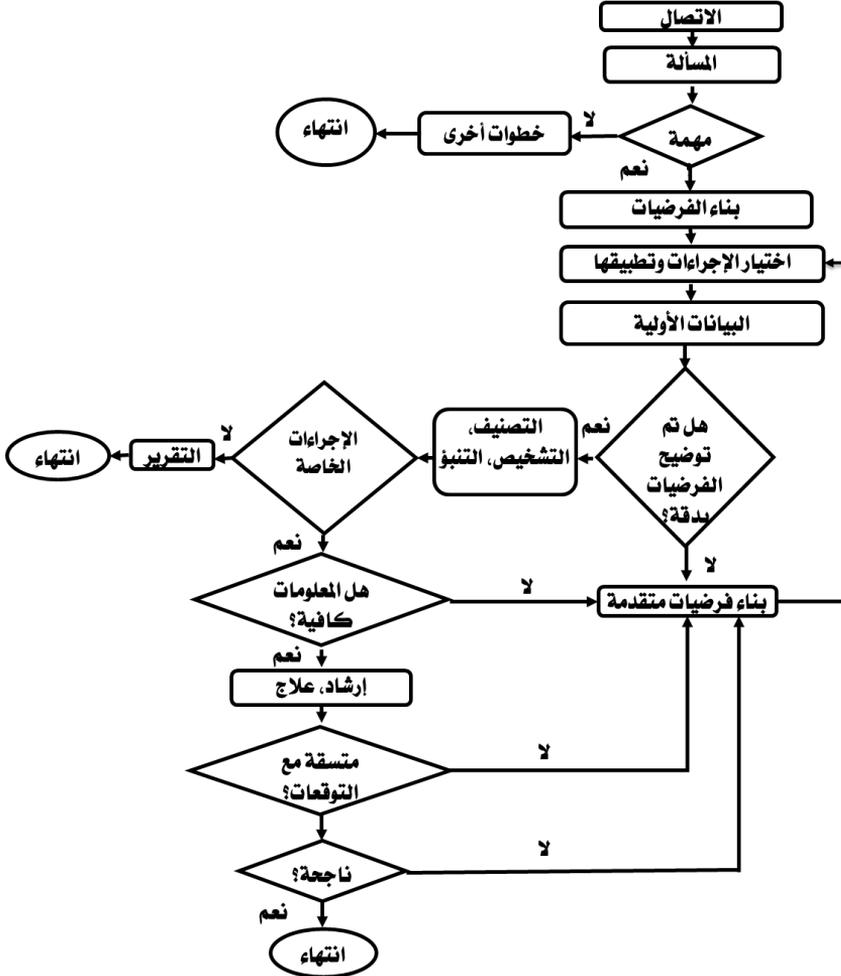
- ١ توضيح وطرح المسألة التشخيصية (الوضوح، مقبولة أخلاقياً، الكفاءة التخصصية للمشخص)
- ٢ دراسة الحالة (المقابلة التشخيصية: سبر التاريخ المرضي، السيرة الذاتية والتطور: لا يتم في دراسة الحالة استخدام مقاييس واختبارات).
- ٣ انتقاء واستخدام الأدوات التشخيصية
- ٤ تقييم وتفسير نتائج الأدوات التشخيصية
- ٥ إعداد التقرير النفسي
- ٦ تحديد التدخلات (لا يوجد تشخيص من دون اتخاذ قرار)
- ٧ الجلسة الختامية - حتى مع الأطفال.

إطار ٢: تعريف التقرير النفسي

تذكر
التشخيص النفسي يجيب عن السؤال: ما هي المشكلة؟ من أين نبعث المشكلة؟ (ما هي أسبابها؟) ما الذي ينبغي أن يحصل لحل المشكلة (تحديد الأهداف والطرق)

ويعرض الشكل ٣٦ صفحة ١٩٢ تلخيصاً لمجرى العملية التشخيصية بدءاً من الاتصال الأولي وانتهاء بتقييم مدى نجاح الإجراءات المقترحة، وما يفترض أن يتم أخذه بعين الاعتبار في كل خطوة من خطوات العملية التشخيصية.

وبما أن العملية التشخيصية تُعكس ثانية في التقرير فسوف نتعرض لخطوات العملية التشخيصية باختصار ثم نتوسع في النقاط الأساسية المعروضة أعلاه عند الحديث عن التقرير.



الشكل ٣٤: شجرة قرارات لخطوات العملية التشخيصية

٢,١,١ المسألة التشخيصية

تعد المسألة التشخيصية (السؤال التشخيصي) الأساس الذي يوجه العملية التشخيصية وهي ليست عملية وحيدة الاتجاه وإنما عملية تكرارية، وتتضمن توضيح ثلاث نقاط:

التشخيص النفسي

Psychological Diagnostic

- المُشكَلَةُ الفعلية: ما الذي قاد المُراجع إلي أو ما سبب المُراجعة (طبقاً لِعرض صاحب التَكليف).
- الوضع الراهن (حتّى الآن).
- وجهة نَظَر المُراجع في المسألة (التوضيح بِشكَلٍ خاصّ في حال التحويل من جهة ما، في حال الأطفال، في الإدمانات، في المُشكَلات الزوجية وغيرها).



الشكل ٣٦ : المجرى التشخيصي (معدل عن هاوتسنفر، ١٩٩٤)

المشكلة الفعلية ٢,١,١,١

من الأمثلة على المُشكَلات أو المسائل التَشخيصية في المجالات المُحتَلِفة يُمكن الإشارة إلى المجالات التالية:

في علم نفس الأسرة: الإجراءات القضائية الأسرية كحق الحضانة على سبيل المثال):

«...فيما إذا كَانَ نَقَلَ حَق الحضانة للطفل (سعيد) إلى جديه لأبويه في مصلحة الطفل علم النفس المدرسي»

«فيما إذا كَانَت سَعَاد مُلَاعِمَةٌ للتسجيل في الفرع العلميّ بناء على مُشكَلاتها المدرسية في الوقت الراهن في الصف العاشر.

في علم النفس الإكلينيكي

«...فيما إذا كان (أحمد) مريضاً بالفصام الزوري الأمر الذي يؤيد اتخاذ قرار إيجابي بالإحالة المبكرة على التقاعد.

في علم النفس المهني

«...توضيح مواقف الضغط الفردي التي يعيشها (أكرم) على أنها متطرفة وحول ضرورة تقديم الدعم في مواجهة المواقف الضاغطة.

في التشخيص القضائي:

«...فيما إذ كانت تتوفر الشروط التخفيفية لدى المتهم (كريم) مع العلم أنه من المفضل الإشارة هنا إلى العقوبات الممكنة المرتبطة بسلوكه.

في علم نفس المرور:

«فيما إذا كان من المتوقع أن يقود (عدنان) في المستقبل السيارة تحت تأثير الكحول أو هناك احتمال حصول أضرار نتيجة التناول غير المسيطر عليه للكحول أو كليهما الأمر الذي يجعل قدرته على قيادة المركبة بشكل آمن مشكوكاً فيها.

«فيما إذا كانت قدرة السيد (حاتم) البالغ من العمر ٦٠ سنة على التركيز والاستجابة تستوفي الشروط اللازمة من سائق سيارة ومن ثم تبرر الموافقة على تجديد رخصته في القيادة علماً أن الفحوص الجسدية تبرر ذلك.

٢،١،٢ الوضع الراهن حتى الآن

وتتضمن وصفاً للتاريخ السابق للحالة حتى الوقت الراهن، وتتم الاستعانة هنا بمصادر مختلفة للمعلومات بمقدار ما يكون هذا ضرورياً ولزماً للمسألة التشخيصية كالاستعانة بالملفات، وتاريخ المريض، وتاريخ المرض، السيرة الذاتية والاستقصاء والسبر بالشكل الذي تم التطرق له في الفصل الرابع والخامس من هذا الكتاب.

مثال ذلك:

موضوع الحضانة: الطفل سعيد هو ابن، يسكن في..... وتم طلاق الوالدين في عام.....وعند الانفصال تم الاتفاق على ما يلي فيما يتعلق بحضانة الطفل.....:

الإرشاد المدرسي: سعاد في الصف الأول الثانوي. كانت في أثناء المرحلة الابتدائية والإعدادية طالبة ممتازة...الخ.

التقاعد: في عام....ظهرت لدى أحمد الأعراض الأولى للفصام الأمر الذي قاد إلى الإقامة في مستشفى ابن سينا في الفترة الواقعة بين... و.....

الإشكالية المهنية: يعمل أحمد منذ عشرين سنة معلماً وظهرت أولى الصعوبات....

إشكالية سوء الاستخدام: هناك شك فيما إذا كان قد تم استغلال أحمد جنسياً عندما كان قاصراً لفترة طويلة...الخ.

٢,١,٣ وجهة نظر المراجع في المسألة:

ويتم توضيح رأي المراجع في المسألة التشخيصية المطروحة، وفيما إذا كان يرى أنها مهمة بالنسبة له، والتوضيح ينبغي أن يحصل في كل الأحوال، إلا أنه يحتل هنا أهمية خاصة في حال التحويل من جهة ما وفي حال الطفولة وفي الإدمانات وفي المشكلات الزوجية وغيرها.

٢,١,٢ انتقاء واستخدام الأدوات التشخيصية

وتتضمن هذه الخطوة من العملية التشخيصية ثلاثة عناصر: إجراء الجلسة التشخيصية وملاحظة السلوك، واستخدام الأدوات التشخيصية النفسية.

٢,١,٢,١ إجراء الجلسة التشخيصية وتتضمن:

توضيح تاريخ المرض (تاريخ تطور المشكلة)، وتحليل المشكلة عن طريق السبر أو الاستقصاء (راجع صفحة ١٣٩). إما النقاط التي يمكن أخذها بعين الاعتبار فتتضمن ما يلي: (Boerner 1999) (قارن ذلك مع الشكل ٣٦ صفحة ١٩٢ وادرسه بتفصيل)

- تحلِيل المُشكَلَة (على سبيلِ المِثَالِ الأعرَاضِ، أولَ ظهورها، التكرار، التأثير على نوعيَّة الحياة).
- الإطار العام للنُمُو (الوالدان، الإخوة على سبيلِ المِثَالِ).
- علاقة المراجع بالوالدين.
- العلاقة بالإخوة.
- الولادة، الطفولة المبكرة.
- سن الحضانه والاتصالات الإجتماعيَّة.
- سن المدرسة، التأهيل، المهنة.
- وقت الفراغ.
- التقدير الذاتي.
- الرؤى والتوقعات المُستقبليَّة.

٢,١,٢,٢ ملاحظة السلوك:

عن طريق الملاحظة بالصدفة والملاحظة المقصودة. (راجع الفصل الرابع صفحة ١٥٦).

٢,١,٢,٣ استخدام الأدوات التشخيصية النفسية

مع الأخذ بعين الاعتبار استخدام عدد من الاختبارات التشخيصية وعدم الاقتصار على اختبار واحد، وأن تحقق الاختبارات المحكّات الأساسية اللازمة التي سبق وعرضنا لها.

٢,١,٣ تقييم وتفسير النتائج

وتتضمن هذه الخطوة من العملية التشخيصية استخلاص نتائج الاختبارات المُستخدَمة وتحويلها إلى درجّات معيارية، وتفسيرها.

٣. المشاركون في العملية التشخيصية

يشارك في العملية التشخيصية عدة أطراف: الأول صاحب التّكليف وقد يكون شخصاً أو مسؤولاً أو مُنظمة ترغب بالإجابة عن مسألة ما بمساعدة التشخيص

النَفْسِيّ. وقد يَكُون طالب الإجابة هو الشَّخْص نفسه، كالمسترشد أو المتعالج الذي يلجأ للإرشاد أو العلاج، أو يُمكن أن تكون مؤسسة للحصول على موظف ملائم لمركز ما أو يُمكن أن يكون مسؤولاً يرغب في معرفة مدى صلاحية شخص ما للحصول على رخصة قيادة على سبيل المثال. والطرف الثاني هو المُشخَّص المتخصِّص. وهو المسؤول عن ضمان الجودة في أثناء العملية التشخيصية كلها بما في ذلك التبرير العلمي والتعليقات الأخلاقية. والثالث هو الذي يتم تشخيصه، ومنه عادةً ما يتم طلب غالبية المعلومات الخاضعة بدورها للسرية وحماية البيانات. وهنا تسري القاعدة الأساسية المتمثلة في أن إعطاء المعلومات التفصيلية لطرف ثالث بمن فيهم صاحب التكليف يحتاج لموافقة الشَّخْص الذي يتم تشخيصه، فإذا ما تم التكليف بالتشخيص من طرف ثالث ووافق الشَّخْص على إجراء التشخيص له، فإن سرية البيانات وحمايتها لا تنطبق على القرار التشخيصي ومبرراته. وعلى المُشخَّص والمُشخَّص ٣٣ أن يوضحا كيفية التعامل مع البيانات. وهناك طرف ثالث آخر من المحيط الاجتماعي للمفحوص كالشريك الزوجي أو عضو من أعضاء الأسرة أو الأصدقاء أو الزملاء أو المدير أو المرؤوس، والذين يُمكن إشراكهم كمصادر للمعلومات بموافقة المفحوص نفسه أو قد يكونوا قد أثروا على العملية التشخيصية من خلال نصحهم المفحوص بالبحث عن المساعدة التشخيصية أو يكونوا هم أنفسهم من المساهمين في المشكلات الحاصلة.

^{٣٣} المصطلح المستخدم للدلالة على من تجرئ له عملية التشخيص هو المُشخَّص وليس المفحوص examined أو tested حيث يُستخدَم مصطلح المفحوص عموماً لكل الأشخاص الذي يجرئ عليهم امتحان أو اختبار أو تجربة، وهو مرتبط أكثر بالأغراض البحثية وليس بمسألة تشخيصية. وسنستخدم مصطلح المفحوص والمراجع في هذا الكتاب بمعنى المُشخَّص أي الشَّخْص الذي تجرئ له عملية التشخيص بالمعنى الاصطلاحي وليس المضموني نظراً لشيوع الاستخدام.

٤. التقرير النفسي

التقرير النفسي جزء مهم وأساسي من العملية التشخيصية، وفيه تتجلى العملية التشخيصية بخطواتها، أي تلك الإجراءات التي قام بها الفاحص بدءاً من طرح السؤال وانتهاء بالإجابة عن السؤال التشخيصي واقتراح الإجراءات أو التدخّلات. ومن هنا سيتضمن العرض التّالي بعض التكرارات النسبية التي سبق أن عرضنا لها أعلاه.

٤,١ لماذا يتم وضع التقرير النفسي؟

الغرض من التقرير النفسي الإجابة عن السؤال التشخيصي؛ فقد يرغب شخص أو جهة ما (فرد، أب، أسرة، زوج، قاض، موظف، مدير مدرسة، معلم، مؤسسة...الخ) باتخاذ قرار حول موضوع ما، إلا أنه تنقصه المعارف الموضوعية الضرورية أو اللازمة حول تقويمه للأمر (الحكم عليه). لهذا يقوم بتكليف خبير (متخصص نفسي) بتقديم تقرير يجب فيه الخبير عن السؤال المطروح.

وعلى الخبير أن يحلل الموضوع بصورة تخصصية وأن يقدم نتائج لصاحب التكليف بشكل مفهوم. ليتمكن صاحب التكليف من خلال هذا التقرير من الحصول على أساس كاف للقرار الذي عليه أن يتخذه. ويفترض في المسألة التشخيصية المطروحة أن تكون واقعة في ميدان عمل المتخصص النفسي أو الإكلينيكي، فإذا لم تكن كذلك فينبغي توضيح هذا، كما أشرنا. (Eckert & Westhoff, 2002; Frey,2005).

٤,٢ تعريف التقرير النفسي وشروطه

Report

التقرير النفسي: هو عبارة عن عمل علمي يتألف من إعطاء بيان حول مسائل ملموسة، استناداً إلى طرق ومحكّات معترف بها علمياً، وفق قواعد محددة في الحصول على البيانات وتفسيرها (Fisseni, 2004). و هو عبارة عن مجموعة من الاستنتاجات من الحقائق التي تم الحصول عليها من خلال استخدام المعرفة التخصصية. إنه إعلان تقدير الخبرة حول موضوع معين (مثال: حول اضطرابات

السُّلُوكُ الْمُحْتَمَلَةُ الْمُعَالَجَةُ إِحْصَائِيًّا لِلأَطْفَالِ القَصْرَ مِنَ الزِيَجَاتِ المَحْطَمَةِ). كما يُمكن تَعْرِيفَ التَّقْرِيرِ النَّفْسِيِّ بِأَنَّهُ التَّوْثِيقُ المُنْهَجِيُّ لنتائج الفَحْصِ النَّفْسِيِّ بِمَجْمَلِهِ، وَهُوَ بِوَصْفِهِ كَذَلِكَ يَعدُ جِزَاءً مِنَ العَمَلِيَّةِ التَّشْخِصِيَّةِ. وَفي تَعْرِيفِ لَتومِي Thomae يَرجعُ إلى عام ١٩٦٧ يُعرِّفُ التَّقْرِيرَ على أَنَّهُ مَحاولَةٌ لِلتَّوَاصَلِ بَيْنَ خَبِيرٍ (مَتَخَصِّصٍ نَفْسِيٍّ) وَالجَمْهُورِ (طَارِحِ السُّؤَالِ). إِنَّهُ عِبارةٌ عَن مَسانِدَةٍ مُسَنَدَةٍ عَلمِيًّا على اتخاِذِ القَرارِ بِالنَّسْبَةِ إلى مَشْكلَةٍ قائِمةٍ، يَتضمَّنُ تَقْيِيمًا لِمَقْطَعٍ مِنَ السُّلُوكِ وَليسَ لِلشَّخْصِيَّةِ كَكلٍ (Amelang & Schmidt-Atzert, 2006).

إطار ٢١: تَعْرِيفُ التَّقْرِيرِ النَّفْسِيِّ

تَعْرِيفٌ

كما يَمْكنُ تَعْرِيفُ التَّقْرِيرِ النَّفْسِيِّ لِغَيرِ المَتَخَصِّصِ كالتالي: التَّقْرِيرُ النَّفْسِيُّ هُوَ عِبارةٌ عَن عَرَضِ مَسْتَقِلٍ (مَتكاملٍ) لِلإِجْراءِ التَّشْخِصِيِيِّ النَّفْسِيِّ وَلِلنتائجِ وَالاستنتاجاتِ وَالتِي تَتعلقُ بِمَشْكلَةٍ مَلْمُوسَةٍ حَولَ شَخْصٍ أَوْ مَوْسَسَةٍ أَوْ مَوْقفٍ مَطْلُوبِ تَقْوِيمِهِ، وَيَقومُ هَذَا التَّقْرِيرُ على أُسَاسِ عَمَلِيَّةِ تَشْخِصِيَّةٍ مُعَقَّدَةٍ حَسَبِ المَسأَلَةِ المَطْرُوحَةِ وَيتمُّ تَقْدِيمُهُ لِمَتَلْقِيِ التَّقْرِيرِ (صاحبِ التَّكْلِيفِ)، أَوْ المَكْلَفِ أَوْ طالِبِ التَّشْخِصِ). (Fisseni, 2004; Westhoff, Hagemester & Stroebel, 2006; Kubinger; Kubinger & Jäger, 2003)

ويَميزُ هَيس (Heiss, 1964) بَيْنَ أَشْكالِ ثَلَاثَةِ أُسَاسِيَّةٍ لِلتَّقارِيرِ حَسَبِ الغَرَضِ:

١. تَقارِيرُ وَصَفِ الشَّخْصِيَّةِ
 ٢. تَقْرِيرُ تَقْوِيمِيٍّ (حُكْمٍ) أَوْ مَتخِذِ لِمَوْقفٍ (قَرارٍ)
 ٣. تَقْرِيرُ اسْتِشارِيٍّ (إِرشادِيٍّ) (عن: Fisseni, 2004)
- إِنَّ ما يَفْعَلُهُ الخَبِيرُ (المَتَخَصِّصُ النَّفْسِيُّ) بِدَايةٍ في التَّقْرِيرِ هُوَ التَّفْسِيرُ المُنْهَجِيُّ وَتَحْدِيدُ التَّدخُّلِ أَوْ اقْتِراحِ الإِجْراءاتِ (Schmidt 1995).

وَيُفْتَرَضُ بِمَسانِدَةٍ التَّقْرِيرِ أَنَّ يَمْكنَ المَتَلْقِيِ مِنَ التَّوَصُّلِ إلى قَرارٍ مَوْسَسٍ (مَبْنِيٍّ، مُسَنَدٍ، مَدْعَمٍ) في مَوْسَسَتِهِ. أَي أَنَّ الهَدَفَ مِنَ التَّقْرِيرِ أَنَّ يَمْكنَ صابِحِ القَرارِ غَيرَ المَتَخَصِّصِ في العادَةِ مِنَ اتخاِذِ قَرارٍ بِناءِ على ما توَصَّلَ إليه الخَبِيرُ. وَتَقَعُ على عاتِقِ المَقومِ مَسْؤُولِيَّةَ اخْتِيارِ الإِجْراءاتِ بِناءِ على المُسْتَوَى الرَّاهِنِ لِلبَحْثِ في عِلْمِ النَّفْسِ وَحِجْمِ البَيِّناتِ التِي يَعدُّها مُهْمَةٌ وَما الَّذِي يَعدُّ مِنَ وَجْهَةِ نَظَرِ المَسأَلَةِ

المطروحة لازم للإخبار وما لا ينبغي إخباره لحماية شخصية المَفحُوص ومحيطه. و لا بد أن يتسم عمله بالسعي نحو الموضوعية. وأن يكون قادراً على تبرير عمله النفسي التشخيصي. ومن هنا فقبل قبول التكليف على المشخص أن يوضح المسائل التالية، من أجل أن يقرر قبول التكليف أو عدم قبوله:

إطار ٢٢: أسئلة مهمة للمُشخص في العملية التشخيصية

- من لديه المشكلة؟
- لماذا لدى صاحب التكليف هذه المشكلة؟
- ما هي مشكلة صاحب التكليف؟
- ما الذي يريد معرفته؟
- هل أستطيع الإجابة عن أسئلة صاحب التكليف بكفاءة علمية موضوعية؟
- ما هي الحقائق التي علي الانطلاق منها كخبير؟
- ما هي الاختبارات التي علي إجراؤها أو يجوز لي إجراؤها؟
- كيف وأين ومتى ينبغي إجراء الاختبارات؟
- كيف أقوم بالبيانات؟
- ما هي النتائج التي ستوفر بعد نهاية الاختبار (الاختبارات)؟
- كيف يمكن تفسير البيانات بدقة موضوعية وبصورة مقنعة؟
- ما هي الإجابات التي يمكن اشتقاقها من نتائج الاختبارات بالنسبة لأسئلة صاحب التكليف؟
- كيف يمكنني عرض النتائج بالنسبة لمتلقي تقريرتي بدقة موضوعية وشفافة (مفهومة) ومقنعة.

٤,٣ الخطوات الأساسية في اتخاذ القرار التشخيصي

تتألف خطوات اتخاذ القرار التشخيصي من سلسلة من القرارات يتخذها المتخصص النفسي. وليس هناك صيغة محددة للتقرير وحجمه، فقد يختلف حسب الاتجاه المدرسي للمُشخص والمسألة التشخيصية. ويعكس التقرير النفسي خطوات العملية التشخيصية نفسها وقد حدد فيستهوف وكلوك (Westhoff & Kluck, 2008) خطوات العملية التشخيصية ومن ثم خطوات إعداد التقرير على النحو التالي:

١. المسألة التشخيصية.
٢. القبول
٣. بروفيال المطالب.
٤. الأسئلة النفسية (فرضيات)
٥. برنامج الفحص

٦. إجراء الفحوص التشخيصية
٧. عرض النتائج
٨. نتيجة الفحص: الإجابة عن الأسئلة النفسية ومن ثم عن المسألة التشخيصية.
٩. اقتراحات أو نصائح حول الإجراءات التالية
- إطار ٢٣: مثال تطبيقي

<p>مثال: حسان عمره ست سنوات في الصف الأول</p> <p>المسألة التشخيصية:</p> <p>توضيح أسباب الملل لدى حسان واقتراح إجراءات تدخل.</p> <p>صياغة الفرضيات التشخيصية:</p> <p>الإنجاز: فرط في التحفيز أم نقص فيه؟</p> <p>الشخصية: الاهتمام أو الميول، الدافعية للإنجاز وبشكل خاص في الواجبات المفروضة من الخارج، الاستعداد لبذل الجهد؟</p> <p>السياق: التفاعل مع المعلمة، الإطار، دور الوالدين؟</p> <p>اختيار الأدوات المناسبة (الضبط الإجرائي):</p> <p>الإنجاز: اختبار للذكاء واختبار للإنجاز المدرسي.</p> <p>الشخصية: الجلسة مع الطفل والوالدين والمعلمة، الملاحظة في موقف الاختبار</p> <p>السياق: الجلسة مع الطفل والوالدين والمعلمة، الملاحظة في موقف الاختبار، الملاحظة في الدرس.</p> <p>إجراء الفحص: تطبيق الأدوات التشخيصية.</p> <p>تقييم النتائج وتفسيرها:</p> <p>الإنجاز: ذكاء فوق المتوسط، موهبة في مجال القدرات الرياضية والمكانية، إنجاز مدرسي طبيعي في القراءة والكتابة.</p> <p>الشخصية: (استخدام مفهوم "الملل" هنا قد يبدو صحيحاً، إلا أن الملل ينطبق على ٩٠٪ من الناس لهذا الابد من وضع صياغة محددة ونوعية: لدى حسان استعداد عال للإنجاز في المهام التي يختارها بنفسه، وميل لتجنب بذل الجهد في المهام المطلوبة من الخارج أو المهام "الشاقة"، متفرد، قليل الاهتمام بالأقران.</p> <p>السياق: المعلمة والوالدان متعاونان</p> <p>إبلاغ النتائج لصاحب التكليف، الإجابة عن المسألة التشخيصية</p>

^٤ تطلق على هذا الأثر في علم النفس الإكلينيكي "أثر بارنوم" وهو تلك العبارات العامة والتي تصدق افتراضياً على الكل، بسبب من عموميتها تعطي انطباعاً بصحتها إذا طبقت على الحالة الفردية، ويستخدم المنجمون والمشعوذون عبارات وأوصافاً عامة تروق للشخص بسبب تفاهتها وليس بسبب صحتها.

جلسة إرشاد مع الوالدين: توضيح الأسباب (نقص التحفيز، مشكلات في الدافعية للإنجاز).
تخطيط التدخلات: (تدريس أكثر تفريدا، تحسين الاستعداد لبذل الجهد والكفاءات الاجتماعية).

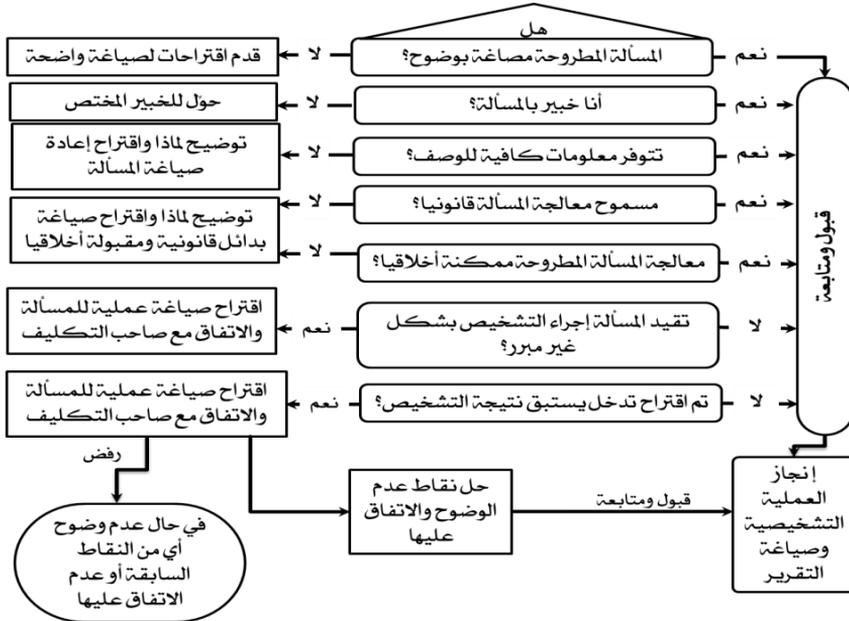
وسنقدم فيما يلي عرضاً تجميعياً للخطوات المعروضة أعلاه تندرج تحت: التّكليف وصياغة المسألة (المشكلة) ووضع خطة الفحص وإجرائه واتخاذ القرار والإجابة عن المسألة التشخيصية (Westhoff & Kluck, 2008). (راجع الفصل السابع أيضاً ٢٢٩)

٤،٣،١ التّكليف وصياغة المسألة

مع المسألة (السؤال أو المشكلة) المرتبطة بالتكليف تكون قد وضعت معالم الطريق للتسلسل التالي؛ بداية وقبل هذا على الشخص أن يترجم المسألة (المشكلة المطروحة) في اللهجة العامية، أو في لغة الحياة اليومية، إلى مسألة علمية نفسية مناسبة. وعليه اختبار فيما إذا كان من الممكن استخلاص الموضوع المناسب من المعرفة العلمية المتوفرة.

وعليه أولاً أن يقوم بتدقيق المسألة، ويساعد التدقيق Precision في المسألة القائمة غير العلمية في الغالب على أن تصبح هذه المسألة قابلة للاختبار في العملية اللاحقة، وهو يقود الشخص إلى حدس (توقع) anticipation الاستراتيجيات المرتبطة بها. وعند صياغة المسألة على الشخص أن يسأل نفسه أيضاً فيما إذا كان يمتلك الكفاءة التقنية والمهنية اللازمة لهذه المشكلة، فإذا لم يكن يمتلكها أو لا يستطيع خلق هذه الكفاءة فعليه رفض التكليف ومناقشة ذلك مع المراجع وتحويله إلى متخصص أكثر كفاءة. وفي الحالة الإيجابية يفترض ألا يكون الشخص قادراً على صياغة فرضيات حول حصول السلوك المشكل فحسب، وإنما أن يكون قادراً كذلك على طرح فرضيات حول نوع الإجراءات التي يستطيع من خلالها نقل الحالة القائمة المشكلة إلى الحالة الواجبة المرغوبة.

كما تُعدُّ افتراضات المُتخصِّص النفسي حول السلوك الإنساني عاملاً أساسياً بالنسبة لعمليَّة اتخاذ القرار التَّشخيصي. وعليه فإن وصف السلوك الفردي وتفسيره والتنبؤ به والتأثير عليه يصبح ممكناً إذا انطلق المرء من الارتباطات الحتمية والمنتظمة بين سمات الموقف وأنماط السلوك وبين الأنماط السلوكية نفسها (Schmidt-Atzert,2012).



الشكل ٣٧: خطوات تدقيق المسألة التشخيصية

٤,٣,٢ بروفييل المطالب

وكما أشرنا سابقاً فإن هدف كل عمليَّة تشخيصية يكمن في تقديم المساعدة على اتخاذ القرار في مسائل مهمة، مثل إذا كان الشخص مناسباً لمهنة معينة أم لا أو إذا كان شكل من العلاج في اضطراب ما يعد بالنجاح أم لا. ومن أجل التمكن من الاختيار بين خيارات مختلفة (كالمهنة أو شكل العلاج) لا بد من توفر محكّات أو مطالب يتم وفقها تقدير السمات والصفات السلوكية للشخص الواجب تقييمه. وهكذا فإنه يمكننا على سبيل المثال مقارنة مطالب مهنة العامل في الخدمة الاجتماعية مع بروفييل الإنجاز والشخصية للشخص من أجل الإجابة عن السؤال إن

كان ملائماً لهذه المهنة أم لا. وتطلق على مجموعة المطالب في المسائل المتعلقة بعلم نفس العمل وعلم النفس التنظيمي تسمية "بروفيل المطالب"؛ وقد نقل فيستهوف وكلوك Westhoff & Kluck هذا المفهوم إلى ميدان علم النفس الإكلينيكي وميدان علم النفس التربوي والقضائي، وقاما بالتمييز بين المطالب التعويضية وغير التعويضية وكذلك بين المطالب الثابتة وغير الثابتة. ويمكن القول بشكل عام أنه لا بد للمطالب أن تكون مُعرّفة بشكلٍ قائم على السلوك ومن أجل التمكن من تقييمها بشكلٍ دقيق قدر الإمكان.

٤,٣,٣ الأسئلة النفسية والفرضيات

وبما أنه يغلب للمسائل المطروحة أن تكون عامة جداً فلا بد من تحويلها إلى أسئلة نفسية ومن ثم صياغتها على شكل فرضيات، ثم يتم من هذه الأسئلة انتقاء متغيرات، يمكن انطلاقاً منها تفسير السلوك ذو العلاقة بالموضوع أو التنبؤ به. ويفيد هذا الإجراء في تصميم وتنظيم العملية التشخيصية من جهة، ومن جهة أخرى يساعد على رفع الشفافية وتفحص التقرير ومن ثم فهو يؤثر بشكلٍ إيجابي على الفهم بالنسبة إلى القارئ الذي لا يكون في الغالب مُتخصّصاً نفسياً. ويرى فيستهوف وكلوك أن انتقاء المتغيرات النفسية يتم من خلال الاستعانة بالمعادلة السلوكية التالية والتي تشمل المتغيرات ذات الصلة كلها وتعد على درجة من الأهمية بالنسبة إلى تفسير السلوك الفردي والتنبؤ به والتأثير عليه، وذلك لضمان أخذ المتغيرات كلها بعين الاعتبار وعدم إهمال أي منها في إطار العملية التشخيصية: $B = f_i (E, O, C, Em, M, S)$ السلوك = دالة تقاع (البيئة، العضوية، الاستعراف، متغيرات انفعالية، متغيرات دافعية) (Westhoff & Kluck, 2009, P.260)

وحسب ذلك فإن السلوك Behavior عبارة عن وظيفة (f) Function للمجموعة التالية من المتغيرات النفسية (المعرفية والانفعالية والاجتماعية) وغير النفسية (متغيرات المحيط ومتغيرات العضوية): (راجع صفحة ٩٣)

التشخيص النفسي

Psychological Diagnostic

- متغيرات المحيط Environment (E)؛ الظروف الحياتية المحيطة، كظروف السكن والوضع المادي... الخ).
- متغيرات العضوية Organism (O)؛ الوضع الجسدي، كالأعراض والإعاقات... الخ).
- متغيرات استعرافية Cognitive Variables (C)؛ قدرة الإنجاز ومضامين الإدراك والتعلم والتفكير، كالدكاء العام وبنية الذكاء والتركيز).
- متغيرات انفعالية Emotional Variables (E)؛ كالقابلية لتحمل الضغوط والتعامل مع المشاعر والضغوط).
- متغيرات دافعية Motivation Variables (M)؛ كدافع الإنجاز والسلطة والميول والقيم).
- متغيرات اجتماعية Social Variables (S)؛ الذكاء الاجتماعي، المعايير، تأثيرات "الأخر المهم".
- وتفاعلاتها (I).

مثال: لجأت أم إلى المتخصص النفسي طارحة السؤال ما هي أفضل الإجراءات لتنمية طفلي الموهوب؟ وهذا السؤال يتعلق بالإجراءات أو التدخلات أكثر من أن يكون مسألة تشخيصية؛ فيقوم المتخصص النفسي بتوسيع السؤال ليصبح السؤال التشخيصي قابلاً للإجابة: هل الطفل موهوب؟

وبعد ذلك على المتخصص النفسي أن يحول المسألة التشخيصية إلى فرضيات تصنيفية وتفسيرية تكون قابلة للاختبار:

الفرضيات التصنيفية؛ وهي فرضيات تجيب عن السؤال (هل...؟)

-الفرضية البديلة: الطفل موهوب (حسب المحكات العلمية النفسية)

- الفرضية الصفرية: الطفل غير موهوب، غير أن الأم تتمنى أن يكون لديها طفلاً موهوباً.

- الفرضية البديلة: الطفل عدائي بشكل ملفت للنظر (وفق المحكات العلمية النفسية)

- الفرضية الصفريّة: الطفل ليس عدائياً، وإنما للوالدين توقعات مبالغ بها حول السلوك "العاقل أو المؤدّب" للطفل.

الفرضيات التفسيرية: ويتم طرحها عندما تكون الإجابة عن الفرضية التصنيفية قد حصلت، وعندئذ يتم السؤال عن الأسباب الممكنة. (فتجيب عن السؤال لماذا...؟)

-الفرضية البديلة: لايمتلك الطفل استراتيجيات غير عدوانية في مواجهة المواقف الضاغطة.

-الفرضية الصفريّة: يعيش الطفل في محيط اجتماعي من النماذج العدائية (الوالدين، الأقارب، الأتراب...الخ) وهنا يمكن صياغة عدد من الفرضيات البديلة.

والمهم في صياغة الفرضيات أن تصاغ بطريقة واضحة (صريحة explicit)، وأن تتم صياغة فرضية بديلة لكل فرضية. كما ينعكس بشكل ضمني في الفرضيات الانحياز والانتماء المدرسي للمُشخّص، فالمشخص الذي يعمل بشكل ديناميكي يطرح فرضيات عمل تختلف عن الفرضيات التي يطرحها المُشخّص العامل سلوكياً أو معرفياً أو منظومياً...الخ.

٤,٣,٤ وضع خطة الفحص

بعد أن تتم صياغة المسألة (المُشكلة) بصورة نفسية قابلة للاختبار وصياغة الفرضيات صياغة إجرائية، على المُشخّص أن يخطط لخطواته التالية والتي تتمثل في اختيار الأساليب المناسبة والضرورية لاختبارها. والفرضيات المصاغة تحدّد مضمون الفحص النفسي أو ما يسمى "التخطيط الاستراتيجي"، بعيد المدى، أما "التخطيط التكتيكي"، فيتعلق بالمسائل التقنية، فيسأل: ما هي الأدوات التي تحقق لي الأهداف المضمونة؟.

ومن أجل أن تكون الطريقة التي تم وفقها سبر المتغيرات ذات الصلة واضحة ومفهومة بالنسبة إلى قارئ التقرير، فلا بد هنا من وصف الأدوات ومصادر المعلومات كلها المستخدمة في برنامج الفحص. وهنا لابد من الاعتماد على محك نسبة التكاليف إلى الفوائد عند انتقاء مصادر المعلومات. أما المحكّات الأخرى بالنسبة لانتقاء الأدوات التَشْخِصِيَّةِ المعيرة فتتمثل في صلاحيتها السيكومترية (الموضوعية والصدق والثبات) وتوفر المعايير المناسبة.

٤,٣,٥ إجراء الفحص

وبعد هذه التحضيرات يمكن البدء بإجراء الفحص التَشْخِصِي. وينبغي عرض النتائج المستخلصة و نتائج الاستبيانات والاختبارات والجلسات والمصادر الأخرى للمعلومات في صيغة عامة مفهومة.

وتتضمن هذه المرحلة استخدام الطرق Method Application (المقابلة، ملاحظَات السلوك، الاستبيانات، الاختبارات...الخ) وتفريغ النتائج و تقييمها وتفسيرها. وتخضع هذه المرحلة لسلسلة من العوامل الدخيلة: على سبيل المثال: جنس و سن المُشخَّص، لباسه، كلامه، توقعاته، الظروف المكانية عند الفحص. وكذلك لعوامل دخيلة من جانب المُفحوص: قلق الاختبار، الثقة، أو النفور والمقاومة...الخ. وعادة ما لا يمكن التقييم الأولي لنتائج الفحص من الإجابة عن المسألة التَشْخِصِيَّةِ، فغالباً لابد من التأكد من الفرضيات بشكلٍ إضافي أو تعاد صياغتها وفحصها.

وتنتهي العمليَّة التَشْخِصِيَّةِ بأن يتم دمج نتائج الفحص في التَشْخِص (النتيجة النهائية) بحيث تجيب عن الأسئلة التَشْخِصِيَّةِ التي تم طرحها مسبقاً. وفي النهاية يعطي الرأي إجابة على مسائل التقرير التي ينبغي الحكم عليها. كما يمكن الإشارة هنا إلى نصائح واقتراحات فيما يتعلق بالإجراءات اللاحقة.

و يقصد بالقرار أو بالحكم التشخيصي تلك المرحلة Station في العملية التشخيصية التي يتم فيها الوصول إلى حكم (قرار) من خلال المعلومات المتوفرة حول موضوع حكم أو قرار. وينبغي لهذا القرار أن يكون مفيداً من الناحية التشخيصية أو التنبؤية (حسب المسألة أو المشكلة المطروحة).

فبعد أن تكون قد توفرت جميع البيانات مع بيانات ملاحظة السلوك ينبغي الآن التوصل إلى "قرار". أما كثافة المعلومات فترتبط بالاتجاه النظري للقائم بالتشخيص وهي تنعكس على القرار الإحصائي أو (الإكلينيكي) الفردي Casuistic، وهما عبارة عن استراتيجيتين متناقضتين.

ففي القرار التشخيصي الإحصائي يتم دمج البيانات بمساعدة معادلات إحصائية، وفي الحكم الإكلينيكي يركب الشخص البيانات المنفردة في حكم تشخيصي. ومن بين الأساليب المستخدمة في دمج البيانات إحصائياً يتم استخدام تحليل الانحدار والتحليل التمييزي. وتشير تحليلات أجراها ميل وساوتر Meehl & Sawter كل على حدة إلى تفوق الأحكام الإحصائية على الأحكام الإكلينيكية، بغض النظر عن الطريقة التي تم فيها الحصول على البيانات، أي سواء كانت بالطرق الإكلينيكية أم بالاختبارات أم بالطريقتين معاً. ويعد مؤشر غولديبرغ Goldberg-Index من النماذج الإحصائية للتوصل إلى الحكم. فبمساعده يمكن ومن خلال نتائج مقياس مينيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية الاستنتاج فيما إذا كان المريض ذهانياً أم لا. ويتم حساب خمس قيم متدرجة (T-Values) بالمعادلة $L+Pa+Sc-Hy-Pt$ ° فإن كان المؤشر فوق ٤٥ فيعد المريض ذهانياً. ويعني الحكم الإكلينيكي أن يقوم الخبراء الإكلينيكيون ومن خلال المعلومات نفسها بتقييم فيما إذا كان المريض ذهانياً أم لا، معتمدين في ذلك على خبراتهم الإكلينيكية ولا يحتاجون إلى تبرير قرارهم. وقد برهن الحكم الإحصائي تفوقه. وكمحك

٣٥ الكذب+ البارانونيا+الفصام-الهستيريا-السيكوستانيا

للتشخيص "الحقيقي" يتم استخدام احكام الأطباء النفسيين حول المرضى أنفسهم. وفي دراسة لغولديبيرغ Goldberg وجد أن نسبة الاتفاق بين الإكلينيكين في التّشخيصات الصحيحة كانت ٦٨٪ مقابل ٧٤٪ باستخدام مؤشر غولديبيرغ في مسألة تقدير إن كان المريض عصابياً أم ذهانياً^{٣١}. وفي دراسة ترجع إلى عام (٢٠٠٠) لغروف ومجموعته Grove et al توصلت للنتيجة نفسها غير أن حجم الأثر كان صغيراً (٠,٠٨٩)، فقاد التشتت الكبير في حجم الأثر إلى دفع الباحثين للبحث عن المتغيرات الوسيطة فاخبروا فيما إذا كان الفرق بين الطريقتين في التوصل للأحكام يتعلق بالمحك التنبؤي أم بتدريب أو خبرات المحكمين أم بكم المعلومات أم بنوعها أم بسنة النشر وحجم العينة. وقد وجد أثر في متغيرتين -المحك التنبؤي predicted criterion ونوع المعلومات. ويبدو أن الأحكام الإحصائية متفوقة على الأحكام الإكلينيكية خاصة عندما يكون المطلوب التنبؤ بمحكّات طبية وقضائية، وعندما تتوفر المعلومات في صيغة بيانات مقابلة.

أما لماذا لا تحقق الأحكام البشرية دقة الأحكام الإحصائية، فيرى الباحثون أن الميل لأخطاء محددة في الأحكام هو المسؤول عن ذلك. إذ أثبتت الدراسات المختلفة أن البشر يتجاهلون النسب الأساسية basic rate، أي يطرحون تشخيصات ، نادرة إحصائياً في الغالب ومن ثم غير محتملة، ويوزنون المعلومات بشكل خطأ وذلك بإعطاء وزناً مبالغاً به للمعلومات المتوفرة، وهو ما تطلق عليه تسمية "الحدس المتيسر availability Heuristic" أو يهملون النزعة نحو الوسط.

وعلى الرغم من تفوق الأحكام الإحصائية فإن لها عيوبها. فالنموذج الإحصائي للحكم لا يمكن إجراؤه إلا من خلال المعلومات المتوفرة بالنسبة لجميع المفحوصين. بالإضافة إلى أن أنه لا بد وأن يكون عدد الحالات كبيراً في المسائل الموحدة. ناهيك عن أنه قد حصل في البحث اقتصار غير واقعي على اختبار واحد.

^{٣١} أجريت الدراسة في عام ١٩٦٥ وكانت المفاهيم التصنيفية العصاب مقابل الذهان هي السائدة في ذلك الوقت.

ومن خلال تحليل أخطاء الحكم يصبح بالإمكان فحص وتصحيح هذه الأخطاء، وإن كان ليس بالإمكان إزالتها كلية. ويرى هورمان Hoerma أن المُشخَّص لا يصبح علمياً إلا إذا بدأ بطرح مسألة التحقق، وذلك بأن يهتم بمتابعة نتائج نصائحه. فالتغذية الراجعة حول نجاح وفشل عمله تتيح له تصحيح تقنياته التَّشخيصية. إلا أن هذا التحقق يواجه صعوبات؛ ففي نصائح الفرز مثلاً من الصعب الحصول على تغذية راجعة ذلك أن المتقدمين الذين يتم رفضهم بناء على فرضية خاطئة لا يعودوا متوفرين، وكذلك الأمر لدى المتعالجين المنقطعين، والذين لا يعرف المعالج عنهم شيئاً. أما في النصائح التصنيفية التي يتم فيها حساب نسب نجاح كل الخيارات العلاجية فإن التغذية الراجعة ممكنة من حيث المبدأ، إذا ما تمت متابعة الأمر. وإذا كان المشخص (المعالج) هو نفسه من يقوم بالإجراءات فإن ذلك يشكل بالنسبة له أفضل وسيلة لمعرفة دقة أحكامه التَّشخيصية وإجراء التصحيحات.

ويمكن القول أنه كلما كانت الفرضيات أكثر دقة و ظروف الفحص وقواعد القرار محددة بشكلٍ صريح كانت إمكانات تحسن القرار التَّشخيصي أكبر. وقد صاغ بيترمان Petermann مفهوم "الممارسة المضبوطة Controlled Praxis للدلالة على هذا الشكل من التَّشخيص الفردي، ويعني أنه على المشخص الذي يريد العمل بشكلٍ مُسنَد علمياً أن تصبح الممارسة المضبوطة - أي تلك الممارسة القائمة على قواعد واضحة في اتخاذ القرار وظروف الفحص ودقة صياغة الفرضيات - جزءاً أساسياً من الروتين اليومي البديهي لديه (Amelang & Schmidt-Azert, 2006, P.381-385; Schmidt-Atzert & Amelang, 2012)

٤,٣,٧ تبرير القرار التَّشخيصي

كُلُّ قَرَارٍ تَشخيصي يحتاج إلى تبرير من أجل تحرير القَرارات بقدر الإمكان من تأثير ذاتانية Subjectivity المُشخَّص التي تقوم على الخبرة أو على الحدس.

▪ القرار التشخيصي الذاتي (الشخصي)

تشير المراجع المتخصصة إلى وجود عيب يتمثل في القدرة المقيدة للمحكم على دمج المعلومات بشكل صحيح ومثالي، فبدلاً من استناد المشخصين في بناء أحكامهم إلى الوقائع المستخلصة، يعتمدون أكثر على انطباعاتهم الشخصية أو ما يُسمى بالقرارات الذاتية. ويطلق على القرار الذاتي هذا مصطلح "الحدس المهني Heuristic (فن الاختراع): ٣٧ وهذا لا يقوم المشخص بدمج البيانات و تقويمها وفق القواعد الرياضية، وإنما يولي الاهتمام الأكبر لخبرته الذاتية الملموسة مع ما يحتمله هذا من خطأ ممكن مصاحب، أكثر من اهتمامه بالنتائج المجردة للدراسات الإمبريقية الموثوقة.

٤,٣,٨ الإجابة عن المسألة الشخصية

يتعلق شكل الإجابة عن المسألة بالهدف؛ ففي المؤسسات تتم الإجابة على الأغلب عن المسألة بشكل خطي. ويفضل كذلك تقديم توضيح شفهي إضافي. ولا يمكن فهم التقرير إلا إذا كان المتلقي يعرف جميع المصطلحات المتضمنة فيه، أي عندما تتفق الذخيرة اللغوية للمحكم مع الذخيرة اللغوية للمتلقى، فإذا تضمن التقرير مصطلحات فنية فلا بد من توضيحها للمتلقى والتأكد أن المتلقي قد عرف ما تعنيه، فالغاية من التقرير النفسي هي غاية تواصلية تفاعلية، ولا تهدف إلى استعراض المشخص لمهاراته الذاتية. وقارئ التشخيص ليس شخصاً متخصصاً وإنما هو شخص عادي لهذا لا بد أن يكون التقرير مكتوباً بلغة يفهمها أي إنسان من

^{٣٧} الحدس المهني هو مصطلح يشير إلى الطرق المستخدمة في حل المشاكل الإنسانية والآلية باللجوء إلى التجارب أو الخبرات التقنية. ويُعرف الحدس المهني لغوياً بأنه المقدرة النامية للفرد لحل المشاكل عن طريق الخبرة الطويلة. ويمكن أن يُعرف بأنه أساليب نظرية معرفية وطرائقية بغرض الحصول على المعرفة الجديدة من خلال طروحات أو فرضيات حول قواعد أو مبادئ أو فرضيات أو وقائع (غير مبرهنة). والحكم والتفسير الإكلينيكي يتطلب أن يكون المتخصص حساساً للمعلومات التي يتم الحصول عليها من مصادر عديدة وأن يقوم بسلسلة من التعميمات الاستقرائية والاستنتاجية بهدف ربط الملاحظات والتنبؤ بالنتائج.

دون أي تأويل أو تفسير إضافي. ومن الأمثلة على العبارات التخصّصية التي قد تعني شيئاً للمتخصّص النفسي ولكنها غير مفهومة للشخص العادي، على سبيل المثال "الخبرات الداخلية الشديدة"، "اختيار الواقع"، أو العبارات العامة مثل "من المحتمل أن اختباره للواقع أصبح ضعيفاً إلى حد ما في مواقف الضغط النفسي الشديد"، أو العبارات الغامضة التي يصعب إثباتها: "من المرجح أن يتمكن من العودة إلى مُستوياته الوظيفية السابقة إذا تلقى العلاج المناسب" (ترول، ٢٠٠٧).

إطار ٢٤: فهرسة التقرير

خلاصة

لا توجد تعليمات ملزمة حول تقسيم التقرير، إلا أنه في الممارسة ساد الأسلوب التالي: البيانات الشكلية: صاحب التكليف، رقم الملف، المفحوص على سبيل المثال. وهذه البيانات ضرورية للتصنيف الواضح للتقرير في مجرى عمل صاحب التكليف والمحكم. ويتم فيها ذكر مرسل التقرير وتاريخ الإنشاء (اليوم الذي تم فيه كتابة التقرير النهائي وتم توقيعه فيه من محكم) كما يتضمن عنوان المتلقي مع الانتباه إلى أن من يحصل على التقرير ينبغي أن يكون مصرحاً له بذلك من أجل حماية البيانات. وتشتمل البيانات الشكلية كذلك عنوان التقرير: مثال: تقرير حول عدم مسؤولية (فلان) عن الذنب وفق... أو تقرير حول القدرات العقلية للطالب (س) ... الخ سبب التكليف أو المسألة: التكليف ينبثق عن سبب التكليف أو بشكل أكثر دقة عن مسألة صاحب التكليف المطروحة على محكم. الخطوات التي قام بها المحكم: أي ما قام به المحكم من إجراءات وخطوات. والهدف هو الإجابة عن الأسئلة المطروحة من صاحب التكليف. وهنا لا بد من عرض تفاصيل الفحص (على سبيل المثال الأساليب أو الاختبارات ومجرى الفحص وطرق التقييم والنتائج). الإجابة عن الأسئلة: بالإجابة عن الأسئلة المطروحة من صاحب التكليف يكون التكليف بالتقرير قد تحقق، إلا أن العملية التشخيصية لا تتوقف عند هذا الحد بل ينبغي السعي نحو الحصول على التغذية الراجعة حول المقترحات والنصائح والإجراءات المتخذة من أجل التأكد من صحة العملية التشخيصية ودقة الأسئلة و الفرضيات الاستنتاجات.

ويحتل تاريخ الحالة في التقرير تلك الوظيفة التي تحتلها مراجعة المراجع في العمل العلمي. وينبغي توضيح ما الذي يتوفر من معلومات حول المسألة إذ إن الأمر يتعلق بالكشف عن المسألة التشخيصية. وهنا يمكن للمعلومات التي تلقي الضوء على المسألة أن تكون مفيدة مثل الملفات التي يمكن الحصول عليها من الإدارة

أو المحكّمة، العلامات المدرسيّة أو صحيفة التلميذ أو علامات مراكز التدرّيب، الشهادات الطبية، وكذلك التقارير النفسيّة الأولى الشاملة... الخ. ويُقدّم تقرير الفحص جرداً للمعلومات التي حصل عليها المشخص من المفحوص.

و من أجل التمكن من ضبط الحكم التشخيصي وعدم التسرع بطرح طروحات (تصاريح، عبارات، بيانات) قاطعة متسرعة لا بد للمشخص أن يراعي النقاط التالية:

- تقديم وصف مختصر للأدوات التشخيصية المستخدمة: يبين الفاحص في وصف الاختبار للجمهور كمتلقي، ما هي المعلومات التي تقدمها الاختبارات التي تم استخدامها (وصف كل اختبار تم استخدامه).
- وصف تصرفات المفحوص ذات الصلة بالنسبة للمسألة المطروحة: ويتم هنا إعطاء وصف للسلوك أو شكل الطريقة التي تعاون فيها المفحوص في الإجراءات منفردة.

- تبليغ النتائج ذات الصلة والمتعلقة بالإجابة عن المسائل المطروحة (تقرير النتائج): تقدم نتيجة التقرير أهم الاستنتاجات للمتلقي: الدرجات Scores (مثال: نتائج الاختبارات والاستبيانات، عرض إحصائي للحالة الفردية... الخ).
- تفسير النتائج وفق القواعد العلمية النفسية القائمة: يقول التقييم للمتلقي كجمهور: ما هي الطروحات (البيانات) التشخيصية المتضمنة في الدرجات Scores. (Fisseni, 2004).

٤,٤ قواعد مهمة في كتابة التقرير

يتضمن تقرير الفحص النتائج التي حصل عليها المشخص من المفحوص. ويتم وضع مثل هذا التقرير بالنسبة لكل إجراء منفرد على حدة. وفي العادة ينبغي أن يقسم التقرير إلى أربع فقرات: وصف الاختبار، وصف السلوك، تقرير النتيجة والتفسير. وينبغي كتابة ملاحظة السلوك والسبر و تقرير النتيجة وتفسيرها في صيغة الماضي البسيط imperfect (الماضي في العربية). أما التفسير فيكتب بصورة كتابة غير شخصية في صيغة المبني للمجهول، ولا يتم تسجيل السبر وتاريخ

الحالة والجلسات حرفياً وإنما تتم كتابتها في "السياق الموضوعي thematic"، أي حسب الموضوع (أنظر الإطار التوضيحي رقم ٢٦ صفحة ٢١٥). (المرجع السابق).
إطار ٢٥: مفاهيم أساسية في التقرير النفسي

رأي الخبير expert statement (أو الرأي التشخيصي):

هو الإجابة النفسية عن سؤال وحيد محدد: مثال "ما هو تقدير الجو الانفعالي الذي ترعرع فيه خالد؟"

الرأي النفسي psychological statement:

هو الرأي الذي يبديه المتخصص النفسي حول تقرير أو مسألة ما من دون أن يكون المتخصص قد حصل على البيانات بنفسه.

نتيجة الفحص examination statement:

نتيجة الفحص أو بيان الفحص عبارة عن بيان معد بصورة مفهومة لغير النفسانيين حول نتائج الفحص النفسي، من دون أن يتضمن استنتاجات وتفسيرات.

كما أنه من المهم قانونياً ومضمونياً التمييز بين "التقرير Report" و نتيجة الفحص examination statement؛ فالنتيجة هي عبارة عن عرض إحصائي فزدي للحالة، أي استنتاج ووصف الحقائق التي توصل إليها المتخصص النفسي من خلال الإدراكات الحسية وبالطرق العلمية والفنية أو الصناعية، أو عبارات أخرى هي النتيجة الوصفية الخاصة لبيانات تاريخ المرض anamnesis، والاستقصاء والاختبارات بالمعنى الواسع... الخ وبيانات تاريخ الحياة biographical Data والعلاقات الاجتماعية Sociogram والأسرية Genogram.. الخ. ومن الأمثلة عن النتائج: نتائج الفحص الطبي، الإجابات عن أسئلة الاستبيان، الإجابة عن الأسئلة، استخلاص و تقويم التقارير الأولية... الخ.

وتحظى طريقة التقويم بأهمية خاصة وذلك من ناحية أن الاستنتاجات التي استخلصها المقوم ينبغي أن تكون قابلة لإعادة الاختبار.

فالمختص يريد الحصول على معلومات كافية كي يفهم كيفية التوصل إلى النتائج ويتمكن من إخبارها للجهة المعنية في مقتضى الحال، فالتقرير لا يكون وافيًا إذا تم الاكتفاء بتوثيق النتائج المباشرة فقط (القيم الخام، القيم الزمنية، عدد الأخطاء... الخ)، فلا بد من أن تعقبه عملية تقويم للنتيجة. إلا أن التقويم ينبغي ألا يتم بناء على المعايير الذاتية للمتخصص، وإنما يتم وفق معيار محدد معطى مسبقاً، يتم من خلاله تحويل قيم الاختبار إلى قيم معيارية (Eckert & Westhoff, 2002; Frey, 2005).

نتائج الفحص examination findings: تحتل النتيجة مركزاً مفتاحياً في التقرير، فما تحدث عنه التقرير في تاريخ الحالة وتقرير الفحص في الإجراءات (الأدوات) المختلفة ينبغي تلخيصه موضوعياً thematic في النتيجة (فيما تم استخلاصه). وتفيد النتيجة في تخفيض أو اختصار الإسهاب Reduction of Redundancy، والتي يمكن أن يكون

تاريخ الحالة أو تقرير الفحص قد تضمنها. وتقارير الفحص المنفردة تعرض عينات السلوك المقاس والقائمة على أساس الاختبارات. وعلى المشخص (كاتب التقرير، محكم) أن يصف في النتيجة أجزاء السلوك التي يفترض أنها ثابتة نسبياً *Relative Invariance*. وفي حال أمكن التعرف على علاقة للصفة الثابتة بالموقف فلا بد من التنويه بها في وصف السمة، كضعف القدرة على التركيز عند المفحوص بسبب التعب، أو الصداع، أو انخفاض سرعة الأداء لدى المفحوص في اختبار للشطب بسبب الطباخة السيئة لصفحة الاختبار على سبيل المثال. كما تظل النتيجة وصفية، أي لا يتم فيها استخلاص استنتاجات تشخيصية أو تنبؤية.

البيان التشخيصي

ويقدم البيان الإجابة عن السؤال التشخيصي. وينبغي اشتقاق البيان من المعلومات التي عرضها المشخص في تاريخ الحالة وتقرير الفحص والنتيجة. وفي كثير من الحالات يعد من ضمن التكليف بالتقرير -بالإضافة إلى المسألة التشخيصية- اقتراح إجراءات ملموسة أيضاً وهذه الاقتراحات لا بد أن تعقب النتائج التشخيصية وتستند إليها وأن تتناسب مع المستوى الراهن للبحث العلمي.

٤,٥ متطلبات أو شروط التقرير النفسي

يُقدّم الجدول ٢٣ عرضاً ملخصاً لمتطلبات وشروط التقرير النفسي مقتبساً

عن (Zuschlag (2002).

الجدول ٢٣: متطلبات أو شروط التقرير النفسي

متطلبات أو شروط التقرير النفسي	محكات التقويم أو الحكم
الإجابة عن السؤال المطروح (الأسئلة المطروحة) تناسب مقبول بين التكليف والفوائد فترة إنجاز معقولة	١. فائدة التقرير بالنسبة لصاحب التكليف
تاهيل مهني تخصصي خبرة في المجال التخصصي المعني مستوى حديث من المعرفة حول طرق التشخيص خبرات مهنية تخصصية متعددة السنوات.	٢. الكفاءة التخصصية للمحكم النفسي
الاستقلالية عن المشاركين في عملية التقرير. سلوك حيادي تجاه المشاركين. الموضوعية عند تخطيط وتنفيذ وتقويم وتفسير النتائج الحفاظ على سرية المعلومات (أمن المعلومات)	٣. الحيادية، الموضوعية، النزاهة، الثقة
توثيق بيانات التكليف تنظيم جلي للنص فهرسة جليّة صياغات مفهومة اختيار دقيق للكلمات.	٤. قابلية التقرير للقراءة والفهم (مفهوم)

٥. شفافية أو وضوح التقرير	إعادة (تكرار) المسألة المطروحة بشكل ملموس. عرض منفصل لنتائج الفحص والنتيجة النفسية ووضوح الأطروحات (أن يكون لها معنى واحد، لا يحتمل التاويل) التحرر من التناقضات في الحجج أو الدلائل.
٦. قابلية التقرير لإعادة الاختبار	ذكر كل المعلومات ومصادر البيانات. عرض دقيق لمجرى الفحص والشروط المحيطة (شروط الإطار) ذكر أدوات التقييم
٧. قوة إقناع التقرير	قياس دقيق للمسألة تنظيم واضح وشفاف للتقرير حجج منطقية بالضرورة وضوح التفاصيل (لا تحتمل التاويل) تشخيص تفريقي مقنع التخلي عن الافتراضات أو التخمينات أو التأملات المشكوك بها أو المثيرة للشك وزن موضوعي للنتائج تبرير شفاف وموضوعي للاستنتاجات والخلاصات.

إطار ٢٦: مثال توضيحي لإعداد تقرير

١) الغلاف	على الغلاف لا بد أن يكون معروفاً من الذي قام بالتشخيص، وماذا قاس أو فعل. مثال: مركز التشخيص النفسي الدكتور: (الاسم والوظيفة) حول المسألة: هل ذكاء السيد (فطين) يؤهله للالتحاق بالمركز القومي للموهوبين الأدوات المستخدمة: اختبار وايلد للذكاء WILDE-INTELLIGENCE TEST يختصر WIT صاحب التكليف: مركز تنمية الموهوبين في (يذكر العنوان) التاريخ:
٢) المعلومات العامة للفحص	من هو المفحوص، أين تم فحصه، من فحصه، كم المدة، بماذا تم فحصه ولماذا؟ مثال: بناء على تكليف مركز تنمية الموهوبين تم إجراء فحص نفسي للسيد (فطين) لتوضيح فيما إذا كان يمكن قبوله في المركز. يبلغ السيد (فطين) ٢٢ سنة ويدرس الطب في جامعة (كذا). وقد أجري الفحص النفسي له بتاريخ ٢٠١٧/١١/١٣ في مركز التشخيص النفسي التابع لجامعة (...). وأجرى الفحص الدكتور (...) بين الساعة ١١،٢٠ والساعة ١٢،١٥ طبق خلالها السيد (فطين) اختبار الذكاء.
٣) معلومات مختصرة حول الاختبار:	ماذا يقيس الاختبار وكيف يتم القياس ولماذا تم استخدامه؟ مثال: يشترط مركز تنمية الموهوبين أن يكون ذكاء السيد (فطين) واقعا فوق المتوسط

ليتم إلحاقه في برنامج تنمية الموهوبين. لهذا تم استخدام اختبار وايلد للذكاء -WILDE INTELLIGENCE TEST لأنه مقياس معيّر وموثوق (صادق) لتقدير الذكاء. ويمكن الحصول من خلال هذا الاختبار على القيمة الكلية للذكاء العام من خلال تجميع الوجوه المختلفة للذكاءات المختلفة التي يقيسها هذا الاختبار.

٤) ملاحظة السلوك: كيف تصرف المفحوص ضمن ظروف الفحص؟

مثال: ذكر السيد (فطين) في البداية أنه متوتر جداً لأنه لم يجر أي اختبار سابق للذكاء. وقد فهم تعليمات الاختبار بسهولة وعمل بيسر على المهمات. وعندما كانت تواجهه صعوبة كان يتنهد تنهيدة عميقة.

٥) عرض النتائج والتفسير

ينبغي أن يتم عرض البيانات بطريقة وصفية وشرحها بطريقة واضحة.

مثال: حصل السيد (فطين) على معدل ذكاء $IQ=111$ ، وهذا المعدل يطابق نسبة مئوية مقداره (٧٦)، أي أن (٧٦٪) من عينة المقارنة بين ٢٠-٣٥ سنة من الذكور حصلوا في هذا المقياس على قيمة مساوية أو أقل، أو أن (٢٤٪) من عينة المقارنة حصلت على قيمة أعلى. ومع أخذ التقلبات الناجمة عن الصدفة بعين الاعتبار فإن هذه القيمة تعد قيمة واقعة بين المتوسط وفوق المتوسط.

٦) عرض النتيجة

ويتم تصنيف النتيجة على أنها:

تحت المتوسط إذا كانت: $(X < M - 1SXT)$

في المتوسط إذا كانت: $(M - 1SXT < X < M + 1SXT)$

فوق المتوسط إذا كانت: $(X > M + 1SXT)$

وعند عرض النتيجة لابد من أخذ حدود الثقة CONFIDENCE INTERVAL بعين الاعتبار: فكل قيمة من قيم الاختبار تكون مشوبة بالأخطاء (خصوصاً إذا كان الاختبار غير موثوق بصورة كافية مطلقة).

وثبات الاختبار يساوي مقدار "تباين القيمة الحقيقية" إلى تباين "القيمة الملاحظة". ويتم حساب الخطأ المعياري (SET) بالمعادلة ، حيث SX هي الانحراف المعياري (التشتت) للمقياس T ، و RTT هي ثبات المقياس T ، أي مقدار الانحراف المعياري (التشتت) للاختبار الذي يرجع إلى عدم الثبات.

أما حدود الثقة فهي المجال الذي يخمن أن "القيمة الحقيقية" واقعة ضمنه بنسبة (١- X) A 100%. وبحسب حد الثقة CI من خلال المعادلة $CI = XTJ \pm ZA/2 \times SET$ حيث:

XTJ هي درجة المفحوص (فطين) في الاختبار T ، و $ZA/2$ هي الدرجة المعيارية Z ، أو ما يسمى بالقيمة الزائفة للتوزع الطبيعي المعياري ضمن احتمال الخطأ المختار، و SET هي خطأ القياس للاختبار T . ويتعلق احتمال الخطأ باعتبار الفوائد والتكاليف.

مثال: يمتلك الاختبار المستخدم هنا انحرافاً معيارياً مقداره $SXT=15$ ، وثبات $RTT=0.91$ ، وبناء على نسبة القبول الضئيلة لصاحب التكليف في مركز تنمية

الموهوبين يتم قبول احتمال خطأ مقداره ٥٪.

الخطوة الأولى: تحديد خطأ القياس المعياري SET:

$$SET = SXT \times (1 - RTT)1/2 \text{ وهذا يعني } SET = 15(1 - .91)1/2 = 4.5$$

الخطوة الثانية: تحديد حدود الثقة: CI، بالمعادلة:

$$CI = XTJ \pm ZA/2 \times SET \text{ أي } CI = 111 \pm 1.96 \times 4.5, \text{ وهذا يعني أن الحدود}$$

الدنيا للثقة ١١١-٨,٨٢=١٠٢,١٨ أو أن الحدود العليا ١١١+٨,٨٢=١١٩,٨٢.

فالقيمة الحقيقية للسيد (فطين) واقعة عند حدود ٥٪ من احتمال الخطأ بين ١٠٢,٨٢ و ١١٩,٨٢.

٧) خلاصة النتيجة

هنا ينبغي أن تجيب نتيجة الاختبار عن المسألة وتلخصها.

مثال: للسيد (فطين) أداء يقع بين المتوسط إلى ما فوقه في الذكاء العام حسب اختبار WIT للذكاء، وبناء على ذلك فلم يتم التأكد من خلال هذه النتيجة بوضوح أن ذكاء السيد (فطين) واقع فوق المتوسط.

وقد بدا السيد فطين منزعجا (غير مرتاح) في موقف الفحص، وربما قاد هذا إلى تضرر الدافعية لديه والذي ربما ترافق من جهته مع انخفاض في أداءه على الاختبار.

خلاصة القول: يمكن الاستنتاج أنه لا يمكن قبول السيد (فطين) بناء على أدائه في الاختبار في مركز تنمية الموهوبين.

٨) المراجع: يتم ذكر المراجع

”أؤكد بأني قد قمت بإعداد هذا التقرير بناء على فحص نفسي دقيق وتقص دقيق للحقائق التي وجب تقييمها في التقرير وفق معرفتي وبقيني بمعنى التعليمات المحددة مهنيا والمتعلقة بإنجاز التقرير النفسي“

تقدير حد الثقة CONFIDENCE INTERVAL ESTIMATION

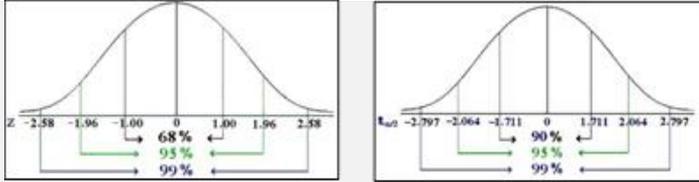
يقصد بالحد مجموعة القيم التي تقع بين قيمتين والمقصود هنا الحد الذي يشتمل قيمة المعلمة المجهولة باحتمال معلوم فيمكننا تقدير M بحد يصاحبه مقدار ثقة معلوم (٩٥٪ أو ٩٩٪ مثلا) والثقة هي مقدار الاحتمال الذي نشق به ويسمى بمعامل الثقة فقولنا ثقة مقدارها ٩٩٪ يعني أن هناك فرصة قدرها ٩٩ من ١٠٠ وبأن الحد يضم قيمة المتوسط الحقيقي للمجتمع M. ولكون العينة جزء صغير من المجتمع فيصعب التأكد ١٠٠٪ من صحة الحد وعليه فإن حساب مدى حد الثقة سوف يعتمد على معامل الثقة فمثلا معامل الثقة ٩٥٪ يعني أننا نتوقع ٩٥٪ من الحالات ستكون معلمة المجتمع تقع بين الحد الأدنى والحد الأعلى في حين ٥٪ يقع خارجها ولذا فإن تعيين الحد يعتمد على التوزيع الذي تتبعه الإحصاء

STATISTIC

متطلبات حد الثقة معرفة إحصائي العينة والخطأ المعياري للإحصائي ودرجة الثقة المطلوبة ومعرفة استخراج القيم من توزيع المعاينة مثل قيم Z، الانحراف المعياري للمجتمع معلوم) أو قيم T (الانحراف المعياري للمجتمع مجهول) من الجداول الخاصة بها كالجداول التالي

كمثال:

مستوى الثقة	%99	%99	%98	%96	%95.45	%95	%90	%80	%68.27	%50
	3.00	2.58	2.33	2.05	2.00	1.96	1.64	1.28	1.00	0.67



ففي حال معرفتنا للانحراف المعياري للمجتمع تكون:

الدرجتان المعياريتان المقابلتان لدرجة الثقة ٩٠% هما $1,65 \pm$

الدرجتان المعياريتان المقابلتان لدرجة الثقة ٩٥% هما $1,96 \pm$

الدرجتان المعياريتان المقابلتان لدرجة الثقة ٩٩% هما $2,58 \pm$

وفي حال عدم معرفتنا للانحراف المعياري للمجتمع وكانت هناك ٢٤ درجة حرية تكون:

الدرجتان المعياريتان المقابلتان لدرجة الثقة ٩٠% هما $1,318 \pm$

الدرجتان المعياريتان المقابلتان لدرجة الثقة ٩٥% هما $2,064 \pm$

الدرجتان المعياريتان المقابلتان لدرجة الثقة ٩٩% هما $2,797 \pm$

وتعني $5 < S < 3$ أن قيمة S تقع بين ٣ و ٥ ويعرف ٢ بالحد الأدنى، ٥ بالحد الأعلى وعليه تكون: الصيغة الرياضية لمقدار حد الثقة (١- α) للمتوسط M الذي أوجدناه من توزيع العينة لوسطها الحسابي حيث α تشير إلى احتمال ألا يحتوي مقدار حد الثقة للمتوسط على الوسط الحسابي للمجتمع، وتشير $Z_{\alpha/2}$ إلى القيمة المعيارية التي تكون المساحة على يمينها تساوي $\alpha/2$

مثال: في امتحان القدرة لعينة عشوائية مؤلفة من ٣٦ عاملاً لدى شركة، كان متوسط الدرجات ١٠٨ وكان معروفاً بأن تباين درجات هذا الاختبار يساوي ١٤٤ أو حد الثقة ٩٥% لمتوسط درجات هذا الامتحان.

الحل: $Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = Z_{0.025} = 1.96, S^2 = 144, \Sigma = 12, X = 108$

حيث إن التباين ١٤٤ يساوي مربع الانحراف المعياري فالانحراف المعياري $= 12$ وبتطبيق الصيغة أعلاه:

$$(M < 108 + 1.96 (12/6))$$

$$M < 108 + 3.92$$

$$M < 111.92 >$$

أي أن الحد من ١٠٤,٠٨ إلى ١١١,٩٦ هو حد ثقة ٩٥% لمتوسط المجتمع M

٤,٦ مجالات استخدام التقرير النفسي

١. المدرسة (الكفاءة المدرسية، القدرة على التعلم؛ اضطرابات التعلم والإنجاز؛ الشذوذات السلوكية؛ الإرشاد والتوجيه المدرسي والمهني) .
٢. الجامعات (الالتحاق بالجامعات؛ الحالات الصعبة؛ تغيير الجامعة، تغيير التخصص، الدراسات العليا).
٣. الطب النفسي/العصبية؛ القدرة العقلية على الأداء، تشخيص أضرار الدماغ، تشخيص الصلاحية العلاجية، تبرير التداخلات النفسية
٤. التأمينات (مسائل التقاعد، التقاعد المبكر، تبرير التدخلات العلاجية النفسية، إجراءات إعادة التأهيل مع إمكانات العودة للعمل...الخ).
٥. النظام الصحي (في حالات التدخل النفسي الإكلينيكي، في المسائل الطبية النفسية، كالحاجة إلى تقرير إضافي مثلاً؛ وفي مسائل التحضير النفسي ومرافقة التدخلات الطبية، كالتحضير للعمليات الجراحية و التحضير على المعالجات التشخيصية المؤلمة...الخ؛ وفي مسائل الرعاية النفسية ما بعد التدخلات الجراحية، كالجراحات المشوّهة أو التي ينجم عنها اضطرابات في الوظائف؛ وعند اتخاذ القرار في التدخلات الجراحية الطبية، كالتعقيم والتحول الجنسي وعمليات التجميل).
٦. الإدارة المحلية والشؤون المدنية (تخطيط المدن، الإعلام، تغيير الأسماء).
٧. المرور (وبشكل خاص فحوصات صلاحية القيادة).
٨. الجيش (الصلاحية للخدمة العسكرية وغيرها من الأمور في المجال العسكري).
٩. القضاء:
 - الوصاية (واجب الرعاية، الوصاية، التبني، التقييم عند وجود إهمال أو إساءة للطفل؛ الرعاية، التربية، تقييم لمربيات الأطفال).
 - قضاء الأسرة (حق الحضانة وتنظيم التعامل – زيارات الأطفال والمشاهدات).
 - محكمة التركات (فحص قدرة الأهلية فيما يتعلق بالوصايا).

- محكمة الأحداث (تقييم النضج، المسؤولية، تحديد الميول الضارة، تحديد مستوى النمو، المعالجة التربوية... الخ).
- محكمة العقوبات (المسؤولية الجنائية، أقوال الشهود "المصداقية credibility"، دافعية الجرم وتقييم الوعي بارتكاب الجرم، إمكانية السلوك الاجتماعي المناسب، الأهلية (الرشد)، الإلحاق في الطب النفسي).
- السجون (فحص إمكانية السجن، تخفيف الإجراءات، التنبؤ بإطلاق السراح المشروط، التماس العفو، مراقبة احترازية للجناة).
- القضاء المدني (قدرة التقاضي Process ability، المسؤولية الجزائية المدنية، تقييم في إطار مطالب التعويض عن الأضرار والتعويض عن الألم).
- القضاء المهني والإداري (تقرير عند الاستقالة والقضايا المتعلقة بخلافات العمل).

٤,٧ حقوق المفحوص

- لابد وقبل إجراء عملية التشخيص النفسي لأي غرض كانت من مراعاة حقوق المفحوصين القانونية والأخلاقية. ونشير هنا إلى:
- موافقة المفحوص شخصياً أو موافقة ممثله القانوني للحصول على البيانات وإجراء الفحص النفسي.
- الاستقلالية عن صاحب التكليف.
- لمصلحة المراجع الأولوية في حالات الشك.
- حماية الجانب الشخصي والحميم للمراجع.
- انتقاء أدوات اختبار ذات نوعية عالية من الجودة طبقاً للمستوى الراهن من المعرفة.
- تجنب الصياغات المقللة من الاحترام والجارحة.
- لابد من برهان وتبرير اتخاذ القرار.
- إعطاء النتائج للمراجع "في صيغة مقبولة".
- حماية البيانات من غير المصرح لهم.

٤,٨ تحديد التدخلات

بعد الإجابة عن المسألة التشخيصية ينبغي اقتراح التدخلات المناسبة، وينبغي أن تكون هذه الاقتراحات ملموسة ومفصلة ومبرهنة (مُسندة، قائمة على الدلائل). ومن الأمثلة العامة على اقتراحات التدخل:

١. علاج مُتمركز حول المُتعالج (تثبيت الشخصية)
٢. علاج سُلوكي (تعديل الأعراض المزعجة على المدى القصير، في الرهابات على سبيل المثال)
٣. علاج ضِمن المجموعة (رهابات اجتماعية على سبيل المثال).

إطار ٢٧: عرض لبعض أنواع التدخلات المقترحة

عرض لبعض أنواع التدخلات المقترحة
ويمكن اقتراح تدخلات قائمة على صور مرضية معينة من بينها على سبيل المثال إلى:
الاكتئابيات
(توضيح الانتحارية، الاضطرابات المختلطة) إذا كان مهماً إكلينيكياً، التوليف بين العلاج الدوائي + والعلاج النفسي (علاج استعرافي، علاج بين شخصي)
الاحتراق
(تحليل جذري للوضع، الوقاية: إشراف مراقبة)
تدخلات: تغيير نمط الحياة (النوم، التغذية، الحركة، الهوايات، الاتصالات)، تقنيات استرخاء (استرخاء عضلي تصاعدي، استرخاء ذاتي، تقنيات تنفس، رحلات في الخيال، تغذية راجعة)، برامج إدارة الوقت.
اضطرابات القلق
نوبات الهلع
في فرط التنفس: التنفس البطيء، رفع غاز ثاني أكسيد الكربون بوساطة كيس ورق، وضع اليد على شكل تجويف أمام الفم.
الرهابيات النوعية: (أعراض كما هو الحال في نوبات الهلع): توضيح الاختلاطية، سلوك التجنب؟ علاج سلوكي استعرافي (تحضير استعرافي، علاج بالمواجهة باعتباره خفض منتظم للحساسية، مواجهة المثير بالوقف، الإفاضة)، مقاصد متناقضة، برنامج حفاظ على الاستمرارية، تمارين استرخاء إضافية.
رهاب الدم والجرح
التوتر التطبيقي applied tension (ملاءمة الجسد ككل) لمنع الإغماء قبل العلاج السلوكي
الرهاب الاجتماعي (النمط النوعي مقابل المصمم: الاختلاطية)
إعادة البناء الاستعرافي (تقييمات مناسبة للواقع): الرهاب الاجتماعي النوعي: علاج بالمواجهة:

عرض لبعض أنواع التدخلات المقترحة

الرهاب الاجتماعي المعمم؛ تمارين الثقة بالنفس، تمرين المهارات الاجتماعية.

اضطرابات القلق المعمم (عمليات الهم كتجنب استغرافي)

علاج سلوكي استغرافي (تحضير استغرافي، مواجهة الهموم في "الخيال، in sensu"، المواجهة في الموقف، in vivo)، علاج الهموم العليا (Wells 1999)؛ علاج تنظيم الانفعالات Emotions Regulations -Therapy (Mennin 2004) - (اختصار ERT) علاج استغرافي، استرخاء تطبيقي وفق أوست (Oest, 1987)

المراق (الخوف من أن يمرض الإنسان مقابل القناعة بأن الإنسان مريض)

علاج سلوكي استغرافي (نموذج توضيح مراقي: إعادة عزو من الطب العضوي إلى الجسدي النفسي، تغيير تبوؤ تمرکز الإدراك)؛ علاج سلوكي (تخفيض سلوك المراقبة)؛ تهديم سلوك الرعاية، تمارين الكفاءة الاجتماعية.

الاضطرابات القهرية: (الأفكار والتصرفات القهرية)

علاج سلوكي استغرافي (تغيير منظور المشكلة، المواجهة مع منع الاستجابة Exposition with Reaction prevent (Meyer 1966) (اختصار ERP)، الإفاضة هي الأكثر فاعلية؛ إعادة بناء الفرضيات الأساسية (القناعات) المعطوبة) (Ellis 1993; Beck 1994)

اضطرابات ما بعد الصدمة**اضطرابات قلق مختلطة**

سبر نفسي (الأيام الأولى بعد الصدمة لمنع التطور لاضطراب ما بعد الصدمة، انتباه من إعادة الصدمة retraumatize)، أساليب مواجهة (بناء هرم في الخيال والموقف)؛ تمارين مواجهة القلق؛ تقنيات استرخاء، علاج استغرافي (إعادة بناء معرفي)؛ خفض الحساسية بحركات العين وعلاج إعادة Eye movement desensitization and reprocessing therapy (EMDR؛ Shapiro 1995) علاج دوائي (كابحات إعادة قبض السيروتونين SSRIs و المهدئات TZAs في حال وجود الأرق.

اضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADD / ADHD)

تدريب الانتباه، تعلم استراتيجيات حل المشكلات؛ اكتساب استراتيجيات للتعامل مع الملهمات، تجنب استراتيجيات التعلم للمدرسة؛ تمارين استرخاء مرافقة؛ علاج دوائي: ريتالين (مشتق امفيتاميني، الحذر من الاستخدام طويل الأمد).

الإدمان

المشكلات الكامنة في الخلفية: قصور في الكفاءة الاجتماعية، مخاوف وزهابات، اكتنابات، مشكلات جنسية ومشكلات شراكة، قصور في التعامل مع الانفعالات السلبية والإيجابية.

الكحول

توليف علاج سلوكي استغرافي ودوائي

برنامج علاج فردي (تركيبية الظروف)

علاج توليفي وفق ليش (1985) Lesch طبقاً للتصنيف ضمن النمط I (نموذج الحساسية) و II

عرض لبعض أنواع التدخلات المقترحة

(نموذج الصراع، القلق) III (الكحول كمضاد اكتئاب) أو IV (الكحول كعادة)

تقليل الكحولية مقابل الامتناع التام

الظروف الدافعية (الدافعية الداخلية كشرط ضروري Conditio sine qua non)

علاج مركزي في التعلق الواضح

التخطيط للوقاية من الانتكاس

علاج دوائي إضافي (مهدئات، تريتيكو، الكوفر، مثبتات المزاج (Benzodiazepine, Trittico,

Alcover, Mood Stabilizer، للوقاية من الانتكاس أكتابوس، الكوفر، ريفيا، Antabus,

Alcover, Revia)، علاج زوجي وأسري

علاج إضافي: اضطرابات القلق، اضطرابات وجدانية، اضطرابات شخصية مضادة للمجتمع، هوس

التسمم المتعدد (بوليتوكسيكومانيا (Polytoxicomania)

مجموعات المساعدة الذاتية

النيكوتين

برامج سحب متخصصة (مركزية) (السحب في حال وجود تعلق شديد ومحاولات مساعدة ذاتية

فاشلة)

مبادئ علاجية سلوكية (تطوير بدائل من أنماط السلوك)، تقنيات ضبط استغرافي

علاج دوائي مرافق (مضادات اكتئاب للوقاية من الانتكاس في الاكتئاب؛ علكة نيكوتين،

لاصق نيكوتيني، مشهاق) للتخفيف من الأعراض

اضطرابات الطعام

فقدان الشهية العصبي (Anorexia Nervosa)

عقد فردي للعلاج (الوزن الهدف، تنظيم زيادة الوزن)

علاج سلوكي معرفي (معلومات حول الصورة المرضية، إعادة البناء المعرفي، بروتوكولات طعام،

ضبط الوزن، تمارين طعام، إرشاد تغذية، مجموعات طهو)

علاج بين شخصي (تدريب المهارات الاجتماعية)

علاج الجسد Body Therapy

البوليميا (الشراهة) (لا تطرح نوبات الإقياء في مقدمة العلاج، لا تجعل لها الأولوية).

عقد علاج فردي

علاج دوائي مرافق (SSRIs)

علاج فردي استغرافي

الصداق (أولي ما قبل ثانوي؛ شقيقة، صداق توتري، صداق عنقودي)

أساليب استرخاء (تغذية راجعة، استرخاء عضلي تصاعدي)

تدريب مواجهة الإرهاق (الضغوط)

علاج دوائي (مضادات الألم المعروفة)

صعوبات التعلم

عرض لبعض أنواع التداخلات المقترحة

تقنيات تعلم

الاسترخاء قبل التعلم بوقت قصير (تمرين تنفس، التأمل في صورة جميلة، الإصغاء للموسيقى)
الحفاظ على الترتيب في مكان الدراسة
استبعاد عوامل التشويش (القليل من النوم، القليل من الطعام، البرنامج الكبير، المثيرات الخلفية)
١٥-١٠ دقيقة وقت من التحمية (تعلم شيء خفيف)
التعلم في وحدات صغيرة متعددة (كل منها بين ١٠-١٥ دقيقة) بعدنذ ٥ دقائق استراحة.
تقسيم المادة التعليمية من خلال وضع خطوط تحتها، أو تلوينها... الخ
التمييز بين المهم وغير المهم
الاتجاه الإيجابي نحو التعلم (قطع الأفكار السلبية من خلال وقف الأفكار)
الاستغلال الفردي لفترات النهار التي يكون فيها الإنسان في أعلى مرتبة للإنجاز
تكرار المتعلم مراراً (بعد ساعة يتم نسيان حوالي ٥٠٪ من المتعلم. الاستعادة الأولى خلال ساعة واحدة، عموماً بين ٥ إلى ٦ أعادات.
في اضطرابات التركيز بسبب المشكلات الشخصية: بداية حل المشكلات ضروري، بروتوكول
المشكلة)
الحفاظ على الدافعية من خلال "شحن الطاقة": (على سبيل المثال التواصل مع الأصدقاء، سماع
الموسيقى)
مشاهدة التلفزيون بعد ٢٠ دقيقة من الدراسة !!
تمارين استرخاء (تمارين تنفس، استرخاء عضلي تصاعدي وفق جاكبسون)

٥. التقرير النفسي في إطار الدمج عند وجود اضطراب نفسي عند الأطفال أو عند احتمال وجوده

الأطفال الذين يعانون من إعاقة نفسية أو المعرضون لمثل تلك الإعاقة يستحقون الدعم وإعادة الدمج، ويمكن تقديم المساعدة لهم في المراكز النفسية أو العيادات. ومن الإجراءات الممكنة للدمج تقديم المساعدة لهم في المدرسة وحصولهم على فرصة للتعليم والتأهيل في مهنة مناسبة.
ويقصد بالإعاقة النفسية هنا وجود اضطراب نفسي، كاضطراب نمو المهارات المدرسية الذي قد يعرض التكيف المدرسي أو المهني أو الاجتماعي للطفل واليافع المضطرب وظيفياً على الأقل للخطر ومن ثم يمكن أن يلحق الأذى بدمج الطفل أو اليافع في المجتمع.

وفيما يلي عرض للمحكّات التّشخيصيّة والأساليب المتبعة في إطار التّقرير

النّفسيّ وفق الآي سي دي العاشر ICD-10 أو الـ دي أس أم الرابع DSM-IV.

٥,١ الأدوات التشخيصية والمحكّات لتحديد وجود اضطراب نفسي (إعاقة نفسية)

من أجل التوصل إلى قرّار وإعداد التّقرير ينصح بالخطوات التالية:

١. فحّص وجود "متلازمة نفسية -إكلينيكية" (المحور الأول): ينبغي للتقرير أن يتضمن معلومات حول فيما إذا كان هناك اضطراب نفسي على شكل "متلازمة نفسية إكلينيكية". و بمقدار ما يكون ذلك ممكناً تشخيصياً لا بد أن يعقب ذلك إعطاء معلومة حول إلى أي مدى قد يرتبط الاضطراب النفسي مع الضعف الجزئي في الإنجاز [التراجع الجزئي للأداء] للطفل أو اليافع. وتنبثق النتيجة هنا من تاريخ المرض والسبر ونتيجة الفحص المرضي النفسي، القائم على أساس من الفحص الشخصي للطفل واليافع. ومن أجل التشخيص لا بد من استخدام الأدوات التشخيصية النفسية السيكومترية (كاختبارات الشخصية والاستبيانات ومقاييس التقدير حول النمو النفسي والأدوات الإسقاطية والأدوات التشخيصية الأسرية وملاحظات التفاعل).
٢. من بين اضطرابات "النمو المحددة للمهارات المدرسية" (المحور ٢) هناك اضطرابات "القراءة والكتابة" (Legastania) (F81.0-ICD-10) واضطرابات الحساب (Dyscalculia) (F81.2-ICD-10). وينبغي تقييم اضطرابات النمو المحددة للمهارات المدرسية على أنها إعاقة نفسية أو إعاقة نفسية مهددة، وذلك عندما يضاف للاضطرابات الوظيفية خطر التكيف الاجتماعي فمن المحتمل أن يتأذى نمو الطفل أو اليافع ودمجه في المجتمع. وفي التقرير ينبغي ذكر الأدوات والمحكّات المستخدمة في التقييم التي تم وفقها استخلاص تشخيص اضطرابات الكتابة والقراءة أو الاضطرابات الأخرى في الإنجاز، وفي هذه الحالة الأخيرة لا بد من ذكر بيانات إضافية حول الضعف الجزئي في الإنجاز مثل الاضطرابات في

مجال اللغة والإدراك والتركيز والوظائف الحركية. وينبغي للتقرير أن يتضمن معلومات حول الفشل المدرسي/ المهني في القراءة والكتابة.

٢.١. الأدوات الخاصة والمحكات لتقييم اضطرابات القراءة والكتابة: لابد للتقرير أن يتضمن بيانات حول الفشل أو الإخفاق المدرسي/ المهني. ويمكن الاعتماد في ذلك على الرأي المدرسي والنتائج المدرسية، والعلامات المنخفضة في الأملاء على سبيل المثال. كما يمكن تأكيد وجود اضطرابات الكتابة والقراءة من خلال نتائج اختبارات معييره للكتابة والقراءة والاختبارات المعيرة للحساب. وينبغي أن يبلغ المدى المثوي percentage range لاختبار القراءة والكتابة أكثر من ١٠٪. وبسبب النسبة العالية من تشتت الخطأ في الاختبارات فإن هذه النسبة ليست هي الحد الأعلى الصارم، إنما تعد قيمة توجيهية تتجلى أهميتها في النتيجة المتعددة المحاور.

٣. بيانات مستوى الذكاء (المحور ٣): بيانات المستوى العام للذكاء ضرورية ولا يمكن الاستغناء عنها. ولابد في التقرير من ذكر الاختبارات المستخدمة. ومن هذه الاختبارات المستخدمة اختبار ويكسلر و اختبار كاوفمان Kaufman-Test والتشخيص التكيفي للذكاء adaptive Intelligence Diagnosticum وغيرها. وحسب محكات الآي سي دي العاشر ICD-10 ينبغي أن يكون معامل الذكاء فوق ٧٠ من أجل استنتاج وجود اضطرابات في النمو.

كما ينبغي للتقرير أن يتضمن تقييماً حول إلى أي مدى هناك تباعد بين الموهبة الذهنية العامة والفشل في القراءة والكتابة أو الحساب. ومن أجل ذلك يمكن استخدام فرق قيمة T-Value-Discrepancy بين معامل الذكاء ككل و اختبار القراءة والكتابة أو الحساب ويبلغ مقداره ١٢ أو أكبر درجة كمحرك داعم للتشخيص، إذا كان هذا ممكناً تشخيصياً بالاختبار. وكبدل ينصح بالفرق البالغ على الأقل ١,٥ انحراف معياري بين معامل الذكاء الأعلى نسبياً واختبار القراءة والكتابة أو الحساب الأدنى. كما يمكن للفرق أن يظهر أيضاً

الفرق الواضح بين العلامات المنخفضة لعلامات اللغة (وبشكل خاص الإملاء) و العلامات الأعلى في المواد المدرسية الأخرى.

٤. البيانات حول "الأعراض الجسمية" (المحور الرابع). على التقرير أن يتضمن بيانات حول عدم وجود مرض عصبي (كالصرع، أو الشلل المخي cerebral palsy) أو إعاقات حسية (وبشكل خاص في مجال الرؤية والسمع) وتأذيات جسدية أخرى كأسباب للفشل في القراءة والكتابة أو الحساب. ومن خلال الفحص الجسدي لا بد أيضاً من اتخاذ قرار تحكيمي بمدى وجود علاقة بين الأعراض السيكوسوماتية في سياق اضطرابات الوظائف.

٥. بيانات حول "الظروف النفسية الاجتماعية الشاذة" (المحور الخامس): ينبغي للفحص أن يتخذ قراراً حول الظروف النفسية والاجتماعية للطفل واليافع المعني. واستكمالاً للتصنيف الفئوي بالشكل الذي ذكرت فيه هذه الظروف في منظومة التصنيف متعدد المحاور للمحور الخامس فلا بد من فحص إلى أي مدى لا بد من إجراء تنمية مدرسية للطفل (دورات تدعيمية خاصة من جانب المدرسة، المساعدة في الواجبات المدرسية). ومن المفيد الوصول لقرار حول الأسباب التي جعلت الجهود الأسرية والمدرسية غير كافية. ولا بد من توضيح أن العلاج خارج الأسرة وخارج المدرسة ("كعلاج ضعف القراءة والكتابة"، أو ضعف الحساب) ضروري وملاءم من أجل التخفيف من الاضطرابات المذكورة والتخفيف الفاعل من الاضطراب النفسي المهتد ودعم الدمج النفسي والمدرسي أو المهني.

٦. بيانات حول "التقييم العام للتكيف النفسي الاجتماعي" (المحور السادس): على التقرير أن يتخذ قرار حول مدى تأذي التكيف النفسي الاجتماعي للطفل أو اليافع في وقت التقرير. ولا بد للتقييم أن يستند إلى المعارف في المجالات التالية:

- العلاقة بأفراد الأسرة والأتراب والراشدين خارج الأسرة
- مواجهة المواقف الاجتماعية
- التكيف المدرسي أو المهني

▪ الهوايات والنشاطات وقت الفراغ.

٥,٢ الرأي الختامي

يتم استخلاص الرأي الختامي في التقرير من نتائج المجالات الستة المفحوصة. وهو يتضمن تشخيص الإعاقة النفسية. وبالتفصيل يتضمن الاستنتاج حول مدى وجود اضطراب تكيف اجتماعي (الخوف من المدرسة، الامتناع عن التعلم، صراعات مزمنة حول الواجبات المنزلية، أعراض نفسية جسدية، تطورات اكتئابية، صعوبات في التركيز والانضباط، صعوبات في الاتصالات الاجتماعية... الخ) في سياق الاضطراب النفسي.

وبمراعاة المحاور الستة كلها للتصنيف متعدد المحاور للاضطرابات النفسية يُمكن وصف الإعاقة النفسية (المشكلة النفسية) بشكل شامل وبالتالي خلق الشروط لتقديم برنامج المساعدة.

الفصل السابع

ضبط الجودة في التشخيص النفسي

الإرشادات والتعليقات والمستويات في العملية التشخيصية

١. مقدمة

مُمارَسَةُ التَّشْخِصِ النَّفْسِيِّ لَيْسَتْ مُمَارَسَةً عَشْوَانِيَّةً وَإِنَّمَا يَقُومُ الْعَمَلُ التَّشْخِصِيَّ عَلَى أَسْسٍ وَقَوَاعِدٍ مَبْرَهَنَةٍ أَوْ مُسْتَدَّةٍ. وَقَدْ أَسْهَمَ تَطَوُّرُ الْقِيَاسِ النَّفْسِيِّ السِّكُّوْمَترِي مِمثلاً بِنَظَرِيَّةِ الْاِخْتِبَارَاتِ التَّقْلِيدِيَّةِ وَالنَّظَرِيَّةِ الْاِحْتِمَالِيَّةِ فِي الْاِخْتِبَارَاتِ وَتَطْوِيرِ مَنَظُومَاتِ التَّشْخِصِ النَّفْسِيِّ الْاِجْرَائِيَّةِ وَالْمَطَالِبِ الْمْتَزَايِدَةِ، بِضَبْطِ جُودَةِ الْعَمَلِ التَّشْخِصِيَّ وَالْعِلَاجِيِّ لِأَغْرَاضِ الْبَحْثِ الْعِلْمِيِّ وَالْمُمَارَسَةِ التَّشْخِصِيَّةِ الْاِكْلِينِيكِيَّةِ فِي أَنْ تَصْبِحَ الْعَمَلِيَّةُ التَّشْخِصِيَّةُ عَمَلِيَّةً مَنَهْجِيَّةً وَمُنَظَّمَةً قَائِمَةً عَلَى الدَّلَائِلِ وَالْبَرَاهِينِ. وَمِنْ أَجْلِ تَحْسِينِ Optimization الْعَمَلِيَّةِ التَّشْخِصِيَّةِ قَرَّرَتِ جَمْعِيَّةُ الْقِيَاسِ النَّفْسِيِّ الْاُورُوبِيِّ European Association of Psychological Assessment وَيُرْمَزُ لَهَا اِخْتِصَاراً (EAPA) تَطْوِيرَ تَعْلِيمَاتِ Guidelines وإرشادات ومستويات للعملية التشخيصية، وشكلت لهذا الغرض مجموعة عمل حملت اسم: مجموعة عمل تعليمات لعملية التقييم Guidelines for the Assessment Process يُرْمَزُ لَهَا اِخْتِصَاراً ٣٨GAP وقد اشتملت في مرحلتها الأولى على مجموعة من الخبراء الدائمين قامت بعقد ورشات عمل متنوعة وعقدت ستة لقاءات للخبراء أسفرت عن تطوير أربعة مسودات. وضم التعديل الرابع للمسودات هيئة موسعة من الخبراء. وهدفت هذه المجموعة إلى وضع مبادئ معترف بها عالمياً لتقويم نوعية

^{٣٨} نُشِرَتْ فِي Report Psychology, 28, 504-517, 2007.

تدريس التَّشخيص النَّفسيِّ والتَّدریبِ عَلَیْهِ وممارستِهِ، والحفاظ على مصالِح صاحب التَّكلیف والمُكَلَّف بالتَّشخيص.

٢. مهمات وأغراض الإرشادات والتعليمات

تم تحييد المهام والأغراض بتقويم المعرفة الواسعة (الدلائل العلمية Scientific Evidence وخبرات الممارسة) حول المشكلات الخاصة للرعاية الصحية Specific Health care Problems وتوضيح وجهات النظر المتناقضة وتحديد الطريقة المختارة الآن باعتبارها مناسبة تحت موازنة الفوائد والأضرار.

حيث إن الهدف، أي المخرجات Outcomes، ليس الأمراض morbidity وعدد الوفيات mortality ٣٩ فحسب، وإنما رضا المرضى ونوعية الحياة أيضاً.

أما الاستراتيجية القائمة على الدلائل لتطوير الإرشادات فقد تمثّلت فيما يلي:

١. الاستخلاص المنهجي وتوليف أفضل الدلائل العلمية المتوفرة (المراجعة المنهجية، تحليلات بعدية في مقتضى الحال).
٢. اشتقاق الطرق المنصوح بها في الإرشادات من الدلائل العلمية.
٣. التوثيق الدقيق للإرتباط بين النصائح المعنوية ومرتبة الدليل التابعة لذلك.
٤. اختيار النصائح المفتاحية القائمة على الدلائل لإرشاد ما بمساعدة طرق الاتفاق المرسومة.

الدلائل ستتحول في المستقبل إلى محكات وطنية للأداء الاقتصادي والهادف، وذلك على أساس الإرشادات القائمة على الدلائل.

^{٣٩} يُستخدَم هذا التعبير لوصف انتشار الإصابة بالمرض، أو الوصف المرضي Morbid لأي شيء له علاقة بالأمراض، ويرتبط المرض والموت Morbidity and mortality في الكتابة الطبية عن الأمراض.

٣. الإرشادات والتعليمات والمستويات

٣,١ تعاريف

٣,١,١ الإرشادات

هي عبارة عن اقتراحات لطريقة العمل تُهدف إلى المساعدة في العمل وإلى تجنب الأخطاء عند استخدام المستوى. إنها مساعدات مطورة منهجياً، أي قائمة على أساس علمي، وتعمل على اتخاذ القرار حول الإجراءات الطبية المناسبة في مشكلات صحية محددة. وتمثل إجراءً محددًا، شفافاً محققاً بالتوافق بين عدة خبراء من مجالات ومجموعات عمل تخصصية مختلفة (مع مراعاة المرضى أيضاً) حول سلوك طبي (تشخيصي نفسي) محدد، فهي نصائح للعمل، مبررة علمياً، وذات توجه عملي.

وباختصار: هي عبارة عن مساعدات توجه على شكل "معبّر للتصرف واتخاذ القرار" يمكن الانحراف عنها في بعض الحالات المبررة بل يتحتم ذلك. وتخضع الإرشادات للتحديث المستمر وتعديل في مقتضى الحال.

أما المحكات التي تمت صياغتها والمتعلقة بنوعية الإرشادات فقد تم تحديدها

على النحو التالي:

- الشفافية
- الصلاحية (الصدق Validity)
- الثبات والقابلية للإعادة
- تطوير متعدد التخصصات Multidisciplinary Development
- القابلية للاستخدام
- المرونة
- الوضوح، والمعنى الواحد
- توثيق تطوير الإرشادات
- التحقق المنتظم (المراجعة المنتظمة)
- مراقبة الاستخدام (ضبط الاستخدام)

▪ التوازن بين التكلفة والفائدة

وتنوع أهمية الإرشادات في العملية التشخيصية من كونها تحسن Optimize خطوات العمل، وتمكن أصحاب التكليف من خارج علم النفس من ضبط جودة العرض والخدمة، وتشجيع برامج التعليم والتدريب والتدريب المستمر في التشخيص النفسي وتعبيير (ضبط) التوجهات العملية. ويعد المتخصصون النفسيون المجازون المؤهلون في التشخيص النفسي المجموعة الهدف للإرشادات Guidelines العملية التشخيصية. ومن هنا فإنه ينبغي أن تكون هذه الإرشادات قابلة للاستخدام بالنسبة لكل حالة فردية ومفيدة.

٣،١،٢ التعليمات

أما التعليمات فهي قواعد تصف ما ينبغي فعله أو التخلي عنه، مصممة من مؤسسة مشرعة قانونياً، ومثبتة خطياً ومنشورة، وهي ملزمة بالنسبة للمجال القانوني لهذه المؤسسة، وعدم مراعاتها يستتبع عقوبات محددة. وعند وضع التعليمات تتم مراعاة المبررات العلمية وغير العلمية، كالمبررات التنظيمية والاقتصادية على سبيل المثال، فالفرق بين الإرشادات والتعليمات يكمن في أن التعليمات ملزمة قانوناً، لا يمكن الانحراف عنها في حين أن الإرشادات ليست كذلك، فهي أكثر مرونة وتخضع للتعديل والتطوير المستمر حسبما يتوفر من نتائج علمية مسندة.

٣،١،٣ المستويات

المستويات Standards: هي مبادئ اتفق عليها الخبراء تهدف إلى تقويم الجودة، وقد تكون كمية أو كيفية.

٣،٢ الإرشادات Guidelines في العملية التشخيصية

تتضمن الإرشادات والمستويات معلومات حول:

١. بناء الاختبارات Test construction
٢. ملاءمة الاختبار أو تعديله Test adaptation

الفصل السابع

ضبط الجودة في التشخيص النفسي

٣. عارض الاختبار Test Exhibitor
٤. متلقي الاختبار Test Customer
٥. مستخدم الاختبار Test user

٣,٣ بداية العملية التشخيصية

تبدأ العملية عندما يطلب شخص/مؤسسة (صاحب التكاليف) من المُشخِّص الإجابة عن سؤال حول شخص، حالة فردية، مَفحُوص، أو إعطائه نصيحة مهنية.

الشروط

١. يختبر المُشخِّص فيما إذا كَانَ يملك التأهيل من أجل أن يفي بالمطالب وفيما إذا كانت المسألة تتطابق مع المحكَّات العلميَّة. كما عليه أن يُراعي المبادئ الأخلاقية وقوانين بلده.
٢. يتحمل المُشخِّص مسؤولية العملية التشخيصية.
٣. يأخذ المُشخِّص صراعات المصالح الممكنة بين منظومة قيم مانح التكاليف/المفحُوص ومصالحه الذاتية بعين الاعتبار.
٤. يتم التشخيص في موقف بين إنساني، يعامل المُشخِّص المفحُوص بعدل واحترام.
٥. يحدد المُشخِّص النقاط ذات الصلة ويناقشها مع أولئك المشاركين في العملية التشخيصية حصراً.
٦. في أثناء العملية التشخيصية يقدر المُشخِّص العواقب السلبية والإيجابية الممكنة والتأثيرات الجانبية للفحص فيما يتعلق بصاحب التكاليف أو المفحُوص أو كليهما ومحيطه الاجتماعي.
٧. يتبع المُشخِّص من حيث المبدأ المدخل العلمي في حل المشكلة المطروحة.
٨. ينبغي للعملية التشخيصية أن تكون واضحة ليتمكن من تقويمها وتوثيقها بشكل مفهوم.
٩. يعمل المُشخِّص على أن يكون الأساس المنطقي للعملية التشخيصية وفائدتها و نوعيتها مثالياً ويضبط بشكل منهجي الظروف الدخيلة الممكنة.

٣,٤. الخطوات

١. تحليل الحالة (التشخيص الوصفي)

١,١ تحليل المطالب والأهداف

١,١,١ مسألة مانح التكليف أو المَفحُوص أو كليهما.

- يسعى المُشخِّص من أجل تفهم مناسب لهدف ومَطالِب كُلِّ من مانح التَّكليف والمَفحُوص.
- يفكر المُشخِّص في كيفية تحويل أهداف ومَطالِب مانح التَّكليف/المَفحُوص إلى موضوع شامل ومفصل للتَّشخيص.
- يستفسر المُشخِّص عن ضرورة/صعوبة الحالة المدركة من مانح التَّكليف/المَفحُوص.
- يفحص المُشخِّص نقاط ضعف وقوة المَفحُوص معاً.
- يقتصر المُشخِّص على المَوْضُوعَات ذات الصلة بالنَّسْبَةِ للمسألة التَّشخيصية.
- يختبر المُشخِّص كمال وصحة المَعْلُومَات المتوفرة.

١,١,٢ التقريب بين مطالب صاحب التكليف وسمات الوضع العام للمشكلة.

- يختبر المُشخِّص فيما إذا كانت المَعْلُومَات التي تم الحصول عليها حتى الآن كافية للإجابة عن المسألة المطروحة.
- يأخذ المُشخِّص بعين الاعتبار نوعية التَّكامل بين الشَّخْص ومحيطه.

١,١,٣ الاتفاق الرسمي

- يخبر المُشخِّص صاحب التَّكليف/المَفحُوص حول نوع الأسئلة التي ستكون موضوعاً للفحص اللاحق.
- يحصل المُشخِّص على المَعْلُومَات الشاملة عن صاحب التَّكليف/المَفحُوص بعد أخذ موافقتهم حول المطالب والأهداف التي توجه الفحص.

١,٢ صياغة فرضيات تشخيصية قابلة للاختبار حول الحالة: تحويل المطالب والأهداف إلى أسئلة تشخيصية.
١,٢,١ صياغة الأسئلة التشخيصية في مفاهيم تخصصية على أساس المعلومات التي تم الحصول عليها حتى الآن.

- يعين specification المُشخَّص البِناءات النَّفسية ذات الصلة بوصفها المكونات الأكثر أهمية للفرضية القائمة على الحالة.
- يتأكد المُشخَّص من أن صياغة الفرضيات التشخيصية تغطي سمات المشكلة.
- يُميِّز المُشخَّص بين الفرضيات الوصفية والتصنيفية والتفسيرية والتنبؤية.
- تتم صياغة كلِّ فرضية بطريقة منطقية وصحيحة نظرياً وبأطر إمبريقية واضحة.
- يضع المُشخَّص لكل فرضية مصاغة فرضية بديلة على الأقل.
- يرتب المُشخَّص الفرضيات التشخيصية وفق معايير واضحة تعد ذات أهمية بالنسبة للحالة.

١,٢,٢ تحويل المفاهيم التخصصية إلى مفاهيم إجرائية بمساعدة الأدوات والطرق التشخيصية.

- يختبر المُشخَّص بدقة الأدوات الممكن استخدامها بالنسبة للبناء ويختار الأكثر ملاءمة منها.
- يعمل المُشخَّص على ضمان أن تكون المعلومات التي يتم الحصول عليها ذات صلة فيما يتعلق بالفرضية المصاغة، وذات قدرة تمييزية وكافية.

١,٣ الحصول على المعلومات: تسجيل المعلومات ذات الصلة بالنسبة للأسئلة التشخيصية

- ١,٣,١ التخطيط لاستخدام الأدوات التشخيصية.
- يُراعى المُشخَّص أنه يُمكن للأدوات التشخيصية أن تؤثر بشكل مزعج ومشوه وأن تقود إلى ردة فعل.

- يطلب المُشخِّص من المُفحُوص أن يوفق على الإجراء التَّشخيصي المُخطَّطَ والأَساليب التَّشخيصيَّة المنوي القيام بها.
- يهيئ المُشخِّص كلَّ شيء من أجل التَّشخيص ويشرح للمفحُوص والآخريين المهتمين مع مُراعاة المُستوى المهنيِّ والتقنيِّ.

١,٣,٢: استخدام الأساليب التَّشخيصيَّة

- يَسْتخدِم المُشخِّص الأساليب التَّشخيصيَّة مع مُراعاة التَّعليمات المهنيَّة والتقنيَّة.
- يأخذ المُشخِّص بعين الاعتبار العوامل التي تتداخل interfere مع الاستخدام الملائم للأدوات التَّشخيصيَّة.

١,٣,٣: تقويم استخدام الأدوات التَّشخيصيَّة.

- يختبر المُشخِّص فيما إذا كان جمع البيانات قد حصل كما هو مُخطَّط.
- يختبر المُشخِّص فيما إذا كان هناك عوامل قد تدخلت في التطبيق الملائم للاختبار.

١,٤ معالجة المعلومات، إسناد البيانات المجموعة إلى المسائل المطروحة.

١,٤,١ تحليل البيانات

- يختبر المُشخِّص فيما إذا كانت كلُّ البيانات قابلة للاستخدام (مُفيدة) وخالية من أخطاء التسجيل والتشويها.
- يقوم المُشخِّص نوعيَّة البيانات بالنظر إلى المسألة التَّشخيصيَّة.
- يحلل المُشخِّص ويفسر بيانات الاختبارات والأدوات التَّشخيصيَّة الأخرى وفق آخر مُستوى من المعايير Norms والمُستويات Standards والمعرفة العلميَّة.

١,٤,٢ استخلاص الاستنتاجات التَّشخيصيَّة

- يختبر المُشخِّص فيما إذا كانت استنتاجاته تقوم على الفرضيات.

الفصل السابع

ضبط الجودة في التشخيص النفسي

- يزن المُشخَّصُ المَعْلُومَاتِ حسب أهميتها بالنسبة للحالة.
- يوثق المُشخَّصُ كيف انبثقت الاستنتاجات من البيانات.
- يذكر المُشخَّصُ مدى ثقته بكل استنتاج.

٢. تنظيم النتائج وكتابة التقرير

- الإعداد التقني للنتائج وكتابة تقرير مانح التكليف/المفحوص.

٢,١ دمج النتائج

الإجابة عن الأسئلة المطروحة مانح التكليف/المفحوص بشكلٍ كامل قدر الإمكان.

٢,١,١ تجميع النتائج في عرض شامل للحالة.

- يختبر المُشخَّصُ صلاحية كل فرضية باستخدام البيانات من مصادر المعلومات ذات الصلة.
- يدمج المُشخَّصُ البيانات بحيث تكون مهمة ومفيدة وكافية للإجابة عن أسئلة صاحب التكليف.
- يناقش المُشخَّصُ أيضاً المعلومات المتناقضة.

٢,١,٢ صياغة الاستنتاجات فيما يتعلق بأسئلة مانح التكليف/المفحوص.

- يصوغ المُشخَّصُ الاستنتاجات استناداً إلى أسئلة مانح التكليف/المفحوص.

٢,٢ تقديم التقرير: كتابة أو شفها

٢,٢,١ مطالب تقديم التقرير

- الشكل المناسب
- ملخص عن المحتوى الأساسي.
- المعدون، صاحب التكليف، المفحوص، المؤسسة... الخ
- المصادر، الأدوات/الطرق.

- النتائج التي تتجاوز الأسئلة الأصلية لصاحب التّكليف لا يتم رفضها وإنما تتم معالجتها على حدة.
- يتضمن التقرير نصائح مخصصة فيما يتعلق بأسئلة صاحب التّكليف.

٢,٢ تسجيل المعلومات ذات الصلة في التقرير

- مراعاة أسئلة صاحب التّكليف.
- عرض المصادر والأدوات بشكل مفصل.
- تقديم تفاصيل الخطوات التشخيصية والأدوات.
- وزن المعلومات في الجزء المتعلق بالنتيجة: في الجزء المتعلق بالنتيجة يتم تبرير أو برهنة كل طرح نفسي بشكل واضح بناء على البيانات التي تم الحصول عليها ووزنها فيما يتعلق بأهميتها بالنسبة إلى الإجابة عن أسئلة صاحب التّكليف.
- تتم مناقشة التناقضات بين البيانات في الجزء المتعلق بالنتيجة من التقرير.

٢,٢,٣ وضوح التقرير (مفهومه)

- ينبغي للتقرير أن يكون واضحاً ومفهوماً لصاحب التّكليف.
- عند وجود خطر أن يفهم شيء ما بشكل خطأ يتم وضع الخلفية العلمية المستند إليها تحت التصرف (أي يتم تقديم الخلفية العلمية لصاحب التّكليف).
- يتم توضيح المصطلحات التخصصية .
- يتم فصل الوصف عن المقارنة عن التفسير.
- لا يترك تفسير البيانات للقارئ.
- يتم عرض الاستنتاجات بوضوح وعنوان الاستنتاجات المؤقتة في التقرير بشكل واضح والإشارة إليها على أنها مؤقتة.

٢,٣ المناقشة والقرار

- ٢,٣,١ مناقشة التقرير مع صاحب التّكليف أو المفوض أو كليهما أو مع الآخرين
- تتم مناقشة كل الأجزاء في التقرير.

الفصل السابع

ضبط الجودة في التشخيص النفسي

- تتم مناقشة كل النصائح مع صاحب التّكليف - الموافقة!!
- يتم استخدام نتائج المناقشة بالنسبة للنسخة النهائية.

٢,٣,٢ تحليل فيما إذا كانت الأوضاع النهائية تبرر انتهاء العملية التشخيصية أو العودة ثانية للتشخيص أو الانتقال إلى التدخّلات.

- التحويل إلى متخصص ملائم: إذا كان ضرورياً، يرسل المُشخّص التقرير إلى مُتخصّصين متعاونين.

٣. تخطيط التدخّلات

- إذا رأى المُشخّص أن التدخّل Intervention ضرورياً، فإنّه لا بد من اللجوء إلى إجراءات تشخيصية مُختلفة قبل العلاج.
- يصوغ المُشخّص أهداف ومُحكّات التدخّل النّاجح.

٣,١ اختيار واختبار فرضيات التدخّل الخاصة

٣,١,١ اختيار التدخّل وتحويل مُتغيّرات النتيجة إلى مُتغيّرات إجرائية

- يتم اشتقاق فرضيات تدخّل من الفرضيات التشخيصية.
- بناء الفرضيات حسب مُحكّات التسلسل الترتيبي.
- تحويل المُتغيّرات إلى مُتغيّرات إجرائية استناداً إلى الفرضيات.

٣,١,٢ اختبار أساليب التدخّل واتخاذ القرار الأفضل ملائمة بالنسبة للحالة الفردية.

- وزن كل التدخّلات الممكنة - وتحدّيها.
- مناقشة كل خيارات وعواقب التدخّل مع صاحب التّكليف.

٣,١,٣ اختيار وقياس المُتغيّرات ذات الصلة بالنسبة للرقابة monitoring

- يختار المُشخّص الأساليب الملائمة التي تراقب التدخّل.
- يراقب المُشخّص التدخّل إذا كان ضرورياً.
- تنفيذ التدخّل
- لا يتم في التدخّل إجراء عمل تشخيصي

- يراقب المشخص التدخّل ويتجنب الانحرافات أو يوثقها.

٤. التّفويض والفحص اللاحق

عندما يتم تنفيذ التدخّل لأبدي من اتخاذ إجراءات تشخيصية مختلفة:

- ٤.١ الحصول على البيانات حول تأثيرات التدخّل
 - ٤.١.١ فحص البيانات التي توفرت
 - ٤.١.٢ الحصول على البيانات بعد التدخّل
 - ٤.٢ تحليل نتائج التدخّل
 - ٤.٢.١ استخلاص النتائج من البيانات حول تأثيرات التدخّل
 - ٤.٢.٢ كتابة تقرير النتائج لصاحب التكليف والمفحوص أو الآخرين المهمين أو لهم جميعاً.
 - ٤.٢.٣ تقديم تقرير كتابي لهم إذا كان ضرورياً.
- ٤.٣ الفحص البعدي (المتابعة) Follow-up
 - ٤.٣.١ تخطيط الفحص البعدي بموافقة صاحب التكليف أو المفحوص أو كليهما.
 - ٤.٣.٢ فحص المفحوص وفق برنامج مناسب
 - ٤.٣.٣ تحليل النتائج
 - ٤.٣.٤ مناقشة النتائج
 - ٤.٣.٥ تقديم تقرير خطي إذا كان ضرورياً.

٥. نهاية العملية التشخيصية

تنتهي العملية التشخيصية عندما ينهي المشخص علاقته المهنية مع الشخص/المؤسسة (صاحب التكليف) والمفحوص/الحالة الفردية فيما يتعلق بالمهمة التشخيصية.

الفصل الثامن

التشخيص والتصنيف في علم النفس الإكلينيكي

وعلم نفس الصحة

١. التشخيص والتصنيف في علم النفس الإكلينيكي

١,١ مقدمة

يتناول هذا الفصل التشخيص والتشخيص والتصنيف في علم النفس الإكلينيكي ومهامه ووظائفه ومنظومات التصنيف الحديثة الإجرائية وحسناتها وعيوبها، وفي الختام سيتم تناول التشخيص في ميدان علم نفس الصحة. وتسري بشكل عام جميع المبادئ السارية في التشخيص النفسي، يضاف إليها مجموعة من المهام والوظائف الخاصة والطرق التشخيصية المرتبطة بمجال التطبيق.

وقد حددت الجمعية النفسية الأمريكية Ethical Guidelines of American Association of Psychology في توجيهاتها الأخلاقية بأن التشخيص النفسي الإكلينيكي ينبغي أن يكون معداً بطريقة: شاملة وخالياً من الأخطاء وصحيحاً دائماً lasting integer ومبني على أساس نظرية الاختبارات، ومرجع إلى معيار مناسب وملائم للتبليغ ومراع لصفات الأشخاص المعنيين وذلك فيما يتعلق بالجنس والسن والتوجه الجنسي والإعاقة واللغة الوضع الاقتصادي - الاجتماعي (APA,1992, P..1603 (عن Röhrle,2008).

يقتصر طيف المهام والتطبيقات الواسع للتشخيص في علم النفس الإكلينيكي على المسائل المتعلقة بالاضطرابات النفسية. أما الأهداف العليا فتتمثل في الوصف والتصنيف والتفسير والتنبؤ والتقويم (Wittchen & Hoyer, 2011).

يركز ميدان البحث النفسي الإكلينيكي في مجال البحث الأساسي على تطوير نظرية خاصة بالاضطراب وتقويمها المستمر وتطوير استراتيجيات التدخل (كتطوير شكل خاص من العلاج خاص بالاضطراب). أما في الممارسة فيهتم علم النفس الإكلينيكي بالتشخيص المرافق للتدخل (الإرشاد أو العلاج) ومن ثم فهو يرتبط بصورة وثيقة بالتشخيص والتدخل (التدخل القائم على التشخيص)، فيعمل على تعديل التدخل وتخصيصه أكثر، من ناحية أو يغير من استراتيجياته التشخيصية بناء على ما يستجد في التدخل من معلومات وحاجات.

١,٢. تعريف وأهداف ومهام التشخيص النفسي الإكلينيكي

إطار ٢٨: تعريف (١) علم النفس الإكلينيكي

تعريف (١) (WITTCHEN & HOYER,2011)

علم النفس الإكلينيكي هو فرع من فروع علم النفس يهتم بالاضطرابات النفسية والمظاهر النفسية للاضطرابات والأمراض الجسمية في البحث والتشخيص والعلاج في جميع المراحل العمرية، واستناداً إلى الأسس العلمية لعلم النفس بفروعه المختلفة فإن ما يميز علم النفس الإكلينيكي ارتباطه الوثيق بكثير من التخصصات العلمية وبشكل خاص الطب النفسي وعلم الاجتماع والتخصصات البيوعصبية (بما في ذلك مجال الوراثة والأدوية النفسية) والعصبية والتخصصات الطبية الأخرى.

إطار ٢٩: تعريف (٢) علم النفس الإكلينيكي

تعريف (٢)

علم النفس الإكلينيكي هو العلم الذي يهتم بعلاج الأمراض أو الاضطرابات النفسية والمظاهر النفسية للأمراض الجسدية ويركز على الخصائص النفسية للشخص الفرد، أي الوظائف العقلية والانفعالية والبيولوجية والنفسية الاجتماعية والسلوكية، باختلاف المراحل العمرية والمستويات الثقافية والاجتماعية. ويختلف علم النفس الإكلينيكي عن الطب النفسي والإرشاد النفسي، والمهن النفسية الأخرى كالإرشاد المدرسي، أو غيرها من المهن النفسية الأخرى. على الرغم من وجود تداخلات مختلفة في هذه المجالات والمهن.

تتصف الاضطرابات النفسية بمجموعة من الصفات المميزة التي تجعل من التشخيص المتعدد باستخدام أدوات متنوعة ضرورة لا غنى عنها من أجل التشخيص الملائم ومن هذه السمات (ترول، ٢٠٠٧):

١. الندرة الإحصائية

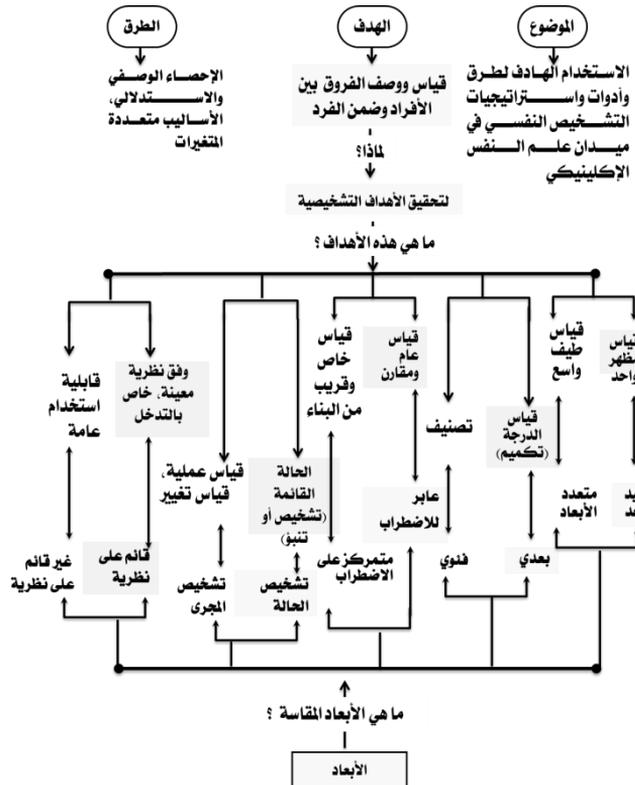
٢. خرق المعايير الإجتماعية

٣. المعاناة الشخصية

٤. تضرر تحقيق الحياة - نوعية الحياة (العجز أو الاختلال الوظيفي)

٥. السلوك غير المناسب

وتعد الجلسة التشخيصية (المقابلة المبنية ونصف المبنية وغير المبنية والمقابلات المعيرة) والملاحظة والطرق الفيزيولوجية والبيولوجية والاختبارات النفسية، الأدوات التي يستخدمها المتخصص الإكلينيكي لجمع المعلومات للوصول إلى التشخيص المناسب. وللتشخيص الإكلينيكي مهام ووظائف وأهداف مختلفة. (الشكل ٣٨).



الشكل ٣٨: موضوع وأهداف وطرق التشخيص الإكلينيكي

١,٣ وظائف التشخيص الإكلينيكي

يُقدّم الشكل ٣٩ و الشكل ٤٠ الشكل ٤١ عرضياً تَوْضِيحِيًّا لوظائف التَّشْخِيصِ

النَّفْسِيِّ الإكلينيكيِّ بدءاً من الوَصْفِ وانتهاءً باقتراح إجراءات عامة للتَدَخُّلِ:

١. الوَصْفُ: أي وَصْفِ المُشْكَلَةِ أو الإِضْطْرَابِ من حيث الأَعْرَاضِ والشِدَّةِ والتكرار والمَوْقِفِ

الذي تظهر فيه، والأدوات المُسْتَخْدَمَةَ فيه هي المُقَابَلَةُ الحرة وقوائم الشكاوى.

ويهدف الوَصْفُ إلى الفرز

Screening الأولي لمَوْضُوعِ

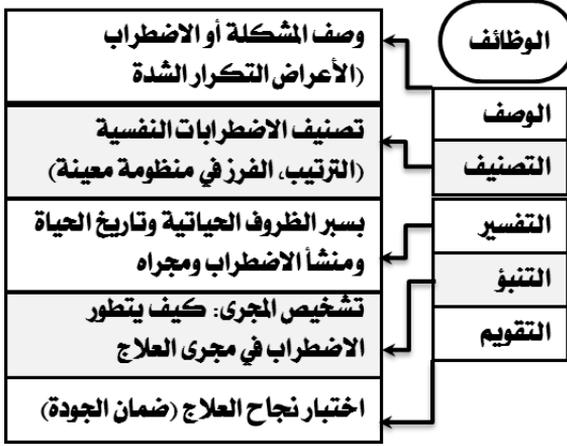
الشكوى وتَحْدِيدِ المجال الذي

قَدْ تَنَمَّى إليه. ويجب الفرز

عن السؤال: هل يعاني

شخص ما من مشكلة

معينة؟ هل ينبغي إجراء



الشكل ٣٩: وظائف التشخيص النفسي الإكلينيكي

تَشْخِيصِ أَكْثَرِ تَفْصِيلاً. أما الوصف فيجب عن السؤال: أي نوع هو هذا السلوك؟

٢. التَّصْنِيفُ: يلي ذلك محاولة وضع الإِضْطْرَابِ ضِمْنَ فِئَةِ تَصْنِيفِيَّةٍ أو مَطْوَمةٍ تَصْنِيفِيَّةٍ مُعَيَّنَةٍ.

٣. التَّشْخِيصِ والتَّشْخِيصِ التَّفْرِيقِيِّ: أي تَحْدِيدِ المَرَضِ أو الإِضْطْرَابِ وتَحْدِيدِ نوعه

ضِمْنَ الفِئَةِ التَّصْنِيفِيَّةِ المُعَيَّنَةِ: مثال على التَّشْخِيصِ: القَلْقُ؛ والتَّشْخِيصِ

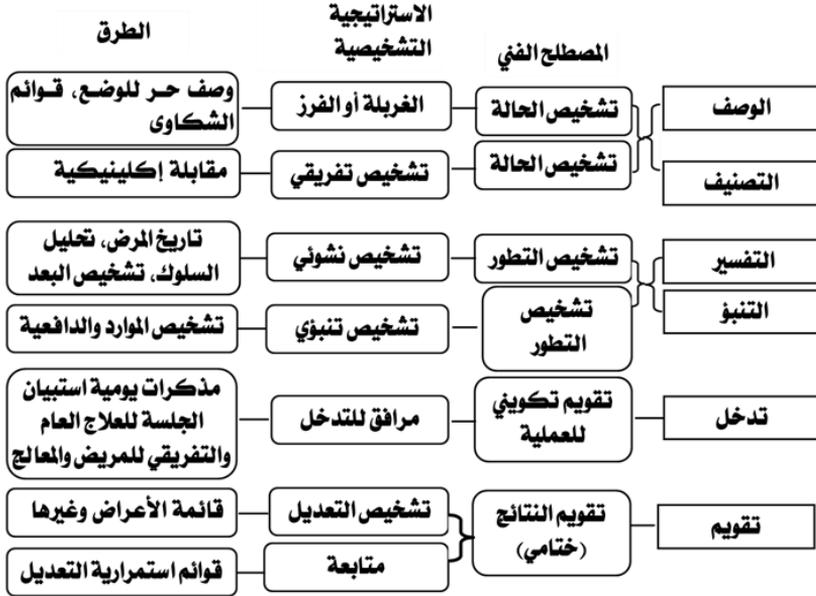
التَّفْرِيقِيِّ: الهَلَعُ بدون رُهاب الأَمَاكِنِ العامة.

٤. التَّفْسِيرُ: أي تَوْضِيحِ وسر الظروف الحياتية والسيرة الدَاتِيَّةِ ومُنشَأ الإِضْطْرَابِ

ومجراه.

Complaint " أو Trouble: الشكوى أو الوجد أو ما يزعم الشَّخْصُ ويضايقه، وأينها وردت كلمة

الشكوى في هذا الكتاب فهي تشير إلى هذا المعنى.



الشكل ٤٠: الاستراتيجيات التشخيصية والطرق المستخدمة في التشخيص النفسي الإكلينيكي

٥. **الدلائل (الفاعلية):** بدءاً من دواعي استخدام تدخل ما أو تأثيراته أو فاعليته، وانتهاء بمضادات الفاعلية، أي طرق التدخل غير الفاعلة أو المؤذية.
٦. **التنبؤ (المآل):** أي تشخيص المجرى؛ أو كيف يتطور الاضطراب في مجرى العلاج، وانتكاساته، وفرص تحسنه والتخطيط بعيد المدى لإجراءات التأهيل.
٧. **التأسيس والتبرير:** مبررات الاستنتاج ودعمه بالحجج والبراهين.
٨. **التحويل المؤسساتي:** التحويل إلى شكل ما من أشكال التدخلات النفسانية.
٩. **التقويم:** اختبار نجاح التدخلات. ويشمل تقويم مجرى العلاج ونجاحه. والسؤال المطروح بالنسبة للمجرب: هل تحصل تغيرات في الأعراض في مجرى العلاج؟ أما السؤال بالنسبة لتقييم النجاح: ما هي التعديلات العامة والخاصة التي تم تحقيقها؟
١٠. **مراقبة الجودة وضمانها.**
١١. **التوثيق:** توثيق الخطوات والإجراءات التشخيصية والأدوات والنتائج.

١٢. وُصِفَ عام للتَدَخُّلات (اقتراح التَدَخُّلات).



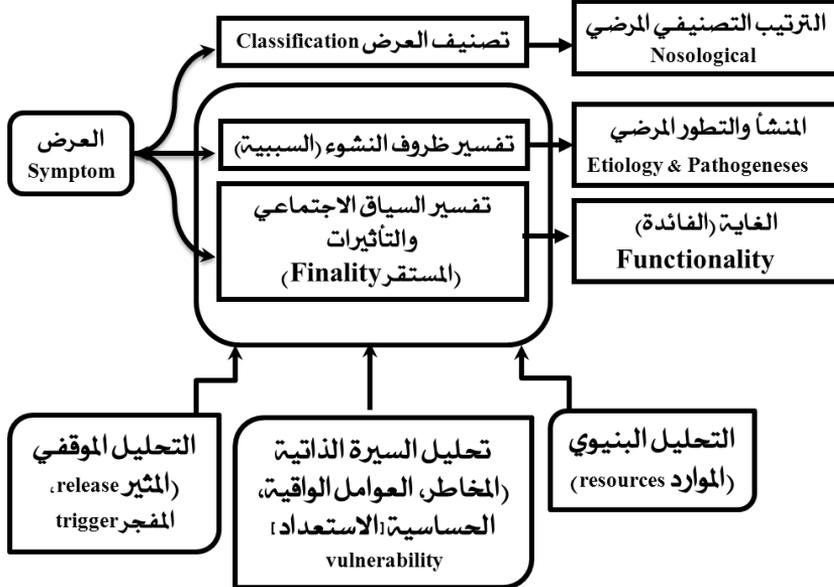
الشكل ٤١: مهام التشخيص الإكلينيكي من الوصف حتى التقويم

١,٤ مُستويات التحليل

يُقدِّم الشكل ٤٢ عرضاً تَوْضِيحِيًّا لِمُسْتَوِيَّاتِ التحليل في التَّشْخِيصِ النَّفْسِيِّ الإكلينيكيِّ مقتبس من (Resch, Fegert, Buchmann, 2004). (راجع كذلك الشكل التخطيطي الشكل ٣٦-المجري التشخيصي صفحة ١٩٢).

ويُمْكِنُ تَقْسِيمُ المَبَادِئِ التَّشْخِيصِيَّةِ الإكلينيكيَّةِ وفق الأَسْسِ التَّالِيَةِ:

- الإطار الزمني الذي يستند إليه الإجراء.
- نوع البيانات التي يَتِمُّ استقصاؤها بهذا الإجراء.
- السُّؤال فيما إذا كَانَ المَبْدَأُ التَّشْخِيصِيَّ يُسَاعِدُ على تَحْدِيدِ وُوصْفِ تَصْنِيفِ الاِضْطِرَابِ (Krohne & Hock, 2007).



الشكل ٤٢ : مستويات التحليل في التشخيص النفسي الإكلينيكي

١,٤,١ الإطار الزمني الذي يستند إليه الإجراء

أما الأدوات التي يُمكن استخدامها في قياس الإطار الزمني الذي يستند عليه الإجراء فهي الطرق التي تعتمد على قياس الوضع الاجتماعي النفسي الراهن: مثل أدوات قياس السمات كالقلق والاكتئاب (كحالة وكسمة) حيث يتم دمج هذه السمات في قوائم الأعراض ومن أشهرها SCL-90-R (راجع كذلك القائمة السورية للأعراض، رضوان، ٢٠٠١) أو مقاييس الشكاوى وأدوات قياس الاضطرابات النفسية النوعية، والطرق التي تستند إلى الماضي التي تُهدف إلى استقصاء تاريخ نشوء الاضطراب ومجراه، ومنها أدوات السيرة الذاتية (تاريخ الحالة، تاريخ المرض) مع الانتباه إلى أنه توجد في أساليب التقرير الذاتي ميول للتشويه قد تقود إلى نسبة من التشخيصات الخطأ (المكتئبون مقابل غير المكتئبين على سبيل المثال). وهناك الطرق التي تستند إلى المستقبل والتي تتطور بسرعة في الوقت الراهن وخصوصاً في مجال علم نفس الصحة وقياس الأهداف والتوقعات الشخصية التي يُعتقد أن لها تأثيراً جوهرياً في توجيه السلوك الراهن للضرد، ومن أمثلتها قياس النتائج المتوقعة من المعالجة عند المتعالجين.

١,٤,٢ نوع البيانات التي يتم استقصاؤها

وهنا يتم باستخدام المبادئ التشخيصية الإكلينيكية قياس الأنواع التالية:

(١) سجل الحياة life record (بيانات تاريخ الحياة و تقويمات الآخر). (راجع صفحة ٢٥٠)

(٢) الاستبيان questionnaire (التقويم الذاتي الذي يعطيه الشخص عن نفسه كاستبيانات الشخصية على سبيل المثال وتطلق عليها كذلك تسمية الاستبيانات الذاتية أو الشخصية).

(٣) الاختبار test (أو ما يسمى بالاختبارات الموضوعية) وهي تختلف عن الاستبيانات الشخصية أنها لا تقوم على أساس المعلومة التي يعطيها الشخص عن نفسه وإنما على أساس القياسات المرتبطة بالموقف مباشرة للسمّة الشخصية كاختبارات القدرات والإنجاز ability and achievement.

ويفترض لأي إجراء ألا يُقدّم بيانات من مستوى واحد من هذه المستويات فقط بل بيانات متعددة المستويات؛ فالمقابلة على سبيل المثال تقدم بيانات استبائية (تقرير ذاتي) وتقدم بيانات حول سجل الحياة (بيانات ملاحظة).

١,٤,٣ السؤال فيما إذا كان المبدأ التشخيصي يساعد على تحديد ووصف تصنيف الاضطراب:

تهدف الطرق التشخيصية في علم النفس الإكلينيكي إلى تحديد الاضطرابات النفسية. إلا أن السؤال المطروح هو: كيف يتم التعامل مع هذه البيانات التي تم الحصول عليها؟ أي وماذا بعد تشخيص الاضطراب النفسي؟ تُساعد البيانات التي يتم الحصول عليها هنا في جانبين الأول: اختبار الفروضيات المطروحة واشتقاق التدخلات الملائمة، والثاني: ترتيب الاضطراب النفسي ضمن منظومة معروفة للاضطرابات.

١,٥ أدوات التشخيص الإكلينيكي

١,٥,١ المقابلة الإكلينيكية

سبق وتناولنا المقابلات التشخيصية بتفصيل (راجع الفصل الرابع صفحة ١٤٩). ونشير هنا إلى أن المقابلة الإكلينيكية تحتوي على بشكلٍ عام على النقاط الأساسية التالية:

١. التاريخ السابق للمُشكِّلة الراهنة (السيرة المرضية)
٢. التاريخ المرضي للمعالج
٣. تاريخ الحياة (السيرة الذاتية) وظروف الحياة
٤. الأحداث الحياتية الحرجة
٥. المشاعر والاستعارات (الأفكار) فيما يتعلق بهذه الأحداث الحياتية الحرجة
٦. الدافعية للعلاج وأهداف العلاج
٧. التوقعات من العلاج
٨. التوقعات من المعالج

وهناك أنواع مختلفة من المقابلات الإكلينيكية:

- مقابلات تستقصي مجالاً واسعاً من صور الاضطرابات النفسية مُقابل استقصاء اضطراب واحد وحيد.
- مقابلات للأطفال واليافعين مُقابل مقابلات للراشدين.
- مقابلات تسترشد بالتقسيمات الشائعة لصور الاضطرابات النفسية (في الغالب بالتقسيمات القائمة على مفاهيم طبية نفسية ما قبل نظرية - قديمة -) مُقابل المقابلات التي تستقصي المعلومات من أجل اتخاذ القرارات التشخيصية في إطار الآي سي دي العاشرة الحادي عشر أو الـ دي أس أم الرابع والرابع مُعدّل النص والخامس.

١,٥,٢ التشخيص الإكلينيكي لسجل الحياة life record

تأتي بيانات سجل الحياة من مصدرين: البيانات الموضوعية للحياة بما في ذلك السيرة المرضية والملاحظة والحكم الخارجي. إلا أنه من النادر أن يتم استخدام الملاحظة المنهجية في الممارسة العملية. وللحصول على المعلومات يتم في الغالب التوليف بين الملاحظة والسبر والإجابة عن قوائم الأعراض (التوجه الطبي النفسي) و تشخيص تكرار ظهور السلوك المشكل وتسجيل العلاقات الوظيفية بين الظروف السابقة والسمات الإشكالية والنتائج في إطار التدخل التعديلي (التوجه العلاجي السلوكي). ومن أمثلة الإجراءات التوليفية مع التوجه الطبي النفسي قائمة التشخيصات العالمية International Diagnoses Checklist for Personality Disorders اختصار (IDCL-P) (Bronisch et al., 1995). وقوائم الأعراض اقتصادية ولا تستهلك الكثير من الوقت مقارنة بالمقابلات المبنية.

ويهدف التشخيص القائم على العلاج السلوكي إلى الحصول على المعلومات لتحديد ملاءمة وكفاءة التدخلات التعديلية في الحالة الفردية (التشخيص وفق نموذج التعديل لبافلوك^١ ١٩٨٨) ضمن إطار تشخيص العملية. مثال ذلك: إجراء اختبار السلوك: استشارة للسلوك الإشكالي من خلال لجوء المعالج إلى المواقف المطابقة وملاحظة المعالج لذلك. أو لعب الأدوار: تمثيل الموقف الحرج ويكون المعالج مراقباً مشاركاً أو مشاركاً لوقت محدود.

وتوجد تقنيات لقياس الاستعارات ذات الصلة بالنسبة للإضطراب والعلاج منها على سبيل المثال استرجاع الموقف، أي وكأنه يحصل الآن؛ فيتم هنا إعطاء تعليمات لإنتاج الاستعارات أو الانفعالات من مختلف الأنواع (حسب صورة الإضطراب)، ومن خلال تسجيل الأفكار، حيث يقوم المتعالج بتسجيل أفكاره التي

^١ وظيفة تشخيص العملية أو قياس التعديل تكمن في تحديد التغيرات في درجة المتغيرات النفسية. وبهذا فإن الهدف هو تصوير التغيرات الحقيقية في السات في المجرى الزمني. وهذا يتطلب الوصف، وأحياناً أيضاً التوضيح والتنبؤ بتقلبات السات المستحثة داخلية أم خارجية المنشأ أم داخلية وخارجية المنشأ معاً.

تدور في خاطره حول موقف مُحدّد، أو تحليل تعاقب الأفكار؛ إذ يحتمل أن يقوم المتعالجون المكتئبون بداية بتسجيل الأفكار السلبيّة ثم الأفكار الإيجابيّة أما المكتئبون فيستمرون في إنتاج أفكار سلبيّة.

١,٥,٣ الاستبيانات

أمثلة عن بعض أدوات التقويم الذاتي في التشخيص الإكلينيكي

تقسم أدوات التشخيص الذاتي في التشخيص الإكلينيكي إلى مقياس أو قوائم شاملة ومقاييس لقياس مجالات منفردة ومقاييس لقياس الحالات. ومن أمثلة المقاييس الشاملة مقاييس الشخصية كمقياس العوامل الخمسة الكبرى الجديد ومقياس آيزنك وغيره مما أشرنا إليه في أكثر من مكان في هذا الكتاب والقوائم العابرة للاضطراب كقائمة الأعراض SCL-90-R (القائمة السورية للأعراض).

أما المقاييس التي تقيس مجالات منفردة فتقسم إلى مقاييس تقيس بناءات عامة كمقياس حالة القلق وحالة الغضب ومقياس بيك للاكتئاب، ومقاييس تقيس اضطرابات نوعيّة أو خاصة كاضطرابات الأكل ومقاييس الوسواس والأفعال القهريّة (مثال ذلك المقياس العربي للوسواس القهري، أحمد عبد الخالق (عبد الخالق، رضوان، ٢٠٠٢).

وتقسم الأدوات التي تقيس الحالات إلى أدوات تقيس حالات عامة وحالات ذات أهميّة إكلينيكيّة. والأولى لا تقع في مركز التشخيص الإكلينيكي وإنما في التخطيط للحصُول على البيانات كالقلق على سبيل المثال، أما المقاييس التي تقيس حالات ذات أهميّة إكلينيكيّة فهي المقاييس التي تقيس التعديلات في السمات النفسية عبر الزمن.

١,٥,٤ الاختبارات

ولها ثلاثة أنواع اختبارات السلوك والأساليب التجريبية الإستعرافية واستراتيجيات القياس البيولوجي؛ فاختبارات السلوك تُتيح ملاحظة السلوك الإشكالي الذي تم إنتاجه من خلال بيانات سجل الحياة، كما يمكن أن يتم بالإضافة إلى ذلك تقدير ذاتي (بيانات الاستبيانات) من خلال تقدير شدة القلق على مقياس القلق مثلاً، وكذلك استقصاء بيانات الاختبار كعدد نبضات القلب، من خلال جهاز قياس النبض. أما الأدوات التجريبية الإستعرافية فمنها على سبيل المثال اختبار فحص النقطة البصري Visual Dot-Probe لمكلود وماثيوس وتاتا (MacLeod, Mathews & Tata)، وهو فحص لقياس توجه الانتباه لدى الأشخاص الخائفين واختبار التداخي الضمني (IAT) implicit Association Test لغرامر وسيغيل وساغراتي (Gemar, Segal & Sagrati) لقياس سمات الشخصية ذات الصلة إكلينيكيًا مثل مشاعر القيمة الذاتية أو الاكتئابية والقلق والخجل.

أما أدوات القياس البيولوجي فيندر استخدامها في الممارسة الإكلينيكية وتستخدم أكثر في البحث الإكلينيكي، ومنها أجهزة القياس أو الفحص الفيزيولوجي الخارجي مثل قياس النبض والضغط، وأجهزة القياس الداخلي كتحليل الدماغ والقلب... الخ، وبطاريات الاختبارات ذات التوجه النفسي العصبي.

١,٦ التشخيصي التصنيفي ومنظومات التشخيص العالمية

١,٦,١ المفاهيم الأساسية في التشخيص التصنيفي

يحتل التصنيف أهمية مركزية في العلوم المختلفة فهو يساعد في تخفيض التعقيد في الظواهر المختلفة واختزالها الأمر الذي يتيح التعامل معها بشكل أفضل. وتعد المبادئ التصنيفية في العلوم المختلفة أساساً جوهرياً للبحث العلمي الإمبريقي، والتي تجعل البحث المنهجي بداية ممكناً. وفي علم النفس الإكلينيكي يعد التصنيف واحداً من النشاطات الأساسية. وقد ظهرت عبر القرنين التاسع عشر

والعشرين تصنيفات مُخْتَلِفة تقوم على أسس مُخْتَلِفة. ويَتِمثل السُّؤال الرئيسي للتصنيف في الإجابة عن مسألة التشابه والاختلاف في الخصائص الفردية.

ويعني التصنيف في مجال الاضطرابات النفسية أمرين:

١. تقسيم مجموعة من المتغيرات، أي مجموعة من السمات أو الصفات أو الحالات ضمن منظومة مقسمة إلى فئات. وهو ما يطلق عليه مصطلح المنهجية Systematic.
٢. ترتيب أو تنظيم السمات أو الحالات المنفردة في فئات هذه المنظومة. وهو ما يطلق عليه مصطلح التصنيف Classification.

ويقصد بمفهوم الفئات Class مجموعة من العناصر التي تمتلك صفات

مشتركة (مولر، ٢٠٠٩: ٢٥).

فالتصنيف Classification إذا عبارة عن تقسيم وتنظيم أو ترتيب لموضوعات ومفاهيم تشترك مع بعضها في صفات معينة وتختلف عن بعضها في صفات أخرى. ويهدف التصنيف في مجال الأمراض والاضطرابات النفسية إلى فصل أنماط منفردة من الاضطرابات عن بعضها وجميع هذه الأنماط من وجهات نظر التشابه. أما المنهجية فهي العرض المنظم والتصميم الموحد، والفهرسة وفق سياقات موضوعية ومنطقية. ومن ثم فعلى التصنيف المنطقي أن يراعي الشروط التالية:

١. التحديد الدقيق للسمات أو مركبات السمات المحددة للفئات المختلفة
٢. الاحتفاظ بأساس التقسيم، أي الاحتفاظ بوجهة النظر التي تم التقسيم على أساسها.
٣. مراعاة الظواهر الواقعة في مجال البحث.
٤. تحديد محكات الإدخال والاستبعاد Inclusion-Exclusion-Criterion فيما يتعلق بتصنيف الحالات الفردية في فئات (المرجع السابق: ٢٨).

مفاهيم أساسية

- **التصنيف:** ترتيب أو تقسيم الظواهر، التي تحمل صفات معينة، إلى منظومة مفهرسة وفق فئات (أصناف Class). ويقصد بهذا بشكل خاص علم التصنيف التاكسونوميا taxonomy؛ والتحديد التشخيصي (أو العملية التشخيصية).
- **علم التصنيف التاكسونوميا:** الترتيب المنهجي وفق قواعد محددة.
- **الفئات Class:** مجموعات ذات صفات مشتركة
- **المصطلحات أو الرموز nomenclator:** الوصف الخاص للمفاهيم المستخدمة لتحديد فئات وعناصر منظومة ما. وعمليا يمكن اعتبار المصطلحات عبارة عن قائمة من المفاهيم معروفة بين الخبراء، والمستقلة من حيث المبدأ عن خصائص الصفات الكامنة خلفها.
- **التحديد التشخيصي diagnostical Identification** (أو العملية التشخيصية): يقصد بالتحديد التشخيصي إلحاق أو عملية إلحاق سمات محددة أو أفراد محددين في طبقات أو فئات منظومة تصنيف قائمة.
- **علم تصنيف الأمراض النسولوجيا:** يستند مفهوم النسولوجيا في سياق تصنيف الأمراض إلى محاولة الترتيب الواضح والمنطقي لأمراض محددة إلى أمراض أساسية وفرعية وجانبية وفق وجهات نظر موحدة. وفي الوقت نفسه يتحتم على التفريقات differentiation أو التقسيمات النسولوجية التي تجرى أن تتطابق إلى درجة كبيرة قدر الإمكان مع الفروق أو الارتباطات الأساسية في مجال الصور المرضية القائمة موضوعيا ومع العوامل المسببة وأن يراعي في ذلك كل الظواهر والعوامل الحاصلة بالفعل. ويهدف التصنيف النسولوجي أيضا إلى عمل منظومة منطقية وطبيعية وكاملة في الوقت نفسه.
- **ترتيب الأمراض ٤٢ Systematic of Diseases:** يقوم الترتيب (التنظيم) بترتيب الأجزاء ضمن كل موحد ومقسم (مفهرس)، يحتل فيه الجزء المفرد موقعا مقبولا بالتنسبة لكل وللأجزاء الأخرى الباقية. (Wittchen, 2011, P.31)

وتطلق على التصنيفات التي تنشأ وفق الشروط المذكورة أعلاه التصنيفات الفئوية Categorical Classification. والتصنيف يهدف إلى تجميع الصفات ذات الصلة في زمر أو مجموعات وترتيب هذه المجموعات في منظومة من الفئات. والفئات التي تنجم بهذه الطريقة هي فئات تجريدية أو مفاهيم وبناءات نظرية وليست فئات

^{٤٢} وتعني التصنيف تبعا لعلاقات طبيعية

حقيقية موجودة في الواقع. ووفق هذا النوع من التصنيف يُنظر إلى الاضطراب النفسي إما أن يكون موجوداً أو لا يكون.

أما الفصل بين الفئات المختلفة فلا يمكن أن يكون دقيقاً بسبب أن التصنيف



الاكتئابية

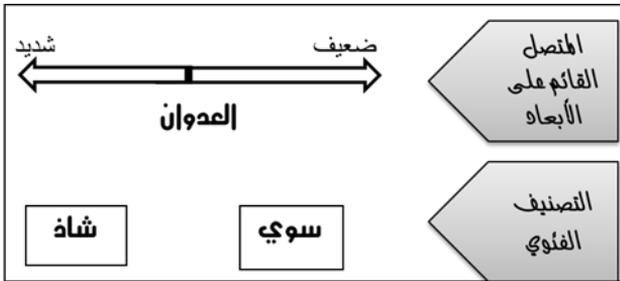
- 1= تشخيص اضطراب فرط النشاط
- 2= تشخيص اضطراب السلوك الاجتماعي
- 3= تشخيص الاكتئاب

الشكل ٤٤: عرض تخطيطي يقارن بين التشخيص البعدي والتشخيص الفلوي Döpfner & Borg-Laufs 1999

الفلويّ مجبر على مراعاة صفات من الصعب تحديدها بوضوح في فئة معينة ومن هنا فإن المعابر بين الفئات عادةً ما تكون مطاطة. وللتصنيف الفلويّ في منظومات التصنيف الراهنة أهمية كبيرة، فقد قادت الطريقة التصنيفية في مجال علم النفس الإكلينيكي إلى تطوير المنظومات التشخيصية

كالدي أس أم والآي سي دي

DSM/ICD. ويهتم التشخيص الفلويّ الراهن بالتعريف الإجرائي للمحكات الواضحة من أجل ترتيب المرضى ومُسكلاتهم في فئات، باستخدام أساليب مُقابلة



الشكل ٤٣: التصنيف البعدي مقابل التصنيف الفلوي

مبنية تم تطويرها لهذا الغرض. إلا أن لهذا النوع من التصنيف مُسكلاته، منها إمكانية الخلط بين التصنيف والتفسير، وهو ما

يُحصل كثيراً^{٤٣}، وهو يغفل مُشكلة الفروق الكمية في الأعراض، حيث إن الفروق في بعض الاضطرابات النفسِيَّة هي فروق في الدرْجَة لاي النوع.

ويقابل التَّشخيص الفئويَّ التَّشخيص الذي يستند إلى الأبعاد (التَّشخيص البُعدي Dimensional Classification) وهو ينطلق من فرضية أن الفروق بين الأفراد منفردين هي فروق كمية quantity أكثر منها كميَّة quality. وبناء على ذلك فإن الهدف الأساسي لا يتمثل في ترتيب مريض ما ضمن فئة مُعيَّنة من الاضطراب، وإنما في تحديد درْجَة بروز صفة مُعيَّنة (على سبيل المثال مقدار القلق الاجتماعي أو مقدار تعكر المزاج الاكْتئابي).

ومقابل التَّصنيف الفئويَّ والبُعدي هناك التَّصنيف القائم على الأنماط Typology. وتقوم التَّصوُّرات التي تتبع مفهوم الأنماط بتَّصنيف الصفات ضمن مجموعة مُعيَّنة تَّصِف بخصائص محددة وتطلق عليه تسمية النمط. ويقوم التَّصنيف الأنماطي على تشابه الخصائص الواقعة ضمن النمط الواحد بدرْجَة كبيرة فيما بينها وتختلف عن الخصائص الموجودة في الأنماط الأخرى، وهو بهذا يختلف عن التَّصنيف الفئويَّ من حيث إن السمات الواقعة ضمن النمط الواحد تتشابه فيما بينها في غالبية الخصائص حتَّى لو لم تتوفر في العناصر المكونة للنمط بعض أو كل الصفات. ومن أجل إطلاق تسمية النمط على تركيبة أو توليفة ما لا بدُّ من توفُّر خاصيتين أساسيتين:

١. يضم النمط كلَّ السمات والخصائص المتشابهة التي تمتلكها مجموعة مُعيَّنة من الناس.
٢. يحتوي كلَّ نمط من الأنماط على سمات أو صفات غير موجودة في الأنماط الأخرى.

^{٤٣} مثال: هذه المريضة تتصرف بطريقة وسواسية لأنها تعاني من اضطراب الوسواس والأفعال القهرية"، هذا الشخص يتصرف بصورة ذهانية لأنه يعاني من الفصام"" (ترول، ٢٠٠٧).

وبما أن الأنماط المصممة وفق هذا الشكل لا يُمكن أن توجد في الواقع فإن النَمَط هو عبارة عن تَحْدِيدٍ "للنَمَط المثالي" يُساعد "كتوجه" في تَرْتِيب الأفراد. وكمثال على ذلك يُمكن ذكر تَعْرِيف الطور الاكْتِئابِي الذي يشتمل وَصْفه على عدد كبير من الظواهر من دون أن يحقق الأفراد منفردين جَمِيع السِمَات بالضرورة.

ويُقدِّم الجدول ٢٤ مَقارَنَة بَيْنَ التَشْخِيص القائم على الأبعاد والتَشْخِيص

الفئويّ.

الجدول ٢٤: مقارنة التشخيص الفئوي والتشخيص البُعدي

التشخيص البُعدي	التشخيص الفئوي
في التشخيص القائم على الأبعاد يتم تحديد ووصف السمات النفسِيَّة للشخص على طول خطٍ متصل. وهو يقوم على الأسس الطرائقيَّة للقياس النفسِي والأدوات متعددة المتغيَّرات ووصف الشذوذات النفسِيَّة من خلال الأبعاد المستخلصة إمبيريقيا.	في التشخيص الفئوي يتم فصل الاضطرابات النفسِيَّة كوحدات من الاضطرابات القابلة للتحديد والتمييز، منفصلة عن بعضها بوضوح عن السواء النفسِي. وتلتزم بهذا التصنيف متظومةً الذي أس أم وأي سي دي (متظومتا التصنيف العالميتان)

وتوجد أسس أخرى للتصنيف، منها التَصْنِيفات المَبْنِيَّة على أساس الأسباب والتطور المرَضِي (كالأسباب العضوية والأسباب النفسِيَّة) وتلك المَبْنِيَّة على أساس الصورة المرضية الغالبة (القلق، الاكْتِئاب) أو على أساس المجرى (حاد، مزمن، انتكاسي، دوري) أو على أساس القابليَّة لاستجابة علاجية مُعَيَّنة (استجابة دوائية، علاجية نفسِيَّة).

كما يُمكن تَصْنِيف مَنظُومَات التَصْنِيف استناداً إلى التوجه النظري الكامن خلفها؛ فمَنظُومَات التَصْنِيف التحليليَّة النفسِيَّة تحاول على سبيلِ المِثَالِ تَقْسِيم الناس حسب دَرَجَات الاضطراب، كاضطرابات "مبكرة" وعُصَابات، في حين أن التَصْنِيف العِلاجِي السُّلوكي يتكون من محاولة الوصف الدقيق للسُّلوك طبقاً لقصور السُّلوك وتطرفه (الإفراط فيه) وموارده - Behavior deficits, -excesses and

.resources

لقد اعتدنا في علم النفس والعلوم الاجتماعية على وصف الظواهر النفسية والسلوكية على أبعاد، فنحن نصف الناس على سبيل المثال على أساس المقاييس التي تم تطويرها سيكومترياً على متصل نحدد عليه درجات بروز السمات أو درجات المقياس. وهذا يتيح لنا بعدئذ من خلال تحليل توزع القيم ومن خلال فرضيات إضافية اتخاذ قرارات فئوية. وطبقاً لذلك فإن كل ما هو نادر "شاذ" على سبيل المثال. أما بالنسبة للسياق الإكلينيكي فإن فائدة هذا الإجراء وقيمه العملية محدودة في الغالب لأسباب كثيرة، فهنا نتمنى بداية أن تتمكن من اتخاذ قرارات فئوية واضحة حول فيما إذا كان الأمر يتعلق "بحالة لديها اضطراب نفسي" أو فيما إذا كان الأمر يتعلق باضطراب نفسي محدد أم لا. إذ إننا نريد في السياق الإكلينيكي أن نتخذ قرارات متعلقة بالتدخل مباشرة قدر الإمكان. ولكن بما أن تحديد التشخيصات عادة ما يتضمن في الوقت نفسه عدة مظاهر من القرارات، حيث تلعب إلى جانب الشكاوى الراهنة (الأعراض) وبياديتها واستمراريتها ومجرها والعوامل الأخرى المؤثرة دوراً مهماً. فإنه توجد نقاط التقاء قليلة بين المقاييس البعدية 4 dimensional والأحكام التشخيصية الإكلينيكية الفئوية.

ويتضح في الشكل التالي (في الجدول صفحة ٢٥٩) على سبيل المثال أن جزءاً ليس بالقليل من الأشخاص الذين لديهم قيم اكتئابية في الاختبار لا يحصلون على التشخيص "اكتئاب" (راجع

الجدول ٢٥) أي أنه لدينا هنا اختبار يتضمن الكثير من التشخيصات الإيجابية الخاطئة، في حين يحصل بالعكس حيث تعطى تشخيصات إكلينيكية حتى لدى أشخاص يحصلون في الاختبار على درجات منخفضة (أي في الاختبار تشخيصات سلبية خطأ). ويكمن سبب هذه النتائج غير الباعثة على الرضا فيما يتعلق بالتصنيفات الخاطئة في أن مقياس الاكتئاب لا يصور إلا بعد الشكاوى الاكتئابية الراهنة في حين أن التشخيص الإكلينيكي الفئوي يأخذ بعين الاعتبار بالإضافة إلى ذلك عدداً أكبر من المظاهر، منها على سبيل المثال المدة (أسبوعين على الأقل) والتضررات (العجز عن القيام بالوظائف الاجتماعية) ومحكات الاستبعاد (أي ألا تكون الأعراض الاكتئابية ناجمة عن تناول أدوية تسبب هذه الأعراض).

وعليه فإن مقاييس التقدير الذاتي وتقدير الآخر القائمة على الأبعاد ليست مفيدة لاتخاذ القرارات الإكلينيكية حول وجود اضطرابات نفسية إلا بصورة محدودة. إنها ملاءمة ولا يستغنى عنها من أجل الوصف الموضوعي ٤٤ objectivized للشكاوى المنفردة ومجموعات الشكاوى. وكذلك من أجل تحديد درجة الشدة، كما يمكن لهذه المقاييس أن تكون مفيدة أيضاً ضمن

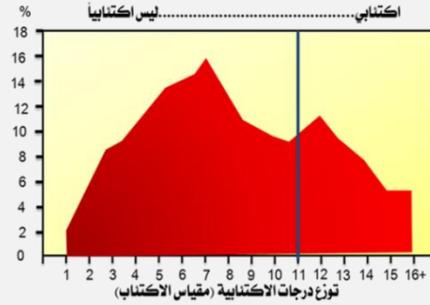
Objectivized " جعل الشيء موضوعياً

شروط محددة من أجل فرز أو غربلة اضطرابات محددة. أما من أجل تشخيص الاضطرابات النفسية فهي غير ملائمة في العادة . (Wittchen & Hoyer 2011,P. 26-27)

إذا طبقنا مقياس اكتئاب يقوم على الأبعاد Dimensional في عينة سكانية عامة فسندج في العادة: فقط القليل من الناس ليس لديه شكاوى اكتئابية، وكثيرون لديهم بعض الشكاوى، والبعض لديه الكثير من الشكاوى.

وحسب التقاليد الإكلينيكية يتم اعتبار القيم البالغة فوق 10 ملفتة للنظر وكدلالة على وجود اكتئاب مهم إكلينيكياً.

وبالمقارنة مع التشخيصات الإكلينيكية المعيرة تبلغ حساسية DSQ (المقدار الذي يتم فيه التعرف على الحالات الحقيقية) 92% والخصوصية (مقدار التشخيصات النوعية الملموسة) 72%. وهذا يعني أن مقياس الاكتئاب أداة فرز حساسة.



الشكل (2): قيم الاكتئابية والاكئاب البغية مقابل الفئوية في عينة المانية من الجمهور العام (التوزيع التكراري للشكاوى الاكتئابية الراهنة لدى السكان على أساس استخبار فرز الاكئاب DSQ بالنسبة المئوية)

الجدول ٢٥: أخطاء في التصنيف التشخيصي

أخطاء القرارات: على استراتيجيات الترتيب تجنب الأخطاء في التنظيم ضمن فئات، وتظهر الأخطاء عندما يتطابق الترتيب من خلال المتغيرات الكاشفة مع الانتماء الفعلي للفئات			
مريض	سليم		
سالب خاطئ	سليم حقيقي	سليم	مريض
إيجابي حقيقي	إيجابي خاطئ	مريض	سليم
النسبة الأساسية مريض = السالب الخاطئ + الإيجابي الحقيقي	النسبة الأساسية سليم = السالب الحقيقي + السالب الخاطئ		

وقد تعرض التصنيف لانتقادات متعددة تمثلت في الحركة المضادة للطب النفسي التي ترى في التصنيف شكلاً من أشكال التلقين الذي يلحق الأذى بالمريض من الناحية النفسية والاجتماعية، ويضيق النظرة إلى الإنسان، وفي العصور القديمة

“ يطلق مصطلح الحساسية Sensitivity: على قدرة الاختبار على تحديد الحالات الحقيقية (يوجد قلق، لا يوجد قلق على سبيل المثال). وكذلك على قدرته على رصد أدنى التغيرات في العملية العلاجية. ويطلق مصطلح الخصوصية Specificity على قدرته على رصد التشخيصات الحقيقية أو على قدرته على استبعاد التشخيصات "الخطأ" (قدرة مقياس للاكتئاب على تشخيص الاكتئاب بالفعل واستبعاد الوسواس القهري على سبيل المثال).

والأساطير كأن يُنظر إلى أن من يَعْرِف "الأسماء" يَعْرِف أسرارها ومن ثم فهو يمتلك السلطة عَلَيْهَا، ونادى ماير (A.Mayer,1907) بفكرة أنه من الأفضل فهم المرضى بدلاً من السعي لتَصْنِيفهم، أما مينينغر (Menninger,1948) فرأى في التَصْنِيف انتقاصاً لفردية الإنسان وعده زاس (Szasz,1960) أداة للسيطرة السياسية ورأى ألببي (Albee,1973) أن التلقيب كموضوع يؤكد على السلبي فيبرزه ويهمل الإيجابي، ورأى روزنهان (Rosenhan,1973) أن التلقيب السلبي يسبب استجابات سلبية^{٢٤} من ناحية، ومن ناحية أخرى يرى أصحاب الاتجاه الفردي أن التَصْنِيف يسعى إلى العمومية، أي يسعى إلى إيجاد الصفات المشتركة بين أكبر عدد ممكن من الأفراد، وهو يتجاهل بهذا الخصوصية الفردية مهملًا الخصائص أو الصفات التي تميز هذا الفرد وحده دون غيره، فيرى ممثلو تشخيص السلوك على سبيل المثال أن التشخيص التَصْنِيفي لا يقود إلى استخلاص علاج (سلوكي ملموس)، إذ إننا نحتاج في هذه الحالة إلى معلومات فردية، ملموسة مُخْتَلِفة كلفة وإلى ربطها بنماذج وظيفية.

وعلى الرغم من ذلك فقد ثبت اليوم أن التَصْنِيف أمر لا غنى عنه في فهم المنشأ والتطور المرضي للاضطرابات النفسية وللعلاج النفسي المُسند (القائم على البراهين)؛ فهو يسمح لنا بالتمييز بين الظواهر في الميدان الاختصاصي، ويسهل التواصل بين المتخصصين ويساعد على تطوير البحث العلمي وفهم المنشأ والتحري

^{٢٤} مثال يوضح بعض المشكلات التي يمكن أن تنشأ عن التلقيب مأخوذ من مجال اضطرابات الشخصية الحدودية Borderline Personality Disorder: المشرف Supervisor: لماذا تعاني من صعوبات مع السيد رياض؟
المعالج: لأن شخصيته حدودية
المشرف: لماذا تفترض أنه يعاني من اضطراب الشخصية الحدودية؟
المعالج: لأني أعاني معه من كثير من المشكلات !!!

عن منشأ الاضطرابات ويساعد على تحديد أي أنواع العلاج قد يظهر فعالية أكثر من غيره. (الجدول ٢٦).

الجدول ٢٦ : الاعتراضات على تشخيص الاضطرابات من وجهة النظر الاجتماعية والإنسانية (عن Wittchen & Hoyer, 2011)

تعليق	الاعتراض
لا ترى وجهة النظر هذه والتي ترجع إلى ما يسمى بمضادي الطب النفسي (Bopp, 1980) الأسباب في العرض الإكلينيكي والأسرة فحسب وإنما في المجتمع بشكل خاص. و"العطب" الأساسي لا يكمن في الشخص وإنما في العمليات الاجتماعية - وبهذا يفقد نموذج المرض أهميته.	"يوجد دور المريض حتى من دون وجود المرض - المريض بمعنى الصفة هنا، هي نتيجة أولية لدور المريض المعزى (Schedd, 1973; Keup 1976)
لم يعد هذا المبدأ متبنى اليوم إلا بالنسبة إلى اضطرابات قليلة، وإذا تم تبنيه فهو من قبل العلاج الأسري. (Hoffmann, 1982) كما تتم متابعته من قبل بعض النماذج البين شخصية (Kiesler, 1982)	اللقب "مريض نفسياً" هو ليس وصف حالة واقعية، وإنما هو عبارة عن عزو تشخيص، ومن ثم دور مريض (Szasz, 1960)
ما زالت هذه الرؤية مفضلة في العلاج الجشططي والطاقي الحيوي وإلى حد ما في العلاج المتمركز حول المتعالج.	"ليس لدينا بديل - دون إنكار مفهوم المرض" (Perls, 1969, from Stemberg, 2002)؛ الاضطرابات النفسية عبارة عن "اضطرابات نمو أو نضج" يعيق المحيط الإنسان عن إشباع حاجات معينة وعن أن يعيش انفعالات محددة. تقود "الهيئات غير المكتملة" الناجمة إلى اغتراب متقدم!
سادت هذه الرؤية في هذه الأثناء في علم النفس العلمي والبحث العلمي للاضطرابات النفسية بشكل عام وقادت إلى التوليف مع النماذج الفئوية.	الفرق الأساسي الفاصل عن الأمراض النفسية الأقرب تقليدياً للفئوية هي فرضية الاستمرارية من الطبيعي إلى غير الطبيعي. وهذا يعني أن الاضطرابات النفسية هي في الواقع كبح أو ارتفاع (= انحرافات) للعمليات النفسية الطبيعية (بشكل غير طبيعي)

١,٦,٢ أهداف منظومات التصنيف التشخيصية

لم تعد اليوم مسألة أهمية منظومات التشخيص التصنيفي موضع نقاش بعد أن أصبحت منظومات مُسندة علمياً بدرجة كبيرة وتم التخلص من التصنيفات المبنيّة على فروض غير قابلة للبرهان، والاعتماد على المظهر الظاهري (الوصفي) بدلاً من النشوي (التفسير وفق المنشأ) في تصنيف الفئات المختلفة، مما ساعد على توحيد المنهجية المتعلقة بالاضطرابات النفسية ووضع تصنيف تفريقي (تفصيلي) لها. وكلاهما، أي المنهجية الموحدة للاضطرابات النفسية ومنظومة التصنيف التشخيصي التفريقي يعدان شرطاً:

١. للاستنتاج الواضح والقابل للاختبار (الموثوق) للتشخيصات.
٢. للبحث العلمي للاضطرابات النفسية بدءاً من أبحاث الأسس وانتهاء بأبحاث الرعاية الإكلينيكية.
٣. للدراسات العلمية حول الأعراض والمتلازمات (كالإمراضية النفسية التجريبية) بما في ذلك ضبطها precision وتمييزها differentiation وتصديقها Validation.
٤. للتواصل العلميّ البين تخصصي، كرابط أساسي بين نماذج البحث الاستعرافي والنفسي الاجتماعي والفيزيولوجي النفسي والجائحي والبيوعصبي.
٥. لربط التشخيصات بالمستويات المختلفة بدءاً من قرارات التدخل وانتهاء بالبداة بعلاج خاص (نوعي).
٦. لتحديد وتعرّيف الدلائل المضادة for the Specification and Definition of Contraindication، أي لتحديد دواعي استخدام طريقة معينة و مضار استخدامها أو دواعي عدم استخدامها.
٧. لتحديد التنبؤ (المأل)، استناداً إلى المجرى اللاحق والتحسن وخطر الانتكاس على سبيل المثال وكذلك للتخطيط اللاحق وطويل الأمد لإجراءات إعادة التأهيل.

٨. للتواصل المحلي والعالمي بين المؤسسات في البلدان والثقافات المختلفة.
 ٩. للمطالب القانونية والتقنية والمتعلقة بالتأمين ("التشخيص القائم على الحالات diagnosis related groups [DRG] كأداة توجيه")^{٤٧}.
 ١٠. لضمان الجودة والتوجيه (إحصاءات المرضى والتخطيط للاحتياجات).
 ١١. لرفع اقتصادية التشخيص والعلاج.
 ١٢. لتطوير أدوات الفرز والتشخيص.
 ١٣. لأغراض تعليمية وتعلمية (التأهيل والإعداد والتدريب وتوعية المرضى).
- (Wittchen & Hoyer, 2011, P.32).

١,٦,٣ مفهوم المرض والاضطراب النفسي

خضع مفهوم المرض عبر التاريخ لمجموعة كبيرة من التغيرات التي ارتبطت بمستوى المعرفة والتصورات الفلسفية والدينية للمرض، فقد فهم المرض على أنه معاناة وامتحان من الله أو كخطيئة أو كسحر أو استحواذ من الشياطين أو على أنه تعبير عن النقص أو عدم الكمال الإنساني. كما وجدت محاولات علمية رأت أن المرض هو عبارة عن أذى و تضرر يصيب الأعضاء أو هو نوع من التكيف مع الضغوط والإرهاق أو هو الانحراف عن المعيار (بالمعنى الإحصائي أو الاجتماعي).

وترى بعض وجهات النظر أنه علينا التمييز بين العرض كوسيلة تواصل للجسد والروح وبين الشكوى كأمر مزعج ينبغي مكافحتها أو علاجها. ومن هذه الزاوية أيضاً فإن هذا الفهم يقودنا إلى فهم أفضل للعلاج؛ فالعلاج يفترض أن

⁴⁷ diagnosis-related group (DRG) is a system to classify hospital cases into one of approximately 500 groups, also referred to as DRGs, expected to have similar hospital resource use, developed for Medicare as part of the prospective payment system. DRGs are assigned by a "grouper" program based on ICD diagnoses, procedures, age, sex, discharge status, and the presence of complications or comorbidities. DRGs have been used in the US since 1983 to determine how much Medicare pays the hospital, since patients within each category are similar clinically and are expected to use the same level of hospital resources. DRGs may be further grouped into Major Diagnostic Categories (MDCs).

يتوجه إلى الشكاوى وليس إلى الأعراض بالدرجة الأولى. والأعراض يُفترض أن يتمّ قبولها كجزء من الوضع الحياتي الراهن، فـفي الطبّ النَّفْسِيّ الكِيمِيائيّ (الدوائي) والعلاج السُّلُوكِي التَّقْلِيدِيّ عَلَى سَبِيلِ المِثَالِ يتجه التأثير إلى إزالة الأعراض في غالبية الحالات، وهو أمر مفيد وضروري في الحالات الحادة، إلا أنه على المدى البعيد قد يكون الأمر خطيراً وغير فاعل - باستثناء بعض الحالات الفردية أو المجالات كالطبّ التسكينى palliative medicine عَلَى سَبِيلِ المِثَالِ -، فالإنسان الذي يهتم بالشفاء الحقيقي لا يجمع أعراضه وإنما يبحث عن حقيقة أو جوهر هذه الأعراض.

إطار ٣٢ : تعريف الصحة

تعريف

عرّفت منظمة الصحة العالمية المرض على أنه: غياب الصحة (جسماً و نفسياً وذاتياً)، ويعرفه قاموس أوكسفورد: بأنه حالة الجسد أو أجزاء من الأعضاء التي تكون فيها الوظائف مضطربة أو متضززة. ويظهر المرض في صورة أعراض. والأعراض هي تغيرات تحصل في مجرى المرض، تعبر عن نفسها في مجموعة من الشكاوى. والشكاوى عبارة عن التعبير عن حدث مرهق ذاتياً، كما أن الأعراض تتجمع في متلازمة هي عبارة عن تركيبة متكررة وليست صدفة.

إطار ٣٣ : تعريف العرض

تعريف

العرض symptom: أصغر وحدة فخص قابلة للوصف. علامات نصفها ونفهمها. ويستخدم بمعنىين: فهو يعني إشارة أو علامة للمرض أو صفة للمرض أو يعني علامة على تطور سلبي. ويشير المعنى الأول إلى تغيير يطرأ على الحالة أو الوظيفة لعضو ما أو في مظهر إنسان ما، ويشير إلى مرض ما: كأن نقول عرض للقلق أو أعراض الفصام على سبيل المثال. أما بالمعنى الثاني فيستخدم لوصف تطور سلبي أو كإشارة لتطور سلبي، كأن نقول مثلاً: نسبة الطلاق العالية عرض لتهدم المجتمع. الأعراض إشارات من الجسد والروح نوليها أهميّة، وهي وسيلة الجسد والروح في التواصل معنا والعرض بالمعنى الراهن وسيلة لفهم المرض.

وينبغي للعرض أن يكون:

- قابلاً للملاحظة الموضوعية (تقييم المعالج).
- أو مُعاش ذاتياً (التقييم الذاتي للشخص).
- وقابلاً للتكميم عبر المقاييس السيكومترية.

إطار ٣٤: تعريف الشكوى

تعريف

الشكوى (أو الشكاوى) trouble or complaint : تعبير لفظي يشكو فيه الإنسان من شيء ما، يعبر فيه عن معاناة، أو ألم، أو وجع، أو تعب، أو جهد: الشكوى من الضجيج، شكوى المعلم من تدني مستوى الطلاب، الشكاوى المرتبطة بالسن، الشكوى من الصداع، فالشكوى بهذا المعنى تعبير عن الضيق.

ويسبب الغموض المرتبط بمفهوم المرض النفسي فقد ساد الاتفاق على استخدام مفهوم "الإضطراب النفسي" الذي تم استخدامه للمرة الأولى في الطبعة السادسة من "التصنيف العالمي للأمراض والإصابات وأسباب الموت" في عام ١٩٤٨ وفي الطبعة الأولى من "الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي" من عام ١٩٥٢ كما يُستخدم مصطلح التصنيف بدلاً من التشخيص، لهذا تعد منظومات التشخيص العالمية منظومات تشخيص تصنيفي، تهتم بالتصنيف وليس بالعلاج بالدرجة الأولى كما أشرنا في أكثر من مكان.

وقد تم تعريف الإضطراب (المرض) النفسي في الدي اس أم الرابع مُعدّل

النص على النحو التالي:

إطار ٣٥: تعريف الإضطراب (المرض) النفسي في الدي اس أم الرابع مُعدّل النص

الاضطرابات النفسية هي "تلك الأنماط أو المتلازمات السلوكية والنفسية ذات الدلالة الإكلينيكية، المرتبطة بوجود حالات من الضيق (كأن تكون الأعراض مؤلمة، أو مزعجة)، أو العجز (أي الضعف في ناحية أو أكثر من النواحي الوظيفية)، أو زيادة احتمال المعاناة أو الموت أو الألم أو العجز أو فقدان الحرية بشكل كبير. إضافة إلى ذلك فإن هذه المتلازمات أو الأنماط ينبغي ألا تكون ضمن إطار الاستجابات المتوقعة أو المتفق عليها ثقافياً لحدث معين، كوفاة شخص حميم مثلاً. ومهما يكن سببها الأصلي، يجب اعتبارها في الوقت الحالي مظهراً لاختلال سلوكي أو نفسي أو بيولوجي لدى الفرد. وغير الجائز أيضاً اعتبار الانحرافات السلوكية (الدينية أو السياسية أو الجنسية مثلاً) أو الصراعات التي تدور أساساً بين الفرد والمجتمع على أنها اضطرابات نفسية، إن لم تكن الانحرافات أو الصراعات أعراضاً لاختلال وظيفي لدى الفرد كما وصف أعلاه" (ترول، ٢١٥)

١,٦,٤ مهام وأهداف التصنيف

- يذكر فيتشين (Wittchen, 1994, P. 48) (عن Heidenreich, et al., 2008) تسعة أهداف مُرتبطة بأهداف تصنيف الاضطرابات النفسِيَّة:
١. الاستنتاج الموثوق للتشخيصات (مثال: ما هي المحكّات الدقيقة اللازمة من أجل تجميع عدد ونوع مُحدّد من الأعراض لتشخيص "الفصام"؟).
 ٢. ربط تشخيص ما بمستويات مُعيّنة من قرّارات التّدخّل (مثال: ما هي الخطوات التي ينبغي اتخاذها إذا ما تم طرح التشخيص "الفصام"؟).
 ٣. تحديد مضادات واضحة للدلائل (ما هي التّدخّلات التي ينبغي ألا تستخدم في أي حال من الأحوال إذا ما تم طرح تشخيص مُعيّن؟).
 ٤. تحديد التنبؤ (ما هو احتمال مجريات محددة من نحو: مزمن أم انتكاسيّ - مزمن في تشخيص مُحدّد؟)
 ٥. تخطيط إجراءات إعادة التأهيل (ما هي الإجراءات العلاجية التي ينبغي اتخاذها من أجل استعادة مُستوى الوظائف؟)
 ٦. تسهيل التّواصل داخل المؤسسات وبينها (مثال: "قولنا" تعاني السيدة صفية من الاكتئاب" أسهل من قولنا: السيدة صفية تعاني من هبوط واضح في المزاج، وفقدت الاهتمام بكل الأمور تقريباً التي كانت تسعدها، وفقدت وزنها ويظلّ بالها مشغولاً وتفكر بالانتحار...الخ).
 ٧. أساس للبحث العلميّ (فالى جانب وصف الصعوبات والمشكّلات الفرديّة يتمّ من خلال التشخيصات وصف مجموعات ذات معنى من الأعراض يُمكن دراستها بصورة مشتركة).
 ٨. تحسين اقتصاديّة التشخيص والعلاج (عندما يأتي المرضى مشخصين بتشخيص باضطراب مُحدّد قابل للتشخيص فليس على المشخصين المنفردين "اختراع العجلة من جديد"، وإنما يستطيعون الاعتماد على المعارف المتراكمة حول الصورة المرضية المعنيّة).
 ٩. التحسين والتبسيط في العلم (قارن الملاحظات في النقطة السادسة).

١,٧ تطور منظومات تشخيص وتصنيف الاضطرابات النفسية

١,٧,١ منظومات التصنيف القديمة

تقسم منظومات تشخيص وتصنيف الاضطرابات النفسية تاريخياً إلى منظومات التشخيص التقليدية ومنظومات التشخيص الإجرائية الحديثة. ومنظومات التصنيف التقليدية هي كل منظومات التصنيف التي تم تطويرها منذ القرن التاسع عشر حتى سبعينيات القرن العشرين. وهي تعد بالمئات، فحتى عام ١٩٥٠ كانت هناك المئات من منظومات التصنيف المنتشرة في العالم، الأمر الذي أعاق التواصل بين المتخصصين حول الاضطرابات النفسية وجعل البحث العلمي العالمي مستحيلاً، واستمر الحال إلى ثمانينيات القرن العشرين ليلبدأ تاريخ منظومات التصنيف الإجرائية الحديثة منذ نشر الـ دي أس أم الثالث DSM-III-1980 و الـ آي سي دي العاشر ICD-10-1991. ولا يمكن في هذا الإطار عرض صورة تاريخية كاملة عن تطور تصنيفات الاضطرابات النفسية ويمكن الرجوع إلى المراجع المختصة، وسيتم الاكتفاء هنا بعرض جدول (الجدول ٢٧ و الجدول ٢٨ صفحة ٢٦٨) يعرض للملامح التاريخية الأساسية في تطور المفاهيم الأساسية لما هو معروف تحت العصابات والدّهانات.

فقد سعت منظمة الصحة العالمية منذ تأسيسها إلى توحيد تصنيف الاضطرابات والأمراض النفسية، مع العلم أن هذا التوحيد كان وما زال صعباً نظراً لكثرة المشاركين، والحلول الوسط، فصدر في عام ١٩٤٨ ICD-6 وهو أول تصنيف لمنظمة الصحة العالمية وصدري في عام ١٩٥٥ ICD-7 الذي لم يتضمن تغيرات كبيرة مقابل سابقة. وفي عام ١٩٥٢ صدر DSM-I وتضمن تعريف الفئات وصفاً للمتلازمات وصدركذلك في العام نفسه ICD-8 (Degwitz et al., 1980) وتضمن توسيعاً أكبر بشموله مجموعات جديدة من الأمراض واتصف بالتعاون العالمي في التطوير. وفي عام ١٩٦٨ صدر DSM-II، وفي عام ١٩٧٢ صدرت محكّات سانت لويس St.-Louis Criterion اختصار SLC، وفي عام ١٩٧٥ ظهرت محكّات تشخيص البحث RDC .Research Diagnostic Criteria

الجدول ٢٧: العصابات عبر التاريخ

القرن ١٨	V. CULLEN	أمراض الأعصاب والعضلات
القرن ٢٠/١٩	S. Freud	اضطرابات ارتكاسية ونفسية المتشأ Reactive and Psychogene Disorders
١٩٨٠	DSM-III	تجنب المفهوم
١٩٩١	ICD-10	تجنب المفهوم إلى مدى واسع

الجدول ٢٨: الذهان Psychoses عبر التاريخ

١٨٤٥	فويشترسليبين FEUCHTERSLEBEN:	”مرض عقلي يطال الشخصية كلها“ وحدة فرعية من ”العصابات“ التي وصفها كولن في عام ١٧٨٤
القرن ١٩	”أمراض عقلية“، ذات متشأ عضوي ومتشأ نفسي عصابي أو ”وظيفي“ (عصاب عضو غير معروف أو غير متعرف عليه) فيليمينغ FELEMMING: ”عصابات نفسية“=ذهانات (الهوس، السوداوية/الميلانخوليا، اضطراب عنيف CONVULSION)	
١٨٩٩	فرويد FREUD: المنبع النفسي للعصابات الذهانات: أكثر تكرارا، واتساقا، مع فقدان للواقع. قربية بين العصابات والذهانات.	
١٨٩٩	كريبلين KRAEPELIN: أضاف ”الاستعداد المرضي“ في العصابات	
١٩٠١	ماير A. MAYER= الذهان= حالة عقلية شاذة ذات عملية مرضية خاصة (”وحدة“ مرضية) وأعراض مميزة. شويله SCHUELE (نظرية الانحلال DEGENERATION THEORY): ذهانات دماغية CEREBRO PSYCHOSIS وعصابات نفسية كريبلن: الذهانات أمراض عقلية شديدة	
١٩٠٥	الزهايمر ALZHEIMER: الذهانات هي أمراض القشرة الدماغية CEREBRAL CORTEX الذهانات العضوية مقابل الذهانات النفسية.	

وفي عام ١٩٧٧ صدر ICD-9 (Degwitz et al., 1980) تلاه في عام ١٩٨٠ DSM-III وتضمن أول تحديد إجرائي رسمي للاضطرابات النفسية والتصنيف متعدد المحاور. وقد تم إجراء الكثير من الدراسات الميدانية قبل اعتمادها.

وفي عام ١٩٨٧ صدر DSM-III-R وتم فيه لأول مرة إدخال مبدأ الاختلاطية. وصدر في عام ١٩٩٢ ICD-10 متضمنا الإرشادات التشخيصية الإكلينيكية تلاه في عام ١٩٩٤ نسخة جديدة ICD-10 اشتملت على محكات البحث، وصدر في عام نفسه أيضا

DSM-IV؛ وفي عام ٢٠٠٠ ظهر DSM-IV-TR (الذي أس أم ٤ مُعدّل النص) (Sass eta la., 2003). وقد عانت مننظومات التصنيف التقليديّة القديمة من مجموعة من المشكّلات، فلم يكن هناك اتفاق بين المشخصين على الفئات التشخيصيّة والمفاهيم الأساسيّة مما قاد إلى تنوع التشخيصات بتنوع المشخصين أنفسهم، وهو أمر يزعزع من ثبات التشخيص وصدقه. كما عانت مننظومات التصنيف التقليديّة من وجود مساحات كبيرة للتفسير والتأويل فدخلت فيها تصوّرات نظريّة متنوعة غير مبرهنة تجريبياً؛ فقد تم التصنيف في الماضي حسب التشابه المفترض للأسباب Nosologia (علم تصنيف الأمراض Nosology).

ويعدد فيتشن (١٩٩٤، عن Heidenreich, et al., 2008) نقاط الضعف الجوهرية في مننظومات التصنيف التقليديّة:

١. عدم وجود وصف دقيق للأعراض والصفات الأخرى الضرورية لطرح التشخيص.
٢. تغيير أو تبديل مظاهر الأعراض الجوهرية بين الفئات التشخيصية المنفردة.
٣. غياب قواعد الترتيب الموثوقة على مستويات المتلازمات.
٤. التداخلات الكبيرة للمحكّات التشخيصية، بسبب غياب القواعد النسولوجية (النسولوجيا: الوصف المنهجي وعلم الأمراض).
٥. الترتيب أو الفهرسة على أساس التوجهات النظرية المختلفة (التوجهات علم النفس الأعماقية، السلوكية، البيولوجية على سبيل المثال).
٦. غياب مساعدات اتخاذ القرار، التي تُتيح إلحاق "حالة" ما ضمن فئة تشخيصية معينة.
٧. غياب قواعد الاستخدام المبدئي للمنظومة ككل.

التسلسل التاريخي للتصنيفات

١٨٨٩ موريل وتوك & Tuke: الأشكال الأساسية للجنون

- الهوس Mania
- السوداوية Melancholia
- المرض العقليّ الدوري

- المَرَضُ العَقْلِيّ المنهجي المتصاعد
- الخبل (الخرف Decency)
- الخبل (الخرف) (الخرف) العضوي و الشيخوخوي
- الشلل paralysis
- العُصَابَات (الهستيريا، الصرع، توهم المَرَض... الخ)
- أمراض عَقْلِيَّة سمية
- أمراض عَقْلِيَّة أخلاقِيَّة ودافعيَّة
- البلاهة Idiocy.. الخ
- ١٩١٣ AMPA (الجمعية السابقة لـ APA): التَقْسِيم الكريبلني:
- الجنون الهوسي - الاكْتِنَابِي
- السوداوية الناجمة عن التغيرات الارتدادية involution Melancholia (سن اليأس)
- الخرف المبكر
- كريبلين (١٨٨٩):
- حالات غَيْرُ ذُهَانِيَّة
- عُصَابَات عامة (الصرع، الهستيريا)
- حالات مَرَضِيَّة نَفْسِيَّة (نويراستانيا، جنسِيَّة مثليَّة)
- كبح النُمو (البلاهة، العته imbecility)
- القَائِمَةُ العَالِمِيَّة لأسباب الموت كرائد للآي سي دي ICD
- ١٨٥٣ المؤتمر الإحصائي العالمي
- ١٨٩٩ - ١٩٠٠ - ١٩٢٠ - ١٩٣٨ طبعات خمس قوائم
- ١٩٤٨ تأسيس مُنْظَمَةِ الصِّحَّة العَالِمِيَّة
- إصدار الطبعة السادسة، حيث أصبحت تُسَمَّى ICD، (ICD-6) ولم تلق هذه الطبعة الكثير من الاهتمام.
- في عام ١٩٥٥ صدر ICD-7 وبقيت فيه الاضطرابات النَفْسِيَّة من دون تعديل
- في عام ١٩٦٥ صدرت الطبعة الثامنة من الآي سي دي ICD-8 وأدخلت عليه تحسينات تم إدراجها في DSM-II

- في عام ١٩٧٥ صدرت الطبعة التاسعة من الآي سي دي ICD-9 وتضمن الكثير من الحلول التوفيقية.
- في عام ١٩٩١ صدرت الطبعة العاشرة ICD-10 متعددة المحاور تلاها عدة طبعات وأدلة محدثة.
- ICD-11-2012 (يتم الآن العمل على إنجاز التعديل الحادي عشر الذي صدرت الطبعة التجريبية منه وسوف يتم إنجازه كاملاً في عام ٢٠١٥ كما يتوقع).

الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية – الجمعية النفسية

الأمريكية DSM-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- American Psychiatric Association

- DSM-I-1952: يشبه ICD-6
- DSM-II-1965: يشبه السابق ولكن من دون الاضطرابات الارتكاسية reactive Disorder
- DSM-III-1980: إجرائي للمرة الأولى
- DSM-III-R-1987: تحسينات
- DSM-IV-1994: تعديلات واضحة، متلائمة مع ICD-10
- DSM-IV-TR-2000: مُعدّل النص
- DSM-V ٢٠١٣ (صدر في أيار مايو / www.dsm5.org/)

١,٧,٢ منظومات التصنيف الإجرائية الحديثة: الآي سي دي العاشر والحادي عشر والدي أس أم الرابع والرابع مُعدّل النص

١,٧,٢,١ خصائص منظومات التشخيص النفسي الراهنة

هناك مجموعة من الأهداف التي تسعى إليها منظومات التصنيف الإجرائية

الحديثة، يُمكن تلخيصها إلى:

أهداف متعلقة بالبحث

- تحديد سمات مجموعات من المرضى في العلاج ودراسات المجرى.
- مؤشرات الحالة Fall Indication في الدراسات الجاثية.

- أساس البحث الإمبريقي حَوْلَ منشأ وتطور الاضطرابات وتطوير وتوثيق واختيار التدخّلات العلاجية.
- تحسين التواصل بين نتائج البحث.

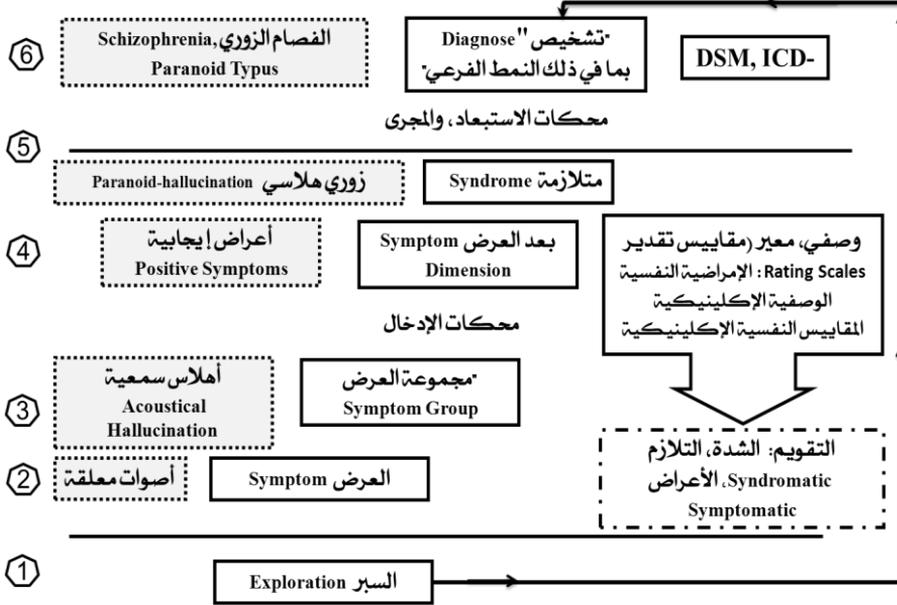
أهداف إكلينيكية

- تخفيض تعقيد الظواهر الإكلينيكية.
- تحسين التواصل بين الإكلينيكين.
- أساس التأهيل الإكلينيكي - الطبيّ النفسيّ.
- أساس لتحديد الفاعلية واشتقاق الإجراءات العلاجية واختبارها عبر نجاح العلاج.
- أساس التنبؤ قصير الأمد وبعيد الأمد.

١,٧,٢,٢ المبادئ التشخيصية التي تم اتباعها في منظومات التصنيف العالمية

بهدف تجنب العيوب والثغرات التي اتصفت بها منظومات التصنيف التقليدية تم الاتفاق على بناء منظومات التصنيف العالمية الراهنة وفق المبادئ التالية:

١. بناء فئات تشخيصية وصفية، والاعتماد على المبدأ الوصفي في تحديد الاضطراب من دون الاستناد إلى نظريات أو فرضيات حَوْلَ المنشأ والتطور المرضي (الأسباب الكامنة).
٢. صياغة محكات إجرائية، محددة لتشخيص الاضطراب.
٣. مبادئ الاختلاطية: اعتماد مبدأ اختلاطية الاضطرابات، أي الظهور المشترك لأكثر من اضطراب بدلاً من الاعتماد على وجود اضطراب رئيسي وأعراض مرافقة.
٤. تجهيز أو إعداد المحاور التشخيصية: التشخيص على أكثر من محور.
٥. التوجه نحو الأعراض، التركيز على الأعراض الملاحظة أو التي يشعر بها المريض، وتحديد مدتها وشدتها وتكرارها.



الشكل ٤٥: الأمراض النفسية والتصنيف (من العرض إلى المرض: مثال من الفصام الزوري، مقتبس ومعدل عن مولر (٢٠١٠)

١،٧،٢،٣ المحاور التشخيصية للأسي دي العاشر ICD-10

الأسي دي العاشر ICD-10 الصادر عن مُنظمة الصحة العالمية هو عبارة عن تجميع للأعراض والتعليقات التي اتفق عليها الخبراء من بلدان مختلفة. وهو لا يدعي أنه يعرض مستوى المعرفة الراهن حول الاضطرابات. وهو يتبنى منظوراً بين ثقائياً فيما يتعلق بدول العالم الثالث على الأخص، وقد تم عرض هذه الاضطرابات في الملحق وفي الملحق II منه تحت عنوان "اضطرابات خاصة بالثقافة" أما التحديتات التي ظهرت فيه فيمكن تلخيصها:

- نما الاتساع بمقدار ثلاثة أضعاف.
- في معايير البحث تم استخدام ترميز أبجدي بدلاً من الترميز الرقمي
- تم ترميز الاضطرابات النفسية بالحرف "F" و رقم مكون من خمس مراتب في حد أقصى.
- تم وصف أشكال الاضطراب وتعريفات السمات أو الأعراض الضرورية للتشخيص بشكل مفصل وبصورة مرجعة للمحك.

- استخدام مصطلح "اضطراب" بدلاً من الذهان والعُصاب (اضطرابات القلق، الاضطرابات الفصامية على سبيل المثال).
 - التخلي عن التفريق بين الذهانات والعُصابات ولم يعد مبدئاً أساسياً في التقسيم.
 - تجميع الاضطرابات المتقاربة من الناحية العرضية Symptomatology مع بعضها (المُتلازمات الاكتئابية مثلاً لم تعد مصنفة كاكْتئاب عَصَابِي أو ذُهَانِي فِي أعمدة مُخْتَلِفَة، وإنما جمعت تحت تسمية جامعة "الاضطرابات الوجدانية" والشيء نفسه ينطبق على اضطرابات الأكل.
 - يحتوى الفصل الخامس V على ١٠٠ فئة تشخيصية أساسية.
 - تستخدم الأرقام ٤ و ٥ لوصف التفريقي للاضطراب.
 - تعد الفترات من F3-F6 مهمة بالنسبة للمجال العلاجي النفسي بالمعنى الضيق.
 - تقارب مع DSM-IV.
 - عدد كبير من الترميزات مازال حتى الآن غير مشغول.
 - يتم دائماً طرح تشخيص رئيسي وتشخيصات جانبية متعددة.
 - يوجد إلى جانب الإرشادات الإكلينيكية التشخيصية شكل مختصر أيضاً (على سبيل المثال للضمان الصحي) و محكات بحثية للاستخدام العلمي.
 - لا يقتضي التشخيص تقويماً متعدد المحاور بالضرورة. (مع وجود إمكانية لاعتماد تشخيص متعدد المحاور) (تم إدخاله لاحقاً).
- كما أدخلت تعديلات تاريخية في التشخيص والتصنيف اشتملت على إضافة اضطرابات جديدة لم تكن موجودة وحذفت بعض فئات الاضطرابات أو أعيدت تسميتها أو تبسيطها، فمن الاضطرابات التي تمت إضافتها اضطرابات الأكل واضطرابات الضغوط التالية للصدمة PTSD واضطرابات شخصية محددة واضطرابات من النمط الفصامي واضطرابات طفولة محددة واضطرابات السلوك الواسعة (الصريحة، الظاهرة) Expansive Behavior Disorders.

وحذف مصطلح الجنسيّة المثليّة وتم عمل تحديّد أكثر لإضطرابات قصور الانتباه لصالح إضطرابات فرط النشّاط وقصور الانتباه. كما تم تبسيط تقسيم بعض الإضطرابات، كإضطرابات السلوك الإجتماعي على سبيل المثال بالإضافة إلى إزالة إضطرابات العرات من التّصنيف ضمن إضطرابات الحركات التكراريّة ووضعها في فئة خاصة.

الجدول ٢٩: العوارض التّشخيصيّة للأَي سي دي العاشر

المحور IA	تشخيص الاضطرابات النفسيّة وفق الأَي سي دي العاشر ICD-10 الفصل الخامس (V)
المحور Ib	تشخيص جسدي وفق الأَي سي دي العاشر ICD-10 (فصول أخرى)
المحور II	مقدار التقييدات الاجتماعيّة النفسيّة (التضرّرات النفسيّة الاجتماعيّة) طبقا لمقياس منظمة الصحة العالميّة -WHO- Disability Diagnostic Scale (DDS;WHO 1993c) العناية بالذات ومواجهة مطالب الحياة اليومية كفاءة الوظيفة المهنيّة كفاءة الوظيفة الأسريّة أدوار وأنشطة اجتماعيّة أخرى
المحور III	عوامل المحيط الاجتماعي و مواجهة الفرديّة للحياة طبقا للفصل الحادي عشر (زد) XXI(Z) -العوامل التي تؤثر على الحالة الصحيّة و تقود إلى اللجوء للخدمات الصحيّة في الأَي سي دي العاشر ICD-10. خبرات طفوليّة سلبية و مشكلات في التربية. مشكلات تظهر بالارتباط مع التعليم والتأهيل. في أشخاص المحيط المرجعي الأساسيين، بما في ذلك الظروف الأسريّة. مشكلات بالارتباط مع المحيط الاجتماعي. مشكلات في ظروف السكن و الظروف الماديّة. مشكلات مرتبطة بالنشاط المهني و العطالة عن العمل. مشكلات في سياق إرهاقات البيئّة. مشكلات في مواقف اجتماعيّة نفسيّة محددة أو قانونيّة. مشكلات مع الأمراض أو الإعاقات في تاريخ الأسرة. مشكلات إدارة الحياة. مشكلات في مواجهة الحياة.

وتتوفر عائلة كاملة من أدلة الآي سي دي العاشر ICD-10 منها مثلاً:

١. التوجيهات أو التعليمات الإكلينيكية ("الكتاب الأزرق"، وصّف عام للاستخدام الإكلينيكي")
٢. الآي سي دي العاشر ICD-10 محكّات البحث ("الكتاب الأخضر"، وهو أكثر تفصيلاً لأغراض البحث).
٣. "تصنيف الأداء والقصور والصحة Classification of Functioning, Disability and Health" (اختصار ICF)
٤. "تصنيف التداخلات الصحية" Classification of Health Interventions (اختصار ICHI).

١،٧،٢،٤ الفئات الرئيسية في الآي سي دي العاشر

أما فئات الاضطرابات النفسية في الآي سي دي العاشر فتضم الفئات

الرئيسية التالية:

- F0: تسبب عضوي للاضطرابات النفسية
- F1: اضطرابات نفسية من خلال مواد مسببة للإدمان
- F2: فصامات
- F3: اضطرابات وجدانية
- F4: اضطرابات عصابية واضطرابات ضغوط من الشكل الجسدي
- F5: شدوذات سلوكية مع عوامل جسدية
- اضطرابات الأكل
- اضطرابات نوم غير عضوية
- اضطرابات الوظائف الجنسية غير العضوية
- F6: اضطرابات شخصية وسلوكية
- اضطرابات شخصية
- عادات شاذة واضطرابات ضبط الدافع
- اضطرابات الهوية الجنسية
- اضطرابات التفضيل الجنسي
- F7: انخفاض الذكاء
- F8: اضطرابات نمو

- اللغة والكلام
- القُدْرَات المَدْرَسِيَّة
- الوِظَائِف الحركية
- اضطرابات نمائية عميقة الجذور [اضطرابات النمو البالغة] (الانغلاق/الأوتزمية/)
- F9: اضطرابات نفسية بداية في سن الطفولة واليافع
- اضطرابات فرط نشاط
- اضطرابات انفعالية في سن الطفولة
- قلق الانفصال
- عَرَات
- تبلبل الفراش/إفراغ الأمعاء
- F99 اضطرابات غير محددة بدقة

ويُقدّم الجدولان (الجدول ٣٠ والجدول ٣١) مثالاً للترميزات في الآي سي دي

العاشر من خلال مثال عن الاكتئاب والقلق :

الجدول ٣٠ : ترميمات اضطرابات الاكتئاب

المستوى	الترميز	الاضطراب
مرتبتان	F 3	Affective Disorder
٣ مراتب	F 32	Depressive Disorder
أربع مراتب	F 32.1	Moderate depressive Episode
خمس مراتب	F 32.11	With somatically Symptoms

الجدول ٣١ : ترميمات اضطرابات القلق

المستوى	الترميز	الاضطراب
مرتبتان	F 4	Neurotically, Stress-and somatoform Disorder
ثلاث مراتب	F 40	Phobic Disorder
أربع مراتب	F 40.0	Agoraphobia
خمس مراتب	F 40.01	With Panic Disorder

ويقدم الجدول ٣٢ صفحة ٢٧٨ مثال توضيحي للتشخيص وفق الآي سي دي العاشر

والترميزات من خلال المعاناة التسعة للمريضة صفاء التي تشكو من الشقيقة:

الأساس تشكله F70، انخفاض طفيف في الذكاء، قاد في هذه الأثناء إلى Z63.5 تفكك العلاقة الزوجية والانفصال. يُعاني الزوج Z72.9 فيما يتعلق بإدارة حياته و F52.7 تزايد التوق الجنسي، لم ترد الزوجة الاستجابة له Z59.1 بناء على ضيق السكن. ومنذ الانفصال انخفض دخل صفاء Z59.6، يضاف إلى ذلك Z62.6 مُشكلات في التربية، فابنها البالغ من العمر ١٤ سنة يُعاني من نقص موروث في التكيف مع مطالب المدرسة Z55.4، في حين أن الابنة البالغة من العمر ١٢ سنة تعاني من F81.0 ضعف مولود في القراءة والكتابة. وبسبب الإرهاق (الضغوط) تظل المريضة على خلاف مع الجيران F59.2، مما يجعلها "تنزوي" في بيتها وبالتالي تعاني أيضاً من Z72.3 نقص في الحركة.

الجدول ٣٢ : المريضة صفاء (الشقيقة): التشخيص على معاور ICD

انخفاض الذكاء	F70
تفكك أسري	Z63.5
مشكلات في السكن، ضيق	Z59.1
مشكلات مادية	Z59.6
مشكلات سلوكية	F59.2
مشكلات أخرى في التربية	Z62.6
(الابن Z55.4)	
اضطرابات قراءة وكتابة	(البنت F81.0)
اضطرابات سلوك	F95.2
نقص الحركة الجسدية	Z72.3
مشكلات في إدارة الحياة	(الزوج Z72.9)
الزوج مطالب جنسية متزايدة	(الزوج F52.7)

١،٧،٣ الآي سي دي الحادي عشر ICD-11

بدأت مُنظمة الصحة العالمية منذ العام ٢٠٠٧ على تطوير التعديل الحادي عشر لآي سي دي وصدرت النسخة التجريبية الأولى منه في عام ٢٠١٢ ويتوقع الانتهاء

مه في عام ٢٠١٥^{٤٨}. وقد تم بناؤه على أساس الدلائل المبرهنة Evidence Based Indication بمشاركة أطباء نفسيين ومعالجين نفسيين عاملين في البحث من جمعيات وروابط مختلطة. وتم الاعتماد على التصنيفات القائمة على الأبعاد بدلاً من الاعتماد بشكل أساسي على التصنيف القائم على فئات، كما تم إزالة جميع الاضطرابات التي ثبت علمياً ندرتها من الفئات الرئيسية ووضعها في الملحق، مثال ذلك اضطراب تعدد الشخصية. ومن التطويرات الحاصلة في مجال اضطرابات الشخصية النوعية واضطرابات الشخصية الأخرى واضطرابات الشخصية المستمرة، فقد تم تصنيف هذه الاضطرابات في الآي سي دي العاشر تحت الفئة التصنيفية F60-62 وتجميعها في فئات. أما في الآي سي دي الحادي عشر فقد تمت إضافة فئة جديدة F62.2 "اضطرابات الشخصية المستمرة بعد ضغوط اجتماعية اقتصادية عميقة - هذيان التوفير أو الاقتصاد economization delirium. وستكون طبعاته بلغات متنوعة منها العربية بالإضافة إلى توفره في شكل مؤتمت والتسجيل الإلكتروني للبيانات، وغيرها من المزايا ذات الصلة.

١,٧,٤ الذي أس أم DSM

١,٧,٤,١ الذي أس أم الثالث

مع الذي أس أم الثالث (١٩٨٠) حصل ما يُسمى بثورة التشخيص حيث تم وضع مستويات جديدة في التشخيص التصنيفي بهدف تحسين الموثوقية التشخيصية. وتمثل التقدم الحاسم في التحديد الإجرائي لصور الاضطرابات النفسية، أي تحديد محكات واضحة للإدخال والاستبعاد، لكل فئة تشخيصية

^{٤٨} المؤلف عضو في "شبكة الممارسة الإكلينيكية (السريرية) العالمية"، تعمل على المساعدة في تطوير تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية ICD-11 لكي يكون التصنيف دقيقاً، سهل الاستخدام، ومفيداً إكلينيكياً. وهي عبارة عن فريق دولي متعدد التخصصات من العاملين في مجال الصحة النفسية والرعاية الأولية من جميع أنحاء العالم والذين يقدمون مساهمة استناداً إلى خبرتهم الإكلينيكية، وتجربتهم، ومعرفتهم.

ووصف قواعد اتخاذ القرار والربط (خوارزميات Algorithms). وقام تصوُّره الرئيسي على تصوُّرين؛ الأول تصوُّر التَّشخيص المتعدد multiple Diagnoses، والثاني تصوُّر تعدد المحاور multi axality Concept. وتضمن عدداً من التجديدات المضمونيَّة كوضع تعريفاً ضيقة للإضطرابات إلى حد ما والتخلي عن التَّصوُّر التَّقليديَّ للعُصَابَات والفصل التَّقليديَّ بَيْنَ الدُّهَان والعُصَاب وتمت إعادة تَصنيفِ إِضْطِرَابَات القَلْق والإِضْطِرَابَات الوجدانيَّة من جديد وتفكيك مجموعة الإِضْطِرَابَات السيكوسوماتية وإدخال الإِضْطِرَابَات ذات الشكل الجَسدي والحالات الجَسديَّة، التي تلعب فيها الإِضْطِرَابَات النَّفسيَّة دوراً وتم التخلي فيه عن تصوُّر الإِدْمَان المعمم. أما أهدافه فقد كَانَتْ فِي ذَلِكَ الْوَقْتِ:

١. أن يَتِمَّعَ بِقابليَّةٍ إكلينيكيَّةٍ للاستخدام فيما يتعلق بالقرارات العلاجيَّة والإِدْاريَّة والبحثية تحت ظروف مُخْتَلِفَةٍ.
٢. أن يَتِمَّعَ بِقابليَّةٍ للقبول من الممارسين والباحثين ذوي التوجُّهات النَّظريَّة المُخْتَلِفَةِ (لا نَظري إلى مدى كبير، نَظري فقط في الارتباطات المبرهنة بوضوح)
٣. أن يَكُونَ قابلاً للتوفيق مع الآي سي دي التاسع الساري في ذلك الوقت
٤. أن يَكُونَ قابلاً للاستخدام في وَصْفِ المَفْحُوصِينَ في الدراسات البحثية.

واشتمل تصوُّره للإِضْطِرَابَات النَّفسيَّة على:

- السلوك المُلَفَّت للَنَظَرِ إكلينيكيًّا أو مُتَلَازِمَةً نَفسيَّةً أو نَمَطٍ من السِمَات
- التكاوُفُ السَلْبِي Negative Valence للعرض (عَدَمُ الاستجابة السَلْبِيَّةِ أو الإِيجَابِيَّةِ للمريض من دون سبب واضح للمثيرات الخارجيَّة) أو تقييدات في الإِنجاز أو في عدة مجالات من الوظائف أو كليهما.
- الخَلَلُ الوظيفي السلوكي أو النَّفسيُّ أو البيولوجي Behavioral, psychical or biological Dysfunction
- الإِضْطِرَابُ لا يمس العلاقة بَيْنَ الفرد ومحيطه فحسب.

أما المَبَادِي التي بني عليها فقد تَمَثَّلَتْ فِي:

- الوصف بدلاً من التفسير
- التحديد الإجرائي Operationalization من خلال محكات مضمونية وزمنية مخصصة بدقة وتأكيد أقوى على أنماط السلوك القابلة للقياس بوضوح.
- لا توجد فرضية الانقطاع Discontinuity بين الاضطرابات المختلفة
- لا توجد فرضية الانقطاع بين الاضطرابات وعدم الاضطراب
- لا يوجد تصنيف للأفراد وإنما للاضطرابات التي توجد عند الأفراد.
- الاضطراب النفسي نفسه لدى الأفراد المختلفين لا يعني بالضرورة المنشأ نفسه والفاعلية العلاجية نفسها Therapy Indication.

وقد قادت هذه التجديدات إلى تحسين موثوقية التشخيص. إلا أن الأمر لن يتوقف عند هذا الحد فقد أخضع الذي أس أم الثالث للتقويم المستمر من خلال الخبرات العملية للمتخصصين الإكلينكيين وإلى إجراء عدد كبير من الدراسات الإكلينيكية الإمبريقية والتجريبية و استخدمت النتائج في التعديل المنهجي الذي قاد إلى إعداد الذي أس أم الثالث المعدل والذي أس أم الرابع والذي أس أم الرابع مُعدّل النص.

١,٧,٤,٢ الذي أس أم الرابع DSM-IV والرابع مُعدّل النص DSM-IV-TR

بهدف تحقيق الانسجام بين منظومتي التصنيف العالميتين (الآي سي دي العاشر والذي أس أم الرابع) تم في الذي أس أم الرابع تبني تشخيصات جديدة مأخوذة في غالبيتها من الآي سي دي العاشر ومن ثم فإن كل صور الاضطراب الموصوفة في الذي أس أم الرابع موجودة في الآي سي دي العاشر، غير أن الآي سي دي العاشر يعطي في بعض المجموعات من الاضطرابات إمكانات ترميز أوسع مما هو الحال في الذي أس أم الرابع. أما الذي أس أم الرابع مُعدّل النص DSM-IV-TR الصادر في عام ٢٠٠٠ (Sass, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) فيقدم بعض التعديلات في النصوص الشارحة بشكل أكثر تفصيلاً. وقد قامت هذه التعديلات على أساس الدلائل أو البراهين Text Revision evidence based ، وتحديد محكات تشخيصية واضحة، وأجريت تعديلات في بعض الترميزات التشخيصية وتصحيح لبعض قوائم

المحكّات وفئات الاضطرابات غير المحددة بدقة؛ فقد تم إجراء تعديلات في محكّات مُتلازمة رت و اشتهاؤ الأطفال والاستعراضية exhibitionism والمحاففة Frotteurism على سبيل المثال (Sass eta la., 2003). ويتوفر له عدد من الأدوات التشخيصية وأدوات التقييم تقوم على هذا الترميز التفصيلي. ويشير فيتشن إلى أن الـ دي أس أم الرابع المعدل النص بيدي خصوصية وملاءمة أكثر من الآي سي دي العاشر ICD-10 بالنسبة لمحيط الثقافة الغربية (Wettchen,2011).

ويتصف الـ دي أس أم الرابع DSM-IV و الـ دي أس أم الرابع مُعدّل النص DSM-

IV-TR بأنه:

١. ظواهره وصفي
٢. غير نظري إلى مدى بعيد (يتهم على الرغم من ذلك بغلبة النموذج البيولوجي لتصور المرض)
٣. تعريف إجرائي بدلاً من علم الأمراض Pathology
٤. لا يتضمن إشارات واضحة إلى المنشأ والتطور المرضي والعلاج
٥. الهدف المعلن: رفع الموثوقية (الثبات Reliability)
٦. لا يوجد مطلب للصدق Validity والشمولية
٧. التدريب والتأهيل الإكلينيكي لا ينفصلان
٨. وجود طبعة للمقابلة المبنية للـ دي أس أم (Structured Clinical Interview for DSM) تُسمّى اختصاراً SCID

وقد تمت فهرسة المعلومات حول صور الاضطرابات منفردة حسب مظاهر:

- السمات التشخيصية
- النمط الفرعي/الترميز الإضافي
- السمات والاضطرابات المنتمية لذلك
- سمات الجنس والسن وخصائص التربية (التنشئة)
- الانتشار

- المجري
- نمط التوزع الأسري
- التشخيص التفريقي
- وتمت إضافة ملحق مضموني للدي أس أم الرابع يتضمن ما يلي:
- شجرة قرارات بالنسبة للتشخيص التفريقي
- مسرد للمصطلحات العلمية
- التعيرات مُقابل الدي أس أم الثالث المعدل و الآي سي دي التاسع والعاشر DSM-III-R and ICD 10/ICD-9-CM
- ترميز لعوامل أمراض طبية منتقاة وللاضطرابات المستثارة من الأدوية.
- تشخيصات/محاور مؤقتة provisional
- نشر كتاب حالات Case-Studies book للدي أس أم الرابع

١,٢,٤,٦,٧ التشخيص متعدد المحاور في الدي أس أم الرابع والرابع معدل

النص:

يجري التشخيص على محاور خمسة منفصلة ذات أهمية بالنسبة للأسباب والمنشأ المرضي والعلاج والمجري والتنبؤ، وقد تم مؤخراً إضافة محور سادس اختياري لها نشر في ملحق الدي أس أم الرابع - DSM-IV . وقد تم جعله اختياراً لأنه يرتبط بتشخيصات لا تتوفر حولها نتائج إمبريقية واضحة بعد. ويعني تعدد المحاور واستقلاليتها أن الحكم على كل منها يعتمد على مجال آخر من المعلومات.

الجدول ٣٣: محاور DSM-V

المحاور التشخيصية للدي أس أم الرابع DSM
المحور الأول ا : المتلازمات العيادية: باستثناء اضطرابات الشخصية والإعاقات العقلية
اضطرابات يتم تشخيصها لأول مرة عادة في الطفولة والصبا واليفوع
الاضطرابات المعرفية
الاضطرابات المتعلقة بالمواد (الإدمانية) المؤثرة نفسياً
الفصامات والاضطرابات الذهانية الأخرى
الاضطرابات الوجدانية
اضطرابات القلق (والقهر)
الاضطرابات جسدية الشكل
الاضطرابات المصطنعة (الخادعة)
الاضطرابات التفكيرية (هجوم في الذاكرة، الهروب، اضطرابات اغتراب الشخصية،

اضطرابات الهوية (الشخصية المتعددة)
 الاضطرابات الجنسية واضطرابات الهوية الجنسية
 اضطرابات الأكل
 اضطرابات النوم
 اضطرابات التحكم في الدافع (هوس السرقة Kleptomania، هوس الإحراق pyromania، اللعب المرضي، المبالغة في التدقيق /المعالجة الجديّة لأُمور تافهة Trichotillomania)
 اضطرابات التكيف
 اضطرابات أخرى مهمة إكلينيكيًا

المحور الثاني : اضطرابات الشخصية، اضطرابات النمو النوعية. وقد تم فصل المحور الأول عن الثاني ليركز الانتباه بصورة أفضل على الاضطرابات التي هي أقرب لأن تكون طويلة الأمد والتي تقع على خلفية الاضطرابات "المميزة" للمحور الأول. وعليه يمكن على سبيل المثال إطلاق التشخيص "التعلق بمادة مؤثرة نفسيًا" على المحور الأول لشخص متعلق بالهيريون وفي الوقت نفسه إطلاق التشخيص "اضطرابات شخصية لا اجتماعية" على المحور الثاني.

الاضطرابات العقلية
 اضطرابات الشخصية (فصامانية، نرجسية، مضادة للمجتمع على سبيل المثال)
 اضطرابات أخرى مهمة عياديًا
 اضطرابات مستثارة بالأدوية /مشكلات ناجمة عن الاستغلال الجسدي أو الجنسي أو الإهمال
 مشكلات بين إنسانية

المحور الثالث : الاضطرابات والحالات الجسدية: يساعد على تحديد الأمراض الجسدية. وهنا يمكن على سبيل المثال لشخص مصاب "بزهاب اجتماعي" على المحور الأول أن يسجل على هذا المحور تشخيص "تصلب شرايين متعدد"، أو "صرع". ولا يشترط لهذه الأمراض أن تمتلك أهمية نشوئية مرضية بالتسبب للاضطراب النفسي، إلا أنها قد تكون مهمة بالتسبب لبرنامج العلاج

عوامل جسدية يمكن أن تكون مرتبطة بالاضطراب النفسي
 أمراض القلب على سبيل المثال (الانتباه: بعض الأدوية النفسية يمكن أن تزيد الأمر سوءاً)

المحور الرابع : شدة الضغوط (الإرهاقات) Stress intensity النفسية الاجتماعية. ويسجل على هذا المحور عوامل الضغط النفسي والاجتماعي التي قادت إلى انفجار الاضطراب أو ازدياده سوءاً. وهنا قد تكون المرهقات موجودة سابقاً أو تكون إرهاقات متوقعة، كالمعرفة حول فقدان العمل في المستقبل. ويتم التقويم بين الصفر "لا يوجد" حتى الستة "كارثي". مع العلم أنه يتم التمييز بين الضغوط المزمنة والحادة. وينبغي أن يستند التقويم أو الحكم إلى الوزن العام لعامل الإرهاق (الضغط) نفسه وعدم تناول الحساسية الخاصة لشخص ما في الاستجابة إلى هذه الإرهاقات ضمن ذلك.

مشكلات اجتماعية نفسية و مشكلات مرتبطة بالمحيط (مع مجموعة الإطار المرجعي الأساسية، في المحيط الاجتماعي، التربوية، المهنة، الوضع السكني، المالي، اليسر الصحي) (القدرة على الاستفادة من الخدمات الصحية)، مشكلات قانونية، الجنوح، مشكلات أخرى...

المحور الخامس ٧: تقويم عام لمستوى الوظائف
تقويم التكيف الاجتماعي فيما يتعلق بالإنجاز والمهنة واستغلال وقت الفراغ... الخ
المحور السادس ٧: اختياري تشخيصات لا تتوفر حولها نتائج واضحة بعد.
مقياس لقياس مستوى الدفاع.
مقياس القياس العالمي للوظيفة العلائقية Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF-Scale).
مقياس تقييم الوظائف الاجتماعية والمهنية) Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS).

الجدول ٣٤: تسجيل صور الاضطرابات في الذي اس أم الرابع

تسجيل صور الاضطرابات في الذي اس أم الرابع
عام:
تحت ٣٠٠ = اضطرابات ذهانية وعضوية، والهذيان والانغلاقية (الأوتزمية)
فوق ٣٠٠ = الاضطرابات العصبية (بالمعنى المضموني)، وكل الاضطرابات الأخرى (تقريباً)
تفسير المرتبة الثالثة
٢٩٠ = الزهايمر
٢٩١ = سحب المادة أو التسمم بالمادة مع بطاح، هذيان، اضطرابات عضوية.
٢٩٣ = اضطرابات على أساس عوامل مرض طبيعية
٢٤٩ = خبل (الخرف) آخر (خرف آخر another Dement)
٢٩٥ = فصامات و اضطرابات وجدانية فصامية
٢٩٦ = اضطرابات وجدانية (ليست عصبية)
٢٩٧ = هذيان
٢٩٨ = ذهانات ارتكاسية لا نمطية
٢٩٩ = انغلاق (أوتزمية) و اضطرابات نمو أخرى (غير محددة بدقة)
تفسير المرتبة الثانية (٣٠٠-٣١٩) صفر = غير عضوي، عصابي، ارتكاسي في المنشأ
١ = عامل تسبب جسدي عضوي خفيف (مخمن)
٣٠٠ = العصابات (بالمعنى المضموني)
٣٠١ = اضطرابات الشخصية
٣٠٢ = اضطرابات جنسية (بدون عامل مرضي طبي)
٣٠٣ = التعلق بالكحول والتسمم بالكحول
٣٠٤ = التعلق بالمواد المسببة للإدمان
٣٠٥ = سوء استخدام المواد والتسمم بالمواد

٣٠٦= التشنُّج المهبلِي، التقلُّص المهبلِي vaginism
٣٠٧= اضطرابات نمو ونوم خاصة
٩-٣٠٨= اضطرابات تكيف وإرهاق
٣١٠= اضطرابات شخصية مرتبطة عضويا
٣١١= اضطرابات اكتئابية (غير محددة بدقة)
٣١٢= اضطرابات ضبط الدافع، هوس أحادي monomania
٣١٣= اضطرابات ارتباط و اتصال لدى الأطفال
٣١٤= اضطرابات انتباه وفرط نشاط
٣١٥= اضطرابات كلام، وحساب، وحركة لدى الأطفال
٣١٦= الحالات الجسدية التي تلعب فيها العوامل النفسية دورا
٩-٣١٧= نقص عقلي، قصور (ضعف) عقلي oligophrenia
إضافة: ترميز للحالات غير القابلة للتصنيف النفسي، على سبيل المثال :
٩-٣٠٠= اضطرابات نفسية غير نوعية (غير ذهانية)
٩-٣٩٨= اضطرابات ذهانية غير محددة بدقة.

الجدول ٢٥ : التشخيص التفريقي وفق DSM-IV-TR

استبعاد المحاكاة/الاضطرابات الخادعة هل العرض حقيقي؟ استبعاد استهلاك المواد المسببة للتعلق العقاقير، الأدوية، السمات استبعاد عوامل المرض المسببة طبييا مباشرة، (بشكل أساسي) تباين مشترك CO VARIATION ! غالبا صعب تخديد اضطراب (اضطرابات) نوعي أساسي الاختلاطية CO MORBIDITY التفريق بين اضطرابات التكيف وبين اضطرابات التكيف غير المحددة بدقة عوامل ضغط مسببة؟ الفصل عن المجال الطبي للخبيرة النفسية ”معاونة أو تضرر مهمان نفسيا“. مثال: اضطراب الشخصية DSM-IV-TR مستمر (دائم) يطال عدة مستويات (استعرافيا، انفعاليا، سلوكيا) نمط غير مرن يقود إلى المعاونة في المهنة، في المجال الاجتماعي... الخ. ليس تجليا لاضطراب آخر
--

غير مستثار بالمواد / غير مرتبط دماغياً (عضوياً).

إطاراً ٣ : التعامل مع التشخيصات

كيف يُمكن للمتخصص النفسي التعامل مع تشخيصات DSM واستخدامها

قراءة دليل الذي أس أم الرابع المعدل DSM : مدخل ونص التشخيصات المتكررة. دراسة مخططات (أشجار القرارات) التشخيص التفريقي تعلم أهم محكّات التشخيص في الذي أس أم DSM المراجعة من خلال الحالات وقصص الحالات (كتاب الحالات للذي أس أم DSM) استخدام الأدوات التشخيصية (المقابلات التشخيصية مثل CIDI, DIPD وغيرها)، من أجل التعرف على أسئلة تقييم المحكّات التشخيصية. تعد قراءة دليل الذي أس أم DSM ضرورية. ولا يقصد هنا استيعاب وفهم المبادئ فحسب بل لابد أيضاً من حفظ المحكّات التشخيصية لأهم المجموعات التشخيصية عن ظهر قلب. ويتوقع من المتخصصين النفسيين الإكلينكيين أن يعرفوا بتفصيل دقيق أهم أشكال الاضطرابات، وبصورة خاصة اضطرابات القلق والاكتئاب بالإضافة إلى المحكّات والمبادئ في تشخيص التعلّق بالمواد والاضطرابات الجسدية الشكل. ومن الممكن تسهيل تعلم المحكّات وبنيتها المنطقية من خلال الشجيرات التشخيصية الموجودة في الدليل (أشجار القرارات)، فهي تساعد على فهم شكل التنظيم والبيئية الهرمية لتصنيف الذي أس أم DSM بشكل أفضل. وتبدأ كل شجرة قرارات بتوليف للسمات الإكلينيكية، فإذا كانت إحدى هذه السمات جزءاً واضحاً من مكون الصورة الإكلينيكية المعنية فيستطيع الفاحص من خلال تسلسل الأسئلة استبعاد وإدخال الاضطرابات المختلفة وهنا لابد من ملاحظة أن شجرة القرار المتعلقة بالاضطرابات الذهانية وحدها فقط تتضمن اضطرابات تستبعد بعضها البعض. وعليه لا يمكن على سبيل المثال إعطاء التشخيص فصام مع تشخيص اضطراب فصامي الشكل. وعند وجود مشكلة فهم وجهل بالمصطلحات التشخيصية فإن المسرد الملحق بالذي أس أم DSM يساعد على التوضيح (Wittchen & Hoyer 2011, P.48 ff).

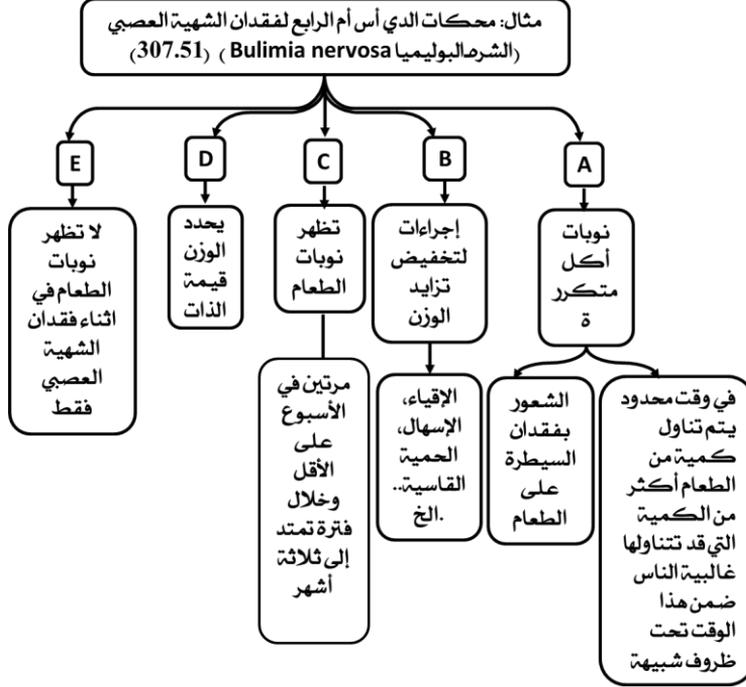
١,٧,٥ التشابه والاختلاف بين منظومات التصنيف العالمية

يشترك كلّ من ICD-10 و DSM-IV و DSM-IV-TR في:

١. استخدام مفهوم الاضطراب بدلاً من المرض
٢. قلما يتم الاستناد إلى المنشأ المرضي
٣. التأكيد على مطلب الثبات بدلاً من الصدق
٤. لأول مرة منظومات قابلة للمقارنة مع بعضها
٥. متعددة المحاور
٦. لا يوجد تقسيم تقليدي لثنائية الذهان العصاب

٧. لا يوجد مفهوم داخلي المنشأ

٨. مبدأ الاختلاطية بدلاً من مبدأ الهرمية



الشكل ٤٦ : فقدان الشهية العصبي على DSM

إطار ٣٧ : مثال حول التشخيص وفق محاور الذي أس أم العاشر والأسي دي الرابع

السيد (م)، ٣٥ سنة يعمل شرطياً. باحث عن المساعدة العلاجية: المشكلات التي يعاني منها: يعاني السيد (م) من مشكلات قذف، ومزاج اكتئابي هوسي وعدم الثقة الاجتماعية ومشاعر نقص تتجلى تجاه زوجته وتجاه السلطة. يعاني من صراعات شديدة مع زوجته تتمحور حول انشغاله الدائم بالخشية من خيانة زوجته له وللتخفيف من عذاب مشكلاته فقد لجأ لتعاطي الكحول.

لم تكن طفولة السيد (م) موفقة كثيراً، فقد توفيت أمه وهو في السادسة من العمر، وكان الأب كحولياً ويعاني من تقلبات شديدة في المزاج وتم تشخيص الذهان الاكتئابي الهوسي عنده. وقضى فترات طويلة عند عمته لأن والده لم يكن قادراً على رعايته وعانى من الفقر الشديد

كان الموقف المثير للعجز الجسدي لديه هو التفكير بولادة طفل.

إشكالية السيد (س): التصنيف وفق ICD-10

F31: اضطراب وجداني ثنائي القطب BIPOLAR

F10: اضطرابات ناجمة عن الكحول.

F10.1: استهلاك ضار أو مؤذ

F10.2: متلازمة تعلق

F52.2: فشل الاستجابات الجسدية

F60.6: اضطرابات شخصية من النمط القلق (الخواف)

إشكالية السيد (م): التصنيف وفق DSM-IV-TR

المحور الأول:

تعلق بالكحول

اضطراب جنسي متعلق بالكحول مع استثارة مضطربة

اضطراب ثنائي القطب BIPOLAR

مشكلات زوجية

المحور الثاني:

اضطراب شخصية تجنبية غير واثقة من نفسها

المحور الثالث:.....

المحور الرابع: مشكلات مع الأشخاص المرجعيين (الزوجة)

المحور الخامس: التقييم الوظيفي العام GLOBAL ASSESSMENT FUNCTIONING-SCALE

واختصارها =55 (GFA SCALE) وكانت (GFA): أعراض ظاهرة بصورة معقولة (مثال

تسطح انفعالي، لغة متكتمة إلى حد بعيد، نوبات هلع أحياناً، أو صعوبات متوسطة

فيما يتعلق بالإنجاز الاجتماعي أو المهني أو المدرسي (القليل من الرضا على سبيل المثال،

صراعات مع زملاء العمل، أو الأطر المرجعية).

يملك السيد (م) موارد/نقاط قوة أيضاً: فقد تجاوز (م) طفولته الصعبة وأنهى المدرسة

والتأهيل في الشرطة بنجاح وهو ناجح مهنيًا، ويستطيع إقامة علاقات وثيقة والحفاظ

عليها ويبدو أنه يحب زوجته وهو مدرك للمسؤولية؛ حيث تقدم للعلاج بعد ضرب زوجته،

ولم ينجب بسهولة طفلاً وإنما أعاق ذلك من خلال عجزه، طالما أن لديه مشكلات في

العلاقة والشخصية.

١,٧,٦ الميزات والعيوب

أما ميزات كل من ICD-10 و DSM-IV و DSM-IV-TR فتتمثل في ارتفاع

الثبات reliability وانخفاض العشوائية في التشخيص وأنهما شجعا إجراء الدراسات

الجائحية (دراسات الانتشار) وتتضمنان ميزات إيجابية بالنسبة للأبحاث التي تهتم

بالمخرجات.

وتتمثل العيوب في النقص الذي تعاني منه فيما يتعلق بالصدق Validity

وصعوبات الترميزات والحسابات المتعددة المحاور وقمع مبدأ الشمولية إلى حد ما

ودعم الاختزالية، وارتفاع احتمالية تلقيب المريض، ومن ثم الوصمة.

١,٢,٧ الفروق بين ICD-10 و DSM-IV و DSM-IV-TR

يعرض الجدولان (٣٦ و ٣٧) الفروق بين منظومات التصنيف الحديثة

الإجرائية العامة والفروق على مستويات الفئات التشخيصية الرئيسية.

الجدول ٣٦ : الفروق بين منظومات التصنيف الحديثة الإجرائية العامة

DSM-IV	ICD-10
طبعة واحدة	الكثير من الطبعات حسب الطلب: من بينها الأوصاف الإكلينيكية والمرشدات التشخيصية ومحكات البحث
تطوير على أساس إمبيريقى واسع	
منظومة قومية	منظومة عالمية
لا توجد خانة للاضطرابات الخاصة بالثقافة، وإنما وضعت في السدي أس أم الرابع في فصل فرعى بعنوان "خصائص ثقافية"، وتحت عنوان "مرشد لتقييم عوامل التأثير الثقافية الموجودة في الملحق. ا توجه أقوى نحو البحث	- في الملحق: اضطرابات خاصة بالثقافة
خمسة محاور (السادس اختياري)	ثلاثة محاور
وصف الاضطرابات أكثر تفصيلا والصيغة أكثر تحديدا وأفضل تعريفاً من الناحية الإجرائية؛ تحديد أقوى بالنسبة للأهمية الإكلينيكية والاجتماعية النفسية للأعراض التضرر النفسي الاجتماعي كمحك في السدي أس أم الرابع.	
	ترميز أكثر تمايزاً
	فروق مختلفة على مستوى مجموعات الاضطرابات المختلفة أو المجموعات الفرعية، على سبيل المثال تصنيف مختلف لاضطرابات القلق واضطرابات الشخصية (محور واحد في السدي أس أم لاضطرابات الشخصية، أما في السدي العاشر ICD-10 فقد صنفت تحت محور مشترك مع الاضطرابات النفسية الأخرى. محك الزمن في الفصامات أكثر صرامة في السدي أس أم الرابع، والاكْتئاب في السدي أس أم الرابع جرى تصنيفه كاكْتئاب أساسي عام وفي السدي أس أم الرابع في فروق فيما يتعلق بالشدة، اكْتئاب خفيف ومتوسط وشديد.

الجدول ٢٧ : مقارنة الفئات التشخيصية الرئيسية للأسي دي العاشر والذي أس أم الرابع (Stieglitz, 2004) عن (Alexander et al., 2008)

DSM-IV	ICD10 CAPITAL V
البطاح، الخرف، اضطرابات فقدان الذاكرة واضطرابات معرفية أخرى	F0 اضطرابات عضوية، بما فيها اضطرابات نفسية أعراضية.
اضطرابات في سياق المواد المؤثرة نفسياً	F1 اضطرابات نفسية وسلوكية من خلال المواد المؤثرة نفسياً
فصام واضطرابات نفسية أخرى	F2 فصام، اضطرابات هذيانية ومن النمط القصامي
اضطرابات وجدانية	F3 اضطرابات وجدانية
اضطرابات قلق	F4 اضطرابات عضائية
اضطرابات تكيف	واضطرابات إرهاق واضطرابات من الشكل الجسدي
اضطرابات من الشكل الجسدي	
اضطرابات خادعة	
اضطرابات تفككية	
اضطرابات جنسية واضطرابات الهوية الجنسية	F5 شذوذات سلوكية مع اضطرابات وعوامل جسمية
اضطرابات طعام	
اضطرابات نوم	
اضطرابات شخصية	F6 اضطرابات الشخصية
اضطرابات ضبط الدافع، اضطرابات جنسية واضطرابات الهوية الجنسية غير المصنفة في مكان آخر.	واضطرابات السلوك
	F7 انخفاض الذكاء
	F8 اضطرابات نمائية
اضطرابات يتم تشخيصها عادة لأول مرة في سن الطفولة واليقوع	F9 اضطرابات انفعالية واضطرابات سلوك تبدأ في سن الطفولة واليقوع
مشكلات إكلينيكية ذات صلة أخرى.	F9 اضطرابات نفسية غير محددة بدقة
	9

إطار ٣٨: خصائص مضمونية أخرى لمنظومة الـ دي أس أم

خصائص مضمونية أخرى لمنظومة الـ دي أس أم

يشير كل من فيتشين وهوير (Wittchen & Hoyer, 2011) صفحة ٤٨-٤٩ إلى مجموعة من الخصائص المضمونية للـ دي أس أم الرابع معدل النص تتعلق بالمنظور الطولي للتشخيص والاختلاطية والتغير في بعض المفاهيم والتي تتناقض إلى حد ما مع ممارسة التشخيص النفسي الطبي التقليدي. وتسبب هذه التغيرات الإرباك لكثير من الطلاب (والمختصين) خاصة عند الرجوع للمراجع القديمة٤٩ والتي تتضمن مفاهيم ومصطلحات لم تعد مستخدمة في منظومات التصنيف الراهنة. ولا بد من أخذ هذه النقطة بعين الاعتبار خاصة عند وجود صعوبة في التوليف بينها أو استحالتها في بعض الأحيان. ومن أهم هذه الخصائص:

المنظور الطولي: يؤكد الـ دي أس أم الرابع المعدل DSM-IV-TR كما سابقه في التصنيف التشخيصي على المنظور الطولي الذي يتطلب في العادة مراعاة ما يُسمى بمساحة الحياة. ومثل هذا النوع من المحكّات القائمة على مدى الحياة لا يلعب دوراً كبيراً في الأمراض الدورية كالاضطرابات الوجدانية فحسب وإنما كذلك في اضطرابات القلق، فعلى سبيل المثال لا يستطيع المرء طرح تشخيص اكتئاب أساسي إلا إذا تم استبعاد وجود طور هوسي أو هوسي معتدل في مجرى حياة المعني. أو: لا يعطى تشخيص اضطراب الهلع إلا إذا كانت قد ظهرت نوبات هلع متكررة على الأقل في بداية مجرى الاضطراب.

الاختلاطية: على عكس التشخيص الطبي النفسي الروتيني الذي يتم فيه في الغالب ترميز التشخيص المتصدر في الوقت الراهن فقط، لا بد في الـ دي أس أم الرابع المعدل DSM-IV-TR من ترميز كل الاضطرابات المهمة في مجرى الحياة. وتطلق على هذا التشخيص المتعدد تسمية الاختلاطية.

وتلج البنية الوصفية الـ دي أس أم الرابع المعدل DSM-IV-TR على هذه الاختلاطية بشكل كبير وليس من النادر أن يحصل مريض ما على خمس أو ست تشخيصات معاً. والاختلاطية هي واحدة من ميزات الاضطرابات النفسية ولها مضامين مهمة بالتسبب لتوضيح المتشأ والتطور المرضي وللتخطيط للعلاج.

تفكيك مفهوم العصاب: على خلفية المشكلات الكبيرة في التشخيص الموثوق (الثابت) لهذه المجموعة من الاضطرابات وتأثيرات الوصمة والمضامين النسوية غير المرهنة إمبيريقياً بشكل كاف تم التخلي عن مفهوم العصاب كأساس توجيهي، فقد تمت

^{٤٩} يقصد بالقديمة هنا المراجع الأجنبية عموماً، أما في اللغة العربية فما زالت الكثير من الكتب الصادرة بطبعات حديثة تتحدث بلغة المفاهيم والمصطلحات القديمة التي لم تعد شائعة تصنيفياً. ومرد ذلك أن حرفة التوليف في علم النفس مهنة غير تخصصية ولا وجود لمتهمين مهنة العلوم النفسية عموماً وشيوع ظاهرة العقم المعرفي.

خصائص مضمونية أخرى لمنظومة الدي اس أم

إعادة تسمية التشخيصات التي كانت راسخة في الماضي مثل عصاب القلق (اليوم اضطرابات الهلع أو اضطراب القلق المعمم) أو العصاب الاكتئابي (اليوم: الاكتئاب الأساسي أو عسر المزاج) وذلك بصورة أكثر تخصيصاً. الإدمان: كما تم إجراء تخصيصات مفاهيمية لاضطرابات المواد المؤثرة نفسياً، فهنا لم يتم تخصيص محكات تعلق وسوء استخدام خاصة بالنسبة لكل فئة منفردة من المواد فحسب وإنما كذلك تخصيص تشخيص منفرد للمتلازمات ذات الأهمية الإكلينيكية.

١،٧،٨ الانتقادات الموجهة لمنظومات التصنيف الإجرائية الراهنة

تعرّضت منظومات التصنيف الإجرائية الراهنة إلى مجموعة من الانتقادات

يُمكن تلخيصها في النقاط التالية:

١. النقص في ICD-10 & DSM-IV و بشكل خاص من منظور سيكوديناميكي. وعلى الرغم من تفصيل المبادئ اللانظرية بوضوح، إلا أنه تسود تصورات المرض البيولوجية و تصورات العلاج البيولوجي.
٢. استبعاد تصورات المرض والعلاج التحليلي النفسي.
٣. إهمال النمذج الضمن نفسيّة Intra-psyche.
٤. المرض يساوي مجرد تعداد للأعراض الموجودة زائد المتلازمات، مما يقود إلى نقص في السبر وإعطاء أهمية قليلة لمظهر العلاقة.
٥. استبعاد مظاهر مهمة من نمو الشخصية.
٦. التخلي عن البحث عن سياقات المعنى في المنشأ والتطور المرضي الفردي Etiopathogenesis Individual للفرد.
٧. تصنيفات (إلحاق) المتلازمات والأمراض يقوم على المعلومات الأساسية الإجرائية نفسها.
٨. الاعتماد على مظهر الكفاية الوظيفية أو الأدائية (الغائية) Functionalizability بدلاً من الفردية أو التفرد Individuality.
٩. النظر إلى المريض على أنه يساوي موضوع تشخيص Patient=Object of Diagnostic

١،٨ التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي

تم تطوير التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي Operationalize Psychodynamic Diagnostic ويرمز له اختصاراً (OPD) في عام ١٩٩٢ من قبل أربعين

مُعالِجاً نَفْسِيًّا إكلينيكيًّا و باحثين مِنْ مَجْمُوعَةِ عملِ التَّشْخِصِ السِّكُودِينَامِيكي الإِجْرَائِي كَمَنْظُومَةٍ تَشْخِصِ فِي مَجَالِ العِلاجِ النُّفْسيِّ السِّكُودِينَامِيكي وَالتَّحْلِيلِي النُّفْسيِّ كَمحاولةٍ "من أجل زيادة الوضوح والدقة وتجنب النقص في مَنظُومَاتِ التَّصْنِيفِ الحَدِيثَةِ الرَّاهِنَةِ من وَجْهَةِ نَظَرِ التَّحْلِيلِ النُّفْسيِّ وَتَهْدِيفِ إلى تَحْدِيدِ خِبْرَةِ المَرَضِ وَمُسْتَوِيَّاتِ العِلاقَةِ وَ الصِّرَاعِ المَمْتَدِ زَمَنِيًّا وَ البنيةِ النُّفْسيَّةِ لَدَى المَرِيضِ مع أخذِ تَشْخِصِ الآي سي دي - العاشر ICD-10 (الذي أس أم الرابع أيضاً في التعديل الثاني) بعين الاعتبار. وأصبحت الآن مجموعة راسخة في المحيط الناطق بالألمانية. و يعني التَّحْدِيدِ الإِجْرَائِي "Operationalization" هنا تَعْرِيفِ الفِئَاتِ التَّشْخِصِيَّةِ مِنْ خِلالِ الأوصافِ القابلةِ للمُلاحَظَةِ وَ للاختِبارِ حيث يَتِمُّ هنا في صيغةٍ مبسطةٍ جداً وَقابلةٍ لِلإِستِخدامِ بِشَكْلِ عملي وَصَفِ المفاهيمِ الطرائقيةِ التي ترسخت في السنواتِ الأخيرةِ في أبحاثِ العِلاجِ النُّفْسيِّ التَّحْلِيلِي، وَصَدَرَ التَّعْدِيلُ الثاني في عام (٢٠٠٦) أَطْلَقَتْ عَلَيهِ تَسْمِيَةَ (OPD-2)؛ فَقد تم توسيعه من مجرد وسيلةٍ تَشْخِصِيَّةِ إلى التَّوْجِهِ نحوِ العَمَلِيَّةِ العِلاجِيَّةِ، حيث يَتِيحُ التَّخْطِيطُ للعِلاجِ مِنْ خِلالِ تَحْدِيدِ النِّقَاطِ العِلاجِيَّةِ الأساسِيَّةِ، وَتَحْدِيدِ مَواردِ المَرِيضِ/ فِقراتِ تَفْصِيلِيَّةِ بَيْنَ المَحاورِ كما وَفَر (OPD-2) نُسخةً مُختَصَرَةً للمَحاورِ مُلاءِمةً لِلمَمارَسَةِ العَمَلِيَّةِ الرُوتِينِيَّةِ.

وقد تَمَثَّلَتْ أهدافُ تَطوِيرِ التَّشْخِصِ السِّكُودِينَامِيكي الإِجْرَائِي فيما يلي:

١. بِناءِ إِرْشاداتِ تَشْخِصِيَّةِ إكلينيكيَّةِ Construction clinical-diagnostically Guideline تعكس السِّماتِ السِّكُودِينَامِيكيَّةِ ذاتِ الصِّلةِ وَتتركُ مِساحةً لِتَطوِيرِ فِرضِيَّاتِ فِردِيَّةِ وَإيديوْغِرافيَّةِ (مُتعلِّقةٍ بِخُصُوصِيَّةِ الحَالَةِ الفِردِيَّةِ) دِينَامِيكيَّةِ نَفْسيَّةِ.
٢. أن تكونِ الأداةُ قابِلةً لِلإِستِخدامِ في التَّدْرِيبِ المُسْتَمَرِّ في العِلاجِ النُّفْسيِّ التَّحْلِيلِي وَ السِّكُودِينَامِيكي وَتَمكِينِ المِناظِرِ المُختَلِفةِ على المُستَوِيَّاتِ المُختَلِفةِ لِلحَدِثِ النُّفْسيِّ.
٣. الإِسْهامِ في البَحْثِ فيما يَتَعلَقُ بِالعِلاجِ النُّفْسيِّ السِّكُودِينَامِيكي.
٤. تَحْسينِ إِمكانيَّةِ التَّواصَلِ بَيْنَ الباحِثينِ وَالإِكلينيكيِّينِ حَوْلِ البِناءِ التَّقْلِيدِيَّةِ لِلنَّظَرِيَّةِ السِّكُودِينَامِيكيَّةِ وَ التَّحْلِيلِيَّةِ وَ النُّفْسيَّةِ.

ويستند التَّشخيص السيكوديناميكي الإجرائي بداية إلى تَشخيص الأعراض وفق الآي سي دي العاشر(تم وضعه في المحور الخامس من محاور التَّشخيص السكوديناميكي الإجرائي)، إلا أنه يتوسع في التَّشخيص التفريقي من خلال محاور ثُرَاعِي المَظَاهِر السيكوديناميكية؛ فتم عرض البنائات السيكوديناميكية وخبرة المَرَض (المحور الأول) ووصفها إجرائياً، وتَشخيص العلاقة (المحور الثاني)، وتَشخيص المِصْرَاعَات (المحور الثالث) والبنية (المحور الرابع). ويخضع بناء المحاور أو تشكيلها لمنطق داخلي. أما آلية الحُصُول على البَيَانَات فيه فتتم عبر المُقَابَلَة التي تَوْصَف بأنها ليست مَبِينَة بصورة متطرفة ولا مَفْتُوحَة كَلِيَّة، بمعنى أنها تتمتع بالمرونة، حيث تسعى المُقَابَلَة إلى إِسْتِقْصَاء أو سبر المَعْلُومَات الأساسية للمحاور الخمسة وتوفر مساحة كافية للعرض المشهدي (التصويري) وتأخذ بعين الاعتبار العناصر السيكوديناميكية. وفيما يلي عرض للمحاور التَّشخيصية لهذه المَنْظُومَة.

الجدول ٢٨: المنظومة متعددة المحاور لمجموعة العمل التشخيص السيكودينامي الإجرائي

المحور الأول (خبرة المرض و شروط المعالجة)	
درجة شدة الفحص النفسي أو الجسمي، ضغط المعاناة أو خبرة الشكاوى: تضرر خبرة الذات تضرر الجسد المكسب المرضي الثانوي مقبولية (مناسبة أو تناسب) التضرر الذاتي التوقعات العلاجية والاستعداد للاستفادة من الخدمات الطبية كفاءة الاستبصار للسياقات (العلاقات) الديناميكية النفسية أو النفسية الجسدية تقدير شكل العلاج الملائم (علاج نفسي، علاج جسمي) الدافعية للعلاج الدافعية للعلاج الجسدي المطاوعة Compliance الموارد: الاندماج الاجتماعي النفسي الموارد الشخصية (القابلية للإرهاق) الدعم الاجتماعي	
المحور الثاني (العلاقات)	
المنظور A: خبرة المريض	
المريض يعيش نفسه مرارا على أنه :	المريض يعيش الآخرين مرارا على أنهم :

المنظور B: خبرة الآخرين /خبرة الفاحص	
الفاحص /الآخرون يعيشون المريض مرارا على أنه	الفاحص /الآخرون يعيشون أنفسهم تجاه المريض مرارا على أنهم...
المحور الثالث: الصراع الأساسي وفئات إضافية	
التعلق مقابل الاستقلالية الخضوع مقابل السيطرة الرعاية مقابل الاكتفاء الذاتي autarky صراع قيمة الذات صراعات الأنا الأعلى وصراعات ذنب صراعات جنسية أوديبية صراع الهوية نقص في إدراك الصراع إرهاقات حياتية خارجية مشحونة بالصراع	
المحور الرابع . البنية	
فئة لتقدير الكفاءة البيئية خبرة الذات توجيه الذات الدفاع خبرة الموضوع التواصل الارتباط ← تقويم مستوى اندماج الشخص	
المحور الخامس ICD-10-Symptoms	
التشخيص الأعراض الوصفي حسب الأي سي دي العاشر ICD-10 : الاضطرابات النفسية (الفصل الخامس ICD-10) اضطرابات الشخصية (الفئات F60 و F61 من ICD-10) الأمراض الجسدية (فصول أخرى من ICD-10)	

١,٨,١ المحور الأول: خبرة المرض وشروط المعالجة

تطرح طريقة المعالجة مطالب كثيرة على المتعالج، فهي تتطلب الاستعداد الإيجابي والاستيعاد وأن تكون لدى المريض قدرة كبيرة على التحمل. وهذا ما يمكن وصفه تحت مفهوم المطاوعة، أي تقبل المريض للتعليمات العلاجية واتباعها، وتختلف درجة المطاوعة حسب المريض والصورة المرضية. والمطاوعة هي جزء من

آليات المواجهة Coping، التي تعد مع الدفاع من وظائف الأنا، وتجريان بطريقة متكاملة مع بعضهما، فالدفاع يخدم التَّنْظِيم الداخلي Intra psychic (تَنْظِيم الوجدان) أما المواجهة Coping فتَعْمَل بِشَكْلٍ أَقْوَى مع مَهَام التكيف القريبة من الواقع في عَمَلِيَّة التغلب على المَرَض، فبالنَّسْبَةِ للدلائل التفریقیة differential Indication للعلاج النَّفْسِي فَإِنَّهُ من المهم على سَبِيلِ المِثَالِ أن يبدي المَرِيض نوعاً من ضغط المعاناة، أو يمتلك قُدْرَةَ على الاستبصار أو فيما إذا كَانَ من الممكن تحفيزه، وكل هذا يؤثر على خِبْرَةَ المَرَض، حيث تعد خِبْرَةَ المَرَض مجالاً فرعياً من مجال تمثل المَرَض ككل يؤثر على كَفَاءة المواجهة عِنْدَ الفرد من جهة ومن جهة أخرى يتأثر هذا المجال بالآليات المتمثل عِنْدَ المَرِيض في صُورَةَ من النُمُودَج العَمَلِيَّاتي Process model، أي تلك العَمَلِيَّة التي تؤثر وتتأثر ببعضها على شَكْلٍ عَمَلِيَّةٍ دائريَّة ويشتمل العَمَلِيَّات الإنْفَعَالِيَّة والاستِعْرَافِيَّة على خلفية المَرَض. وهناك مجموعة من المتغَيَّرات (العوامل) التي تلعب هنا دوراً منها على سَبِيلِ المِثَالِ نوع وشِدَّة المَرَض القائم والمحيط الإجْتِمَاعِي وعلاقة الطبيب بالمريض والمحيط الإجْتِمَاعِي النَّفْسِي و سِمَات الشخصية والدافعيَّة للعلاج، حيث تَتَفَاعَل هذه العوامل مع بعضها بطريقة مُعَقَّدة وتتنوع سواء عِنْدَ الفرد الواحد أم بَيْنَ الأفراد.

▪ نوع وشِدَّة المَرَض: يؤثر نوع المَرَض بطرق مُخْتَلِفَة على خِبْرَةَ المَرَض، فقد يكون المَرَض حاداً أو مزمناً، مُرْتَبِطاً بأعْرَاض نَفْسِيَّة أو جسمية. كما ترتبط بالأمراض المُخْتَلِفَة إجراءات مُخْتَلِفَة من العلاج والتي تمثل تَدَخُّلاً مُخْتَلِف الشِدَّة في حياة المَرِيض. وللتشخيصات الطبية والطبية النَّفْسِيَّة آثار مُخْتَلِفَة مُرْتَبِطَة بنوع المَرَض وشِدته، فقد تمثل أحياناً خطراً حياتياً على المَرِيض، كأمراض السرطان على سَبِيلِ المِثَالِ أو قَدْ ترتبط بها مخاطر الوصمة الإجْتِمَاعِيَّة، كالتَّمْيِيز الإجْتِمَاعِي أو الاستبعاد كما هو الحال في الإيدز أو الفصام... الخ. وتقود كُلُّ المَظَاهِر المذكورة إلى عددٍ كبير من الأضرار في عَمَلِيَّة التكيف الإجْتِمَاعِي: كالعزلة، وعدم إيجاد العمل. ومقدار الضغط

النَفْسِيَّ أو الإِجْتِمَاعِيَّ أو الجَسَدِيَّ يُمكن أن يتباين في الأوقات المُخْتَلِفَة، فشِدَّة المَرَضِ أو ضغط المعاناة لا ترتبط بعلاقة خطية مع بعضها.

- **المحيط الإِجْتِمَاعِيّ:** تتأثر خِبْرَة المَرَضِ وتمثله عند المَرِيضِ بدرجة كبيرة بالمحيط النَفْسِيَّ الإِجْتِمَاعِيَّ. وتعد عمليّة امتلاك الموارد في المحيط الإِجْتِمَاعِيَّ والدعم النَفْسِيَّ والإِجْتِمَاعِيَّ التي يستطيع المَرِيضُ الحُصُولُ عليها في هذا المحيط وحشدها، مُهمّةٌ جداً؛ فضمن المحيط الإِجْتِمَاعِيَّ، كالأُسْرَة والمعارف والأصْدِقَاء والزملاء، يَتِمُّ تحديد الظواهر النَفْسِيَّة أو الجَسَدِيَّة على أنها مرض، وفي هذا المحيط يَتِمُّ تقديم نصائح (مَا يُسَمَّى بالتَنْظِيمَات السُّلُوكِيَّة)، كالنصح بمراجعة الطبيب، أو تناول الأدوية المنزليّة... الخ. وفي الأمراض المهددة على وجه الخصوص يعد المحيط الأُسْرِيَّ بِشكْلٍ خاصٍّ على درجة عالية من الأهميّة، في عمليّة تقديم الدعم والمساندة، إلا أن هذا المحيط قد يُعاني أيضاً من خلال الآثار الناجمة عن المَرَضِ، كفقدان العَمَلِ على سبيلِ المِثَالِ للمعيل المَرِيضِ في الأُسْرَة أو نتيجة تَغْيِيرِ الأدوار الأُسْرِيَّة.
- **علاقة المَرِيضِ بالطبيب:** لعلاقة المَرِيضِ بالطبيب أهميّةٌ كبيرة غالباً ما تُساعد في برهان أو تأكيد السواء النَفْسِيَّ، إلا أنها قد تنمي التجسيد والإِزْمَان، أي تحول المَرَضِ إلى مرض مزمن. كما أن نظام الرعاية ذا التوجه الطِبِّيَّ يحشر المَرِيضِ في عمليّة طرح التَشْخِيص والعلاج بِشكْلٍ إضافيٍّ في دور أقرب للمتلقّي السلبِي، ومن هذا المنظور يتعلم المَرِيضُ بأنه يستطيع ضمان الحُصُولِ على الاهتمام والرعاية عبر الأعراض الجَسَدِيَّة وعرض شكاوى جديدة، أما الخبرة الشَخْصِيَّة للمَرَضِ فقلما تحظى من ثم بالاهتمام في هذا النُمُودَج.
- **سمات الشَخْصِيَّة:** تعد بنية الأنا والقابليّة لتَحْمُلِ الضغوط، والتي تعد من ضمنها آليات الدفاع وتَحْمُلِ الإحباط والقلق واختِيارِ المواقع والقُدْرَة على إقامة العلاقة، على درجة كبيرة من الأهميّة. وتؤثر هذه الوظائف على المرونة الاستعرافيّة والوجدانيّة للمَرِيضِ. ومن السمات ذات الصلة للشَخْصِيَّة هنا صُورَة الدَّاتِ أو التعامل مع صُورَة الدَّاتِ في المَرَضِ.

- الدافعية للعلاج: يشكل ضغط المعاناة لدى المريض الشرط أو الدافع لأن يقوم الفرد بِشكْلٍ فاعلٍ بالبحث عن إمكانات التعديل لِإِضْطِرَابِهِ الجَسَدِيِّ أو النَّفْسِيِّ (مراجعة الطبيب أو المعالج النَّفْسِيِّ). وعلى هَذِهِ الخلفية يطور المريض نُظْرِيَّتَهُ الدَّاتِيَّةَ حَوْلَ مَنْشَأِ الإِضْطِرَابِ وينمي اتجاهاته تجاه الأساليب العلاجية ويبحث عن معلّوماتٍ مُتعلّقة بِالمشكلة.

١,٨,١,١ دليل المحور الأول

ويتم على هذا المحور تقدير:

- الشدّة: (شدّة الإِضْطِرَابِ الجَسَدِيِّ أو النَّفْسِيِّ) يتعلّق الأمر فقط بتقدير النتيجة (الكشف) من الناحية الجسدية والنفسية، فمن الناحية الجسدية يتم تقدير مدى الإعاقة الجسدية الراهنة الناجمة عن المرض. ونفسياً يتم تقدير مدى تكامل أو عدم تكامل سمات الشخصية، والتلاؤم الاجتماعي. وهاتان الناحيتان على درجة كبيرة من الأهمية.
- المعاناة الذاتية: ويتم توثيق المعاناة الذاتية عند المريض، ويمكن إستخلاصها من شدة الأعراض ونوع التشخيص وعواقبه.
- خبرة الذات: ما مدى انسجام المرض مع خبرة الذات. (تضرر خبرة الذات، المكسب الثانوي للمرض، تناسب التضرر الذاتي)
- المكسب الثانوي للمرض: ويقصد به المكاسب الاجتماعية الشعورية واللاشعورية التي يحصل عليها المريض من مرضه أو من عواقب المرض (كالإجازة المرضية، والرعاية الاجتماعية، والاستشفاء).
- توقعات العلاج والاستعداد لتقبله: (القدرة على الاستبصار في العلاقات السيكوديناميكية أو النفسية الجسدية أو الجسدية النفسية، تقدير شكل العلاج المناسب، الدافعية للعلاج، الدافع للعلاج الجسدي، المطاوعة)
- الموارد (الاندماج الاجتماعي النفسي، القابلية للضغوط (الحساسية للضغوط) الموارد الاجتماعية والدعم).

١,٨,٢ المعور الثاني: العلاقات

من خلال الاستجابة أو ردة الفعل يُمكن للمعالج أن يستخلص كيف يشعُر الآخرون من ناحيتهم في التفاعل مع المريض وكيف يتصرفون. ويُمكن استغلال النقل المعاكس كأداة للتشخيص البين شخصي: إلى أي وضعية من العلاقة يقود المريض نفسه ويقود الآخريين تجاهه؟

ويقصد بسُوك العلاقة مظهر الديناميكية بين رغبات العلاقة وما يرتبط بها من مخاوف لدى المريض والمخاوف حول الكيفية التي يُمكن أن يستجيب بها الآخر للرغبات. هذا وتُنظر جميع المدارس العلاجية إلى السُوك البين شخصي (بين الأشخاص) على أنه عامل أساسي في نشوء واستمرارية الاضطراب النفسي. وسُوك العلاقة المألوف هو سُوك العلاقة لدى المريض واستجاباته الذاتية على ذلك (واستجابات الفاحص). أما سُوك العلاقة المعطوب فهو التشكيلة أو التركيبة المشحونة بالمعاناة بالنسبة للمريض، المنبثقة عن سُوك علاقاته المعتاد و أنماط الاستجابات النمطية لشركائه الاجتماعيين؛ ففي الجلسة الإكلينيكية يحصل المرء على معلومات تشخيصية حول سُوك (ب) مع الآخرين، ففي الموقف الإكلينيكي يتم استحضار سُوك (ب) غير المدرك من قبل المريض، وجعله معاشاً وقابلاً للملاحظة: النقل.

تشخيص ميول النقل: يقوم التشخيص السيكوديناميكي بشكل أساسي على فرضية أن المريض يستشير في بناء الاتصال العلاجي بشكل لاشعوري نمطاً أساسياً من العلاقة، يرسم للمعالج نوعاً من دور النقل. ويرى كراوزة أن النقل هو وثبة خاصة من أنماط السُوك التي يدفع من خلالها الشريك الاجتماعي للسُوك بطريقة منسجمة مع التوقعات اللاشعورية الخاصة. وعمليات النقل التي تود رؤية الرغبات اللاشعورية تتحقق تفاعلياً في إطار العلاقات، وتسهم في نوع الوضعيات التي ينزلق فيها المريض في العلاقات البين اجتماعية وإلى أي وضعية يقود هو فيها الآخرين، فإذا ما فشل هذا يتصّر الإدراك المطابق أو الملائم لرغبات وحاجات الآخرين بشدة، حيث تعد الطرق التالية مهمة في تشخيص العلاقة:

١. التحليل البنيوي للسلوك الاجتماعي، الذي يُمكن من تصوير موثوق تفريقي لنتائج العلاقة المركبة، والتي يُمكن استخدامها لتحديد الأنماط المتكررة.
 ٢. موضوع صراع العلاقة الأساسي، حيث يقوم في مراحل العلاقة بالمريض نوع الرغبات المعبر عنها عند الحديث.
 ٣. تشخيص الخطة
 ٤. تشكيلة الأدوار - العلاقات
 ٥. خبرة العلاقة العلاجية من خلال المريض
 ٦. النمط الدوري من سوء التكيف
- وتشترك كل الطرق مع بعضها بأن بؤرة الملاحظة تتمحور دائماً حول التفاعل البين شخصي، وتتيح إجراء تصوير تفريقي موثوق لنتائج العلاقة المركبة، ويُمكن استخدامها لتحديد الأنماط المتكررة.

١،٨،٢،١ دليل المحور الثاني

- في التقييم التشخيصي يتم استخدام مصادر المعلومات التالية:
- خبرات العلاقة التي يصفها المريض في الجلسة العلاجية
 - المعلومات من التفاعل الراهن مع المريض (كما يُمكن أيضاً استخدام خبرة المُشخّص واستجاباته الذاتية كمعلومات).
 - منظور الخبرة (خبرة المريض والمقابل)
 - الوضعيات البين شخصيّة (موقع الشخّص بين الآخرين)
 - بُنود (تقويم منظور الخبرة)
 - استبيانات (١. تعليم البنود المطابقة في كلتا القائمتين، ٢. انتقاء أهم البنود، ٣. الصياغة السيكوديناميكية لسلوك العلاقة المعطوبة)
 - حالات عياديّة كمثال (خبرة المريض/المعالج)

١,٨,٣ المحور الثالث: الصراع

الصراع ظاهرة عامة تتفق عليها جميع المدارس، يُمكن تعريف هذه الظاهرة بأنها الميول المتناقضة التي تتصادم ببعضها أو تلتقي مع بعضها (دوافع وحاجات ورغبات)، حيث يرى فرويد في الصراع أنه العامل المسبب لنشوء العُصَابَات؛ ففي حالة التعامل النّاجح مع مثل هذه الصراعات يتعلم الأنا الوساطة بين المطالب الداخلية والخارجية، فإذا لم ينجح في ذلك يحصل صراع لاشعوري عُصَابِي. أما النظرية المعرفية (الاستعرافية) فتري أن الصراعات المعطوبة هي التي تعيق نمو الشخص. والصراعات السيكوديناميكية هي صراعات داخلية ولاشعورية، وتختلف عن الإرهاقات أو الضغوط الخارجية أو تلك الضغوطات الخارجية المشحونة بالصراع، إنها صدمات أو تضاربات لاشعورية و نفسية داخلية لمجموعات من الدوافع المتضاربة، كالرغبات الأساسية بالعناية أو الاهتمام. وتُصَف الصراعات المُستمرّة زمنيًا بحالة، تتجاوز الصراع السيكوديناميكي، من التثبيت على حالة أو قرار غير قابل للحل وتُصَف الصراعات السيكوديناميكية المُستمرّة زمنيًا بنمط ثابت أو راسخ من الخبرة للإنسان يقود باستمرار في المواقف المطابقة إلى نمط من الاستجابات المتشابهة من دون أن يكون الإنسان مدركاً لذلك. ويرى ليشتنبرغ أن الصراعات المُستمرّة زمنيًا تظهر في الخبرة والسلوك والأعراض، حيث ميز بين خمس منظومات من الصراعات، تبنى عليها أنماط السلوك ويُمكن ملاحظة بعضها منذ الولادة وهي:

الحاجات الفيزيولوجية و الحاجة للارتباط والحاجة لتوكيد الذات والحاجة للانسحاب والحاجة للتمتع الحسي فإذا قامت تباعدات كبيرة بين الحاجات الدافعية والإشباعات تتشكل عندئذ أنماط وبنى صراعية، ويقود النمو غير السوي أو الملائم إلى التثبيت.

وقد تم حتى الآن تحقيق مطالب بروفيالات كارلونيسكا الديناميكية، فهي تقيس نوعية العلاقات البين شخصية والمظاهر النوعية للشخصية وإدراك الجسد والجنسية والأهمية الاجتماعية (المعنى الاجتماعي) والصراعات الموصوفة فيها هي:

▪ الحميمية (الألفة) والتبادل Intimacy and reciprocity

- التعلقية والاستقلالية Dependency and separation
- ضَبْط السِمَات الشَّخْصِيَّة Controlling personality traits
- السِمَات التكتمية^{٥٠} Alexithymic traits
- مفهوم مَظْهَر الجسم Conceptions of body appearance
- الرضا الجِنْسِي Sexual satisfaction
- و في التَّشْخِص السيكوديناميكي الإِجْرَائِي يَتِم تَوْضِيح عواقب الصِّرَاعَات التالفة على أنها "صِرَاعَات مُسْتَمِرَّة زَمَنِيًّا":
- التَّعَلُّق مُقَابِل الاستقلالية
- الخُضُوع مُقَابِل الضَبْط
- الرعاية مُقَابِل الاستقلالية (الاعتماد على الذات)
- صِرَاعَات قِيَمَة الذات (نرجسي، الذات مُقَابِل المَوْضُوع)
- صِرَاعَات الأنا الأعلى و صِرَاعَات الذنب (أناي مُقَابِل مناصر للمُجْتَمَع)
- صِرَاعَات الهوية
- غِيَاب إدراك الصِرَاع والمَشَاعِر (الهوية مُقَابِل عَدَم الانسجام أو التنافر (dissonance)

^{٥٠} . التكتم Alexithymia (عمى المشاعر): مفهوم من السيکوسوماتیک. تمت صياغته في عام ١٩٧٣ من الطبيب النفسي جون كيز نيمياه John Case Nemiah (١٩١٨-٢٠٠٩) وبيتر إيمانويل سيفنيوس Peter Emanuel Sifneos (١٩٢٠-٢٠٠٨) ويشير إلى عدم قدرة مرضاهم الذين لديهم شكاوى نفسية جسدية على إدراك مشاعرهم ووصفها بكلمات. وفي المقابلة يبدو المرضى بلا خيال وعمليين وعدو شكاوهم ذات أساس جسدي ويتهربون من الأسئلة الروحية. ومنذ تسعينيات القرن العشرين تمت محاولة التحديد الإِجْرَائِي لهذا التقييم غير الحاد من خلال استبيانات ودرجات حديثة . التكتم هي كلمة منحوتة من الكلمة الإغريقية α- (a-) وتعني النفي و η λέξις (he léxis) الكلمة/ الحديث و ó θυμός (ho thymós) المزاج أو الحالة الانفعالية. وتعني بالحرف "عدم وجود كلمات للمشاعر"

١,٨,٣,١ دليل المحور الثالث

التعلُّق مُقَابِلِ الاستقلالية (الأسلوب الفاعل مُقَابِلِ السلبى؛ ويتألف من ستة مِحَكَّات: الأُسْرَة والشريك والبقاء طفلاً، سُلُوكِ العَمَلِ والإنجاز، المحيط الإِجْتِمَاعِيّ، الأمراض)

١,٨,٤ المحور الرابع: البنية

يقصد بالبنية النَّفْسِيَّة الاستعداد النَّمَطِيّ أو المميز عِنْدَ الشَّخْصِ للخبرة والسُّلُوكِ، إنها التركيب أو التجميع المرتب وَصْفِيًّا لأجزاء بالنسبة للحدود، وهي تعد جزءاً من التركيبية العليا في شبكة من المتغيّرات. وبعد التَّعَرُّفِ على البنية النَّفْسِيَّة ضرورياً وهو مُرتَبِطٌ بالتَّوَاصَلِ و التَّفَاعُلِ، وتَشْخِصِ البنية يُمكن إِسْتِخْلَاصُه مِنْ خِلَالِ المُقَابَلَةِ التَّشْخِصِيَّةِ وَمِنْ هُنَا فَهِيَ تُعَدُّ شَرْطاً لتقدير المَظَاهِرِ البِنْيَوِيَّةِ.

وتتضمن المُقَابَلَةُ التَّشْخِصِيَّةُ تَقْنِيَّةً مُحَادَثَةً لا تسأل بالدرجَة الأولى عن الأَعْرَاضِ وإنما عن وَصْفِ المَرِيضِ لِنَفْسِه في العَلاقَةِ بالفَاحِصِ. ويتطلب الأمر من الفَاحِصِ القُدْرَةَ على التبادل بَيْنَ المَلاحَظَةِ والاستبطان.

و البنية النَّفْسِيَّةُ بالمعنى النَّفْسِيّ هي التركيبية الكلاسيكية للاستعدادات النَّفْسِيَّةِ. إنها تشتمل كُلِّ ما يجري في سُلُوكِ خِبْرَةَ الفرد بانتظام وتكرار (بشكَلٍ شعوري أو قريب من الشعور). إنها ليست جامدة أو غير قابلة للتعديل، بل إنها تظهر طوال الحياة عمليات نُمُو (التعبير عن الاتساق)، و الاستعدادات النَّفْسِيَّةُ ليست ملحوظة إنها تتحقق في المواقف الملموسة، الراهنة، حيث يتم من خلالها إِسْتِخْلَاصُ بِنْيَةِ السِّمَاتِ الدائمة. أما في التحليل النَّفْسِيّ فيتم التفريق بَيْنَ عدة وجوه من البنية:

- النُمُودَجِ الطَّبِوعِغرافي للبنية (التَّفَاعُلُ بَيْنَ الأنا والهو والأنا الأعلى)
- بِنْيَةُ الطَّبِيعِ (يتعلق الأمر هنا بمفاهيم تصف في شكَلٍ مُخْتَصِرٍ طَّبِوعِغرافيَّةٍ الاتجاهات الطبائعية أي الضموي، الشرجي، القضيب)

- البنية العُصابية (يتم الحديث هنا عن بنية عُصابية قَهْرِيَّة، أو هيستيرية، أو فُصامانية، وتُمثِّل المفهوم النظري للدافع)
- بنية الأنا، بنية الذات، بنية العلاقة (الأنا هو المنظم المركزي للنفس؛ الذات هي البنية النفسية المنعكسة؛ البنية هي تشكيل الذات في العلاقة بالآخرين و طريقة عملها) (ويتعلق الأمر هنا بعمليات من التمايز والتكامل المُستمر للذات في علاقاتها مع الموضوعات لصورة الذات وقيمة الذات والهوية).
- ومن أجل إجراء تشخيص سيكوديناميكي للبنية فإنه لا يُمكن الاستغناء عن تقدير وجهات النظر البنيوية بالنسبة للعلاج؛ فمَنظومة الوصف تقيس البنية النفسية بوصفها بنية الذات في العلاقة بالآخرين، وتتضمن ستة أبعاد تصف كيناءات ستة وظائف قابلة للملاحظة للبنية الكامنة خلف هذه الوظائف:
- القُدرة على إدراك الذات (التعبير عن الذات واكتساب صورة الذات من خلال ذلك).
- القُدرة على توجيه الذات (القُدرة على تنظيم المرء لنفسه، بحيث تستطيع الذات أن تعاش كواضع لكمؤلِّفاً للسلوك الكفاء)
- القُدرة على الدفاع (استخدام وسائل محددة (آليات دفاع) لإعادة التوازن النفسي).
- القُدرة على إدراك الموضوع (التمكن من التمييز بين الواقع الداخلي والخارجي ونتيجة ذلك يتم إدراك الموضوعات كأشخاص كليين بمقاصد وحقوق وتناقضات ذاتية والتمكن من الاقتراب منهم بتعاطف).
- القُدرة على التواصل (القُدرة على التوجه والاقتراب من الآخرين إنفعالياً)
- القُدرة على الارتباط (بناء التمثيلات الداخلية للآخر المقابل)، ومن البديهي ألا تكون الأبعاد البنيوية مستقلة عن بعضها. إنها تشتمل نمط الأداء المركب من سياقات مُختلفة.

١,٨,٤ الاضطراب البنيوي

يشير الاضطراب البنيوي (اضطراب البنية أو الشخصية) عدم حصول تمايزات بنيوية محددة وخطوات تكامل معينة أي حصول قصور في النمو فلا تعود الذات مستقلة. وعلى الرغم من أن البنية تكون قد نمت في حالة الاستعداد البنيوي (القابلية البنيوية للإصابة)، إلا أنها لم تتشكل بشكلٍ مُستقر كفاية، بحيث تنبعث هوامات نُكُوصية في مواقف الإرهاقات أو الضغوط الداخلية والخارجية. ومن أجل تحديد مقدار ونوعية الخلل البنيوي يتم التمييز بين أربعة مستويات من اندماج البنية: (عدم وجود الخلل يعني أن الفرد يستطيع امتلاك هذا المحيط النفسي الداخلي وتنظيمه بواسطة العمليات الداخلية Intrapyschic بحيث يُمكن إعادة بناء العلاقات البين شخصية بطريقة باعثة على الرضا والحفاظ عليها).

١,٨,٤,٢ دليل المحور الرابع

- ويتم التقويم على المحور الرابع من خلال تحديد المستوى على النحو التالي:
- **المستوى: تكامل جيد** (الوظائف الداخلية والبين شخصية المنظمة أو التنظيمية متوفرة من حيث المبدأ بالنسبة للمريض، أي أنه تم الحفاظ عليها بغض النظر عن مواقف الضغط أو يتم استعادتها بسرعة، أي يتم توفير مساحة لحسم الصراع الداخلي. أما وجود الصراعات فهو ممكن.
 - **المستوى: تكامل معتدل** (الوظائف التنظيمية مازالت قابلة للاستعادة، ولكنها في الوقت نفسه متردية موقفياً (مخففة)، الصراعات ضمن نفسية متوفرة، الهوية غير أكيدة.
 - **المستوى: تكامل ضعيف** (الوظائف التنظيمية إما أن تكون مقيدة بشدة أو مفقودة بوضوح، وذلك إما بشكل دائم أو دائماً في سياق الإرهاقات، أي أن الصراعات الداخلية واضحة.
 - **المستوى: معطوب** (غير مندمج، ذهاني) (لا يوجد بنية متسقة للذات، هناك خطر حصول عطب (عدم تكامل) في حال الضغط، أي الانهيار النفسي).

١,٨,٥ المحور الخامس: التشخيص النفسي

على هذا المحور يتم تصوير التشخيصات الوصفية وفق الفصل الخامس من الآي سي دي العاشر، أو الآي أس أم الرابع. ويتم هنا استخدام أدلة الآي سي دي العاشر والآي أس أم بوصفها:

- مَا يُسَمَّى بالإرشادات أو الموجهات التشخيصية الإكلينيكية للاستخدام الإكلينيكي.
- مَا يُسَمَّى بمحكات البحث للاستخدام العلمي
- اختصاراً للاستخدام الإداري في إطار لفهرس منهجي للآي سي دي العاشر ككل.
- مَا يُسَمَّى بتصنيف الرعاية الصحية الأولية Primary Health Care Classification للاستخدام في الرعاية الصحية الأولية.

ويتم التصنيف في الآي سي دي العاشر وفق منظومة ألبائية رقمية؛ ففي حين يمثل الحرف F فصل الاضطرابات النفسية يتم من خلال الرقم الأول (Fx) وصف الفقرات المرتبة فيها مجموعة الاضطراب وفق مظاهر نظرية أو وصفية؛ مثال ذلك F3 تعني اضطراب وجداني. أما الهدف هنا فهو تكييف الفصل الخامس من الآي سي دي في الطبعة المتوفرة الآن مع مطالب التشخيص في العلاج النفسي والسيكوسوماتيك، أي تحسين قابلية التواصل وقابلية التشخيصات للمقارنة التي يفترض لها ألا تكون معرضة لخطر التغيير. ويتبع الآي سي دي العاشر قاعدة ترميز الكثير من التشخيصات قدر الإمكان. ويفترض أن يتم ترميز تلك الفئة التي تحتل أكبر أهمية راهنة باعتبارها التشخيص الرئيسي. وقد ظهر أن مبدأ الاختلاطية يمثل مشكلة في مجال اضطرابات الشخصية، الذي تنطبق فيه نتيجة التداخل عدة محكات في الغالب. ويفترض من أجل التشخيص على خلفية التوثيق للتشخيص الأساسي والإضافي عدم ترميز تشخيص ثالث.

١,٨,٥,١ دليل المحور الخامس

أما دليل المحور الخامس فيتضمن:

١. استبيان توثيق التشخيص
٢. المحكّات التشخيصية لإضطراب الشخصية النرجسية.
٣. فئات فرعية لفئة الآي سي دي العاشر F54 التاثيرات النفسية وتأثيرات السلوك في الأمراض المصنفة في مكان آخر، وهنا يتم تحديد الاضطرابات الجسدية وتقسيمها إلى تفرعات أخرى.
٤. الفحص: المقابلة للتشخيص الإجرائي السيكوديناميكي
٥. مظاهر المقابلة السيكوديناميكية
٦. تتضمن المقابلة التشخيصية المظاهر التالية:
٧. جلسة مفتوحة
٨. سبر تاريخ الحالة (التاريخ المرضي) البيوغرافي -السيكو أعماقي، حيث تحتل الأجزاء المبنية والاستفسارية جزءاً كبيراً من السبر.
٩. طريقة السبر الطبي النفسي للحصول على التشخيص الأعراضى للآي سي دي.

١,٨,٦ إرشادات لإجراء المقابلة السيكوديناميكية الإجرائية

١. مرحلة الافتتاح : توضيح هدف الجلسة والإطار الزمني.
 - سبر الأعراض الأساسية وفق الآي سي دي العاشر.
 - سبر خبرة ووقائع الوضع الإجتماعي النفسي الراهن.
 - اختيار العلاقة بين بدء الأعراض والموقف المثير الممكن.
 - الانتباه للعرض المشهدي (طريقة وأسلوب العرض).
٢. المرحلة الثانية: تحليل حدث النقل والنقل المعاكس الراهن.
 - تجنيد أو تسخير خبرات العلاقة البيوغرافية الراهنة.
 - الأسئلة عن أوضاع العلاقات الملموسة بالموضوعات (التي تتم الإشارة إليها).
 - الاهتمام فقط بالتفاعلات المفردة.

- أسئلة نحو التوقعات، الرغبات، المخاوف (فيما يتعلق بالنفس والآخرين).
- ٣. المرحلة الثالثة: خبرة الذات و المجالات ذات الصلة من الحياة.
 - تحتل خبرة الذات مكان الصدارة مع إشراك مجالات الحياة المنفردة.
 - اختيبار فيما إذا كان المريض قادراً على وصف نفسه بالتفصيل (مفهوم واضح عن الذات).
 - أسئلة معمقة حول الأوضاع التاريخ حياتية.
 - التطرق لعدة مجالات من الحياة.
- ٤. المرحلة الرابعة: خبرة الموضوع وإدارة الحياة
 - التركيز على إدراك وخبرة الموضوعات.
 - أسئلة فيما يتعلق بمجالات الحياة ذات الصلة من الحاضر والماضي، أي يتم التركيز على خبرة هنا والآن وهناك وفي ذلك الوقت.
- ٥. المرحلة الخامسة: الدافعية للعلاج وشروط المعالجة والقدرة على الاستبصار
 - صياغة التدخل.
 - تقريب المريض من إشكاليته وفحص استجاباته لذلك.
 - توجيهات للإجراءات الأخرى.

إطار ٣٩: مثال حول التشخيص متعدد المستويات للتشخيص الإجرائي السيكوديناميكي مقتبساً عن شلوس، ٢٠١٠، ص (١١١-١١٢)

مثال حول التشخيص متعدد المستويات للتشخيص الإجرائي السيكوديناميكي مقتبساً عن شلوس، ٢٠١٠، ص (١١١-١١٢)

حضرت السيدة هناء للاستشارة العلاجية النفسية، فهي تعاني منذ سنوات كثيرة بشكل يومي من إسهال و أوجاع بطن. وقد بدأت الأوجاع منذ ازدياد الصعوبات الزوجية حدة: لقد خانها زوجها مع نساء أخريات و كان يشتمها باستمرار: "أنت حقيرة سوف أحطمك". لم ترد إدراك مغامراته النسائية، إلا أنها عانت بشدة من الشئام. وعندما تفاقم الوضع باطراد، إلى درجة أن زوجها قذفها بأشياء، لم تعد قادرة على إنكار الموضوع وقامت بسحب كفالة كبيرة لشركته. ومنذ ذلك الحين أغرقها بسيل من الكره، وانفصل عنها في النهاية. وبدأ وقت من المعاناة الرهيبة بالتنسبة لها. ولم تجد الشجاعة على تقديم طلب انفصال وطلاق إلا في وقت لاحق. الزوج مهندس ناجح جداً يعمل عملاً حراً. وقد قامت بترتيب كل الأمور المالية له. ترك الابن الأكبر السكن منذ سنوات عدة ولا يستطيع تفهم تصرف والده أبداً. تعرفت المريضة على زوجها أثناء فترة دراسته. كان في نفس عمرها، وتقدم لخطبتها ومنذ ذلك الحين نشأت "علاقة رعاية": إنها تهتم به، مولته مادياً

أثناء الدراسة و كانت مستعدة دائما لكل شيء. وتصرّفت دائما بشكل متلائم وضحت بكل شيء في سبيل الأسرة و كانت أقرب للانسحاب عند وجود نزاعات أسرية، في حين ازدادت عدوانية واندفاعية زوجها اطرادا. لم يشارك أبدا في تربية الأولاد و شعر أن ابنه منافس له في الرعاية الحامية، فهو الذي يحتاج للرعاية والاهتمام، وهي كانت المتبرعة في ذلك.

وفي أثناء الجلسة عرضت المريضة العلاقة بين الشكاوى ووضعها الحياتي، إلا أنها حاولت في الوقت نفسه التشكيك مرارا متسائلة فيما إذا كان هذا الدواء أو تلك الحمية قد تفيد أو فيما إذا كان من المفترض لها أن تجري فحوصات طبية أخرى. لقد بدت غير واثقة، ومشحونة بالذنب، وصولا إلى اتهام الذات (أليس الذنب ذنب في فشل زواجي؟) و أثارت في المقابلة مشاعر مثل "على الإنسان أن يتعامل معها برعاية، وأن يخفف عنها الذنب". والمريضة تتحكم بوضعها الاجتماعي الراهن، ومن هنا فهو لا يشكل مشكلة.

وظهر من تاريخ الحالة كنمط تكراري repetitive. الطموح المستمر لرعاية الآخرين، من أجل الحفاظ على علاقة وثيقة. ولكن من ناحية أخرى توجد مخاوف من عدم تلبية هذا السعي بالشكل الأمثل، وتميل إلى إلحاق الذنب لذاتها و الفشل. ومن الناحية البنوية أظهرت المريضة بنية جيدة التكامل، وأتاح التشخيص الإكلينيكي حسب الآي سي دي العاشر ICD-10 بوضوح تشخيص اضطراب وظيفي مستقل من الشكل الجسدي للجهاز المعدي معوي (45.32) Gastrointestinal Tract F. ويمكن تصنيف طريقة العلاقة relationship modus على النحو التالي: تشهد المريضة مرارا أنها تساعد الآخرين بشكل خاص، ترعاهم و تحميهم، وتسحب أو تقلل من قيمة نفسها، الآخرون (الأخرفي هذه الحالة هو زوجها) يشعرون أن المريضة تطرح مطالب وحاجات.

فإذا ما تتبعنا جذور نمط العلاقة هذا و الصراعات في البيوغرافيا، فسوف تتضح الصورة: ولدت المريضة وترعرعت في قرية صغيرة. عاد الأب مكسورا ومريضا من الحرب. وكانت الأم سيدة قوية محبة للحياة. أرادت طوال حياتها أن تحقق شيئا، وكان عليها أن تعمل باستمرار، كي ترعى أسرتها. كانت المريضة في طفولتها أغلب الوقت مع جدتها. وتعتقد أن أمها التي كانت تدير محلا صغيرا لم تكن تملك الوقت لها و أنها لم تكن ترغب برعاية ابنتها أصلا. كانت الجدة مكتئبة بشدة، وتبكي كثيرا. ولكنها كطفل لم تعرف أبدا ما "الأمر". كان الجد من ناحية الأم شرطيا، رجلا محترما ومعتبرا في القرية. وتم اعتقاله من الأمريكيتين بعد الحرب، وكان على الأسرة أن تخلي البيت التابع للشرطة. عانت الجدة من هذا المرض بشدة. وكان على المريضة أن تنام مع جدتها في غرفتها لمدة سنة "لتدبير بالها" عليها. كانت الجدة تبكي كل ليلة تقريبا و حاولت الانتحار مرارا. وتم حث المريضة ثانية من الجميع على الانتباه أكثر على جدتها. وفي يوم من الأيام علقت الجدة نفسها في خشب السقف، وكل من في القرية و اسي الأم، ولكن ولا أي واحد منهم أحس كم عانت المريضة من مشاعر الذنب بأنها فشلت. وتجدد هذا الذنب باستمرار عبر سنوات طويلة في إطار الحياة الزوجية: تساءلت المريضة فيما إذا كانت قد تسببت بفشل زواجها بسبب "قلة عطائها"، وما الذي كان عليها أن تفعله بشكل مختلف لتتقذ زواجها.

الصراعات المحددة للحياة ظهرت في: مشاعر ذنب الأنا العليا، واتجاه غيري altruistic عاشت فيه السيدة هناء نفسها بأنها متبرعة بالرعاية و حاملة المسؤولية تجاه الأسرة. وكان شعار الحياة عندها: أنا أفعل كل شيء للآخرين كي لا يجد أي واحد شيئاً ما يتهمني به. ولم تستطع تحمل الانفصال الذي قام به زوجها ، "لأنني أريد أن أشعر أن الآخرين بحاجة لي".

تتجذر إشكالية الذنب في تاريخ الأسرة المأساوي، كما تم تحميلها فيه فوق طاقتها كفتاة نامية وعاشت فيه انتحار الجدة بأنه فشلها الخاص. وكل خرق، كل مخالفة ضد الميول الاجتماعية أثارت لديها مشاعر الذنب. كما أنها عاشت فشل العلاقة في تأملاتها دائماً على أنه فشلها الذاتي وتكاد لا ترى الجراح الشديدة التي سببتها لها الأسرة، في إطار العلاج القصير الأمد تم تحديد كل من هذين المجالين من الصراع ونمط العلاقة البين شخصية كبؤرة علاجية. و تم تحقيق تحفيز لإعادة التوجه ومعالجة النمط المشحون بالصراع على خلفية علاقة علاجية نفسية ثابتة.

الجدول ٢٩: التشخيص السيكوديناميكي الإجمالي ٢- قائمة المسح OPD-2

غير قابل للتقييم	عال جداً		متوسط		لا/بالكاد	المحور I (الموديول الأساسي) خبرة المرض و شروط المعالجة
	④	③	②	①		
⑨					⑩	التقييم الكمي للمرض/ للمشكلة
						١. الشدة الراهنة للاضطراب/ للمريض
						١,١ شدة الأعراض
⑨						٢,١ التقييم العام للوظائف GAF ^١ القيمة القصوى للأيام السبعة الأخيرة
⑨						٣,١ مجموع EQ5 ^٢ قيم البنود

١١ Global Assessment of Functioning

٢٢ EQ-5D Questionnaire استبيان لقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة متوفر في أكثر م سبعين لغة ومن أكثر الأدوات استخداماً ويتوفر منه نسخ لكبار السن غير القادرين على تعبئة الاستبيان بأنفسهم تسمى نسخة الوكيل Proxy-version ونسخة للأطفال Cild friendly version وفيه خمسة أبعاد لوصف الحالة الصحية: الحركة والتنقل والقدرة على رعاية الذات والأنشطة اليومية (كالمعمل والدراسة والتدبير المنزلي والأسرة ووقت الفراغ) والأوجاع والشكاوى الجسدية والقلق والهبوط. وقد تم تطويره من مجموعة Euro-Qol Group وهي مجموعة عالمية مكونة من أطباء ومختصين نفسيين وفلاسفة واقتصاديين ومختصين اجتماعيين وداعمين مركزها روتردام.

٢. مدة الاضطراب/المشكلة						
⑨	١٠< سنة	-٥ ١٠ سنة	٥-٢ سنة	٢٤-٦ شهر	٦> شهر	١,٢ مدة الاضطراب
⑨	بالسنوات-----					٢,٢ السن عند الظهور الأول للاضطراب
خبرة المرض و عَرَضُ المرض و مفهوم المرض عند المريض						
٣. خبرة المرض وعرضه من المريض						
⑨	④	③	②	①	①	١,٣ عرض الشكاوى الجسمية و المشكلات
⑨	④	③	②	①	①	٢,٣ عرض المشكلات الاجتماعية
٤. مفهوم المرض عند المريض						
⑨	④	③	②	①	①	١,٤ مفهوم للمرض قائم على العوامل الجسدية
⑨	④	③	②	①	①	٢,٤ مفهوم للمرض قائم على العوامل النفسية
⑨	④	③	②	①	①	٣,٤ مفهوم للمرض قائم على العوامل الاجتماعية
٥. مفاهيم التعديل عند المريض						
⑨	④	③	②	①	①	١,٥ شكل العلاج المرغوب- علاج جسدي
⑨	④	③	②	①	①	٢,٥ شكل العلاج المرغوب- علاج نفسي
⑨	④	③	②	①	①	٣,٥ شكل العلاج المرغوب- المجال الاجتماعي
موارد التعديل/معوقات التعديل						
⑨	④	③	②	①	①	٦. موارد التعديل
⑨	④	③	②	①	①	١,٦ الموارد الشخصية
⑨	④	③	②	①	①	٢,٦ دعم (نقسي) اجتماعي
٧. معوقات التعديل						
⑨	④	③	②	①	①	١,٧ معوقات خارجية للتعديل
⑨	④	③	②	①	①	٢,٧ معوقات داخلية للتعديل
غير	عال		متوسط		لا/بالكاد	المحور I (الموديول)

الفصل الثامن

١١) التشخيص والتصنيف في علم النفس الإكلينيكي

النفسية)					
قابل للتقييم	جداً				
⑨	④	③	②	①	①
خبرة المرض و عرض المرض و مفهوم المرض عند المريض					
5. مفاهيم التعديل عند المريض					
⑨	④	③	②	①	①
⑨	④	③	②	①	①
⑨	④	③	②	①	①
⑨	④	③	②	①	①
موارد التعديل/معوقات التعديل					
6. موارد التعديل					
⑨	④	③	②	①	①
7. معوقات التعديل					
⑨	④	③	②	①	①

المحور II العلاقة			
المنظور A: خبرة المريض			
يعيش المريض ذاته			
النصّ Text	البند رقم	النصّ Text	البند رقم
	١- - - - -		١- - - - -
	٢- - - - -		٢- - - - -
	٣- - - - -		٣- - - - -
المنظور B: خبرة الآخرين (بما فيهم الفاحص)			
يعيش الآخرون أنفسهم		يعيش الآخرون المريض	
النصّ Text	البند رقم	النصّ Text	البند رقم
	١- - - - -		١- - - - -
	٢- - - - -		٢- - - - -
	٣- - - - -		٣- - - - -

صياغة ديناميكية للعلاقة	
	صف من فضلك،
	...كيف يعيش المريض
	الآخرين في الغالب

	كيف يستجيب في خبرته إلى ذلك
	...أي نوع من عرض العلاقة يقدمه للآخرين (لا شعورياً) بهذه الاستجابة
	...أية إجابة تظهر من الآخرين (لاشعورياً)
	...كيف يعيش المريض عندما يستجيب الآخرين بالإجابة المرجحة (المأمولة)

المحور III الصراع

أسئلة لتوضيح شروط تقييم الصراع

لا = 0	نعم = 1	أ) لا يمكن تخمين الصراعات، لا يوجد ضمان تشخيصي
لا = 0	نعم = 1	ب) بسبب الاندماج البنيوي الملائم فإن الأمر لا يتعلق في مواضيع الصراع الملحوظة بنمط مميز بل الأرجح بتصوير صراعية
لا = 0	نعم = 1	ج) بسبب الإدراك المكبوت للصراع و المشاعر لا يمكن تقييم محور الصراع
لا = 0	نعم = 1	د) إرهاق صراعي (صراع راهن) من دون نمط صراع تكراري معطوب (مختل وظيفياً)

غير قابل للتقييم	مهم جداً	مهم	قليل الأهمية	غير موجود	الصراعات المعطوبة (المختلة وظيفية) المتكررة)
0	3	2	1	0	1 فرداني مقابل تعلق
0	3	2	1	0	2 الخضوع مقابل التحكم
0	3	2	1	0	3 الاهتمام مقابل الاستبداد
0	3	2	1	0	4 صراع قيمة الذات
0	3	2	1	0	5 صراع ذنب
0	3	2	1	0	6 صراع أوديسي
0	3	2	1	0	7 صراع هوية

الصراع الثاني المهم _____				الصراع الرئيسي
غير قابل للتقييم	سلبي في الغالب	مختلط أقرب للسلبي	مختلط أقرب للسلبي	ناشط في الغالب
0	4	3	2	1

١١) التشخيص والتصنيف في علم النفس الإكلينيكي

المحور IV البنية							الفصل الثامن		
غير قابل للتقييم	غير مندمج	٣,٥	٢,٥	معدل	١,٥	١			
⑨	④		③		②		①	إدراك الذات	1a
⑨	④		③		②		①	إدراك الموضوع	1b
⑨	④		③		②		①	تنظيم الذات	2a
⑨	④		③		②		①	تنظيم التعلق بالموضوع	2b
⑨	④		③		②		①	التواصل نحو الداخل	3a
⑨	④		③		②		①	التواصل نحو الخارج	3ab
⑨	④		③		②		①	ارتباط بمواضيع داخلية	4a
⑨	④		③		②		①	ارتباط بمواضيع خارجية	4b
⑨	④		③		②		①	البنية ككل	5
المحور V: الاضطرابات النفسية والنفسية الجسدية									
DSM-IV-TR (اختياري)		ICD-10 (محكّات البحث)		Va: الاضطرابات النفسية:					
-----		F-----		التشخيص الرئيسي:					
-----		F-----		تشخيص آخر ١					
-----		F-----		تشخيص آخر ٢					
-----		F-----		تشخيص آخر ٣					
DSM-IV-TR (اختياري)		(F60xx or F61x) ICD-10		Vb اضطرابات الشخصية					
-----		F-----		التشخيص الرئيسي					
-----		F-----		تشخيص آخر ١					
= المحور Va		①		في التشخيص على المحور Va و Vb: ما هو الاضطراب الأساسي إكلينيكياً؟					
= المحور Vb		②							

اضطراب نفسيّ =	①	في التشخيص وفق DSM ما هو الاضطراب النفسي واضطراب الشخصية الذي يحتل مركز الصدارة إكلينيكياً:
اضطراب شخصية =	②	

المحور Vc: الأمراض الجسمية	
ICD-10 (ليس من الفصل الخامس F!)	Va: الاضطرابات النفسية:
F-----	التشخيص الرئيسي:
F-----	تشخيص آخر ١
F-----	تشخيص آخر ٢
F-----	تشخيص آخر ٣

المريض:	الرمز:	السن:	الجنس:	تاريخ الفحص
			① أنثى ② ذكر	
المشخص:	الرمز:	السن:	الجنس:	المركز
			① أنثى ② ذكر	

١,٩ المقابلات التشخيصية الإكلينيكية

يعتمد التشخيص الإكلينيكي على المقابلة كأداة أساسية من أدوات التشخيص النفسي الإكلينيكي. وقد تم تطوير عدد من المقابلات المبنية والمعيرة وفق محكات الآي سي دي العاشر أو الـ ١١ أس أم الثالث المعدل والرابع لتشتمل مجالات واسعة من الفئات التصنيفية. ويقصد بالمبنية أنها معدة على أساس المحكات (مرجعة إلى محك)، والمحكات هي المحكات التشخيصية للآي سي دي والـ ١١ أس أم كما أشرنا في الفصل الرابع.

ويمكن تصنيف أنواع المقابلات في الميدان الإكلينيكي على النحو التالي:

- المقابلة الإكلينيكية الحرة Free Clinical Interview
- المقابلة نصف المبنية Half structured Interview
- المقابلة المبنية Structured Interview
- المقابلة المعيرة Standardized Interview
- المقابلة المبنية والمعيرة معاً.

وسوف نتطرق هنا إلى أمثلة مُختصرة حول بعض أنواع وأشكال المقابلات

الإكلينيكية:

المقابلات نصف المبنية، ومن الأمثلة عليها: المقابلات التي تُهدف للاستقصاء أو

سبر السيرة المرضية Anamnesis.

إطار ٤: المقابلة المعيرة والمقابلة المبنية

تذكير

تختلف المقابلة المبنية عن المقابلة المعيرة، فالمقابلة المعيرة هي المقابلة التي تتوفر فيها شروط الثبات والصدق والموضوعية، وبهذا فهي تختلف عن المقابلة المبنية في جانب الأهداف التي قد تبنى من أجلها المقابلة المعيرة (أهداف إكلينيكية، تزويجية، اجتماعية، مهنية، أهداف بحثية... الخ) ومن حيث الصدق كون المقابلة المبنية مبنية على أساس المحكّات التشخيصية ومن ثم فإن الصدق فيها هو صدق المحكّ ومن حيث إمكانية الاستخدام الإكلينيكي أم البحتي.

١,٩,١ المقابلة المبنية: إما وفق الـ دي أس أم أو الـ سي دي أم كليهما

معاً ICD-10 & DSM

١,٩,١,١ أولاً: المقابلات المبنية^{٥٣}:

المقابلة الإكلينيكية المبنية للـ دي أس أم الرابع Structured Clinical Interview

Diagnostic-I لفيتشن وتساودغ وفيدريش (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) ويُرمز لها اختصاراً SCID. وتتيح هذه الأداة من المقابلة طرح التشخيص بالنسبة للمحور الأول (الاضطراب) وفق الـ دي أس أم الرابع (APA-1994). وهي مقابلة عيادية شائعة عالمياً (في دراسات العلاج) من شروط استخدامها توفر الخبرة العيادية ومعرفه بـ DSM-IV، وهي مقابلة مبنية ولكنها ليست معيرة وتعد أقل صدقاً من المقابلة التشخيصية العالمية المركبة (انظر جدول ٤٣؛ صفحة ٣٢٠) ولكنها أكثر

^{٥٣} تم الاعتماد في توثيق أدوات التشخيص المختلفة المشار إليها في هذا الكتاب على دليل الاختبارات النفسية والتربوية، الصادر عن مركز المعلومات النفسية والتوثيق، في جامعة ترير الطبعة السابعة عشر، ٢٠١٠. ولم يتم توثيق المقاييس في فهرس المراجع.

مرونة وتحتوي أيضاً على تعيين (وحدة) للاضطرابات الشخصية DSM-IV - المحور الثاني. ومن الشروط الأساسية لاستخدامها توفر الخبرة الإكلينيكية.
إطاراً:٤١: مثال لجزء من مقابلة

صورة من أسئلة الفرز SCREENING QUESTIONS من المقابلة الإكلينيكية المبنية SCID
للدي أس أم الرابع DSM-IV (فيتشن وأخرين، ١٩٩٧). عن (WITTCHEN & HOYER, 2011)

الشكاوى الأساسية الموصوفة شخصياً ووصف المشكلة الراهنة
وما الذي قادك إلى هنا؟ ما هي مشكلاتك الأساسية بكلماتك أنت؟
إذا لم يتم إعطاء بيانات أدق حول المشكلة الراهنة: حدثني أكثر عن ذلك. (ماذا تقصد
ب...؟).

في حال كان غير معروف: هل عولجت هنا في الأشهر الأخيرة بسبب مشكلاتك أو لدى
أي طبيب أو طبيب نفسي أو معالج نفسي آخر؟
إذا كان المراجع الآن في العلاج: تاريخ الدخول المركزي أو الخارجي:

بداية الإشكالية الراهنة أو ازدياد الحالة سوءاً
متى بدأ كل هذا؟ (متى لاحظت بداية بأن شيئاً لم يكن على ما يرام؟)
ومتى شعرت آخر مرة أنك على ما يرام؟ (كما أنت في العادة؟)
هل ظهرت هذه الشكاوى للمرة الأولى أم كان لديك مرة شكاوى شبيهة سابقاً؟ (لماذا
تبحث الآن بالتخديد عن المساعدة؟)

السياق التاريخي حياتي والمثيرات الممكنة للاضطراب الراهن أو للتفاقم (استخدم هذه
المعلومات أيضاً لترميز المحور الرابع)
هل كانت هناك في يوم من الأيام أحداث أو تغيرات خاصة قبل إن يبدأ كل هذا؟
هل تعتقد أن شيئاً ما له علاقة ب... (الاضطراب الراهن)؟

مجرى أو تفاقم الاضطراب الراهن
بعد أن بدأ الاضطراب ما الذي حصل بعدئذ مباشرة وكيف سار الأمر لاحقاً؟ (هل بدأت
تحمل همّ أمور أخرى أيضاً؟ أظهرت مشكلات أخرى؟)
بعد أن بدأ كل هذا متى أحسست بأنك في أسوأ حالاتك؟
إذا كان هنا أكثر من سنة: متى أحسست بأنك في أسوأ حالاتك في السنة الماضية؟

تاريخ المعالجة
من أجل توثيق تاريخ مرض وعلاج ما معتقد، أثبت استخدام ما يُسمى "مخططات الحياة
Life Charts" فاعليته الذي يتم فيها على طول خط حياتي زمني تسجيل الأحداث بيانياً
ضمن بيئة زمنية.

صورة من أسئلة الفرز SCREENING QUESTIONS من المقابلة الإكلينيكية المبنية SCID
 للدي أس أم الرابع DSM-IV (فيتشن وآخرين، ١٩٩٧). عن (WITTCHEN & HOYER, 2011)
 متى لجأت للمساعدة للمرة الأولى بسبب مشكلات نفسية؟ (ما السبب؟ ما هو العلاج
 الذي حصلت عليه؟ ما هي الأدوية التي حصلت عليها؟)
 هل عولجت مرة ما بسبب مشكلات في الأدوية أو الكحول أو العقاقير؟
 هل دخلت مرة ما كمريض إلى عيادة طبية نفسية؟
 إذا كانت الإجابة نعم: لماذا؟ (كم مرة؟)
 إذا كانت الإجابة غير واضحة فاستمر بالسؤال بحذر عن مثال: هل كان هنا شيئاً ما
 آخر؟ في العادة لا يذهب المرء إلى عيادة طبية نفسية إلا لأنه.....(لديه مشكلة؟
 أسأل في مقتضى الحال: هل دخلت مرة ما المستشفى بسبب مشكلة جسمية؟
 إذا كانت الإجابة نعم: لماذا؟
 مشكلات راهنة أخرى (استخدم هذه المعلومات أيضاً لترميز المعلومات على المحور الثالث!)

هل كان لديك في الشهر الأخير أية مشكلات أخرى؟
 إذا كان غير واضح: كيف كان مزاجك عندئذ؟
 كيف كانت صحتك الجسدية؟ (هل عانيت من أية شكاوى جسمية؟).

الجدول ٤٠: أسئلة أساسية من CIDI (Wittchen & Sammler, 1990)

سؤال أساسي لـ	بند SSQ-X.DIA	نعم لا
التدخين (القسم B)	هل دخنت في أي وقت عبر فترة أربعة أسابيع بشكل يومي؟	
الاضطرابات جسدية الشكل (القسم C)	هل عانيت في أي وقت طوال عدة أشهر من شكاوى جسدية، لم يستطع طبيبك إيجاد سببها؟	
توهم المرض (القسم C)	هل قلق في الأشهر الـ١٢ الأخيرة بشدة من احتمال أنك تعاني من مرض جسدي جدي؟	
نوبة هلع/اضطراب هلع (القسم D)	حصل لك مرة نوبة خوف، بعضهم يسمي ذلك نوبة هلع أيضاً أو هجمة خوف، شعرت فيها بمشاعر قوية من الخوف أو الضيق أو عدم الهدوء؟	
قلق معمم (القسم D)	هل كان هناك مرة في حياتك لفترة شهر أو أطول، شعرت فيها مراراً أو غالباً بالقلق أو التوتر أو الهموم المقلقة؟	
زهاب اجتماعي (القسم D)	هل عانيت في يوم من الأيام من مخاوف شديدة غير مبررة في المواقف الاجتماعية مثل أن تتحدث مع	

	الأخريين أو أن تفعل شيئاً في حضور الآخرين أو أن تكون محط أنظار الآخرين؟		
	هل عانيت في يوم من الأيام من مخاوف شديدة غير مبررة من استخدام وسائل النقل العامة أو الذهاب للتسوق أو الوقوف في الدور أو الذهاب إلى الأماكن العامة؟	٧	زهاب الأماكن العامة (القسم D)
	هل تعرضت في يوم من الأيام لحدث غير صادم بشكل غير مألوف أو من موقف مرعب أو مهدد بصورة غير مألوفة؟	٨	اضطرابات ما بعد الصدمة (القسم N)
	هل كانت هناك فترة زمنية شعرت فيها بخوف قوي غير مبرر من مواقف أخرى (أماكن مغلقة) أو أشياء (الارتفاعات، البرق والرعد، حيوانات)؟	٩	الزهابات النوعية (القسم D)
	هل عانيت في يوم من الأيام لأكثر من أسبوعين وبشكل يومي تقريباً من مشاعر الحزن أو الانقباض؟	١٠	أطوار اكتئابية/عسر المزاج (القسم E)

الجدول ٤١ : المقابلة الإكلينيكية العالمية المركبة

مثال حول بروتوكول تقييم

رقم الملف: M080686

الجنس: أنثى

السن: ١٩

تاريخ المقابلة: ٢٠١١/٩/١٥

نصوص إنشائية FREE TEXTS

ما هي مشكلتك الأساسية بكلماتك أنت؟

كنت بسبب الاكتئاب في المستشفى، لم أكن أفعل شيئاً غير البكاء، ولم أستطع العمل، وفي العيادة النهارية تم استنتاج وجود اضطراب أكل، لهذا تم تحويلي إلى هنا، مقياس كتلة الجسد منخفض جداً، كل أعراض فقدان الشهية العصبي موجودة. مقياس كتلة الجسد ١٦,٥

متى بدأ هذا كله؟

في سن ١٦ اضطرابات طعام، وفي نهاية ٢٠٠٨ عندما كنت في البيت وكان لدي الكثير من الوقت للتفكير.

لماذا لجأت الآن بالتحديد للمساعدة

استنتاج وجود اضطراب أكل في العيادة الخارجية، نصحتها المعالجة النفسية في السابق بمراجعة العيادة.

العلاج في شباط ٢٠١١ لأنها لم تعد تريد الذهاب للعمل، شعورها بأنها لا قيمة لها (مجرد فرط عمل)، لم تعد ترى أي معنى.

علاج بالانشغال ERGO-THERAPY وأدوية + عيادة نهائية

تشخيص CIDI-DSM-IV مع أرقام الترميز في ICD-10

اضطرابات وجدانية:

F32.2 اكتئاب أساسي (MD)، أطوار منفردة، شديدة من دون سمات ذهانية

البداية ضمن الأشهر ٧ حتى ١٢ الأخيرة

مؤخرا خلال الأسبوعين الأخيرين

ترميز إضافي مزمن: لا، ترميز إضافي المجري: مزمن، مع سمات ميلا نخولية (سوداوية): لا،

مع بداية بعد الولادة: لا.

محكات محققة لطور اكتئاب أساسي:

المحك A: محقق (تعكر اكتئابي)، انخفاض في الاهتمام، اضطراب في سلوك النوم،

فقدان الطاقة، تقييدات استعرافية، انتحار

C. تضررات دالتا إكلينيكيًا: محقق

تضررات في الوقت الراهن: إلى حد ما

استجابة حزن: لا

مدة الأطوار الراهنة: ٨ أسابيع

F34.1 اضطراب عسر المزاج امستبعد من خلال الاكتئاب الأساسي (F32.X)

البداية قبل أكثر من ١٢ شهر في سن ١٨ سنة

مؤخرا خلال الأسبوعين الأخيرين.

المحكات المحققة لعسر المزاج:

B1 (نقص الشهية): E7, B3 (نقص الطاقة): E39

C. الفترة الزمنية: لا يوجد فترات خالية من الأعراض

اضطرابات القلق:

F40.1 زهاب اجتماعي (دون العتبة ومستبعد من F50.X)

البداية قبل أكثر من ١٢ شهر

مؤخرا خلال الأسبوعين الأخيرين

F40.21 زهابات نوعية، من الحيوانات

البداية قبل أكثر من ١٢ شهر

مؤخرا خلال الأسبوعين الأخيرين

F34.1 اضطراب ما بعد الصدمة (لا يوجد تشخيص)

البداية قبل أكثر من ١٢ شهر في سن ١٦ سنة

مؤخرا خلال الأسبوعين الأخيرين

المحكات:

مواجهة بحدث صادم (رعب/هلع شديدة): نعم
 معايشة متكررة مستمرة: نعم
 تجنب المثيرات/تسطح الاستجابة: نعم
 ارتفاع في الاحتراس: لا، لأنه لا يوجد أي من العرضين المطلوبين
 صورة الاضطراب أطول من شهر: نعم
 معاناة إكلينيكية: نعم
 اضطرابات الأكل
 F50.0 فقدان الشهية العصبي
 البداية قبل أكثر من ١٢ شهر
 مؤخراً خلال الأسبوعين الأخيرين
 الطول: ١٧٩ سم، الوزن: ٥٦,٩ كغ.

١,٩,١,٢ المقابلة التشخيصية للاضطرابات النفسية Diagnostically Interview for Psychological Disorders

و يُرمز لها اختصاراً (DIPD) لماراغراف وشنايدر وإيلرز (١٩٩٤). وقد بنيت هذه المقابلة المبنية على أساس الذي أس أم الثالث المعدل ولا يتوفر لها حتى الآن تعديل وفق الذي أس أم الرابع، إلا أنها تناسب الطلاب والمتدربين لتضمينها الأوصاف التفصيلية للعمل التشخيصي ومحكات التشخيص وبعض حالات التدریب مما يسهل استخدامها. وتبلغ مدة تطبيقها ساعة واحدة. وهذه المقابلة معدلة على أساس تقنيات العلاج السلوكي و مشهورة عالمياً في أبحاث القلق في العلاج السلوكي، أما شروط الاستخدام فتتطلب الخبرة الإكلينيكية ومعارف في DSM.

وفي عام ١٩٩٤ طور ماراغراف المقابلة المختصرة في الاضطرابات النفسية (MINI-DIPD-Maragraf, 1994) للقياس السريع للاضطرابات النفسية وفق الذي أس أم الرابع والآي سي دي العاشر للاستخدام مع اليافعين بدءاً من ١٦ سنة ولدى الراشدين . وقد تم تقسيمها إلى جزء عام (لمحة سريعة) وجزء خاص لقياس ١٧ اضطراباً نفسياً ككل و إلى غريبل (انتقاء) للاضطرابات الذهانية وإلى سيرة مرضية مختصرة (ماراغراف وآخرون، ٢٠٠٩).

وهناك نسخة مبنية وفق الذي أس أم الرابع أو الآي سي دي العاشر أيضاً من المقابلة التشخيصية للاضطرابات النفسية للأطفال Infants-DIPD لأونييفر وشنايدر

ومارغراف (١٩٩٥)، من عُمر السادسة حتّى الثامنة عَشْرَ ووالديهم وتتضمن نُسخة للأطفال/اليافعين ونسخة للوالدين، ويَتِمُّ مِنْ خِلالِهَا وتقدير الإرهاقات والتَضْرُّرَاتِ الناجمة عن الاضطراب في مجالات حياتية مُخْتَلِفَة. (هايدنرايش وآخرون ٢٠١٣).

١,٩,١,٣ المقابلة التشخيصية الإكلينيكية المبنية الثانية Structured Clinical Interview Diagnostic-II

ويُرْمَزُ لَهَا اختصاراً SCID-II ليفيدريش ورينبيرغ وشميتس وفيتشن (١٩٩٧)، وهي أداة مَبْنِيَة مَبْرَهَنَة الصلاحية تستخدم لتَشْخِصِ اضطرابات الشخصية، أي المحور الثاني من الـ دي أس أم الرابع. ويَتِمُّ استخدامُ المُقابَلَة على مراحل متدرّجة:

١,٩,١,٤ قوائم التقييم الإكلينيكي في الطب النفسي العصبي Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry

ويُرْمَزُ لَهَا SCAN لغلوك -بايلر و ماورير وهيضنر (١٩٩٥): وهي أداة لقياس الأمراض (الباثولوجيا) الأساسية لأهم الاضطرابات في سن الرشد. وتتألف SCAN من مُقابَلَة مَبْنِيَة (PSE-10) ومسرد أدرج فيه تَعْرِيفٌ للظواهر النفسانية المرضية التي ينبغي السؤَال عنها. وتعد الأداة أداة تَدْرِيْبٍ ومن ثم فهي مُلَاِمْة لِمَنْظُومَاتِ التَصْنِيفِ المُسْتَحْدَمَة عالمياً الـ دي أس أم الثالث المعدل والـ دي أس أم الرابع والآي سي دي العاشر.

١,٩,١,٥ المقابلة المبنية لتشخيص الخرف من نمط الزهايمر، والخرف الناجم عن الاحتشاء المتعدد (أو الوعائي) والخرف من منشأ آخر٥٤

ويُرْمَزُ لَهَا اختصاراً SIDAM (Zaudig & Hiller, 1995). وهي مُقابَلَة سهلة وعَمَلِيَة للغريبة أو الفرض مخصصة للكبار بَيْنَ سن ٦٠ و ٩٠ ومَبْنِيَة عَلَى أساسِ الـ دي أس أم الثالث المعدل والـ دي أس أم الرابع والآي سي دي العاشر وتَمَكِّنُ مِنَ التَقْدِيرِ

Structured Interview for the Diagnose of Dementia from Alzheimer Type, multi infarct- (or vascular) Dementia and Dementia another Etiology on the basis of DSM-III-T, DSM-IV and ICD-10

Structured Interview for Diagnose of Dementia from Alzheimer Type, Multi infarct- (or vascular) Dementia and Dementia eanother Etiology

النَّفْسِيَّ العَصَبِيَّ القاعدي لحالة الوظائف الاستعرافية وتساعد على تشخيص أعراض الخرف المختلطة و"التضرُّرات الاستعرافية الخفيفة".

الجدول ٤٢ : عرض تمثيلي لصفحة مختصرة من المقابلة التشخيصية للإضطرابات النفسية DIPD

الأسئلة التشخيصية التي يجب طرحها بصورة حرفية قدر الإمكان مطبوعة بخط طباعة عريض ومائل، أما باقي النص فهو مكون من توضيحات وتعليمات للفاحص. الرهابات النوعية البسيطة

- ١ - أخاف أو تشعر بالحاجة إلى تجنب أمور مثل (.....)
 قدر بالنسبة لكل موقف شدة الخوف والتجنب بمساعدة المقياس التالي:
 سجل في كل مرة مقدار الخوف والتجنب في الفراغ المقابل:

4	3	2	1	0
تجنب دائم/قلق شديد	تجنب عال/قلق	تجنب في بعض الأحيان/قلق معتدل	تجنب نادر/خوف طفيف	ولا مرة تجنب/عدم وجود خوف
تعليقات	التجنب	الخوف		
				الارتفاعات
				الطيران/الطائرات
				حيوانات معينة
				أماكن ضيقة مغلقة
				الدم أو الإصابات لديك
				أشياء أخرى

ملاحظة: إذا كان المفضووس يخشى من مواقف معينة في سياق رهاب الأماكن العامة لا يتم إعطاء تشخيص إضافي لرهاب نوعي (مثل رهاب الأماكن المختلفة).

في حال عدم وجود دليل على الخوف أو التجنب توسع إلى مُتلازمة الخوف المعممة

افحص بالنسبة لكل رهاب ذي أهمية (أي الذي يكون ذا درجة معتدلة على الأقل)

٢ - بماذا تفكر قبل وقت قصير من مواجهتك/ أثناء وجودك في هذا الموقف؟ ماذا تعتقد أنه يمكن أن يحصل؟

.....

٣ - هل تفكر بأن هذه الهموم زائدة جداً عن الحد أو أنها غير واقعية؟

نعم:..... لا:.....

٤ - متى عشت هذا الخوف للمرة الأولى؟

إذا أجاب المريض "طوال حياتي" حاول تحديد الزمن التقريبي للبدء، مثل في سن الطفولة، في المراهقة... الخ.

٥ - استبعاد الأسباب العضوية: هل تناولت قبل البدء بصورة مباشرة أية عقاقير أو أدوية؟

هل كنت مريضاً أو شربت (الكحول) أكثر من المعتاد؟

نعم:..... لا:.....

الوصف.....

٦ - هل بدأ الخوف بعد:

أ - في الموقف بعد أن أربك شيء ما أو بعد أن شهدت أمراً ما؟

نعم:..... لا:..... الوصف.....

ب - قبل هذا الموقف تم تحذيرك أو إخبارك بأشياء غير مرغوبة حول ذلك؟

نعم:..... لا:.....

الوصف.....

ج - شاهدت شخصاً خاف في الموقف أو شهد شيئاً ما؟

نعم:..... لا:.....

الوصف.....

د - شهدت بشكل مفاجئ نوبة من الخوف الشديد أو الشعور بخطر مهدد بدون أن يكون في

الموقف سبب واضح؟

نعم:..... لا:.....

الوصف.....

هـ - إذا قدم أو ذكر المريض أكثر من سبب:

ما الذي يحدث أولاً (١ أم ٢ أم ٣ أم ٤)؟

و - لا يوجد حدث سابق واضح.

٧ - هل كان هذا هو خبرتك الأولى مع هذا الموقف؟

نعم:..... لا:.....

إذا كانت إجابتك لا: هل كان ممكناً بالنسبة لك قبل هذه الخبرة الخاصة الذهاب إلى

موقف دون خوف؟

نعم:..... لا:.....

٨ - هل كان هناك منذ بدء الخوف وقت لم تظهر فيه المخاوف؟

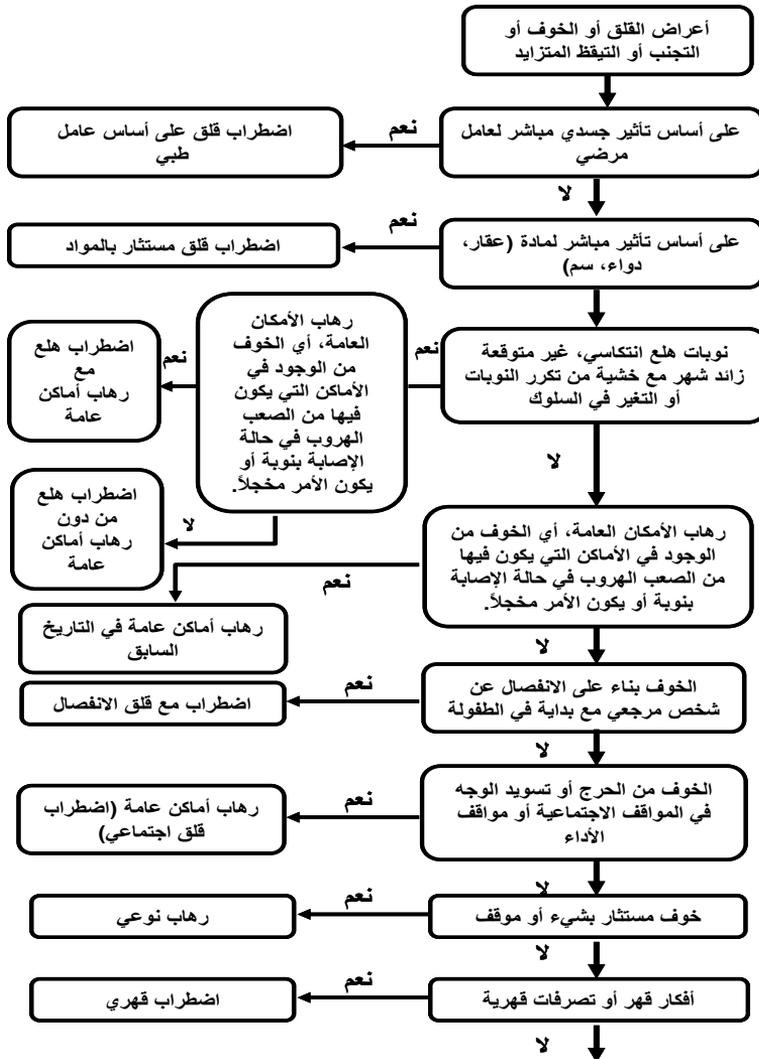
نعم:..... لا:.....

إذا كانت الإجابة نعم؛ متى؟ من إلى.....

٩ - إرهاق (ضغط)، تقييد

إلى أي مدى تتضرر أو تضررت من خلال الخوف في حياتك، في العمل، في السفر، أثناء
النشاطات الأخرى..... الخ؟

4	3	2	1	0
شديد جداً، تضرر شديد	بشدة	معتدل	قليلاً	أبداً



الشكل ٤٧: شجرة قرارات التشخيص التفريقي لاضطرابات القلق في DSM-IV-TR عن (Wittchen, 2011)

١,٩,٢ المقابلات المعيرة ICD-10 & DSM

لا يتوفر عدد واف من المقابلات الإكلينيكية المعيرة نظراً لتكاليفها العالية. ومن المقابلات المعيرة على المستوى العالمي نشير إلى:

١,٩,٢,١ المقابلة التشخيصية العالمية المركبة Composite international Diagnostic interview

ويُرمز لها (CIDI) (Wittchen, Pfister & Garczynski, 1997; Wittchen & Semler, 1991; WHO, 1991) وهي من أكثر الأدوات انتشاراً في العالم وتعد الأداة الرسمية لمنظمة الصحة العالمية وهي معيرة بالكامل و مبرمجة بالكمبيوتر، ويتم التشخيص فيها إما وفق الـ DSM أو وفق الـ ICD. ويمكن استخدامها بشكل موثوق (الثبات والصدق) وتشترط التدريب ولا تشترط الخبرة العيادية، ومن ثم يمكن استخدامها من شخص مدرب غير خبير إكلينيكيًا. وتمكن من اشتقاق حوالي ١٠٠ تشخيص نفسي بما في ذلك التشخيص الدقيق. وتحتاج وسطياً إلى ٧٠ دقيقة للتطبيق. وهي تغطي اضطرابات المراهقين وسن الرشد بالدرجة الأولى لكنها لا تغطي مجال اضطرابات الأطفال واليافعين. ولا تتطرق لاضطرابات الشخصية؛ وينصح هنا باستخدام SCID II. وقد تم تنظيم تسلسل المقابلة بشكل متناسب مع استراتيجية المقابلة، بحيث تم وضع الأقسام غير الحساسة في البداية وتم التقسيم حسب مجموعات الأعراض على النحو التالي:

- القسم A: البيانات الديموغرافية
- القسم B: التعلق بالنيكوتين
- القسم C: الاضطرابات جسدية الشكل والاضطرابات التفكيرية
- القسم D: الرهابات واضطرابات القلق الأخرى
- القسم E: الاضطرابات الاكتئابية

١,١٠ قِيَّاسٌ وَتَقْوِيمُ الظُّرُوفِ الحَيَاتِيَّةِ الضَّاعِطَةِ لِلأَطْفَالِ فِي الأَيِّ سِي دِي العَاشِرِ

تَهْدِفُ الفُقْرَةُ التَّالِيَةُ إِلَى المَسَاعَدَةِ عَلَى تَصْنِيفِ المَوَاقِفِ والأَحْدَاثِ النَّفْسِيَّةِ الضَّاعِطَةِ الشَّاذَّةِ، الَّتِي يُمَكِّنُ أَنْ تَعْرُضَ حَيَاةَ الطِّفْلِ وَالْيَافِعِ لِلخَطَرِ. وَلِلمُسَاعَدَةِ

عَلَى ذَلِكَ تَتَم

الاسْتِعَاةُ بِمَسْرَدِ

المُحَوَّرِ الإِجْتِمَاعِيِّ

النَّفْسِيِّ (الخَامِسُ V)

بِعَنَوَانِ (الظُّرُوفِ

الإِجْتِمَاعِيَّةِ وَالنَّفْسِيَّةِ

الشَّاذَّةِ الرَّاهِنَةِ

المُتَرَفِّقَةِ) لِلتَّصْنِيفِ

فِي الطَّبِّ النَّفْسِيِّ

المُتَخَصِّصِ بِالأَطْفَالِ

وَالْيَافِعِينَ، الَّتِي

أَصْدَرْتَهُ مُنْظَمَةُ

الصِّحَّةِ العَالَمِيَّةِ فِي عَامِ

(1988). وَالْهَدَفُ هُوَ

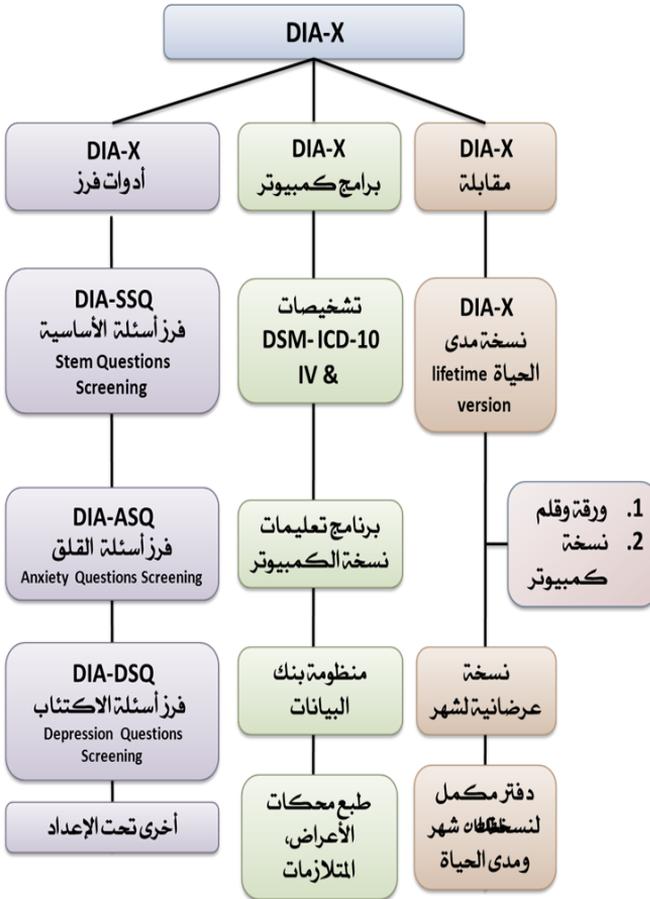
تَوْجِيهِه نَظْرَ

المُتَخَصِّصِينَ العَامِلِينَ

فِي المِيدَانِ نَحْوِ إِطَارِ

يُسَاعِدُ فِي الحُصُولِ

عَلَى المَعْلُومَاتِ



الشكل ٤٨ : بنية المقابلة التشخيصية العالمية المركبة DIA-X

الأساسية من الطفل أو اليافع وأطره المرجعية (الأهل، المعلمين... الخ). وينصب التركيز في هذا المحور على أخذ الاعتبارات التشخيصية التفريقية بعين الاعتبار

بالإضافة إلى إرشادات حول أهمية علاج اضطرابات نفسية معينة. الأمر الذي يمكن من خلق أساس مناسب للتخطيط للعلاج والقيام بتنبؤ حول النمو المستقبلي للطفل أو اليافع. وإذا كنا نهتم كمتخصصين نفسيين بمنح المؤثرات البيئية وليس المؤثرات المرضية Pathology فحسب، أهمية أو موقعاً يتلاءم مع الواقع، فلا بد من تعلم المحور الخامس واستخدامه في السياق العلاجي.

وحتى البحث الوراثي (الجيني) في الطب النفسي في سن النمو لا يستطيع التخلي عن أهمية المؤثرات البيئية بالنسبة للاضطرابات النفسية (Paustka, 1995). ويظهر استخدام مفاهيم مثل بيئة "مشتركة، غير مشتركة shared environment non shared environment" بوضوح. إذ إنه من وجهة نظر الوالدين فإنهم يرون أنهم يعاملون أطفالهم كلهم على التوتيرة نفسها وبالتالي بشكل أكبر مما يراه الأطفال أو اليافعون أنفسهم. وهذا التقدير من قبل الأطفال أو اليافعين هو أمر أقرب للتقدير الموضوعي من تقدير الوالدين أنفسهم؛ ومن هنا يحصل كثير من التفاعلات والاستجابات مع المكونات البنيوية (المكتسبة في وقت مبكر جداً أو المولودة) للشخصية النامية (Plomin, 1995). وهذا يظهر كذلك بأن الأمر لا يتعلق هنا بعلاقات سببية بسيطة بين تأثيرات المحيط والأمراض النفسية؛ Psychopathology. وبعض الاضطرابات النفسية كاضطرابات الطعام قلما يمكن تفسيرها سببياً من خلال تأثيرات البيئة، بل هي الأقرب من خلال سمات متطرفة للشخصية، ومع ذلك لا تكون قابلة للملاحظة من الخارج إلا بشكل يكاد لا يلاحظ subtle (Fairburn, 1999). ومع ذلك فإن المشكلات الجديدة في المحيط المباشر أو الضيق للطفل أو اليافع المعني هي عوامل مهمة وإن كانت عوامل غير نوعية لنشوء الاضطراب في الغالب، إلا أنها يمكنها أن تسبب الخلل في العلاج الجدي، بل حتى تعيقه إذا لم يتم التغلب عليها. لهذا فهي غالباً ما تكون إلى جانب الطريقة المتمحورة حول الأعراض ذات أهمية فاصلة للعلاج ومن ثم هي نفسها جزءاً أساسياً منه.

وعلى الرغم من أن هذا معروف إلا أن الجديد هنا هو التدقيق أو الضبط الإجرائي لأنماط سلوك محيط الطفل المؤثر عليه، المستقل في الغالب عنه. وتلك ليست مجرد تأثيرات باكرة فحسب وإنما تأثيرات راهنة لا تقتصر على الإطار الأسري وحده وإنما تأخذ بعين الاعتبار الظروف المدرسية على سبيل المثال (Rutter, et al.,1980). ولكن الخلاف يكمن في الوزن الذي يمنح هنا بالفعل، (Tress,1993, Ernst,1993)، أو على الأقل ليس من السهولة معرفة أو فهم الوزن بدقة (Champion et al.,1995).

وقد شكك روتر وماغان (Rutter & Maughan,1997) فيما إذا كانت معارفنا حول أهمية تأثيرات الضغط الراهنة مقابل المزمنة وحول الخبرات السلبيّة مقابل الإيجابيّة وحول المواجهة الإستعرافية للإرهاقات كافية، من أجل الإستخلاص المؤكد للتأثيرات بعيدة المدى المؤكدة على حياة الراشدين أو على الإمرضية النمائية (Rutter, et al., 1997). كما أن تحديات أبحاث العلاج المتقدمة لا تتعلق فقط بتعريف الأعراض المرضية النفسية وإنما بالتعريفات الواضحة لمحيط الطفل، فتقدير ما الذي يؤثر على بعضه البعض وكيف وأية تغيرات قادت إلى الهدف لا يمكن أن تكون معقولة من دون شرط تصنيف واضح للمستويات المختلفة.

وهنا فإن التشخيص متعدد المحاور لآي سي دي العاشر في التعديل المتعلق بالأطفال واليافعين (نظام التصنيف متعدد المحاور) يتفوق على منظومة الـ دي أس أم الأمريكية بسبب الأسس الدقيقة و المبنية لفئات المحور الخامس النفسية الاجتماعيّة الشاذة. والهدف من عرض هذا المحور هنا هو السعي نحو التمكن من هذه الفئة في الممارسة وفهم الفلسفة الكامنة خلفها.

١،١٠،١ المحور الخامس: عرض الفئة وتقسيماتها ومجموعاتها

والتطور التاريخي

١،١٠،١،١ عرض تاريخي مختصر

أظهرت سلسلة من الدراسات أن الظروف الاجتماعيّة النفسية تلعب دوراً مهماً في نشوء ومجرى الكثير من الاضطرابات في سن الطفولة واليافعين، وأنها عدا عن

ذلك ترتبط بعلاقة وثيقة مع التنبؤ ومجرى الاضطرابات النفسى و مع فاعلية العلاج.

فإذا لم تكن هناك موجّهات واضحة لتحديد الظروف فإن الطروحات حول ذلك ستكون متأثرة بالأراء الشخصىة ومن ثم تكون نتائج الفحص مشكوكاً فيها في كثير من الحالات، فهدف التصنيف هو وضع اصطلاحات terminology واضحة ومشتركة وتفريقيّة.

ففي عام ١٩٦٧ تم البدء تحت رعاية منظمّة الصحة العالمية بإجراء تصنيف متعدد المحاور للاضطرابات النفسىة في سن الطفولة واليفوع، وفي عام ١٩٧٥ قام روتر وشيفير وستورغ Rutter, Shafer & Sturge بوصف منظومة خماسية. ويتم اليوم بالنسبة للمحاور الأربعة الأولى (I المتلازمة -الإكلينيكية - الطبية النفسىة؛ و II والتخلفات النمائية المحددة؛ III مستوى الذكاء؛ IV الأعراض الجسديّة) استخدام الفئات المطابقة من الآي سي دي العاشر (WHO,1996).

وفي عام ١٩٨٨ تم في ختام تطوير الآي سي دي العاشر إصدار مسرد للمحور الخامس المعدل (الوضع الإجتماعي النفسى الشاذ المرتبط Associated abnormal psychosocial situation (Coor-Lambo, et al., 1990,1994). إلى جانب ذلك تم عمل مسرد مختصر للاسترشاد السريع. كما تم تطوير مقابلة نصف مبنية للوالدين للمحور الخامس و كذلك مقابلة نصف مبنية للأطفال. وفي عام ١٩٩٦ ظهر التصنيف متعدد المحاور للطفل والمراهق للاضطرابات الطبية النفسىة multi axial classification of child and adolescent psychiatric Disorders (منظمّة الصحة العالمية)، وتم إكماله بالمحور السادس التقويم العام للتكيف الإجتماعي النفسى Global assessment of psychosocial Disability.

١،١٠،١،٢ عرض المحور الخامس

يصف المحور الخامس تلك المظاهر من الوضع النفسى الإجتماعي للطفل المنحرف عن المعيار بشكل دال بالاستناد إلى نمو الطفل، وذخيرة خبراته والأوضاع

الثقافية الإجتماعية السائدة. ويظهر المسرد المختصر الذي سنعرضه هنا البنية الكاملة لتصوير الترميز والفئات الفرعية داخل كل فئة أساسية والإرشادات أو الموجّهات التشخيصية لكل فئة فرعية.

١- التقسيم

يبدأ المحور بفئة (00) (لا يوجد وضع مضطرب بوضوح أو وضع نفسي إجتماعي غير ملائم)، فهنا يتم ترميز السواء مباشرة. وتوجد تسع فئات أساسية:

الفئة (١ - ٥) وتصف الأنواع المختلفة من الظروف الأسرية الشاذة والمعتادة: ١ علاقات شاذة ضمن الأسرة، ٢ اضطراب نفسي، سلوك منحرف أو إعاقة في الأسرة، ٣ تواصل أسري غير مناسب أو مشوه، ٤ ظروف تربية أسرية شاذة و ٥ محيط شاذ بشكل مباشر.

الفئة ٧ و ٨ تستندان إلى المحيط الأوسع للطفل، أي ٧ لعوامل الضغط الإجتماعية و ٨ للضغط في سياق المدرسة أو العمل.

الفئتان ٦ و ٩ وتختصان بالفئات الواضحة distinct من أحداث الحياة الضاغطة الحادة والأحداث الحياتية المرهقة/المواقف نتيجة اضطرابات السلوك/إعاقات الطفل.

وقد تم قصر عدد الفئات الفرعية على ست فئات في أقصى حد لكل فئة فرعية؛ يضاف إلى ذلك فئة فرعية وضعت تحت تسمية "أخرى"، لتوضع فيها المواقف التي تنسجم مع المحكات العامة لفئة رئيسية ما ولكن لا تنزل ضمن فئة فرعية. وهناك بشكل عام ٣٩ فئة.

٢- محكات الترتيب

في كل فئة رئيسية هناك محكات عامة لا بد أن تتحقق في كل الفئات الفرعية، فقد تم في كل فئة فرعية ذكر إرشادات دقيقة للترتيب في هذه الفئة الفرعية. وهنا من الضروري تحديد الشدة إذ إن الكثير من الظروف الإجتماعية النفسية الشاذة هي شاذة كمياً وليس كيفياً. وفي نهاية وصف كل فئة يتم ذكر

إرشادات لمِحَكَّات الاستبعاد من فئة فرعية ما ومِحَكَّات للفئة التي ربما يُمكن ترتيب أو وضع الموقِّف أو الوضع المستبعد ضمنها.

٣- معنى الترميزات لكل فئة

٢= تنطبق بشكل مؤكد: كانت الظروف في الفترة الزمنية المحددة موجودة بصورة مؤكدة، وكذلك من النوع والشدة المحددة بوضوح في التوجيهات التشخيصية.

١= مشكوك بالأمر: كانت الظروف في الفترة الزمنية المحددة موجودة بصورة مؤكدة، ونوع الظروف يستوفي محكات الترتيب، إلا أن الشدة لم تستوفي المحكات الموضوعية بالمقدار المطلوب.

٠= لا تنطبق، طبيعي: الوضع النفسي الاجتماعي للمريض واقع ضمن الحدود الطبيعية المحددة ولا تنطبق الظروف في الفترة الزمنية المحددة.

٨= غير ممكن منطقياً: لا يمكن للمريض أن يكون ضمن هذا الوضع؛ مثال ذلك الطفل الذي لا أخوة له في الفئة ٢.٢. ومن تبدو له الفئة ٨ لا لزوم لها فيمكنه بالطبع في مثل هذه الحالات استخدام الترميز صفر.

٩= غير معروف، معلومات ناقصة: المعلومات غير كافية، من أجل التمكن من تقدير الوضع.

٤- الإطار الزمني

لابد من تحديد الفترة الزمنية للتقييم بشكل صريح، فقد أظهرت الدراسات الباكرة أنه قد حصلت خلافات في الرأي بين المقومين إلى حد ما من خلال الفروق في اختيار الإطار الزمني، وبعض الإمكانيات لتحديد الفترة الزمنية التي لكل منها عيوبها وحسناتها هي: (١) المرحلة الحياتية كلها للطفل (٢) الوقت مباشرة قبل ظهور الأعراض الطبية النفسانية - الإكلينيكية و (٣) الوقت قبل الفحص مباشرة.

ووفق بعض الدراسات يفضل وينصح بالفترة الزمنية قبل ستة أشهر مباشرة من الفحص. وقد أظهرت الدراسات الميدانية أنه يُمكن تقويم فهم واستخدام المسرد بشكل إيجابي جداً عموماً، ولكن الكثير من الإكلينيكين كانوا غالباً ما يميلون في البداية إلى ترميز الفئة ٢ أو ١ بشكل إيجابي متسرع. لهذا فإن التدريب الجذري الملائم للمسرد ضروري من أجل تحقيق نتائج مقبولة.

يرجى تعليم كل فئة بالعدد المناسب والفئة الفرعية المطابقة على جدول الترميز المرفق					
٢=تنطبق بالتأكيد، ١= تنطبق لكن ليس بالشدة الكافية؛ صفر= لا تنطبق، طبيعي؛ ٨= غير ممكن منطقياً؛ ٩= غير معروف معلومات ناقصة.					
(تتضمن الفترة الزمنية الأشهر الستة الأخيرة، وإن يكون الطفل معنياً بشكل مباشر ومستمر). علم بالنسبة لكل فئة مرزمة بشكل إيجابي المعلومات الكامنة خلفها على ورقة الترميز المرفقة (على سبيل المثال إذا كانت الفئة ١.٢ تنطبق بـ"٢" أو "١"، عندئذ ينبغي على الأقل توفّر معلومة واحدة من a-f). وإن كان ينبغي توفّر أكثر من معلومة فقد تمت الإشارة إلى هذه الاستثناءات القليلة، فإذا كان لا بد من وضع ترميز متعدد، فقد تمت الإشارة إلى ذلك تحت الفئة المعنية. وفي حال لم تجد المعلومة المناسبة أو عند وجود أي نوع من التناقض، فقم بتسجيل هذا على استبيان الفحص.					
العلاقات ضمن الأسرة الشاذة					
(٠,١) نقص في الدفء في علاقة الوالدين الطفل من خلال أحد أو كلا الوالدين					
(ينبغي أن تنطبق عدة نقاط) أحد الوالدين صادم، غير متعاطف نقص في الاهتمام بالطفل لا يوجد تعاطف مع صعوبات الطفل. المدح والتشجيع نادر استجابات منفصلة (متوترة) على مخاوف الطفل قلما يوجد قرب جسدي عند وجود أزمات عند الطفل. عدم انسجام في الأسرة بين الراشدين والإخوة فوق ١٦ سنة.....					
(١,١) عدم انسجام في الأسرة بين الراشدين والإخوة فوق السادسة عشر					
تنتهي المواجهات مواجهات بفقدان شديد للسيطرة (معممة/مستمرة) بيئة أو جو مستمر من العنف الوخيم ترك البيت في حالة غضب أو منع الآخر من الدخول تعميم المشاعر النقدية الراضية:					
إهانة (شتم) الأسرة، الأصدقاء، المنشأ استخدام حدث غير مهم، ماضٍ للتقليل من الكرامة النوم المنفصل بعد الخصام المبيت خارج المنزل بعد الخصام					
توتر دائم					
غالباً ملاحظات سلبية/جو متوتر استجابات سلبية قوية بعد الملاحظات الحيادية للآخر تفاعل سلبي ضعيف ينتهي بعداوة طويلة يفترض أن تنطبق عدة نقاط خلاف في شكل معمم أو مستمر أو كليهما؛ ومن الأفضل ترميز مواقف الخصام المنعزلة تحت "٦".					
(١,٢) رفض عدائي أو كبش الفداء تجاه الطفل					

						من خلال أحد الوالدين أو كليهما
						(السُّلوك السلبي موجه بشكلٍ شخصيٍّ كَلِيَّةٍ ضدَّ الطفل، مُسْتَمِرٌّ وغير مقتصر على سُلوكات قليلة فقط) تحميل الطفل المسؤولية بشكلٍ آلي عن مُشكلات البيت الميل العام لعزوِّ سماتٍ سلبيةٍ للطفل اتهام (تذنيب) عام مع توقعات للذنوب (الآثام) المدائمة (إلداب) على النزاع مع الطفل عند غضب (توتر) الراشد ضغط مُفْرِط، القليل من الاهتمام بالطفل بالمقارنة مع أفراد البيت الآخرين عقوبات نَفْسيَّة شديدة (الحبس في القبو على سبيل المثال)
						(١.٣) سوء معاملة جسديَّة
						مع أذى (إصابة) ضرب بأدوات قاسية/حادة عقاب مع فقدَان شديد للسيطرة عنف مع صدمة جسديَّة (على سبيل المثال، حرق، تقييد)
						(١.٤) استغلال جنسي (ضمن الأسرة الضيقة)
						(باستثناء التعرية بالصدفة، الاستغلال Manipulation في المواقف المقبولة اجتماعياً) أي اتصال بالأعضاء الجنسيَّة بين راشد ما و الطفل اللعب باليد في الصدر أو الأعضاء الجنسيَّة للطفل من الراشد إكراه الطفل على ملامسة الأعضاء الجنسيَّة (الصدر) للراشد التعريَّة المقصودة للأعضاء الجنسيَّة أمام الطفل محاولة تعرية الأعضاء الجنسيَّة للطفل الاتصال الجسدي/التعريَّة بين الراشدين والطفل مع استثارة جنسيَّة
						(١.٨) أخرى
						إضطرابات نفسيَّة، سُلوك منحرف أو إعاقة في الأسرة، إعاقة/سُلوك منحرف لفرد من أفراد الأسرة وخطر مُحتمل على الطفل
						(٢.٠) اضطراب نفسي، سُلوك منحرف لفرد من أفراد الأسرة
						(اضطراب نفسي مع إعاقة اجتماعية واضحة لأحد الوالدين و تُضَرَّر نمط حياة الطفل. لا بد أن يكون قد أثر بشكل واضح على الطفل، التلامس الراهن غير ضروري) نتيجة اضطراب نفسي، سُلوك منحرف للراشد: تقييد اجتماعي للطفل إشباع شاذ، غير مناسب لدور الوالدين/التربوية ظروف حياة مُتغيِّرة من خلال الوصمة الاجتماعيَّة الواضحة كدليل مُباشر على المعجز أو القصور الاجتماعي
						(٢.١) إعاقة أحد الوالدين
						إعاقة عقليَّة عطب حسي جدِّي صرع شديد اضطرابات جسديَّة، نفسيَّة جسديَّة مزمنة

أمراض مهددة للحياة نتيجة إعاقة من A حتى E وصمة (توصيم) إجتماعي واضح للطفل رعاية / إشراف قاصرين للطفل قدرة والدية مقيدة على التعاطف مع الطفل مع مُشكلات/العاب الطفل نزاعات، توترات أسرية سلوك غير اجتماعي مخجل تقييد في الحياة الاجتماعية للطفل فرط إرهاق (زيادة ضغط) الطفل				
(٢.٢) إعاقة/سلوك منحرف للأخوة				
تقييد في الحياة الاجتماعية للطفل الملكية الشخصية للطفل مهددة من الإخوة توجه الوالدين للطفل مكبوح، مشوه بسبب إعاقة أحد الإخوة صعوبات في العلق (أمام الناس) بسبب سلوك الأخ المعاق السخرية من الأطفال الآخرين بسبب الأخ المعاق فرط إرهاق (ضغط زائد) من خلال التحمل مسؤولية غير المتناسبة مع العمر عن الأخ المعاق				
(٢.٨) أخرى				
غير ملائم أو مشوه ضمن الأسرة وجود تواصل مستمر ضمن الأسرة خارج الحدود الطبيعية بشكل واضح، تمط تواصل مضطرب، وتقود إلى سوء تكيف بالارتباط مع: رسائل متناقضة (المحتوى، الشعور، النغمة، الإيماءات) عدم الحديث مع أي شخص محدد، عدم التطرق إلى رسائل الآخرين مواجهات غير مجدية من دون حل أو اتفاق صد (إمساك) غير ملائم (ليس في محله) للمعلومات الأساسية إنكار منتظم للصعوبات الأسرية أو رفض للمواجهات				
الظروف الشاذة للتربية				
(٤،٠) فرط رعاية مُضربة من قبل أحد الوالدين أو كليهما				
(ينبغي أن تنطبق عدة نقاط من A و B) A كبت، إعاقة للسلوك المستقل تقييد شديد للاهتمامات وقت الفراغ ضبط غير ملائم للصداقات تشبيط (تخويف) من البيت في الخارج الحث على الأعمال غير المتناسبة مع عمر الطفل الاختيار غير المناسب مع العمر للثياب، للأعمال منع القرارات غير المستقلة أخذ المسؤولية المتناسبة مع العمر من الطفل إعاقة نشاطات وقت الفراغ خارج السيطرة والإشراف المباشرين B التطفيل infantilization (جعل الطفل أصغر بكثير من عمره)				

تلبس وتنظيف الطفل بصورة غير متناسبة مع العمر
الذهاب إلى النوم بانتظام مع الطفل
تلبس الطفل ثياب غير متناسبة مع العمر في المدرسة/أماكن أخرى
الفحص غير المعتاد، غير المناسب لنشاطات وقت الفراغ
الفحص غير المألوف، المتكرر من خلال الاتصال مع المعلم
المراجعة غير المناسبة للطبيب/الإبقاء في السرير عند أقل شكوى جسدية
منع الطفل من مواجهة التحديات المناسبة مع العمر
الوجود غير المناسب للوالدين في المستشفى عند فحص الطفل
المنع غير المناسب للطفل من المشاركة بالأنشطة الرياضية
(استثناء: المخاوف الوالدية دون تفضيل وقمع/اقتصار فرط الرعاية على نشاطات محددة فقط
أو في الظروف غير الملائمة المتأزمة)

(٤.١) إشراف والدي غير كاف ونقص التوجيه
من خلال أحد الوالدين أو كليهما

A لا يعرف الوالدان في العادة عن الطفل:

أين يكون خارج المنزل؟

من هم أصدقائه؟

متى يعود إلى المنزل ليلاً؟

المكوث غير الملائم للعمر خارج المنزل من دون إشراف

المكوث غير المناسب مع العمر في البيت من دون إشراف

B توجيه والدي غير ملائم

نقص في القواعد اليومية الواضحة

الاعتراف/التشجيع من الوالدين حسب المزاج والحالة التي هما عليها

إجراءات تربية غير دقيقة وليست ملموسة

تناقضات تربية غير منسجمة (غير متفق عليها) (استجابات والدية غير متوقعة)

إجراءات تربية غير متسقة (غير منطقيّة inconsequent)

C نقص التأثير على الطفل

عدم تدخل الوالدين عند وجود اتصالات خطيرة معروفة للطفل

عدم تدخل الوالدين عند وجود صعوبات سلوكية معروفة عند الطفل

عدم استجابة الوالدين في المخاطر الجسدية المعروفة للطفل

(ترميز إيجابي، إذا انطبقت عدة نقاط لدى أحد الوالدين أو كليهما في المجموعات من A إلى

C أو مثال وخيم آخر في مجموعة ما)

(٤.٢) التربية التي تكسب خبرات غير كافية، من
قبل كلا الوالدين

A نقص الأحاديث conversation

نقص التحادث (التسامر) بين أفراد الأسرة

لا يتكلم الوالدان مع الطفل حول اهتماماته

نادراً ما يقرأ الوالدان للطفل، ونادراً ما يصغيان إليه

قلماً يكون هناك أحاديث عند تناول الطعام

نادراً ما يلعب الوالدان، يتعاركان (يتصارعان مع الأطفال wrestle)

تجاهل المقترحات النابعة من الطفل

B نقص النشاطات خارج المنزل
نقص الضحك، القيام بأمور ثقافية، المنزهات
نقص في النشاطات كالرياضة والهوايات
قلما توجد إمكانات متناسبة مع العمر (رحلات، تسوق)
C تقييدات في الاهتمام بفاعلية البيئة
المنع من اللعب خارج البيت
البقاء في الأماكن من دون لعب أو تسلية
يترك الطفل الصغير وحده لفترة طويلة وحده
الذهاب إلى السرير بشكل مبكر بصورة غير مناسبة
D نقص في الألعاب المتوفرة (الممكنة)
عدم وجود مواد لعب متناسبة مع العمر
إعاقة استخدام مواد لعب متطابقة مع العمر
(يتم ترميز الفئة فقط، عندما يكون النقص في التفاعل مع كلا الوالدين وعادة ما تنطبق
عدة أمثلة من مجموعتين من الأمثلة على الأقل (A-D) أو عند وجود مثال وخيم من إحدى
المجموعات)

(٤.٣) مطالب غير معقولة وإكراه من خلال أحد
أو كلا الوالدين

A مطالب غير متناسبة مع جنس الطفل
إلحاح (ضغط) على التصرف وفق الجنس الآخر
إلحاح (ضغط) على التصرف وفق الجنس نفسه بطريقة شديدة التطرف
إلحاح (ضغط) مستمر للتصرف بشكل جنسي مثلي عند وجود ميول جنسية غيرية أو العكس
B إكراه غير متناسب مع العمر
إلحاح (ضغط) على ارتداء الملابس أو التصرف بشكل غير متناسب مع العمر
الإصرار المستمر على تحمّل مسؤولية غير متناسبة مع العمر
المناقشة غير المناسبة للمشكلات الشخصية للوالدين في حضور الطفل
C إكراه غير متطابق مع الشخصية
إلحاح أو ضغط مستمر من خلال الوالدين للقيام بنشاطات معينة ضد حاجات الطفل
التخطيط (البرنامج الكامل المزدحم) والإشغال المستمر للطفل
يتم ترميز A أو B أو C فقط يتم تقييد الطفل بشكل كلي (حصري) أو عندما لا يكون
الطفل موافقا على ذلك أو كليهما.

(٤.٨) أخرى

محيط مباشر شاذ

(٥.٠) التربية في مؤسسة

التربية في رعاية جماعية، مؤسسة (عدا السكن الداخلي)، المستشفى (من دون والدين) وإشراف
مستمر (من دون وجود أي ثغرة) خلال أسبوع عمل كامل وإشراف أثناء كامل السنة، في
العطل المدرسية في البيت بشكل جزئي فقط وإشراف منذ ثلاثة أشهر على الأقل

(٥.١) وضع أسري شاذ

عبر ثلاثة أشهر من التربية من خلال:
أسرة رعاية من غير الأقارب

أقارب آخرين (الجدين، عمات، خالات، أخوة أكبر)
 أحد الوالدين (مع أو من دون أقارب)
 الوالدين غير البيولوجيين (كليهما)
 أحد الوالدين البيولوجيين مع شريك غير قريب بيولوجياً (علاقة دائمة)
 والدين بالتبني
 سكن جماعي (من دون دور ترويي مقيد للوالدين)
 الأم بعد التخصيب الصناعي
 زوج جنسي مثلي
 الوالدين، أحدهما جنسي مثلي فاعل
 زوج بعلاقة غير ثابتة (انفصال متكرر أو تبديل متكرر للشريك)
 مواقف أخرى شبيهة

(٥.٢) أسرة منعزلة

- A نقص في الاتصالات الإجتماعية المقبولة (الباعثة على الرضا) نحو الخارج
- قلما تكون هناك مشاركة في الأنشطة الإجتماعية الجماعية
 - قلما تكون هناك مشاركة بالرحلات مع غير الأقارب
 - قلما تكون هناك تفاعلات اجتماعية إيجابية غير رسمية مع الآخرين
- B نقص في الزوار
- دعوات نادرة للزوار للبيت
 - نادرا ما يتم حث الضيوف غير المتوقعين للبقاء
 - قلما تكون هناك علاقات - "من نوع ظل علينا"^{٥٦}
- C نقص الصداقات الشخصية
- نقص في العلاقات الموثوقة خارج الأسرة الأساسية و
 - نقص في المشاركة المنتظمة بالأنشطة مع الأشخاص خارج الأسرة الأساسية
- D امتداد العزلة الإجتماعية على الطفل
- منع الطفل من دعوة أحدهم
 - منع الطفل من زيارة أحدهم
- (ترميز إيجابي فقط إذا انطبق A-D بشكل مستمر)

(٥.٣) ظروف حياة مع خطر إجتماعي نفسي
 ممكن

- A تأثيرات ضارة ممكنة على التفاعل الأسري
- لا يوجد مكان منفصل للنوم بعد المراهقة للأولاد المختلفين بالجنس
 - ينام الأولاد الأكبر في غرفة نوم الوالدين
 - سكن مؤقت مع خطر تفكك الأسرة
- B تأثيرات ضارة ممكنة خارج الأسرة
- السكن المؤقت مع أسر أخرى
 - السكن المؤقت مع توصيم صريح للأسرة

^{٥٦} الزيارات التي لا تكون مخططة ومن دون مواعيد

c. نقص الدخل مع التخجيل الشخصي					
d. نقص في الدخل مع نقص مُرتببط به في النشاطات					
أخرى (٥.٨)					
أحداث حياتية ضاغطة					
(٦.١) فُقدان علاقة مشحونة بالحب					
<p>موت شخص بدور الوالدين انفصال أحد الوالدين من خلال الطلاق أو ما يشبه ذلك انفصال الوالدين من خلال المرض، العمل في مكان آخر موت أحد الإخوة فُقدان آخر غير ما لوف لأحد الإخوة موت صديق جيد خاص موت/فقدان راشد محبوب موت حيوان منزلي محبوب له أهمية إنفعالية صد عنيف من خلال شخص ما كانت له معه علاقة وثيقة إسقاط لحمل مرغوب ولادة طفل ميت أو موت طفل للزوج الشاب</p>					
(٦.٢) ظروف مهددة نتيجة الإدخال في مكان خارجي					
<p>الانفصال عن المنزل ليس بسبب أعراض الطفل الإدخال في مركز رعاية أو ملجأ أطفال الدخول الثاني للمستشفى (الأول السابق في مرحلة ما قبل المدرسة؛ الإقامة الراهنة غير محسوبة معها)</p>					
(٦.٣) علاقات أسرية مُتغيرة سلبيا من خلال أعضاء أسرة جدد					
<p>تناقص واضح في تفاعلات الطفل - الأسرة تقييد وجود أحد الوالدين (الوجود الفعلي عند الحاجة) تغيرات أكبر في التواصل الأسري بالنسبة لتربية الأطفال تبني دور الوالدين من دون وجود علاقة مستقرة بالطفل مُسبقاً تضرر القرب من الوالدين من خلال ولادة أخ غير الشقيق</p>					
(٦.٤) أحداث تقود إلى نقص احترام الذات					
<p>A الضل مع تأثير شديد على صورة الذات أو مستويات وظيفية أخرى وعند وجود تشابك شديد engagement مع انعكاس الكفاءة الناقصة B الفضيحة مع التخجيل/إذلال صريح في: اللاشرعية illegitimacy جنسية مثلية لأحد الوالدين أعمال جنائية جديّة لأحد الوالدين صعوبات دفع التكاليف أو النفقات</p>					

ظروف مخجلة لحمل الشابة	
(٦.٥) استغلال جنسي (خارج الأسرة)	
<p>A شخص مُسْتَعْلٍ أكبر من الطفل B فعل جنسي مِنْ خلال استغلال مركز السلطة C أفعال ضدَّ إرادة الطفل بالإضافة إلى A-C من الضروري ترميز (محاولة) لمس الصدر والأعضاء الجَنَسِيَّة للطفل (محاولة) لمس الأعضاء الجَنَسِيَّة للراشد عرض الأعضاء الجَنَسِيَّة للراشد أمام الطفل محاولة جعل الطفل يخلع ملابسه في مَوْقفٍ غير ملائم محاولة واضحة على الأقل للإغواء تحت ظروف نفسية مهددة</p>	
(٦.٦) خبرات مخيفة مباشرة	
<p>مع مخرج (نهاية) غير آمن بالنسبة للحياة (اختطاف مثلاً) كوارث طبيعية مع خطر على الحياة إصابة مع تهديد أو إنقاص قيمة الذات أو كليهما إصابة بالارتباط مع ظروف ألم تستمر لوقت طويل الوجود المباشر عند حُصُولِ حادث تهديد الأملاك الخاصة مع تهديد شخص في الوقت نفسه حادث مع آثار اجتماعية مُستمرّة</p>	
(٦.٨) أخرى	
عوامل ضغوط اجتماعية	
(٧.٠) ملاحقة أو تمييز	
<p>ضرب أو إهانات جسدية استبعاد من النشاطات المفضلة الإكراه على التصريح عن الهوية declaration مِنْ خلال اللبس، الإقامة في مكان ذي طبيعة استيعادية أي توصيم أو إذلال صريح (ينبغي أن يكون الطفل ممسوساً بشكلٍ مباشر، تهديد طويل الأمد وتمييز بسبب الانتماء إلى جماعة ما)</p>	
(٧.١) هجرة أو إعادة توطين إجتماعي	
<p>الإكراه على الانتقال من دون أسرة الانتقال مع الأسرة مع الفقدان في الوقت نفسه للأمان الشخصي الانتقال إلى ثقافة مُختلفة كليةً بلغة جديدة من دون الحفاظ على الثقافة الفرعية الأخرى انتقال مع زيادة الظروف الاجتماعية سوءاً بشكلٍ جوهري (الإكراه المهين للتبديل الإقامة/ انقطاع مؤثر في العلاقات الشخصية)</p>	
(٧.٨) أخرى	
٨. إرهاق (ضغط) بين إنساني مزمن في سياق المدرسة أو العمل	
(٨.١) علاقات خلافية شادة مع الطلاب/زملاء العمل	

										تعذيب مُتكرّر تهديد مُتكرّر الإجبار على المشاركة بأفعال ضدّ الإرادة الابتزاز الرفض الفاعل أو العزلة خبرات مهينة متكررة
										(٨.٢) تحويل الطفل لكبش فداء من خلال المعلم/ المدرّب
										الميل بلا سبب لجعل الطفل مسؤولاً عن المشكلات في المدرسة النقد المتكرر مع تقليل من قيمة الطفل أو توقع التصرفات الخاطئة الميل العام لعزو السمات السلبية "الحركشة" بالطفل في حال وجود مزاج سيئ للراشد معاملة غير عادلة بالمقارنة مع الآخرين في المدرسة/العَمَل أو نقص في إدراك الحاجات الطفوليّة (لا بد للأفعال أن تكون موجّهة للطفل كشخص، ومُستَمِرّة وواضحة)
										(٨.٣) توتر عام في المدرسة أو في العَمَل
										سُوك مزعج متصل، مُتكرّر نقص واضح في الانضباط نزاعات متكررة بين المعلمين (لا ينبع الإرهاق/الضغط من الصعوبات المدرسيّة للطفل وإنما من مُحيط المدرسة)
										(٨.٨) أخرى
										٩. أحداث حياتية مرهقة (ضاغطة) أو أوضاع نتيجة اضطرابات السلوك أو إعاقة الطفل
										(٩.٠) تربية مؤسسية
										(مثل النقطة [٥.٠]) التربية في رعاية جماعية، مؤسسة (عدا السكن الداخلي)، المستشفى (من دون والدين) وإشراف مُستَمِر (من دون وجود أي بُغرة) خلال أسبوع عمل كامل وإشراف أثناء كامل السنة، في العطل المدرسيّة في البيت بشكل جزئي فقط وإشراف منذ ثلاثة أشهر على الأقل
										(٩.١) ظروف مهددة نتيجة التسكين في الخارج
										مثل [٦.١] الإدخال في مركز رعاية أو ملجأ أطفال الدخول الثاني للمستشفى (الأول السابق في مرحلة ما قبل المدرسة؛ الإقامة الراهنة غير محسوبة معها)
										(٩.٢) أحداث مرتبطة، تقود لتخفيض احترام الذات
										مثل [٦.٣] مع تأثير شديد على صورة الذات أو مُستويات وظيفيّة أخرى وعند وجود تشابك شديد engagement ومع انعكاس الكفاءة الناقصة
										(٩.٨) أخرى
										(كلّ الترميزات المطابقة فقط عند تعلق الأحداث باضطرابات سُوك الطفل)

١٠،١٠،٣. مثال حالة: مقتبسة بتصرف عن باوستكا وفان غور لامبو & Poustka

(Van Goor-Lambo,2000,Pp.173180)

صمت الاتهام

سبب الدخول: تم تحويل ياسمين البالغة من العمر ١٥ سنة للعلاج المركزي بعد أن أقامت لفترات متقطعة لمدة سنة في القسم السيكوسوماتي لمشفى الأطفال. وكان سبب دخولها مستشفى الأطفال تناولها جرعة كبيرة من الحبوب في محاولة للانتحار؛ فقد قامت ياسمين بعد عراك شديد بينَ والديها بتناول أدوية مختلفة. وعندَ الفحص تبين وجود جروح سطحية في الرجلين والذراعين والمفاصل. وكان الدخول في حوار مع الفتاة في ذلك الوقت صعباً جداً، فبسبب الظروف الأسرية التي بدا أنها بائسة جداً ومقفرة رأى أطباء المستشفى ضرورة تحويلها إلى ملجأ، إلا أن الأمر فشل بسبب امتناعها. وبما أن ياسمين قد استمرت خلال إقامتها بجرح نفسها في يديها ورجليها وقامت بمحاولتي انتحار، فقد تم تحويلها لمستشفى الطب النفسي. وفي أثناء المعالجة السابقة حصلت بينَ ياسمين وأمها جلسات مختلفة مع معالجيها مختلفين.

بيانات تاريخ الحياة التاريخ السابق للطفل

الولادة ومرحلة ما قبل الولادة كانتا طبيعيتين، من دون مضاعفات. وشهدت ياسمين عدداً متغيراً من الأشخاص الراعين، الأم، الجدة، وانفصل الوالدان عندما كان عمرها ست سنوات.

كانت مستقرة ولم تعان من أية مشكلات جسدية عدا عن ميلها للسمنة، ودخلت المدرسة بشكلٍ نظامي، وأبدت حماساً كبيراً ودافعية في الإنجاز، وكانت مجدة ومع ذلك فقد كانت طموحة جداً إلى درجة أن أداءها في المدرسة لم يكن يرضيها. أما الأم فلم تكن مهتمة أبداً وقلما أبدت المديح للنتائج الممتازة لابنتها.

وبين الحين والآخر وجب على ياسمين أن تقوم بأعمال المنزل لأن الأم غالباً ما كانت غائبة عن البيت في حين أن أختها الأصغر لم يكن يعمل شيئاً وتطور لدى

ياسمين منافسة كبيرة معه. ويسبب مُشكلات الوالدين فقد فقدنا المتابعة فيما يتعلق بحياة ابنتهما وأنشطتهما، ولم يكونا على علم بشيء.

الأم، الأب، الأطر المرجعية الأخرى

تبلغ الأم الآن ٣٦ سنة وكانت طفلة وحيدة لوالديها، عاشت مع أمها في ملجأ كَانَتْ أمها (جدة ياسمين) تَعْمَلُ به بعد أن طلقت من زوجها بسبب عنف زوجها (جد ياسمين)، وكانت دائماً تشعر أنها لم تحصل على أي شيء من الحياة. تزوجت الأم بعمر الثامنة عَشْرَ وأنجبت أخت ياسمين (أخت غَيْرَ شقيقة لياسمين) إلا أن العلاقة بالأب لم تستمر فانتهدت بالطلاق. وبما أن الأم لَمْ تَكُنْ قادرة على تربية ابنتها وحدها فقد عاشت هَذِهِ البنت عِنْدَ جدتها لأمها وما زالت حتَّى اليوم كَذَلِكَ.

لم تتعلم أم ياسمين أية مهنة وعملت بائعة لفترة طويلة. وتزوجت من أبو ياسمين. وفي عُمُر ٢٣ ولدت ياسمين.

كَانَ أبو ياسمين يعمل في مطعم وعنيفاً، فقبل ولادة ياسمين حصلت مُشكلات شديدة بَيْنَ الطرفين، وغالباً ما حصلت شجارات عنيفة بسبب غيرة الرجل، انتهت بالضرب والرفس.

كَانَ بناء العلاقة مع الطفلة الصغيرة ياسمين إشكالياً بالنسبة للأم، إذ إنها كَانَتْ منهكة من العلاقة المضطربة جداً مع الأب ومرهقة نفسياً. وعِنْدَمَا أصبح عُمُر ياسمين خمسة أشهر قرر الوالدان افتتاح مطعم، يعمل فيه الأب بمهنته وتشارك فيه الأم العَمَل. ولهذا السبب تم أخذ ياسمين للعيش لدى جديها من والدها، لرعاية ياسمين في هذا الوقت، الأمر الذي قاد إلى منافسة شديدة بَيْنَ أم ياسمين وحمايتها حول تربية ياسمين، فشعرت الأم بغربة متزايدة عن ابنتها مما دفعها بعد ستة أشهر لتغيير وضع الرعاية فقررت أن تترك ابنتها البالغة من العُمُر سنة معها ترعاها إلى جانب عملها في المطعم.

عاشت ياسمين منذ هذه اللحظة في الطابق الأول من البيت الذي كان المطعم موجوداً في الطابق الأسفل منه، وكانت الأم بين الفينة والأخرى تصعد للأعلى لترعى طفلتها، وبين الحين والآخر كانت تأتي جدتها لترعاها.

بعد ثلاث سنوات ولد الأخ الأصغر لياسمين. وحسب ما تذكره فقد استمرت المعاملة السيئة والعنيفة من الوالد وطال العنف الأم والطفل الصغير. وفي هذا السياق ذكرت الأم أن الأب كان يجبرها على ممارسة الجنس إجباراً. كانت ياسمين تستجيب على عنف والدها بخوف شديد إلا أنه حسب علمها لم يقم أبداً بضربها.

وعندما أصبح عمر ياسمين ٤ سنوات هربت الأم مع الطفلين إلى مركز رعاية النساء المعنفات وأرادت الطلاق. إلا أنها تعرضت لضغط شديد من الأب والجدة ويشكل خاص فيما يتعلق بحق الحضانة للأطفال وهداها بسحب حق الحضانة منها إذا هي طلقت.

وبناء على ذلك عادت الأم إلى الزوج، حيث استمر الوضع القديم كما هو، مما دفعها فيما تلا ذلك من وقت إلى الهروب مراراً ليلاً مع ولديها لأماً.

وعندما أصبحت ياسمين بعمر الست سنوات تمكنت الأم من الانفصال عن زوجها. ولم يحافظ الأب على اتصال منتظم إلا مع ياسمين حيث كان يحضرها في نهاية الأسبوع إليه وفي حوالي سن الثامنة عادت ياسمين باكية من إحدى هذه اللقاءات مع والدها وطلبت من أمها ألا ترسلها ثانية إليه.

وكما تشير ياسمين فقد قامت في ذلك الوقت بالكثير من أعمال المنزل ولم يكن أخوها يساعدها بأي عمل وكانت أمه تسانده في ذلك.

إلا أن اتصال ياسمين بجدتها لأبيها ظل مستمراً، حيث كانت تعيش قريبة منها في السكن. وبما أن الصراع بين الأم والجدة من ناحية الأب أصبح صراعاً شديداً ومكشوفاً كان اهتمام ياسمين بجدتها وميلها إليها نوعاً من العقاب للأم.

وقبل وقت قصير من الدخول إلى المستشفى حصل خلاف عميق بين الأب والأم الأمر الذي قاد أن حاولت ياسمين الانتحار على مرأى من الوالدين.

عانت الأم من تربية أولادها وكانت مرهقة نتيجة هذا إلى درجة أنها فقدت الإحاطة بما يجري مع أولادها، وأصبحت كثيرة الغياب عن البيت، وفقدت أي مدخل لابنتها، وأخذت تنسحب باطراد مستمر، ولم تكن تتخذ أي إجراء ضدّ الاعتداءات العنيفة لابنها.

التحق أخوها الأصغر بالمدرسة، وكان يتغيب كثيراً عنها، وأصبح سلوكه الاجتماعيّ ملفتاً للنظر بسبب العدوانية وأدائه السيئ، وأظهر سلوكاً تنافسياً شديداً مع أخته والذي تجلّى في اعتداءاته المتكررة بالضرب. ومن خلال تفوقه الجسدي عليها تطور لدى ياسمين خوف شديد منه. ولم تكن الأم تقدم في هذه النقطة أية حماية ولا أي تدخّل.

فحص المريضة

كانت ياسمين في وقت الفحص بالنسبة لسنها فتاة سمينة جداً وبدت أكبر من سنّها، وكانت تخفي نفسها بثياب واسعة جداً. وأظهر الفحص الجسدي وجود جراح سطحية متقاربة في الذراعين والرجلين إلى جانب ندب كثيرة. بدت هيابة جداً ومترددة وبدت مكتئبة وتبكي كثيراً. ولم تتحدث عن وضعها وأفكارها إلا لاحقاً، فقد كان المدخل إليها في البداية صعباً جداً. وفي الفحص النفسي تبين أن لياسمين معدّل ذكاء متوسط.

التشخيص على المحور I

F60.7 اضطرابات شخصية تعلقية

يقوم مبرر هذا التشخيص غير المؤلف في هذه السن المبكرة على الأعراض التالية: نقص الاستعداد للتعبير عن المطالب المناسبة تجاه الأشخاص المرجعيين؛ الإدراك الذاتي بأنها يائسة (لا حول لها ولا قوة) وغير كفؤة والقلق المبالغ به بعدم القدرة على الاعتناء بنفسها؛ ومخاوف الترك والحاجة المستمرة لتترك الآخرين يقررون عنها؛ غالبا مع الخوف من أن يتم التخلي عنها وأن تكون مسؤولة عن نفسها. وكان مجموع الأعراض هنا وشدتها الكبيرة السبب بالنسبة لهذا التصنيف.

الفئات التي تنطبق عليها على المحور الخامس

(1.0) نقص الدفء في علاقة الطفل والوالدين من خلاها أو من خلال أحدهما ٢٠.

B, C, D: في الوضع الأسري كانت ياسمين متروكة وحدها في أغلب الأوقات (B). ظلت مشاعر وصعوبات وأزمات ياسمين متخفية عن الأم (C)، كما أن الإنجازات الجيدة لم تلق أي مديح (D).

(1.1) عدم الانسجام في الأسرة بين الراشدين أو الإخوة ٢٠.

A, B, C, I: علاقات الأم مشحونة بخلافات شديدة (B) وبشكل خاص مع فقدان السيطرة (A). كما تركت الأم البيت مرارا بعد هذه النزاعات وغيرها (C). وصفت ياسمين الجو بأنه مستثار يوميا ومتوتر (I).

(2.0) اضطراب نفسي/سلوك منحرف لأحد الوالدين ٢٠.

A, B: بسبب الوضع الأسري الكئيب كانت ياسمين بداية متورطة في شكل من الواجبات المنزلية والهموم غير المناسبة مع العمر على الأم وأخيها (B)، ولم تتمكن من أن تمارس النشاطات المناسبة مع العمر بالنسبة لها (A)، وكان سلوك الأم خاضعا لتأرجحات شديدة مما كان يجعل من الصعب على الأطفال أن يتنبؤوا بسلوك الأم.

(4.1) عدم كفاية الرعاية (الانتباه والاهتمام والتوجيه) للأطفال من قبل كلا الوالدين أو أحدهما ٢٠.

A, B, C, E: بسبب الغياب المتكرر للأم فإنها تكن على اطلاع إلى مدى كبير على الإقامة في البيت (E) وخارج البيت (A) وحول الأصدقاء (B) والعودة للبيت ليلا (C). A, B, E: وصفت ياسمين أمها بأنها متقلبة جدا واستجاباتها مرتبطة بحالتها المزاجية (B). تكاد لا تكون هناك قواعد في الحياة اليومية (A) لم تكن أساليبها التربوية ثابتة بل إنها غير موجودة (E). C: لم يتم التدخل أو اتخاذ أية إجراءات ضد الاعتداءات الجسدية بين الإخوة.

(4.3) مطالب غير مناسبة وإذلال من قبل الوالدين أو أحدهما ١٠.

BB: شكل التشبيك غير الملائم لياسمين بالواجبات المنزلية إرهابا، إلا أنه لا تتوفر الشدة المتعلقة بهذه الفئة.

(5.1) وضع أسري منحرف ٢٠.

K: شهدت (خبرت) الأم بعد الطلاق من أب ابنتها علاقات متبدلة.

يتيح التاريخ السابق والمحيط الإجتماعي القائم لياسمين قبل وصولها إلينا فهم تطور الأعراض الموصوفة؛ فقد كَانَ القيام بتصرفات متطرفة بَيْنَ الحين والآخر لازماً للحُصُول على الانتباه. وتجلّى نَمَطَ العلاقة العنيف والعدواني لدى ياسمين في سُلُوكِ العدوانِ الذَاتِي بِشَكْلٍ خاصٍ في صُورَةِ الخدوش وفي الصمت الذي يعيشه المُقابل على أنه عدواني جداً. وكان الخلاف المتبادل بَيْنَ الأشخاص المرجعيين نَمَطاً مألوفاً لياسمين من خبراتها مع أمها وجدتها.

كما أن المنافسة القوية مع الشبان الآخرين وشعورها بأنها مغبونة قَدْ وجد صداه في علاقتها بأخيها.

أفكار علاجية والمجرى

تَمَثَّلَت الخطوات المُهمَّة للمُعَالَجَة في جعل الاتجاهات والانفعالات الخاصة مُدْرَكَة بالنسبة لها وذلك على خلفيّة تاريخ حياتها والانفصال عن مجال حياتها حتّى الآن ومُعَالَجَة يأسها وسلبيتها.

لقد كَانَ البدء بالعلاقة عِنْدَ وصول ياسمين صعباً جداً، فقد استنارت تعاطفاً قوياً والتزاماً عالياً لدى موظفي المستشفى و الأشخاص الذين تحك بهم خارج المستشفى.

إذ استمرت بجرح نفسها على شَكْلٍ خدوش سطحية في القدمين والذراعين. وقد كَانَتْ ياسمين تجرح نفسها بِشَكْلٍ خاصٍ في المواقف التي كَانَتْ تَعْضَبُ فيها من المُعَالَجَة أو الراعين الأساسيين لها أو عِنْدَمَا تشعر بالإهمال من المرضى الآخرين. وحول هذا الأمر فقد رفضت التصريح اللفظي على الرُغمِ مِنَ المساعي الكبيرة للموظفين و أحاطت نفسها بصمت اتهامي شدي. وفي هذا فقد وضعت مقابلها في شعور كبير من اليأس بداية، الذي تحول في النهاية إلى غُضَبٍ شديد . وبدت الانفعالات واضحة لدى الموظفين أكثر مما بدت لديها نفسها.

عِنْدَ تَدَنُكِ العملِ العِلاجيِّ مع ياسمين على التغذية الراجعة المصفاة لهذِهِ الانفعالات وتفهمها المتزايد استناداً إلى خلفيّة تاريخها. وهنا فقد تمكنت

ياسمين باطراد من التَعَرُّف على أجزائها العدوانية والحديث عن وضعها المرتبك جداً في الغالب قبل مَوْقِف الانتحار.

وبما أن ياسمين وبسبب إمكانية الانتحار لديها لم تذهب إلى المدرسة منذ سنة تقريباً وذلك حتى تاريخ دخولها وقلما كَانَ لديها اتصالات خارجية فقد كَانَ الخطر الكبير يكمن في معاناة الفتاة من مُتلازِمَة الحرمان Hospitalism . ومن هنا فقد رأينا في الدافعية العالية للمدرسة عاملاً إيجابياً لياسمين في عودة نَحْمَلُهَا للمسؤولية عن نفسها. ومن هنا فقد تم إعادة دمجها في مدرستها الأصلية بعد عدة أسابيع من الإقامة في مستشفىنا. وهنا كَانَ لابد من التعاون الوثيق بين المُعَلِّمة المسؤولة عنها والمعالِجة.

أجرت المُعالِجة جلسات مع الأم، وجرت هذه الجلسات من دون حضور ياسمين. وبدأت الأم منهكة جداً ويائسة إلا أنها كَانَتْ متحمسة في التعاون. ولم تر أنها قادرة على تولي المسؤولية عن ابنتها بعد انتهاء إقامتها في المستشفى بعدما حصل في الماضي. وبهذا فقد تم التخطيط بالتعاون مع الأم وياسمين لتذهب إلى مسكن لليافعين.

وبعد ثلاث أرباع السنة من العلاج المَرْكَزِيّ أصبح تخريج ياسمين من العلاج ممكناً. وتم إدخالها في جماعة سكن مع إشراف فَرْدِيّ مَرْن، يتولى فيها شخص مرجعي المسؤولية عن يافع ما. وكما ظهر بعد عدة سنوات من الإقامة في المسكن كَانَ هذا العرض الثابت للعلاقة إجراءً أتاح لياسمين نُموً إيجابياً جداً، فقد تمكنت من التّواصل بشكلٍ منفتح باضطراد ومنذ سنة ونصف لم تعد تؤذي نفسها. وكما علمنا فقد أعادت ياسمين التّواصل مع أمها، مع العلم أن العلاقة الأقرب للمتباعدة معها مهم لها.

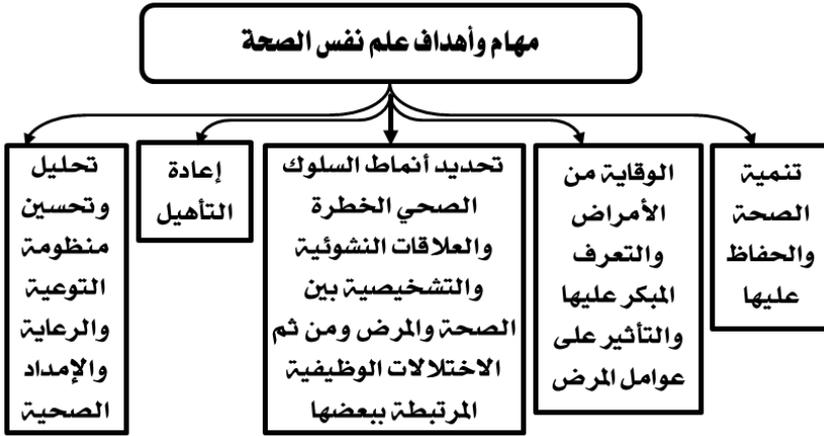
سلطان

الطمان

٢. التشخيص في علم نفس الصحة

٢,١ مهام علم نفس الصحة

تحتل الحالة الصحية ووقاية هذه الحالة من الأضرار لدى المجتمع مركز الصدارة. ويوضح الشكل ٤٩ مهام علم نفس الصحة.



الشكل ٤٩ مهام وأهداف علم نفس الصحة

٢,٢ مسائل علم نفس الصحة

يتناول علم نفس الصحة مسائل مُختلفة تشير منها إلى:

١. تَوْضِيح الظروف المُنمِيَّة (الدافعة) والمهددة للصحة في البيئة و السلوك الفردي
٢. تطوير وتنفيذ برامج خاصة لمنع اكتساب أنماط الحياة المضرة بالصحة (الوقاية الأوليَّة) وللتخلص من السلوك الضار (الوقاية الثانوية) و ومنع الانتكاس بعد التخلي عن مثل هذا النوع من العادات.
٣. بناء شبكة اجتماعيَّة مُفيدة وداعمة كعامل واق للصحة النَّفسِيَّة.

٤. تنمية الكفاءات لمنع تطور مجرى الأمراض وللتأثير عليه، كبناء الكفاءات الإجتماعية وتوقعات الكفاءة وقناعات الضبط الداخلي واستراتيجيات مواجهة الإرهاق (الضغط).
٥. التغلب على المرهقات Stressors المضرة بالصحة في المحيط أو تخفيضها.
٦. عمل إجراءات تشخيصية، بما في ذلك التقييم، في كل مجالات علم نفس الصحة

٢,٣. أهداف ومجالات التشخيص في علم نفس الصحة

يتضح من نوع الأهداف أن قياس الاتجاهات الذاتية، وبشكل خاص بوساطة الاستبيانات، هو السائد. وإلى جانب ذلك يهتم التشخيص في علم نفس الصحة بتسجيل المعارف القائمة على المرض أو الصحة وما يسمى عوامل الخطر "التقليدية" مثل الوزن الزائد أو ضغط الدم أو الكوليسترول المرتفع.

أما مجالات علم التشخيص في علم نفس الصحة فتشتمل على نوعية الحياة والسلوك وسمات الشخصية والمفاهيم أو التصورات والمعرفة والدعم الاجتماعي.

٢,٣,١ نوعية الحياة والسلوك

ولتشخيص نوعية الحياة يتم استخدام نوعين من المقاييس الأول: الاختبارات وفق المفاهيم العابرة للمرض أو الخاصة بالمرض، والثاني أدوات لقياس تمثل المرض أو مواجهته. ومن الأمثلة على المقاييس العابرة للمرض استبيان حالة الصحة (Bullinger & Kirchberger, 1998) واستبيان ماريورغ للإحساس بالعافية المألوفة habitual wellbeing (Basler, 1999). ومن أمثلة الاستبيانات الخاصة بالمرض استبيان نوعية الحياة (Adland, Ganz, Schlag, Heinrich, 1990) ويقاس تمثل المرض أو مواجهته بمقاييس مختلفة مثل الاستبيانات الخاصة بالمرض كاستبيان مرضى الربو واستبيان تنظيم الألم واستبيان تمثل الألم واستبيان مواجهة أمراض الجلد.

أما فيما يتعلق بالسلوك كالحركة والتغذية والنوم والأدوية والوقاية والتدخين وسوء استخدام المواد والسلوك الخطر وانطلاقاً من الارتباط القائم بين

أنماط مُعيَّنة من السلوك والحالة الصحية سواء من جهة تنميتها أم تأديها، فإن أنماط محددة من السلوك تتطور وتترسخ. ومن الأدوات التي يتم استخدامها لقياس السلوك الصحي مقياس السلوك الصحي (Dlugosch & Krieger, 1995) لقياس السلوكات والاتجاهات المتعلقة بالصحة في مجالات التغذية والتدخين والكحول والحركة والأدوية والنوم والعافية العامة والمشكلات الاجتماعية والتعامل مع الصحة والمرض. وهناك استبيان سلوك الأكل أيضاً. (Pudel & Westenhoefer, 1989)، وبعض هذه الأدوات منقول للعربية في صيغ عديدة.

٢,٣,٢ سمات الشخصية

وهناك أدوات متنوعة تقيس مجالات متنوعة من الشخصية مثل النمط "أ" من السلوك أو العداوة أو الغضب، ومن الأمثلة عليها المقابلة المبنية لروزنمان (Rosenman, 1978)، وقناعات الضبط كاستبيان الكفاءة وقناعات الضبط لكرامبن (Krampen, 1991)، ومجال الصلابة أو القساوة Hardiness، المكون من قناعات الضبط الداخلية والالتزام والحماسة أو التحدي، وتقاس بمقياس الصلابة لميدي (Maddi, 1987) على سبيل المثال، ومجال التفاؤلية المقاس باختبار توجه الحياة لشاير وكارفر، ومتوفر في اللغة العربية لبدر الأنصاري، وتوقعات الكفاءة الذاتية المقاسة بمقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة أو الخاصة، ومتوفر باللغة العربية لسامر رُضوان (1997). ومجال مواجهة الإرهاق أو الضغط الذي يقاس باستبيان مواجهة الضغوط (Janke, Erdmann & Kallus, 2002) ومجال الاستعداد Vulnerability والانفعالات السلبيّة المقاسة بوساطة جدول الانفعالات الإيجابية والسلبيّة Positive and Negative affect Schedule (Watson, Clark & Tellegen, 1988)، ومجال إدراك العرض والتعبير عنه المقاس بمقياس بينبكر للكسل اللمبي Pennebaker Inventory of Limbic Languidness (Pennebaker, 1982)

٢,٣,٣ المفاهيم أو التصورات

هناك مجموعة من المفاهيم أو التصورات المتعلقة بالصحة والمرض، منها التنظيم الذاتي مُقابل أبعاد نماذج المرض الشخصية:
التماهي: تصورات المريض حول "طبيعة" مرض ما، على سبيل المثال تصوراته حول الأعراض.

التسبیب: النظريات الذاتية حول أسباب مرض ما، كالتأثيرات الضارة للمحيط على سبيل المثال.

الزمن: تصورات المريض حول الظروف الزمنية للمرض، هل هو حاد، مزمن، دوري -على مراحل acute, chronic, cyclic-episodic

النتيجة أو العاقبة: التقدير الفردي لشدة المرض والتأثير على العافية الجسدية والنفسية والاجتماعية و social Well being physic, psychic
الشفاء: القناعة بتأثير التدخلات.

ولقياس هذه المركبات من المفاهيم أو التصورات طور كل من Weinman, Illness Perception das Petrie, Moss-Morris und Horne (1996) إستیبيان إدراك المرض Questionnaire (IPQ) ويتضمن مقاييس مطابقة (التماهي والتسبیب والزمن والعواقب والشفاء)، وقامت مؤس مورس ومجموعتها بنشر نسخة معدلة في عام (Moss-Morris et al. 2002): IPQ-R (٢٠٠٢)

٢,٣,٤ المعرفة

تلعب المعرفة knowledge بالموضوعات المهمة بالنسبة للصحة أو المرض دوراً أساسياً في إدراك الخطر وممارسة السلوك الوقائي المناسب والعناية بالذات، كالوقاية من العدوى على سبيل المثال، وفي تنمية الصحة، غير أنه حتى الآن لم يتم ترسيخ اختبارات أو مقاييس شاملة حول المعرفة إلا أنه تتوفر مقاييس معرفة جديّة بالنسبة لبعض الأمراض المزمنة، التي تكون فيها المعرفة أساسية لتعاون المريض في العلاج، كاختبار المعرفة بالسكري من النوع الأول على سبيل المثال.

٢,٣,٥ الدعم الاجتماعي

يحتوي مقياس الدعم الاجتماعي على ٥٤ بند تقيس أبعاد الدعم الإنفعالي والدعم العملي والإرهاقات من الشبكة الاجتماعية والتبادلية Reciprocity وتوفر شخص موثوق والرضا عن الدعم الاجتماعي (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007).

٢,٤ تقويم الإجراءات في علم نفس الصحة

يعد كل من هدف التقويم وموضوع التقويم ووقت التقويم المظاهر التي ينبغي مراعاتها في إعداد البرامج؛ أما الهدف فإما أن يكون متجهاً نحو الممارسة أو التطوير أو النظرية، وأما موضوع التقويم فإما أن يكون المدخل أو المطاوعة أو المخرج أو كلها معاً، في حين أن التقويم قد يكون قديماً أو توقعياً anticipatory أو متجهاً نحو العملية أو النتيجة.

فإذا كان التقويم متجهاً نحو الممارسة فيتمثل الهدف من التقويم بتقويم الإجراءات الراهنة لتحسين الرعاية بالأسنان في رياض الأطفال على سبيل المثال. وإذا كان قائماً على التطوير فإن الهدف يكمن في تقديم الأسس للتدخلات اللاحقة من خلال القيم التي تم الحصول عليها من التقويم، وفي حال كان الهدف متجهاً نحو النظرية فينصب الاهتمام على اختيار مدى صلاحية المبادئ أو الأسس النظرية. ومن ناحية موضوع التقويم يقوم تقويم المدخل على تقويم جودة المقاييس أو المواد التعليمية المستخدمة، ويقوم تقويم المطاوعة compliance على تقويم مدى تقبل البرنامج كالعروض الغذائية في برامج التغذية على سبيل المثال، وأما في تقويم المخرج فينصب التقويم على تقويم النتائج المأمولة مثل انخفاض الوزن على سبيل المثال.

وفيما يتعلق بوقت التقويم فقد يكون التقويم توقعياً، أي تقويم عواقب السماح بتناول عقاقير معينة، مثل تناول ما يُسمى "بالعقاقير الخفيفة" على سبيل المثال. وقد يكون تقويماً للعملية، أي المراقبة المستمرة للإجراءات ليتم التمكن من التدخل المباشر، وقد يكون التقويم للنتيجة، أي تقويم مدة فاعلية إجراء ما، كتحليل -التكاليف -الفوائد.

التاسع

التشخيص النفسي في المجال التربوي

١. مقدمة

يحتل التشخيص التربوي مركزاً مهماً في التشخيص النفسي عموماً، ويمثل أداة أساسية من أدوات التقييم واتخاذ القرارات.

ويشير هورستكمپر (Horstkemper, 2006: 56-59) إلى أربعة أسباب تظهر ضرورة

التشخيص النفسي التربوي تتمثل في:

١ - الملائمة: فالدرس لا يكون ناجحاً ومحققاً لأهدافه إلا إذا كان مصمماً وفق حاجات وقدرات وكفاءات المتعلمين.

٢ - الوقاية: فالتعرف على التلاميذ المعرضين لصعوبات في التعلم والنمو ضروري.

٣ - التنمية المتكاملة للمواهب: لا يمكن تحفيز وتنمية الموهوبين والمتفوقين إلا إذا كان قد تم التعرف عليهم مسبقاً.

٤ - التدخل: لا يمكن التدخل إلا إذا تم التعرف على المشكلات وتحديدها، ومن ثم يمكن اتخاذ الإجراءات المناسبة كالتنمية أو التعويض أو غيرها من الإجراءات... الخ.

وتتمثل المجالات الأساسية في التشخيص التربوي النفسي في تحليل الشُّروط والمجرى ونتائج عمليات التعلُّم والتعليم المأسسة^{٥٧}. بهدف الحصول على المعلومات التي تسهم في تحسين Optimize التعلُّم الفردي، وتوجهه التقلّيدي أو التاريخي هو

Institutionalize Learn- and Learning Processes ^{٥٧}

المجال المدرسي ويشكل خاصاً مراعاة الفرد. أما حقول المهام المركزية فتتمثل في استقصاء نتائج التعلم وإعداد مساعدات القرارات لاختيار المسارات المدرسية المختلفة أو طرق التعليم (راجع تعريف التشخيص التربوي صفحة ٤٢). وهناك تعريفات أخرى أوسع توسع المهام إلى خارج المجال لتشتمل على أنظمة التعليم المدرسي والجامعي، أي الإعداد المهني والتدريب المستمر في المؤسسات والشركات، كبرامج التدريب والإرشاد التربوي وتأخذ بعين الاعتبار بيئات التعلم والنمو وإن كانت في الحالة الفردية لا تمارس تأثيراً مباشراً.

أما الأنواع المختلفة العامة من التدخل في إطار الإرشاد الأكاديمي والتربوي فتشتمل على المساعدة الفردية في المشكلات التربوية والمدرسية كمشكلات التعلم والإنجاز والمشكلات السلوكية، وعلى الإرشاد في المسار المدرسي والدراسي والمهني، ومهمته تقديم مساعدات توجه واتخاذ القرار لتحقيق أهداف التعليم، كما يشتمل التدخل على إرشاد النظام. وهو يركز على عمليات التعلم والتعليم وعلى البيئات المؤسساتية وعلى إجراءات في التخطيط والدعم والتقويم والتعديل للعمليات أو الظروف المطابقة.

٢. تشخيص السمات الفردية^{٥٨}

٢,١ الشروط المعرفية للتعلم

يهدف تشخيص الشروط المعرفية للتعلم إلى تحديد شروط التعلم للتعليم المدرسي والمهني من خلال اختبارات القدرات والإنجاز والتركيز، وتحديد أهمية سمات النمو الاجتماعي والانفعالي للطفل. وسنعرض فيما يلي مجموعة من الاختبارات التشخيصية في هذا المجال.

^{٥٨} تم الاعتماد في هذا الفصل بشكل أساسي على فصل تشخيص التربية والتشخيص التربوي ٥٢٨-٥٦٠ Krohne & Hock (2007).

٢,١,١ النمو العقلي- اختبارات النمو

وتهدف اختبارات الذكاء إلى التنبؤ بنجاح التعلّم في المدرسة وإلى تطوير أدوات مطابقة التي يُمكن استخدامها أيضاً في الطفولة المبكرة مثل اختبارات النمو لتقويم مُستوى النمو في مجال أو أكثر من الوظائف، مثل اختبار فينا للنمو (Koller & Deimann, 1998) والمعدل والمُعير بطبعة عام ٥٩ (٢٠٠٢) وهو اختبار لقياس مدى واسع من مُستوى النمو لدى الأطفال بينَ ثلاث حتّى ست سنوات في المجال الحركي والإدراك البصري والحركي البصري والتعلّم والذاكرة والاستعراف واللغة والقدرات الإجتماعية الأنفعالية ويتضمن مجموعة مؤلفة من ١٣ مقياساً فرعياً.

ويُقدّم الجدول ٤٤ عرضاً لمقاييس وأمثلة عن المهام التي يتضمنها اختبار فينا للنمو. والمقياس عبارة عن مهام أو واجبات مصممة بطريقة اللعب، تبلغ مدة التطبيق فيه حوالي الساعة، يضاف إلى ذلك استبيان للوالدين لتقدير استقلالية الطفل من خلال الوالدين (تقويم الآخر)، ويبلغ معامل الثبات حوالي 0.85 وتوجد فيه إمكانية لحساب درجة كلبية تميز مُستوى النمو العام، إلا أن حساب المقاييس الفرعية يعد أكثر فائدة فهو يُقدّم معلومات تُساعد على معرفة المجالات التي يحتاج فيها الطفل للتنمية. ويستخدم الاختبار للتشخيص العريض (مجال واسع) حيث يُستخدم بشكل خاص لغريلة النمو (الفرز) في مجالات مُختلفة من القدرات.

الجدول ٤٤: مقاييس اختبار فينا للنمو

المجال	مثال الاختبار ومهمّة الاختبار
الحركة	دب التعلّم: ربط حبل على رقبة دمية على شكل دب (دب دوب).
الإدراك البصري	تقليد رسم: رسم شكل بسيط على نموذج.
الاستعراف	وضع أو تركيب نمط: وضع النمط من خلال أحجار موزاييك على نموذج.

اللغة	لعبة الدمى: موضوعات موصوفة لغوياً: مثال ("يعض الكلب الأب الذي يمسك بالبت").
القدرات الاجتماعية الإنفعالية	ألبوم الصور: التعرّف على تعابير إنفعالية إيمائية في الصور وفهماها.

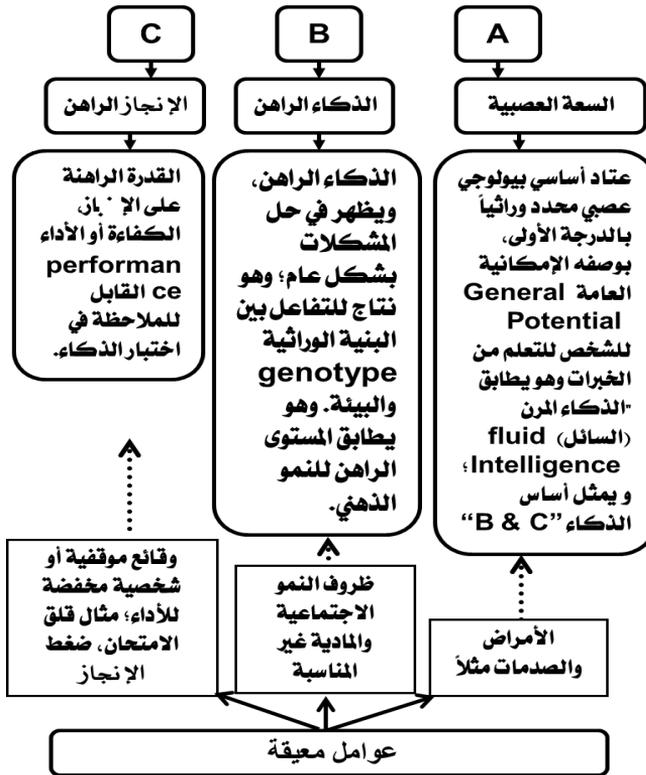
أما فيما يتعلق بالقياس التفرقي أو الأدق للمجالات المختلفة فيتوفر الكثير من الاختبارات الخاصة بالأطفال في سن ما قبل المدرسة وفي سن المدرسة. والمهم عند التفسير أن تتم مراعاة الديناميكية الداخلية Intra individual Dynamic للقدرات المعرفية في هذه السن، وكذلك مراعاة الفروق بين الفردية interindividual التي تكون في هذه السن غير مستقرة بعد labile وأن يكون الاختبار ملائماً للنصائح

المتعلقة بوقت الدخول إلى مدرسة ولكن ليس للتنبؤ عبر مساحة زمنية طويلة.

٢,١,٢ اختبارات تعلم و اختبارات إمكانية التعلم (الديناميكي)

learning potential-Learn tests (Dynamic Test)

تم تطوير اختبارات التعلم وإمكانات التعلم كبديل لاختبارات النمو والذكاء التقليدية (Gardner, 1991). وتعرف اختبارات التعلم بأنها



الشكل ٥٠: المستويات الثلاثة للنظرة للذكاء

أدوات اختبار ديناميكية لقياس الذكاء. أما التصنيف "ديناميكي" فيقصد به هنا أنه يتم في مجرى إجراء الاختبار استثارة تعديلات سلوكية ويتم الاستفادة منها في تشخيص القدرات الذهنية. ويقاس هذا النوع من الاختبارات المستوى الراهن لقدرة ما وكشف إمكانات النمو (إمكانية التعلم) لهذه القدرة، أي طرح مقولات أو بيانات حول درجة وضوح السمة وقابليتها للتعديل. ويؤمل بأن تستطيع اختبارات التعلم وإمكانية التعلم إعطاء أحكام صادقة وعادلة حول إمكانات النمو من خلال استخدام اختبارات التعلم بدلاً من اختبارات الذكاء وبشكل خاص لدى الأطفال من أقليات عرقية أو ذوي الظروف النمائية الاجتماعية والمادية غير الملائمة.

ويمكن توضيح أهداف اختبارات التعلم على أساس التمييز بين ثلاثة مستويات يُنظر فيها إلى الذكاء، ويُقدم (الشكل ٥٠ صفحة ٣٦٠) عرضاً توضيحياً للمجالات والعوامل المعيقة أو المضرة في كل منها.

ويحاول من خلال اختبارات التعلم الكشف عن طاقة أو إمكانية شخص ما من خلال دمج إمكانات التعلم في الإجراء Procedure ومن خلال التغذية الراجعة وتعليم الاستكشاف الذاتي، وتثبيت مراحل التدريب، أي يتم خلق مواقف تعلم يُفترض فيها أن تُتيح طرح مقولات حول الاحتياطات الذهنية التي ما زالت غير ظاهرة حتى الآن. وتحتمل القدرة على الاستفادة من هذا النوع من التحفيز على التعلم في مركز الصدارة. ويتم التفريق بين اختبارات تعلم طويل الأمد وقصير الأمد.

إطار ٤٢: اختبارات قياس الذكاء بعض خصائص تشخيص الذكاء وإمكانات مقياس الذكاء وحدودها

اختبارات قياس الذكاء

بعض خصائص تشخيص الذكاء وإمكانات مقياس الذكاء وحدودها

على الرغم من كل المساعي نحو إعداد اختبارات ذكاء مصممة بشكل مثالي ومنعيرة فهي تظل خاضعة لقيود مختلفة معروفة:

ففيما يتعلق بالتعامل مع الأطفال متوسطي الذكاء فإنه يمكن لنقص التعاون ومشكلات الدافعية وقلق الاختبار ورفض الاختبار أن يجعل من توضيح الذكاء صعباً أو حتى غير ممكن (مثل ذلك أطفال رياض الأطفال أو الأطفال المكتئبين- الخوفين، الأطفال في سن العناد أو في مرحلة ما قبل المراهقة أو المراهقة).

وفي مجال الانخفاض الواضح في الذكاء يرى دوفنر ومجموعته (٢٠٠٠) أن اختبارات الذكاء لا تقدم مساعدة في الغالب، لأن الأشخاص قلما يكونون متوفرين للفحص الاختباري النفسي، وأدوات الذكاء لا تعود قادرة في هذا المجال على التمييز. إلا أن هذه

اختبارات قياس الذكاء

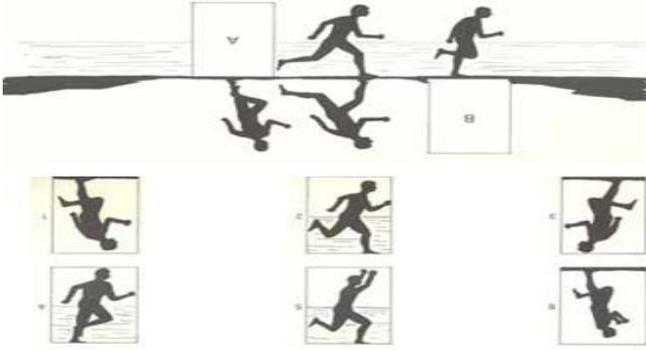
بعض خصائص تشخيص الذكاء وإمكانات مقاييس الذكاء وحدودها الحقيقية لا يجوز أن تقود إلى أنه ينبغي عدم محاولة تشخيص الذكاء لدى الأطفال أو اليافعين المعوقين، بل على العكس يمكن محاولة ذلك على الأقل.

وحول وضع المتفوقين نشير إلى غاردنر (Gardner, 1990) الذي أنهى بشكل صريح في إطار نظرية الإطار Frame Theory للذكاءات المتعددة معامل الذكاء العام، فهو يميز بشكل عام بين سبعة أشكال من الذكاء أو الموهبة: اللغوي والرياضي- المنطقي، والمكاني الحسي الحركي kinesthesia والموسيقى والذاتي Intra personal والبين شخصي interpersonal. وبتحفيز من غراندر يتم اليوم في التفسير الجاد للفعالية (الإمكانية potential clarify) لدى المتفوقين إلى جانب معامل الذكاء، أخذ المحيط الاجتماعي والدافعية والإبداعية Creativity والكفاءات التواصلية والاجتماعية وسمات أخرى من الشخصية بشكل أكثر دقة بعين الاعتبار. وفي عصر الهجرات الواسعة على مستوى العالم لا بد من التذكير بأن الأطفال واليافعين من أبناء المهاجرين لا يعانون من صعوبات مع اختبارات الذكاء الموجودة في البلدان التي يقيمون فيها لأسباب لغوية واجتماعية ثقافية، ومن ثم يكونون محملين فوق طاقتهم، على الأقل في بداية إقامتهم هناك فحسب، وإنما يمكن أيضا لاستراتيجيات التفكير والتعبير الموروثة أن تختلف بشكل كبير عن تلك الموجودة في الغرب. ويرى كل من هيرتسكا ورويكاف (Herzka & Reukauf, 2002) أن الاختبارات المتحررة من اللغة مثل المصفوفات التصاعديّة progressive Matrixes لريفين والأشكال المختلفة- التي يدعى أنها متحررة من الثقافة من الاختبارات المتحررة من الثقافة Culture Free Tests أو النسخة المعدلة من اختبارات SON-R Tests، التي هي عبارة عن اختبارات فردية لقياس الذكاء في جميع المجالات، ولا يحتاج فيها الأطفال إلى التعبير اللفظي أو الكتابي في أثناء التطبيق، والتي يدعى أنها ملائمة للأطفال الذين يعانون من صعوبات في اللغة والتواصل ولأطفال الأسر المهاجرة، بأنها محدودة الاستخدام للتقدير العملي المفيد للذكاء.

كما يمثل الضعف الجزئي في الإنجاز أو القصور النفسي العصبي أو الإعاقات الحسية المركبة أو حتى صور التشنيت الأوتزمية أمثلة أخرى للشروط غير الملائمة لاختبارات الذكاء التي تقيد كل تشخيص شامل وتفريدي بالاختبارات وبشكل خاص تشخيص الذكاء.

٣، ١، ٢ اختبارات التعلم طويل الأمد

تصميم اختبار قبلي - تدخّل - اختبار بعدي - Pretest-Intervention



Posttest -Design مثال:

اختبار التعلّم -

التفكير الاستنتاجي

(Guthke, Jaeger &

Schmidt, 1983) . وهو

اختبار يقيس القدرات

الاستقرائية inductive

للتلاميذ من الصف

السادس حتى التاسع.

الشكل ٥١: التفكير الملموس Concrete reasoning من اختبار SON-R للذكاء غير اللفظي

ويتمّ تحديد المستوى الأولي أو مستوى الانطلاق من خلال اختبار قبلي، ثم يتم إجراء جلستي تدريب في يومين مختلفين (تدخّل؛ تعليم استراتيجيات حل المشكلات في شكل مُعيّر)، وبعد ستة أيام من الاختبار القبلي يتم إجراء الاختبار البعدي من خلال اختبار مكافئ للاختبار القبلي.

٢,١,٤ اختبارات تعلّم قصير الأمد

في اختبارات التعلّم قصير الأمد يتم نقل مرحلة التدريب أو التمرين إلى إجراء الاختبار، حيث لا يتطلب الأمر سوى جلسة واحدة فقط. ويحصل المبحوث على تغذية راجعة صحيحة أو ملائمة لاقتراحات الحل. وقد تمت صياغة تعليمات حل صريحة ومساعدة خاصة بالأخطاء. مثال: اختبار تعلم قصير الأمد بالنسبة لاختبار ريفين (Carlson & Wiedl (1979): عندما يُقدّم المبحوثون اقتراحات حل غير صحيحة يحصلون على تغذية راجعة مفصلة حول الوجوه الصحيحة والخطأ من المهمة. كما يتم التأكيد على السمات ذات الصلة من المهمة في الحلول الصحيحة. ومن الناحية المضمونية يتم في اختبارات التعلّم استخدام المهمات (الواجبات) التي تعد من ضمن الذكاء السائل، بهدف الحفاظ على التعلّم السابق ضمن الحد

الأدنى، بالإضافة إلى ذلك يتم تعليم موجهات الحل بشكل أسهل وأسرع من معرفة الحقائق اللازمة للإجابة عن المهمات من مجال الذكاء البلوري. إلا أنه لا يتم في الوقت الراهن استخدام اختبارات التعلم في الممارسة الميدانية إلا بشكل نادر، لكونها تستهلك الكثير من الوقت، وكثير منها ليس معييراً أو أن تعبيرها مازال مؤقتاً، وكذلك صِدْقُهَا، ومن هنا فإن استخدامها في البحث العلمي أكثر، وهناك حاجة إلى دراسات حول تأثيرات العوامل غير الذهنية، كالدافعية للإنجاز أو قلق الامتحان على سبيل المثال على النتائج، كما تحتاج إلى دراسات حول السؤال عن التصميم المضموني والزمني الأمثل لمراحل التدريب والتغذية الراجعة. وبشكل عام يمثل مبدأ الاختبار الديناميكي بديلاً واعداداً للقياس الموقفي التقليدي classical one-point- Measurement للقدرة الذهنية، التي لا تحقق مطالب التشخيص والتدخل المتفرد والتنموي.

٢,١,٥ التركيز والانتباه

يعد التركيز والانتباه من الشروط المهمة للتعلم الناجح. وتحتل صعوبات التركيز موقع القمة في مشكلات التعلم التي يشير المعلمون إلى وجودها عند الأطفال. وهناك شكل مُفْرِط النشاط من صعوبات التركيز يتجلى في عدم الهدوء وسهولة صرف الانتباه وعدم القدرة على الانتظار وعدم القدرة على إنهاء الواجبات التي يتم البدء بها حتى النهاية وببطء العمل والشروع والتلكؤ.

٢,١,٥,١ أدوات لقياس صعوبات التركيز

لقياس توزيع التركيز في الصفوف (الفصول) المدرسية تم تصميم أدوات ملاحظة يمكن من خلالها توثيق مظاهر مختلفة من سلوك التركيز وعدم التركيز في أثناء الدرس، مثال (Helmke & Rankl, 1992) وهي ملاءمة للمقارنة بين المجموعات التي يتعلق الأمر فيها بفروق في استغلال إمكانات التعلم في أثناء الدرس في الصفوف المختلفة.

الواحد حتى الأربعة موزوعة في الأعلى أو الأسفل أو معاً)، ويتم التقويم من خلال شفافية تقويم. ويطبق الاختبار على المدى العمري بين سن السادسة والتاسعة والخمسين. وتتوفر حول الاختبار بيانات صدق عالية ويعطي قيم سيكومترية عالية. ونظراً لاستقلال الاختبار عن خبرات التعلم اليومية فهو لا يتأثر بالتعلم السابق.

٢,٢ تشخيص السمات الفردية الدافعية والانفعالية

لا تعد السمات الدافعية والانفعالية من الشروط الشخصية للإنجاز بالمعنى الحرفي إلا أنها عوامل يمكن أن تؤثر على التعلم الفردي وعمليات التعلم في المجموعة بشكل كبير جداً. ومن هذه السمات على سبيل المثال لا الحصر الخوف وتوقعات الكفاءة الذاتية ومفهوم الذات والدافعية للإنجاز وقناعات الضبط (مركز الضبط) ومواجهة الإرهاق (الضغط) والعدوانية.

الخوف الشديد: ويعد الخوف الشديد سمة من سمات الشخصية الأساسية المضرة بالإنجاز. وهناك مقاييس كثيرة لقياس القلق عند التلاميذ والطلاب منها استبيان القلق واستبيان قلق الإنجاز ومقاييس قلق الاختبار والقلق العام وعدم الرغبة بالمدرسة، والمرغوبة الاجتماعية كمقياس ضبط control scale. وتعد توقعات الكفاءة الذاتية الشديدة عامل وقاية من القلق في موقف الاختبار.

٢,٢,١ الدافعية للإنجاز

نمط العزو: في مجال تشخيص الدافعية يتم الاهتمام بقياس نمط العزو بالنسبة للنجاح وال فشل، مثال ذلك استبيان العزو في مواقف الإنجاز (Kessler, 1988).

مواجهة الإرهاق (الضغط): تتوفر مجموعة من المقاييس لقياس مواجهة الضغوط منها على سبيل المثال استبيان لقياس الضغوط ومواجهته في سن الطفولة واليفوع بين سن الثالثة والثامنة لقياس الحساسية للضغوط أو التوتر، أي مقدار الإحساس بالضغوط في المجال الاجتماعي ومجال الإنجاز، والتفضيلات بالنسبة

لاستراتيجيات مواجهة مُعيَّنة والأعراض النَّفسية والجسدية للضغط. وتبلغ حدود الثبات بين ٠.٦٦ و ٠.٨٩ (Lohaus, Eschenbeck, Kohlmann & Klein-Hessling, 2006).

اختبارات تقيس مدى واسعاً ومنها مقياس هامبورغ للشخصية للأطفال (Wagner & Baumgaertel, 1987) ويتم استخدامه بين سن ٩-١٣، ويتراوح ثباته بين

٠.٨٢ و ٠.٩٠. ويقيس هذا الاختبار السمات التالية:

(١) اضطرابات الإنجاز المرتبطة	(٢) الخوف والشكاوى الجسدية
بالانفعالات (الشعور بعدم الثقة والقصور ونقص القدرة على التركيز في مطالب الإنجاز.	(التوقعات القائمة على القلق وأعراضها الجسدية المرافقة)
(٣) العدوانية	(٤) العصابية
(٥) الاستجابة للفشل (الدافعية للإنجاز والاستجابات العصابية على خبرات الفشل)	(٦) الانبساطية (النشاط والاجتماعي، الاستعداد للاتصال، الاستقلالية في التصرف).

وتتنوع استخدامات أدوات قياس السمات الدافعية والانفعالية في المجال التربوي منها على سبيل المثال لجعل الانطباعات وسمات الطفل موضوعية، أي للتحديد الإجرائي لها، ولتحديد عوامل الخطر الشخصية ولاختيار الفرضيات حول العلاقات بين بيئة التعلم أو الممارسات التربوية وبين نمو الشخصية، إلا أنه لا بد من التحذير من استخدامها وحدها لاتخاذ القرارات التشخيصية الفردية.

٢,٣ استراتيجيات التعلم

يقصد باستراتيجيات التعلم أنماط السلوك التي يستخدمها المتعلم بهدف اكتساب المعرفة. وتمثل المعرفة حول استراتيجيات التعلم المطابقة الأساس النظري لتحسين سلوك المتعلم.

٢,٣,١ فئات استراتيجيات التعلّم

و تقسم استراتيجيات التعلّم إلى ثلاث فئات:

١. استراتيجيات المعلّومات: وهي التمثل أو الاستيعاب المباشر للمعلّومات التي يتم استقبالها: (إعادة الوقائع، القواعد/العلاقات)، وتفصيل المادة أو التوسع بها Elaboration (بناء إرتباطات عرضانية بما هو معروف مُسبقاً، إيجاد أمثلة من الحياة اليومية على سبيل المثال) والاختبار النقدي للطروحات (من خلال تحليل تبريراتها /عدم تناسبها مع الفروض المنافسة) والتنظيم من خلال اختبار المعلّومات المتوفرة في صيغة أسهل على الاستيعاب (جداول، رسومات... الخ على سبيل المثال).
 ٢. استراتيجيات الضبط/استراتيجيات إستغرافية عليها Meta Cognition: وهي تسمية تطلق على محتويات المعرفة حول المعرفة أو المهارات أو إمكانات التعلّم. وتقوم على التخطيط والاستيعاب المضموني لمراحل التعلّم (كطرح الأسئلة حول النص على سبيل المثال)، ومراقبة التقدم في التعلّم والتصرّف عند ظهور الصعوبات (كأخذ استراحة والعودة فيما بعد إلى النص من جديد على سبيل المثال).
 ٣. إدارة الموارد/استراتيجيات الدعم: وهي تصف أنماط السلوك الداعمة للتعلّم التي تُهدف إلى تحسين Optimization ظروف التعلّم، سواء الظروف الداخلية (كالتركيز والاستعداد لبذل الجهد مثلاً) أم الخارجية (كتنظيم مكان الدراسة مثلاً).
- ويقصد بأسلوب التعلّم (نمط أو طريقة التعلّم) التفضيلات الثابتة زمنياً إلى حد ما للشخص بالنسبة لتقنية معينة من اكتساب المعرفة.

^{١١} تترجم إلى ما وراء الاستعراف أو ما وراء المعرفة ونفضل استخدام مصطلح الاستعرافات العليا، فهو أكثر دلالة ومعناها المعرفة حول المعرفة.

٢,٤ نمط التعلّم وتوجه التعلّم

تطلق على عملية التطعيم بين استراتيجيات التعلّم ودافعية التعلّم تسمية التوجه نحو التعلّم (أو توجهات التعلّم Learn orientation). وتقسم إلى:

- **التوجه نحو المدلول أو القصد** Meaning orientation، أي سلوك التعلّم المدفوع داخلياً والمتجاوز للبرنامج أو الخطة الواجبة، والذي يتصف بشكل أساسي بالأشكال العميقة والمفصلة أو الموسعة من استيعاب المعلومات.
- **وإلى التوجه نحو الاستعادة** Reproducing orientation: وهو سلوك التعلّم المدفوع خارجياً (من خلال الامتحان القادم أو الخوف من الرسوب على سبيل المثال)، الذي يقوم في الأغلب على حفظ العوامل المنضردة وهو أقرب ما يكون للسطحي. وما زالت هناك حاجة كبيرة فيما يتعلق بالسؤال عن فاعلية استراتيجيات التعلّم وتوجهات التعلّم؛ فالاستخدام المتزايد للاستراتيجيات المفصلة أو الموسعة والتنظيمية لا يرتبط دائماً مع النجاح الجيد في الامتحان، وربما يكون التعلّم الحفظي للحقائق المنعزلة هو بالفعل الشكل الأكثر فاعليةً للتحضير للامتحان.

٣. نتائج التعلّم

٣,١ الامتحانات

الامتحانات (الاختبارات المدرسية) الشفهية والكتابية هي أكثر الوسائل التي يستخدّمها المعلمون في المدارس والجامعات، لقياس نتائج التعلّم. ويتم التوثيق من خلال الدرجات والشهادات، التي تمثل موجهات مهمة لمسيرة حياة الإنسان. إلا أن هذه الأشكال من الاختبارات كثيراً ما تكون محملة بدرجة كبيرة من نقص الموضوعية والثقة في إعطاء الدرجات وذلك بسبب كل من:

- المطالب المختلفة للامتحانات من حيث المحتوى والصعوبة بين المعلمين والمدارس والمناطق.
- اختلاف محكات التقويم.

٣,٢ اختبارات الإنجاز المدرسي المنهجية أو الرسمية formal Scholl achievements Tests

تمثل اختبارات الإنجاز المدرسي بديلاً لتقويم الإنجاز المدرسي التقليدي. وهي تُهدَف إلى إعطاء صورة موضوعية وثابتة وصادقة عن نتائج التعلّم المدرسي. وهي عبارة عن اختبارات إنجاز مدرسي منهجية، أي أنها مصممة على أساس سيكومتري من خلال التّحديد المُسبق للأهداف ولبرامج التعلّم السارية عموماً وتكون مُعيّرة بالنسبة لكل صف مدرسي ولكل نوع من أنواع المدارس. وتقاس هذه الاختبارات مُستوى الإنجاز الفردي لكل تلميذ على حدة والمستوى العام في الصفوف (الفصول) أو في المدارس أو في المناطق مع مراعاة الخصوصيات المحلية التي ربما تكون موجودة والأوضاع المدرسية التي قد لا تكون مُلائمة.

٣,٣ اختبارات الإنجاز المدرسي غير المنهجية أو غير الرسمية informal Scholl achievements Tests (المذاكرات)

وهي عبارة عن تجميع لأدوات يقوم بها المعلم بدعم من المتخصّص النفسي في بعض الأحيان تكون متوافقة مع مطالبهم أو محتويات تعليمهم الخاصة، فيحصل المعلمون بهذا على معلومات حول مستوى التعلّم عند المجموعات أو عند تلاميذ منفردين، الأمر المهم بالنسبة لهم التحضير للتعليم (تحضير الدروس) والتخطيط له. إلا أنه لا تتوفر لهذه الاختبارات تعبيرات ممثلة وتحليلات منهجية سيكومترية على الأغلب.

٣,٤ قياس تحقيق الأهداف التعليمية

في الاختبارات القائمة على الأهداف التعليمية يتعلق الأمر بالسؤال فيما إذا كان المستوى المحدد مسبقاً يكفي لتغطية الإنجازات وبأي مقدار، وتقويم تحقيق أو عدم تحقيق الأهداف التعليمية لدى الطلاب بوساطة الدرجات أو العلامات. ويلعب الصدق المضموني دوراً مهماً خاصاً في تصميم الاختبارات القائمة المرجعة للأهداف التعليمية، أي مدى أهمية المهمات المطروحة في الاختبار فيما يتعلق بالأهداف التعليمية، والتأكد من أن كل الأهداف التعليمية ذات الصلة ممثلة في الاختبار

بأوزان مناسبة (لتحسين الدرس Optimization) من خلال التجميع المنهجي للمطالب

السُّلوكية والمضامين: وتشتمل

١. التَّدْكَرُ: مَعْرِفَةُ البَيَّانَاتِ والوقائع والقوَّاعِدِ والأوصاف واستخدام التقنيات

وطرق التعامل المْتَمَرَّنْ عَلَيْهَا والتي تمت مُعَالَجَتُهَا (تدريسها)،

٢. إعادة التَّنْظِيمِ: الاختيار والتَّنْظِيمِ والاستيعاب وعرض المَوْضُوعَاتِ المعروفة

بشكلٍ مستقل.

٣. النقل Transfer: تعميم أو نقل المْتَعَلِّمِ إلى مواقف جديدة قابلة للمقارنة.

٤. حل المُشْكَلاتِ: المُعَالَجَةُ الخلاقَة للمهمات الجديدة بهدف الوصول المستقل

إلى الحلول والاستنتاجات والتَّقْوِيمَاتِ.

وتَحْدِيدِ المدى الذي يَجِبُ فيه التمكن من المَهْمَاتِ، ليَكُون تحقيق الهدف

صَادِقاً، وهنا تنبع ضرورة وضع مَحَكٍّ للكفاءة competence criterion. وفي الحَالَةِ

الأبسط يَتِمُّ استخدام التَّصْنِيفِ الثنائي: هل حقق الطالب (س) تحقيق الهدف (ج)

أم لا؟ أما الإجراء الذي يَتِمُّ اتباعه في تَحْدِيدِ قيمة الفصل الحرجة (نقطة القطع)

فَيَتِمُّ مِنْ خِلالِ مُقَارَنَةِ المجموعة أو مِنْ خِلالِ تَقْدِيرِ الخُبْرَاءِ. أو يَتِمُّ التَّقْوِيمِ مِنْ

خِلالِ الدَّرَجَاتِ: وهنا تنبع ضرورة تكميم دَرَجَةِ تحقيق الهدف. ويظل ميدان الأبحاث

الْمُتَعَلِّقَةِ بتطوير وتجريب الطرق الملاءمة التي تقود إلى اتخاذ قَرَارٍ عَادِلٍ مَوْضُوعاً

مُهْماً للبحث.

٤. التشخيص في المسار المدرسي

يَتِمُّ مِنْ خِلالِ استخدام الأدوات التَّشْخِصِيَّةِ في إرشاد المسار المدرسي فَحْص

فيما إذا كَانَتْ شُرُوطُ التَّعَلُّمِ عِنْدَ الأطفال تتلاءم مع المَطَالِبِ المدرسيَّةِ، حيث يسعى

المرء مِنْ خِلالِ ذلك إلى أن يَتِمُّ تجنب الخبرات المحبطة مِنْ خِلالِ نقص أو زيادة

المَطَالِبِ المدرسيَّةِ.

٤,١ الالتحاق بالمدرسة

ويتم من خلال اختبارات الدخول إلى المدرسة (اختبارات الكفاءة المدرسية) فحص فيما إذا كان الطفل الذي هو في سن الدخول إلى المدرسة يستطيع المشاركة بنجاح في الدروس الأولية أم لا، وذلك بهدف منع فرط الإجهاد (فرط الضغط) على الأطفال الذين مازالوا غير قادرين على الدخول للمدرسة بعد. إلا أن اختبارات الالتحاق بالمدرسة ليست ضرورية وذلك لأن ٩٠٪ من التلاميذ تقريباً يحققون النجاح في نهاية السنة المدرسية الأولى، ومن ثم يُعتقد بأن الاختبارات المطابقة هنا لا تقدم فائدة إضافية، غير أنه في الحالات غير الواضحة فإنه لابد من استخدام اختبارات الالتحاق بالمدرسة.

٤,٢ التحويل إلى مدارس خاصة

يعد الأطفال الذين لا يستطيعون النمو بشكل كاف في المدارس العامة أطفالاً بحاجة إلى مدارس خاصة، والأطفال الذين هم بحاجة للمدارس الخاصة هم أولئك الأطفال الذين:

- لديهم إعاقات جسدية مختلفة (كف البصر، الصمم على سبيل المثال).
- اضطرابات سلوكية (انحرافات واضحة طويلة الأمد وثابتة في السلوك الاجتماعي والخجل والعدوانية على سبيل المثال)،
- الإعاقات العقلية (الناجمة في الغالب عن الأضرار الدماغية واضطرابات الوظائف الدماغية والتثبيتات في مجالات الإدراك والحركة واللغة والاستعراف)،
- إعاقات التعلم (القصور الواضح في التعلم والذي لا يكون شديداً مثل الأطفال المعوقين عقلياً).

أما المحك الرئيسي للتحويل للمدرسة الخاصة فهو نقص الإنجاز (تخلف الإنجاز) بمقدار أكثر من سنة. ويتم هذا التحديد من خلال استخدام اختبار الملاءمة المدرسية بهدف التحديد الموضوعي للتخلف المدرسي. ومن المهم هنا هو التأكد من أن التخلف المدرسي لا يرجع إلى سمات بيئة التعلم (غياب التعليم).

كما ينبغي أن يكون معامل ذكاء الطفل واقعاً تحت (٨٥)، وهنا لابد من الوقاية من تحويل الأطفال الذين على الرّغم من أنهم يُظهِرون قصوراً في التعلّم إلا أن قدرتهم على التعلّم غير متضررة. وهنا يُنصَح باستِخدام اختبارات غير لفظية. ويتم إجراء "اختبارات التّحديد" في العادة من المتخصّص بالتربية الخاصة، أما الإجراءات فهي مُختلفة جداً حسب مجالات المُشكلة الملموسة للفرد. وتمثل الملاحظة في الدرس التجريبي والاختبارات غير الرسمية والاختبارات النفسية، بما فيها اختبارات الذكاء، أساس التّقرير. ويعد تحويل الطُلاب إلى مدارس خاصة للمعوقين تعليمياً من المهمّات الحساسة في إطار إرشاد المسار المدرسيّ.

٤,٣ الانتقال إلى مدارس أخرى

ينبغي لإرشاد المسار المدرسيّ في الانتقال إلى مدارس أخرى (مرحلة أخرى من التعليم) أن يسترشد بإمكانات التعليم المدرسيّة ويهيئ مساعدات اتخاذ القرار بالنسبة لاختيار نوع المدرسة.

الأسس التي يتم الاسترشاد بها:

١. النتائج المدرسيّة حتّى الآن (وهي نتائج مشكوك بها لأنها تتعلق أيضاً بكثير من العوامل غير العقليّة، كدافعية الإنجاز والقلق والدعم الاجتماعيّ... الخ).
٢. نصائح وتقديرات المعلمين
٣. توقعات واهتمامات (ميول) التلميذ ووالديه
٤. نتائج اختبارات القدرات والإنجاز "كاختبار الانتقال".

٥. تشخيص خصائص البيئة والمنظومة

تعد خصائص البيئة المدرسية مهمة بالنسبة للنمو المعرفي والانفعالي والاجتماعي للأطفال.

٥,١ بيئة المدرسة والصف

تستند مفاهيم بيئة المدرسة والصف (الفصل) إلى إدراك و تقويم الظروف المادية والاجتماعية والبشرية في مدرسة ما أو صف دراسي ما من قبل التلاميذ أو المعلمين. ويعرفه سالدن و ليتنغ (Saldern & Litting, 1987) بأنه الإدراكات الذاتية والتقويمات الشخصية والخبرة الذاتية للمظاهر المتعلقة بالمدرسة والدرس من خلال التلميذ. وتحدث عن الجو الاجتماعي أو البيئة الاجتماعية بداية عندما يكون هناك مقدار معين من التطابق بين بيانات التلاميذ. ويتمثل الهدف الأساسي لأبحاث بيئة المدرسة والفصل في تحديد تأثيرات السمات النوعية لبيئة التعلم على الإنجاز والسلوك الاجتماعي للتلاميذ. وتتوفر مقاييس لقياس بيئة المدرسة منها على سبيل المثال مقاييس لاندواو لجو المدرسة Landauer Scales for Social climate (Saldern & Litting, 1985, 1987) وتتضمن موضوعات حول العلاقات الاجتماعية في المدرسة، وهي موجهة إلى التلاميذ منذ الصف الرابع وتبلغ مدة تطبيقها حوالي الساعة، ويعطي صورة حول سمات مختلفة للتفاعل بين المعلم والتلاميذ وبين التلاميذ مع بعضهم، والسمات العامة للدرس من خلال ١٧ مقياساً، ومدى الثبات يتراوح بين ٠,٧٦ و ٠,٨٩.

مقاييس علاقة المعلم التلاميذ:

(١) اهتمام المعلم	(٢) العدوانية تجاه المعلم
(٣) الرضا عن المعلم	(٤) السلطة، أسلوب القيادة لدى المعلم
(٥) التفضيل والظلم في معاملة المعلم	

مقاييس علاقة التلاميذ ببعضهم

(١) مقدار تشكل الزمر (العصابات clique)	(٢) استعداد التلاميذ للمساعدة
(٣) العدوانية ضد التلاميذ	(٤) التمييز بين التلاميذ
(٥) الرضا بين التلاميذ عن بعضهم	(٦) سلوك المنافسة للتلاميذ بين بعضهم

السّمات العامة للدرس

(١) ضغط الإنجاز	(٢) الرضا عن الدرس
(٣) الانضباط والنظام	(٤) كفاءة المعلم في توصيل مضامين التعلّم
(٥) الاستسلام resignation	(٦) المشاركة المنخفضة في الدرس.

ولقياس البيئة يتم جمع تقديرات الوقائع التي تم استقصاؤها عن تلاميذ الصف كلهم، وتمثل قيم المقاييس متوسط رؤية رابطة الصف. ويمكن تنفيذ الاختبار في ثلاثة متغيرات:

الأولى هي المتغيرة الواقعية Real Variant وهي المتغيرة القياسية، حيث يتم سؤال التلاميذ عن إدراكهم للمعطيات الوقائية (لما هو قائم واقعياً)، والثانية هي المتغيرة المثالية Ideal Variant وتساأل التلاميذ عن البيئة المثالية في الصف، والثالثة هي متغيرة المعلم Teacher Variant، وهي تقيس حكم المعلم على الوقائع القائمة.

٥,٢ سلوك المعلم وتفاعل المعلم والتلاميذ

لقياس سلوك المعلم وتفاعل المعلم مع التلاميذ هناك عدد من أدوات الملاحظة المنهجية. وقد ظهرت الإشكالية عند المعلم والتلاميذ هنا في توزيع الأفعال الكلامية، فحوالي ٦٠٪ من الكلمات المنطوقة تقريباً في الحصة الدراسية نشأت من المعلم (النسبة ٤٥ إلى ١ بين تعابير المعلم وتعابير التلاميذ منفردين)، فأوقات الكلام تعطينا دلائل على مقدار توجيه الدرس من خلال المعلم وتنمية أو تقييد مشاركة التلاميذ. ومن هنا فإنه من الضروري مراعاة السمات أو الخصائص المضمونية.

فئات فلاندرز التفاعلية (Flanders, 1970; Hanke, Mandl & Prell, 1974)

تحدد منظومة ترميز السلوك اللفظي للمعلمين والتلاميذ فواصل زمنية لتدفق التفاعل، حيث يتم كل ثلاث ثوان تسجيل الفئات التالية:

تعايير المعلم		
(٣) إلقاء تعليمي	(٢) يطرح أسئلة	(١) يتقبل المشاعر
(٥) يعطي إرشادات		(٤) يمدح ويشجع
(٧) ينتقد أو يبرر سلطته		(٦) يتقبل أو يستخدم أفكار التلميذ
تعايير التلميذ (الطالب)		
يبادر		يجيب

والى جانب تعداد سلسلة الفئات يُمكن إجراء تحليلات تتابعية sequential analysis تعطينا دلائل على تسلسل أو تعاقب أنماط السلوك في الدرس. وبسبب الصورة غير التمييزية جداً لسلوك التلاميذ قام أوبر (Ober) بإعادة تعريف الفئات التسعة بحيث تصبح قابلة للاستخدام بالنسبة لسلوك التلميذ والمعلم بالمقدار نفسه لتصبح على النحو التالي:

(١) يسهم في تحمية بيئة الصف	(٢) يتقبل
(٣) يوسع مساهمة شخص آخر	(٤) يحفز يستثير
(٥) يعطي إجابة	(٦) يوحى، يحرك
(٧) يوجه (يقود)، يأمر	(٨) يصحح
(٩) يسهم في "تبريد" بيئة الصف	(١٠) يصمت، يرتبك.

وتمتلك أدوات الملاحظة إمكانية التطبيق في تأهيل المعلمين والتدريب المستمر (التربية العملية تحت الإشراف)، فيحصل معلمو المستقبل من خلال ذلك على تغذية راجعة دقيقة حول سلوكهم وتأثيرهم المباشر على التلاميذ. ومن خلال ذلك يُمكن أن تنشأ مؤشرات قيمة بالنسبة للتعديل الضروري للسلوك في مقتضى الحال.

٥,٢,١ قائمة المعلمين

تقيس قوائم المعلمين Teachers Inventory (Lukesch, Haenisch, Kischkel & Fend, 1982) أبعاد سلوك المعلم ويشكل خاص المظاهر التعليمية الطرائقية methodic- didactic Aspects والتي تعد مؤشرات جيدة على فاعلية المعلم، ويتم فيها

تَقْوِيم سُلُوك المعلم من قبل التلميذ. ويتضمن مَقاييس: تَنْظِيم الدرس مُقَابِل عَدَم تَنْظِيمه و الصرامة مُقَابِل التوجه نحو الطالب والرقابة (الإحاطة بوقائع الصف) وتضييع الوقت مُقَابِل استغلال الوقت. ويتراوح معامل الثبات بَيْنَ ٠.٨٠ و ٠.٨٨.

٥,٣ العلاقات بين التلاميذ

يتم استخدام أدوات سوسيو مترية للفحص التفصيلي لبيئة العلاقات بين المجموعة مثل الرسم الإجماعي (السوسيوغرام)، حيث يشترط هذا النوع أن يكون الأشخاص على معرفة بعضهم أو قادرين على تقييم أنفسهم فيما يتعلق بالعلاقات المفحوصة. وهي تهدف إلى توضيح النوعية الانفعالية للعلاقات داخل مجموعة ما، أي نمط الانسجام sympathy أو عدم الانسجام أو Antipathy أو عدم الأهمية indifference. ويطلب من أفراد المجموعة، على الأغلب في إطار سؤال خطي، اختيار أفراد المجموعة وفق محكات محددة. ويتم صياغة المحكات في الغالب على شكل صيغة سؤال: "بجانب من تحب الجلوس؟" أو "مع من تحب قضاء الإجازة؟". ويتم ترتيب العناصر على النحو التالي: الأشخاص الذين يحصلون على اختيارات إيجابية يوضعون في المنتصف، أما الأشخاص الذين لا يحصلون على ترشيحات أو يحصلون على ترشيحات سلبية فيوضعون في المحيط.

٦. التفاعلات الأسرية وأسلوب التربية

يعد قياس التفاعلات الأسرية وأسلوب التربية ضرورياً لتوضيح الأسباب الممكنة للسلوك المشكل لدى الطفل (المشكلات الانفعالية والاجتماعية والدافعية)، وعند وجود شك في قصور في الكفاءة، أسهم فيها سلوك التربية وسمات أخرى في البيئة الأسرية للطفل أو تم تثبيتها من خلال هذا السلوك التربوي (كالعقاب الشديد، مطالب شديدة في الإنجاز، إهمال... الخ)، كما أن سبر التربية يعطينا معلومات حول الإجراءات التصحيحية التي ينبغي القيام بها في حال الضرورة التي تتوجه نحو سلوك الوالدين أو سمات التفاعل بين الوالدين والطفل أو العلاقة بالوالدين. بالإضافة إلى تحديد عوامل الخطر بالنسبة لمشكلات السلوك (على

سَبِيلِ الْمَثَالِ يُمَكِّنُ مِنْ خِلَالِ غَلْبَةِ التَّغْذِيَةِ الرَّاجِعَةِ السَّلْبِيَّةِ وَعَدَمِ اتِّسَاقِ سُلُوكِ التَّرْبِيَةِ أَنْ يَتِمَّ تَحْفِيزُ نُمُوِّ الْقَلْقِ لَدَى الطِّفْلِ، وَالاسْتِخْدَامِ مِنْ أَجْلِ التَّقْوِيمِ وَالضَّبْطِ الْفَرْدِيِّ لِلْفَاعِلِيَّةِ فِي بَرَامِجِ التَّدْخُلِ لِتَحْسِينِ عِلَاقَةِ الطِّفْلِ - الْوَالِدِينَ.

٦,١ تصنيف سلوك الوالدين

٦,١,١ المعرفة بالتربية

أي الاتجاهات والأهداف والقناعات المؤثرة القائمة على علم نفس الحياة اليومية حول التربية.

٦,١,٢ الممارسات التربوية

الفئات النوعية من أنماط السلوك القائمة على الطفل التي يتم إظهارها في حالات أو مواقف التربية المنهجية education methodic Situations . وغالباً ما لا تتطابق المعرفة بالتربية، كرفض العقوبات الجسدية على سبيل المثال، مع الممارسات التربوية. وفيما يتعلق بالتأثير على الطفل فإنه من المؤكد أن السلوك الذي يمارسه المربون أهم من اتجاهاتهم.

وتُعرَّف أنماط أو أساليب التربية بأنها عبارة عن ميول الوالدين لإظهار ممارسات تربوية معينة. وتتباين هذه الميول بين الأفراد إلا أنها ثابتة ضمن الفرد الواحد. وتطلق عليها أيضاً أساليب التنشئة.

٦,٢ قياس أسلوب التربية

يتم قياس أسلوب التربية أو التنشئة من خلال الاستبيانات والملاحظات. أما الملاحظات المنهجية فهي أقرب للنادرة لأسباب متعلقة بالوقت. ويتم في هذه الاستبيانات أو الملاحظات سؤال الطفل والوالدين أو المربين الآخرين وسؤال شخص ثالث حيادي.

٦,٣ أدوات لقياس التربية المعاشة من الطفل

قائمة أسلوب التنشئة (Krohne & Pulsack, 1990; 1995) وهي عبارة عن استبيان لقياس أسلوب التربية الذي يعيشه الطفل يُستخدَم مع الأطفال بدءاً من سن الثامنة، وتبلغ مدة التطبيق حوالي ٢٠ دقيقة. ويتوفر منه نسخة للأُم ونسخة للأب، وجميع البنود مصاغة بشكلٍ متماثل عدا عبارات التأييد والتذكير. ويتألف الاستبيان من ستة مقاييس لها معامل ثبات مقبول بين ٠,٧٧ و ٠,٩٢. باستثناء مقياس شدة العقاب. وهذه المقاييس هي:

١. الدعم: يريني والدي (والدتي) كيف تتم الأمور التي أُرغب بالتعامل معها.	٢. التقييد: تقول لي أمي (يقول لي أبي) أنني ما زلت صغيراً بالتنسبة لعمل الأشياء التي أحب عملها.
٣. المديح (التغذية الراجعة الإيجابية): تسر أمي (يسر أبي) عندما أساعد في عمل ما.	٤. اللوم: يتضايق أبي (تتضايق أمي) عندما أعاند.
٥. شدة العقاب: عندما لا أعود في الموعد إلى البيت... a.... يستاء (تستاء) مني b.... يظهر (تظهر) لي أنني سببت له (لها) الهم. c.... يزرني (تزرني)	٦. التناقض Inconsistency: لا تظهر أمي (لا يظهر أبي) خلال فترة طويلة بأن شيئاً ما أزعجها (أزعجه) ولكن بعدئذ تغضب (يغضب) فجأة بجد.

٦,٤ منظومة الاختبار التشخيصية الأسرية

منظومة الاختبار التشخيصية الأسرية Family diagnostic Test system (Schneewind, Beckmann & Hecht-Jackl, 1985)، وهي عبارة عن قائمة أسئلة لقياس مظاهر العلاقات الأسرية من منظور المشاركين الوالدين والأطفال بين التاسعة والرابعة عشر من العمر. وتحدد هذه الأداة بشكلٍ واسع جداً متغيرات ذات أهمية تربوية على مستويات ثلاثة مختلفة:

١. علاقة الوالدين - الطفل: الاتجاهات والأهداف والممارسات التربوية. ويتم قياسها باختبارات مستقلة.
- الاتجاهات التربوية: ويتم قياسها بمقاييس التساهل Permissively، ونقد الذات، والجمود السلطوي، والسعي والطمأنينة (هدوء النفس) والسيادة أو السلطة sovereignty والتجريب والتناقض Inconsistency والانفتاح.

- الأهداف التربوية: وتشتمل الاسترشاد بالمعايير الدينية، تشجيع التخفيف من الأعباء المنزلية، الاستقلالية وسعة الأفق، مطالب التعليم والامتثال .conformity
- الممارسات التربوية: الأشكال المختلفة من التغذية الراجعة الإيجابية والسلبية (كالاتمام الحاني، المكافأة المادية، الحرمان من الحب، العقاب الجسدي على سبيل المثال).

٢. علاقة الزوجين: اختبارات مستقلة لكلا الشريكين و تتضمن المقاييس الفرعية:

- الحنان: الرضا المعاش في الزواج
- الصراع: مقدار المواجهات الزوجية الصريحة.
- عدم الرضا الاستسلامي resignative: المشكلات الأسرية التي تتجلى في الالتفاف الاستسلامي للداخل، والقمع الذي ظهر لدى النساء في وضعية أقرب للثفاني والإذعان أو التنازل، ولدى الرجال في وضعية اتهام لسيطرة الزوجة.

٣. بيئة الأسرة (Family Environment Scale (Moos,1974): ويصف مستوى المنظومة ككل ويتضمن ثلاثة اختبارات تستند إلى تقديرات الأم أو الأب أو الطفل. ويشتمل كل اختبار على عشرة مقاييس:

- التعاضد، الانفتاح، الميل إلى الصراع،
- الاستقلالية، التوجه للإنجاز، التوجه الثقافي، الاستغلال الفاعل لوقت الفراغ، التوجه الديني،
- التنظيم، الضبط.

ويبلغ معامل الثبات حوالي ٠,٨٠، ومدة التطبيق بين ١٥ - ٣٠ دقيقة. ولعل ميزات هذه المنظومة تكمن في بنائها المرن، إذ يمكن استخدام الاختبارات بالشكل المرغوب حسب المسألة التشخيصية المطروحة.

٦,٥ اختبار تفاعل الأُسْرَقْرُوضَة الأطفال (Sturzbecher & Freytag,

:2000)

ويستخدم للأطفال بين الرابعة والثامنة لفحص السمات النمائية ذات الصلة للتفاعل بين الطفل والمربين. وهو مصمم بطريقة لعبية ويبلغ زمن التطبيق بين ٢٠ - ٣٠ دقيقة. ويتم تنفيذ الاختبار على شكل لعبة "غالبا"، "أحيانا"، "نادرا"، "لا"، ويتم توضيح "قواعد اللعب" ثم يتم إدخال الموقف المشكل: "عندما تلون أو تُركب أشياء هل تنجح دائما في كل شيء؟" لقد حصل لي غالبا أنني أردت أن أعمل شيئا ولكنه لم ينجح. هل حصل لك ذلك أيضا؟

ثم يتم الاستفسار عن تكرار أنماط محددة من سلوك الطفل ومن أنماط السلوك التربوي في هذا الموقف:

"عندما لا تنجح في أمر ما، فهل تروي هذا عندئذ ل(س)؟ أو...عندما لا تنجح في أمر ما هل يقوم (س) (الشخص الهدف) بتعليمك كيف يمكنك أن تفعل هذا بشكل أفضل؟"

والأسئلة مطبوعة على بطاقات يُفترض للطفل أن يرميها في "صندوق غالبا" أو "صندوق أحيانا" أو في "صندوق نادرا" أو في "صندوق أبدا"، مع العلم أنه لكل صندوق لون مختلف لتسهيل الترتيب. ويتضمن الاختبار وصفاً لستة أنواع من المواقف تشتمل على (٦٣) بنداً من البطاقات، التي يُفترض تصنيفها:

(١) المواقف المشكّلة	(٢) مواقف الهم أو الغم	(٣) مواقف التعاون
(٤) مواقف الصبر	(٥) مواقف المزاح	(٦) مواقف الأفكار

ويبلغ الثبات بين ٠,٤٩ و ٠,٧٩. إلا أنه لم يتم في الغالب تحقيق المدى اللازم للتشخيص الفردي.

٦,٦ ملاحظة

يُفترض أن يتم قياس انطباع التربية الوالدية على مستوى الاستبيانات، إلا أنه لا بد لنا من أن نأخذ بعين الاعتبار أنه من الممكن أن تبرز ميول الإجابة في شكل سلوك المرغوبة الإجتماعية لإظهار جو أسري منسجم بشكل عام أو لإخفاء مواقف

الصراع الأسريّة أو كليهما. كما ينبغي التزام الحذر في البيانات التي يتم الحصول عليها من الأطفال الأصغر حيث تتأثر البيانات بالأحداث الماضية القريبة بشكل أقوى مما هو الأمر لدى الأطفال الأكبر والراشدين. وغالباً ما يصف الأطفال سلوك كلاً الوالدين بشكل مشابه جداً، في حين يصف الوالدان سلوكهما بصورة مختلفة، ومن هنا ينبغي التفرُّق إلى موضوع التباعد في الحالات الفردية.

٧. مشكلات خاصة: تشخيص الإعاقات العقلية

٧,١ الأعراض والتشخيص^{١١}

يتعلق تقويم Evaluation الأعراض التي تشير إلى وجود إعاقة عقلية بالسياق الذي تظهر فيه هذه الأعراض وبشكل خاص بسن الطفل. في بعض الأحيان يمكن تحديد الإعاقة عند الولادة بل وفي أثناء الحمل؛ فبعض الأشكال المولودة من الإعاقة العقلية بما فيها ما يُسمى بمتلازمة داون يمكن اكتشافها من خلال الفحوصات قبل الولادة. كما أن الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون وبعض الأشكال الأخرى من الإعاقة العقلية ينحرفون في أعراضهم الخارجية عن المعيار وتظهر لديهم أخطاء ولادية أخرى واضحة، الأمر الذي يمكن أن يسهل التشخيص.

ولكن في كثير من الأحيان تصعب ملاحظة الإعاقة من النوع الخفيف في سن الرضاعة. وبما أن كثير من الأطفال العاديين ينمون ببطء، فإن كثير من المتخصصين يبدوون موقفاً متحفظاً (متريناً) في مسألة تشخيص الإعاقة العقلية الخفيفة. ويمكن لهذا الوقت من الانتظار أن يكون معذباً جداً بالنسبة للوالدين. غير أنه ما أن يبلغ الطفل عامه الثاني أو الثالث ودائماً قبل أن يصل الطفل إلى سن ما قبل المدرسة حتى يمكن تشخيص وجود إعاقة عقلية بمساعدة الاختبارات النفسية والفيزيولوجية. وفي بعض الأحيان يتم من خلال الفحص اكتشاف أسباب

^{١١} تم في الموضوع المتعلق بالإعاقة اتباع أسلوب مختلف قليلاً عما سار عليه الكتاب بسبب خصوصية الإعاقة.

أخرى مسؤولة عن تباطؤ النُّمُو عندَ الطفل، كضعف السمع الذي يُمكن أن يسبب تباطؤ اكتساب مهارات التَّواصل والتَّعلُّم.

وبغض النَّظَر عن نَتَائِج الفحوصات والتي يُمكن أن يُساعد اكتشافها وتَحْدِيدها المبكر بعد الولادة بفترة قصيرة من قبل طبيب الأطفال أو الطبيب المتَّخَصِّص بالعصبية على اتخاذ خطوات علاجية وقائية، فإنَّ عَدَم نضج أو تخلف خطوات النُّمُو البيولوجي عن التوقعات النمائية البيولوجية يدفع الوالدين في العادة للتساؤل هل طفلنا معاق؟ ويدفعهم للجوء للاستشارة والنصيحة من المتَّخَصِّصين. ويُمكن للأعراض التالية أن تكون ذات أهمية:

ضعف الشرب، عَدَم ظهور التعابير الحسية أو الحركية أو تأخر ظهورها، عَدَم ظهور أو تأخر المشاركة الوجدانية عندَ الطفل أو عَدَم إبداء الاهتمام الفعال أو تأخر تَعَلُّم المشي أو الكلام، وعندَما لا يستجيب الرضع أو الأطفال الصغار على البيئة بحيوية أو لا يبدون استجابة أو لا يتابعون الأشياء بأعينهم أو لا يمدون أيديهم للقبض على الأشياء. أو عندَما يبدو الأطفال كالصم أو غير مشاركين على الإطلاق، ويبدو عليهم عَدَم الاستقرار الحركي المُستمر غير الهادف، ولاحقاً يُلاحظ لديهم ضعف التخيل والاهتمام عندَ اللعب، في حين أن الانصياع الميكانيكي أو الحفاظ الصم يكون جيداً.

كما لخصت جمعية الطفل المشكل المظاهر لتساعد الوالدين على التَعَرُّف على العلامات التي ينبغي لها أن تلجأ إلى الطبيب في حال ظهورها:

- (١) إذا لم يستطع الطفل رفع رأسه بقوته الذاتية حتىَّ الأسبوع الثالث عشر،
- (٢) إذا لم يفرغ الطفل (يخاف) من الأصوات العالية حتىَّ نهاية الشهر الثالث.
- (٣) عندَما يبقى كفيه بعمر الأربعة أو الخمسة أشهر تقريباً مضمومة على الأغلب.
- (٤) عندَما لا يبتسم للوالدين أو الأخوة في بعمر الأربعة أو الخمسة أشهر تقريباً.
- (٥) إذا توقف فجأة عن المناغاة بعد الشهر السادس.

(٦) إذا غلب عليه النَّظَرُ منذ الشهر السادس بِشَكْلِ أَحْوَلٍ أو كَانَتْ عِينَاهُ ترتعشان، أو كَانَ يَبْقِي رَأْسَهُ مَائِلاً وَيَمُدُّ يَدَهُ لِمَسْكِ الْأَشْيَاءِ فَتَأْتِي يَدَهُ إِلَى جَانِبِ الشَّيْءِ أو يَقْلِبُ عَيْنِيهِ.

(٧) إذا لم يبدأ بِمَسْكِ الْأَلْعَابِ حَتَّى غَايَةِ الشَّهْرِ السَّابِعِ مِنَ الْعُمُرِ.

(٨) إذا لم يَنْقَلِبْ مِنْ ظَهْرِهِ عَلَى بَطْنِهِ فِي الشَّهْرِ التَّاسِعِ تَقْرِيْباً.

(٩) إذا أَصْبَحَ فِي عُمُرِ عَشْرَةِ شَهُورٍ تَقْرِيْباً وَلَمْ يَنْطِقْ بَعْدَ الْمَقَاطِعِ الْمُتَشَابِهَةِ (ماما، بابا، دادا... الخ).

(١٠) إذا لم يجلس بصورة واثقة حَتَّى نِهَايَةِ الشَّهْرِ الْحَادِي عَشَرَ تَقْرِيْباً.

(١١) إذا لم يستطع المشي للأمام عِنْدَمَا يَتِمُّ مَسْكَهُ وَمُسَاعَدَتُهُ عَلَى الْوُقُوفِ، أو بِمُسَاعَدَةِ الْحَائِطِ حَتَّى عُمُرِ السَّنَةِ.

(١٢) عِنْدَمَا لَا يَسْتَطِيعُ حَتَّى عُمُرِ السَّنَةِ التَّمْيِيزَ بَيْنَ الْغُرْبَاءِ وَالْأَهْلِ.

(١٣) عِنْدَمَا لَا يَسْتَطِيعُ إِمْسَاكَ الْأَشْيَاءِ الصَّغِيرَةِ بِالْإِبْهَامِ وَالسَّبَابَةِ بِعُمُرِ السَّنَةِ.

و يتولد الانطباع بأنَّ الطفل ومحيطه لا يقتربان من بعضهما بالشكل المتوقع، بحيث تبدو البيئة للطفل غير ملائمة، وغير مُهِمَّةٍ أو مثيرة ومرهقة ومُعَقَّدَةٌ أو غريبة ومهددة.

وفي سن المدرسة يظهر الفشل في المدرسة، الأمر الذي يثير قلق الوالدين: طفلنا لا يحقق تقدماً في المدرسة، فهل هو معاق عقلياً؟

في هذه السن يكون الأطفال الذين يُعَانُونَ مِنْ إِعَاقَةٍ عَقْلِيَّةٍ شَدِيدَةٍ قَدْ تَمَّ اِكْتِشَافُهُمْ وَتَمَّ تَوْجِيهِهِمْ نَحْوَ مَدَارِسِ التَّرْبِيَةِ الْخَاصَّةِ.

أما في الحالات الأخرى من الإعاقة الخفيفة والمتوسطة فيشكل التعليم الإلزامي و اتخاذ المدارس مُسْتَوَى الْقُدْرَاتِ الْمُتَوَسِّطَةِ مَعْيَاراً لَهَا وَ الْاِتِّجَاهَاتِ الْاِجْتِمَاعِيَّةِ نَحْوَ تَحْقِيقِ مُسْتَوِيَّاتٍ عَالِيَةٍ مِنَ الْاِنْجَازِ مِنْ خِلَالِ الْاِعْجَابِ بِالرَّقِي الْاِجْتِمَاعِيِّ وَالْمِهْنِيِّ، وَسِيْلَةَ تَشْخِيصِ اِجْتِمَاعِيٍّ لَا تَرْحَمُ بِالنَّسْبَةِ لِلْاَطْفَالِ الَّذِيْنَ يُعَانُونَ مِنْ اِعَاقَةٍ مُتَوَسِّطَةٍ وَخَفِيْفَةٍ. فَالْاَطْفَالُ وَاسْرَهُمْ يُوَاجِهُونَ هُنَا الْمَطَالِبَ وَالْقِيَمِ

التي تنطلق من المتوسط بغض النظر عن القيم والإمكانات التي امتلكوها حتى الآن والتي كانوا متقبلين لها.

أما العواقب فغالباً ما لا تقتصر على الفشل الكلي في غالبية المواد و الرسوب والفصل من المدرسة، نتيجة ضعف التفكير التجريدي والنظري وبناء المفاهيم والاستنتاج والحكم وإدراك الفروق ذات الصلة والعلاقات الزمانية والمكانية، وإنما تمتد لتشمل الكفاءات الإجتماعية psychosocial Competency ونمو الشخصية. وعليه يمكن أن تظهر صعوبات في القدرة على توكيد الذات والمنافسة والمبادأة ووعي الذات والقدرة على الانضباط والتعاون والتكيف والمشاركة الاجتماعية. ومن هنا فإن الاضطرابات السلوكية تحتل في البداية مركز الصدارة من حيث الملاحظة، أي السلوك الاجتماعي غير المرغوب كالانسحاب واللعب الطفلي النكوصي regressive والاضطرابات العدوانية و التصرفات الجنسية التعويضية، الأمر الذي يقوي من ناحيته من ضعف الإنجاز ويعكس أزمة الطفل المعاق فيما يتعلق بذاته المعاقة والتي لا يتم ملاحظتها على الإطلاق أو تلاحظ في وقت متأخر في سن المراهقة. أما عملية التشخيص فتتم حسب الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية American Association of Mental Retardation وفق ثلاث خطوات:

- (١) الخطوة الأولى: تشخيص الإعاقة العقلية (البعد الأول)،
- (٢) الخطوة الثانية: التصنيف والوصف (وصف نقاط القوة والضعف في النقاط ٢ و ٣ و ٤).
- (٣) الخطوة الثالثة: نوع وشدة المساعدة المطلوبة (في الأبعاد الأربعة كلها). حيث يتم تقسيم نوع المساعدة المطلوبة إلى:
 - (أ) متقطعة Intermittent
 - (ب) محدودة Limited
 - (ت) موسعة Extensive
 ويتم التشخيص من خلال الاختبارات المعيرة من أجل ضمانة التطبيق الموحد للخطوات التشخيصية الثلاثة.

أما البيانات التي يتم السعي للحصول عليها فتشمل جميع النواحي قدر الإمكان: النواحي الطبية التكوينية و النفسية والاجتماعية والتربوية التعليمية والاجتماعية، وعادة ما تسير وفق النقاط التالية (كإطار توجه عام وليس فقط في تشخيص الإعاقة)، مع الأخذ بعين الاعتبار أن مدى الاستقصاء والبحث يختلف استناداً إلى عمر الطفل وطبيعة المشكلة.

٧،١،١ تاريخ الولادة والنمو

• الحمل والولادة:

-الحمل-

▪ الحمل السابق، الإجهاض والإسقاط

▪ سن وصحة الأم

▪ أثناء الحمل

▪ مضاعفات

الحمل

- الأدوية

- النزف

- الحوادث

- ازدياد كبير

للوزن أو فقدان

شديد له

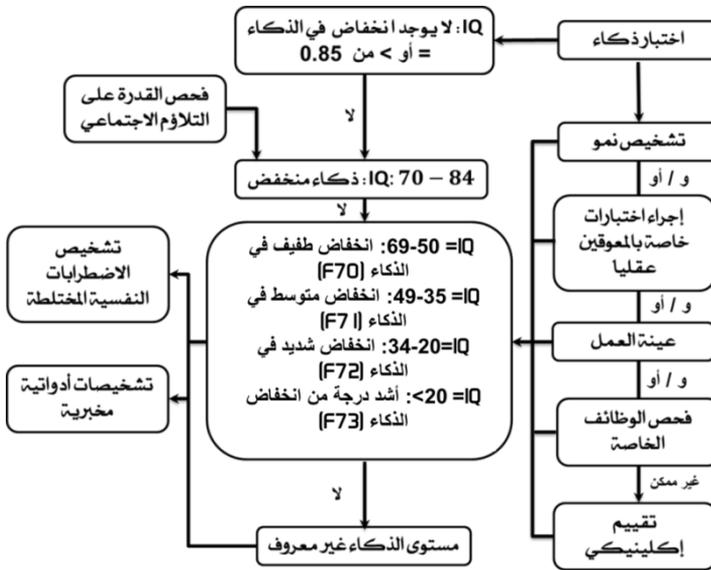
- التعرض

للتصوير

الشعاعي

- انسمام حملي (ارتفاع ضغط الدم، نوبات صرع)

- أمراض شديدة (كالكسري، أمراض قلبية)



الشكل ٥٢: تشخيص الإعاقة

الفصل التاسع

التشخيص النفسي في المجال التربوي

- وجود سابق للحصبة، الأمراض الجنسية، التهابات المجاري الجنسية، إقياء أو وجود عامل Rh السلبى Rh-Negativity (زمرة الدم السلبية عند الأم وزمرة الأب الإيجابية)

▪ سلوك الإدمان أثناء الحمل

- التدخين
- سوء استخدام العقاقير
- سوء استخدام الكحول
- الاتجاهات الأسرية وعوامل الإرهاق أو الضغوط الاجتماعية النفسية
- هل كان الحمل مخططاً؟
- ما هو الجنس الذي كان مفضلاً؟
- كيف تم اختيار الاسم؟
- بماذا مرت الأسرة خلال هذا الوقت؟

▪ المخاض

- نوع الولادة
- طول ونوع المخاض
- المضاعفات
- التخدير

الولادة وسن الطفولة

الولادة

- دليل Apgar^{٦٦} (عبارة عن نظام من النقاط من أجل إجراء تشخيص إضافي للطفل بعد الولادة مباشرة).

^{٦٦} Apgar: طبية تخدير أمريكية وضعت في خمسينيات القرن العشرين تصنيفاً لحالة الرضيع يتم تقييمه من خلالها وفق أعراض محددة.

التشخيص النفسي

▪ الوزن عند الولادة

▪ المضاعفات

- ضرورة إعادة الإنعاش، صعوبات في التنفس

- الولادة مبكرة، نقل دم

- يرقان، ازرقاق (ناجم عن نقص الأوكسجين في الدم)

- أخطاء ولادية أو ظواهر تهدم

- الأدوية

سن الرضاعة

▪ نعاس أو حمول غير طبيعي

▪ مشكلات جسدية

▪ بكاء خافت، نوبات مغص

▪ هل عانت الأم بعد الولادة من اكتئاب؟

▪ هل الطفل توأم (شقيق أم سيامي)؟

▪ كم بقيت الأم والطفل في المستشفى؟

▪ ردود الفعل على الأخوة.

الحركات الغليظة

▪ متى استطاع الطفل رفع رأسه للأعلى؟

▪ متى تعلم الزحف وجلس ومتى وقف وهل دون مساعدة أم مع مساعدة ومتى

تعلم المشي والقفز ورمي كرة وقيادة الدراجة بثلاث عجلات ويعجلتين.

▪ هل كان الطفل ثقيل الحركة أو كان التنسيق سيئاً، يميل لارتكاب الحوادث؟

▪ هل الطفل زائد النشاط أم أنه خامل؟

الحركات الدقيقة

▪ الإمساك بالفناجين والأدوات الأخرى

▪ القُدرة على الرسم، والكتابة، واستعمال الأدوات الصغيرة، التصفيق، ربط ربطة

الحذاء، استخدام مقص.

اللغة والتواصل

▪ المناغاة

▪ الكلمات الأولى

▪ الأجزاء الأولى من الجمل

▪ وضوح مفردات اللغة، اللجلجة، التأتأة (الثلث بالسين)

▪ إعاقَة سيولة الكلام، المصاداة (التكرار الآلي للكلمات والجمل التي يقولها الآخرون)

▪ كم عدد اللغات التي يَتِمُّ التحدث فيها في البيت؟

▪ الإيماءات والحركات في التّواصل؛ نبرة الصوت وإيقاعه

▪ فهم اللغة والإيماءات عند اتّباع التّعليمات البسيطة

▪ الكلام والتفكير المشتتان.

السُّلوك الشَّخصي الاجتماعيّ

▪ تناول الطعام

- رضاعة من الصدر أم حليب اصطناعي؟ ردة الفعل على الفطام؟

- استرداد واجترار الطعام.

- يتناول الطعام انتقائياً، أكل نهم أم أكل ضعيف، إقياء، يأكل أشياء لا

تؤكل؟

- حساسية تجاه المواد الغذائية، تفضيل أو نفور.

- عادات الطعام و نوعيّة الأكل.

- القُدرة على تناول الطعام وحده -مص الإصبع .

العض بشدّة أو الاجترار.

▪ التربية على النظافة

- متى وكيف ومن خلال من حدثت التربية على النظافة؟

- متى درب الطفل على ضَبط المِثانة والمصرة في النهار والليل؟

- إمساك، إسهال، مغص معوي، حقن شرجيّة

- سوء في عمليّة الخروج (عدم تنظيم) سلس بول؟ متى؟ وكم مرة؟
- السلوك الجنسيّ
- الاستغلال جنسيّ أو مشاهدة المواقف الجنسيّة
- النوم
- عادات النوم
- كوابيس، الكلام أثناء النوم، تقلب في النوم، اضطرابات في النوم، صحو مبكر جداً
- رعب ليلي Pavor nocturnus
- خَوْف من الظلام - هل ينام الطفل وحده؟ وإذا كان لا مع من ينام وأين؟
- التفاعل الاجتماعيّ
- هل كان الطفل مدللاً في السنوات الأولى من عمره؟
- أسلوب و حرارة التعامل مع الأتراب والأخوة والمعلمين والوالدين وأفراد الأسرة الآخرين
- كيف يلعب الطفل ومع من يلعب؟ كيف يتعامل مع الآخرين؟
- الصديق الأفضل/الصديقة المثلى
- الاهتمام بالنشاطات الجماعيّة مقابل النشاطات الفرديّة
- السلوك العدواني،
- ردة الفعل على الانفصال والمربية؟
- سن رفاق اللعب؛ هل يتعامل بشكل أفضل مع الأطفال الأصغر سناً أم مع الأطفال الأكبر سناً والراشدين؟
- هل هو اجتماعي، أم أنه ينسحب؟
- هل هو متقلب، مقبول، متشنج، مستقر، غضوب؟
- العادات والمخاوف (متى وأين ومدى وضوحها)
- طرُق الرأس بالحائط أو بأي شيء، حركات أرجحة،
- نوبات غضب،
- إشعال النيران

- مص الأصابع
- السرقة
- قضم الأظافر
- عنيف مع الحيوانات
- عرّات عصبية
- صرير الأسنان Bruxomania
- نتف الشعر
- الألم، القدرة على التكيف
- قدرة الطفل على التعامل مع المواقف المرهقة
- المرونة، وتحمل الإحباط، القدرة على تأجيل الإشباع
- القدرة على التلاؤم مع المواقف الجديدة، القدرة على استغلال الخبرات في حل المشكلات الجديدة؟
- أنواع الرياضة، لعبة رأس الحصان والألعاب الأخرى

٧,٢ التصنيف

٧,٢,١ أنواع مختلفة من التصنيف

توجد عدة تصنيفات منها ما هو طبيّ ونفسيّ وتربويّ واجتماعي تشترك فيما بينها بنقاط عديدة وتختلف عن بعضها في التسميات والأهداف الكامنة خلف التصنيف: وفيما يلي عرض لبعض أنواع التصنيفات السائدة:

أولاً: التصنيف الطبيّ

ويقوم على أساس الإصابة، ويستخدم المحكّات التالية:

- ١- مصدر الإصابة: (ويقسم إلى: إعاقة عقلية أولية و إعاقة عقلية ثانوية أو مكتسبة، أو عوامل داخلية وخارجية)
- ٢- درجة الإصابة: (ويقسم إلى: إعاقة عقلية مطلقة، إعاقة عقلية نسبية، إعاقة عقلية ظاهرية)

٣- توقيت حدوث الإصابة: عوامل قبل ولادية، وولادية، وبعد ولادية

أو يتم التصنيف حسب المظهر الإكلينيكي الغالب: مُتلازمة داون- Down Syndrome، استسقاء الدماغ، كبر الدماغ، صغر حجم الدماغ، الشلل السحائي، القصاع أو القماءة، عامل الريزوس في الدم، حالات الصرع، حالات الفينيلكيتون يوريا Phenylketonuria^{٣٣}.

ثانيا: التصنيفات السلوكية الوظيفية، ويتم تصنيف الإعاقة هنا إلى: بسيطة، متوسطة، شديدة، حادة أو جسيمة.

ثالثا: التصنيف التربوي ويتم التصنيف وفق: القابلون للتعلم، القابلون للتدريب، المتعلقين بالبيئة.

رابعا: التصنيف الاجتماعي: ويقوم على تحديد درجة التكيف الاجتماعي والنمائي والسلوكي للفرد.

خامسا: تصنيف الإعاقات العقلية وفق التصنيف العالمي للاضطرابات النفسية العاشر لمنظمة الصحة العالمية و الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي الرابع

وللتصنيف العالمي للاضطرابات النفسية International Classification of psychological Diseases الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) الذي يرمز له اختصاراً ICD-10 أهمية كبيرة في وصف الإعاقات العقلية. فزي هذا الدليل يتم استخدام مصطلح "انخفاض الذكاء" بديلاً عن مصطلح الإعاقة العقلية. ووفق

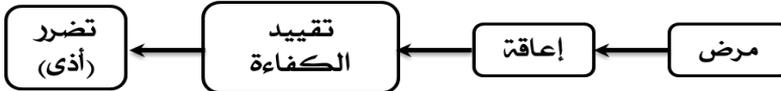
^{٣٣} استقلابات الحمض الأميني الفينيلكيتون يوريا، أو ما يسمى بترسيب حمض البيروفيك، وهو عبارة مرض وراثي يتمثل في اضطراب بيوكيماوي في جسم الطفل ناجم عن جين طفري متنح يحول دون عملية التمثيل الغذائي للحمض العضوي الفينيل آين الذي يدخل في تركيب اللحوم والبروتينات، وتحويله إلى حمض التيروسين Tyrosine لقصور في العصارة الكبدية مما يؤدي إلى زيادة نسبة حمض "الفينيل آين" Phenylalanine ومن ثم ترسيب حمض "الفينيل بروفيك" السام في دم الطفل وبوله، الأمر الذي يعيق النمو الطبيعي للخلايا الدماغية و يؤدي إلى الإعاقة العقلية والصرع.

ICD-10 يَتمُّ تَعْرِيفُ انخِفاضِ الذِّكَاءِ بِأَنَّهُ: عِبَارَةٌ عَن... عَدَمِ اكْتِمَالِ النُّمُوِّ أَوْ تَوَقُّفِ نُمُوِّ القُدْرَاتِ العَقْلِيَّةِ مَعَ وَجُودِ تَضَرُّرَاتٍ فِي المِهَارَاتِ الَّتِي تَسَهَمُ فِي مُسْتَوَى الذِّكَاءِ بِصُورَةٍ خَاصَّةٍ كَالاسْتِعْرَافَاتِ Cognition واللغة و المِهَارَاتِ الحَرَكِيَّةِ وَالاجْتِمَاعِيَّةِ. مَعَ وَجُودِ إِضْطِرَابٍ مُسْتَمَرٍّ فِي التَّكْيِيفِ، غَيْرَ أَنِ إِضْطِرَابَ التَّكْيِيفِ هَذَا قَدْ لَا يَكُونُ مُلَفِّتًا لِلنَّظَرِ فِي حَالَاتِ الانخِفاضِ الطَّفِيفِ فِي الذِّكَاءِ ضِمْنَ الظُّرُوفِ البَيِّنِيَّةِ الدَّاعِمَةِ وَ الَّتِي تَحْتَوِي عَلَى إمكَانَاتٍ لِلدَّعْمِ.

وَتَقْتَصِرُ مَنَظُومَاتُ التَّصْنِيفِ الرَّاهِنَةُ فِي جِزءٍ كَبِيرٍ مِنْهَا عَلَى المَتَلَزِمَاتِ النَّفْسِيَّةِ الحَادَّةِ، وَجِزءٍ مَحْدُودٍ مِنْهَا عَلَى الإِضْطِرَابَاتِ المَزْمَنَةِ وَالدَّائِمَةِ (كَالإِعَاقَةِ العَقْلِيَّةِ وَ الفُصَامَاتِ المَزْمَنَةِ).

وَتَحْتَلُّ العَوَاقِبُ الدَّائِمَةُ لِلأمْرَاضِ بِمَا فِيهَا التَّأثِيرَاتُ النَّاجِمَةُ عَنِ التَّمَثَلِ النَّفْسِيِّ لِلْمَرَضِ المَعْنِيِّ وَرِدُودِ الأَفْعَالِ الإِجْتِمَاعِيَّةِ النَّاجِمَةُ عَنْهَا أَهْمِيَّةٌ كَبِيرَةٌ بِالنِّسْبَةِ لِلإِعَاقَاتِ.

وينطلق التصنيف العالمي للإعاقات عموماً من التصور التالي:



الشكل ٥٤: تصور التصنيف العالمي للإعاقات

- ١- الإِعَاقَةُ: تَقُومُ الإِعَاقَةُ عَلَى شِدْوَذٍ فِي المِجالِ الجَسَدِيِّ وَ الشِدْوَذِ فِي الأَعْرَاضِ الخَارِجِيَّةِ، بِمَا فِي ذَلِكَ إِضْطِرَابَ وَظَائِفِ الأَعْضَاءِ. وَالمَبْدَأُ المَوْجِهَ هُنَا هُوَ تَحْدِيدُ الإِضْطِرَابَاتِ عَلَى مُسْتَوَى العَضْوِ أَوْ مُسْتَوَى الوَظِيفَةِ.
- ٢- تَقْيِيدُ الكَفَاءَاتِ: (تَقْيِيدَاتٍ وَظِيفِيَّةٍ)، وَهِيَ تَقُومُ عَلَى نَتَائِجِ الإِعَاقَةِ الَّتِي تَتَجَلَّى فِي المِجالِ الوَظِيفِيِّ وَفِي نَشَاطَاتِ الفِرْدِ. وَتَمَثَلُ تَقْيِيدَاتِ الكَفَاءَةِ الإِضْطِرَابِ عَلَى مُسْتَوَى الشَخْصِ.
- ٣- التَضَرُّرَاتُ الإِجْتِمَاعِيَّةُ: وَتَقْتَصِرُ عَلَى الظُّلْمِ الَّذِي يَعيِشُهُ إنسانٌ ما نَتِيجَةُ إِعَاقَتِهِ وَعَدَمُ كَفَاءَتِهِ. فَالتَضَرُّرَاتُ الإِجْتِمَاعِيَّةُ تَمَثَلُ إِذَا تَوَافَقَ وَتَفَاعَلَ الفِرْدُ مَعَ مَحيطِهِ.

وَيُقَدِّمُ الجَدُولُ ٤٥ صَفْحَةَ ٣٩٥ أَهَمُّ فِئَاتِ هَذِهِ الأَبْعَادِ الثَّلَاثَةِ. وَنُصُورُ مُنَظَّمَةٌ الصِّحَّةِ العَالِمِيَّةِ هَذَا لَا يَنْطَلِقُ مِنْ فِئَاتِ تَقُومُ عَلَى المَرَضِ فَحَسَبِ، وَإِنَّمَا يُنْظَرُ إِلَى

الفرد في سياق محيطه اليومي ومن ثم فهي تضم نشاطات الحياة اليومية و تقييدها في الحقل المهني والاجتماعي. وبهذه الطريقة يمكن وصف الإعاقات الفردية بدرجة كبيرة. والأهم من ذلك هنا هو اشتقاق إجراءات تأهيلية وإجراءات تسعى إلى تحقيق التكيف.

ووفق تصنيفات منظمة الصحة العالمية في دليلها التشخيصي العاشر، تم تصنيف الإعاقات العقلية في الفصل الخامس ضمن فئات الاضطرابات النفسية ويشتمل التصنيف على عدة فئات من درجات الإعاقة العقلية:

- (١) الانخفاض البسيط في القدرات الذهنية: حيث يبلغ متوسط الذكاء هنا بين ٥٠ و ٦٩. ومن التسميات السائدة (منها ما هو مستخدم ومنها لم يعد شائع الاستخدام) لهذا النوع من الإعاقة: الإعاقة العقلية البسيطة والأوليغوفرنيا البسيطة oligophrenia والضعف العقلي Debility.
- (٢) الانخفاض المتوسط في القدرات الذهنية: ويقع معامل الذكاء هنا بين ٣٥ و ٤٩، وتستخدم في هذا النوع من القصور في الذكاء تسميات مثل الإعاقة العقلية المتوسطة الدرجة والأوليغوفرنيا المتوسطة والبلاهة "imbecility"
- (٣) الانخفاض الشديد في القدرات العقلية: ويتم الافتراض هنا أن معامل الذكاء يقع بين ٢٠ و ٢٤ ويسود هنا استخدام مفاهيم مثل الإعاقة العقلية الشديدة والأوليغوفرنيا الشديدة.
- (٤) الانخفاض الأكثر شدة في القدرات العقلية: ويتم تقدير معامل الذكاء هنا بأقل من ٢٠ درجة ونلاحظ هنا غلبة الانغلاق الكامل عن العالم الخارجي. وتستخدم هنا مصطلحات مثل العته Idiotism والأوليغوفرنيا الأكثر شدة أو الشديدة جداً.

^{٦٤} بعض المصطلحات المشار إليها هنا كالبلاهة والعته تم ذكرها للإشارة للسياق التاريخي فحسب.

٥) انخفاضات أخرى في القدرات الذهنية؛ وتصنف في هذه الفئة الإضطرابات التي لا يُمكن عملياً تقدير الذكاء فيها بالطرق المألوفة بسبب التضرُّرات الجسدية والحسية المرافقة كالصمم والبكم أو الإضطرابات الشديدة في الذكاء.

كما يتضمن ICD-10 وصفاً للإضطرابات التلاؤم مع متطلبات الحياة اليومية أو للإضطرابات السلوكية المترافقة مع الإعاقة.

أما في الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي الرابع DSM-IV فإن تشخيص الإعاقة العقلية يتم على المحور الثاني وليس على المحور الأول. ويرجع ذلك إلى أن تصنيف إضطرابات الشخصية والإعاقة العقلية على محور مستقل يضمن عدم إغفال تشخيص إضطرابات الشخصية و الإعاقة العقلية حتى عندما يتمركز الانتباه على الإضطرابات النفسية الموجودة على المحور الأول بسبب وضوحها الشديد. ولا يعني وضع الإعاقات العقلية على المحور الثاني أنها تختلف من حيث المبدأ عن الإضطرابات التي يتم استنتاجها على المحور الأول.

الجدول ٤٥ : التصنيف العالمي للإعاقات

التصنيف العالمي للإعاقات	
إعاقات، أضرار (تضررات Impairments)	
إعاقات ذهنية،	إعاقات في مجال الأعراض الداخلية،
إعاقات نفسية أخرى،	إعاقات المنظومة العضلية و الجهاز الحركي،
إعاقات لغوية،	إعاقات ناجمة عن التشوهات الجسدية
إعاقات سمعية (ضعف السمع)،	إعاقات معممة وحسية أخرى
إعاقات بصرية (ضعف بصري)،	
تقييدات وظيفية (عجز disability)	
تقييدات وظيفية في مجال السلوك،	تقييدات وظيفية للمهارات اليدوية،
تقييدات وظيفية في مجال التواصل،	تقييدات وظيفية للسلوك الموقفى،
تقييدات وظيفية في القدرة على العناية بالنفس،	تقييدات وظيفية في مجال المهارات،
تقييدات وظيفية في مجال الحركة،	تقييدات وظيفية أخرى.
تقييدات وظيفية من أنواع مختلفة في المجال الجسدي،	
تضررات اجتماعية (إعاقات Handicaps)	

تَضُرُّرَاتُ التَّوَجُّه،	تَضُرُّرَاتُ فِي مَجَالِ التَّكَامُلِ الاجْتِمَاعِيِّ،
تَضُرُّرَاتُ مِنْ خِلَالِ التَّعْلُقِ،	تَضُرُّرَاتُ فِي مَجَالِ الرِّعَايَةِ بِالذَّاتِ وَ فِي
تَضُرُّرَاتُ فِي مَجَالِ الحَرَكَةِ،	الاسْتِقْلَالِيَّةِ الشَّخْصِيَّةِ،
تَضُرُّرَاتُ فِي مَجَالِ الانشغال،	تَضُرُّرَاتُ فِي مَجَالَاتٍ أُخْرَى.

ويصنف DSM-IV الإعاقات العَقْلِيَّةَ ضِمْنَ فِئَةِ "إِضْطِرَابَاتِ النُّمُوِّ عميقة الأثر" وَيَتِمُّ تَشْخِيصُ الإِعَاقَةِ العَقْلِيَّةِ وفق معايير ثلاثة:

- ١- الانخفاض العام دون المتوسط في القُدْرَاتِ الذهنِيَّةِ،
- ٢- التقييد الشديد للقُدْرَةِ على التكيف في مجالين على الأقل من المجالات التالية:

(أ) التَّوَاصُل.

(ب) الاعتناء المستقل بالذَّات.

(ت) الحياة المنزليَّة.

(ث) المهارات البين إنسانيَّة.

(ج) الإدارة الذاتِيَّة (تَقْرِيرِ المصير).

(ح) استخدام المرافق العامة، الإنجاز المَدْرَسِيِّ الوظيفي.

(خ) العَمَل.

(د) وَقْتِ الفراغ.

(ذ) الصِّحَّةُ والأمن.

٣- ينبغي أن يكون الإِضْطِرَابُ قَدْ بدأ قَبْلَ سن الثامنة عشرة.

ويُلاحَظُ أن هذا التَّعْرِيفُ هو نفسه تَعْرِيفُ الجَمْعِيَّةِ الأَمْرِيكِيَّةِ للإِعَاقَةِ العَقْلِيَّةِ. كما يُمَكِّنُ القولُ أن الفروقَ بَيْنَ تَشْخِيصِ مُنْظَمَةِ الصِّحَّةِ العالميَّةِ وَ الجَمْعِيَّةِ النَّفْسِيَّةِ الأَمْرِيكِيَّةِ وَ الجَمْعِيَّةِ الأَمْرِيكِيَّةِ للإِعَاقَةِ العَقْلِيَّةِ مجرد فروق طفيفة، وتشارك جميعها في النقاط الثلاثة التالية:

- ١- انخفاض الذِّكَاءِ إلى ما دون المتوسط.
- ٢- مُشْكِلاتُ فِي السُّلُوكِ التَّلاوُمِي أو التَّكْيِيفِي التي تشمل مجموعة مُخْتَلِفَةً من المجالات.

٣- بدء الإعاقة العقلية في طور النمو.

وبناء على ما هو مُحدّد أعلاه يُمكن تلخيص الإعاقة العقلية في النقطتين

التاليتين:

١. قصور في سعة التلاؤم مع الحاجات والمهارات الإجتماعية (ويُميّز هذا التّحديد المعاق عقلياً عن المعاق نفسياً حيث يُعاني المضطرب نفسياً من تلاؤم مُتناقض).

٢. المعاق عقلياً شخص يحاول البحث من استراتيجيات الحياة اليومية، التي يمتلك فيها المعاق علاقة معيقة إلى حد قليل أو كبير، عن مشاعر القيمة الذاتية والتي تطلق عليها تسمية غير صحيحة: "اضطرابات السلوك".

ومن الخارج تبدو الإعاقة وكأنها نقص في النضج أو في التعلّم أو في التكيف الإجتماعي أو في كلها مع بعضها. وهي تمتلك ثلاثة وجوه مُختلفة حسب مرحلة النمو التي يكون الطفل فيها:

- ١- فهي تظهر في الطفولة الأولى على شكل اضطراب في النضج
- ٢- وفي سن التعليم الأساسي على شكل اضطراب في التعلّم
- ٣- وفي سن الرشد على شكل اضطراب في التكيف.

ومن هذه الناحية فإن تسمية الإعاقة العقلية لا يُمكن تعميمها على جميع مراحل الحياة، بل هي مظهر من مظاهر الإعاقة، التي تتّمثل في الطفولة في إعاقة النضج، وفي سن المدرسة التعليم الأساسي على شكل إعاقة في التعلّم (إعاقة عقلية) وفي سن الرشد إعاقة في التكيف الإجتماعي. وقد يكون الشخص معاقاً في واحدة من هذه المظاهر وقد يكون فيها جميعها.

٧,٣ معامل الذكاء والعمر العقلي

لتحديد درجة الإعاقة يتم في العادة استخدام معامل الذكاء الذي يحسب في

العادة وفق المعادلة التالية:

معامل الذكاء IQ = $\frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100$ غير أن استخدام هذه الصيغة في تحديد الذكاء عند المعوقين عقلياً يعد أمراً مشكوكاً

فيه. فيما أن العمر العقلي عند المعوقين عقلياً لا يرتفع بالدرجة نفسها التي يتقدم فيها العمر الزمني فإن معامل الذكاء المحسوب بهذه الطريقة لا بدأ وأن يتناقص باستمرار لدى المعوقين عقلياً مع التقدم بالعمر. وبدلاً من حساب معامل الذكاء يرى بعض الباحثين أن تحديد العمر العقلي أكثر فائدة من حساب معامل الذكاء. وتكمن صعوبة تصنيف المعاق عقلياً من خلال معامل الذكاء في أن الطفل المعاق عقلياً الذي يبلغ معامل ذكاؤه ٤٥؛ سوف يتناقص في سن اليافع إلى ٢١ على سبيل المثال، ومن ثم ينبغي تصنيف المعاق عقلياً في سن اليافع وفق درجة إعاقة مختلفة عما كانت عليه في الطفولة. ولكن بما أن غالبية الإعاقات العقلية ترجع إلى الأوليغوفرينيا فإن مستوى القدرات العقلية لا يتناقص لدى هؤلاء بل على العكس، فمع وجود التدريب المناسب يُمكن رفع مستوى الذكاء بين ٥ - ١٠ نقاط تقريباً على اختيار الذكاء.

إلا أنه من الطبيعي أنه لا بدأ من أن يتم تحديد أن تناقص معامل الذكاء لدى الأطفال المعوقين عقلياً يعبر بالفعل عن الفرق النمائي المتزايد باستمرار عن الأطفال العاديين.

كما أن الاعتماد على العمر العقلي من أجل تصنيف ووصف الإعاقات العقلية يمثل مشكلة كذلك، إذ يُمكن أن يقود الأمر إلى اعتبار الراشدين من المعوقين عقلياً مساوين للأطفال الصغار العاديين. إلا أن مثل هذه المقارنة لن تكون في صالح الراشدين من المعوقين عقلياً الذين يمتلكون خبرات حياتية أكبر بكثير من الخبرات الحياتية للأطفال، بل أنه من الممكن كذلك أن يقود استخدام العمر العقلي لتصنيف المعوقين عقلياً إلى تزايد التمييز الاجتماعي ضد المعوقين.

الفصل العاشر

التشخيص النفسي الأسري والمنظومي

١. مقدمة

يُفحص التشخيص الأسري ويصف التفاعلات و تغيراتها بين أفراد الأسرة، أي المنظومة الفرعية، ويحلل ديناميكية الأسرة ككل منظومي. إنه يفحص هوامات ورغبات ومخاوف الأسرة على خلفية التاريخ الأسري ومخططات الحياة بالنسبة للمستقبل من أجل الوصول إلى فهم لسلاسل التفاعل و غايتها Functionality (Cierpka 2003)، فاهتمامه ينصب على تحليل العوامل الفاعلة في العلاقات الأسرية الداخلية وامتدادات تأثيرها على صحة أفراد الأسرة، وهي تتمثل في السبر العلمي (الإمبيريقى) للظروف الاجتماعية المسببة والمساهمة في نشوء أو استمرار أو مواجهة الصراعات العلائقية الأسرية والاضطرابات النفسية في الأسرة (Mattejat, 1985). والفرد هو جزء من أسرة (منظومة)، ومن ثم فإن التشخيص النفسي الأسري لا يُنظر للاضطراب على مستوى الفرد فحسب، وإنما على مستوى المنظومة، حيث يعبر اضطراب الفرد عن اضطراب المنظومة أو عن خلل فيها. ومن هذا المنظور فإنه عند التعامل مع البيئة أو الظروف المحيطة باعتبارها حاملة للمؤثرات المتعلقة بالاضطرابات النفسية والاجتماعية والعلائقية لا يُنظر لهذه الظروف المحيطة على أنها عوامل هامشية تسهم في التشخيص والعلاج وإنما يُنظر إليها في السياقات المنظومية على أنها عوامل أساسية يفترض للتشخيص أن يطالها، لأنها غالباً ما تكون على درجة كبيرة من الأهمية الإكلينيكية والعلاجية.

وسيتعرض هذا الفصل إلى بعض خصائص التشخيص الأسري ومفاهيمه الأساسية، وإلى بعض العناصر التي تعطي صورة عن هذا الميدان الذي مازال بحاجة إلى توسيع في أدواته وطرائقه التشخيصية.

٢. المشكلات التي يواجهها التشخيص الأسري

يواجه التشخيص الأسري مجموعة من المشكلات يُمكن تلخيصها في النقاط

التالية:

١. إشكالية عملية تتمثل في عدم وضوح الطرق المتعلقة بإشراك الأطر المرجعية في العملية العلاجية الإكلينيكية الأمر الذي ينعكس بدوره على تطوير الأدوات التشخيصية الأسرية مما يجعلها قليلة.
 ٢. الثغرة الكامنة بين مستوى تطور التدخلات العلاجية و الأدوات التشخيصية.
 ٣. قلة استخدام المتخصصين الإكلينكيين الممارسين للأدوات التشخيصية الأسرية المتوفرة.
- فعلى الرغم من أن ميدان العلاج الأسري، أي التدخلات الأسرية، قد شهد تطورات واسعة بفضل المبادئ المنظومية بالدرجة الأولى، إلا أنه مازالت هناك فجوة واسعة على مستوى الممارسة بين ميدان العلاج الأسري وميدان التشخيص الأسري، فالتشخيص الأسري يعاني من نقص كبير في تطوير الأدوات التشخيصية الأسرية (العلائقية) مقارنةً بالأدوات التشخيصية الفردية الموثوقة في أغلب ميادين التشخيص النفسي عموماً، وبشكل خاص التشخيص الفردي، فميدان التشخيص الأسري بحاجة إلى عدد كبير من الأدوات التشخيصية الأسرية، وبشكل خاص أدوات التشخيص العلائقي (تشخيص العلاقات)، فحتى خمسينيات القرن العشرين كان يُنظر للمشكلات على أنها مشكلات الفرد فقط، ومن ثم فقد كان الاهتمام منصباً على معالجة الأفراد منفردين. ويلحظ هذا الأمر في محاور منظومات التصنيف الإجرائية (الآي سي دي والدي أس أم)، حيث تتوفر بالنسبة للتشخيص الفردي أدوات مختلفة للتشخيص أما مستوى العلاقات على المحاور الأخرى فما زال يتم بشكل أقرب للانطباعي. وبما أن التدخل الناجح يرتبط بالتشخيص ونوعيته فإن التقدم في ميدان العلاج الأسري يعاني من بعض الثغرات التشخيصية التي تحتاج إلى تطوير.

٣. التَّشْخِصُ الْمَنْظُومِيُّ^{٦٥}

التَّشْخِصُ الْمَنْظُومِيُّ عبارة عن عملية مفتاحية، تكمن مهمته في "فتح" شيء ما، أي إطلاق عملية ما، في توجيه التصرف. وتساعد هذه العملية في الشفافية وأمان الطريقة والثقة والالتزام والوضوح. وبهذا فإنه يكون من الممكن التصرف بشكلٍ تعاوني وتحقيق نتيجة مثالية، بمعنى الجودة، بالنسبة للعملية أو للحالة. ويرى التَّشْخِصُ الْمَنْظُومِيُّ أن النماذج التقليدية مثل التفكير التقليديّ بالعلاقة بين السبب والنتيجة قد أثبتت أنها لا تقدم نموذجاً ملائماً للكلاسيكية الديناميكية حيث يتعلق الأمر بقياس منظوماتٍ مختلفة، وكذلك النماذج السيكوديناميكية فإنها لا تقدم مساعدة دقيقة في التخطيط للمساعدة في المجال الأسري.

ويعني التَّشْخِصُ الْمَنْظُومِيُّ:

- تحديد ووصف الأعراض من خلال معناها بالنسبة للفرد والمنظومة ككل
- تحليل بنية المشكلة
- بناء الفروض حول التطورات المحتملة
- تقويم المعلومات

وينتج عن ذلك تقديم نصائح حول الأشكال والمضامين الملائمة للمساعدة.

وتطلب خطوات التوضيح الخطوات الأساسية التالية:

١. توضيح أو تبين التكليف،
٢. توضيح اهتمامات ودوافع أفراد الأسرة المشاركين والمساعدين ومنظوماتهم
٣. موارد منظومة الأسرة،
٤. تحليل كل المنظومات المشاركة،

ثم يأتي بعد ذلك:

١. صياغة الأهداف
٢. عمل أو إنجاز التصور بمنظور زمني

^{٦٥} راجع كتاب العلاج والإرشاد النفسي الأسري، ترجمة المؤلف، دار الكتاب الجامعي . ٢٠٠٩.

٣. العقد أو الاتفاق بين الأسرة والمعالج، مركز الإرشاد... الخ.

٣,١ تعريف المنظومة

يُمكن للمنظومة أن تتضمن عدة تصورات، تتعلق بوجهة نظر المراقب، فهي تركيبية أو تشكيلة أو كُلاً موحد وفي الوقت نفسه كُلاً مجمع من معارف منفردة أساسية. وهناك فرق فيما لو كنا ننظر لنظام التدفئة أو لخلية نحل أو لإنسان أو لأسرة أو لمجتمع على أنه منظومة؛ ففي النظرية المنظومية يقوم مفهوم المنظومة على جماعة من الناس الذين يندمجون ككل وعلاقاتهم فيما بينهم أكثر كثافة وإنتاجية من علاقاتهم مع العناصر الأخرى.

٣,٢ العرض في التشخيص المنظومي

يُنظر للأعراض في المفهوم التقليدي على أنها حالة غير مرغوبة يُعدها شخص ما مُشكلة وتحتاج للتعديل، الأمر الذي يتضمن فرضية أن الأعراض قابلة للتعديل من حيث المبدأ.

أما من وجهة النظر المنظومية فيتم فحص الأعراض من خلال السؤال عن المعنى الذي تحمله هذه الأعراض ضمن إطار سياق علاقة مُحدّد؛ فالناس يكتسبون في مجرى حياتهم قناعات أساسية يوجهون من خلالها حياتهم. لهذا فإن الأعراض غالباً ما تمثل محاولة حل في مواقف الحياة الصعبة، التي لم يعد فيها المعني قادراً على استخدام مقاصده بمرونة، فالأعراض في التفكير المنظومي لا يتم عزوها للفرد، وإنما يُنظر إليها على أنها ظاهرة علاقة.

فالطفل الذي يوصف بأنه عدواني على سبيل المثال، ليس عدوانياً بحد ذاته، وإنما يظهر هذا السلوك في موقف خاص من العلاقة بأشخاص محددين، تجاه الأم أو الأب على سبيل المثال، في حين أنه ربما يظهر سلوكاً لينا، مطواعاً مع أشخاص آخرين.

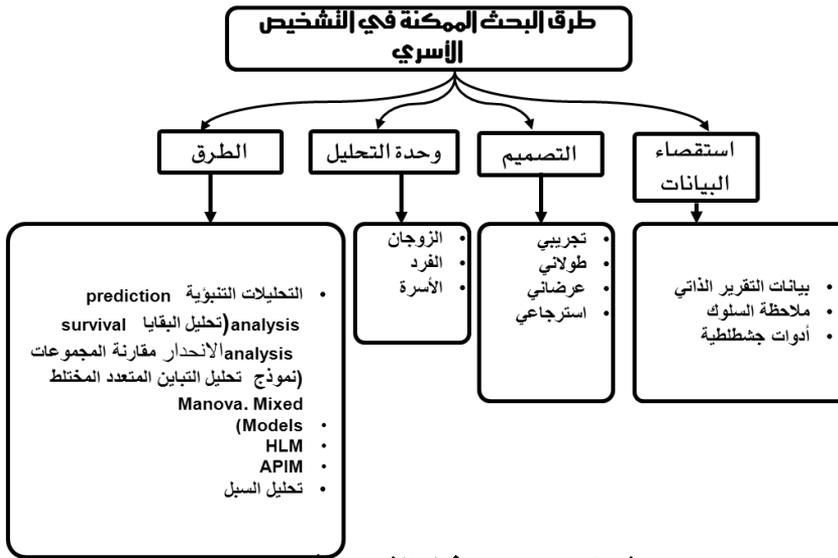
فالعرض أو المشكلة ليست أشياء، وإنما هي عمليات متشكلة من خلال التصرفات والتواصل للأشخاص المختلفين (Schlippe & Schweizer, 1996)، وكل

سُوك داخل مَنْظُومَة ما له معنى، وهذا المعنى يصبح قابلاً للفهم في إطار نَمَط العلاقة المتبادلة داخل المَنْظُومَة، فلا بد إذاً من النظر إلى كُلِّ سُلُوك في المَنْظُومَة الإِجْتِمَاعِيَّة على أنه عَرَضٌ تَوَاصِلِيٌّ Communicative Offer.

٤. طُرُق البَحْث في التَشْخِصِ الأَسْرِي

يُقدِّم الشكل ٥٥ عرضاً تَوْضِيحِيًّا لطرقِ اسْتِقْصَاءِ البَيَّانَاتِ وشكلِ التَصْمِيمِ

ووحدة التحليل والطرق الإحصائية الممكن استخدامها.



الشكل ٥٥ : طرق البحث في التشخيص الأسري

فالحُصُول على البَيَّانَات يُمكن أن يحصل بطرق مُخْتَلِفَة منها بَيَّانَات التَّقْرِير الذَّاتِيّ سواء عن طريق المَقاييس المُخْتَلِفَة أم عن طريق المُقَابَلَة وعن طريق المُلاحَظَة، التي يُمكن أن تتم في المجال الطبيعي، كالبيت مثلاً أو في المجال التجريبي، كالمَوْقِف العلاجيّ على سَبيلِ المِثَالِ أو عن طريق الأَدَوَاتِ النَّحْتِيَّةِ والإِسْقَاطِيَّةِ التي تدرج تحت الطرق الجشططنية. التي يَتِمُّ مِنْ خِلالِها عَرَضُ العِلاَقَاتِ الأَسْرِيَّةِ في صُورَة مَوَاقِعِ واتجاهات ومن ثم تُتِيح المدخل الكلاسيكي للمنظومة المعقدة، أي الأسرة، على مُسْتَوِيَّاتٍ مُخْتَلِفَة. ويُمكن للتصميم أن يكون كما هو الحال في طُرُقِ التَشْخِصِ الأُخْرَى إمَّا تجريبياً أو طولياً أو عرضياً. والأمر المهم في طُرُقِ البَحْثِ في

التشخيص الأسري هو وحدة التحليل، فوحدة التحليل في التشخيص الأسري هي المنظومة، والمنظومة يمكن أن تكون الفرد أو الزوجين أو الأسرة، والفرد هنا يعامل على أنه منظومة مستقلة بحد ذاتها وفي الوقت نفسه هو جزء من منظومات أخرى، وكذلك الحال بالنسبة للزوجين والأسرة. ووحدات التحليل هذه يمكن أن يتم النظر إليها إما على شكل منظومة كاملة أو منظومة فرعية حسب مستوى التحليل، فالأسرة مثلاً منظومة قائمة بحد ذاتها، ولكنها أيضاً تشكل جزءاً من منظومة أخرى، فهي بهذا المعنى منظومة فرعية أيضاً، فيمكن هنا التفريق بين منظومة الوالدين، ومنظومة الإخوة، ومنظومة الزوجين، ومنظومة الأجيال (علاقات الوالدين - الطفل)، ومنظومات فرعية من الجنس نفسه، أو من الجنسين المختلفين، وبناء على ذلك يتم التفريق في التشخيص الأسري بين مستويات الفرد والمستوى الثنائي أو الثلاثي ومستوى منظومة الأسرة... الخ. والمستويات عبارة عن منظومات وظائف Functions systems يمكن تنظيمها ووصفها بمساعدة الأبعاد ذات الصلة (الوظائف). وهنا لا بد من أخذ النقاط التالية بعين الاعتبار:

- يجب الحكم على كل مستوى بذاته
- الحكم على الغاية أو اضطراب الغاية للأبعاد ذات الصلة.
- توضيح عمليات التفاعل (التأثير المتبادلة)، أي يؤثر على العمليات المختلفة.
- مفاهيم مفتاحية Key Concepts بالنسبة لكل شكوى، مشكّلة، عرض، صورة مرضية.

وتتنوع طرق التحليل الإحصائي، حسب مسألة البحث، إلا أنه هنا لا بد من الأخذ بعين الاعتبار أن عمليات التحليل ينبغي أن تكون قائمة على عمليات مقارنة متعددة، بسبب طبيعة البيانات التي يصعب تصنيفها إلى بيانات ذاتية وموضوعية، حتى في البيانات الناجمة عن طريق الملاحظة، بسبب خضوع عمليات التقويم إلى المنظور الذاتي.

وينصب اهتمام التشخيص المنظومي على المحيط الاجتماعي وعلى العلاقات وتركيباتها والتفاعل في المنظومات. والعلاقات الأسرية مصبوعة بأنماط تتكرر من

الفصل العاشر

التشخيص الأسري والمنظومي

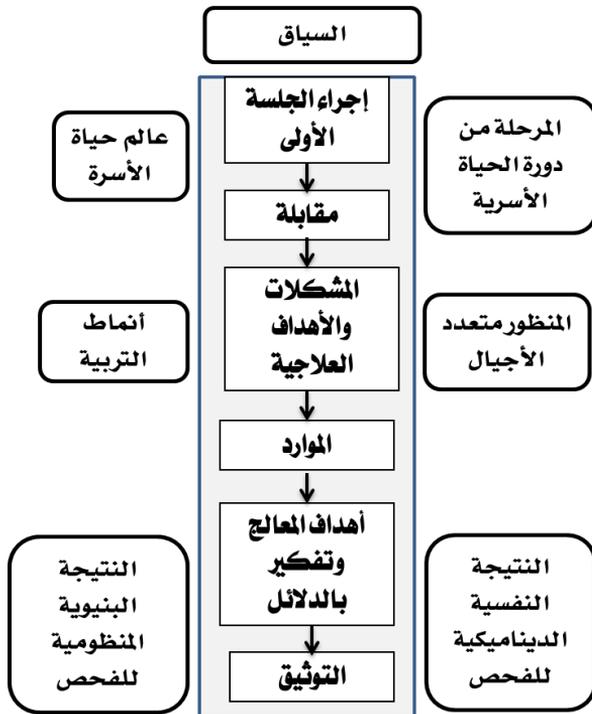
حيث الاتجاه. وهناك علاقة متبادلة بين العافية الجسمية والأنفعالية والاجتماعية للفرء وبين مَنظومة الأسرة . والتغيرات في المنظومة تؤثر على الأجزاء الأخرى. والموقع الذي يحتله الفرء في بنية الأسرة يُمكن أن يسير بشكلٍ وظيفي أو مختل الوظيفة وتؤثر بشدة على أنماط العلاقات التي يفضلها، حتّى إن هذا يظهر في الأجيال التالية في أنماط الأسر المؤسسة.

٥. العملية التشخيصية الأسرية

يُقدّم الشكل ٥٦ عرضاً تخطيطياً للعملية التشخيصية الأسرية التي عليها أن

تأخذ السياق الذي تنشأ فيه المُشكلة بعين الاعتبار.

وكما يتضح على العملية التشخيصية أن تأخذ مجموعة كبيرة من الظروف المحيطة بعين الاعتبار، ويمثل فهم هذه الظروف المحيطة المدخل إلى فهم إشكالية الفرء (حامل عرض مرض الأسرة) .



الشكل ٥٦ : النافذة التشخيصية في الحياة الأسرية

٥,١ خطوات العملية

التشخيصية الأسرية

تشتمل العملية التشخيصية الأسرية بالمعنى الشمولي لمفهوم العملية

التشخيصية على ثلاثة خطوات، تهدف إلى الإحاطة بكافة مظاهر المشكلة. ولا بد في البداية من الإشارة إلى أن هذه الخطوات ومضامينها لا تقتصر على الأسرة فحسب

وإنما تستخدم في أي مجال يكون الهدف منه حل المشكلات، سواء أكان حامل المشكلة الفرد أم الأزواج أم الأسرة أم مجموعة من الأفراد.

أما الأسئلة المطروحة في كل جانب من الجوانب الثلاثة فهي التالية:

-ماذا حصل ويحصل؟

-لماذا الأمر على هذا النحو؟

-ما الذي ينبغي عمله؟

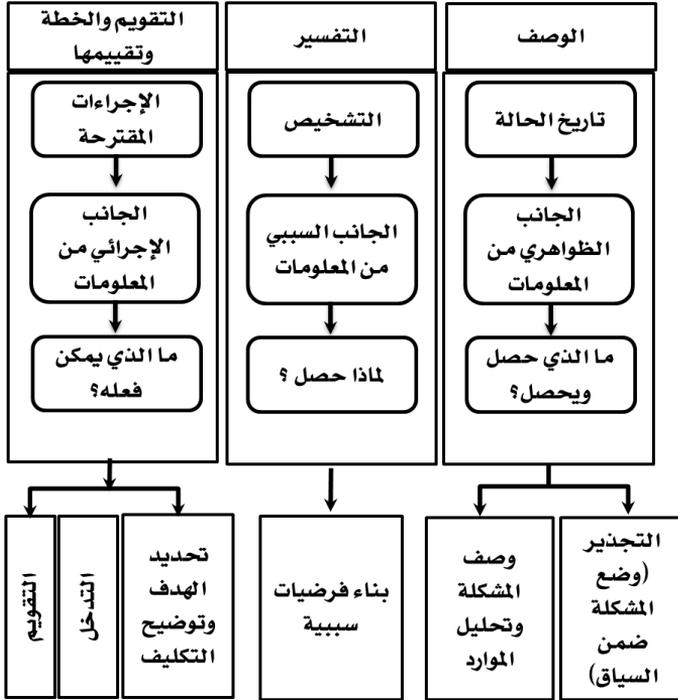
ويعني السؤال الأول جانب الحصول على المعلومات الوصفية (الظواهرية) للمشكلة وهو ما يمكن الإجابة عنه من خلال ما يسمى بتاريخ المرض أو تاريخ الحالة. أما السؤال الثاني فيعني الحصول على المعلومات السببية، أي الجانب السببي (التشخيصي بالمعنى الحر في المصطلح)، ويتعلق الجانب الثالث بالجانب التدخلي فيسأل عن إمكانات المعالجة. وهذا يعني بعبارات أخرى أن الجانب الأول يشتمل على وصف الوضع الراهن مع خلفيته والثاني يهدف إلى توضيح ماهية الأسباب التي تسبب التأثير الملحوظ في الوقت الراهن، أي التوضيح أو التفسير ويهتم الثالث بتقييم إمكانات التدخل واقتراح الإجراءات فيما يتعلق بحل المشكلة. وفي خطوة لاحقة يتم توسيع الخطوات الثلاثة إلى ست خطوات تشتمل على وضع المشكلة في سياقها (التجذير) ووصف المشكلة وتحليل الموارد والتفسير من خلال بناء الفرضيات السببية الممكنة واختبارها، ثم تحديد الهدف ووصفه والاتفاق عليه واقتراح التدخلات الملائمة وتنفيذها وتقويمها التشخيصي، كما هو موضح في الشكل ٥٧. ويتم العمل في هذه الخطوات في عملية تواصلية مع أفراد الأسرة جميعاً أو على الأقل مع الأفراد المشاركين في المجموعة.

وسيتم الاقتصار في هذا السياق على توضيح للخطوات المتعلقة بالوصف والتفسير دون التوسع بالجانب المتعلق بالنقاط الثلاثة الأخيرة من الشكل ٥٧ (أنظر صفحة ٤٠٥).

الفصل العاشر

٥,١,١ التجذير (وضع المشكلة في السياق)

يتم التَّشخيصُ الأسري بالسياق، أي بالإطِّار الاجتماعيِّ والعلاقات التي يظهر فيها السلوك، حيث يعد هذا السلوك على أنه أسلوب في التواصل، أو بعبارة أخرى طريقة



الشكل ٥٧ : خطوات التشخيص عموماً والتشخيص الأسري بشكل خاص

الفرد في توصيل المعلومات. وترى النظرية المنظومية أنه لا يمكن فهم السلوك التفاعلي بين الناس إلا إذا نظرنا إليه في إطاره الذي يظهر به. ولتوضيح ذلك يمكن الاستعانة بالمثال التالي: لنتصور شخصاً لم يسمع مرة بلعبة كرة القدم يشاهد مباراة، ويلاحظ بشكل خاص ذلك الشخص الذي يرتدي لباساً أسود، يجري على حافة الملعب مسلحاً بصفارة ويؤشر بيديه فجأة ويصفر بصافرته. فإن تم فصل سلوك الحَكَم عن سياق اللعبة فإن هذا السلوك لا معنى له على الإطلاق. غير أن مغزاه يصبح مفهوماً إذا أخذنا بعين الاعتبار سياق لعبة كرة القدم بقوانينها التي تنظمها والتصرفات التي تعتمد على بعضها.

فالسلوك لا يُفصِح عن معناه إلا في سياق تصرفاتٍ أخرى، أي في سياق تفاعل اجتماعي. ولهذا السبب من المهم في سياق التشخيص أخذ سياق الأفراد والأسر بعين

الاعتبار. وسوف نشير في هذا الإطار إلى أحد هذه السياقات كمثال عن السياقات التي تمس حدث التفاعل لفرد ما بشكل مباشر وهو سياق عالم الحياة الأسرية.

١,١,٥. عالم الحياة الأسرية

يشمل سياق عالم الحياة الأسرية المجال الاجتماعيّ كاملاً الذي نشأ وعاش فيه الفرد. ويمكن توسيعه ليشمل بيئة السكن، أي الإطار المادي الذي يعيش فيه بما فيه من بنية تحتية كإمكانات العمل ووقت الفراغ والخدمات المدرسية والصحية وغيرها. وفي بداية العمل العلاجي لابد من إجراء تحليل تفصيلي لهذه الشروط السياقية من أجل تعلم فهم مشكلات وموارد الأسرة على خلفيتها. ومن إحدى الإجراءات التي أثبتت فاعليتها في التشخيص والعلاج الأسري استخدام الغينوغرام. فهو يساعد على العرض التوضيحي للمعلومات المعقدة حول الأسرة، ويمكن توسيع الغينوغرام ليشمل عدة أجيال، وعادة ما يتم تصميمه مع أفراد الأسرة أو مع الأفراد.

- الغينوغرام

الغينوغرام أو مخطط الأسرة Genogram عبارة عن عرض تخطيطي للمعلومات البيولوجية والقانونية لمنظومة أسرية ويتضمن ما يلي:

- الوقائع الأساسية كالقربة وتواريخ الولادة والزواج والوفيات
- الأطفال المولودين والمتوفين والمجهضين والمسقطين والمتبنين والأشخاص المبعدين والأمراض الجسدية والنفسية الموجودة.
- الأولاد من زيجات سابقة بما فيهم المجهضين أو المتوفين
- معلومات أخرى حول أفراد الأسرة وأنماط علاقاتهم.
- معلومات حول الموارد وبشكل خاص إنجازات الأسرة.

ومن خلال المخطط الأسري (الغينوغرام) يمكننا رسم علاقات القرابة، فانطلاقاً من رمزين اثنين، مربع لأفراد الأسرة الذكور ودوائر للإناث يمكننا بخطوات قليلة رسم الأسرة بطرق مختلفة. وهنا يتم البدء مع الشخص الذي نتحدث إليه (وهذا يتم إحاطته بدائرة خاصة أو مربع).

الفصل العاشر

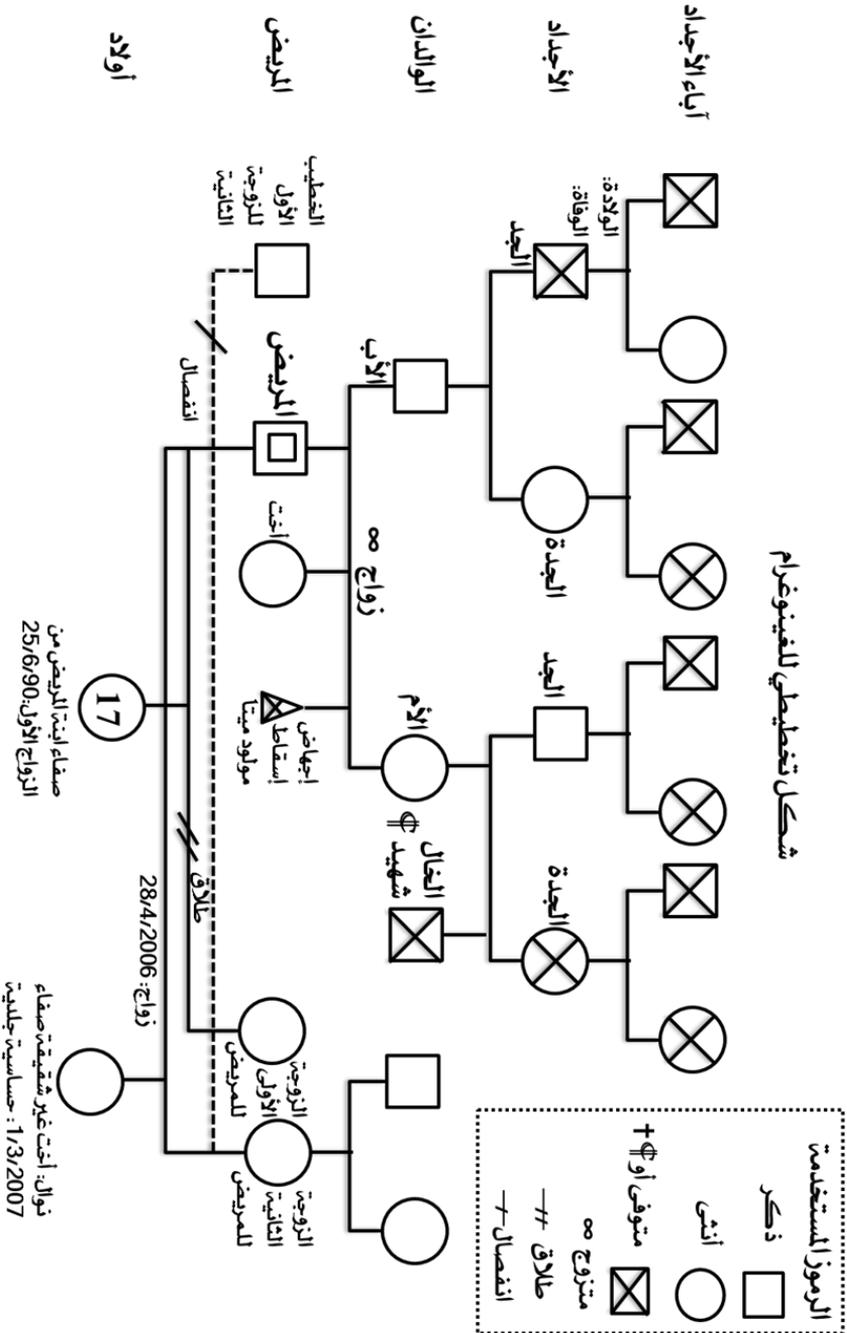
التشخيص الأسري والمنظومي

ونبدأ بعدئذ بتجميع أفراد الأسرة الآخرين، ويتم إكمال الرموز بالأسماء والعُمر (وحسب السبب والهدف يتم أيضاً ذكر العُمر) وحسب السبب والهدف يتم أيضاً ذكر بيانات أخرى ك المهنة والمرض والخصائص...الخ)، وبيانات حول الزواج أو الخصائص...الخ)، وبيانات حول الزواج أو الانفصال. ويستخدم الفينوغرام من أجل الحصول على صورة عامة وشاملة الحصول على صورة عامة وشاملة للوضع الأسري، تسهياً للفهم ومن أجل فهم التركيبة الأسرية للمساعدة في التركيبة الأسرية للمساعدة في التشخيص ومن أجل الدخول في الجلسة وبدء التواصل. كما يُقدّم

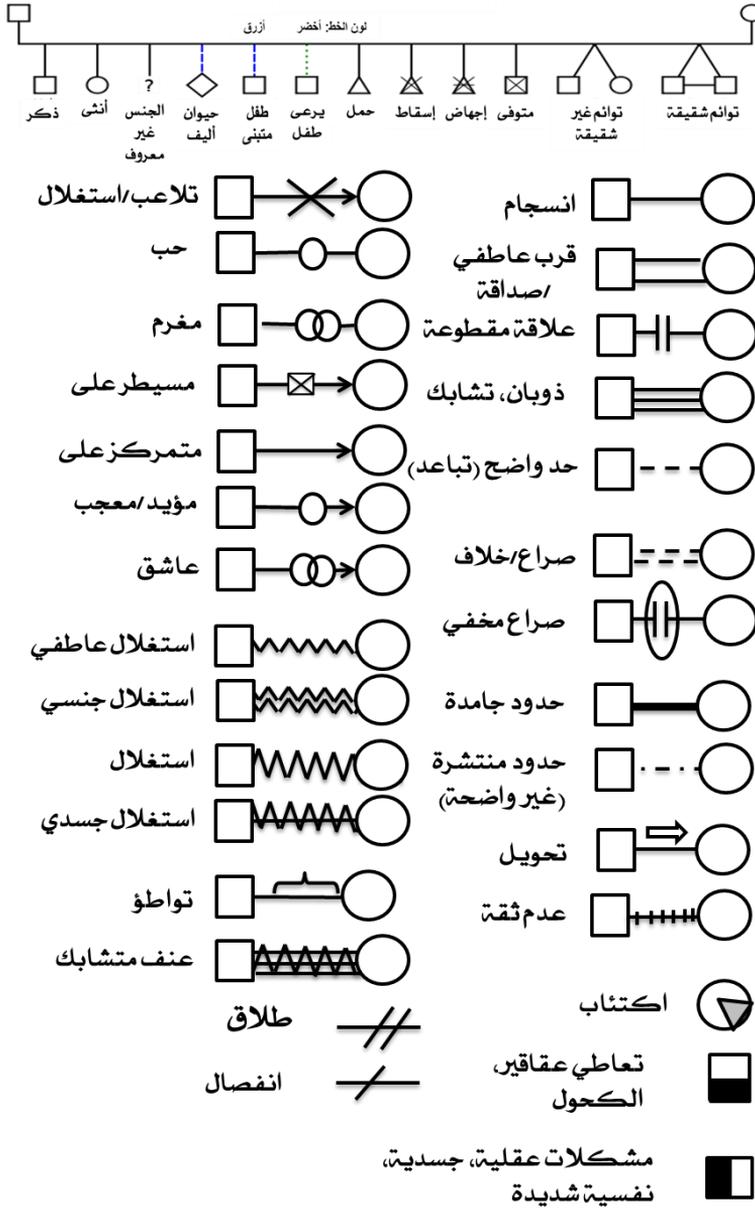
الشكل ٥٩ مثالاً حول اختبار تشخيص بنية الأسرة، في هذا الاختبار يتم عرض التقارب والتباعد بشكل رمزي بين أفراد الأسرة. ولا يوجد معيار مُحدّد للمخططات الأسرية والمهم فيها أن تقدم توضيحاً ملائماً.

أما الأسئلة المهمة لبناء مخطط الأسرة فتتضمن أسئلة تستقصي المعلومات التالية وغيرها:

- ما هي الأوضاع الصعبة (نائبات الدهر أو الأقدار أو المصائر) الموجودة في الأسرة؟
- هل تم طرد أحدهم من الأسرة؟ "الخروف الأسود"؟
- هل يوجد إجهاض أو إسقاط أو كائنات هناك ولادات لأطفال ميتين؟
- هل يسود الصمت حول ذلك أم الصراحة في الأسرة؟
- هل توجد علاقات حب ليس مسموحاً لها أن تحصل؟
- أحداث متكررة (حوادث، أمراض، خسائر، إفلاس)؟
- هل توجد صفات شخصية أو أنماط سلوكية موروثية؟
- هل توجد قواعد خاصة بالأسرة، اتفاقات (صريحة أم مغطاة)؟
- هل توجد أسرار؟
- من يتخذ القرارات المهمة؟
- كيف يتم التحدث حول أفراد الأسرة الآخرين؟
- كيف يتم التعامل مع النقود، من له الكلمة الأخيرة؟
- هل تم استخدام العنف؟



الشكل ٥٨ : الفينوغرام (مخطط الأسرة)



الشكل ٥٩ : بعض الرموز المستخدمة في بناء مخطط الأسرة؛ وقد تختلف الرموز والتسميات أحيانا

و لَعَلَّ الأمر الأكثر أهمية في الغينوغرام هو الحكايات والقصص التي يتم سردها أثناء إعداده. فهي تشكل الخلفية من أجل فهم جديد للحاضر المعاش كما يرى كل من شلبه وشفايتر (Schlippe & Schweizer, 1996).

ويحقق الغينوغرام هدفين:

- ١ - جعل الوضع الأسري ملحوظاً بصرياً بكل أشخاصه الذين ينتمون إلى ذلك.
 - ٢ - وصف المواضيع الراهنة بطريقة جديدة، أي بطريقة مختلفة، من منظور الموارد، أي اكتشاف الموارد المفيدة في حل المشكلات أو الصعوبات الراهنة.
- ومن هنا فإن الغينوغرام لا يتضمن صفات وخصائص أفراد الأسرة وإنما نقاط قوة وموارد الأشخاص، خاصة "كنوز" الأسرة الكامنة حتى الآن والتي يُفترض أن يتم تعلم تقديرها.

٥,٢ وصف المشكلة وتحليل الموارد

يمثل تحليل المشكلة وتحديد الموارد خطوة مهمة تساعد في مرحلة تحديد الأهداف والتخطيط للإجراءات أو التدخلات.

٥,٢,١ وصف المشكلة

ترى وجهة النظر المنظومية أن المشكلات ليست وقائع موضوعية، وإنما هي عبارة عن ظواهر مبنية اجتماعياً. وهذه الظواهر تتميز عن بعضها انطلاقاً من التمييز بين المعيار والانحراف. ومن دون هذا التمييز الذي يقرر القيمة الواجبة، أي المعيار، والقيمة القائمة، أي الانحراف الراهن فلا يمكن ملاحظة المشكلات. إلا أن السؤال الذي يطرح نفسه هو: من الذي يحدد هذا الفرق بين المعيار والانحراف وكيف يضعه ويلاحظه. هل يضع الفرق ويلاحظه المتعالج (الأسرة) نفسها؟ أيميز الأفراد المشكلات بأنفسهم أم أنه يتم تمييزها عندهم من الآخرين الذين يحددون من جهتهم الفرق بين المعيار والانحراف؟ وينبغي معالجة سؤال العزو والتمييز هذا في مرحلة دراسة الحالة. وفي خطوة لاحقة يفترض لتحليل المشكلة أن يتم وفق تصور ثلاثي الأبعاد: البيولوجي والاجتماعي والنفسي. فعلى المستوى البيولوجي يتم

الفصل العاشر

التشخيص الأسري والمنظومي

التطرق للمسائل الصحية والحاجات الجسدية والفيزيولوجية (الصحة والتعامل الملائم مع الجسد والأمراض...الخ) وعلى المستوى النفسى يتم التطرق للمسائل النفسىة الإنفعالية والحاجات النفسىة والإنفعالية (المواجهة الاستعرافية والإنفعالية للأحداث وتمثلها كالقلق والخوف وغيرها) وفي المجال الإجتماعي يتم التطرق للحاجات الإجتماعية (العلاقات الإجتماعية في الأسرة كالأصدقاء والأقارب وغيرها بالإضافة إلى الموارد الاقتصادية).

٥,٢,٢ تحليل الموارد

يعد تحليل الموارد إلى جانب وصف المشكلة على درجة كبيرة من الأهمية. ويقصد بالموارد كل ما هو جيد ومفيد ونحتاج إليه، وكل ما يسير في علاقاتنا بشكل جيد وإيجابي وبناء وكل الأمور المادية التي تمنحنا الأمان. بالإضافة إلى ذلك يمكن تحويل أساليب معينة في المواجهة مثل أساليب محددة من عزو المشكلات والتي يطلق عليها واتسلافك Watzlawick "الض الناعم لإعادة التفسير" أو إعادة التشكيل reframing إلى موارد. فمن خلال إعادة التشكيل يمكن تعديل تقييمات وأهمية المشكلات أو الأعراض على سبيل المثال. ومن جهة النظر المنظومية فإن إعادة تشكيل الأعراض إلى ظواهر مفيدة بانية للعلاقة تمثل نوعاً من إعادة التفسير والذي يمكن استغلاله كمورد. ويتم التمييز بين أربعة موارد:

- (١) الموارد الشخصية: ويقصد بها كل قدرات الفرد الإجتماعية والنفسية والبيولوجية المكتسبة ، كروح الفكاهة والاستقرار المواهب والصحة والمهارات والقدرة على التسامح وتقبل المساعدة والقدرة على رؤية المعنى في الحياة والقدرة على الارتباط...الخ.
- (٢) الموارد الإجتماعية في محيط الحياة: ويقصد بها كل العلاقات الطيبة، أي البناء والداعمة والمقدرة من منظور شريك الحياة بالأقارب والأصدقاء والجيران.
- (٣) الموارد الإجتماعية في البيئة المجتمعية: ويقصد بها على سبيل المثال الانتماء إلى جمعية أو رابطة والعلاقات المثمرة بالأطباء والنفسانيين ورجال الدين...الخ،

والاتصالات التعاونية بالمدارس والمؤسسات الداعمة أو المهمة في المجتمع المحلي أو المحيط الاجتماعي.

(٤) الموارد الاقتصادية: ويقصد كل العتاد المادي والاجتماعي والاقتصادي من نحو وجود عمل والأموال والشهادات التعليمية والمجال السكني الملائم.

٥,٣ بناء الفرضيات السببية

من وجهة نظر بنائية^{١١} Constructivistic فلا يمكننا أبداً معرفة الأسباب الحقيقية لمشكلة نفسية اجتماعية بيولوجية، إذ أن المنظومات الاجتماعية والنفسية تبني نفسها وفق قواعد معقدة وخاصة وغير قابلة للملاحظة من الخارج بشكل مباشر. وكل ملاحظ يلاحظ وفق نمط خاص ومرجع إلى ذاته كلية. وبعبارة أخرى: إن كل ملاحظ يلاحظ بشكل مختلف. ومن هنا يمكن من الأبعاد الموضوعية والاجتماعية والزمنية سرد أسباب أو عوامل كثيرة قد لا تنتهي للمشكلات.

كما يمكن لهذه الأبعاد - وحتى داخل التعبير عن النفس في عمليات الإشراف الخارجي والتقييم Supervision and Evaluation processes - تحديدها بالأسئلة التالية - (١) بُعد الموضوع: "ما هي الفرضيات النظرية المسبقة التي أفسر من خلالها المشكلة وعلى أي أساس؟ (٢) البعد الاجتماعي: "من يفسر المشكلة ومن أي منظور؟ (٢) "البعد الزمني: "متى أفسر المشكلة؟".

^{١١} نظرية المعرفة، تهتم بالسؤال كيف نتوصل للمعرفة. وتنطلق البنائية من أن وجود نوع من الشك بالاعتقاد القائل أن المعرفة والواقع متطابقان، ضروري. وتفترض البنائية أن المعرفة ليست نتيجة لتصوير (انعكاس) للواقع، أي اكتشاف الواقع الموجود موضوعياً، بل هي نتيجة لاختراع الواقع. فالدماغ الإنساني لا ينتج مجرد صورة فوتوغرافية للواقع وإنما يخلق بمساعدة إدراكات الحواس صورة خاصة عن العالم. فالحقيقي هو ما يتم إدراكه وفق البنائية. والبنائية لا تنكر الواقع نفسه، بل تدعي فقط أن الطروحات حول الواقع تتبع من الخبرة الذاتية، والتاريخ الذاتي، و التطور الذاتي، والإمكانات الجسدية المحدودة للإدراك. ولهذا فإن مهمة البنائية هي إظهار كيف يتم صنع بناءات الواقع. وبعبارة أخرى فإن البنائية تتخلى عن الحقيقة المطلقة.

والتفسيرات، أي الوصف من خلال لماذا، أي من خلال أسباب الملاحظة هي عبارة عن مصادفات contingent، إنها يمكن بالارتباط مع البعد الموضوعي والاجتماعي والزمني أن تظهر بشكل مختلف. وكذلك الأوصاف، أي ما تتم ملاحظته أو ما هي الظواهر التي تبدو للملاحظ كواقع، والتقييمات التي تميز (تعلم) أهمية الملحوظ يمكنها أن تكون "على هذا النحو" أو تكون "مختلفة" أيضاً، أي أن تكون مجرد مصادفة.

ومن هذا المنظور فإن الفرضيات السببية في البداية مجرد تفسيرات (مازالت) غير مُختَبَرة حول الظروف والأسباب أو العوامل الممكنة للمشكلات التي تهمنا. إنها تفيد في تحفيز المزيد من الأفكار وبشكل خاص فيما يتعلق بحل المشكلات و التخطيط للتصرف. ومن هنا ينبغي للفرضيات أن تربط المعلومات المعروفة للحالة بالتفسيرات بطريقة مفيدة. كما ينبغي صياغة الفرضيات في صيغة المضارع، في صيغة احتمالية. أي لا نقول على سبيل المثال: "هنا حصل هذا وذاك، لابد أن يحصل، يجب أن يحصل؛ وإنما نقول: قد يحصل، يفترض أن يحصل؛ وإن تم التفسير بأن هذا على هذا النحو كما هو، فإننا لا نقول سوى بأنه هناك احتمال لهذا أن يكون مختلفاً أيضاً".

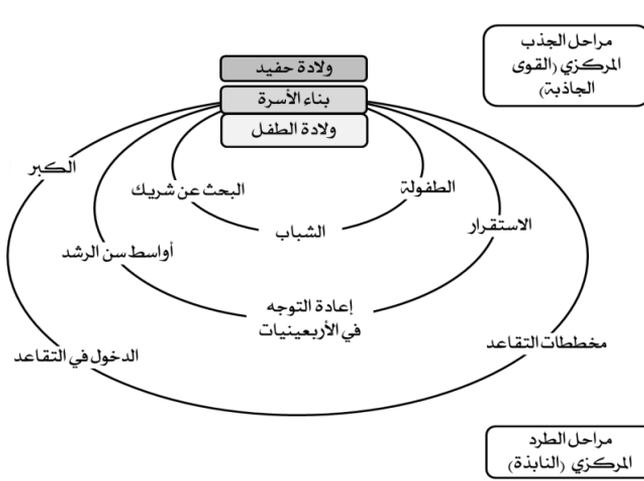
كما ينصح في بناء الفرضيات السببية بأخذ أربعة مظاهر بعين الاعتبار:

(١) يفترض أن تتم صياغة الفرضيات بطريقة ديناميكية علائقية، وعلى التفسيرات أن تستند إلى التفاعلات التي يتم في سياقها إظهار هذه التصرفات كفاعل (كاستجابة) فيما يتعلق بأنماط السلوك الأخرى. وبعبارة أخرى يفترض أن يتم إشراك الأشخاص المشاركين بالمشكلة أو المساهمين في الأعراض. ومن وجهة النظر الديناميكية العلاقية يمكننا الانطلاق من منظور، أن الأعراض أو المشكلات تعمل بشكل بان للعلاقة، أنها قد تعطي معنى، أن تحقق وظيفية، أن تحقق غرضاً. وبعبارة التحليل النفسي يمكننا هنا استخدام مصطلح "المكسب الثانوي للمرض". إذ علينا أن ننظر أيضاً: في أية علاقة يكون للعرض أو للمشكلة المعنية تأثيراً إيجابياً، ما هو الغرض أو المعنى الذي يحققه.

- (٢) على الفرضيات أن توضح كيف، أي بناء على أية افتراضات أو نماذج أو وجهات نظر، باختصار "الخرائط الداخلية" - تحصل مشكلات المراجعين أو تستمر. ويمكننا الافتراض مع واتسلافك Watzlawick بأن المشكلات هي عبارة عن محاولات حل غير ملائمة تترافق مع وجهات وافتراضات ونماذج محددة أو مع "الخرائط الداخلية". فالناس الذين يعززون المشكلات لأنفسهم، يفكرون كيف يمكنهم حلها. وهذه الأفكار بالتحديد من الممكن لها من خلال ما ينجم عن ذلك من تصرفات أن تجعل المشكلة أكثر صلابة أو تقويها، أي وبعبارة مناقضة: يتحول الحل أو محاولة الحل نفسه إلى مشكلة. ومن هنا فإنّه من المهم تقويم ما يقوله المراجع استناداً إلى فيما إذا كان بالإمكان ملاحظة وجهات النظر أو الافتراضات أو النماذج الإشكالية هذه في عباراته. بالإضافة إلى أنه من المفترض أن يتم مناقشة محاولات الحل التي قام بها المراجع حتى الآن، من أجل رؤية لماذا لم يستطع المراجع حتى الآن إدراكها ولماذا ربما قد قام بتقوية المشكلة بنفسه.
- (٣) على الفرضيات أن تنير الأحداث ذات الصلة التي من الممكن لها أن تكون قد قوّت المشكلة. وهنا لابد من أخذ دورة حياة الناس والأسرة بعين الاعتبار، والإشارة إلى النقاط المميزة التي لا بد للأفراد أن يستجيبوا لها بتأقلم إجتماعي. بالارتباط مع الكيفية التي ينجح فيها هذا التأقلم، يمكن أن تظهر مشكلات أو أعراض. وكدعم لهذا المظهر من بناء الفرضية يمكن على سبيل المثال استخدام الجدول ٤٦ كمساعد يوضح الدورة الحياتية الطبيعية للأسرة في المراحل والأحداث والمهام النمائية المختلفة (راجع كذلك الشكل ٦٠ صفحة ٤١٨).
- (٤) الفرضيات المتعلقة بالأحداث الاجتماعية؛ وهي عبارة عن الفرضيات التي تأخذ بعين الاعتبار العوامل الاجتماعية الاقتصادية في تفسير المشكلة. ومن هذه العوامل التغيرات الاجتماعية والسياسية كالحروب والأزمات الاجتماعية المرتبطة بها كالتهجير والعوامل الاقتصادية كالبطالة مثلاً وتغيرات مطالب الأدوار من الجنسين ونقص المال والسكن... الخ.

دورة الحياة الأسرية	
التأقلم مع الآخر توضيح التوقعات المتناقضة ممارسة الأنماط السلوكية موازنة التصورات القيمية التمايز عن الأسرة المنبع (إيجاد القواعد، أي من الأسرة المصدر تسود؟)	الزواج
توسع المنظومة الثنائية إعادة تنظيم العلاقة الزوجية حل التكافل بين الأم والطفل انبعاث عمليات ديناميكية جماعية تشكل المثلث (يمكن أن تكون له وظيفة مثبتة ز مخففة للصراع في لعلاقة الشريكين)	ولادة الطفل
انبعاث الضبط الاجتماعي من خلال المؤسسات الرسمية يتعلم الأطفال على علاقات أخرى و تصورات قيمية يصبح الإنجاز موضوعا يتعزز السعي للاستقلالية عند الطفل ويستثير في بعض الأحيان مخاوف فقدان عند الوالدين	ذهاب الطفل إلى المدرسة
نمو الهوية الجنسية التشكيك بسلطة الوالدين اللجوء أو الانتماء لمجموعات أقران الانفصال عن بيت الأسرة على الوالدين الاعتراف بمزيد من الاستقلالية والمسؤولية للأولاد	نمو الطفل
العبور إلى المنظمة من الدرجة الثانية على الوالدين أن يعزفا نفسيهما ثانية كزوج مواجهة فقدان الأولاد يبني الأولاد لأنفسهم علاقة زوجية (يمكن أن تظهر الأعراض لأن ربما تتم إعاقة طموحات الاستقلالية؛ الابن يتخيل: سوف يحصل مكروها إذا ما خرجت).	انتقال الأولاد من البيت
نهاية الحياة المهنية البحث عن معنى جديد للحياة ولادة الحفيد التعامل مع الحاجات للرعاية	إعادة التوجه/مرحلة الشيخوخة
الوداع	الموت

وإلى جانب هذه الأحداث الطبيعية المرتبطة بالوقت غالباً ما تحصل أحداث أخرى كالأحداث الاقتصادية الإجتماعية والتي تعمل كضغوطات ومثيرات للمشكلات ومن هذه الأحداث على سبيل المثال أحداث الانفصال والطلاق والأمراض والانتقال والموت المبكر وفقدان العمل والحوادث وتأسيس أسرة ثانية (الزواج ثانية) الخ...



الشكل ٦٠ : دورة حياة الأسرة ومراحل الجذب والنبذ فيها

ويمكن القول
بشكل عام أن الهدف
من بناء الفرضيات هو
توليد أفكار موجهة
للتصرف، ليست
حقيقة وإنما عملية في
أفضل حالاتها أو
مفيدة في العمل مع
المراجعين. وتأكيد
فرضياتنا لا يحصل
إلا في الحوار مع

الأفراد المشكلين للمنظومة. وفي التشخيص الأسري لا ينصح عادةً ببناء فرضية وحيدة وإنما عدة فرضيات يتم عرضها على المراجعين أو تنبثق عنهم في أثناء العمل. وليس الهدف هو إيجاد الفرضية الصحيحة بل إيجاد فرضية مفيدة، وينبغي لهذه الفرضية (الفرضيات) أن يتم رفضها أو تعديلها أو استبدالها بفرضية أفضل بناء على المعلومات الجديدة.

٥,٤ تحديد الهدف وتوضيح التكليف

يعد كل من تحديد الهدف وتوضيح التكليف من المظاهر المهمة في المبدأ القائم على النظرية المنظومية. فانطلاقاً من وجهة النظر المنظومية تتم محاولة

الفصل العاشر

التشخيص الأسري والمنظومي

توجيه انتباه المراجعين (الأسرة) نحو مستقبل باعث على الرضا وخال من المشكلات. ومن أجل هذا فإنَّه من المهم تحييد الأهداف المأمولة بالتعاون مع المنظومة (الأسرة، وفي الحالة المثالية منح أهداف الأسرة الأولوية. إذ أن هذا يمثل الشرط الأساسي لبناء عمليَّة المساعدة التعاونية والتشاركية. كما أن مطَّاب ضمان الجودة تفرض في وقتنا الراهن إجراء التقويم المناسب، وهو ما لا يمكن إجراؤه إلا إذا أمكن مقارنة نتائج التدخل مع الأهداف المتفق عليها (مظهر الفاعلية).

٦. تصنيف البيانات الذاتية والموضوعية في التشخيص الأسري

الجدول ٤٧ : مصادر البيانات في التشخيص الأسري

نوع البيانات	
مصدر البيانات	ذاتي
من الداخل insider	طرق التقرير الذاتي
من الخارج outsider	الطرق القائمة على السلوك

تكمن إحدى المصادر المهمة للبيانات في التشخيص الأسري من خلال دمج رؤية المطلع الداخلي مع المطلع الخارجي. ويقصد بالمطلع الداخلي هنا الحكم الذي ينطلق من أفراد الأسرة أنفسهم في تقييم أنفسهم. وهنا لا بد من أخذ وجهات نظر جميع أفراد الأسرة، بما فيهم الأولاد. وعندما يتم إشراك أفراد من خارج الأسرة فإننا نتحدث عن المنظور الخارجي. وبين المصادر الداخلية والخارجية للبيانات توجد علاقة تكاملية.

٧. الطرق الإمبيريقية التشخيصية

١. المقابلات الأسرية المعيرة، مثال: المقابلة الأسرية المبنية، Structured Family

Interview SFI، ومقابلة السند الأسري (Camber well Family Interview CFI)

٢. طرق الملاحظة (مهام تفاعل، مهام حل المشكلات، مهام اتخاذ القرار، مثلا

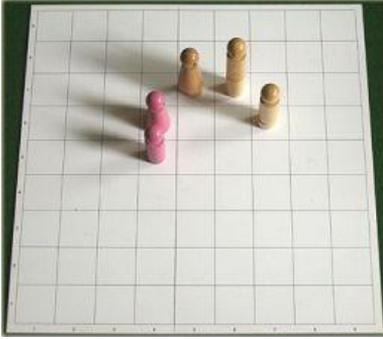
مقياس النشاط العائلي المحاكى (Simulated Family activity Measurement)

٣. نماذج Process model ومقاييس التقدير.

٤. استبيانات التشخيص الأسري مثل التفاعل الأسري البنيوي Structural Interaction Scale SFIS, Family مقياس بيئة الأسرة، قائمة التقرير الذاتي الأسري Self-Report Family Inventory (SFI)

١,٢,٧ مثال لاختبار منظومة الأسرة

^{٣٧} يعرض اختبار منظومة الأسرة أفراد الأسرة بشكل رمزي لسبر أبعاد



الشكل ٦١ : اختبار منظومة الأسرة ويصور بعدين أساسيين من البنية الأسرية: الانسجام و الهرمية (التسلسل)

التماسك الأسري والتسلسل الهرمي في الأسرة وقد تم تطوير اختبار منظومة الأسرة (Gehring, 1998) في جامعات زيورخ وستانفورد.

الأدوات: عبارة عن لوح مقسم إلى مربعات أو حقول وأشكال ذكورية وأنثوية كرموز لأفراد الأسرة وقطع خشبية بارتفاعات مختلفة لرفع أو إبراز الأشكال، والتي يمكن من خلالها التعبير عن مكانة السلطة والتأثير ويتم عرض ثلاثة مواقف يقوم المبحوث بترتيبها:

- العلاقات الأسرية النمطية (أو المألوفة، كما يعيشها المبحوث في الحياة اليومية)
- العلاقات الأسرية المثالية (الأسرة كما يتمناها المبحوث)
- موقف صراع (الأسرة في أثناء موقف صراع).

^{٣٧} ويتألف هذا الاختبار من لوحة مقسمة إلى حقول وأشكال ويتم عرض مواقف العلاقات الأسرية النمطية (المألوفة) بالشكل الذي يتم إدراكه من أفراد الأسرة.

المؤلفون	الأداة	الفئة
Perrez, M., Berger, R. & Wilhelm, P. (1998)	مَنْظُومَةُ المِراقِبَةِ الذَّائِئَةِ الأَسْرِيَّةِ FASEM –Family-Self-Monitoring-System	أدوات الملاحظة
Hawellek, C. (1995)	التحليلات المدعومة بالفيديو (في المحيط الطبيعي أيضا: الاستشارة بالفيديو) (Video Consultation)	
أدوات سبر		
Watzlawick (1966); Brown & Rutter (1966)	Structured المقابلة الأَسْرِيَّةِ المَبْنِيَّةِ SFI – Family Interview	مقابلات مبنية
Magans, Goldstein, Karno, Miklowitz, Jenkins & Fallon (1986)	Camberwell مقابلة كامبرويل الأَسْرِيَّةِ CFI, FMSS Family Interview	
Olson (1986)	مقياس التكيف العائلي و تقويم التماسك Family Adaption and FACES – Cohesion Evaluation Scale	استبيانات
Moos, R.H. & Moos, B. S. (1981), Schneewind, (1988)	Family مقياس المناخ الأَسْرِي Environment Scale FES	
Mattejat & Scholz (1994)	Subjective الصورة الأَسْرِيَّةِ الذَّائِئَةِ SFP –Family Picture	
Cierpka, M & Frevert, G (1995)	Family Questionnaire استبيان الأَسْرَةِ	
Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1999)	Families- اختبار تماهي الأَسْرِ FIT– Identification-Test	
أدوات جشطلطية		
(Gehring, T. M. (1998, 2. edition)	Families System اختبار مَنْظُومَةِ الأَسْرِ FAST – Test	أدوات نحتية sculpture
Staabs, G von (1992, 8. edition) Ermert, C. (1997)	Sceno Test اختبار سكينو	أدوات إسقاطية
Berm-Graeser, L. (2001, 8. edition)	Family in الأَسْرَةِ في شَكْلِ حيوانات Animals	

^{٦٨} لمزيد من المعلومات حول أدوات التشخيص الأسري راجع: التشخيص النفسي الإكلينيكي . (تحت الطبع) دار الكتاب الجامعي. ترجمة سامير جميل رُضْوَان (الفصل العاشر ص ٣٤٩ وما بعد).

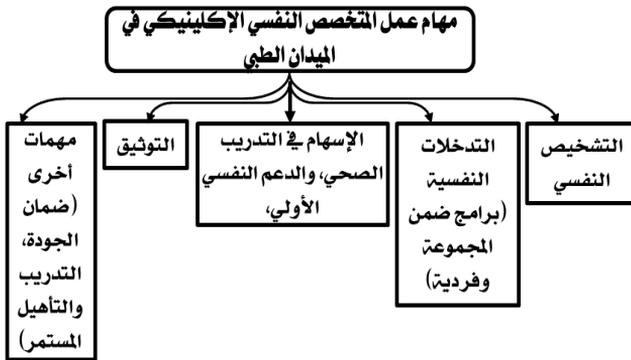
الفصل الحادي عشر

قضايا خاصة: الممارسة النفسية في الميدان الطبي

والطبي النفسي

١. مقدمة

يمارس المتخصص النفسي الإكلينيكي عمله في الميدان النفسي الإكلينيكي في مؤسسات مختلفة تشترك مع بعضها في صفات عامة وتختلف عن بعضها في بعض الخصائص حسب طبيعة ونوع المؤسسة وتخصصها. وسيتم التطرق في الفصل الحالي للممارسة النفسية في الميدان الطبي والطبي النفسي، وهي الشكل الغالب للممارسة الإكلينيكية. وتشتمل الممارسة النفسية في المجال الطبي ميادين عديدة ومتنوعة منها:



الشكل ٦٢: عمل المتخصص النفسي في الميدان الطبي

١. أمراض التعلق
٢. ميدان الأطفال والياقين
٣. إعادة التأهيل العصبي
٤. إعادة التأهيل السيكوسوماتي
٥. الأمراض الطبية النفسية وإعادة التأهيل فيها

٦. الرعاية وإعادة التأهيل في مجال الأمراض الجسدية،

ولن يتم التعرض هنا إلى الخصوصيات المتعلقة بالفعالية للممارسة النفسية في المجالات المذكورة سابقاً، وإنما سيتم التركيز على مجال الممارسة النفسية التي

يقوم بها المتخصص النفسي في المجالات المختلفة. وتشتمل مهام المتخصص النفسي الإكلينيكي على المجالات التالية المعروضة في الشكل ٦٢.

٢. التشخيص النفسي Psychological Diagnostic

يقوم المتخصصون النفسيون باختيار المظاهر التالية (Berth & Balck, 2003):

١. التحليل التفصيلي للظروف والسلوك Condition-and Behavior analyses والمقصود هنا تحليل الضغوط الاجتماعية النفسية وعوامل الحماية والخطر، التي تؤثر على نشوء المرض أو على الصورة المرضية (العواقب) وتؤثر بشكل خاص على النشاطات الاجتماعية المتوقعة وعلى مشاركة participation المريض في طور إعادة التأهيل.
٢. تحديد استراتيجيات المواجهة المتعلقة بالهنة والمشكلة. Coping behavior as to the Work and Problem . ما هي استراتيجيات المواجهة المستخدمة فيما يتعلق بالمشكلة أو المهنة، فتحديد أشكال مواجهة المشكلة أو المرض المتوفرة للفرد له تأثير على مجرى المرض نفسه. وينطبق هذا بصورة خاصة على المراحل المرتبطة بالأضرار الناجمة عن المرض بعد المرض الفعلي.
٣. وصف نموذج التعاقب الذاتي للمرض Subjective Disease sequence بالنسبة للمريض (المعاد تأهيله): تمثل نظرية المرض الخاصة Subjective Disease Theory تجسيد أو تحديد الأسباب المؤثرة جانباً من جوانب جلسة الطبيب والمريض. يخضع هذا الأمر لتسلسل ثلاثي ١ - النظرية الملقنة أو الموصلة من الطبيب (وهي تمثل الحالات التي يسأل فيها الطبيب المريض عن تصوراتهِ حول الأسباب، وهي تمثل بالنسبة للتحليل أهم المؤشرات أو الدلائل). ٢ - النظرية الذاتية التي يعبر عنها المريض من تلقاء نفسه، ٣ - الثالثة محاولة الشخص الاستفسار عن عزو الأسباب عند المريض (Schneider et al., 2001; Borgart, & Meermann, 2007).

٤. تَشْخِصِ الشَّخْصِيَّةَ (عَلَى سَبِيلِ الْمَثَالِ نَمَطِ الْخَبْرَةِ وَالسُّلُوكِ الْمَتَمَحَوِّرَ حَوْلَ الْعَمَلِ الَّذِي أَسْهَمَ فِي نَشْوءِ التَّقْيِيدِ فِي الْإِنْجَازِ الْمُتَعَلِّقِ بِالْمِهْنَةِ وَالْمُهْمَّةِ بِالنَّسْبَةِ لِبِنَاءِ بَرْنَامِجِ إِعَادَةِ التَّاهِيلِ).

٥. تَشْخِصِ الْإِنْجَازَ (التَّشْخِصِ الْهَادِفَ لِلْإِنْجَازِ الْمُتَعَلِّقِ بِالْمِهْنَةِ، أَوِ الدَّرَاسَةِ... الخ) عَلَى سَبِيلِ الْمَثَالِ تَشْخِصِ الدَّافِعِيَّةِ، الْقَابِلِيَّةِ النَّفْسِيَّةِ الرَّاهِنَةَ لِلإِرْهَاقِ ١٠. الْإِسْتِعْدَادِ الرَّاهِنِ لِلإِرْهَاقِ - وَالسُّلُوكِ تَحْتَ الضَّغْطِ الْمُحَاكِيِ Simulate Stress. وَيَعِدُ تَشْخِصِ الْإِنْجَازِ مَهْمًا فِي سِيَاقِ تَشْخِصِ اضْطِرَابَاتِ الْخَرْفِ أَوْ انْخِفَاضِ الذِّكَاةِ.

٦. التَّشْخِصِ النَّفْسِيِّ لِلوُضَائِفِ وَالْإِنْجَازِ وَذَلِكَ مِنْ خِلَالِ التَّحْدِيدِ الْقِيَاسِيِّ النَّفْسِيِّ (السِّيَكُومَتْرِيِّ) لِلأَبْعَادِ الْإِكْلِينِيكِيَّةِ كَالْقَلَقِ Anxiety وَالْاِكْتِيَابِيَّةِ Depressively والتَّجْسِيدِ Somatization، وَذَلِكَ مِنْ خِلَالِ الْجُلُوسَةِ الْإِسْتِقْصَائِيَّةِ Exploration وَاسْتِخْدَامِ طُرُقِ سِيَكُومَتْرِيَّةٍ أُخْرَى بِهَدَفِ تَدْعِيمِ الْحُكْمِ النَّفْسِيِّ حَوْلَ الْعَوَامِلِ النَّفْسِيَّةِ فِي الْمَرَضِ أَوْ فِي عَوَاقِبِهِ. (فِي مَرَحَلَةِ الْمَرَضِ أَوْ فِي إِعَادَةِ التَّاهِيلِ) وَ لِتَحْدِيدِ الْهَدَفِ الْعِلَاجِيِّ وَأَهْدَافِ إِعَادَةِ التَّاهِيلِ وَلِوُضْعِ الْبَرْنَامِجِ الْعِلَاجِيِّ وَبَرْنَامِجِ إِعَادَةِ التَّاهِيلِ وَلِتَأْكِيدِ الْأَبْعَادِ الْإِجْتِمَاعِيَّةِ النَّفْسِيَّةِ فِي التَّقْوِيمِ الطَّبِيِّ الْإِجْتِمَاعِيِّ. وَمِنْ أَجْلِ تَحْدِيدِ فِيمَا إِذَا كَانَ هُنَاكَ حَاجَةٌ إِلَى تَوْعِيَّةٍ عِلَاجِيَّةٍ نَفْسِيَّةٍ أَوْ إِلَى مُعَالَجَةٍ نَفْسَانِيَّةٍ Psychotherapeutically Education or Treatment في الْمِيدَانِ الطَّبِيِّ عَمُومًا -بَشَكْلٍ خَاصٍّ فِي مِيدَانِ إِعَادَةِ التَّاهِيلِ). وَهُنَا هُنَا يَنْصَحُ بِإِجْرَاءِ مَسْحِ Screening : مَقْيَاسِ اِكْتِيَابِ وَقَلَقِ الْمُسْتَشْفَى (Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) وَمَقْيَاسِ الصِّحَّةِ لِلْمَرَضِيِّ (Patients Health Questionnaire (PHQ) ... الخ

٣. التَّدْخُلَاتِ النَّفْسِيَّةِ Psychological Intervention

- تَنْمِيَةِ الدَّافِعِيَّةِ: يَشْتَمِلُ مِيدَانُ التَّدْخُلَاتِ النَّفْسِيَّةِ لِلْمَتَخَصِّصِ النَّفْسِيِّ عَلَى تَنْمِيَةِ الدَّافِعِيَّةِ لَدَى الْمَرَضِيِّ عَمُومًا وَ التَّدْرِيْبِ عَلَى أَسَالِيْبِ الْمَوَاجَهَةِ Coping Strategies بِهَدَفِ مَوَاجَهَةِ الضَّغُوطِ Stress Coping، وَذَلِكَ بِاسْتِخْدَامِ تَمَارِينِ

الاسترخاء وتمثل المرض تعديل التصويرات الاستيعرافية cognitive Schemata واستراتيجيات المواجهة غير الملائمة:

١. تعديلات السلوك مثل التوقف عن التدخين والتدريب على سلوك حل المشكلات... الخ.

٢. التخطيط للتعامل مع الحياة اليومية: وذلك من خلال عمل برامج عمل للتطبيق في السلوك المخفض للخطر والسلوك المنمي للصحة في الحياة اليومية (Schumacher et al., 2003).

• الإرشاد والعلاج النفسي

١. الإرشاد النفسي (الاستشارة النفسية) عن طريق جلسات إرشادية بهدف التطرق إلى مواقف المشكلة الفردية وعرض المساعدات الممكنة من خلال توصيل المعلومات

٢. العلاج النفسي النفساني Psychological Psychotherapy ويتم إجراء العلاج النفسي عند وجود اضطرابات نفسية مختلطة Co morbidity كالقلق والاكتئاب على سبيل المثال أو عند وجود اختلاطية نفسية في الأمراض الجسدية كأمراض القلب والقلق والاكتئاب... الخ وذلك بهدف تجنب التطورات النفسية الشاذة المستتارة من خلال خبرة المرض. وكذلك من أجل بناء الدافعية للعلاج النفسي الخارجي ambulant Psychotherapy

٣. المجموعات النفسية. ويشتمل عمل المتخصص النفسي أيضاً تشكيل مجموعات نفسية بهدف معالجة العواقب النفسية للمرض أو العوامل المحافظة على استمرارية المرض. و التمرن على أنماط المواجهة وأنماط السلوك. ويمكن هنا أن يتم العمل ضمن مجموعة قائمة على التشخيص لمواجهة المرض (مثل الأورام الخبيثة، أمراض الجهاز المعدي معوي المزمنة، القلب والدورة الدموية، الفصامات... الخ) وتضم المجموعة حوالي ١٢ مشارك، وتكون مدة الجلسة ٥٠ دقيقة، ويبلغ عدد الجلسات ما بين ٤ - ٥ جلسات). أو يتم العمل ضمن مجموعة متمحور حول المشكلة لتنمية

الصحة (مواجهة الإرهاق) بنفس التشكيلة السابقة من عدد المشاركين ومدة الجلسات وعددها تقريبا. ويتم التدريب كذلك على تمارين الاسترخاء (استرخاء ذاتي، استرخاء عضلي تصاعدي، إرجاع حيوي أو إرجاع تنفسي). وتشكيل جماعات للتوعية النفسية Psycho educative Groups حول القلق، الاكتئاب... الخ.

ويعرض المثال التالي اقتراحاً لبرنامج وأهداف العلاج ضمن المجموعة

والمتمحور حول الموضوع: (Bengel & Zwingmann, 2008; Schumacher et al., 2003):

- معلومات، توضيح، إرشاد.
- استرجاع الثقة بقدرة الجسد على القيام بوظائفه.
- استرجاع الثقة بصلاحية الوظائف النفسية والاجتماعية.
- تهديم سلوك الإحجام والتجنب في المجال الجسدي والنفسي.
- التعامل مع المشاعر في المواقف الاجتماعية الحرجة social Critical Situations
- وظائف دور المريض.
- التعامل المشكل في اللجوء إلى المساعدة الطبية والأدوية والمواد المسببة للتعود.
- الوقاية من الانتكاس retrogression Prophylaxes.

٤. تدريب الصحة Health Training

ويشتمل التدريب الصحي على سبيل المثال محاضرات توعوية ونقاش حافظ ضمن المجموعة حول الموضوعات المتعلقة بالمرض والصحة، واستراتيجيات التعديل الدائم للسلوك ووضع برامج قائمة على الفاعلية Indication oriented Programs لتجنب أو لتخفيض عوامل الخطر وللحياة مع الأمراض المزمنة. التصميم وفق وجهات نظر علم نفس التعلم وعلم النفس الدفاعي.

٥. التوثيق Documentation

يتم توثيق العمل في التقرير النفسي وتبني ملخص التقرير النفسي في التقرير الطبي.

الجدول ٤٩: التدخلات الممكنة للمتخصص النفسي في المجالات المختلفة من الطب

أمثلة EXAMPLES	التدخلات INTERVENTION
التاريخ المرضي الأسري Family Anamnesis وضع الوظائف النفسية الاجتماعية (الكفاءة الاجتماعية) Psychosocial Function Status الموارد، الدمج، الموارد (Social Competence, Integration, Resources تحليل السلوك وتحليل المشكلة Problem and Behavior analyses التماهي مع الشؤوط المعززة والمثيرة Identification With potentiation and release Conditions تشخيص نفسي عصبي neuropsychological Diagnostic	تشخيص نفسي، اجتماعي، تشخيص الوظائف Psycho- social diagnostic and Function diagnostic
التبيين (التوعية والتوضيح والتفسير) حول المرض وشؤوط النشوء، والعوامل المحافظة على الاستمرارية والتغيرات اللازمة لطريقة الحياة. توصيل النماذج العلمية لتفسير المرض Disease التدریب على إجراءات ضبط الذات و "إدارة المرض Management رفع المطاوعة Compliance raise إجراءات هادفة لتحسين نوعية الحياة Life Quality	برامج تدریب المرضى Patient Training Programs
توجيهات لتغيير سلوك التغذية وسلوك الخطر بناء أنشطة منمية للصحة (تمارين تحمل أو تمارين قوة على سبيل المثال) تدريبات التنفس (في أمراض التنفس على سبيل المثال) الاسترخاء العضلي التصاعدي أو الاسترخاء الذاتي Progressive Muscle Training or Autogenic Training أساليب تصوؤرية (تخليئية) (رحلة في الجسد على سبيل المثال).	تدریب الصحة Health Training تمارين استرخاء

الفصل الثاني عشر تشخيص الملاءمة (الانتقاء المهني)

١. مقدمة

كثيراً ما يتم انتقاء المتقدمين للوظائف والمهن الرسمية وغير الرسمية بطرق ليست علمية، لا تقوم على أساس تشخيصي نفسي - مهني، تظهر آثاره في فشل المؤسسات الإنتاجية في تحقيق إنتاجية جيدة والمنافسة وسوء تقديم الخدمات في المؤسسات الخدمية. وتزداد المشكلة عمقاً عند انتقاء الإدارات وغيرها، حيث يغلب على هذا الانتقاء محكّات لا علاقة لها بما سيمارسه المتقدم في المستقبل.

ومع تزايد الضغوط الناجمة عن المنافسة ومعايير تحقيق الجودة والتكاليف العالية جداً في الغالب للإشغال السيئ للوظائف يسعى كثير من المؤسسات إلى الوصول إلى درجة عالية من الدقة في اختيار الموظفين.

ومسألة الملاءمة المهنية مسألة مهمة في انتقاء الأشخاص في أي مجتمع من المجتمعات المعاصرة. ولا يتعلق الأمر بتحقيق أقصى درجات الإنجاز لصالح أرباب العمل ليظلوا قادرين على المنافسة وتحقيق الأرباح، بل يتعلق الأمر بانتقاء للأشخاص يتناسب مع كفاءتهم وذلك للوقاية من التحميل الناقص أو المفرط فوق الطاقة للمعنيين وتحقيق الرضا الشخصي، والتقليل من الضغوط النفسية والاحترق والأمراض الجسدية والاستجابات الأنفعالية المعيقة والتي تكلف تكاليف مادية باهظة وتسبب أعباء اجتماعية إضافية يمكن توفيرها من خلال عمليات انتقاء منهجية منظمة تتضمن بشكل أساسي عملية انتقاء لتلك الخبرات والكفاءات اللازمة للمهنة أو الوظيفة التي ستتم ممارستها بالفعل. ويهدف الفصل التالي إلى تقديم صورة مختصرة عن بعض الأدوات والإجراءات التشخيصية المتعلقة بتشخيص المواءمة المهنية.

٢. تعريف

مفهوم المواءمة المهنية عبارة عن مفهوم شامل لقياس الكفاءة والميول السلوكية فيما يتعلق بالمسارات المهنية أو النشاط المهني. ويصف مفهوم المواءمة المهنية انتقاء المتقدمين لمهنة معينة أو وظائف محددة استناداً إلى المهارات والكفاءات التي يمتلكها هؤلاء الأشخاص لهذه المهنة. ويتم الانتقاء بوساطة تشخيص خاص. ويفترض للتشخيص النفسي في هذا المجال أن يُقدم تنبؤاً دقيقاً قدر الإمكان عن إمكانات نجاح شخص ما في مهنة معينة، ورضاه عن هذه المهنة؛ ففي تشخيص المواءمة المهنية يُنظر إلى الموضوع من زاويتين: زاوية المهنة ومتطلباتها وزاوية الشخص وسماته؛ فيتم وصف الشخص بأنه ملائم لمهنة أو وظيفة معينة عندما يمتلك تلك الصفات التي تعد شرطاً لتحقيق مستوى الإنجاز أو الأداء المهني المطلوب، ويُنظر إلى المهنة على أنها ملائمة للشخص عندما تمتلك المهنة أو الوظيفة تلك الصفات التي تعد شرطاً للرضا المهني للشخص (Eckardt & Schuler, 1992).

٣. خطوات الانتقاء

تشتمل خطوات انتقاء الموظفين لوظيفة أو مهنة معينة على مجموعة من الخطوات تقوم على أساس مدخل متعدد الأبعاد. والمقصود بذلك التوليف بين المداخل المختلفة الأمر الذي يتيح دمج المعلومات المتعددة المختلفة حول المتقدم ضمن حكم (تقويم) عام (Amelang & Zielinski, 2002). وفيما يلي عرض لهذه الخطوات، مع الإشارة إلى أننا سنقتصر في الفقرات التالية على توضيح نقاط منتقاة، دون التطرق لتفاصيل متعلقة بنقاط أخرى.

١. عمل بروفييل المطالب.
٢. صياغة الإعلان.
٣. المرحلة الأولى من الانتقاء: الاختيار على أساس أوراق المتقدمين.

٤. إشراك ممثلين عن وزارة الشؤون الإجتماعية المسؤولين عن مكتب تشغيل المعوقين عند الضرورة.
٥. إشراك ممثلين وزارة الشؤون الإجتماعية المسؤولين عن مكتب التشغيل في حال الضرورة.
٦. المرحلة الثانية من الانتقاء: المقابلة (مقابلة المواءمة التشخيصية).
٧. المرحلة الثالثة من الانتقاء: التقييم السيكومتري.
٨. مشاركة قسم الموارد البشرية وفي مقتضى الحال مشاركة إدارة المؤسسة أو الدائرة أو القسم.
٩. إخبار المتقدمين بنتيجة القرار.

٣,١ بروفييل المطالب - أهميته

يعدُّ بروفييل المطالب أو بروفييل العمل أساسياً في أي عملية انتقاء مهنية (احترافية). فهو يمثل التوضيح الأساسي للشروط اللازمة للوظيفة؛ حيث يحتوي على توضيح:

- للشروط الرسمية.
 - للأهداف التي على المتقدمين تحقيقها أو السعي لتحقيقها.
 - للمهام والأعمال بالتفصيل.
 - المطالب الناجمة عن ذلك والمطلوبة من المتقدمين.
- فهو يبين ما هي الأهداف التي يتم العمل عليها، أي ما الذي ينبغي تحقيقه من خلال هذه الوظيفة، ويمكن تحديد هذه الأهداف إذا لم تكن محددة من خلال معرفة ما هو معيار النجاح لدى هذه المؤسسة أو كيف تقيس المؤسسة نجاح أو فشل الموظف لديها. لماذا يتم توظيف أو تعيين شخص ما في وظيفة ما؟ ما الذي عليه أن يحله من مشكلات؟ وينبغي لهذه الأهداف ألا تكون كثيرة كي يمكن تحقيقها. وما هي المهام الأساسية التي ينبغي إنجازها وما هي المطالب المطروحة على المتقدمين نتيجة لذلك؟

ومن هنا فإن بروفييل المطالب هو أساس عملي لتقييم عمليّة الانتقاء كلها ولا اتخاذ القرارات. وعندما يتم تحديده يصبح ملزماً ولا يمكن تعديله طوال عمليّة الانتقاء المهني الجارية ضماناً للشفافية والعدل بين المتقدمين. ومن هنا تنبع أيضاً أهمية إعداد الدقيق منذ البداية.

في بروفييل العمل يتم تلخيص كمية المطالب كلها التي يتطلبها العمل. وينبغي لبروفييل المطالب أن يكون نتاجاً لتحليل شامل قدر الإمكان للعمل ويمكن مقارنة نموذج المطالب مع بروفييل الاختبار الذي يعطي الدرجات المختلفة لسمات شخص ما.

تتضمن بروفييلات العمل كل السمات والكفاءات الضرورية والمرغوبة لذلك الشخص الذي يفترض فيه أن يشغل الوظيفة وهي مفصلة بصورة خاصة جداً على وظيفة محددة ومن هنا فلا بد من وضع بروفييلات عمل لكل وظيفة على حدة. ويمكنها أن تتضمن معلومات حول المظاهر التالية:

المجموعة العمرية والجنس والتأهيل الدراسي والخبرة العملية والمهارات والكفاءات وسمات الشخصية.

٣,١,١ التوصيف الوظيفي أساس بناء بروفييل المطالب

يستخدم وصف الوظيفة (التوصيف الوظيفي)، الذي يتم فيه تحديد مهمات (واجبات) ومسؤولية (اختصاص) الوظيفة كأساس لأي تحليل للعمل والمطالب. وكمصدر للمعلومات المتعلقة بتحليل العمل يدخل كل شيء يمكن أن يعطي صورة حول نوع العمل وشروطه ونتائجه والمطالب المنبثقة عن ذلك ومحكات الإنجاز. أما من يقوم بعملية تحليل العمل فهم شاغلو الوظائف أنفسهم والمدراء ومحللو العمل. مستخدمين بذلك طرقاً للتحليل، كالملاحظة والأسئلة الشفهية /المقابلات والاستبيانات واستخدام مواد العمل و تقويم المواد الكتابية وتنفيذ العمل من خلال محلي العمل.

ويكون التوصيف الوظيفي ضرورياً عندما:

- يتم إنشاء وظيفة جديدة (شاغر مُحدث)، ويتم الإعلان عن وجود وظيفة شاغرة.

- تتغير المطالب النوعية لوظيفة قائمة بصورة جوهرية (مثال انقراض مهنة موظف الآلة الكاتبة وتغير المطالب النوعية نحو الأتمتة والانتقال للعمل على الحاسوب).
- نريد اطلاع مُتقدِّم ما على المهام والمطالب التي تتطلبها وظيفة ما .
- كما أن الوصف الوظيفي مهم في:
- التقييم الوظيفي .
- تقييم مردود الخدمة أو تحديد تعرفتها .
- بناء بروفيل المطالب .
- الإعلان عن الوظائف .

٣,٢ ما هي المطالب وكيفية تخريدها

على بروفيل المطالب أن يحقق درجة معينة من الخصائص النوعية. إن نظرة للمطالب التي غالباً ما نجدها في الإعلان عن الوظائف ترينا أن كل الوظائف تطلب سمات معينة من المتقدمين. وقلما نجد إعلاناً لا يتطلب من المتقدمين "القدرة على العمل ضمن فريق" و "القدرة على التواصل". و لعلّ التدقيق في مثل هذه المطالب يجعلنا نستنتج أن الأمر يتعلق هنا بسمات أو أبعاد سلوكية عليا من الصعب تحديدها بدقة، ويشير في الوقت نفسه أن التوصيف المهني المعني قد تمت صياغته من دون توفر بروفيل مطالب دقيق يتضمن الكفاءات الرسمية والتخصصية والشخصية.

غير أنه بالنسبة لتشخيص المواءمة المهنية لأبد من توفر بروفيل مطالب يتضمن وصفاً دقيقاً للكفاءات الأساسية. وفي هذا السياق يتم التفريق بين نوعين مختلفين من المطالب:

(١) المطالب القائمة على الوظيفة أو العمل: وفيها يتم بشكل ملموس وصف الأهداف والأعمال التي سيقوم بها المتقدم للوظيفة في المستقبل. فإذا كان على جدول الأعمال مثلاً إعادة هيكلة المؤسسة، فإنه يمكن من ذلك استخلاص ما هي المعارف التي على المتقدم امتلاكها من أجل إنجاز إعادة الهيكيلية بنجاح.

(٢) المطالب القائمة على الأبعاد: وهي ذات طبيعة عامة تطلب من المتقدم توفر صفات ومهارات عليا مثل "مهارات حل المشكلات" و "التفكير التحليلي"، و "المرونة"... الخ.

والتوليف بين هذين المطلبين يتيح إمكانية أفضل للانتقاء المهني المثالي بدرجة كبيرة.

وينبغي لتحليل المطالب أن يجيب عن الأسئلة التالية:

تحليل المطالب

(١) أسئلة أساسية:

- ما هي الشروط الأساسية (الشهادة، الخبرات المهنية) التي على المتقدمين تحقيقها.
- الفئة أو الدرجة الوظيفية
- حجم التشغيل (دوام كامل، جزئي... الخ)
- وقت التعيين (بدءاً من...)
- المدة (تعاقد، توظيف... الخ)
- في العمل الجزئي أو العمل خارج المؤسسة: ما هي الشروط التي على المتقدمين تحقيقها (فيما يتعلق بالحضور في أوقات محددة مثلاً، جولات العمل... الخ).

(٢) أسئلة قائمة على الوظيفة (المهمة)

- ما هي الشروط التخصّصية التي ينبغي للمتقدم تحقيقها؟
- ما هي الخبرات والمعارف والقدرات التي ينبغي أن تتوفر بالنسبة إلى الوظيفة المستقبلية؟

- ما هي الأهداف الواجب تحقيقها؟

(٣) الأسئلة القائمة على الأبعاد

- ما هي المطالب التي ينبغي طرحها على المتقدمين بالإضافة إلى السابقة؟
- (٤) تحلّيد الكفاءات الأساسية أو المفتاحية: ويقصد بها الكفاءات التي ينبغي أن تكون موجودة بالأصل قبل تولي الوظيفة أو العمل.

في الختام ينبغي تحديد ما المطالب من النقاط من ١ إلى ٣ ينبغي أن تكون موجودة بشكلٍ حتمي قبل تولي العمل، وما هي التي يمكن اكتسابها فيما بعد (الكفاءات الممكنة). وينصح هنا بتعريف عدد قليل من الكفاءات الأساسية كي يتم فسح المجال للمتقدمين بالانتقال إلى المرحلة الثانية من الانتقاء.

٣,٣. خطوات إنجاز بروفيل المطالب

تشمل الخطوات الإجابة عن أسئلة تحليل المطالب:

- (١) توضيح الأسئلة الأساسية (الشهادات والأوراق)
- (٢) استخلاص المطالب المتعلقة بالمهمة: ما هو المطلوب؟ هل المطلوب معرفة بالبرمجيات أو بقوانين معينة على سبيل المثال؟
- (٣) تحديد المطالب المتعلقة بالأبعاد: بعد استخلاص المطالب المتعلقة بالمهمة يبدأ البحث عن الشروط المتعلقة بأبعاد الشخصية "المثالية" كالمرونة والقدرة على التعاون والقدرة على التفويض وإدارة الوقت والدافعية والثقة وغيرها. ويفترض هنا ألا تكون الشروط ضيقة جداً. فعند تحديد سمة ما كالقدرة على القيادة مثلاً أو خبرة في الإدارة ككفاءة مفتاحية فإن هذا يحمل خطر استبعاد الشبان من الوظيفة التي قد تكون لديهم فيها إمكانيات واعدة جيدة.
- (٤) تحديد الكفاءات الأساسية: والسؤال المطروح هنا ما هو كم المطالب التي لا يمكن الاستغناء عنها وكم من المطالب ينبغي أن يكون محققاً مسبقاً.

والأفضل هنا السؤال ما الذي يمكن للشخص أن يتعلمه في أثناء عمله، ومن ثم ليس بالضرورة أن يكون ذلك معه مسبقاً.

٤. البحث عن المتقدمين واختيارهم

يُمكن البحث عن المتقدمين عن طريق المسابقات الداخلية ضمن المؤسسة أو عن طريق المسابقات الخارجية. وللمسابقات المهنية الداخلية ميزة أنه هنا يُمكن الرجوع إلى المعلومات المتنوعة المتوفرة حول المتقدمين الممكنين بالنسبة للوظيفة

التي ينبغي إشغالها؛ فهي تعطي مؤشرات تنبئية أفضل من المرشحين الخارجيين. وهي لا تخفض التكاليف ومدة عملية الاختيار فقط وإنما تقلل أيضاً من خطر القرارات الخطأ.

والوسائل التقليدية للحصول على الموظفين هي الإعلانات أو مكاتب العمل الرسمية (مراكز البطالة) وبعض المؤسسات تمارس عملية التسويق الفاعل للموظفين Personal Marketing في "البحث عن الخبرات head Hunting" ويتقدم خبراء القمة للمنافسة.

وتتيح مقارنة بروفيل المطالب (بروفيل الينبغي) مع بروفيل القدرة أو الكفاءة (البروفيل القائم)

استخلاص مدى ملاءمة المتقدم للعمل. ومن المفيد مقارنة كل من الأشخاص والعمل على ثلاثة مستويات:

الجدول ٥٠: مستويات المقارنة

الشخص	العمل
القدرة، الكفاءة، المعرفة	المطالب
الميول والاهتمامات، الحاجات، القيم	إمكانية الإشباع (الرضا)
إمكانية التطور والسمات الأخرى المتعلقة بالنجاح	التغييرات

٥ ضبط الجودة

يبيد جزء من الاختيارات المستخدمة في الميدان العملي نقصاً في محكات الجودة (الصلاحية)، يضاف إلى ذلك أن طريقة تشخيص المواءمة ليست معيرة، بحيث إن النتيجة غالباً ما تكون غير مضمونة بشكل كاف. ولهذا لا بد من العمل على تطوير معيار خاص بالانتقاء لضمان الجودة. والمعيار ليس قانوناً ملزماً، وإنما يشكل مستويات متفق عليها تضمن للمتقدم الحد الأقصى من العدل والتقويم الموضوعي. ومن خلال المعيار يمكن الحصول بشكل أكثر موضوعية وجديّة على بيانات فيما إذا كان المتقدم بمعارفه وكفاءاته وقدراته ومهارته وسمات شخصيته يمثل الشاغل المثالي لوظيفة معينة بالنسبة للمؤسسة. وهنا يستطيع المتقدم أن يكون مطمئناً إلى أن كرامته لن تخدش وأنه يعامل بعدل قدر الإمكان. وهذا يعني

أن موضوع المعيار يقتصر على تقييم المواءمة فقط، أي إن كان الشخص ملائماً للحصول على الوظيفة المعنية أم لا، ولا يعني بالضرورة أنه لابد من اختياره لهذه الوظيفة. فقد يحقق على سبيل المثال ثلاثة أشخاص المعايير المحددة لإشغال وظيفة ما، إلا أن المؤسسة لا تحتاج إلا إلى واحد أو اثنين.

٥,١ محكات الجودة وموجهات معيارية بالنسبة لإجراء تقييم المواءمة المهنية

٥,٢,١ الانتقاء

في كل إجراء لتقويم الملاءمة لابد من تحديد كيفية التطبيق. ينبغي لإرشادات الإجراء أن تجعل المستخدم قادراً على تقويم الإجراء بشكل نقدي واستخدامه وفق التعليمات. وينبغي بشكل خاص توضيح التعليمات المتعلقة بالتنفيذ الموضوعي والتقييم والتفسير بشكل تفصيلي. والتأكد من معايير صلاحية الاختبارات والقيم المعيارية المتعلقة بها.

٥,٢,٢ التخطيط

عندما يتم تطبيق الإجراء أو أجزاء منه بتسلسل مختلف لابد من الانتباه إلى أنه لا تنجم عن ذلك أية ميزات أو أضرار بالنسبة للمتقدم. ولابد من تنظيم التعامل مع الأسئلة المتوقعة اللاحقة في كل الإجراء. وفي الاختبارات الكتابية لابد من التوضيح المسبق لكيفية التعامل مع البنود غير المجاب عنها والأمور الأخرى عنها عند التقييم.

٥,٢,٣ التنفيذ

لابد من ضمان عدم تزوير نتائج الاختبار من خلال الغش أو الخداع. وإذا ما انحرف الأمر عن طريقة الإجراء وتعليمات التطبيق فلا بد من مراعاة ذلك أثناء التفسير.

٥,٢,٤ التوثيق

يحدد المسؤول عن التَّقْوِيم (المشخص) طريقة انتقاء وتجميع الاختبارات و طريقة التَّقْوِيم؛ فهي مسؤوليته بالأساس، وضمن أن يكون تَقْوِيم المُؤاءمة مفهوماً من صاحب التَّكْلِيْف (المؤسسة المكلفة). ولا بد من توثيق التَّعْلِيمَات وعناصر الاختبارات المُسْتخدَمة (كالمقاييس وغيرها) والقواعد والخطوات التي اتبعها المشخص من أجل التوصل إلى اتخاذ قرار المُؤاءمة.

٥,٢,٥ التقييم

ويتم التقييم وفق التعليمات المحددة مسبقاً في شروط التقييم، ولا يجوز تَقْيِيم سوى المَعْلُومَات المتعلقة بِسِمَات المُؤاءمة المرتبطة بالمَطالِب فقط، أما السمات الأخرى والتي لا تقع ضمن هذا الإطار فلا يتم تقييمها. وإذا ما شارك عدة مُحكِّمِينَ في التَّقْوِيم فينبغي تسجيل النتيجة الكلية ومدى التشتت (الانحراف).

٥,٢,٦ التفسير

يقع تحديد قواعد تَفْسِير نَتَائِج البَيَانَات والتَّقْوِيم النهائي على عاتق المسؤول عن التَّقْوِيم (المشخص النفسي). وينبغي تَقْيِيم درجة السِمَات ذات الصلة، أي المفحوصة والمتعلقة بالانتقاء، بالاستناد إلى العينة المرجعية (تقويم مرجع إلى معيار). وعلى التَفْسِير وتَقْوِيم المُؤاءمة أن يَتِم وفق المَبَادئ الأساسية للمَوْضُوعِيَّة وَعَدَم التحيز والاستقلالية فيما يتعلق بالمرشحين.

٥,٢,٧ اتخاذ القرار (الحكم)

تَقْوِيم الملاءمة ينبغي أن يعطي إجابة عن الأسئلة المطروحة في كتاب التَّكْلِيْف، وعند عرض القرار لآبد من التَطَرُّق إلى البيانات المستنتجة التي استند إليها المقوم في قراره، كما يُمكن في اتخاذ القرار استخدام مَعْلُومَاتٍ من مصادر أُخْرَى (على سبيل المثال ملف المتقدم). وفي كل الحالات ينبغي أن يَتِم برهان كُلاً استنتاج أو طرح، وأن يكون العرض مفهوماً لصاحب التَّكْلِيْف (المؤسسة).

المكلف بالتقويم مسؤول بشكلٍ أساسي عن:

- التخطيط
- تنفيذ تقويم المواءمة كله
- تقويم وتفسير النتائج
- تقديم تقرير لصاحب التكليف.

٦. مقابلة المواءمة المهنية

تُعدُّ المقابلة المهنية أو مقابلة المواءمة المهنية على درجة من الأهمية بالنسبة للعمل في المسائل المتعلقة بالنمو المهني أو انتقاء الموظفين، حيث تُتيح مقابلة الاختيار أو الانتقاء التعرف المتبادل و تقديم معلومات للمتقدم حول مطالب الوظيفة الشاغرة والمشروع أو المنظمة والتباحث حول شروط العقد والاتفاق عليها. وعلى أساس تعددية الوظائف التي يُمكن أن يقوم بها الشخص فإن مقابلة المواءمة مرغوبة ومقبولة لدى المقابل و المتقدم، وتُصنف بالتكاليف الضئيلة. يتم التفريق بين مقابلات المواءمة حسب درجة تصميمها أو بنائها، فكلما تم تحديد أجزاء المقابلة بشكل واضح كانت أكثر بناء. إلا أنه في المقابلة المفردة البناء تتحول المقابلة إلى استبيان مقروء، يجعل من الصعب على المقابلة أن تكون مرنة وتستجيب للمتقدم الفرد أو لحاجاته. وينصح هنا باتباع خط موجه عام بحيث لا تفقد المقابلة مرونتها ولا تتحول إلى مجرد استجاب جامد (Amelang & Zielinski, 2002).

وليس بالضرورة أن تتوفر في مقابلة المواءمة عموماً محكات الصلاحية (الصدق والثبات والموضوعية)، ولكن كلما كانت المقابلة أكثر تعبيراً كانت أفضل. ويقاس الثبات في المقابلة على سبيل المثال من خلال ثبات المقابليين inter Rater Reliability (الثبات بين المقابليين)، حيث يتم اختبار مدى التطابق بين المقابليين للشخص نفسه في الحصول على المعلومات وتقويمها).

٦,١ الأطر القانونية والأخلاقية لمقابلة المواءمة

كُلُّ مُقَابَلَةٍ تَمَثِّلُ تَدَخُّلاً فِي الْمَجَالِ الشَّخْصِيِّ الْخَاصِّ لِلْمُقَابَلِ، لِهَذَا مِنْ الضَّرُورِيِّ وَضْعَ قِيُودٍ مَحْدُودَةٍ وَوَاضِحَةٍ، فَيَنْبَغِي أَلَّا يَتِمَّ إِلَّا قِيَاسُ تِلْكَ السِّمَاتِ الضَّرُورِيَّةِ بِالنِّسْبَةِ لِلْعَمَلِ الْمَتَوَقَّعِ وَلَا يُمَكِّنُ التَّعَرُّفَ عَلَيْهَا بِشَكْلِ كَافٍ مِنْ خِلَالِ الْمَعْلُومَاتِ مِنْ مَصَادِرٍ أُخْرَى لِلْمَعْلُومَاتِ. بِمَعْنَى آخَرَ يَنْبَغِي أَلَّا يَتِمَّ طَرَحُ أَسْئَلَةٍ غَيْرٍ مَقْبُولَةٍ فِي مُقَابَلَاتِ الْمَوَاءِمَةِ نَحْوِ:

- السُّؤَالُ عَنِ الْأُسْرَةِ كَنَوَايَا الزَّوْجِ أَوْ الْعِلَاقَاتِ الْحَمِيمِيَّةِ.
- أَسْئَلَةٌ عَنِ الْحَالَةِ الصَّحِيَّةِ فِيمَا يَتَعَلَّقُ بِالْمَعْلُومَاتِ الْعَامَّةِ عَنِ الْأَمْرَاضِ السَّابِقَةِ وَالرَّاهِنَةِ.
- أَسْئَلَةٌ عَنِ وُجُودِ حَمَلٍ مُمَكِّنٍ.
- أَسْئَلَةٌ عَنِ الْأَمْلاكِ أَوْ عَنِ آخِرِ دَخَلٍ حَصَلَ عَلَيْهِ الْمَتَقَدِّمُ مِنْ عَمَلِهِ السَّابِقِ.
- أَسْئَلَةٌ عَنِ الْأَحْكَامِ السَّابِقَةِ.
- أَسْئَلَةٌ عَنِ الدِّينِ أَوْ الْمَذْهَبِ أَوْ الطَّائِفَةِ أَوْ الْإِنْتِمَاءِ السِّيَاسِيِّ وَمَا يَشْبِهُهَا مِنْ أُمُورٍ. وَمَنْ حَقَّ الَّذِي تَجْرِي مَعَهُ الْمُقَابَلَةُ أَلَّا يَجِبُ عَنِ هَذِهِ الْأَسْئَلَةِ بِصِدْقٍ مِنْ دُونِ أَنْ يَسْتُخْدِمَهَا صَاحِبُ الْعَمَلِ لِأَحْقَابٍ سَبَباً لِلطَّعْنِ بِالنِّسْبَةِ لِعَقْدِ الْعَمَلِ. وَيَنْبَغِي أَنْ يَتِمَّ اسْتِخْدَامُ الْبَيِّنَاتِ الَّتِي يَتِمُّ الْحُصُولُ عَلَيْهَا مِنَ الْمُقَابَلَةِ بَعْدَ التَّبْلِيغِ الْمُسَبِّقِ لِلشَّخْصِ، أَيِ إِخْبَارِهِ الْمَفْحُوصِ وَأَخْذِ مَوَافَقَتِهِ.

٦,٢ أشكال مقابلات المواءمة التشخيصية

هناك أشكال كثيرة من المقابلات التشخيصية المتعلقة بالانتقاء أو الاختيار (مقابلات المواءمة) منها على سبيل المثال:

١. مُقَابَلَةٌ وَصْفُ السُّلُوكِ (BDI) Behavior Descriptive Interview Behavior (BDI) (Descriptive Interview Janz et al., 1986): وهي تقوم على فرضية أن السلوك في مواقف محددة في الماضي هو الكاشف الأفضل للسلوك في المواقف المطابقة المُسْتَقْبَلِيَّةِ. وَ عَلَى الْمَفْحُوصِ أَنْ يَصِفَ مَوَاقِفَ حَرَجَةٍ مَرَّ بِهَا بِالْفِعْلِ وَكَيْفَ وَاجْهَهَا.

- مثال (١): "صف لي رجاء موقفاً كنت فيه أمام خيار صعب. كيف تصرفت فيه؟"
 - مثال (٢): "صف لي رجاء موقفاً ساعدت فيه أحد زملائك على حل مشكلة. كيف عرفت أن لديه مشكلة؟، كيف تصرفت؟"
- وتدور الإجابة في هذا النوع من الأسئلة حول السلوك الذي ظهر بالفعل في الماضي، ومن ثم تعطينا مؤشرات حول السلوك في المستقبل. وهذا النوع من الأسئلة الذي يستند إلى الموقف مناسب للتَّمييز بِشكْلٍ جيد بَيْنَ المتسابقين.
٢. المقابلة الموقفية (SI) (Latham, Saari, Prusell & Situational Interview (Campion, 1980) وهي تنطلق من فرضية أن الناس يتصرفون وفق أهدافهم ونواياهم. وعلى المَحْضُوص هنا أن يتصوّر أحداثاً حرجة وكيف يُمكنه أن يواجهها.
- مثال (١) تغيب زميلك فطلب منك مديرك إنجاز مجموعة من الملفات الإضافية قَبْلَ نهاية الدوام وأنت لم تنجز ملفاتك الخاصة بعد. فكيف ستصرف؟
 - مثال (٢): تراجع أداء أحد موظفيك. وفي نهاية السنة عليك أن توضح له أن المكافئة السنوية ستكون أقل من بقية الزملاء، فكيف ستصرف في هذا الموقف؟

٧. شروط تشخيص المواءمة المهنية

يقوم كلُّ تقويم ملاءمة على شَرَطَيْنِ أساسيين:

١. ينبغي أن يختلف الأشخاص المختلفين في أدائهم (إنجازهم) في مهمات محددة.
٢. لا بد لهذه الفروق أن ترتبط بسماتٍ مُعيَّنة (بناءات Constructs) أو أنماط سلوكٍ محددة يُمكن قياسها بِشكْلٍ موثوقٍ وصالح.

٧,١ مداخل تشخيص المواءمة المهنية

يُمكن لتَشْخِيسِ المُواوَمَةِ المِهْنِيَّةِ أن يشتمل ثلاثة مبادئٍ أساسية: المدخل القائم على البناء Construct oriented introduction، والمدخل القائم على المحاكاة

biographical simulation oriented introduction، والمدخل القائم على السيرة الذاتية oriented introduction (Schuler, 2006).

٧,١,١ المدخل القائم على البناء Construct oriented introduction

ويقوم هذا المدخل على فرضية أنه يُمكن التنبؤ بالفروق في الإنجاز المهني من خلال الفروق في سمات محددة كلية (بناءات) للشخص. ويُمكن تصنيف أساليب الاختبارات النفسية بوضوح ضمن المدخل القائم على البناءات.

٧,١,٢ المدخل القائم على المحاكاة Simulation oriented introduction

وتتم هنا محاولة قياس الإنجازات المهنية المختلفة بشكل مباشر، بأن تتم محاكاة مهمات العمل ذات الصلة وتجريب الملاءمة المهنية من خلالها. وهذه العينة من العمل عادةً ما تكون مكلفة في التنفيذ ومن الصعب تنفيذها في بعض المهن.

٧,١,٣ المدخل القائم على السيرة الذاتية biographical oriented introduction

يقوم هذا المدخل على أنه يُمكن التنبؤ بالإنجاز المستقبلي بناءً على الإنجاز الذي قام به الإنسان في الماضي. وهو من أكثر الأساليب انتشاراً ومن أشكاله: طلبات التقدم للوظائف والمقابلات واستبيانات السيرة الذاتية.

الجدول ٥١ : مثال توضيحي من صفحة مقابلة مهنية

الدافعية للإنجاز: التحمل/مقاومة التوتر والضغط، المبادرة الذاتية، التوجه نحو الإنجاز

(١) ما الذي يدفعك للإنجاز والالتزام المهني؟
رجاء قدم أمثلة!

(٢) ما الذي يجذبك في عملك الراهن بشكل خاص؟ ما هي الأمور التي تحفزك (تشجعك)/تحبطك؟

(٣) أين تقع لديك حدود الالتزام المهني؟

(٤) هل حصل وواجهت موقفاً استنتجت منه هذه الحدود؟ صف لي الموقف رجاء!

(٥) كيف نجحت بالتصرف بحكمة وهدوء تحت الضغط؟

(٦) صف ما يميز أسلوبك في المهنة الجديدة؟

(٧) صف موقفاً من حياتك العملية اليومية حتى الآن أبدت فيه درجة عالية من الالتزام المهني (بدلت فيه أقصى ما لديك)؟

ملاحظات/تعليقات:

.....

الملاحظة:	⑤	④	③	②	①	١	يظل متروياً هادئاً تحت الضغط.
	⑤	④	③	②	①	٢	بيدي درجة عالية من الفعالية في التعامل مع المهام الجديدة.
	⑤	④	③	②	①	٣	يصنف نفسه كمُحَفِّز.
	⑤	④	③	②	①	٤	لديه اهتمام بالآخرين/ بموضوعات جديدة
	⑤	④	③	②	①	٥	بيدي التزاماً شخصياً عالياً بالعمل.

التقدير الختامي:

٨. مثال توضيحي

فيما يلي عرض لنموذج تقرير نفسي مقتبس بتصريف

(الصفحة الأولى للتقرير-صفحة الغلاف)

تقرير نفسي

حول السيد فراس الحداد

المولود في ١٩٧٦/١/٣٠ في حمص

مكان الإقامة: دمشق، ضاحية قدسيا

والسيدة: مريم ابراهيم

المولودة في ١٩٧٦/٤/١٥ في الحسكة

مكان الإقامة: دمشق منطقة القصور

فيما يتعلق بالسؤال: أي من منهما ملائم أكثر استناداً إلى سماته المعرفية والشخصية

لممارسة مهنة مرشد طيران أو أي منهما يحقق المتطلبات بدرجة عالية؟

المقوم: الدكتور.....

١. مدخل

١,١ المسألة

تم طرح المسألة العامة على النحو التالي: مدى الصلاحية للعمل كمرشد

طيران". ومن هذه المسألة العامة تم تقسيم المسألة المطروحة إلى ثلاثة أقسام:

١. أي من المشاركين في الاختبار يحقق استناداً لسماته المعرفية والشخصية شروط

ممارسة مهنة مرشد طيران أو شروط الالتحاق بالتدريب على مهنة مرشد

الطيران؟

٢. أي منهما يحقق الشروط بدرجة عالية؟

٣. ما هو حجم الفروق بين المخصصين فيما يتعلق بصلاحيته لمهنة مرشد الطيران

أو للالتحاق بالتدريب على مهنة مرشد طيران؟ وهل الفارق مهم؟

١,٢ بروفييل المطالب للتأهيل لمرشد الطيران أو لمهنة مرشد طيران

سيتم فيما يلي التطرق للمطالب التي يفترض لمرشد الطيران تحقيقها (لعمل كموظف في مؤسسة الطيران بالمعنى العام). وعلى الرغم من أن مهنة مرشد الطيران مُخْتَلِفَة الأشكال، بحسب نوع عمل المرشد: إن كَانَ يعمل في البرج كمراقب لمدج الهبوط والإقلاع والحركة بالاتصال البصري أم يعمل مرشداً مَرَكَزِيًّا، ينظم الهبوط والصعود للطائرات عبر الرادار، فإن هَذِهِ الفروق لن تُؤخذ في هذا التَقْرِير بعين الاعتبار، وذلك أنه سيتم في إطار هذا الفحص قياس السمات العامة المهمة لكلتا الوظيفيتين. ويستند العرض في جزء كبير منه على معلّومات تم إعدادها من قبل المركز الأوروبي للطيران والفضاء، وإدارة مراقبة الطيران والوكالة العربية للطيران المدني و هيئة أمن الطيران في مؤسسة الطيران السورية، ووصف السمات/الصفات التي تم اختيارها في إطار الأدوات المختارة لهذه المؤسسات (انظر قائمة المراجع المستخدمة في التقرير)

"على مرشدي الطيران أن يكونوا قادرين على الحفاظ قصير الأمد (السرّيع) للمعلّومات الكثيرة المعروضة لهم بطرق سمعية وبصرية مُخْتَلِفَة واستدعائها ثانية بعد وقت. وعليهم إدراك تتابع الحركات واتجاهاتها من زوايا مُخْتَلِفَة بسرعة ودقة، وفهمها. كما ينبغي لمرشدي الطيران أن يكونوا قادرين على العمل بشكل مركز حتى في المواقف الضاغطة." (منشور معلّومات من مركز الطيران والفضاء صفحة ٣ مقتبس عن Buehrner et al., 1999 الملحق ٢).

١,٢,١ بروفييل المطالب النفسيّة

للمطالب الموصوفة هنا صفة ممثلة للمطالب المطلوبة من مرشدي الطيران، باعتبار أنه قد تم اختيار هذه القدرات باستخدام اثنين من الاختبارات الثلاثة على الأقل في المؤسسات المذكورة أعلاه.

وبما أن مرشد الطيران على اتصال دائم عبر اللاسلكي مع الطيارين في الطائرات من بلدان مُخْتَلِفَة فإنه لا بُد من توفّر:

١. مَعْرِفَةٌ جَيِّدَةٌ بِاللُّغَةِ الْعَرَبِيَّةِ، كَمَا أَنَّ الْمَعْرِفَةَ الْجَدِيدَةَ بِالْإِنْجَلِيزِيَّةِ (ذَخِيرَةٌ الْكَلِمَاتِ، الْقَوَاعِدُ، قُدْرَةٌ عَلَى التَّوَاصُلِ الشَّفْهِيِّ) عَلَى دَرَجَةٍ كَبِيرَةٍ مِنَ الْأَهْمِيَّةِ. وَكَذَلِكَ فَإِنَّ التَّعَامُلَ مَعَ التَّقْنِيَّاتِ الْحَدِيثَةِ (كَالرَّادَارِ) يَعْدُ مِنَ الْأُمُورِ الْمُهْنِيَّةِ الْيَوْمِيَّةِ.
 ٢. وَجُودُ مَعْرِفَةٍ تَقْنِيَّةٍ بِوِظَائِفِ الْأَنْظُمَةِ وَالْأَعْمَالِ الْبَسِيطَةِ، وَهَذَا السَّبَبُ:
 ٣. فَإِنَّ الْمَعْرِفَةَ الرِّيَاضِيَّةَ وَالْقُدْرَةَ عَلَى التَّفْكِيرِ الْمُنطِقِيِّ ذَاتِ أَهْمِيَّةٍ.
 ٤. كَمَا تَشْتَمِلُ مَطَالِبُ مَرشِدِ الطَّيْرَانِ قُدْرَةً عَالِيَةً عَلَى الْإِنْتِبَاهِ، إِلَى الْمَعْلُومَاتِ الْمَعْرُوضَةِ بَصْرِيًّا وَسَمْعِيًّا.
 ٥. كَمَا أَنَّ الْقُدْرَةَ الْمَمْتَازَةَ عَلَى التَّرْكِيزِ ذَاتِ أَهْمِيَّةٍ كَبِيرَةٍ وَبِشْكَلٍ خَاصٍّ فِي شَكْلِ يَقْظَةٍ، أَيْ الْإِسْتِجَابَةِ لِلْمُثِيرَاتِ الَّتِي تَظْهَرُ بِشَكْلِ نَادِرٍ فِي فَوَاصِلِ زَمْنِيَّةٍ طَوِيلَةٍ.
 ٦. السَّرْعَةُ فِي الْإِدْرَاكِ وَالْإِنْتِبَاهِ.
 ٧. سُرْعَةُ الْإِسْتِجَابَةِ.
 ٨. الْقُدْرَةُ عَلَى التَّوَجُّهِ الْمَكَانِيِّ، وَلَا يُمْكِنُ الْإِسْتِغْنَاءُ عَنْهَا لِمَرشِدِ الطَّيْرَانِ لِأَنَّهُ مُؤْتَمِنٌ عَلَى التَّنْسِيقِ بَيْنَ الطَّائِرَاتِ فِي الْجَوِّ أَوْ عَلَى الْمَدْرَجِ.
 ٩. وَعَلَى مَرشِدِ الطَّيْرَانِ وَبِسَبَبِ الضُّغُوطِ النَّوعِيَّةِ الْعَالِيَةِ الَّتِي يَتَعَرَّضُ لَهَا أَنْ يَتِمَّعَ بِسَعَةِ عَمَلٍ مُتَعَدِّدَةٍ، بِمَعْنَى التَّعَامُلِ مَعَ مَهَامٍ عَدِيدَةٍ فِي الْوَقْتِ نَفْسِهِ.
 ١٠. وَأَنْ يَمْتَلِكَ سُلُوكَ اتِّخَاذِ قَرَارٍ مَمْتَازٍ فِي الْمَوَاقِفِ الْمُعَقَّدَةِ وَالْدِيْنَامِيكِيَّةِ.
 ١١. وَيَنْبَغِي أَنْ تَتَوَفَّرَ لَدَيْهِ قُدْرَةُ تَنْظِيمِيَّةٍ عَالِيَةٍ وَمَهَارَةٌ مَنْطِقِيَّةٌ وَذَلِكَ لِأَنَّهُ لَا بَدَّ مِنْ إِدَارَةِ مَوَارِدٍ مَحْدُودَةٍ مَكَانِيًّا وَزَمْنِيًّا عِنْدَ تَنْسِيقِ الْإِقْلَاعِ وَالْهَبُوطِ.
 ١٢. وَيَنْبَغِي أَنْ يَتِمَّعَ بِصِفَاتِ شَخْصِيَّةٍ مُهْنِيَّةٍ مُهِمَّةٍ، كَالْقَابِلِيَّةِ الْعَالِيَةِ لِتَحْمَلِ الضُّغْطِ وَالْوَعْيِ الْكَبِيرِ بِالمَسْئُولِيَّةِ، وَالثِّقَّةِ وَالْقُدْرَةَ عَلَى الْعَمَلِ ضِمْنَ فَرِيقٍ وَالْإِسْتِعْدَادِ لِلْخِدْمَةِ.
- وَمِنْ بَيْنِ الْمَطَالِبِ الْمَطْلُوبَةِ لِمَرشِدِ الطَّيْرَانِ حَسَبَ رَأْيِ الْمُقَوِّمِ يَجِبُ أَنْ تَتَوَفَّرَ عَلَى الْأَقْلَى النِّقْطَةُ (٥) الْقُدْرَةُ عَلَى التَّرْكِيزِ وَ (٦) الْإِنْتِبَاهُ حَيْثُ يَنْبَغِي أَنْ يَكُونَ الْمَفْحُوصُ فِيهَا فَوْقَ الْمَتَوَسُّطِ فِي هَذِهِ الْحَالِ وَكَذَلِكَ النِّقْطَةُ (١٠) الْقُدْرَةُ عَلَى اتِّخَاذِ الْقَرَارِ فِي

المواقف المعقدة والديناميكية، ولا بد من إعطاء النقطة (١٠) وزناً أكبر مقارنةً بغيرها.

١,٢,٢ بروفييل المطالب الطبية

عموماً ينبغي أن تكون البنية الجسدية لمرشد الطيران على قدر المطالب في الحياة المهنية اليومية. وتحتل هنا القدرة على الأداء لأعضاء الحس السمعي والبصري (أي البصر بالمعنى الحرفي) والأعضاء المرتبطة بهذا دوراً مهماً. ومن المطلوب أن يكون البصر:

١. قدرة بصرية تبلغ ٥/٥ في كل عين (١,٠=١٠٠٪)، فإذا كان لابد من تصحيح هذه القيم بمساعدة بصرية (النظارة، العدسات) فلا يجوز أن يتجاوز التصحيح البصري (+/- ٥ ديوبتر (dioptr) لوحدة قياس العدسة). كما ينبغي ألا يكون لدى المتقدمين أي تغيرات مرضية حادة أو مزمنة أو تصاعديّة في العين أو أعضائها التابعة لها.
٢. ينبغي أن لا يكون لديه عمى ألوان.
٣. وينبغي أن تكون القدرة السمعية موجودة بشكلٍ مطلق (المطالب الأساسية من الوكالة الدولية للطيران).

١,٢,٣ شروط أخرى

تتعلق الشروط الأخرى المطلوبة من مرشدي الطيران بالسن والتأهيل. ينبغي للمتقدم أن يكون عمره بين ١٩ و ٢٥ سنة ويحمل الشهادة الثانوية أو شهادة معهد مهني. وهناك شرط إضافي للمتقدمين الذكور أن يكونوا قد أدوا الخدمة العسكرية أو معفيين منها، كي لا يتم التخلي عنهم عند التحاقهم بالجيش. ولا يلعب جنس المتقدم أي دور (الوكالة الدولية للطيران).

٢. الفحص النفسي

فيما يلي سيتم عرض المعلومات المهمة من أجل اتخاذ القرار التشخيصي أو المعلومات المتوفرة التي تم جمعها في إطار هذه الدراسة.

٢,١ شروط إجراء الفحص

أجري الفحص في يوم الأربعاء بتاريخ ٣ نيسان ٢٠١٣ في مبنى الإدارة العامة للمؤسسة العربية السورية للطيران. واستمر الفحص منذ حوالي الساعة التاسعة والنصف صباحاً حتى الساعة الرابعة بعد الظهر، حيث تم استخدام الأدوات المختلفة بصورة متبادلة ليتم تجنب تأثيرات مجرى اليوم وإبقاؤها ثابتة.

٢,٢ الحصول على البيانات الشخصية العامة والصفات الطبيعية

حسب البيانات الشخصية يحقق كل من السيدة مريم والسيد فراس الشروط التي تم ذكرها في الفقرة ١,٢,٣ المتعلقة بالسن و الشهادة و الخدمة العسكرية. كما أشارا إلى أنهما لا يعانيان من أي مرض معيق يتعارض مع الشروط المذكورة في الفقرة ١,٢,٢.

٢,٣ الأدوات النفسية المستخدمة

سوف نقوم فيما يلي بعرض الأدوات التشخيصية المستخدمة هنا والتي تتناسب مع المسألة المطروحة باختصار وقدرتها التنبؤية وصلاحيتها (صدقها) استناداً إلى المسألة المطروحة. وقد تم عرض الأدوات هنا حسب التسلسل الذي تم تقديمها فيه للمفحوصين.

٢,٣,١ اختبار الذكاء

من بين اختبارات الذكاء تم استخدام اختبار بنية الذكاء ٢٠٠٠ Intelligence-Structure-Test-2000 الذي يرمز له اختصاراً (I-S-T 2000). وحسب أماتور (Amthauer,1988,P.79) ، يقيس اختبار بنية الذكاء ٢٠٠٠ الذكاء اللفظي، أي القدرة على التعامل مع المادة اللغوية في إطار التفكير الاستنتاجي، حيث تعد الذخيرة اللغوية و القدرة على إيجاد علاقة بين المفاهيم على درجة كبيرة من الأهمية.

كما يعد الذكاء العددي ، أي مهارات الحساب والقدرة على إيجاد علاقة منطقية بين الأعداد جزءاً من هذا الاختبار. ومن خلال مقياس الذكاء الصوري

figural Intelligence الذي يقيس القدرة على التعامل مع المواد الشكلية -التصويرية، لا يتم قياس القدرة على تحديد نسب المساحات والأماكن فحسب وإنما أيضاً القدرة على بناء العلاقات بين الأشكال. وباختصار يُفترض لهذه المقاييس الثلاثة أن تعطينا صورة عن القدرة على التفكير الاستنتاجي أو الشكلي (التفكير الاستنتاجي من الحجج والمقدمات reasoning) وهذا بغض النظر عن نوع المادة التي يتعامل معها المفحوص (لفظياً، عددياً، شكلياً).

بالإضافة إلى ذلك فإن اختبار بنّية الذكاء ٢٠٠٠ يقيس أيضاً القدرة على الانتباه من خلال مواد لفظية وبصرية، مع العلم أن هذه القدرة مقتصرة هنا على القدرة على الاحتفاظ القصير الأمد.

ولهذه الأسباب يُفترض أن يعطينا اختبار بنّية الذكاء ٢٠٠٠ مؤشرات حول المطالب التالية التي تم عرضها في الفقرة ١.٢.١: (١) المعرفة باللغة العربية، (٢) معرفة بالرياضيات والقدرة على التفكير المنطقي (٤) القدرة على الانتباه (٨) القدرة على التوجه المكاني (١٠) سلوك اتخاذ القرار في المواقف المعقدة والديناميكية.

٢,٣,٢ اختبارات التركيز

من بين اختبارات التركيز والانتباه المستخدمة:

- اختبار دي ٢ d2.

- واختبار ربط الأعداد.

٢,٣,٢,١ اختبار d2 أو المسمى أيضاً اختبار الانتباه بالضغط.

وهو اختبار إنجاز أو أداء عام، يسعى لقياس الشروط العامة لتحقيق الإنجاز، والتي يعد الانتباه والتركيز من ضمنها (أي من شروط الإنجاز أو الأداء). ويقصد بالانتباه هنا الانتقاء. ويقصد بالانتقاء التمييز العام بين المثيرات المهمة وغير المهمة، أي المثيرات ذات الصلة والمثيرات التي ليست كذلك. والتركيز هو انتقاء مُمركّز ومُسَمَّر وقائم على الأداء، أي هو قدرة الفرد على الانتباه الانتقائي المُسَمَّر (غير المتقطع) لمثيرات داخلية وخارجية مهمة (بالنسبة للوظيفة المطلوبة) محددة، وهذا يعني مع تجاهل المنبهات غير المهمة، وتحليل المنبهات ذات الصلة

بسرعة وبصورة صحيحة. ومن هذا المنظور يتطلب اختبار d2 أداء تركز يقوم على المثيرات البصرية الخارجية. ويتألف هذا الأداء التركيزي من التنسيقات الفردية للوظائف الحافظة والضابطة، التي تم تحديدها في اختبار d2 عبر متغيرات مختلفة كنوع وكم التعامل مع المهمة. ولا بد من الانتباه هنا وبشكل نقدي أن زمن تطبيق اختبار d2 لا يتجاوز الخمس دقائق. ومن هنا فإن قياس الانتباه المستمر بمعنى إدراك مثيرات محددة تظهر بشكل نادر والاستجابة لها في فترات زمنية طويلة، كما هو الحال في عمل مرشد الطيران، ليس بالضرورة أن تكون متوفرة.

إلا أنه وكما يعترض بريكينكامب (Brickenkamp, 1994, P.11) فإن الحياة المهنية اليوم تتقلب بين مراحل من الانتباه المركز ومراحل من الانتباه الأقل، حيث يتطلب الأمر التغير حسب الموقف بين التركيز والاسترخاء. وعلى خلفية هذا التبرير، الذي ينطبق إلى حد ما على مهنة مرشد الطيران، فإن اختبار d2 يمتلك نوعاً من القدرة التنبؤية. ووفق بريكينكامب (Brickenkamp, 1994, P.11) فإن مفهوم الانتباه الموزع distributive attention، أي توزيع الانتباه على تصرفات أو موضوعات متعددة لا يتم قياسه في اختبار d2 بشكل مباشر وإنما يرتبط بدرجة عالية مع مفهوم الانتباه المتمركز حول (تصرف ما/موضوع ما)، أي أنه على علاقة قوية به.

ولهذا السبب من الجائز أن يقدم هذا الاختبار مؤشرات على المطالب المذكورة في الفقرة ١.٢.٢ رقم (٥) القدرة على التركيز، و رقم (٦) الانتباه ونوع من المؤشرات فيما يتعلق بالنقطة رقم (٧) السعة المتعددة الجوانب.

٢,٣,٢,٢ اختبار ربط الأعداد لأوسوالد وروث (Oswald & Roth,1978, P.36):

ويدعي هذا الاختبار أنه اختبار ذكاء وذلك من خلال قياس سرعة الأداء -الاستيعاب (التمثل) - وإن كان بشكل أكثر خصوصية - ويبرهن على ارتباط وثيق بالأداء الاستنتاجي (التفكير الاستنتاجي من الحجج والمقدمات reasoning) وإنجازات الذكاء المعقدة. إلا أن الخبير (المقيم) لا يوافق على هذا التفسير وذلك لأنه لم يتم دحض نقد بيغر (Jäger, 1967) (مقتبس عن Oswald & Roth,1978, P.32) الذي اختبر "قوة التركيز ودافعية السرعة" بشكل خاص. ولهذا الأسباب سيتم

تفسير نتائج هذا الاختبار بمعنى المطالب (الرقم ٥) القدرة على التركيز و (الرقم ٦) سرعة الإدراك.

٢,٣,٣ اختبار الشخصية

من بين اختبارات الشخصية تم تطبيق اختبار فرايبورغ للشخصية في صيغته المعدلة لفارينبيرغ و هامبل و سيلغ (Fahrenberg, Hampel & Selg, 1989). ومن بين المقاييس التي ينبغي قياس انحرافها عن المجال المعياري المقاييس المعروضة في الجدول ٥٢ صفحة ٤٥١.

ومن بين هذه المقاييس واستناداً إلى المطالب المذكورة في الفقرة ١,٢,١ النقطة (١٢): ((سمات الشخصية ذات الصلة بالنسبة للمهنة)) فسوف يتم فحص تلك المقاييس التي تظهر انحرافاً عن المدى الطبيعي والتي قد تؤثر بالتالي في الصلاحية للعمل كمرشد طيران.

الجدول ٥٢: بعض مقاييس فرايبورغ للشخصية المستخدمة

الاستغراق في العمل	الرضا عن الحياة
الشكاوى الجسدية	التوجه الاجتماعي
الهموم الصحية	التوجه نحو الإنجاز
الانفتاح	الكف
الانبساط	الاستثارة
الانفعالية	العداوة

٢,٤ نتائج الاختبارات المنفذة

فيما يلي سيتم عرض نتائج الفحوصات المنفذة لكلا المفحوصين. وقد تم توضيح تسلسل الاختبارات المطبقة في الفقرة ٢,٣. ويمكن الحصول على عرض شامل للقيم الخام في الملحق (قارن الفقرة ٤,١).

٢,٤,١ الذكاء

حصل السيد فراس في اختبار بنية الذكاء ٢٠٠٠ على معامل ذكاء مقداره Reasoning -Total Score في الاستنتاج - في القيمة درجة كلية (IQ=128) وتطابق هذه القيمة درجة كلية

لدرجة معيارية = ١٣٨ ورتبة ميثينية تبلغ ٨٥٪، الأمر الذي يعني أن ١٥٪ من عينة المقارنة استناداً إلى السن والتأهيل قد حققت أداءات على نفس الدرجة أو أفضل. ومن هنا فإن قدرته في التفكير الاستنتاجي وبغض النظر عن المظاهر المتعلقة بالمادة كانت في هذا الاختبار فوق المتوسط قليلاً. وفي التفاصيل أظهر السيد فراس أداء فوق المتوسط بكثير (القيمة المعيارية = ١٢٦ ورتبة ميثينية = ١٠٠٪. ووقع ذكاؤه العددي في المجال المعياري المتوسط (الدرجة المعيارية = ١٠٢، والرتبة الميثينية = ٥٥٪)، في حين أن الأداء على الذكاء الصوري حققته فقط نسبة مقدارها ٢١٪ من أقرانه في العمر نفسه و يحملون التأهيل نفسه أو أعلى (الدرجة المعيارية = ١١٠، الرتبة الميثينية = ٧٩٪). ويمكن تقييمها على أنها فوق المتوسط بقليل.

كما أظهر الفحوص فيما يتعلق بقدرته على الانتباه أداء فوق المتوسط بكثير (الدرجة المعيارية = ١١٧، والرتبة الميثينية = ٩٧٪ $PR \geq 97\%$). وفي أثناء إجراء الاختبار عبر السيد فراس عن أنه يجاهد مع دافعيته وأنه "لم يعد لديه مزاج".

بالمقابل حققت السيدة مريم معامل ذكاء $IQ = 145$ وهو ما يطابق درجة كلية في الاستنتاج = ١٢٦ درجة معيارية (رتبة ميثينية = ١٠٠٪). ومن هنا فإن القدرة على التفكير الاستنتاجي بناء على هذا المقياس واقعة فوق المتوسط بكثير. وفيما يتعلق بالذكاء اللفظي حققت السيدة مريم درجة معيارية ≥ 130 ورتبة ميثينية = ١٠٠٪. وكذلك فيما يتعلق بالذكاء العددي أظهرت الفحوص أداء فوق المتوسط بوضوح (الدرجة المعيارية = ١١٦، الرتبة الميثينية = ٩٣٪). كما أظهرت على مقياس القدرة على الانتباه الصوري درجة معيارية مقدارها ١١٦ وهو ما يقابل رتبة ميثينية تبلغ $PR \geq 96\%$. ويلاحظ أن قدرتها على الانتباه اللفظي و الصوري واقعة فوق المتوسط بكثير بدرجة معيارية = ١١٧، ورتبة ميثينية = ٩٧٪ $PR \geq 97\%$.

وأظهرت السيدة مريم في أثناء التعامل مع المهام المختلفة للاختبار تركيزاً عالياً وسرعة عالية في العمل، الأمر الذي أتاح لها إنجاز بعض المجموعات من المهام قبل انتهاء الوقت المخصص. كما أنها استنتجت أن مجموعات المهام تزداد صعوبة

بالنسبة لها مع التقدم في الاختبار، الأمر الذي قد يشير إلى أن حل المهام في المجال اللفظي كان أسهل عليها من التعامل مع المادة الصورية.
 إلا أنه لابد من الملاحظة في هذا الاختبار أنه لابد من الحذر في تفسير نتائج مقياس الذكاء الصوري، لأن تصوير النموذج في دفتر المهام سيئ جداً في مجموعة المهام رقم (٩)، بحيث إن بعض المهام (بين ٣ - ٤) لم تكن ممكنة الحل.

٢,٤,٢ الفقرة على التركيز والانتباه

أظهر السيد فراس في الاختبارات المستخدمة وبشكل ثابت قدرة على التركيز وقعت فوق المتوسط بقليل إلى ما فوق المتوسط بدرجة أكبر، ففي اختبار d2 أظهر سرعة عمل فوق المتوسط بكثير (الوقت الكلي=٦٢٧ و الرتبة المئينية للزمن الكلي < ٩٩.٩%) مع دقة تقع بين المتوسط وأكثر من المتوسط بقليل (قدرة =٣.٣٥، رتبة مئينية=٥٠% -٧٥%). وقد ظهر هذا أيضاً في القيمة الكلية للتركيز=٢٦٧ رتبة مئينية للأداء الكلي في التركيز أكثر بحدود ٩٩.٩%). وقد أقر السيد فراس أنه قد أجرى في السابق اختبار d2 قبل سنوات عديدة. أما في مقياس ربط الأرقام فقد حصل السيد فراس على نتيجة فوق المتوسط بقليل فيما يتعلق بوقت الإنجاز (القيمة الخام=٤٥,٠ بالثانية والرتبة المئينية=٨٦%).

بالمقابل أظهرت السيدة مريم بروفياً معاكساً، ففي اختبار ربط الأعداد أظهرت أداء فوق المتوسط بكثير في زمن العمل (القيمة الخام=٤٦,٧ بالثانية، ورتبة مئينية=٩٨%)، في حين أنها أظهرت في اختبار d2 درجة ضئيلة في الأداء الكلي للتركيز، فقد حصلت على درجة كلية مقدارها ١٨٤، ورتبة مئينية أكثر من ٧٥%، ومع ذلك فهي نتيجة واقعة في المجال المتوسط الأعلى. كما أن سرعة العمل (الزمن الكلي=٤٦٠، والرتبة المئينية أقل من ٩٠% و كذلك الدقة =٠,٨٧، الرتبة المئينية، أكثر من ٩٠%) واقعة فوق المتوسط.

وأشارت المفحوصة بعد الانتهاء من اختبار d2 أن الرسوم كانت "تغيب من أمام عينها"، وهو ما ظهر مباشرة عند بداية الاختبار كما قالت.

لتحديد سمات الشخصية تم استخدام مقياس فرايبورغ للشخصية في نسخته المعدلة (Fahrenberg, Hampel & Selg, 1989).

فبالنسبة للسيد فراس يُمكن القول: إن خمسة مقاييس من أصل ١٢ مقياساً فرعياً تكون هذا المقياس تنحرف عن المجال المعياري، في حين أنه لم تظهر في المقاييس السبعة الأخرى أية انحرافات. والمقاييس المنحرفة كانت المقاييس (١) الرضا عن الحياة، (٢) التوجه الاجتماعي، (٨) الشكاوى الجسدية، (٩) الهموم الصحية، (١١) الانبساط، والتي سنقوم بوصف نتيجتها. فقد ظهر أن رضا السيد فراس عن الحياة أقل من المتوسط بكثير (الدرجة الخام=١، الرتبة المئينية=٤٪ - ١١٪). ويبدو أنه غير راض في الغالب عن حياته السابقة والراهنة. وحسب وصفه لنفسه فهو يعتقد أنه حتى الآن لم يحقق إمكاناته. وسيصف نفسه على أنه إنسان مهموم وغير سعيد ويميل إلى الاكتئاب والموقف السلبي من الحياة. كما يرى نفسه إنساناً ذا توجه اجتماعي فوق المتوسط (الدرجة الخام=٨، الرتبة المئينية=٧٧٪). ووصف نفسه أنه إنسان يشعر بالمسؤولية الاجتماعية وهو مستعد لتقديم المساعدة، وفيما يتعلق بالشكاوى الجسدية المرتفعة قليلاً عن المتوسط (الدرجة الخام=٤، الرتبة المئينية=٧٧٪ - ٨٩٪)، فقد أشار المخصوص إلى وجود اضطراب عام في عافيته (كالأرق، والحساسية للطقس أو الصداع). أما همومه الصحية فقد عبر عنها في المقياس بأنها أعلى من المتوسط بقليل (الدرجة الخام=٥، الرتبة المئينية=٢٣٪ - ٤٠٪). أما في الانبساط فهو يصف نفسه على المقياس بأنه أقل من المتوسط (الدرجة الخام=٥، ٢٣٪ - ٤٠٪)، وهو يعد نفسه أنه أقرب إلى التحفظ ويحب أن يكون وحده أكثر مما يكون في المجتمع، ويعد نفسه هادئاً، وقليل المشاركة وجدياً ومسيطر.

أما السيدة مريم فقد كانت المجالات المنحرفة لديها في تسعة مقاييس من أصل ١٢، فقد ظهر أن درجة عدم رضاها عن حياتها كانت فوق المتوسط بوضوح، وموقفها سلبي من الحياة (الدرجة الخام=١؛ الرتبة المئينية=٤٪ - ١١٪)، وكان

التوجه نحو الإنجاز أقل من المتوسط (الدرجة الخام=3؛ الرتبة المئينية=11٪ - 23٪)، كما أظهرت نفسها في المقياس أنها فوق المتوسط بوضوح في الخجل والخوف من الاتصال (الدرجة الخام=11؛ الرتبة المئينية=89٪ - 96٪) وفوق المتوسط بقليل في الاستثارة وعدم التحكم (الدرجة الخام=9؛ الرتبة المئينية=60٪ - 77٪). كما تقرر أنها تشعر بالتوتر والضغط بصورة فوق المتوسط بقليل (الدرجة الخام=10؛ الرتبة المئينية=60٪ - 77٪)، وتعاني من شكاوى جسدية (الدرجة الخام=6؛ الرتبة المئينية=60٪ - 77٪)، وتقول المفضوصة حول نفسها بأنها تعتني بنفسها بشكل فوق المتوسط وتخاف من الأمراض (الدرجة الخام=9؛ الرتبة المئينية=89٪ - 96٪). وتصف نفسها بأنها منطوية وخجولة فوق المتوسط ومتريثة وجديّة (الدرجة الخام=10؛ الرتبة المئينية=0٪ - 4٪).

ولابد من الإشارة بصورة نقدية حول الاختبار وحسب (Fahrenberg, Hampel & Selg, 1989; P.9f) واستناداً إلى ميول التزوير الممكنة فإنهم لم يصمموا الاختبار كأداة فرز للمؤاممة المهنية بالأصل. ولهذا السبب لا بد من تفسير النتائج التي ليست في مصلحة المفضووص بحذر وتحفظ.

٣. الخلاصة والرأي في المسألة التشخيصية

بناء على نتائج الفحوصات النفسية التي تم إجراؤها سيتم في هذه الفقرة الإجابة عن الأسئلة النفسية المطروحة في الفقرة ١.١.

لم يتم التمكن من الإجابة عن الأسئلة الطبية المطروحة في الفقرة ١.٣.٢ بشكل واف، إلا أن المفضووصان أقرّا بأنهما لا يُعانيان من أي موانع جسدية قد تخالف المطالب المرجوة منها. إلا أنه وعلى الرغم من ذلك فلا بد من توضيح أقوالهما من خلال فحص طبي خاص. والأمر نفسه ينطبق على البيانات الشخصية كالسن والتأهيل والخدمة العسكرية (تقع ضمن مهام الجهة طالبة التكليف وليس المتخصص النفسي).

٣,١ السؤال (١): تحقيق المطالب أو الصلاحية كمرشد طيران

بالنَّسْبَةِ للمَفْحُوصِ الأول السيد فراس ظهرت بالنَّسْبَةِ للنقاط المنفردة فيما يتعلق ببروفيل المَطَالِبِ الصورة التالية: في إطار الاختبارات اللفظية التي تم إجراؤها والتي من المُحْتَمَلِ فيها أن تظهر الانحرافات أو النقص في المهارات اللغوية في اللغة العربية (قارن الفقرة ١,٣,١، النقطة "١")، لم تظهر أية مُشْكَلات لغوية، بل على العكس فقد ظهرت مهارات عالية في اللغة العربية، ناجمة عن كون المتقدم يحمل الشهادة الثانوية و كون اللغة العربية هي لغته الأم. أما فيما يتعلق باللغة الإنجليزية (الفقرة ١,٣,١ النقطة ١) فلا يُمكن إعطاء حُكْمٍ هنا ولا بُدَّ من إجراء اختبارات مُلاءمة لتوضيح هذا الأمر.

أما فيما يتعلق بالمعارف الرياضية والقُدرة على التفكير المنطقي (٣) فيمكن القول: إن قُدرة السيد فراس في التعامل مع التفكير والأعداد (القُدرة على الحساب، والتعرُّف على العلاقة بين الأرقام) واقعة في المجال الطبيعي. أما فيما يتعلق بالقُدرة على الانتباه (٤) فإنَّه يُمكن القول على الأقل بالنَّسْبَةِ للمادة اللفظية والشكلية المعروضة بصرياً بأنها تفي بالمَطَالِبِ العالية. ويُمكن الحُكْمِ على القُدرة على التركيز (٥) أو الانتباه (٦) للمفحوص بأنها فوق المتوسط بوضوح، مع العلم أن سرعة أدائه الواقعة فوق المتوسط بوضوح كانت على حساب دقته، أي أنها سرعته أثرت على دقته، والتي كانت بدورها متوسطة.

إلا أن قوة تنبؤ النتائج بالنظر إلى القُدرة على اليقظة المطلوبة في الفقرة ١,٣,١ المذكورة تحت النقطة (٥) وبسبب المدة القصيرة لاختبار التركيز المستخدم، ضئيلة جداً. وفيما يتعلق بسرعة الإدراك (٦) لم تظهر في اختبارات التركيز والانتباه أية شذوذات بالمعنى السلبي. إلا أنه لا يُمكن تقديم طرح حاسم فيما يتعلق بمدى الأداء الدقيق.

وعلى الرغم من أنه لا يُمكن تقديم نتيجة قاطعة حول القُدرة المكانية على التوجه (٨) فإن نتائج اختبار المقياس الفرعي حول الذكاء الشكلي تبيِّن استنتاج وجود قُدرة أعلى من المتوسط بوضوح على إدراك النسب بين المساحات والأماكن

والتعرّف على العلاقات بين الأشكال. وحتى لو كان هناك شك في القدرة التنبؤية لإقياس فرايبورغ للشخصية لاستخلاص سمات الشخصية (١٢) تعطي القيم الإشكالية دون المتوسط التي ظهرت في مجالات (١) الرضا عن الحياة و (٨) الشكاوى الجسدية، سبباً لتوضيح سبب ظهور هذه النتائج في جلسة خاصة.

وفيما يتعلق بالمفحوصة مريم فلم يظهر لديها أي قصور فيما يتعلق بالمهارات اللغوية في اللغة العربية باستخدام المقياس الفرعي للدكاء اللفظي من اختبار بنّية الذكاء ٢٠٠٠ Intelligence-Structure-Test-2000؛ بل على العكس فقد كانت نتيجتها واقعة فوق المتوسط بكثير، مما يدل على مهارات عالية في اللغة، وهو ما يمكن تفسيره من خلال درجة تعليمها (الثانوية) وكون اللغة العربية هي لغتها الأم. وبسبب النقص في الاختبارات المتعلقة باللغة الإنجليزية هنا فلا يمكن الحكم على مهاراتها الإنجليزية وينبغي إجراء الفحوص الملاءمة لهذا الغرض. كما يمكن الاستنتاج فيما يتعلق بالجزء العددي من اختبار بنّية الذكاء ٢٠٠٠ Intelligence-Structure-Test-2000 أنها قد برهنت قدراتها فيما يتعلق بالتفكير الرياضي والمنطقي (٣) حيث تتمتع بقدرة فوق المتوسط بالعمليات العددية البسيطة، وفي القدرة على الملاحظة (٤) فيما يتعلق بالمعلومات اللفظية والشكلية المعروضة بصرياً ظهر أنها فوق المتوسط بكثير ومن هنا فهي تحقق المطالب. وفيما يتعلق بالقدرة على التركيز (٥) يمكن القول: إن المفحوصة قد عملت بسرعة فوق المتوسط على مهام التركيز في اختبار d2 وكانت دقتها فوق المتوسط أيضاً، أي أنها لم ترتكب إلا القليل جداً من الأخطاء. وتقع قدرتها على التركيز في المجال الأعلى من المعيار. ولكن بما أنها شكت في اختبار d2 من "اختلاط الأحرف أمام عينيها" فلا بد من التساؤل عن إمكانية التقليل من القدرة على التركيز من خلال هذا الوضع. ومن هنا فلا بد من إعادة النظر بالقدرة على التركيز باستخدام اختبارات إضافية لا تظهر فيها هذه المشكلة. ونظراً إلى الأهمية الكبيرة للقدرة السليمة على الإبصار فلا بد أيضاً من إجراء فحص للعيون.

أما سرعة الإدراك والانتباه (٧) والانتباه فقد اتصفت بأداء فوق المتوسط إلى حد ما في اختبار d2 وبأداء فوق المتوسط بكثير في اختبار ربط الأعداد، إلا أنه ربما يكون من المناسب إجراء اختبار مدعوم بالكمبيوتر لتوضيح هذه المسألة.

تمكنت المفحوصة في إطار اختبار بنّية الذكاء ٢٠٠٠ تحقيق درجة فوق المتوسط بكثير في التعامل بشكل جيد مع الأشكال ثنائية وثلاثية الأبعاد. إلا أن هذه القدرة لا تستطيع أن تسهم بشكل كامل في توضيح المطالب المتعلقة بالقدرة على التوجه المكاني (٨)، لأنها لا تعطينا إلا جزءاً منها فقط. وعلى الرغم من الحذر في تفسير نتائج اختبار الشخصية بسبب إمكانية تلاعب المفحوصة بالنتائج فإنه يمكننا الاستنتاج أن المفحوصة قد حصلت على قيم غير مناسبة عالية في مقياس "الانشغال" (٧) مما يتيح الاستنتاج بوجود قابلية للتوتر، وكذلك الدرجة العالية في المقياس (٤) الكف والدرجة الواقعة فوق المتوسط بكثير لمقياس "الانبساطية" (١١)، وهو ما يشير إلى التحفظ فيما يتعلق بتحقيق مطلب السمات ذات الصلة الخاصة بالمهنة، والتي تحتاج إلى توضيح أكثر في مقابلة شخصية.

وفي الختام لابد من الإشارة إلى أنه لم يتم التمكن في إطار هذه الدراسة من الوصول إلى توضيح لسمات المطالب التالية: (١) مهارات اللغة الإنجليزية، (٢) الفهم التقني (٧) سرعة الاستجابة (٩) طاقة (مساحة) العمل المتعددة (١١) الكفاءات التنظيمية أو المهارة اللوجستية (الإمدادية).

وانطلاقاً من النتائج المعروضة للفحوصات النفسية التي تم تنفيذها يمكن تقييم القدرة المعرفية على الأداء (قدرة الأداء المعرفي) وبالتحديد القدرة على التركيز والانتباه والذكاء والملاحظة) لكلا المفحوصين فوق المتوسط على الأقل. ومن ثم فإن كليهما يحققان المطالب المعرفية التي تحدد صلاحيتها للعمل كمرشدي طيران. أما قياس سمات الشخصية فيطرح لدى كلا المفحوصين أسئلة فيما يتعلق بصلاحيتها لهذه المهنة، والتي لابد من التدقيق فيها من خلال الجلسة الشخصية، قبل اتخاذ قرار نهائي حول صلاحيته لمهنة مرشد الطيران. وهذا الإجراء مهم جداً لدى السيدة مريم.

٣,٢ الأسئلة ٢ و ٣: مقارنة المفحوصان فيما بصلاحيته لمهنة مرشد الطيران

سيتم التعرض في هذه الفقرة للإجابة عن السؤال المتعلق من منهما أكثر صلاحية لمهنة مرشد طيران. وسوف يتم الاقتصار هنا على مقارنة المفحوصين في ثلاثة بناءات كبيرة "القدرة على التركيز والانتباه"، و"الدكاء"، و"سمات الشخصية"، ذلك أن التدقيق في التفاصيل الدقيقة لسمات المطالب ستخرجنا عن الموضوع، وربما ستوحي بوجود دقة كبيرة في القياس في إطار عدم وجود دقة كبيرة فيه أو غياب القياس الدقيق للسمات المنفردة.

فإذا تأملنا بداية في نتائج اختبارات التركيز (اختبار d2، وربط الأعداد)، فقد أظهر السيد فراس قدرة أكبر على التركيز والانتباه بالمقارنة. ومع أخذ المشكلة التي ظهرت لدى المفحوصة بعين الاعتبار (ضبابية الرموز) في اختبار d2 فلا بد من توضيح هذه المشكلة من خلال اختبار تركيز آخر. والأداء الأكبر للسيد فراس في اختبار d2 لا يمكن تعويضه من خلال الأداء الأعلى للسيدة مريم في اختبار ربط الأعداد الأمر الذي يؤكد صلاحية أفضل للسيد فراس فيما يتعلق بالقدرة على التركيز.

وعلى العكس من ذلك في قياس الذكاء فقد ظهر فرق واضح لصالح السيدة مريم حيث كان مستوى ذكائها في الاختبار أعلى. ومن هنا يتوقع أن السيدة مريم أكثر ملاءمة من حيث المطالب المعرفية المتعلقة بالذكاء كمرشدة طيران. وأخيراً يمكن التنبؤ بكفاءة سمات الشخصية لدى السيد فراس بشكل أفضل مما هو الأمر لدى السيدة مريم. إذ هناك الكثير من الأسئلة المطروحة حول كفاءة سماتها الشخصية والتي تحتاج إلى توضيح.

وبشكل عام توصل المقوم ومن خلال المعلومات المتوفرة لديه إلى القرار بأن بروفيل الاختبار للسيدة مريم يطابق بروفيل المطالب المتوقعة من مرشد الطيران. والعامل الأساسي لهذا القرار هو أن مرشد الطيران إلى جانب القدرة فوق المتوسط على التركيز عليها أن تتخذ أيضاً قرارات في المواقف المعقدة الديناميكية، التي تكون

المعالجة السريعة والدقيقة للمعلومات (الجديدة) ضرورية فيها، والتي يعد الذكاء أمراً حاسماً لمواجهةها. الأمر الذي يتوفر لدى السيدة مريم، حيث كانت نسبة الذكاء لديها أعلى مما هي عليه لدى السيد فراس.

إلا أن المقوم يتحفظ على تقدير حجم الفروق بين كلاً المفحوصين فيما يتعلق بصلاحيتهما المهنة مرشد الطيران، ذلك أن هناك الكثير من المظاهر ذات صلة الوثيقة جداً والتي لم يأخذها المقوم بعين الاعتبار. ومن أجل مقارنة الأداءات على الاختبارات يُمكن الرجوع إلى البيانات المعروضة في الفقرة ٤، ١ من الملحق ٤.

٤. ملحق التقرير

٤,١ بيانات اختبار المفحوصين

تم عرض نتائج الأدوات التشخيصية المستخدمة

٤,٢ الإحصاءات ذات الصلة للأدوات المستخدمة

تم استخدام الإحصاءات التالية لحساب الفروق الحرجة بالمقارنة مع متوسط عينة المقارنة (قارن حد الثقة) أو لحساب الفروق الحرجة بين المفحوصين (قارن d_{crit}) (عرض للإحصاءات المستخدمة، ثم جدول بنتائج مقياس فرايبورغ للشخصية).

٥. المراجع والأدوات التشخيصية

يتم ذكر المراجع والأدوات التشخيصية التي استند إليها المقوم هنا.

ملحق

المحكات التشخيصية لبعض الاضطرابات النفسية
في كل من الـ DSM-IV و ICD-10
والـ ICD-10 و الـ DSM-IV

((صور منتقاة من بعض الاضطرابات النفسية المشخصة على المحورين
الأول والثاني))
١. اضطرابات القلق

١,١ اضطرابات القلق في الـ DSM-IV و الـ ICD-10 (الفئة التشخيصية 300.00) و الـ ICD-10
(F40.00).

١. القلق المعمم (F41.1) 300.02

٢. اضطرابات الهلع Panic attacks

٣. رهاب الأماكن العامة Agora Phobia

٤. اضطرابات الهلع مع رهاب الأماكن العامة (F40.01) 300.21

٥. اضطرابات الهلع دون رهاب الأماكن العامة (F41.1) 300.01.

٦. رهاب الأماكن العامة دون اضطراب هلع. (F40.00) 300.22

٧. رهوبات نوعية 300.29 (F40.2)

٨. الرهوبات الاجتماعية. (F40.2) 300.23

٩. اضطرابات ما بعد الصدمة (F43.1) 3009.81

١١ الملحق يقدم عرضاً مختصراً في بعض الوجوه بالإضافة إلى بعض الشروحات الإضافية غير المتضمنة
منظومات التشخيص العالمية.

١٠. الاضطرابات القهرية (F42.x) 300.3

اضطرابات القلق المعم

A. قلق وهم مفرطين (توقعات مخيفة) حول أحداث أو أنشطة عدة (كالمعمل، أو الإنجاز) يستمر لستة أشهر، ويظهر في أغلب أوقات اليوم.

B. لا يستطيع الشخص السيطرة على همومه.

C. يرتبط القلق مع ثلاثة على الأقل من الأعراض التالية:

- التملل أو الشعور بالجهوزية وعدم الصبر

- التعب بسهولة

- صعوبات التركيز

- حدة الطبع أو التهيج

- الشد العضلي

- اضطراب النوم

D. لا يقتصر القلق والهموم على سمات المحور الأول من الاضطراب، أي أن القلق والهموم ليست بسبب الخوف من نوبة هلع أو من التخجيل في العلن أو من التلوث أو من الابتعاد عن البيت أو المقربين أو من السمنة أو من المعاناة من أوجاع جسدية مختلفة أو من مرض جدي ولا يظهر القلق في مجرى اضطراب ما بعد الصدمة فقط.

E. يسبب الاضطراب المعانان للشخص

F. لا يرجع سبب الاضطراب لأسباب جسدية أو لتأثير مباشر لمادة أو عقار ولا في مجرى

اضطراب وجداني أو ذهاني أو نمائي عميق الأثر.

مِحَكَاتُ تَشْخِصِيَّةٍ لِنُوبَاتِ الْهَلَعِ:

لا يَتِمُّ ترميز نوبات الهلع بشيفرة خاصة بها. ويَتِمُّ ترميزها في التَّشْخِصِ النوعي الذي تظهر فيه نوبات هلع، مثل رهاب الأماكن العامة مع نوبات هلع.

نوبات الهلع: عبارة عن طور مُحدَّد من القلق المكثف تظهر فيه أربعة على الأقل من الأعراض التالية خلال عشر دقائق، بحيث لا ترجع إلى سبب جسدي أو اضطراب نفسي آخر.

ارتجاف القلب (الوجيب)، Palpitation، خفقان القلب، تسرع في القلب،
تعرق.
ارتجاف أو ارتعاد.
مَشَاعِر ضيق التنفس أو انقطاعه.
مَشَاعِر الذعر،
ألم أو مَشَاعِر ضيق في الصدر.
غثيان أو آلام في الجهاز المعدي معوي.
دوار، عدم أمان، الإحساس باقتراب الإغماء وفقدان الوعي.
اغتراب الواقع (مَشَاعِر اللاواقع) أو اغتراب الشخصية (الشعور بالتحلل).
الخوف من فقدان السيطرة أو من الجنون.
الخوف من الموت.
إحساس بالخدَر أو النمل أو الحكّة من غير سبب ظاهر paresthesia.
نوبات حرارة أو برودة.

زهاب الأماكن العامة:

الخوف من الأماكن التي يصعب الهروب منها، أو يكون الهروب فيها مخجلاً.
انتبه: إذا كان الخوف من مواقف محددة فالتشخيص يصبح زهابات نوعية، وإذا كان في المواقف الاجتماعية، فالتشخيص زهابات اجتماعية.
يتم تجنب المواقف، أو يتم مواجهتها بعدم ارتياح أو مع خوف شديد من ظهور نوبة هلع أو لا تتم مواجهتها إلا بمرافقة شخص آخر.
لا يرجع سبب الاضطراب إلى اضطراب نفسي آخر كالزهابات الاجتماعية أو الزهابات الخاصة أو اضطرابات القهر، أو اضطرابات الضغوط التالية للصدمة، أو اضطرابات الانفصال.

نوبات هلع دون رهابات الأماكن العامة:

أ: المحك (١) و (٢):

(١): نوبات هلع متكررة غير متوقعة.

(٢): في واحدة على الأقل من النوبات يعقب شهر على الأقل مترافق بعرض على

الأقل من الأعراض التالية:

- القلق (الهم) المُستمرّ من ظهور نوبات أخرى،

- القلق (الهم) حوّل معنى النوبات أو عواقبها

- تبدل واضح في السلوك نتيجة النوبات.

ب: لا يوجد رهاب الأماكن العامة.

ج: لا يوجد سبب جسدي للنوبة نتيجة عقار ما أو نتيجة مرض جسدي (كفرط التدرق).

د: لا يمكن تفسير النوبات من خلال اضطراب نفسي آخر كالرهابات الاجتماعية أو الرهابات النوعية أو اضطرابات القهر.

نوبات هلع مع رهابات الأماكن العامة:

A. المحك (١) و (٢):

(١): نوبات هلع متكررة غير متوقعة.

(٢): في واحدة على الأقل من النوبات يعقب شهر على الأقل مترافق بعرض على

الأقل من الأعراض التالية:

- القلق (الهم) مُستمرّ من ظهور نوبات أخرى،

- القلق (الهم) حوّل معنى النوبات أو عواقبها

- تبدل واضح في السلوك نتيجة النوبات.

B. يوجد رهاب الأماكن العامة.

ج: لا يوجد سبب جسدي للنوبة نتيجة عقار ما أو نتيجة مرض جسدي (كفرط التدرق).

C. لا يمكن تفسير النوبات من خلال اضطراب نفسي آخر كالرهابات الاجتماعية أو الرهابات النوعية أو اضطرابات القهر...

رهاب الأماكن العامة دون نوبات هلع:

- A. هناك رهاب من الأماكن العامة يقوم على الخوف من حدوث أعراض شبيهة بالهلع (مثل الدوار أو الإسهال).
- B. لم يتم تحقيق محكات نوبات الهلع أبداً (في أي وقت سابق).
- C. لا يرجع سبب الاضطراب إلى عامل جسدي أو عامل مرضي أو إلى تأثير تناول العقاقير.
- D. في حال وجود عامل مرضي طبي والقلق الموصوف في النقطة "أ" أكثر وضوحاً مما هو الحال عادة في مثل هذا النوع من الأمراض الجسدية.

المحكات الشخصية للرهابات الخاصة:

- A. خوف واضح ومستمر ومبالغ به وغير مبرر يحدث من خلال الوجود الحقيقي أو المتوقع لموضوع خاص أو موقف محدد (كالارتفاعات والحيوانات أو الحقنة، أو حشرات... الخ).
- B. تسبب المواجهة مع المثير الرهابي في حدوث ردة فعل خوف مباشرة يمكن أن تأخذ صورة نوبة هلع مرتبط بالموقف.
- C. يدرك الشخص أن خوفه مبالغ به وغير مبرر. (لدى الأطفال ليس بالضرورة توفر هذا المحك).
- D. يتم تجنب الموقف المخيف أو مواجهته بخوف شديد أو من خلال مرافقة.
- E. يقيد تجنب المواقف الرهابية والميل الرهابي التوقعي الحياة العادية للشخص أو يقيد إنجازه أو مهنته أو نشاطاته الإجتماعية أو علاقاته، أو يسبب له معاناة شديدة.
- F. يستمر الرهاب لدى الأشخاص الذين هم تحت سن الثامنة عشرة ستة أشهر على الأقل.
- G. لا يمكن تفسير القلق أو الخوف أو نوبات الهلع أو سلوك التجنب الرهابي المرتبط بموضوع خاص، من خلال اضطراب نفسي آخر مثل القهر أو اضطرابات الضغوط التالية للصدمة أو قلق الانفصال، أو الرهاب الاجتماعي، أو اضطراب الهلع مع رهاب الأماكن العامة... الخ.

ملحوظة: حدد النوع:

- من الحيوانات: هذا النمط الفرعي يبدأ عموماً في الطفولة.
- من أمور محيطية (الارتفاعات، الرياح، الماء... الخ): هذا النمط الفرعي يبدأ عموماً في الطفولة.
- من الدم، الحقن، الإصابة: يظهر هذا النمط بشكل كبير في الأسر، ويتصف باستجابة وعائية^{٧٠} مهمة شديدة.
- رهاب موقفي (طيران، مصعد، غرف مغلقة). لهذا الرهاب قمتان عمريتان، مرة في الطفولة ومرة في وسط العشرينيات.
- من أنواع أخرى (التجنب الرهابي لمواقف يُمكن أن تقود إلى الاختناق، الإقياء، العدوى بالمرض، ولدى الأطفال تجنب الأصوات العالية أو الأشكال التنكيرية).

المحكات الشخصية لرهابات الأماكن العامة:

A. الخوف الواضح والمستمر من موقف حياتي واحد أو أكثر يواجه فيه الشخص أشخاصاً لا يعرفهم ويُمكن تقويمه من قبلهم. ويخشى المعنى بالأمر أن يتصرف بسُلوِك (أو أن تظهر عليه أعراض القلق) يُمكن أن يكون معيباً أو مخجلاً بالنسبة له. انتبه: ينبغي التأكد لدى الأطفال أنهم يمتلكون الكفاءات الإجتماعية اللازمة المتناسبة مع السن للتعامل مع الأشخاص المعروفين و ينبغي للقلق أن يظهر تجاه الأتراب وليس في التفاعل مع الراشدين فقط.

^{٧٠} الإغماء الوعائي المبهمي، هو أحد أكثر حالات الإغماء شيوعاً. تنتج حالة الإغماء هذه بسبب محفز معين يؤدي إلى رد فعل مبالغ وغير مناسب في الجزء الخاص بالجهاز العصبي اللاإرادي الذي ينظم وظائف الجسم. أهم الوظائف التي ستتأثر هي معدل دقات القلب وتدفق الدم. عندما يؤدي المحفز لرد الفعل المبالغ به، سينخفض كل من معدل دقات القلب وضغط الدم، مما يؤدي إلى الحد من سرعة تدفق الدم إلى الدماغ وبالتالي إلى فقدان الوعي. الشخص الذي يصاب بهذا النوع من الإغماء يستعيد وعيه بسرعة، عادة في غضون ثوان أو دقائق قليلة. المحفزات المنتشرة لمثل هذا النوع من الإغماء تتراوح ما بين الوقوف لفترات طويلة، والجفاف، ورؤية مناظر تحتوي دماء أو أشلاء بشرية، والسعال، التبول، الإخراج والاضطراب العاطفي. أحياناً يصعب معرفة المحفز الذي يؤثر على شخص معين

- B. تسبب المواجهة مع الموقف الاجتماعي الذي يخشى منه ردة فعل وقلق بصورة مباشرة يُمكن أن تأخذ شكل نوبة هلع مُرتبطة بالموقف. (انتبه لدى الأطفال قد تظهر الأعراض من خلال الغضب والبكاء أو الجمود في مكانه أو الابتعاد عن المواقف الاجتماعية).
- C. يدرك الشخص أن قلقه مُبالغ به وغير مبرر. (لدى الأطفال ليس بالضرورة تُوفر هذا المحك).
- D. يتم تجنب المواقف المخيفة أو تتم مواجهتها بخوف شديد ومشاعر ضيق.
- E. يضر القلق الاجتماعي بإدارة حياة طبيعية للشخص و يلحق الأذى بعلاقاته الاجتماعية والمهنية... الخ.
- F. يجب أن يستمر الاضطراب لسته أشهر على الأقل لدى الأشخاص تحت سن ١٨.
- G. لا يرجع سبب القلق الاجتماعي إلى التأثير الجسدي الناجم عن استخدام عقار ما أو إلى عامل مرضي طبي أو لا يمكن تفسيره من خلال اضطراب نفسي آخر أو لاضطراب قلق أو تشوه جسدي، أو لاضطراب نمائي عميق الأثر أو لاضطراب شخصية فصامانية.
- H. في حال وجود عامل مرضي طبي أو اضطراب نفسي آخر فإن هذه الأمراض أو الاضطرابات لا ترتبط بالقلق الموصوف في النقطة "١"، مثل ليس الخوف من اللجاجة، الارتجاج في مرض باركنسون أو عدم إظهار سلوك الطعام في فقدان الشهية العصبي أو الشره المرضي للطعام في التشخيص التفريقي حدد: إذا كان الخوف يشتمل كل المواقف الاجتماعية، خذ بعين الاعتبار تشخيص اضطرابات شخصية تجنبية - غير واثقة من نفسها.

اضطرابات ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress disorders

- A. واجه الشخص حدثاً صادماً يتوفر فيه المحكان التاليان:
- ١ - عاش الشخص أو شاهد أو كان معرضاً لعدة أحداث صادمة، لها علاقة مباشرة بالموت أو التهديد به أو بإصابة شديدة أو كانت تهديداً حقيقياً للسلامة الجسدية.
 - ٢ - تتضمن ردة فعل الشخص الخوف المكثف واليأس أو الرعب أو الهلع.
- انتبه: عند الأطفال يُمكن لهذا أن يتجلى من خلال السلوك المفكك أو الاهتياجي.

B. تتم إعادة إحياء الحدث الصادم باستمرار بوحدة من الطرق التالية على الأقل:
 ١ - ذكريات مرهقة متكررة وملحة والتي يُمكن أن تتضمن الحدث أو الصور أو الأفكار أو الإدراكات.

انتبه: لدى الأطفال الصغار يُمكن أن تظهر ألعاب يَتِم التعبير مِنْ خلالها بِشكْلٍ مُتَكَرِّرٍ عن مَوْضُوعَاتٍ أو مَظَاهِيرٍ من الحدث الصادم.
 ٢ - الأحلام المتكررة والمزعجة عن الحدث (كوابيس).

انتبه: لدى الأطفال يُمكن أن تظهر كوابيس شديدة الرعب دون محتوى مُحدَّد.
 ٣ - التَصَرُّفُ والإحساس، وكان الحدث الصادم يتكرر (يتضمن الشعور المرور بالحدث ثانية، أهلاس وأوهام وأطوار من الاسترجاع التفككي Dissimilative Flashback-Episodes).

انتبه: لدى الأطفال يمكن أن تظهر إعادة إخراج حلمية جديدة للحدث.
 ٤ - إرهاقات نَفْسِيَّةٌ مكثفة عِنْدَ المواجهة مع مُثْبِرَاتٍ داخلية أو خارجية ترمز إلى أحد مَظَاهِيرِ الحدث الصادم أو التي تُذَكِّرُ بالحدث الصادم.
 ٥ - ردود فعل جَسَدِيَّةٌ عِنْدَ المواجهة مع المُثْبِرَاتِ الداخلية أو الخارجية التي ترمز إلى أحد مَظَاهِيرِ الحدث الصادم أو التي تُذَكِّرُ بالحدث الصادم.
 C. تجنب دائم للمُثْبِرَاتِ المُرتَبِطَةِ بالصَدْمَةِ أو تفلطح الاستجابات العامة (لَمْ تُكُنْ موجودة قَبْلَ الصَدْمَةِ).

توجد ثلاثة من الأعراض التالية:

- ١ - التجنب المقصود للأفكار أو المشاعر أو الأحاديث المُرتَبِطَةِ بالصَدْمَةِ.
- ٢ - التجنب المقصود للنشَاطَاتِ، الأماكن أو الناس، الذين يوقظون ذكريات بالصَدْمَةِ.
- ٣ - عَدَمُ القُدْرَةِ ، على تَذَكُّرِ مَظَاهِيرِ مهم من مَظَاهِيرِ الصَدْمَةِ.
- ٤ - انخفاض الاهتمام بِشكْلٍ واضح أو انخفاض المُشَارَكَةِ بالنشَاطَاتِ ذات الصلة.
- ٥ - الإحساس بالانفصال عن الآخرين أو الاغتراب عنهم.
- ٦ - تقييد لمجال واسع من الانفعالات (مثل عَدَمُ القُدْرَةِ على الإحساس بالمشاعر العاطفية الرقيقة).

٧ - الشعور بتقييد المستقبل (مثال: عدم توقع أي شيء، لا النجاح ولا الزواج ولا الأولاد ولا العيش حياة طبيعية طويلة... الخ).

D. أعراض مُستمرّة من الاستثارة العالية (لم تكن موجودة قبل الصدمة).

ويجب أن يتوفر عرضان من الأعراض التالية على الأقل:

١ - صعوبة في الدخول في النوم أو الاستمرار فيه.

٢ - سعة التوتر أو العصبية أو نوبات من الغضب.

٣ - صعوبات في التركيز.

٤ - تنبه مُفرط (فرط يقظة Hyper vigilance).

٥ - مُبالغة في ردود فعل الفزع.

E. تستمر صورة الاضطراب (أي الأعراض المذكورة تحت النقطة "B" و "C" و "D") لأكثر من شهر.

F. تسبب صورة الاضطراب بطريقة ذات أهمية من الناحية العيادية المعاناة أو التضررات في مجال الوظائف الاجتماعية أو المهنية أو الوظائف الأخرى.
تأكد فيما إذا كان:

- حاداً عندما تستمر الأعراض لأقل من ثلاثة أشهر.

- مزمنًا: إذا استمرت الأعراض لأكثر من ثلاثة أشهر.

تأكد فيما إذا كانت البداية متأخرة: عندما ترجع بداية الأعراض إلى ستة أشهر على الأقل بعد العامل الضاغط.

الفروق:

اضطرابات الضغوط الحادة الفئة التشخيصية (F43.0) 308.3 يستمر

الاضطراب ليومين على الأقل وأربعة أسابيع على أقصى تقدير، ويظهر خلال أربعة أسابيع بعد الحدث الصادم. (المحكات الأخرى متشابهة تقريباً)

اضطرابات الضغوط التالية للصدمة المزمنة: تستمر أكثر من ثلاثة أشهر.

اضطرابات الضغوط التالية للصدمة المزمنة: بعد استمرارها لأشهر ثلاثة تكون مزمنة.

اضطرابات الضغوط التالية للصدمة مع بداية متأخرة: ترجع الصدمة إلى

أكثر من ستة أشهر سابقة.

التشخيص الخاطئ:

- يَتَمَّ طرح التشخيص: اضطراب الضغوط التَّالِي للصدمة بِشكْلِ خاطئٍ عِنْدَمَا:
- يَتَمَّ اعتبار الضغط الإنفَعَالِي بحد ذاته اضطراباً نَفْسِيًّا.
- لا يَتَمَّ التدقيق بكل مِحَكَّاتِ اضطرابات الضغوط التَّالِيَّة للصدمة.
- يَتَمَّ اعتبار ضغط متطرف سبباً لِاضْطراب قديم.
- تجاهل وجود باثولوجيا مَرَضِيَّة نَفْسِيَّة أُخرى موجودة بالأصل.
- إغفال وجود باثولوجيا مَرَضِيَّة أُسْرِيَّة، تبرر وجود أسباب أُخرى.

عدم الإدراك التشخيصي للاضطراب:

- يَتَمَّ السهو عن طرح التشخيص: اضطراب الضغوط التَّالِيَّة للصدمة عِنْدَمَا:
- يَتَمَّ اعتباره ردة فعل طبيعِيَّة على ظروف متطرفة و تجاهل قيمته المرضية.
- عِنْدَمَا لا تُؤخَذ تفاصيل المَوْقِف المرهق أو الضاغط على محمل الجد أو عِنْدَمَا يَتَمَّ التكتُم عنها (تابو) وإخفاؤها.
- لا يَتَمَّ التَّشخيص وفق مِحَكَّاتِ الـ DSM-IV & IV-TR والـ ICD-10 بدقة.
- يَتَمَّ فقط فَحْصَ أشخاص غير مستقرين نَفْسِيًّا (Psychic Labile Persons).
- يَتَمَّ اعتبار عدم الاستقرار النَفْسِي بِاثولوجيا مَرَضِيَّة نَفْسِيَّة قَائِمَة بحد ذاتها.
- عَزَوْ الأعراض بصورة خاطئة إلى أحداث حياتية باكرة.
- استخدام نظريات بالية (مثل الباثولوجيا المرضية لا تنشأ إلا في الطفولة المبكرة أو أنها تورث).
- يَتَمَّ تجاهل معارف أو نَتَائِج الأبحاث الحديثة و المقاييس. (أنظر الشكل ٦٣ صفحة ٤٧١)

الإضطرابات القهريَّة

المِحَكَّاتِ التشخيصيَّة للاضطرابات القهريَّة وفق الـ DSM-IV (300.3)

A. إمَّا أفكار قهريَّة أو تَصَرُّفات قهريَّة:

الأفكار القهريَّة المحددة من خلال (١) و (٢) و (٣) و (٤):

١ - أفكار أو نُزوعات أو تصوُّرات متكررة ومُستمرّة يَتِم الإحساس بها في بعض الأحيان في أثناء الاضطراب بأنها ملحاحة وغير مناسبة وتستثير قلقاً واضحاً وضيّقاً شديداً.

٢ - لأفكار أو النُّزوعات أو التَّصوُّرات ليست مجرد هموم مُبالغ فيها حول مُشكلات الحياة الواقعيّة.

٣ - يحاول الشَّخص إنكار هذه الأفكار أو النُّزوعات أو التَّصوُّرات أو قمعها أو تحييدها بمساعدة أفكار أو تصوُّرات أخرى.

٤ - يَعْرِف الشَّخص أن الأفكار أو النُّزوعات أو التَّصوُّرات القهريّة هي مجرد نتاج لذهنه الخاص (وليسَت مدخلة إليه من الخارج كما هو الحال في الوحي بالأفكار)

التصرفات القهرية كما هي محددة في (١) و (٢)

١ - تصرفات متكررة (كغسل اليدين أو الترتيب أو التأكد) أو الأفعال الفكرية

(كالدعاء أو

العد أو تكرار

الكلمات

بصمت)، يَشعُر

الشَّخص بأنه

مجبَر عليها

إسْتِجَابَة

لأفكار القهريّة

أو بسبب قوَّاعِد

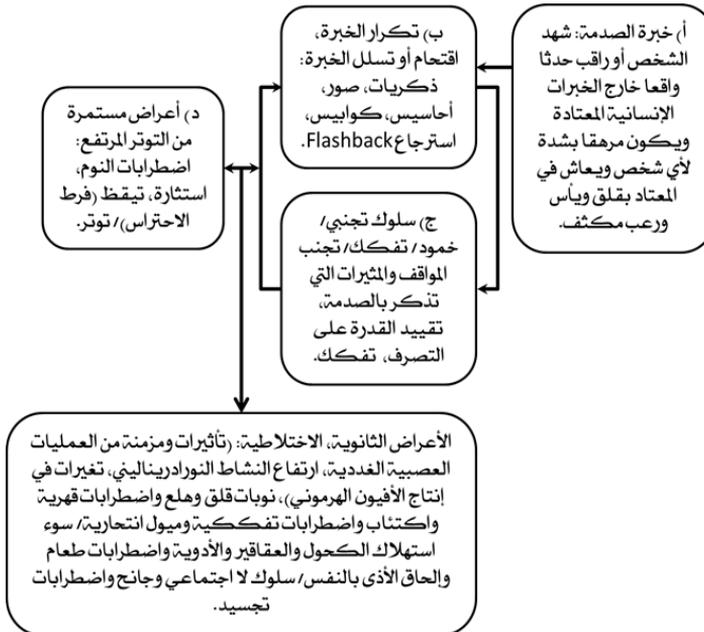
عليه اتباعها

بشكْل صارم.

٢ - تفيد التصرفات

القهرية أو

الأفعال الفكرية



الشكل ٦٢: تفاعل المركبات B, C & D بحسب DSM-IV-TR المتعلقة باضطراب ما بعد الصدمة

في منع الضيق أو تقليله والوقاية من الأحداث أو المواقف التي يخشى منها؛ إلا أنه

ليس لهذه التصرفات أو الأفعال الفكرية أية علاقة واقعية أبداً بما تُهدَف هذه إلى تحييده أو منعه، أو أنها مُبالغ فيها بشكل واضح.

B. في وقت ما من مجرى الإضطراب عرف الشخص بأن الأفكار أو التصرفات القهرية مُبالغ بها أو غير مبررة.

انتبه: ليس بالضرورة أن يكون هذا هو الحال لدى الأطفال

C. تسبب الأفكار أو التصرفات القهرية إرهاقاً شديداً ومستنزفة للوقت (تحتاج لأكثر من ساعة بالنهار) أو تؤذي الروتين اليومي الطبيعي للشخص بوضوح، أو الوظائف المهنية (أو المدرسية) أو النشاطات والعلاقات المعتادة.

D. في حال وجود اضطراب آخر من المحور الأول فلا بد ألا يكون محتوى الأفكار والتصرفات القهرية مقتصرًا عليه (كالانشغال المُفرط بالأكل عند وجود اضطراب أكل، أو اقتلاع الشعر عند وجود هوس نزع الشعر Trichotillomania، أو القلق على المظهر الخارجي عند وجود اضطراب سوء تشكّل الجسد، والانشغال الشديد بالعقاقير عند وجود اضطراب في سياق المواد المسببة للإدمان، أو الانشغال المُفرط بمرض شديد عند وجود توهم المرض (المراق) أو الانشغال الشديد بالحاجات أو الخيالات الجنسية عند وجود الخطل الجنسي (الشذوذ الجنسي) Paraphilias أو الانشغال الفكري بالذنب عند وجود اكتئاب أساسي).

E. لا ترجع صورة الاضطراب إلى تأثير جسدي مباشر لمادة ما (كعقار أو دواء ما على سبيل المثال) أو إلى تأثير عامِل جسدي طبيّ.

حدّد فيما إذا كان:

يوجد القليل من الاستبصار: إذا كان الشخص لا يدرك خلال غالبية الوقت في أثناء الطور الراهن أن أفكاره وتصرفاته تتسم بالمبالغة والإفراط. (لاحظ أن ICD يفرق في النقطة الرابعة من الاضطرابات القهرية فيما إذا كان هناك أفكار أو تصرفات قهرية أو خليط منها. وقد تم وضع مفتاح تشخيص خاص لكل شكل فرعي منها)

الاضطرابات القهرية في أي سي دي العاشر ICD-10 (F4)

تتمثل السمة المميزة لهذا الاضطراب بوجود أفكار وتصرفات قهرية.

والأفكار القهرية : عبارة عن أفكار أو تصوّرات أو دوافع (نُزوعات) ينشغل بها المريض بصورة متكررة. وتعذبه باستمرار لأنها تتضمن محتويات جبارة أو فاحشة أو لأنها ببساطة غير ذات معنى؛ ويحاول الشخص مقاومتها بلا طائل. ويدرك المريض أنها عبارة عن أفكاره هو حتّى لو كان يشعر بها على أنها لا إرادية أو مستنكرة.

أما التصرّفات القهرية أو الطقوس القهرية: وهي عبارة عن أنماط تكرارية معادة باستمرار. ولا يرى منها المريض أية فائدة ولا يشعر بالراحة فيها. ويرى المرضى فيها وقاية من حدث موضوعي غير وارد يجلب له التعاسة أو الضرر أو يسبب له المرض. ويشكل عام - وإن كان ليس دائماً - يشعر الشخص أن هذا التصرّف بلا معنى ولا فائدة. ويحاول صدها مراراً. ويُمكن في الاضطرابات التي تستمر لمدى طويل أن تضعف المقاومة إلى الحد الأدنى.

وتكون الأعراض الإعاشية للقلق Vegetative Anxiety Symptoms موجودة دائماً وكذلك التوتر الداخلي المُعذّب.

المحكّات التشخيصية

- إمّا أفكار قهرية أو تصرّفات قهرية (أو معاً) في غالبية الأيام لفترة زمنية تستمر لأسبوعين على الأغلب.
- تظهر الأفكار القهرية (أفكار أو تصوّرات) والتصرّفات القهرية السيمات التالية:
- يراها المعنيّ بأنها مجرد أفكاره أو تصرّفاتّه هو وليست موحاة له من أشخاص أو تأثيرات أخرى.
- تتكرر باستمرار وينزعج منها الشخص ويتم التعرّف على فكرة أو تصرّف واحد على الأقل على أنه مُبالغ فيه أو لا معنى له.
- يحاول المعنيون المقاومة (إلا أنه في حال الأفكار والتصرّفات القهرية القائمة لفترة طويلة يُمكن للمقاومة أن تكون ضئيلة جداً). تكون المقاومة لفكرة أو تصرّف قهريّ واحد على الأقل بلا طائل في الوقت الراهن.
- تنفيذ الفكرة أو التصرّف القهريّ غير مريح بحد ذاته (وينبغي تمييز هذا عن التخفيف العابر للتوتر أو القلق)

- يُعاني المَعْنِيُّونَ من الأفكار أو التَصَرُّفات القَهْرِيَّةِ أو يتأذون في محيطهم الإِجْتِمَاعِيَّ أو الفردي، وذلك من خلال الاستهلاك الكبير للوقت على الأُغلب. أكثر مِحَكَّ استبعاد مُتَكَرِّر: الإِضْطِرَاب لِيَسَ نَاجِماً عن إِضْطِرَاب نَفْسِيٍّ آخَر كالفصام والإِضْطِرَابَات القَرِيبَةِ (F2) أو الإِضْطِرَابَات الوجودانيَّة (F3).

إِرشادات تكميلية: يوجد إِرْتِبَاط وثيق بَيْنَ أَعْرَاض القهر والأَعْرَاض الأُخْرَى، وبشكْلٍ خاصٍّ بَيْنَ الأفكار القَهْرِيَّةِ والاكْتِنَاب، فالمرضى الذين يُعَانُونَ من إِضْطِرَابَات قَهْرِيَّةٍ يُعَانُونَ من أَعْرَاض اكْتِنَابِيَّةٍ على الأُغلب، والمرضى الذين يُعَانُونَ من الإِضْطِرَابَات اكْتِنَابِيَّةٍ انتكاسيَّة (F33)، يُمكن أن يَنُمُو لديهم أثناء الطور الاكْتِنَابِيَّ أفكار قَهْرِيَّة. وفي كلتا الحالتين تتأرجح شِدَّةُ أَعْرَاض القهر عموماً وفقاً لزيادة أو تناقص الأَعْرَاض الاكْتِنَابِيَّة. وتشير بعض الدلائل إلى أن القهر أقرب لأن يحتل مركزاً وسطياً بَيْنَ إِضْطِرَابَات القَلَقِ والإِضْطِرَابَات الوجودانيَّة. وهناك عَدَمُ اتِّفَاقٍ حَوْلَ تَصْنِيفِ الإِضْطِرَابَات القَهْرِيَّةِ ضَمَّنَ إِضْطِرَابَات القَلَقِ وذلك بسبب أنه من الصعب دائماً برهان أهميَّة القَلَقِ في الإِضْطِرَابَات القَهْرِيَّةِ.

تتساوى نسبة انتشار إِضْطِرَابَات القهر بَيْنَ الرجال والنساء ويغلب أن يوجد نَمَطٌ شَخْصِيَّةٌ قَهْرِيَّةٌ مُسَبِّقٌ. يغلب أن يبدأ المَرَضُ في الطفولة أو في سن الرشد المبكر. ويختلف المجرى وعند غِيَابِ الأَعْرَاضِ الاكْتِنَابِيَّةِ الواضحة فَإِنَّهُ يَكُونُ مَزْمَناً على الأُغلب.

تصرفات القهر	أفكار القهر	المحتويات
مراجعة الطبيب؛ البحث في الجسد عن أعراض الإيدز؛ غسل اليدين والشعر؛ تعقيم كل ما يمكن أن يكون قد لمسه الآخرون.	كان مقص الحلاق ملوثاً بفيروس الإيدز	عدم النظافة/ التلوث (تصورات حول المعاناة من التضرر من خلال الاتصال (أو التعامل) مع مواد تعد خطيرة مثل القمامة والأوساخ و البول والدم والأشعة والجراثيم
عدم بقاء الشخص مع الطفل وخذه؛ البحث عن عوامل أمان؛ إخفاء السكاكين أو أكياس البلاستيك.	سوف أؤدي طفلي	العنف الجسدي (ضد الذات أو ضد شخص آخر، متسبب من خلال الذات أو من خلال الآخر)
الاتصال بالمستشفيات أو الشرطة؛ الرجوع من الطريق مرة أخرى، فخص السيارة والبحث عن آثار حادث ما.	ربما دهست شخصاً ما	حادث بالصدفة (ليس ناجماً عن التلوث أو العنف الجسدي؛ مثال حادث، مرض)
محاولات الحفاظ على السيطرة، تجنب المواقف الاجتماعية؛ السؤال المستمر للآخرين فيما إذا كان سلوكه مقبولاً أم لا.	سوف أتفوه الآن بشيء شاذ	سلوك اجتماعي غير ملائم (مثال: المناداة بأشياء مخجلة، فقدان السيطرة)

٢. الاكتئاب Depressions

تصنف الاكتئاب ضمن الاضطرابات الوجدانية وتشتمل هذه الفئة في ICD

على الفئات التالية:

- الطور الهوسي (F30)
- الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (F31)
- الطور الاكتئابي (F32)
- اضطراب اكتئابي انتكاسي (F33)
- الاضطرابات الوجدانية المستمرة (F34)

وفي هذه الفئات (باستثناء F34) يتم التحديد بشكل إضافي من خلال شدة الأعراض ووجود أو غياب الأعراض الذهانية أو الجسدية. ويتم إكمال هذه الفئات التشخيصية من خلال:

- الاضطرابات الوجدانية (المختلطة) الأخرى (F38)
- اضطرابات وجدانية أخرى (F39) وكذلك من خلال
- الاكتئاب ما بعد الولادة (F55.0) Postpartum Depression
- الاضطراب الوجداني الجسدي (F06.3)
- اضطرابات التكيف (F43.2) بوصفها استجابة اكتئابية قصيرة الأمد أو أطول استمراراً.

ويمكن إكمال تقويم الصور المرضية السائدة من خلال تقويم شدة الأعراض (خفيفة، متوسطة، شديدة)، ووجود أعراض ذهانية أو جسمية، من الهوس أو فيما إذا كان المجري انتكاسياً أو مزمناً أو موسمياً.

وألا تكون الأعراض ناجمة عن أعراض جسمية أو عن استهلاك المواد المسببة للإدمان.

كما ينبغي استبعاد وجود اضطراب وجداني ثنائي القطب أو اضطرابات دورية cyclothymia وورد فعل الحزن (فقدان عزيز أو ما يشبه ذلك) حتى وإن أظهرت الأطوار الاكتئابية هنا صورة واضحة.

وتعد الأطوار الاكتئابية خفيفة إذا توفرت بين أربعة إلى خمسة أعراض ومتوسطة الشدة إذا توفرت بين ستة إلى سبعة أعراض وشديدة إذا توفرت ثمانية أعراض وأكثر من الأعراض الاكتئابية المذكورة في

الجدول ٤٤ صفحة ٤٧٧.

فإذا ما وجد إلى جانب الطور الاكتئابي الراهن في التاريخ المرضي طور اكتئابي على الأقل إما خفيف أو متوسط أو شديد الدرجة فيتم عندئذ تشخيص طور اكتئابي انتكاسي (بدرجات مختلفة). ويحقق المرض السابق محكات الطور الاكتئابي ويوجد بين الطور السابق والحالي شهرين على الأقل من دون أعراض إلى حد كبير.

ولبعض الأعراض الاكتئابية أهمية إكلينيكية خاصة وتطلق عليها في ICD-10 أعراض "جسدية". ومن الأعراض الجسدية المميزة: فقدان الاهتمام وغياب القدرة

على الاستجابة الإنفعالية والاستيقاظ المبكر والهبوط الصباحي والكبح النفسي الحركي والشهية الواضحة أو فقدان الوزن وفقدان الواضح لليبيدو.

الجدول ٥٤: المحكات التشخيصية لـ «الطور الاكتئابي» Depressive Episode وفق «الأي سي دي العاشر» ICD-10 أو «الاكتئاب الأساسي» Major Depression وفق «الأي اس أم الرابع والرابع معدل النص» DSM-IV & IV-TR

الطور	الاكتئاب Depression
المزاج	اثنان على الأقل كل يوم تقريبا مزاج اكتئابي فقدان الاهتمام أو فقدان المتعة دافع منخفض وتعب متزايد
المدة	أسبوعين على الأقل
عدد الأعراض اللازمة	عرضان آخران على الأقل
قائمة	فقدان الثقة بالنفس أو مشاعر القيمة الذاتية اتهامات غير مبررة للذات أو مشاعر ذنب غير ملائمة أفكار متكررة بالموت، أفكار انتحار وصولا إلى السلوك الانتحاري تناقص القدرة على التفكير (انخفاض القدرة على التفكير) أو على التركيز أو على اتخاذ القرار عدم هدوء نفسي حركي أو تباطؤ نفسي حركي (ذاتي أو موضوعي) اضطرابات نوم فقدان الشهية أو ارتفاع فيها (مع تغيرات مطابقة في الوزن)
نوع الاجتماعي النفسي الضرر	تغيرات في أسلوب الحياة مع وجود أضرار ذات أهمية إكلينيكية
محكات الاستبعاد	في حال وجود أعراض ذهانية، ولكنها ليست مميزة للفصام، من نحو اضطرابات الأنا أو أهلاس البصرية على سبيل المثال. ينبغي استبعاد وجود اضطراب وجداني ثنائي القطب أو اضطرابات دورية cyclothymia وردود فعل الحزن (فقدان عزيز أو ما يشبه ذلك) حتى وإن أظهرت الأطوار الاكتئابية هنا صورة واضحة. ألا يكون الاكتئاب ناجما عن تعاطي المواد أو لا يرتبط بعامل مرضي طبي أو ليس ناجما عن سبب عضوي

يمثل عسر المزاج مُشكّلةً تشخيصيةً وتصنيفيةً. ففي السابق كانت تطلق عليه تسمية الاكتئاب القلق المُستمرّ أو الاكتئاب العُصابي أو عُصاب الاكتئاب أو شخصية اكتئابية ومصطلحات أخرى.

ويُعرّف الآي سي دي العاشر " ICD-10 عسر المزاج بأنه تعكر مزاجي اكتئابي مزمن؛ لا يختلف كثيراً عن الاضطراب الاكتئابي أو المتوسط الانتكاسي إلا بدرجة ضئيلة. يشعر المعنيون لأشهر طويلة بأنهم تعبين ومكتئبين، إلا أنهم يعرفون أطواراً من الأيام أو الأسابيع التي يشعرون فيها بأنهم بخير. وبشكلٍ خالص وعلى الرغم من القصور الذي يشعرون به ذاتياً وعلى الرغم من اضطرابات النوم وفقدان الرغبة والسعادة والشعور بعدم التمكن من مواجهة الحياة إلا بجهود كبيرة فإنهم من الممكن أن يكونوا قادرين على الاستجابة للمطالب الحياتية اليومية ذات الصلة.

وما يميّزهم هو التعكر المزاجي الاكتئابي المُستمرّ لفترة طويلة الذي يظهر عادةً في وقت مبكر من سن الرشد أو في اليضوع و يُمكن أن يرهق لسنوات عدة وأحياناً طوال الحياة.

وفي الـ دي أس أم الرابع - DSM-IV-TR تم التفريق بين الـ ديستيميا و الاكتئاب، مع العلم أنه تم كذلك اقتراح ما يُسمّى بالاكتئاب المزدوج Double Depression. وفيه يتم تشخيص وجود اكتئاب مزدوج عندما يضاف إلى عسر المزاج اكتئاب بيولوجي، والذي كانت تطلق عليه في السابق اكتئاب داخلي المنشأ. والشيء نفسه ينطبق على الاكتئاب الثانوي minor Depression، أي الشكل الخفيف من الاكتئاب التي تتم معالجتها بشكلٍ غالب من الأطباء العامين. فمنهم من يعده شكلاً خفيف من المجرى في إطار نوبات اكتئاب متكررة في حين أن الآخرين يعدونه عسر مزاج، لأنه غالباً ما يستمر لوقت طويل.

المعايير التشخيصية الأهم للاضطراب الـ ديستيميا وفق الـ دي أس أم - DSMIV-TR : فقدان الشهية أو الحاجة المُفرطة للطعام، والأرق أو الحاجة المتطرفة للنوم ، ونقص الطاقة أو الإنهاك، وانخفاض مشاعر قيمة الذات، واضطرابات في التركز أو صعوبة في اتخاذ القرار والشعور باليأس.

أما فيما يتعلق بالمجرى والشدة، فيتم الحديث اليوم عن فئتين فرعيتين من عسر المزاج: ما يُسمَّى بالشكل شبه الوجداني sub affective Form (الذي يتصف بالبدء المبكر والاستجابة الجيدة للأدوية النفسائية) و ما يُسمَّى عسر المزاج من طيف الطبع Character-Spectrum-Dysthymia (الأقرب لأن يكون باتجاه اضطراب الشخصية).

الجدول ٥٥ : الفرق بين الاضطرابات ثنائية القطب و أحادية القطب

المتغيرة	أحادية القطب Unipolar	ثنائية القطب Bipolar
النشاط الحركي	مهتاج غالبا	في الاكتئاب غالبا بطء
النوم	صعوبات الدخول في النوم	في الاكتئاب النوم غالبا أكثر من المألوف.
السن عند البداية	نهاية الثلاثينيات حتى بداية الأربعينيات	حوالي الثلاثين
الإرهاقات الأسرية	يمتلك الأقارب من الدرجة الأولى خطرا مرتفعا للاضطرابات أحادية القطب.	يمتلك الأقارب من الدرجة الأولى خطرا مرتفعا للاضطرابات أحادية القطب وثنائية القطب.
الجنس	لدى النساء أكثر	النسبة نفسها بين الجنسين تقريبا.
العلاج البيولوجي	استجابة منخفضة لليثيوم، واستجابة أفضل لمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة.	الليثيوم

الجدول ٥٦ : أعراض الاكتئابيات (مقتبس)

الدافعي MOTIVATIONAL	التخيلي IMAGINATIVE الاستعرافي COGNITIVE	النفسي - الإعاشي PSYCHO- VEGETATIVE	الإنفعالي EMOTIONAL	السلوكي الحركي BEHAVIOR\ MOTORIC صورة الظهور
توجهات تحو الفشل، سلوك انسحابي أو تجنبى. الهرب أو تجنب تحمل المسؤولية، خبرة فقدان السيطرة، ومشاعر العبء الثقيل واليأس والانسحاب وصولاً إلى الانتحار أو ازدياد التعلق بالآخرين	اتجاه سلبي نحو الشخص نفسه (بوصفه شخصاً، ونحو قدراته الذاتية وتجاه المستقبلي (تصورات تخيلية للمأزق، الثقب الأسود)؛ التشاؤم؛ النقد الذاتى المستمر، عدم الثقة، توهم المرض، فطء التفكير ومشقة فيه، مشكلات في التركيز، انشغال دائري، توقع العقوبات أو الكوارث، تصورات هذيانية مثل التصورات الأثمة وتصورات الفقر، كفاية، تصلب أو جفاف في مستوى الطموح، أفكار عدمية حول المآزق وفقدان الهدف الخاص من الحياة، أفكار انتحارية.	عدم الاستقرار الداخلي، التوتر، الاستثارة، بكاء، تعب، ضعف، أرق، تغيرات مزاجية عبر اليوم، حساسية للطقس، فقدان الشهية والوزن، والليبدو، أوجاع إعاشية عامة من بينها ضغط على الرأس وآلام في المعدة واضطرابات هضمية. وعند التشخيص لا بد من الانتباه إلى ضغط الدم ومستوى السكر في الدم ونقص الكالسيوم وإلى نسبة الحديد ونقص السيروتونين والأدرينالين أو الإفراط فيهما.	مشاعر القنوط أو الانقباض، اليأس، التشتت، فقدان الأمان، الذنب، العداوة، القلق، الهم، الشعور بفقدان السنن، مشاعر فقدان الأحاسيس (العواطف)، الهم البعد عن المحيط.	وضعية الجسد: واهنة، انحناء في الظهر، تراخ، تباطؤ في الحركة، احتياج، عدم هدوء، عصبية، قلق، حك اليدين وما يشبه ذلك. تعابير الوجه: وجه حزين، باك، مهموم، التواء زاوية الفم، تجاعيد معمقة، تعابير جامدة وعصبية أحياناً ومتأرجحة التوتر. الكلام: منخفض، على الوتيرة نفسها، بطيء. انخفاض في النشاط قد يصل للسبات، القليل من التنوع، محدودية مجال الحركة. مشكلات عند المواجهة العملية لمشكلات الحياة اليومية. فقدان الاهتمام، فقدان الدافعية، مشاعر الإرهاق الزائد والعبء الثقيل، انسحابية.

الأي سي دي العاشر ICD-10 (F50.2)	الذي أس أم الرابع والرابع مُعدّل النص -DSM-IV & IV-TR (307.51)
الانشغال المُستمرّ بالطعام. نوبات أكل يتم فيها تناول كمية كبيرة من الطعام في وقت قصير.	أطوار متكررة من نوبات الالتهام (binge eating) مع فقدان السيطرة، حيث يتم فيها خلال وقت قصير (ساعتين مثلاً) كميات كبيرة من الطعام، أكبر بكثير مما يتناوله الناس العاديون تحت الظروف نفسها.
أنماط سلوكية مُختلفة لضبط الوزن: إقياء مستثار ذاتياً. سوء استخدام المليينات. تجوع لبعض الوقت. استهلاك المدرات وهرمونات الغدة الدرقية و كباحات الشهية. إهمال العلاج بالأنسولين لدى المرضى بالسكري.	أنماط سلوك تعويضية للسيطرة على الوزن: إقياء مستثار ذاتياً. سوء استخدام المليينات والمسهلات والأدوية الأخرى. الصيام فرط النشاط.
خوف أو رعب مرصبي من السمنة. حدود الوزن الذاتية الموضوعية (التي يضعها الشخص لنفسه). واقعة تحت ما هو مألوف أو تحت الوزن المثالي الصحي المحدد من قبل الأطباء. يغلب أن يوجد فقدان شهية عصبي سابق.	تظهر نوبات الالتهام و أنماط السلوك التعويضي منذ ثلاثة أشهر على الأقل ومرتين في الأسبوع في المتوسط. تتعلق التوقعات الذاتية بالشكل والوزن بدرجة كبيرة. لا يظهر الاضطراب فقط أثناء طور فقدان الشهية العصبي Anorexia nervosa شكلان فرعيان:
	مع الإقياء (Purging Type): إقياء مستثار ذاتياً أو سوء استخدام المسهلات والمدرات. دون إقياء (non purging Type) : أطوار من الشره مع صيام أو فرط نشاط، ولكن دون إقياء مستثار ذاتياً، ودون سوء استخدام مسهلات ومليينات ومدرات.

أمراض واضطرابات يظهر فيها اضطراب سلوك التغذية كعرض مرافق:

- (١) فقدان الشهية العصبي: يُمكن أن يظهر في الدهانات داخلية المنشأ و الاضطرابات ذات الشكل العصبي (القلق، الاكتئاب) والمتلازمات النفسانية الناتجة عن اضطرابات الغدد الصم.

- (٢) زيادة الشهية للطعام (النهم): يُمكن أن يُلاحظ في أمراض الغدد الصم و الدُهانات داخلية المنشأ و الاضطرابات ذات الشكل العُصابي والخبل (الخرف) المتأخر Senile Dominica.
- (٣) فرط الشهية: ويُلاحظ في بعض الأحيان في الفُصامات و سرطانات الغدة النخامية hypophysis tumor، كما يظهر في فترة الحمل.

٤. اضطرابات الوظائف الجنسية

٤.١. تعريف

يقصد باضطرابات الوظائف الجنسية وجود خلل في القدرة الوظيفية الجنسية عند ممارسة الجنسية (الغيرية) في الإيلاج penetration. ويتم التَّحديد الإجرائي لاضطرابات الوظائف الجنسية وفق نموذج استثارة خطي، يسترشد بالمجرى الزمني للممارسة الجنسية (دورة الاستجابة: انظر الصحة النفسية: سامر رضوان، ٢٠٠٩).

جدول ٥٩ : التشخيص التمييزي لاضطرابات الوظائف الجنسية في الأي سي دي العاشر

النفور الجنسي (F52.10)	كره الاتصال الجنسي التناسلي مع شريك جنسي.
الإشباع الناقص (F52.11)	لا تقود الافعال الجنسية إلى تحقيق الإشباع الجنسي على الرغم من وجود قدرة غير مضطربة للاستجابة الجنسية ولا في القدرة الجنسية ولا في القدرة على الممارسة الجنسية.
اضطراب الاستثارة الجنسية لدى المرأة F52.2	عدم القدرة المستمرة او المتكررة على تحقيق انزلاقيّة كافية adequate Lubrication (ترطيب المهبل) وانتفاخ الأعضاء الجنسية الخارجية عند الاستثارة الجنسية.
اضطراب الانتصاب لدى الرجل F52.2	عدم القدرة المستمرة او المتكررة على تحقيق الانتصاب الكافي أو الاستمرار بالحفاظ على الانتصاب حتى نهاية الفعل الجنسي. انتباه: ضرورة عمل تشخيص تفريقي للأسباب العضوية.
اضطرابات النشوة الأنثوية F52.3	التأخر المستمر أو المتكرر للنشوة أو عدم حصولها بالمرّة بعد مرحلة طبيعية من الاستثارة. وينبغي لصورة الاضطراب أن تسبب معاناة واضحة أو صعوبات بين إنسانية.

التأخر المتكرر أو المستمر للنشوة أو غيابها الكامل بعد نمو الجنسي طبيعي.	اضطرابات النشوة الذكورية F52.3
البدء المتكرر أو المستمر (لنشوة) والقذف عند الاستثارة اليدوية (قبل الباب ante Portas)، قبل الإيلاج أو بعده بقليل وقبل الوقت الذي يتمناه الشخص. من أكثر المشكلات ملاحظة لدى الرجال، وتلاحظ إكلينيكيًا بشكل خاص لدى الشبان وتتناقص مع تقدم العمر.	القذف المبكر F52.4
الانكماش contraction اللاإرادي المتكرر أو المستمر للعضلات الفرجية perineal في الثلث الخارجي للمهبل، عند محاولة إيلاج penetration القضيب أو الأصبع أو حشوة قطنية أو منظار طبي. وهذه الحالة ليست ناجمة عن ألم من خلال اللمس أو استثارة الجلد وإنما ناجمة عن تضيق المهبل.	التشنج المهبلي (غير الناجم عن عامل طبي؛ F52.5)
الم في العضو الجنسي عند الممارسة، يظهر مباشرة بعد الإيلاج، ولا يكون أما منتشرًا في منطقة الحوض وغير ناجم عن التشنج.	عسر الجماع (غير الناجم عن سبب طبي)
الفحص الطبي ضروري لاستبعاد وجود التهاب فطري، أو أمراض أخرى كفيروس الورم الحليمي البشري (سرطان عنق الرحم Human Papilloma Virus)، اختصار HP-Virus HP، والذي قد يكون معديًا أيضًا.	
تزايد الرغبة الجنسية لسبب نفسي، ولا يظهر نتيجة لمرض (نفسية) آخر. سلوك موجودة لدى الرجال أكثر من النساء. من الناحية التشخيصية التفريقية، افحص إن كان التوق مرتبطًا بسلوك من النوع الإدماني، أي تظهر انفجارات نزوعية أو عدوانية تجاه الآخر في حال عدم ممارسة الأفعال الجنسية.	التوق الجنسي المتزايد F52.7
عند ظهور التوق الجنسي فجأة قد يكون هناك تغيرًا ناجمًا عن سبب جسدي (بسبب سرطان محيط الكظر مثلاً).	

٤,٢ الاختلاطية

الاختلاط مع الاضطرابات الوجدانية والقلق عند النساء، ومع الكحول وتعاطي المراهونة (الغيب الهندي) والأمراض والإصابات العصبية، والأمراض الغددية والاستقلابية، والأمراض القلبية الوعائية، والتشوهات التناسلية، والأمراض والإصابات والتدخلات الجراحية في مجال البطن و الحوض والجهاز البولي، وسوء استخدام

العقاقير والكحول. وفي بعض الحالات تظهر الاضطرابات الجنسية الوظيفية من خلال تغيّر التوازن الهرموني (في التليف الكبدي على سبيل المثال، ونتيجة التدخّلات الجراحية بعد استئصال الثدي واستئصال الرحم على سبيل المثال. والمجموعات التالية من الأدوية ترتبط باضطرابات الوظائف الجنسية: أدوية القلب والدورة الدموية، وبشكل خاص مضادات الضغط، والأدوية النفسية ومضادات الهرمونات وأدوية المعدة والأمعاء و الباركنسون وغيرها كثير.

٤,٣ إجراء ومنهجية التشخيص

٤,٣,١ تاريخ المرض

- المناسبة الراهنة، سبب طلب المساعدة
- تحليل المشكلة: الإشكالية الراهنة، الأعراض الإيجابية والسلبية: السلوك الاستعرافات (العزّو، الهوامات) الخبرة، الانفعالات والمثيرات والعواقب.
- تاريخ الحياة: الظروف الأسرية، الأحداث الحياتية الباكرة.
- الأمراض في الطفولة واليفوع وفي سن الرشد.
- النمو النفسي الجنسي في الطفولة.
- النمو الجسدي.
- الخبرات الجنسية مع الآخرين والعلاقات الجنسية.
- الرغبة بالأطفال، الوقاية من الحمل، الأولاد.
- التعامل مع التقدم في السن.
- الانصدمات الجنسية والإهمال والكتب.

٤,٣,٢ المناسبة الراهنة، أسباب طلب المساعدة

- الإشكالية الراهنة: الأعراض الإيجابية والسلبية.
- تاريخ الحياة: الظروف الأسرية، الأحداث الحياتية المميزة، الأمراض في الطفولة واليفوع وسن الرشد.
- النمو الجنسي النفسي في الطفولة واليفوع.
- النمو الجسدي.

- الخبرات الجنسية مع الآخرين والعلاقات الجنسية .
- الرغبة بالأطفال، الوقاية من الحمل الأطفال .
- التعامل مع الكبر .

٤,٣,٣ تحليل المشكلة.

ويهتم بالدرجة الأولى بتوضيح المسائل التالية:

- هل هناك أسباب عضوية ممكنة؟
- هل الإشكالية هي إشكالية أساسية أم ثانوية
- ما هي أهمية اضطراب الوظيفة الجنسية بالنسبة لعلاقة الشريكين؟
- كيف يمكن تفسير نشوء اضطرابات الوظائف الجنسية بالتحديد؟
- لماذا لا يوجد رضا جنسي على الرغم من سلامة الوظائف الجنسية؟

٥. محكات تشخيصية لبعض الانحرافات (الشذوذات) الجنسية

٥,١ محكات تشخيصية للاستعراضية exhibitionism وفق الـ
أس أم الرابع. 302.4 (F65.2).

١. استمرار لسته أشهر على الأقل لخيالات جنسية مكثفة متكررة أو أنماط سلوكية جنسية ملحاحه تتضمن عرض الأعضاء الجنسية أمام شخص غريب لا يعرف عن هذا الأمر شيئاً.
٢. تسبب هذه الخيالات والحاجات والتصرفات الجنسية الملحاحه المعاناة والتضرر في المجال الاجتماعي و المهني و مجالات الوظائف الأخرى، بشكل ذي دلالة عيادية.

٥,٢ محكات تشخيصية للتمائمية Fetishism وفق الـ أس أم
الرابع. 302.81 (F65.0)

١. استمرار لسته أشهر على الأقل لخيالات جنسية مكثفة متكررة أو أنماط سلوكية جنسية ملحاحه استخدام موضوعات غير حية (مثل الثياب الداخلية النسائية).

٢. تسبب هذه الخيالات والحاجات والتصرفات الجنسية الملحاحة المعاناة والتضرر في المجال الاجتماعي و المهني و مجالات الوظائف الأخرى، بشكل ذي دلالة عيادية.

٣. لا تقتصر الموضوعات التماثمية على أجزاء الملابس النسائية التي يتم استخدامها لارتداء ملابس الجنس الآخر (مثل التماثمية التحولية الجنسية أو التخنث Transvestites Fetishism) أو على الأجهزة التي تستخدم لغرض استثارة الأعضاء الجنسية (مثل الهزازة vibrator).

٥,٣ محكات تشخيصية للمحاففة Frotteurism وفق الادي أس أم الرابع. 302.89 (F65.8)

١. استمرار لسته أشهر على الأقل لخيالات جنسية مكثفة متكررة أو أنماط سلوكية جنسية ملحاحة تتضمن ملامسة ومحاففة شخص غير راض بهذا الأمر.
٢. تسبب هذه الخيالات والحاجات والتصرفات الجنسية الملحاحة المعاناة والتضرر في المجال الاجتماعي و المهني و مجالات الوظائف الأخرى، بشكل ذي دلالة عيادية.

٥,٤ محكات تشخيصية لاشتهاء الأطفال Pedophilia وفق الادي أس أم الرابع. 302.2 (F65.5)

١. استمرار لسته أشهر على الأقل لخيالات جنسية مكثفة متكررة أو أنماط سلوكية جنسية ملحاحة تتضمن تصرفات جنسية مع طفل أو أطفال مراهقين (عادة ما يكون ١٣ سنة أو أقل).
٢. تسبب هذه الخيالات والحاجات والتصرفات الجنسية الملحاحة المعاناة والتضرر في المجال الاجتماعي و المهني و مجالات الوظائف الأخرى، بشكل ذي دلالة عيادية.
٣. يكون عمر الشخص ١٦ سنة على الأقل و أكبر بخمس سنوات على الأقل من الطفل أو الأطفال المحددين بالنقطة الأولى.

حدّد فيما إذا كان:

- التوجه نحو الصبيان
- التوجه نحو البنات
- التوجه نحو البنات والصبيان معاً.

حدّد فيما إذا كان:

يقتصر على المحارم incest

حدّد النوع:

- نوع مُحدّد (يتمركز على الأطفال فقط)
- ليس نوعاً محدداً.

٧. المحكّات التشخيصية للفصام

(DSM-IV-TR-259x) – DSM-TV-TR

سته أشهر من الاضطراب المُستمرّ، منها شهر على الأقل، بأعراض جوهريّة؛
وتقييد في الوظائف الأساسية.

وينبغي أن يتوفر عرضان على الأقل من الأعراض التالية خلال ستة أشهر:

- أهلاس
 - طريقة كلام غير منتظمة
 - سلوك مشوش أو جمودي
 - أعراض سلبية (وجدان سطحي، ضعف إرادة الكلام [بلادة الكلام] أو ضعف الإرادة.
- ICD-10, ICD-10-20x)
- شهر من الاضطراب المُستمرّ؛ تقييد الوظائف الاجتماعيّة ليس ضرورياً لتشخيص الفصام. ويظهر عرض واحد على الأقل مما يلي:
 - الجهر بالأفكار، وحي الأفكار، سحب الأفكار، نشر الأفكار،
 - هذيان السيطرة (التحكّم) أو التأثير، الشعور بالتأثير واضح فيما يتعلق بحركات الجسد والأعضاء أو أفكار أو أنشطة أو أحاسيس محددة؛ إدراكات هذيانيّة،
 - أصوات معلقة أو حوارية، أصوات من أجزاء محددة من الجسم أو
 - هذيان غير متناسب مع الثقافة مُستمرّ.

الجدول ٦٠: الأنماط الفرعية Subtypes

ICD-10)		DSM-IV-TR	
(F20.0)	Paranoid زوري	Paranoid Typus النمط الزوري	0
(F20.1)	hebephrenia فصام المراهقة	النمط غير المنظم Disorganized Typus	1
(F20.2)	Catatonia فصام تحشبي	Catatonic النمط التحشبي Typus	2
(F20.3) (F20.4)	غير متميز اكتئاب ذهاني	نمط غير متميز Indifference Typus	9
(F20.5) (F20.6)	Schizophrenia فصام البقايا Residuum Schizophrenia الفصام البسيط Simplex	نمط بقايا Residual Typus	6
(F20.8) (F20.9)	فصامات أخرى فصام غير محدد بدقة	اضطراب من الشكل الفصامي Schizophrenia form Typus	4
(F23.2)	اضطراب من الشكل الفصامي الحاد Acute Schizophrenia form Disorder	اضطراب ذهاني قصير	

٦,١ مشكلات تشخيصية في الفصامات

الفروق بين DSM-IV-TR & ICD-10

- محكّ الزمن (سنة أشهر في DSM-IV-TR لمرحلة الإنذار (prodromal).
- مضمونياً: الفصام البسيط غير متضمن في DSM.
- إجراءات أو طرق مختلفة وغير شفافة في التشخيص للاضطرابات الذهانية العابرة الحادة والاضطرابات الوجدانية الفصامية.

الاختلاطية Co morbidity

- أعراض أو متلازمات، كما هو الحال في عسر المزاج Dysthymia، القلق/اضطرابات الهلع،
- اضطرابات ما بعد الصدمة، اضطرابات فرط النشاط.

- فصل التأثيرات المرضية عن تأثيرات الدواء غالباً ما يكون صعباً (يُمكن للأدوية أن تستثير الاكتئاب في الفصام).
 - الاختلاطية مع الكحول/سوء استهلاك العقاقير مرتفع.
- الجدول ٦١ : العوامل المثيرة والمحافظة على الاستمرارية والسمات التي ينبغي (قياسها تقييماً والتدخلات المنبثقة عن ذلك

العوامل ذات الصلة	السمات المقاسة	التدخلات
عوامل المحيط الداعمة	الدعم الاجتماعي تصميم لليوم باعث على الرضا المهارات الأسرية في حل المشكلات إمكانات الانسحاب	إجراءات علاجية اجتماعية (سكن وعمل تحت الإشراف مع مطالب متدرجة، مستشفى نهارى وليلى، ومراكز اتصال على سبيل المثال)
عوامل المحيط المرهقة	الأحداث المرهقة (الضاغطة)، فرط التنبيه، بيئة أسرية غير ملائمة	إشراف على الأقارب (تربية نفسية، استراتيجيات حل المشكلة، تدريب التواصل)
عوامل الحماية المرتبطة بالشخص	تناول الأدوية (المطاعة Compliance) المواجهة (التعزف الميكر على إشارات الهذيان بالتسوية للانتكاس والاستجابات غير المناسبة، إدارة الضغوط، القدرة على مواجهة الحياة اليومية، مهارات حل المشكلة على سبيل المثال، الكفاءات الاجتماعية	التربية النفسية، تدريب حل المشكلات، مواجهة الضغط، الدعم في مواجهة الحياة اليومية، تدريب الكفاءة الاجتماعية
عوامل الاستعداد المرتبطة بالشخص	العجز الاستغرافي (الذاكرة، الانتباه، الوظائف التنفيذية على سبيل المثال) أساليب المواجهة المعطوبة (المختلة وظيفياً) (كسوء استخدام المواد، العنف، الانسحاب المفرط)	المعالجة الاستغرافية cognitive remediation، علاج المشكلات المختلطة بناء النشاطات
	الاستغرافات وأساليب التمثل القائمة على الذات والأخر المعطوبة (المختلة وظيفياً) (الاستنتاج المتسرع، الاستقبال الأحادي الجانب للمعلومات، أنماط العزو الظاهرة externalize على سبيل المثال)	العلاج الاستغرافي Cognitive Therapy.
	سمات الشخصية من النمط الفصامي المعلومات البيولوجية	الوقاية المبكرة

٦,٢ مصنوفة أعراض الفصام Schizophrenia Symptom-Cluster

أعراض إيجابية:

- الأهلـاس/تصوُّرات هذيانِيَّة/اضطُّرابات تفكير ولغة

أعراض سلبية:

- تسطح الانفعالات/فقدان المتعة Anhedonia /عَدَم المنطق Alogy / سلبية اجتماعية Social Passivity
- اضطرابات سلوك/اضطرابات حركة:

- استشارة تخشبية أو خدار stupor/تنبه (سهل)/قوالب نمطية متكررة/تكلف أو تصنع

أعراض اكتئابية

- مزاج اكتئابي/قلق/مشاعر ذنب/توق للموت

أعراض إعاشية

- اضطرابات نوم/اضطرابات الوظائف الجنسية.

٧. اضطرابات الشخصية (الذي أس أم الرابع والرابع معدّل النص DSM-IV & IV-TR و الآي سي دي العاشر ICD-10)

يتم تشخيص هذه الاضطرابات على المحور الثاني.

الجدول ٦٢: اضطرابات الشخصية وفق DSM-IV-TR, ICD-10, ICD-9

DSM-IV-TR	ICD-10	كريبيلين، كريتشم، كورت شنايدر، ICD-9
Paranoid زوربية	Paranoid زوربية	Fanatic متعصبة
Schizoid فصامانية	Schizoid فصامانية	Schizoid فصامانية
من النمط الفصامي Schizotype	-	-
مضادة للمجتمع Antisocial	Dissocial فقيرة لاجتماعية	explosibel انفجارية المشاعر
Borderline حدودية	غير مستقرة Emotional instabile	Mood Labile مزعزعة المزاج

Psychological Diagnostic	التشخيص النفسي
(مسرحية) استعراضية Histrionic	الحاجة إلى لشهرة prominence
Narcistic نرجسية	-
غَيْرَ واثِقَةٍ من نفسها	غَيْرَ واثِقَةٍ من نفسها
مُتعلِّقَةٌ	مُتعلِّقَةٌ
اكتئابية	اكتئابية
-	واهنة asthenia
-	مُفْرِطَة المزاج Hyperthymia
-	دورية Cyclothymia

الجدول ٦٣ : المجموعات الرئيسية لاضطرابات الشخصية

تشترك مع بعضها: الأطوار، مشكلات مع الواقع	المجموعة "A" 301.00 اضطرابات الشخصية الزوربية (البارانويية) (في الآي سي دي العاشر F60.0 ICD-10). 301.20 اضطراب الشخصية الفصامية SCHIZOID (F60.1) 301.22 اضطراب الشخصية من النمط الفصامي SCHIZOTYPE
تشترك مع بعضها دراماتيكية، انفعالية، "متقلبة المزاج"، غير مستقرة انفعالياً، واندفاعية.	المجموعة "B" 3001.70 اضطراب شخصية مضادة للمجتمع (F60.2). 3001.83 الحدودية (F60.31) 3001.50 المتكلمة (الاستعراضية) (F60.4) Histrionic. 3001.81 النرجسية (F60.8).
تشترك مع بعضها في: خوافة، مرتعبة، مشكلات مع الاستقلالية و خبرات الأمان	المجموعة "C" 301.82 اضطراب الشخصية التجنبية غير الواثقة بنفسها (F60.6) 3001.60 التعلقية (F60.7) 301.40 القهرية (F60.5) 301.84 العدوانية السلبية (المنفعلة) Passive 301.90 اضطرابات شخصية غير محددة بدقة (F60.9)

٧,١ الخطوات التشخيصية العامة في اضطرابات الشخصية:

- (١) في البداية لا بُدُّ من طرح التَّشخيص العام، أي وجود اضطراب في الشخصية، ثم طرح تشخيص تفريقي ملموس، أي نوع أو شكل من اضطرابات الشخصية؟. يتوقع في الغالب وجود قُدرة ضئيلة من الاستبطان introspection، أي أنه لا يوجد دائماً أشخاص لديهم اضطراب في الشخصية يسهمون بشكلٍ فاعلٍ من خلال "التأمل النقدي الداخلي" في تحديد أين تكمن مشكلاتهم الخاصة ولا أين تكمن استجابات المحيط، مما يولد في النهاية معاناة شاملة تكون صعبة الاختراق أحياناً، أي من الصعب سبرها و تحديدها.
- (٢) وبناء على ذلك من المهم دراسة السيرة الذاتية من خلال الآخر (الملاحظ الخارجي foreign-Anamnesis)، أي سؤالات الأقارب و الأطر المرجعية القريبة من الشخص بشكلٍ هادف، عما يُمكن أن يكون مُهماً لتقدير الصراعات الاجتماعية.
- (٣) وفي الفحص الفعلي يتم التطرُق إلى تعكرات المزاج العابرة، أي ليس للكآبة فقط، وإنما إلى المظاهر المرهقة للذات والآخر من نحو الاستياء أو التذمر والتجهم والتكدر و الغيرة والحسد والهياج والاستشاطَة غضباً والعدوانية و أو الاستشاطَة غضباً والعدوانية و العداوة الكامنة والعداوة الصريحة أو الكامنة...حالات أخرى كثيرة، يضاف إلى ذلك القلق أو استجابات الهلع أو حتى الظواهر القريبة من الذهان مع اضطرابات عابرة للتحكم بالواقع و "الانحرافات البين إنسانية المطابقة"
- (٤) في النهاية يتم إجراء فحص عصبي و أحياناً باطني إضافي لتحديد فيما إذا كانت هناك تضررات دماغية باكرة أو إمكانات تسمم لاحقة، من خلال الكحول أو النيكوتين أو المكيفات أو الأدوية أو تضررات في القلب والدورة الدموية من الناحية الباطنية. إذ أنه يوجد أيضاً اضطرابات في الشخصية ترجع لأسباب عضوية والتي لا يُمكن علاجها عندئذٍ بالعلاج النفسي أو العلاج الدوائي (فقط)، إذا لم يستطع المرء إزالة الأسباب العضوية في البداية.

٧,٣ أهم أشكال اضطرابات الشخصية

سنتعرض فيما يلي إلى أهم أشكال اضطرابات الشخصية كما هي مذكورة
الذي أس أم الرابع DSM-IV.

٧,٣,١ اضطراب الشخصية الزوربية (البارانوية)

تظهر اضطرابات الشخصية الزوربية Paranoid (الذهيانية) من خلال الميل العام
و غير المبرر لتفسير أفعال الآخرين على أنها مهددة بشكل مقصود، ومن خلال الشك
والاستعداد للاستجابات العدوانية.

الصورة المرضية: يشعُر الأشخاص باضطراب الشخصية الزوربية بأنهم محط
هجوم مستمر، فيما يتعلق بشخصهم وإنجازهم ومظهرهم... الخ. على الرغم من أنه
ما من أحد يريد إيذائهم، وخصوصاً عندما يدرك المرء طبيعتهم ويضطر إلى تحملها.
وحتى الاستجابات الحيادية أو اللطيفة للآخرين يتم تفسيرها على أنها عدوانية أو
مهينة، والملاحظات أو الأحداث التي لا معنى لها يتم تفسيرها بأنها تهديد مبطن أو
مقللة من قيمتهم. ويقوم الشك، وبشكل خاص فيما يتعلق بالدوافع الشريرة
للآخرين، على إخلاص الشريك الزوجي وأمانة العاملين معه و على تحفظ الجيران
... الخ على سبيل المثال.

ويتصف أسلوب التفكير الذهياني الخاص باضطراب الشخصية الزوربية بأنه لا
يتوقف، ولا يستكين حتى درجة الإنهاك، ومن خلال البحث الذي لا يحيد عن المعاني
الكامنة، وبشكل غالب ذات الطبيعة السلبية. والنتيجة هي التشتت الدائم للانتباه مع
توتر نفسي مستمر وهو ما لا يظل على المستوى المتوسط دون عواقب إنهاك، على الرغم
من أن المعنى قلما يجعل ذلك ملحوظاً عليه.

وعلى أية حال فإن هؤلاء الناس مُفرطي الحساسية تجاه النقد و يميلون بناء
على حاجتهم المفرطة للاستقلالية (أنا هو أنا، مستقل ولا أحتاج أحداً) إلى الانزلاق في
وضعية معارضة بشكل مزمن chronically oppositional، وصنع صوراً للأعداء و في
النهاية إيجاد أعداء حقيقيين، لينقضوا في النهاية بشكل عدواني على الأقارب و المعارف
و الجيران و الزملاء الذين يتوهمون عداوتهم أو الذين أصبحوا متبرمين بالفعل نتيجة
تصرفاتهم.

بعدئذ تحدث انفجارات عدوانية مفاجئة والتي يُمكن اعتبارها الاستجابة المبررة على العداوة المدركة ذاتياً على المحيط. و لكن ليس من النادر أن يصل الأمر إلى حالات الإنهاك المذكورة مع استجابة اكتئابيه.

٧,٣,٢ اضطرابات الشخصية الفصامانية

يظهر اضطراب الشخصية الفصامانية schizoid Personality disorders^{٧١} من خلال ضعف الاتصال الاجتماعي ووجود قدرة مقيدة على الخبرة الانفعالية والتعبير.

الصورة المرضية: يميل الأشخاص باضطراب الشخصية الفصامانية إلى العزلة الاجتماعية ومن ثم إلى الانفراد. فهم لا يمتلكون علاقات خارج إطار الأقارب القريبين أو أنهما قلما يمتلكون غيرهم. كما أنهم يظهرون غير مبالين على الأغلب تجاه القوانين الاجتماعية، وحتى تجاه المديح والنقد. وليس لديهم أي اهتمام بالنشاطات أو المسرات الشائعة و إذا ما كان هناك اهتمام فيكون عندما يستطيعون القيام بهذا لوحدهم.

ويبدون باردين في علاقاتهم البين إنسانية وبارد انفعالياً ولا يُمكن الاقتراب منه. وحتى قدرتهم على التعبير، أي الإيماءات والإشارات، أي لغة الجسد تكون مقيدة وتبدو منذ الوهلة الأولى صادة ظاهرياً. وفي المجال المهني من الممكن أن يكونوا أكفاء مهنيًا وحياتهم الأسرية تكون مقبولة إلى حد ما.

وعلى الرغم من أن نمط السلوك الفصاماني عامة كما هو الأمر في كل اضطرابات الشخصية، إلا أنه بالمقابل أقل وضوحاً مما يُسمى بالشكل من النمط الفصامي أو النمط الفصامي. إلا أن الإشكالية تكمن في الارتباط بين اضطرابات الشخصية الفصامانية و اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع. فهنا يظهر أن الارتباط وبشكل خاص من زاوية ضعف الارتباط الاجتماعي ونقص التعاطف، أي القدرة على الإحساس بالآخرين، يكون ضاراً وله عواقب فتاكة في المجال البين إنساني.

^{٧١} فصاماني يعني صورة مرضية شبيهة بالصورة المرضية الفصامية

٧,٣,٣ اضطرابات الشخصية من النمط الفصامي

تتصيف الصورة المرضية لاضطرابات الشخصية من النمط الفصامي Schizotypal Personality Disorder بما يلي: بخصوصية التفكير و المظهر الخارجي للسلوك و قصور في العلاقات البين إنسانية. وما يلفت النظر هنا الارتباطات الوثيقة مع الذهانات الفصامية، وذلك سواء في تجلي الصورة المرضية أم في الاستعداد الوراثي. وقد تم برهان هذا في دراسات تبني مختلفة، والتي انفصلت فيها توائم شقيقة نتيجة لظروف القدر، حيث بقي أحد الشقيقين لدى الوالدين المهقين فصامياً وترعرع الآخر لدى أسر سوية، ومع ذلك فقد عانى كلاهما من المعاناة نفسها، أو على الأقل أن واحد منهما أصيب باضطرابات في الشخصية من النمط الفصامي. كما توجد علاقة وثيقة ومن ثم تداخلات تشخيصية مع اضطرابات الشخصية الحدودية بشكل خاص Borderline-Personality Disorder

٧,٣,٤ اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع

يعد تشخيص اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع antisocial Personality Disorders، والتي كانت تطلق عليها في الماضي تسمية السوسيوپاثيا، أي بصفة عامة الشخص المسمى بالمزعج الاجتماعي، من أسهل التشخيصات. ويرجع أحد الأسباب إلى أنها ملفتة للنظر بشكل سلبي بدرجة مثيرة.

الصورة المرضية: غير مسؤولة وسلوك مضاد للمجتمع أي ضد كلّ النظم والقوانين الاجتماعية، وذلك منذ الطفولة وصولاً إلى سن الرشد. وتلفت النظر إليها من خلال اندفاعيتها، أي من خلال طبيعتها العفوية المفرطة بشدة هنا غير المسيطر عليها، و عدم أمانتها ودقتها وعدم الاعتماد عليها و الثقة فيها وضعف الارتباط و التمرکز المرضي على الذات و نقص مشاعر الذنب التي يبدو من الصعب جداً التأثير عليها علاجياً.

وغالباً ما تنشأ مشكلات إضافية، سواء كانت من النوع الصحي أم الاجتماعي من خلال سوء استهلاك الكحول و المكيفات و النيكوتين و الأدوية. لهذا فإن توقعات الشفاء تكاد تكون معدومة.

٧,٣,٥ اضطرابات الشخصية الحدودية Borderline Personality Disorder

تعني الحدودية Borderline، خط الحدود، وتعني في هذا السياق حد المرض الفاصل بين الذهان والاضطراب النفسي العصبي، إلا أن هذا المصطلح قد أصبح من الناحية التشخيصية فئة تجميعية غير دقيقة إلى أبعد مدى، و كثير المعاني و من ثم من أكثر المصطلحات المسببة للإرباك و الحيرة و التفسيرات الخطأ. ووجود هذه الفئة في التصنيف الأمريكي وتصنيف منظمة الصحة العالمية كفئة عليا لاضطرابات الشخصية لم يفد من الناحية التشخيصية و التصنيفية حتى الآن كثيراً، بل على العكس.

الصورة المرضية: تنطلق الجمعية النفسية الأمريكية في الدي أس أم الرابع بصورة وصفية بشكل خاص -مضمونياً ما زال هناك تحفظ في مكانته - من نمط عام من عدم الاستقرار فيما يتعلق بصورة الذات (من أنا في الواقع؟)، والمزاج والعلاقات البين إنسانية. ولهذا السبب يوجد ترادف مفاهيمي بين اضطرابات الشخصية الحدودية و اضطراب الشخصية غير المستقرة إنفعالياً من النمط الحدودي emotional instable Personality Disorder from Borderline Typus كما هو وارد في تصنيف منظمة الصحة العالمية. و الأمر الحاسم هنا السمات التالية، وفق الجمعية النفسية الأمريكية ومنظمة الصحة العالمية في الدي أس أم الرابع و الآي سي دي العاشر:

مَا يُسَمَّى بِاضْطِرَابَاتِ الْهُوِيَّةِ، أَي زَعزَعَةٌ وَاضِحَةٌ وَمُسْتَمِرَّةٌ فِي صُورَةِ الْذَاتِ أَوْ إِدْرَاكِ الْذَاتِ (مَنْ أَكُونُ، مَنْ أَنَا فِي الْحَقِيقَةِ، كَيْفَ أَرَى نَفْسِي وَ كَيْفَ يَرَانِي الْآخَرِينَ؟).

انُدْفَاعِيَّةٌ فِي مَجَالِ إِحْقَاقِ الْأَذَى الْمُمْكِنِ بِالذَّاتِ: صَرَفِ النُّقُودِ، الْجِنْسِيَّةِ، سَوْءِ اسْتِهْلَاكِ الْكُحُولِ وَالْمَكِيفَاتِ وَ النِّيكُوتِينِ وَالْأَدْوِيَّةِ، قِيَادَةِ السَّيَارَةِ بِشَكْلِ طَائِشٍ، وَ "نُوبَاتِ أَكْلِ"، وَ الْمَيْلِ بِاسْتِمْرَارٍ إِلَى إِقَامَةِ عِلَاقَاتٍ كَثِيفَةٍ، وَلَكِنْ غَيْرِ مُسْتَقْرَةٍ، وَغَالِباً مَا تَكُونُ عَاقِبَتُهَا أَرْزَامَاتٌ اجْتِمَاعِيَّةٌ نَفْسِيَّةٌ أَوْ انْفِعَالِيَّةٌ مُطَابِقَةٌ.

يَكْمُنُ أَحَدُ أَسْبَابِ التَّارُجِحِ الْمُسْتَمِرِّ فِي الْمَيْلِ إِمَّا إِلَى تَقْدِيسِ النَّاسِ أَوْ إِلَى الْحَطِّ مِنْ قِيَمَتِهِمْ وَ الْإِسَاءَةِ إِلَى سَمْعَتِهِمْ، وَ إِلَى الْمَيْلِ إِلَى النِّزَاعَاتِ وَ الصِّرَاعَاتِ الدَّائِمَةِ الَّتِي لَا

تنتهي مع الآخرين، وبشكلٍ خاصٍ عندما تتم إعاقة التقييمات و التصرفات الاندفاعية (غير المنطقية) أو عندما يتم الطعن فيها.

وكذلك بشكلٍ خاصٍ في الميل إلى انفجارات الغضب أو العنف مع عدم القدرة على السيطرة والتحكم، يمثل هذا السلوك الانفجاري بشكلٍ فاعل، من نحو نوبات غضب شديدة، الحنق المستمر، مواجهات جسدية متكررة على سبيل المثال.

صعوبة الاستمرار في الحفاظ على التصرفات و أنماط الاستجابة التي لا تتم مكافئتها بشكلٍ مباشر.

مزاج غير ثابت، لا يمكن توقعه أو تكدر مزاجي ارتكاسي متكرر باستمرار، من نحو تعكر مزاجي مرتفع جداً، قابلية للاستثارة أو استجابات قلق عدوانية، التي تستمر في العادة يوضع ساعات، ولكن من النادر أن تستمر لبضعة أيام على سبيل المثال.

شعور مزمن إلى حد ما بالفراغ الداخلي، ومحاولات متكررة لإيذاء الذات و تلميحات أو تهديدات بالانتحار، تكرار التصرفات الانتحارية حتى أنها أحياناً تستثار من خلال التصورات الهدائية.

وعلى أية حال هناك علاقات مضمونية وثيقة باضطرابات المزاج، أي بالاضطرابات الوجدانية كالاكتئاب والهوس، وبالذهانات الفصامية. و في مجال الشخصية غالباً ما يلفت النظر بشكلٍ متكرر تقاطعات مع اضطرابات الشخصية من النمط الفصامي والاستعراضي والمضاد للمجتمع.

٦،٣،٧ اضطرابات الشخصية الاستعرافية

تعبير الاستعراضي مشتق من الكلمة اللاتينية هيستريو hisrtio وتعني ممثل. و قد منح اضطرابات الشخصية الاستعرافية histrionically Personality Disorder هذا الاسم الجديد الذي يبدو للوهلة الأولى غير مألوف من خلال محاولة تجنب المصطلح التبخييسي إلى حد ما "الهستيريا Hysteria" أو باختصار الهستيريا يعني اليوم استعراضي.

و تعرف الشخصية الاستعرافية بأنها نمط عام من عدم الاستقرار الانفعالي مع تَوَقُّفٍ مُفْرَطٍ لِلْحُصُولِ عَلَى الانتباه.

وفيما يلي وَصَفَ مفصل إلى حد ما للصورة المرضية من أجل فهم أفضل لظاهرة الهستيريا Hysteria الأقرب للمتألقة لدى الجمهور بِشَكْلِ خاص.

وَتَصِيفُ الشَّخْصِيَّةَ الاستعراضية بما يلي:

- (١) الميل إلى الظهور المسرحي من أجل لفت الانتباه للذات؛ فهي تسحر في البداية مِنْ خلالِ حماسها enthusiasm المفعم وَمِنْ خلالِ انفتاحها الظاهري و خلال دعابتها بِشَكْلِ خاصٍ (مغترة بذاتها، مولعة بالإطراء)؛ "تحب أن تلبس دور منبع الأُنس والسُلوى".
- (٢) وعِنْدَمَا يتهددها خطر فِقْدَانِ الاهتمام والانتباه، يُمَجِّنُها اللجوء إلى الاستجابات المسرحية: مِنْ خلالِ اختراع القصص أو تَأْدِيَّةَ مشهد على سَبِيلِ المَثالِ. و مع المدراء أو الشَّخْصِيَّاتِ المَهْمَّةِ أو مع المُعالِجِ أو الطبيب تتقرب بالهدايا أو تلفت الاهتمام إليها مِنْ خلالِ الوَصْفِ المسرحي لشكاواها النَفْسِيَّةِ والجَسَدِيَّةِ.
- (٣) أما الظهور والسُّلُوكُ فغالبا ما يَكُونان من المنظور الجِنْسِيَّ غَيْرِ ملائمين وأحيانا و مستثيران أو مغويان. وهذا لا ينطبق على الأشخاص الذين يَكُونُ لدى المَعْنِيَّ اهتمام جنسي عاطفي على الأقل تجاههم فحسب وإنما على العلاقات المَهْنِيَّةِ والاجتماعيَّةِ و البين إنسانيَّة الأخرى أيضا. وهنا لا يلفت النَّظَرُ عَدَمَ ملائمة هذا السُّلُوكِ فحسب وإنما المزاج الإنفِعالِي السطحي والسريع التبدل.
- (٤) ومن أجل تمرکز الانتباه على ذات الشَّخْصِ يَتِمُّ تسخير الظهور الخاص بدأب، أي يحاول المرء بلا توقف إثارة الإعجاب مِنْ خلالِ الظهور المطابق. وهذا يكلف الكثير من الوقت و المال و الطاقة للثياب و العناية بالجَسَدِ و الحلي و الزينة المتقنة.
- (٥) وَيَتِمُّ التمسك بالمجاملات complimentary بسرعة وبنهم شديدين تقريبا، وبالمقابل وبالسرعة نفسها يَتِمُّ صد الملاحظات النقدية بتبرم وانزعاج وضيِّق وعدوانيَّة.
- (٦) أما أسلوب الكلام فغالبا ما يَكُونُ مُبالِغاً به، غنياً بالتعابير و "متورداً"، ولكنه قليل التفاصيل. كُلُّ شيءٍ يظل غائماً بِشَكْلِ ما، ومطنباً و غَيْرِ قابل للبرهان، سواء في الأمور الجيدة أم السيئة، من دون دقة ووضوح وبشَكْلِ خاصٍ سريع التغيير والتبدل.

(٧) وجود ميل مميز للمسرحة و للظهور المسرحي و التعبير المبالغ به عن المشاعر. مثال ذلك: طقوس تحية تمجيدية Exaltv٢ (غامرة، فياضة، شديدة)، نوبات بكاء غير مسيطر عليها لأبسط الأسباب، ونوبات غضب...الخ. وكل هذا يحدث بسرعة وينطفئ بسرعة، إلى درجة أنه سرعان ما يتولد الانطباع بأن المشاعر مجرد "استراتيجية" أو أنها متصنعة.

(٨) القابلية العالية للإيحائية (القابلية للتأثير)، أي من السهل على الآخرين التأثير على المشاعر والأفكار أو أنها لا تتأثر إلا بمظاهر الموضة. وهذا عبارة عن ثقة مبالغ بها و بشكل خاص تجاه الشخصيات المهمة والسلطة و تجاه الطبيب أو المعالج أيضاً (القوى السحرية) من جهة ومن جهة أخرى تبخيس سريع ومهين بشكل خاص إذا لم يتم التمكن من تحقيق المطالب المفترضة.

(٩) وهؤلاء الناس يرون علاقاتهم الإنسانية أكثر شخصية و أشد عاطفية (الإفراط في إظهار الانفعالات) و يهربون إذا ما تم تخييب أملهم إلى الخيالات الرومانسية أو إلى استجابات غير متوقعة.

٧,٣,٧ اضطرابات الشخصية النرجسية

كان نرجس في الأسطورة الإغريقية غلام عشق نفسه في صورته في المرأة، لهذا يطلق اليوم على الأشخاص الذين يعشقون أنفسهم أو الواقعين في حب أنفسهم بالنرجسي. فالنرجسية narcissism هي خليط من عشق الذات والتمركز على الذات و الإعجاب بالذات و الأنايية. لهذا فإن اضطرابات الشخصية النرجسية تظهر السمات التالية:

الصورة المرضية: هوامات عظيمة غير واقعية، سلوك متمرکز على الذات، غير مستبصر، مع فرط حساسية في الوقت نفسه تجاه تقديرات الآخرين. وما يلفت النظر بشكل خاص هو النقص بالتعاطف، أي القدرة على الإحساس بالآخرين ("أنا - أنا - أنا").

٢٢ Exaltation: نوع من الفرط والمبالغة في نشاط نفسي ما

و تتحدث التّعريفات الحديثة وبشكل خاصّ الذي أس أم الرابع عن نمط نفسي عميق جداً من العظمة (في الخيال أو الواقع) والحاجة المستمرة للإعجاب وكل ذلك من دون القدرة على التعاطف مع الآخرين، و يتم الانتباه للمعايير التالية بشكل أساسي:

- ١) شعور متكلف العظمة^{٧٣} grandiose لأهميّة الذات، أي المبالغة بالإنجازات و المواهب الخاصة على سبيل المثال؛ حيث يتوقع أن يتم الاعتراف به بأنه متفوق من دون أن يُقدّم إنجازاً مقابلاً.
- ٢) الاغترار بشدّة بخيالات النجاح اللامحدود والسلطة أو الألعية أو الجمال أو الحب المثالي.
- ٣) اعتقاد النرجسي أنه شخص فريد وخاص؛ ولهذا السبب لا يُمكن أن يفهمه إلا الأشخاص العظماء والفريدين أو المؤسسات الفريدة و العظيمة مثله أو أنه لا يستطيع التعامل إلا مع هؤلاء.
- ٤) يتطلب دائماً الإعجاب العظيم و الجبار ويصدر منه تفكير مطلبي مضحك من نحو توقعات مبالغ بها بمعاملة تفضيلية خاصة أو التطرّق الجوهرى لتوقعاته الخاصة على سبيل المثال.
- ٥) يعدّ من المنظور البين إنساني استغلالياً، أي أنه يأخذ من الآخرين الاستفادة و لا يريد التعرّف على مشاعر الآخرين وحاجاتهم والاعتراف بها أو احترامها، ناهيك عن التماهي معهم.
- ٦) بالمقابل يحسد الآخرين دائماً أو يعتقد أن الآخرين يحسدونه.
- ٧) يلفت النظر للخارج من خلال سلوكه أو اتجاهه المتكبر المنتحل^{arrogate} والفقوي ولا يلاحظ بشكل خاص أن الآخرين أصبحوا يصدونه.
- ٨) الميل للإحاق الأذى بالذات، من خلال الكحول و التبغ و الأدوية والسلوك المؤذي للصحة من المنظور الرياضي أو أي منظور آخر، وصولاً إلى الانتحارية الجديّة

^{٧٣} متصف بالمبالغة الحمقاء

(نُزوعات الانتحار). ويحدث هذا بشكلٍ خاصٍّ بوجود دَرَجَة واضحة من القابلية للانزعاج (الشعور بالإهانة).

٩) قلما تكون الشَّخصيات النرجسية محبوبة من محيطها بسبب طبيعتها ذات المطالب الكثيرة وقلة العطاء مما يقود إلى الانزلاق في حلقة مفرغة.

٧،٣،٨ اضطرابات الشخصية المتجنبة - غير الواثقة من نفسها

في اضطرابات الشخصية المتجنبة - غير الواثقة من نفسها و المسماة كذلك اضطرابات الشخصية القلبيّة - المتجنبة يتعلق الأمر بأشخاص يتجنبون أية مواجهة بين إنسانيةٍ خوفاً من الصد أو النقد أو يقومون بالمواجهة إذا كانوا متأكدين أن النجاح حليفهم أو أنه سيتمّ تقبلهم على الأقل.

الصورة المرضية: على الرغم من أنه تسيطر "أكبر حلم في حياتي" بمعنى "المزيد من الاهتمام من الآخرين"، إلا أن المعنيين يكونون غير واثقين وخجولين ومتوترين بشكلٍ عصبيّ و خوافين وقلقين ويستحوذ عليهم تصوّر أنهم أقل من الآخرين و غير جذابين أو على الأقل بأنهم أدنى من الآخرين، إلى درجة أنهم في الاتصالات البين إنسانيةً يظهرون بالفعل على أنهم أقل "كفاءة"، وأقل مهارةً أو ملخومين. ولهذا عموماً "لا يخرجون من مخابثتهم. و لا يتقبلون المهّمات المجهولة، وبشكلٍ خاصّ التي فيها مخاطرة إلا باشمئزاز، حتّى عندما تبدو للآخرين بأنها أمور روتينية أو عادية لأن الخوف من ارتكاب الأخطاء و من ثم الحرج يجعلهم يشعرون أن هذه المهّمات لا يُمكن إنجازها، إلى درجة أنهم يرتكبون بالفعل مثل هذه "العثرات. أو -كاستنتاج خاطئ وخيم - الأفضل عدم القيام بذلك من الأصل.

و كلّ هذا يقود إلى تجنب النشّاطات الاجتماعيّة أو المهنيّة و إلى جفاف الاتصالات البين إنسانيةً من الخوف من النقد والاستنكار و الصد، وأخيراً إلى تقييد نمط الحياة إلى يصبح متمسماً بالحاجة المفرطة للأمان.

في اضطراب الشخصية المتجنبة غير الواثقة من نفسها يوجد الكثير من الشبه و التقارب مع أحد اضطرابات القلق ألا وهو الرهاب الاجتماعيّ.

٧,٣,٩ اضطرابات الشخصية المتعلقة

مصطلح dependent مشتق من المصطلح اللاتيني dependere ويعني مُتعلِّق. ويتصف اضطراب الشخصية المُتعلِّقة أو كذلك المسمى الواهنة dependent Personality Disorder (asthenic) بالشعور بعدم القدرة على إدارة الحياة الخاصة بشكلٍ مستقل. وفي التقدير الذاتي يقوم المعنيون أنفسهم بأنهم ضعفاء و بلا حيلة، لهذا فهم معتمدون في كلِّ المواقف الحياتية على دعم الآخرين وبشكلٍ خاصَّ الشريك و الأقارب و الأصدقاء و الجيران و آخرين. بالإضافة إلى أنهم يُعانون باستمرار من قلق الانفصال وشعور اليأس و العجز، حيث يتجلى فقدان الطاقة مرة أكثر في المجال الذهني و مرة أكثر في المجال الإنفعالي.

لهذا فإن الناس بإضطرابات الشخصية المتعلقة قليلو الاستعداد لتحمُّل المسؤولية حتَّى لو تم تمهيد الطريق لهم. و في العلاقة الثنائية هناك قلق دائم من فقدان أو من أن يترك لوحده.

٧,٣,١٠ اضطرابات الشخصية القهرية

تبدى اضطرابات الشخصية القهرية obsessive Personality Disorder بعض التماثل مع الشخصية غير الواثقة من نفسها و المتعلقة الواهنة من حيث سرعة التعب و الميل لحالات الوهن و الضعف و كذلك الاستثارة و ارتفاع الحساسية، إلا أنها تحتل مكاناً خاصاً بسبب صورة المعاناة الخاصة.

الصورة المرضية: أهم سمة لاضطراب الشخصية القهرية الميل العام للكمالية و من ثم إلى عدم المرونة. لهذا فإن هناك علاقة وثيقة بينها وبين الاضطرابات القهرية و الاكْتئابية و بعض التضرُّرات الفصامية.

وما يُميِّز هذا الاضطراب هو الشعور المُستمرَّ بالشك المُرتبط مع ميل للدقة المُفرطة و الضبُّط المُستمرَّ و فرط الحذر غير اللازم و الجمود والعناد. كما ترهق الأفكار أو النُزوعات غير المرغوبة و الدائمة، والتي لا تصل إلى حد البطش الشال لاضطراب القهر.

و أغلب الأعرّاض هي الشعور بالشك الشديد و الحذر القوي، و التفضيل المبالغ به للتفاصيل و القواعد واللوائح و المخططات و المظاهر التنظيمية مع سيطرة عنيدة ليعامل "النظام" أو "الترتيب". وليس من النادر أن يميل المعنيون للكمال، مما يصعب عملية إنجاز المهمات وقد يجعلها مستحيلة، و الدقة المفرطة والارتياب. و تفضيل "الإنتاجية" يكون على حساب القدرة على الاستمتاع والعلاقات البين إنسانية. يضاف إلى ذلك الحذقة و المبالغة و التلاؤم فيما يتعلق بالعادات الاجتماعية، هذا إذا لم يكن غير مرن و جامد و عنيد في حال أراد الآخرون ممارسة حياتهم. و كل هذا وصولاً إلى الأفكار و النزعات غير المرغوبة الملحاحة و المقتحمة بشكل قهري بالشكل الذي نعرفه في اضطرابات القهر. غير أن الأشخاص باضطرابات الشخصية القهرية يبدئون بعدئذ بتصحیح أنفسهم بحذر، من أجل ألا ينزلقوا في اضطراب قهري يخشون منه سواء كان الأمر شعورياً أم غير شعوري.

٧,٣,١١ اضطرابات شخصية نوعية أخرى

وأخيراً يوجد من الكم الكبير للسيكوباتية القديمة مجموعتين من اضطرابات الشخصية يتم نقاشهما باستمرار، ولم تجد طريقها بعد وفق مستوى المعرفة الراهن إلى التصنيفات العالمية. ومن بينها اضطرابات الشخصية الاكتئابية و اضطرابات الشخصية العدوانية - السلبية.

٧,٣,١١,١ اضطرابات الشخصية الاكتئابية

السمة الرئيسية لاضطراب الشخصية الاكتئابية هو الشعور العميق و المستمر بالتكدر و عدم الاستمتاع و التعاسة و المزعج. و يكون المعنيون جديون بإفراط، بلا فكاكة و غير قادرين على الاستمتاع. و يميلون للانفعال الفكري و الاستعداد المستمر لهم و إلى الدوران حول أفكار مصبوعة بصبغة تشاؤمية و مضية و الانشغال بالمشكلة. و من شأن ذلك ألا يظل من دون عواقب، بل أنه قد يشل، حتى و أن نطر هؤلاء المرضى لأنفسهم بأنهم واقعيون. و في الواقع يكمن هنا خطر أن يقود الأمر إلى حدوث التنبؤات المحققة لذاتها باستمرار ذات العواقب الوخيمة.

فالمشكلة الأساسية الفاصلة هنا هي التقييم الذاتي و تقييم الآخر الصارم و غير المرن و مضطرب النقد و السلبيّة negativism، التي تسترشد بشكل خاص يضعف الشخص أو الموقف أو الشيء ومن النادر لها أن تسترشد بالقوة، وإذا حصل ذلك فهو من دون رغبة.

و يميل الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الشخصية الاكتئابية إلى الاكتئاب "الحقيقي" أو يعانون منه أو يطورون استعداداً مطابقاً. ولا بد من أخذ هذا الأمر بشكل جدّي وخصوصاً عندما يظهر وجود ارتباط وراثي، أي عند وجود تاريخ سابق لإرهاق وراثي مع اضطرابات مطابقة.

٧،٣،١١،٢ اضطرابات الشخصية العدوانية السلبية

تتصيف اضطرابات الشخصية العدوانية السلبية passive-aggressive Personality Disorder بنمط عميق من الاتجاهات السلبية و المقاومة السلبية لمطالب الإنجاز.

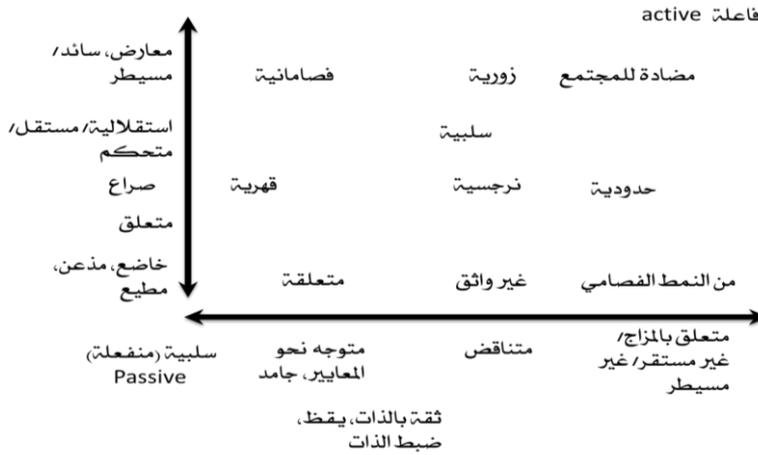
ويقصد بالسلبية negativism الاتجاه الأساسي الراض بشكل مستمر المصبوغ بالسلبية، والذي ليس من النادر أن نجده في المراهقة على شكل سلوك عناد و يكون عابراً هناك و يكون معذوراً في هذه المرحلة من العمر، ولكنه لا يكون اتجاهاً حياتياً.

و على أية حال يشعر الناس باضطرابات الشخصية العدوانية السلبية بسوء الفهم من الآخرين ويشكون باستمرار من سوء حظهم الشخصي، والذي قد يولدونه هم أنفسهم بشكل لا شعوري، ويكونوا متجهمين و ميالين للنزاع.

و يعبرون عن انتقادات غير مناسبة تجاه السلطة، و الاحتقار، وهو ما لا يحسن وضعهم الوظيفي بالطبع. و يقابلون الناس الذين يبدو حظهم سعيداً بالحسد والغيرة والحقد أو بتبادل غريب، غير مفهوم بين العناد العدائي و الندم، الذي يكون أحياناً خضوعياً تقريباً.

و غالباً ما تقود الازدواجية في التفكير و التصرف و ضيق مشاعر القيمة الذاتية التي تنشأ من مثل هذا الاتجاه، إذ أن تبخيس الآخر ينقلب في النهاية إلى تبخيس وخيم

للذات إلى مواجهات ومخاضات مع المحيط و إلى خيبات شخصية، والتي على الرغم من أنه يتم عزوها بشكل غير نقدي للآخرين إلا أنها من حيث المبدأ محرصة ذاتياً. إلا أننا نجد هذا النمط من السلوك الذي يكمن خلفه اضطراب الشخصية العدوانية السلبية في عدد كبير من صور المعاناة والاضطرابات الأخرى من نحو اضطرابات الشخصية الحدودية والاستعراضية والزوربية والمعلقة والمضادة للمجتمع والمتجنبة - غير الواثقة من نفسها. لهذا هناك صعوبة في وضع هذا الاضطراب في فئة تشخيصية مستقلة.



الشكل ٦٤ : التوضع البعدي لاضطرابات الشخصية

٨. الاضطرابات النفسية الناجمة عن أمراض عضوية الخرف من النمط الزهايمري في الذي أس أم الرابع والرابع معدل النص

DSM-IV & IV-TR

- أ. نمو عجز استعرافي متعدد multiple cognitive Deficits، يتجلى في:
 - ١ - تضرر بالذاكرة (قدرة متضررة، على تعلم معلومات جديدة أو نقل معلومات قديمة)،
 - ٢ - وفي واحد على الأقل من الاضطرابات الاستعرافية التالية:
 - الحبسة (اضطرابات اللغة أو الكلام) Aphasia

- العمه الحركي (أو فِقدَان القُدرة على القيام بحركات متسقة، على الرُغم من سلامة الجهاز الحركي) Apraxia.
- اللأدرية Agnosia (عَدَم القُدرة على التَعرف على الأشياء أو تَمييزها، على الرُغم من سلامة الوظائف الحسية).
- اضطرابات الوظائف الإِجرائية أو التنفيذية (أي التخطيط، التَنظيم، الاحتفاظ بتسلسل مُعيّن، التجريد).
- ب. كَلّ قصور أو عجز استِعْرافي من المحكّن ("أ" و "ب") يسبب بطريقة كبيرة تَضُرّرات في مجال الوظائف الإِجتماعية والمهنية ويعبر عن تراجع عن مُستوى الحياة الباكر.
- ت. يتصف المجري ببداية بطيئة متخفية و وبالتهدم المُعْرِفي المتقدم.
- ث. لا يرجع الفاقد الاستِعْرافي في المحكّن ("أ" و "ب") إلى:
 - أمراض أخرى للجهاز العَصَبِي المُرْكَزِي، التي تسبب قصوراً متقدماً في الذاكرة والاستِعْرافات (مثل الأمراض الدماغية الوعائية cerebro vascular، الأمراض الباركنسونية، أمراض هنتنغتون، و النزيف الدماغى داخل الأم الجافية، سرطانات الدماغ، واستسقاء الدماغ طبيعى الضغط Normal pressure hydrocephalus).
 - أمراض نظامية systemic، التي من المعروف عنها أنها يُمكن أن تسبب الخرف، مثل نقص التدرق Hypothyroids، نقص فيتامين ب₁₂ أو نقص حمض الفوليك، نقص الحامض النيكوتيني Niacin فرط التكلس، السفلس العَصَبِي Neurosues والعدوى بالإيدز).

^٤ مرض هنتنغتون هو مرض عقلي وراثي يشابه تدهور مرحلي للحالة العقلية، بسبب موت خلايا في المخ. يصاب مريض داء هنتنغتون بالخرف، وفقد الذاكرة الأعراض الظاهرة للمرض، تتسم بخلل حركي لا إرادي. وصف المرض لأول مرة ١٨٧٢ على يد الطبيب النيويوركي جورج هنتنغتون، وبدأ الداء بشكل تدريجي بحركات تشنجية يصحبها تغيرات عقلية كفقْدان الذاكرة واضطراب الشخصية وأيضاً حركات سريعة مفاجأة في الجسم لذا وصف بالرقاص. وهو داء وراثي إلى حد كبير ليرتم اكتشاف أي علاج له.

- أمراض ناجمة عن استهلاك المواد أو العقاقير.
 - لا يظهر القصور في مجرى البُطاح Delirious فقط
 - لا يُمكن تفسير الاضطراب من خلال اضطراب آخر على المحور رقم I (مثل الاكتئاب الأساسي، الفصام).
- قم بالترميز استناداً إلى نوع البداية والأعراض الأساسية وفق:

- بداية مبكرة: عندما يبدأ المرض قبل سن الخامسة والستين.
- 290.11 (F00.0, F05.1) مع بَطاح with Delirious: عندما يغطي البَطاح الخبل (الخرف).
- 290.12 (F00.01) مع هذيان: عندما تكون ظواهر الهذيان هي السمة الرئيسية الغالبة.
- 290.13 (F00.03) مع تعكر مزاج اكتيبي: عندما يكون تعكر المزاج الاكتيبي هو السمة الغالبة (بما في ذلك الظهور الكامل لاكتئاب أساسي). لا يتم طرح تشخيص إضافي لاضطراب انفعالي على أساس عامل مرضي طبي أو جسدي.
- 290.10 (F00.00) غير مركب: عندما لا تسيطر أية سمة من السمات المذكورة أعلاه.
- بداية متأخرة: عندما يبدأ المرض بعد سن الخامسة والستين.
- 290.3 (F001, F05.1) مع بَطاح with Delirious: عندما يغطي البَطاح الخبل (الخرف).
- 290.20 (F00.11) مع هذيان: عندما تكون ظواهر الهذيان هي السمة الرئيسية الغالبة.
- 290.13 (F00.13) مع تعكر مزاج اكتيبي: عندما يكون تعكر المزاج الاكتيبي هو السمة الغالبة (بما في ذلك الظهور الكامل لاكتئاب أساسي). لا يتم طرح تشخيص إضافي لاضطراب انفعالي على أساس عامل مرضي طبي أو جسدي.
- 290.10 (F00.10) غير مركب: عندما لا تسيطر أية سمة من السمات المذكورة أعلاه.

حدّ فيما إذا كان الخرف مترافقاً باضطرابات سلوكية

إرشادات ترميز: رمز كذلك (G301) 331.0 الأمراض الزهايمرية على المحور

.III

٨,١ الأعراض الغالبة في أمراض الخرف

- اضطرابات الذاكرة (ويشكّل خاصّ اضطرابات الذاكرة قصيرة الأمد).
- اضطرابات التوجه.
- اضطرابات الانتباه والقدرة على التركيز.
- اضطرابات الإدراك.
- تباطؤ السرعة النفسانية.
- تضرر الدافع.
- اضطرابات وجدانية (عدم استقرار انفعاليّ، تعكّر مزاج اكتئابيّ).
- تغيير السلوك الاجتماعيّ.
- تغيرات في الشخصية.
- اضطرابات الوظائف الاستعرافية (F00-F05)

وهنا يتمّ تحديد الأعراض الجوهرية التالية:

١. الخرف (F00) Dementia
٢. مُتلازمة فقدان ذاكرية عضوية (F04)
٣. بُطاح (F05).

ويتمّ تعريف وتحديد هذه الأعراض الجوهرية على أساس شدة ومدة الأعراض و

نمط اضطراب الذاكرة وتمثل المعلومات الاستعرافية.

الجدول ٦٤: الأعراض الأساسية ونوع الاضطراب الاستعرافي والمجرى الاضطرابات الوظائف الاستعرافية

الأعراض الأساسية	نوع الاضطراب الاستعرافي	طبيعة المجرى
الخرف F00	اضطرابات الذاكرة والتهديم الذهني	مزمن ٦ أشهر على الأقل
متلازمة فقدان الذاكرة العضوي F04	اضطرابات الذاكرة طويلة المدى وقصيرة المدى	حاد- شبه حاد، عكوس جزئيا reversible، لا يوجد محك زمني
البطاح F05	اضطراب الذاكرة الفورية Immediate او قصيرة الأمد والانتباه والوعي.	عكوس حاد متأرجح، أقصى مدة ٦ أشهر.

٩. اضطرابات القراءة والكتابة المحددة

خطوات تشخيص الأعراض الأساسية لاضطرابات القراءة والكتابة

التشخيص الأساسي:

- ١ - امتحان قراءة (مثل اختبار زيورخ للقراءة).
- ٢ - امتحان كتابة (اختبار كتابة مُعَيَّر).
- ٣ - قراءة أحرف.
- ٤ - إملاء أحرف.
- ٥ - نقل كلمات ونصوص.
- ٦ - قراءة أعداد.

تشخيص إضافي:

١. تشخيص ذكاء.
٢. تشخيص النمو اللغوي.
٣. تشخيص مجالات إنجاز جزئية أخرى: النمو الحركي، الحركي البصري Visumotoric، التركيز.
٤. فحص داخلي وعصبي مثل: وظائف السمع والبصر، استبعاد وجود شلل دماغي... الخ.
٥. تاريخ الحياة والسبر (دراسة الحالة).

الجدول ٦٥ : تقسيم تغلف النمو واضطراباته

ICD-10	DSM-IV
اضطرابات النمو اضطرابات نمو محددة للكلام واللغة F80 اضطرابات اللفظ، اضطرابات اللغة التعبيرية، اضطرابات اللغة الإشارية، فقدان المكتسب للكتابية مع الصرع، اضطرابات أخرى، اضطرابات غير محددة بدقة.	اضطرابات التواصل: اضطرابات اللغة التعبيرية، اضطرابات اللغة التعبيرية، الاستقبالية المركبة، اضطرابات الكلام phonologic.
اضطرابات النمو المحددة للمهارات المدرسية F81: اضطرابات القراءة والكتابة، اضطراب الكتابة المنفصل، اضطراب الحساب، اضطراب مركب للمهارات المدرسية، اضطرابات أخرى، اضطرابات غير	اضطرابات التعلم اضطرابات القراءة، اضطرابات الكتابة، اضطرابات الحساب، اضطرابات غير محددة بدقة.

محددة بدقة.	
اضطرابات نمو محددة للوظائف الحركية F82: اضطراب نمو محدد مركب، اضطراب نمو محدد شديد الأثر، انغلاق طفولي مبكر، متلازمة أسبيرغر ٧٥ ومتلازمة رت ٧٦... الخ.	اضطرابات المهارات الحركية: اضطرابات التنسيق المتمركزة على النمو development centered Coordination disorders

^{٧٥} متلازمة أسبيرغر Asperger Syndrome: اضطراب ذو منشأ مرضي غير واضح يتصف بالشكل نفسه للتضررات النوعية للتفاعلات الاجتماعية المتبادلة المميزة للانغلاق (الأوتزمية)، إلا أنه يضاف إلى ذلك هنا ذخيرة من الاهتمامات والنشاطات المقيدة النمطية والمتكررة. وتختلف هذه المتلازمة عن الانغلاق (الأوتزم) بالدرجة الأولى بغياب تباطؤ عام في النمو أو التخلف فيه للغة أو النمو المعرفي. وتمتلك غالبية المرضى ذكاء عاماً عادياً، وتبلغ النسبة بين الصبيان والبنات ثمانية إلى واحد. ويحتمل جداً أن تكون بعض الحالات على المتغيرات خفيفة للانغلاقية (الأوتزمية)، إلا أنه من غير المؤكد فيما إذا كان ينطبق ذلك على كل الحالات. ويملك الشذوذ ميلاً شديداً إلى الاستمرار حتى المراهقة و سن الرشد، ويبدو أنها تشكل خصائص فردية لا تتأثر بتأثيرات المحيط كثيراً. وفي سن الرشد تظهر لدى المرضى أطوار ذهانية في بعض الأحيان.

^{٧٦} عبارة عن صورة مرضية إضافية وصفت حتى الآن عند البنات فقط. غير معروفة الأسباب إلا أنه يتم تمييزها على أساس بدء ومجرى ونمط مميز من الأعراض. ما يميزها أنه يعقب نمواً باكراً سوياً، أو يبدو أنه كذلك، فقدان جزئي أو كامل للمهارات المكتسبة في استخدام الأيدي واللغة مع تباطؤ نمو الرأس، مع بدء للمرض بين الشهر السابع و السنتين من العمر. ويتصف فقدان حركات اليد الهادفة بأنماط متكررة على شكل حركات يد متعرجة وفرط التهوية. ويكون النمو الاجتماعي واللعب مكفوفين في السنتين الأوليتين، إلا أنه يتم الاحتفاظ باهتمام اجتماعي ضئيل. وفي أثناء سن الطفولة المتوسط ينشأ الميل لنمو تحلج في الجذع (اضطراب تنسيق مع مجريات حركية قليلة الضبط و العمه حركي Apraxia) عدم القدرة المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي على التصرف الهادف على الرغم من كفاءة الإدراكات المتلقاة و الحركات) مترافق مع الجنف "الحذب" (ميلان جانبي في العمود الفقري Kyphoseoliosis)، وأحياناً تنشأ حركات راقصة، ويتبع دائماً تضرر ذكائي شديد. وغالباً ما تنمو النوبات في أثناء الطفولة المتوسطة.

١٠ . تصنيف التفكك والتحويل في الـ *DSM-IV* و *الآي سي دي العاشر ICD-10*
الجدول ٦٦: فئات التفكك والتحويل

ICD-10	DSM-IV
اضطرابات تفككية (اضطرابات تحويل)	اضطرابات جسدية الشكل
F44.2: الخدار (الذهول) stupor التفككي	٣٠٠,١١
F44.4: اضطرابات الحركة التفككي	اضطرابات تحويل
F44.5: نوبات التشنج التفككية	
F44.6: اضطرابات الإحساس والحساسية التفككية dissociative sensibility and feeling Disorder	
	اضطرابات تفككية
F44.0: فجوة ذاكرة تفككية	٣٠٠,١٢
	فجوة ذاكرة تفككية
F44.1: الهروب (الشرد) التفككي	٣٠٠,١٢
F44.3: حالات الغشوة والاستحواذ التفككية dissociative Trance- and Obsession- states	الهروب (الشرد) التفككي
F44.7: اضطراب تفككي، مختلط	
F44.8: اضطرابات تفككية أخرى	
F44.80: متلازمة غانسر Ganser's Syndrome	
F44.81: الشخصية المتعددة	٣٠٠,١٤
F44.88: اضطرابات تفككية أخرى محددة بدقة	الاضطراب التفككي للهوية
F44.9: اضطرابات تفككية غير محددة بدقة	٣٠٠,١٥
	اضطرابات غير محددة بدقة
	اضطرابات عصابية
F48.1: اضطراب اغتراب الشخصية/اغتراب الواقع	٣٠٠,٦
	اضطراب اغتراب شخصية

٧٧ ظاهرة معروفة منذ أكثر من مئة سنة في الطب النفسي وتسمى "الخرف الكاذب" أو "الوهن الكاذب" أو حالت شبه الوعي-الهستيرية. ويتميز هذا الاضطراب بالإجابة خارج الموضوع (إجابة تقريبية) عن الأسئلة (مثال، «اثنان زائد اثنان يساوي خمسة») (أو لون الشمس = "أخضر"، على سبيل المثال، ويبدو هنا أن المريض قد فهم السؤال حيث يجب ضمن الفئة الصحيحة (سؤال عن الجمع أم عن الألوان مثلاً فيجب ضمن الفئة التي يتم طرح السؤال فيها) لكن المريض يجيب خطأ سواء بشكل مقصود أم غير مقصود (بوعي أم دون وعي). وتصيب بشكل خاص الرجال في سن الرشد المبكر حتى المتوسط.

المراجع

المراجع باللغة العربية

- أبو حطب، فؤاد وسيد عثمان (١٩٩٧). التَّقْوِيم النَّفْسِيّ. القاهرة. الأَنْجَلُو مَصْرِيَّةً. بيك، ستير (١٩٩٦)، دَلِيل تَعْلِيمَات قَائِمَة "بيك" للاكْتِتَاب. تعريب وإعداد أحمد محمد عبد الخالق. الإسْكَندْرِيَّة. دار المَعْرِفَة الجَامِعِيَّة.
- الأنصاري، بدر محمد (١٩٩٩). مَقْدَمَة لدراسة الشَّخْصِيَّة. الكويت. ذات السلاسل. ترول، تيموني (٢٠٠٧). عِلْم النَّفْس الإِكْلِينِيكِيّ. ترجمة فوزي شاكر طعيمة و حنان لطفي زين الدين. عمان. الأردن. دار الشروق.
- رضوان، سامر جميل (٢٠٠١). القَائِمَة السُّورِيَّة للأَعْرَاض - دراسة ميدانيَّة: مجلة العُلُوم الإِجْتِمَاعِيَّة، الكويت، ٤، المجلد ٢٨، ١١٣- ١٣٨.
- رضوان، سامر جميل (٢٠٠١). الصُّورَة السُّورِيَّة لاسْتِخْبَار آيزِينِك لِّلشَّخْصِيَّة. المجلة التَّرْبُويَّة، الكويت. ٥٨، ٥، ٨١- ١١٤.
- رضوان، سامر جميل (١٤٢٤/٢٠٠٣ هـ). الصُّورَة السُّورِيَّة لِمُقْيَاس بِيك للاكْتِتَاب، مجلة جامعة الملك سعود، العُلُوم التَّرْبُويَّة والدراسات الإسلاميَّة (١)، ٤٥٣- ٤٨٦.
- رضوان، سامر جميل (٢٠٠٩). الصِّحَّة النَّفْسِيَّة، عمَّان. دار المسيرة.
- ريشكه، كونراد وسامر رُضْوَان (٢٠٠١) السُّلُوك الصَّحِي والاتجاهات نحوه لدى طُلَّاب الجامعة - دراسة مقارنة سوريا -ألمانيا، شؤون اجتماعية، جمعية الاجتماعيين و الجامعة الأمريكيَّة في الشارقة، ٧٢، السنة ١٨، ٢٥- ٦٦.
- ريمشمدت، هيلموت (٢٠٠٩). أَسْأَس التَّصْنِيْف والتَّشْخِيص، في فرنس بيترمان، عِلْم النَّفْس الإِكْلِينِيكِيّ -نَمَازِج من الإِضْطْرَابَات النَّفْسِيَّة في سن الطفولة واليفوع ترجمة سامر جَمِيل رُضْوَان، العين، الإمارات العربية المتحدة. دار الكتاب الجامعي (٢٥- ٦٥).
- رضوان، سامر جميل (٢٠٠١) الاكْتِتَاب والتشاؤم - دراسة إرْتِبَاطِيَّة مقارنة. مجلة العُلُوم التَّرْبُويَّة النَّفْسِيَّة -جامعة البحرين، ١، ٢- ١٤، ٤٨.
- شلوسر، غيرهارد (٢٠٠٩). التَّشْخِيص التَّحْلِيلِي النَّفْسِيّ، في فولفغانغ سينف وميشائيل بوردا، مُمَارَسَة العِلاج النَّفْسِيّ: الأَسْأَس النَّظْرِيَّة للتَّحْلِيل النَّفْسِيّ والعِلاج السُّلُوكِي. ترجمة سامر جَمِيل رُضْوَان. العين، الإمارات العربية المتحدة. دار الكتاب الجامعي. (٧٧- ١١٣).

شترأوس، بيرنهارد (٢٠١٢) التَّشْخِصُ القَائِمُ على التَّوَجُّهاتِ التحليلية النَّفسية، في رورله، بيرند و فرانس كاسبار وشلوتكه، بيتر. التَّشْخِصُ النَّفْسِيُّ الإكلينيكيّ. ترجمة سامر جميل رُضْوَان. العين. للإمارات العربية المتحدة. دار الكتاب الجامعي. (٢٧٧ - ٣٠٣).

عبد الخالق، أحمد (١٩٩١) بناء مقياس الاكتئاب لدى الأطفال في البيئة المصرية. دراسات نفسية، ١٢١٩، ٢١٥-.

عبد الخالق، احمد (١٩٩٦). قِيَّاسُ الشَّخْصِيَّة. الكويت. جامعة الكويت..

عبد الخالق، أحمد، وسامر جميل رُضْوَان (٢٠٠٢) الوسواس القهريّ - دراسة على عينات سورية. دراسات نفسية، القاهرة، ١، ١٢، ٤٣، ٦١-.

عبد الخالق، أحمد و سامر جميل رُضْوَان (١٩٩٩). تقنين مبدئي للقائمة العربية للاكتئاب الأطفال على عينات سورية المجلة التربوية، الكويت، ٥٣، المجلد ١٤، ٢٩، ٥٨-.

فليغل، ستيفن (٢٠٠٩). التَّشْخِصُ العِلاجيَّ السُّلوكي، في فولفغانغ سينف وميشائيل بوردا، مُمارَسةُ العِلاجِ النَّفْسِيِّ: الأَسْـسُ النَّظْرِيَّةُ لِلتَّحْلِيلِ النَّفْسِيِّ والعِلاجِ السُّلوكي. ترجمة سامر جميل رُضْوَان. العين، الإمارات العربية المتحدة. دار الكتاب الجامعي (١١٥ - ١٧١).

فريبيرغر، هارالد وشتيغلستس، رولف -ديتر (٢٠٠٩). صُورُ الأَمْرَاضِ، التَّصْنِيفِ، في فولفغانغ سينف وميشائيل بوردا، مُمارَسةُ العِلاجِ النَّفْسِيِّ، الأَسْـسُ النَّظْرِيَّةُ لِلتَّحْلِيلِ النَّفْسِيِّ والعِلاجِ السُّلوكي. ترجمة سامر جميل رُضْوَان. العين، الإمارات العربية المتحدة. دار الكتاب الجامعي. (٥٣ - ٧٥).

مارغراف، يورغن و شنايدر سيلفيا (٢٠٠٩). التَّشْخِصُ التَّصْنِيفِيَّ والمُقابَلَةُ المُعَبَّرَةُ ودواعي المُعالِجَةِ، في هانس راينكر، علم النَّفْسِ الإكلينيكيّ -نَمَازِجُ مِنَ الاضطراباتِ النَّفسيةِ في سن الرشد، ترجمة سامر جميل رُضْوَان، العين. الإمارات العربية المتحدة. دار الكتاب الجامعي (٧٣ - ١١٦).

مولر، هانس يورغن (٢٠٠٩). التَّصْنِيفِ والتَّشْخِصِ: تَعْرِيفُهُ ومُشْكَلاتُهُ، في هانس راينكر، علم النَّفْسِ الإكلينيكيّ -نَمَازِجُ مِنَ الاضطراباتِ النَّفسيةِ في سن الرشد، ترجمة سامر جميل رُضْوَان. العين. الإمارات العربية المتحدة. دار الكتاب الجامعي. (٢٥ - ٥٠).

موكه، كلاوس (٢٠٠٩). العِلاجُ والإرشاد النَّفْسِيُّ الأَسْرِيّ: مَبْدَأُ ذَرَائِعِيٍّ مع مقال نقد التَّشْخِصِ الطَّبِيبِيِّ النَّفْسِيِّ. ترجمة سامر جميل رُضْوَان. العين. الإمارات العربية المتحدة. دار الكتاب الجامعي.

هايدنرايش، توماس و نويون، ألكسندلا و أيرفورت، نينيا (٢٠١٣). التَّصْنِيفِ. في رورله، بيرند وفرانس كاسبار، و بيتر ف. شلوتكه. التَّشْخِصُ النَّفْسِيُّ الإكلينيكي. العين - الإمارات العربية المتحدة. دار الكتاب الجامعي. ٤٠٠ - ٤٥٠.

- Abdel-Khalek, A. & Rudwan, S. The Kuwait University Anxiety Scale: Reliability and Criterion-Related Validity in Syrian College Students. *Psychological Reports*, 89.
- Amelang, M & Zielinski, W. (2002). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. Berlin. Sringer.
- Amelang, M. & Schmidt-Atzert, L. (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. (4. Auflage). Berlin-Heidelberg. Springer.
- Arbeitskreis OPD (1996). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual*.
- Bengel, J. Wirtz, M. & Zwingmann C. (Hrsg.) (2008). *Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation*. Göttingen. Hogrefe.
- Berth, H. & Balck F. (Hrsg.) (2003). *Psychologische Tests für Mediziner*. Springer. Heidelberg.
- Borgart, E.J., Okon E. & Meermann R. (2007). Sozialmedizinische Aspekte im Rahmen ambulanter Fachpsychotherapie. *Forum Psychotherapeutische Praxis* 7 (1) 29-36.
- Börner, K (2004). *Das psychologische Gutachten Ein praktischer Leitfaden* 7. Aufl., Beltz Verlag. Weinheim.
- Brickenkamp, R. (Hrsg.). (1997). *Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests* (2. vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Göttinge. Hogrefe.
- Bronisch T, Hiller W, Mombour W, Zaudig M. IDCL-P (1995). *Internationale Diagnose Checkliste für Persönlichkeitsstörungen*. Göttinge. Hogrefe.
- Bühner, M. (2007). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (2., aktualisierte Auflage). München. Springer.
- Champion, L.A., Goodall, G., Rutter, M. (1995). Behaviour problems in childhood and stressors in early adult life I. A 20 year follow-up of London school-children. *Psychol. Merf.*2:231-246.
- Cierpka, M (2003). *Handbuch der Familiendiagnostik* (2. Aufl) Berlin. Sringer.
- Degwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G. & Mompour, W. (Hrg.) (1980). *Diagnoseschlüssel und Glossar psychischer Krankheiten*. Deutsche Ausgabe der Internationalen Klassifikation der WHO (ICD).9. Rev. Berlin. Sringer.
- Degwitz, R., Helmchen, H.,Kockott, G. & Mompour, W. (Hrg.)(1975). *Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krsnkheiten*. Deutsche Ausgabe. der Internationalen Klassifikation der WHO (ICD). 8. Rev. Berlin. Sringer.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, H. (Herg.) (1992). *Internationale Klassifikation psychischer Stoerungen*. ICD-10-WHO- Kapitel V (F) . Göttingen. Bern. Hogrefe.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D. & Petermann, F. (2000). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Göttinge. Hogrefe.
- Döpfner M., Borg-Laufs M. (1999). *Diagnostik Therapieplanung und Evaluation in der Kinder- und Jugendlichen- Verhaltenstherapie*. In Borg-Laufs M. (Hrsg.) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band I. Grundlagen, 299 - 361. Tübingen. DGVT-Verlag.
- Eckardt, H.H. & Schuler, H. (1992). *Berufseignungsdiagnostik*. In R.S. Jäger & F.

- Petermann (Hrsg.), Psychologische Diagnostik (S. 533-551). Weinheim. Psychologie Verlags Union.
- Eckert, H. & Westhoff, K. (2002). Effects of Systematic Training in Psychological Assessment on Competence in Writing Reports. Gutachterliche Kompetenz durch eine systematische Diagnostikausbildung. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 23 (4), 407-416.
- Ernst, C. (1993). Die Bedeutung der Frühkindheit im Licht von Realzeit-Longitudinalstudien. In F. Poustka, U. Lehmkuhl (Hrsg.), Gefährdung der kindlichen Entwicklung. Psychotherapeutische und psychosoziale Grundlagen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (S. 34-38). Berlin. Quintessenz.
- Fisseni, H.-J. (2004). Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Göttinge. Hogrefe.
- Frey, B.S. (2005). Gutachten im Wissenschaftsprozess. Analyse und ein Vorschlag. Soziologie, 34 (2), 166-173.
- Fydrich T, Sommer G, Brähler E, F-Soz U (2007). Fragebogen zur Sozialen Unterstützung. Göttinge. Hogrefe.
- Gardner, H. (1991). Abschied vom IQ. Die Rahmentheorie der vielfachen Intelligenzen. Stuttgart. Klett-Cotta.
- Goor-Lambo, G. van, Orley, J., Poustka, F., Rutter, M. (1990). Classification of abnormal psychosocial situations: Preliminary report of a revision of a WHO scheme. Journal of Child Psychology and Psychiatry 31: 229-241.
- Goor-Lambo, G. van, Orley, J., Poustka, F., Rutter, M. (1994). Multiaxial classification of psychiatric disorders in children and adolescents, Axis five: Associated abnormal psychosocial situations. Preliminary results of a WHO and a German multicenter study.
- Guthke, J., Jäger, C. and Schmidt, J., 1983. . Lerntestbatterie Schlussfolgerndes Denken Psychodiagnostisches Zentrum der Humboldt-Universität, Berlin.
- Häder, M (2006). Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. Wiesbaden VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Heidenreich, Th., Noyon, A. & Erfert, N (2008). Klassifikation. In Röhrle, B., Caspar, F. & Schlotke, P.F. (Hrsg.) (2008). Lehrbuch der klinisch-psychologischen Diagnostik. 275-299.
- Herwig-Lempp, J (2002), Von der Familientherapie zur Systemischen Sozialarbeit, in: Maria Nühlen (Hrsg.), Geschichte und Geschichten II, Merseburger Geschichte und andere historische Streifzüge. Merseburg (FH Merseburg), S. 162-186.
- Herzka, H. S & W. Reukauf (2002). Diagnostik bei Kindern - Komplexität, Variabilität und Reduktion (Referat am 3. Zürcher Diagnostik -Kongress an der Universität Zürich, veranstaltet vom SVB/BBT, der Hochschule für Angewandte Psychologie und dem Laufbahnzentrum der Stadt Zürich, 14. März 2002).
- Ingenkamp, K.,-H., & Lissmann, U. (2008). Lehrbuch der Paedagogischen Diagnostik. (6. Ed.). Weinheim: Beltz.
- Jäger, R.S. & Petermann, F. (Hrsg.) 1999. Psychologische Diagnostik – ein Lehrbuch, 4. Aufl. Weinheim. Beltz.
- Janz T, Hellervik L, Gilmore D. (1986). Behavior Description Interviewing.

- Massachusetts. Allyn and Bacon Publishers. Newton,
- Jonkisz, Eva, Moosburger & H. Brandt, H.(2007). Planung und Entwicklung von psychologischen Tests und Fragebogen. In Moosburger, H. & Kelava, A.(edt.) Testtheorie und Fragebogenkonstruktion..Berlin. Springer. (27-75).
- Joye Yenni, M. (1997). Sind projektive Tests antiquiert?. Fakultät der Universität Zürich. Unveröff. Hausarbeit, Philos.
- Kluck, Marie-Luise & Wesethoff, K.(2003). Psychologische Gutachten schreiben und beurteilen .Berlin. Springer-Verlag.
- Krohne, H.W. & Hock, M. (2007). Psychologische Diagnostik: Grundlagen und Anwendungsfelder. Stuttgart. Kohlhammer.
- Krohne, H.W. & Pulsack, A.U. (1995). Das Erziehungsstil-Inventar. (2. Edt). Beltz Test. Göttingen. Beltz-Verlag.
- Krohne, H. W. & Pulsack, A. (1990). Das Erziehungsstil-Inventar (ESD): Manual . Beltz Test. Weinheim. Beltz-Verlag.
- Krosnick, J. A. (1999). Survey Research. Annual Review of Psychology, 50, 537-567.
- Kubinger, K.D. & Jäger, R.S. (Hrsg.) (2003). Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik. Weinheim. Beltz-Verlag.
- Kubinger, K.D. (2009). Psychologische Diagnostik: Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens (2., überarbeitete Auflage). Göttinge. Hogrefe.
- Latham, G. P., Saari, L. M., Pursell, E. D., & Campion, M. A. (1980). The situational interview. Journal of Applied Psychology, 65, 422-427.
- Lienert, G.A. & Raatz, U. (1998). Testaufbau und Testanalyse (6. Auflage). Weinheim. Beltz..
- Mattejat, F (1085). Familie und psychische Störungen. Hogrefe. Göttingen
- Moosbrugger, H. & Kelava, A. (2007). Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. .Berlin. Sringer.
- Müller, M,J. (2007). Psychiatrische Klassifikation und Diagnostik. Psychiatrische Diagnostik und Klassifikation. www.vitos-giessen-marburg.de.
- Mummendey, H.D. & Grau, I. (2007). Die Fragebogen-Methode (5., überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttinge. Hogrefe.
- Poustka, F & van Goor-Lambo, Gera (2000). Fallbuch Kinder- und Jugendlpsychiatrie –Erfassung und Bewertung belastender Lebensumstaende von Kindern nach Kapitel V (F) der ICD-10. Bern. Huber.
- Petermann, F. & Macha, T. (2008). Entwicklungsdiagnostik. In F. Petermann & W. Schneider (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie - Band 7 (Angewandte Entwicklungspsychologie) (S. 19-59). Göttinge. Hogrefe.
- Plomin, R. (1994). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1993. Genetic research and identification of environmental influences. Child Psychol. Psychiatry 5: 817-834.
- Poustka, F. (1995). Kinderpsychiatrie und Genetik (Editorial). Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 4: 3-5.
- Pospeschill, M. & Spinath, F.M. (2009). Psychologische Diagnostik. München.
- Rauchfleisch, U. (1998). Übersicht über projektive Verfahren und ihre Bedeutung. In U. Imoberdorf, R. Käser und R. Zihlmann (Hrsg.), Psychodiagnostik von

- Individuen, Gruppen und Organisationen. Die Beiträge des Zweiten Zürcher Diagnostik-Kongresses vom 21./22. August 1997 an der Universität Zürich
- Resch, F., Fegert, J.M., Buchmann, J. (2004). Grundzüge der Diagnostik. In Eggers, C., Fegert, J.M., Resch, F.(2004). Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Springer, Heidelberg, p 109-144
- Rentsch, K. & Schütz, A. (2009). Psychologische Diagnostik: Grundlagen und Anwendungsperspektiven. Stuttgart. Kohlhammer.
- Röhrle, B., (2008) Aufgaben und Hintergründe In Röhrle, B., Caspar, F. & Schlotke, P.F. (Hrsg.) (2008). Lehrbuch der klinisch-psychologischen Diagnostik. 13-29.
- Rollett, B. (2003). Pädagogisch-psychologische versus klinisch-psychologische Diagnosewelten. Zeitschrift für Pädagogische Psychologie, 17 (2),83-92.
- Rost, J. (2004). Lehrbuch Testtheorie / Testkonstruktion (2. überarbeitete und erweiterte Auflage). Huber. Bern.
- Rutter. M., Maughan, B., Mortimore, P., Ouston. J. (1980): 15000 Stunden. Weinheim. Beltz.
- Rutter, M., Maughan, B. (1997): Psychosocial adversities in childhood and adult psychopathology. J Personal. Disord. 1: 4-18.
- Rutter, M., Dunn, J., Plomin, R., Simonorf, E., Pickles, A., Maughan, B., Ormel, J., Meyer, J.,Eaves, L. (1997). Integrating nature and nurture: Implications of person-environment correlations and interactions for developmental psychopathology. Dev. Psychopathol. 2:335-364.
- Sass, Henning, Wittchen, Hans-Ulrich & Zaudig, Michael (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV. Goettingen. Hogrefe. Bern.Toronto. Verlag fuer Psychologie.
- Sass, Henning, Wittchen, Hans-Ulrich & Zaudig, Michael (2003). Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR. Bern.Toronto. Hogrefe.
- Schlippe, A. & Schweitzer, J (1996). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt, L.R. (1995). Psychodiagnostisches Gutachten. In R.S. Jäger & F. Petermann, F. (Hrsg.), Psychologische Diagnostik (S. 468-478). 3. Auflage.. Weinheim. Psychologie Verlags Union.
- Schmidt-Atzert, L. & Amelang, M. (2012). Psychologische Diagnostik und Intervention. (5. Auflage). Berlin-Heidelberg. Springer.
- Schneider, W., Henningsen, P. & Rüger, U. (2001). Sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie. Autorisierte Leitlinien, Quellentexte und Kommentar. Bern. Huber.
- Schuler, H. (2006). Lehrbuch der Personalpsychologie (2. Aufl.). Göttinge. Hogrefe.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg.) (2003). Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttinge. Hogrefe.
- Strack, F., & Martin, L. L. (1987). Thinking, judging, and communicating: a Process account of context effects in attitude surveys. In H.-J. Hippler, N. Schwarz & S. Sudman (Eds.), Social information processing and survey methodology (pp. 123-148). New York. Springer-Verlag
- Strauß, B. & Schumacher, J. (Hrsg.) (2005). Klinische Interviews und Ratingskalen. Göttinge. Hogrefe.

- Sturzbecher, D., Grundmann, M. & Welskopf, R. (2001). Betreuungsqualität in Familie und Kindergarten aus kindlicher Sicht. In: D. Sturzbecher (Hrsg.), Spielbasierte Befragungstechniken. Interaktionsdiagnostische Verfahren für Begutachtung, Beratung und Forschung. Göttingen. Hogrefe, S. 135-198.
- Westhoff, K. (2009). Eignungsinterview – Das Entscheidungsorientierte Gespräch (EOG) als Werkzeugkasten. *Report Psychologie*, 34, 258-271.
- Westhoff, K. & Kluck, M.-L. (2008). *Psychologische Gutachten: schreiben und beurteilen*. Berlin: Springer-Verlag.
- Westhoff, K., Hornke, L.F., & Westmeyer, H. (2003). Richtlinien für den diagnostischen Prozess - Zur Diskussion gestellt. [Deutsche Adaptation von: Fernandez-Ballesteros, R., De Bruyn, E.E.J., Godoy, A., Hornke, L.F., Ter Laak, J., Vizcarro, C., Westhoff, K., Westmeyer, H., & Zaccagnini, J.L. (2001). Guidelines for the Assessment Process (GAP): A proposal for discussion. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 187-200.] *Report Psychologie*, 28, 504-517.
- Wittchen, H.-U. (2011). Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In In Wittchen, H.-U. & Hoyer (Hrsg.) *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. 25-52). Heidelberg. Springer.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J (2011). In Wittchen, H.-U. & Hoyer (Hrsg.) *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. (4-23). Heidelberg. Springer
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M & Fydrich, T. (1997). *Struktuiertes Klinisches Interview fuer DSM-IV (SKID-I und SKID-II)*. Göttinge. Hogrefe.
- Zimmermann, W. (1994). *Psychologische Persönlichkeitstests bei Kindern und Jugendlichen. Eine Anleitung für Ärzte und Psychologen*. Leipzig. Barth.

مسرد المصطلحات

A

قدرة	تحليل	Ability	سلطان
اختبار قدرة	السيرة المرضية (تاريخ المرض)	Ability Test	Analysis
تحصيل، إنجاز	توثيق تاريخ الحالة	Achievement	Anamnesis
تقييم التحصيل أو الإنجاز	اختبارات القابلية، الاستعداد	Achievement Assessment	Anamnesis documentation
رضوخ، الميل إلى الموافقة	تقييم	Acquiescence	Aptitude Tests
صدق التصرف	اضطراب وجداني	Action Validity	Assessment
تشخيصي تكييفي	سلطان	Adaptive Diagnostic	Affective Disorder

B

بطارية	السيرة الذاتية	Battery	Biographical Data
مقابلة وصف السلوك	مدخل قائم على السيرة الذاتية	Behavior Descriptive Interview	biographical oriented introduction
استعداد سلوكي	عوامل بيولوجية اجتماعية نفسية	Behavior Disposition	Bio-psycho-social Factors
ملاحظة السلوك	اضطراب الشخصية الحدودية	Behavior Observation	Borderline Personality Disorder
تنظيم السلوك	السلوكية	Behavior Regulation	Behaviorism
ذخيرة السلوك		Behavior Repertoire	

C

مفهوم أو تصور الحالة	الصدق التواصلي	Case Conception	Communicative Validity
تاريخ الحالة	كفاءة	Case History .	Competence
فردية، المذهب الفردي	محك الكفاءة	Casuistic	competence criterion
السيرة التبعية	مطواعة	Catamnesis (follow up)	Compliance
تشخيص فتوي	المقابلة التشخيصية العالمية المركبة	Categorical Diagnosis	Composite international Diagnostic interview (CIDI)
القشرة الدماغية	الفهم	Cerebral Cortex	comprehension
قائمة	مفهوم، تصور	Checklist	Concept
قوائم سلوك الطفل	الصدق التلازمي	Children's Behavior Check Lists	Concurrent Validity
أسئلة دائرية			

Psychological Diagnostic		التشخيص النفسي
Conditional	شرطي	Circularly Questions سلطان فئة، صنف، طبقة
Confidence	ثقة	Class
Conflict	صراع	Classical Condition
Consequence	العاقبة	القياس الموقفي التقليدي
Consistency Effect	تأثير الاتساق	classical one-point- Measurement تصنيف
Construct	بناء	Classification منظومة تصنيف
Construct oriented introduction	مدخل قائم على البناء	Classification System تشخيص تصنيفي
Construct Validity	صدق البناء	Classificatorical Diagnostic الحكم الإكلينيكي
Contact or preliminary questions	أسئلة تمهيدية	Clinical Judgment علم النفس الإكلينيكي
Context	سياق	Clinical Psychology اختلاطية
Contingence	المصادفة، المشروعية، الإمكانية، غير متوقع، الاحتمالية	Co morbidity ترميز
Control	ضبط، تحكّم، سيطرة	Coding استعراف
Control questions	أسئلة ضبط أو استفسار أو تأكيد	Cognition سلطان نموذج سلوكي استعرافي
Controlled Praxis	الممارسة المضبوطة، أو المراقبة	Cognitive Behavioral Model تصوير استعرافية
Convergent Validity	الصدق التقاربي	cognitive Schemata اتساق
Coping	مواجهة	Coherency اتصال
Coping stile	أسلوب المواجهة	Communication التقييم محكّي المرجع أو المرجع إلى محكّ
Criterion	محكّ	Criterion – Referenced Assessment الاختبارات محكّية المرجع أو المرجعة إلى محكّ
Criterion-related Validity	الصدق المحكّي	Criterion – Referenced Tests الصدق المرتبط بمحكّ
		Criterion – Related Validity

D

Documentation	التوثيق	بيانات
DSM	الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي	Data استجواب
Dynamic	دينامي	debriefing نظرية الانحلال
Dysfunction	عطب، ضرر، أذى	degeneration Theory دراسة الرأي العام
Dysfunctional Cognition	استعراف معطوب	demoscopia اكتتاب
		Depression

dissimulation	الخداع، الغش	اضطراب اكتئابى	Depressive Disorder
Dimensional Diagnostic	تشخيص بعدي (قائم على الأبعاد)	تشخيص النمو	Development Diagnostic
Disability	العجز، صعوبة	يشخص	Diagnose
Disability Diagnostic Scale	مقياس تشخيص العجز أو القصور	تشخيص	Diagnosis
Discontinuity	الانقطاع	منظومة تشخيص	Diagnostic System
Discriminate Validity	الصدق التمايزي	قائمة تشخيصية	Diagnostic Checklists
Disease	مرض	تقويم تشخيصي	Diagnostic Evaluation
Disorder	اضطراب	المقابلة التشخيصية	Diagnostic Interview
Disposition	استعداد	العمل التشخيصي	Diagnostically Act
Diagnostically Process	العملية التشخيصية	توثيق التشخيص	Diagnostically Documentation
Diagnostician	المشخص	تعليمات أو إرشادات تشخيصية	diagnostically Guideline
Differential Diagnostic	التشخيص التفريقي	عسر المزاج	Dysthymia

E

Evidence-bases practice	الممارسة المسندة (القائمة على الدلائل أو البراهين)	التقييم البيئي	Ecological Assessment
Experiment	تجربة	مواقف التربية المنهجية	education methodic Situations
Explanation	تأويل	التقويم التربوي	Educational Evaluation
Exploration	استقصاء، سبر، استكشاف	التأثير	Effect
External/criterion oriented construction	تصميم خارجي مرجع إلى محك	العينة الحاضنة (البويضة)	Egg Sample
Etiology	علم أسباب الأمراض	إمبيريقى	Empiric
European Association of Psychological Assessment	الجمعية الأوروبية للقياس النفسي	خطأ القياس	Error of Measurement
Evaluation	تقويم	التحليل النشوني والوظيفي	etiological and functional Analyses

F

Factor	عامل	الصدق الشكلي أو الظاهري	Face Validity
Factor Analysis	التحليل العاملي	التقويم البنائي أو التكويني	Formative Evaluation
Family Environment Scale	مقياس بيئة الأسرة	وظيفة	Function

Psychological Diagnostic	التشخيص النفسي
Finality	أسئلة وظيفية
fluid Intelligence	الذكاء المن (السائل)
formal Scholl achievements Tests	اختبارات الإنجاز المدرسي الرسمية
Formal Test	اختبار رسمي - مقنن
	Functional Questions
	الوظيفية / الغائية / الهدف / النفع
	Functionality / instrumentality
	أداء
	Functioning
	Functions analysis
	الأبحاث الأساسية (أبحاث الأسس)
	Fundamentals Researches

G سلطان

Goal Attainment Scaling	المخطط الأسري (الوراثي)
التشخيص التحليلي النفسي القائم على الهدف	Genogram
Goal oriented psychoanalytical Diagnostic	جشطلط (هيئة، شكل)
الاختبارات الجمعيّة	Gestalt
Grouped Tests	إرشادات لعملية التقييم
	Guidelines for the Assessment Process

H

Hospital Anxiety Depression Scale	مقياس اكتئاب وقلق المستشفى
Heuristic	الحُدس
	الصحة
	Health
	علم نفس الصحة
	Health Psychology

I

Indicator	المؤشر
Individual	فردى
Individualization	تفريد
Individualized Tests	الاختبارات الفردية (التفريدية)
informal Scholl achievements Tests	اختبارات الإنجاز المدرسي غير الرسمية (المذاكرات، والامتحانات)
Informal Test	الاختبار غير الرسمي
Intelligence	الذكاء
Intelligence Test	اختبار الذكاء
Interaction	التفاعل
Interaction Diagnostic	تشخيص التفاعل
Interactionism	التفاعلية
Interference	تداخل، تشوش
	مقاييس الاتساق الداخلي
	التصنيف العالمي للاضطرابات النفسية
	ICD
	التشخيص القائم على الفرد
	Idiographic oriented Diagnostic
	استبيان إدراك المرض
	Illness Perception Questionnaire (IPQ) سلطان
	خداع الآخر (إدارة الانطباع)
	impression management
	محكات الإدخال والاستبعاد
	Inclusion-Exclusion-Criterion
	التشخيص القائم على المؤشرات أو الدلائل
	Indication oriented Diagnostic
	التشخيص القائم على التأثير (الاستطباب)
	Indication oriented Diagnostic
	برامج قائمة على الفاعلية
	Indication oriented Programs سلطان
	تصميم داخلي تحليلي عاملي
	internal/Factor analytic Construction
	بين شخصي
	Interpersonal
	تفسير (تبيين)
	Interpretation
	ثبات الفاحصين
	Interrater Reliability
	تصميم حدسي

Internal Consistency Measures

intuitive Construction

L

life record	سجل الحياة	latent Construct	بناء كامن
Life Orientation	توجه نحو الحياة	Life Quality	نوعية الحياة

M

morbidity	الإمراضية	اختبارات القدرات (الأداء الأقصى)	اختبارات القدرات (الأداء الأقصى)
mortality	عدد الوفيات	maximum performance Tests	السوداوية
multi axiality Concept	المفهوم (التصور) متعدد المحاور	Melancholia	الاستغرافات العليا (ما وراء الاستغراف)
multiple Diagnostic	تشخيص متعدد	Meta Cognition	تشخيص نفسي عصبي
		neuropsychological Diagnostic	تشخيص نفسي عصبي

N

Neurotically , Stress- and somato-form Disorders (التوتر) والاضطرابات من الشكل الجسدي

O

Optimizing-Satisficing-Model	نموذج الأداء الأمثل	Operationalization	الضبط الإجرائي
Outcome-Diagnostic	تشخيص النتيجة	Operationalize Psychodynamic Diagnostic	التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي

P

Psychological Interventions	التدخلات النفسية	Pathogeneses	المشأ المرضي
Psychological Tests	الاختبارات النفسية	Patients Health Questionnaire	مقياس صحة المرضى
Psychotherapeutically Education	التوعية العلاجية النفسية	Pennebaker Inventory of Limbic Languidness	مقياس بينبيكر للكسل اللمبي
Psychotherapeutically Treatment	المعالجة النفسانية	Personality Tests	اختبارات الشخصية
Prognoses Documentation	توثيق المجرى	prediction analysis	التحليل التنبئي
	الدلائل التنبئية	Probe	فحص
	prognostic Indication	عملية التشخيص أو العملية التشخيصية	عملية التشخيص أو العملية التشخيصية
Proficiency	صفحة البيانات النفسية	Process of Diagnostic	عملية التشخيص أو العملية التشخيصية
	Psychological Data Sheet		
	براعة، كفاءة		

Q

Quality	جودة، نوعية	Quantize	يكم (تكميم)
---------	-------------	----------	-------------

R

Psychological Diagnostic	التشخيص النفسي
Response	تصميم منطقي
response reporting	Rational Construction
response sets	اضطرابات ارتكاسية ونفسية المتشأ
Response Theory	Reactive and Psychogene Disorders
Retgression Prophylaxes	تنظيم
Research Diagnostic Criteria	Regulation
	المثير
	release سلطان
	تحسين أو رفع الثبات
	Reliability increment
	التوجه نحو الاستعادة
	Reproducing orientation

S

Self-Deceptive enhancement	خداع النفس	تصويرة
simulation oriented introduction	مدخل قائم على المحاكاة	الدلائل العلمية
Standardization	تقنين، تعيير	انتقاء
Findings	النتيجة	الموقفية
Findings documentation	توثيق نتيجة الفحص	Situationism
Structural Test Construction	التصميم المنهجي أو البتيوي للاختبار	مقياس تقويم الوظائف الاجتماعية
Structured Clinical Interview for DSM	المقابلة الإكلينيكية المبنية للدي أس أم	Social and Occupational Functioning Assessment Scale
Suggestive Questions	أسئلة إيحائية	المرغوبية الاجتماعية
Symptomatology	علم الأعراض	Social Desirability
Sufficing	الكفاية	السوسيوغرام (مخطط العلاقات الاجتماعية)
		Sociogram
		الذاتية
		Subjectivity
		حكم موقفي
		situational Judgment

T

test theoretical Quality Pretensions	مطالب الجودة النظرية للاختبار	تصنيف صور الاضطرابات
Test values	قيم الاختبار	Taxonomy of psychological Disorders
Theory of Mind	نظرية الذهن	ملاءمة الاختبار
Therapy documentation	توثيق العلاج	Test adaptation
Therapy Indication	فاعلية العلاج	Test administration
trigger	المفجر	Test Customer
		متلقي الاختبار
		عارض الاختبار
		Test Exhibitor
		إجراء الاختبار
		Test procedure

لجنة التّقيّم العِلْمِيّ:

أ. د. علي سعد

أ. د. مطانيوس ميخائيل

أ. د. محمد الشيخ حمود

المدقق اللغوي: د. منى الحمد

حقوق الطباعة والترجمة والنشر محفوظة لمديرية الكتب والمطبوعات
الجامعية