



دراسة الحالة

إعداد

دكتور/ إبراهيم حسن محمد

مدرس علم النفس - كلية الآداب - جامعة جنوب الوادي

رسالة برنامج علم النفس بكلية الآداب جامعة جنوب الوادي هي: "تقديم خدمات تعليمية وبحثية ومجتمعية متميزة في مجال الخدمات النفسية (تقييم - تشخيص - إرشاد- علاج - تدريب) لإعداد خريج متميز في نطاق إقليم جنوب الوادي خاصة ومصر عامة". قنا - جامعة جنوب الوادي - كلية الآداب - الدور الخامس

محتويات الفصل

الموضوع
الفصل الأول ماهية دراسة الحالة
الفصل الثاني الفحص وكتابة التقرير
الفصل الثالث أدوات الفحص النفسي
الفصل الرابع الفحص باختبارات الشخصية
الفصل الخامس الفحص الجسدي والنفس عصبي للحالة

الفصل الأول

ماهية دراسة الحالة

دراسة الحالة Case study (البحث الإكلينيكي) Clinical Research

هو ذلك الفرع من فروع علم النفس الذي يتناول بالدراسة والتحليل سلوك الأفراد الذين يختلفون في سلوكهم اختلافاً كبيراً عن غيرهم من الناس مما يدعو إلى اختبارهم أسوياء أو غير أسوياء أو منحرفين وذلك بقصد مساعدتهم في التغلب على مشكلاتهم وتحقيق تكييف أفضل لهم والمنهج الإكلينيكي في علم النفس يختلف عن المنهج التجريبي والمنهج الأخرى لأن المناهج الإكلينيكية هي مناهج موجهة إلى الفرد أي أنها تتجه إلى دراسة الحقائق السلوكية الخاصة بفرد معين وتقييم دوافعه وتوافقه فهو يهدف إلى تشخيص وعلاج من يعانون من مشكلات سلوكية واضطرابات.

يعتمد هذا المنهج على الدراسة المكثفة لعدد قليل من الأفراد قد يكون فرداً واحداً أو عدد قليل من الأفراد لا يتجاوز تسعة أفراد، حيث تعتمد على الملاحظات العميقة للأشخاص محل الدراسة، أو ملاحظة دقيقة للمرضى بواسطة إكلينكيين متخصصين.

ودراسة الحالة (Case study)، هي الإطار الذي ينظم فيه الأخصائي الإكلينيكي كل المعلومات، والنتائج التي يحصل عليها من الفرد، وذلك عن طريق: الملاحظة والمقابلة، والتاريخ الاجتماعي، والخبرة الشخصية، والاختبارات النفسية، والفحوص الطبية.

ولقد أخذ علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي هذا المصطلح وعمم استخدامه على الرغم من اعتراض البعض على استخدام كلمة "الحالة" في الإشارة إلى كائن إنساني يعاني من اضطراب بدني أو انفعالي.

ودراسة الحالة وسيلة هامة لجمع وتلخيص أكبر عدد ممكن من المعلومات عن الحالة موضوع الدراسة والحالة قد تكون فردًا أو أسرة أو جماعة. يدرس فيها الباحث الحالات بهدف علاجها مستخدمًا في ذلك مجموعة من الأجهزة والآلات الخاصة للكشف على تلك الحالات التي تواجهها، بالإضافة إلى ما يستخدمه من طرق خاصة كتطبيق بعض الأسئلة أو إجراء الاستفتاءات من أجل جمع المعلومات اللازمة لمساعدة هؤلاء الأفراد على التخلص من المشاكل النفسية التي يعانون منها وفي هذه الطريقة يتم فهم شامل لتاريخ حالة الفرد أي تحديد التطور الذي مر به الفرد في محيطه الثقافي مع توضيح جميع المؤثرات التي أثرت في تكوين اتجاهاته وفلسفته والخبرات التي اكتسبها والأزمات والمشاكل التي أثرت في تكوين شخصيته واتجاهاته وفلسفته ويحصل الباحث على المعلومات من الفرد ذاته أو من محيطه.

أهمية دراسة الحالة في علم النفس الإكلينيكي:

١- يسعى علم النفس الإكلينيكي لدراسة الحالات الشاذة والمرضية؛ حيث تعتبر

دراسة الحالة من أهم الأمور التي تساعد الأخصائي الإكلينيكي في معرفة

جميع المعلومات الخاصة بالمرضى ، كذلك المسببات التي تؤدي لإصابتهم بأحد الأمراض النفسية أو العقلية.

٢- تساعد دراسة الحالة في فحص تفسير الأحداث التي تتدر ولا تعاود التكرار في الغالب، ذلك عن طريق فحص تأثير الأحداث على الأشخاص، كما أنه لا يمكن أن نطبق المنهج التجريبي في العديد من الحالات، بل يجب أن نستخدم منهج دراسة الحالة من أجل دراسة التأثير النفسي على الأشخاص بسبب هذه الظاهرة.

٣- تعتبر دراسة الحالة من أهم الوسائل الخاصة بالتعرف على حياة الأشخاص بشكل شامل وحتى وقتنا الحالي، بذلك يستطيع الأخصائي الإكلينيكي أن يضع أول الفروض التي يختبرها حسب الخبرات التشخيصية.

٤- عن طريق جمع المعلومات الخاصة بالحالة يتم وضع الوصايا العلاجية موضع الدراسة، بعد ذلك يراجعها الأخصائي ويحللها ويلخصها، ثم يزنها بشكل إكلينيكي حتى يصل إلى التشخيص الملائم، من ثم يتم تقديم التوصيات بالاستراتيجيات الإرشادية أو التخطيط للخدمات العلاجية.

تصنيفات دراسة الحالة

دراسة الحالة الاستكشافية:

تصف دراسة الحالة الاستكشافية خصائص قضية ما، وتستعرض المعلومات العامة والمعلومات المتعمقة، وتسلط الضوء على مشكلة محددة تعتبر مهمة للمجموعات أو للأفراد، وتختلف عن غيرها من الدراسات الاستكشافية بأنّ دراسة الحالة الاستكشافية عينتها صغيرة وتنتج عن دراسة الحالة مجموعة أسئلة تتعلق بأسباب إشكالية قضية البحث.

دراسة الحالة التوضيحية:

هي تشبه دراسة الحالة الاستكشافية، إلا أنّ المعلومات التي تقدمها دراسة الحالة التوضيحية تفسر الظواهر المتعلقة بقضية ما، بالإضافة إلى أنّها تتقصى الأسباب والطريقة الأفضل للتدخل لعلاجها، وتقدم وصفاً للحالة وعرضاً لنقاط القوة ونقاط الضعف، وتحدد خيارات واقعية للتعامل مع المشكلة.

العناصر المكونة لدراسة الحالة:

توجد خمسة عناصر أساسية ترتبط بشكل مباشر بدراسة الحالة، بسبب الحاجة لوجود تعمق كبير في البحث، والحاجة إلى البيانات النوعية، وهذه العناصر هي:

الموضوع العام للبحث وأهدافه:

تهدف دراسة الحالة إلى تفسير الروابط السببية التي أدت لحدوث قضية ما.

لهذا فهناك حاجة للبحث بشكل معمق عن الأسباب التي لا يمكن الحصول عليها إلا من قبل أشخاص موثوق بهم في العمل الميداني لجمع البيانات وتحديد أهداف البحث من خلالها.

الباحث:

يجب أن يتمتع الباحث أو الباحثة بالمهارات المطلوبة لدراسة الحالة، مثل طرح الأسئلة الجيدة، والقدرة على استنباط المدلولات والمعاني من الإجابات التي يعطيها المبحوثين، بالإضافة إلى مهارة الاستماع والانصات للمبحوثين، والقدرة على التأقلم عند حدوث أي مستجدات جديدة، مع ضرورة ألا يكون متحيزاً بآرائه أو مشتتاً بقضية مشابهة لقضيته.

مصادر المعلومات والأدلة:

تشمل كافة مصادر المعلومات والوثائق والمقابلات والملاحظة المباشرة، وليس من الضرورة أن تستعمل جميع هذه المصادر في دراسة الحالة إنما يكفي أن يكون هناك تعدداً في مصادر جمع المعلومات بهدف تحقيق المصدقية.

الظروف المحيطة بالدراسة:

يقصد بالظروف مكان القيام بدراسة الحالة وزمانها والظروف السكانية والثقافية والاقتصادية والسياسية والاجتماعية والسائدة خلال إجراء الدراسة، وهي ضرورة من أجل عملية تحليل واستخلاص المعاني من إجابات المبحوثين وفحص مدى تأثيرها على سير البحث.

آلية العمل والمنهجية المتبعة في دراسة الحالة:

تشمل مرحلة إعداد البحث وإنجازه، من حيث إعداد الخطة ثم العمل الميداني لجمع البيانات وعملية تحليلها وكتابة التقرير عن الحالة وعرضه.

وقد لعبت دراسات الحالة دوراً مهماً في تطوير بعض نظريات الشخصية؛ منها نظرية التحليل النفسي؛ حيث قامت هذه النظرية على ملاحظات فرويد لمرضاه ودراسته لهم دراسة متعمقة (دراسة الحالة)، (حالة هانز، حالة دورا، حالة شريبير).

ويعتمد المنهج الإكلينيكي على دراسة الحالة على طبيعتها وكما هي موجودة دون تدخل من الباحث.

مثال على دراسة الحالة في (ردود الفعل لضغوط المعركة)

بعد الحرب العالمية الثانية روى المحللان النفسيان "جرينكر" و"سبيجل" عن خبراتهما في مقابلة وعلاج أفراد متورطين في معارك الطيران، في كتابهما (رجال

تحت الضغوط)، قاموا بوصف الضغوط الشائعة لكل المقاتلين وردود الفعل المتنوعة التي تحدث بين الأفراد المختلفين بعد وصف أنواع الأخطار التي تعرض لها رجال الطيران واستخدامهم لمجموعة السلوكيات الأخلاقية للتعامل مع التهديدات المستمرة المواجهة لهم، وسأل المؤلفان مما يخاف رجال الطيران؟

وكانت الضغوط متمثلة في:

أ- طائرات العدو المقاتلة

ب- المدافع المضادة

ت- الموت

ث- الهزيمة

ج- الانفجارات

ويصف كل من "جرينكر" و"سيجل" أن رد الفعل والاستجابة لهذه الضغوط عبارة عن زيادة الانتباه واليقظة لتجنب التهديد، ولكن مع تكرار التهديد قد يحدث العجز متمثلاً في فقدان الثقة بسبب الأخطاء والتعب الجسدي وفقدان الأصدقاء.

وكان من ضمن نتائج هذه الدراسة أن كثرة التعرض للضغوط يؤدي إلى الاكتئاب، أو اضطرابات سيكوسوماتية، والذي يتزامن مع الإحساس بالفشل.

التقييم النقدي لمنهج دراسة الحالة

المميزات

- ١- يدرس الظاهرة كما هي دون اصطناع
- ٢- يتميز هذا المنهج بالدقة في النتائج
- ٣- يتميز بالدراسة المتعمقة والمكثفة للأفراد
- ٤- يدرس التعقيد في الشخصية بداية من البنية والعملية والمرض

العيوب

- ١- الملاحظات ذاتية وفردية
- ٢- صعوبة إعادة الظاهرة مرة أخرى
- ٣- صعوبة دراسة كل الظواهر الطبيعية
- ٤- تعطي دراسة الحالة نتائج منخفضة الثبات والصدق
- ٥- صعوبة تعميم النتائج لقلة العينة

الفحص النفسي للحالة

هو عبارة عن الأساليب والطرق التي يتبعها المعالج النفسي لتقييم وتشخيص الحالة على المستوى النفسي والجسدي والعقلي والعصبي والمعرفي.

وجمع معلومات عن شخص ما ضمن خدمة نفسية لإجراء التشخيص، عادة ما يكون التقييم بشكل عام هو المرحلة الأولى في العلاج، ولكن في حالة التقييمات النفسية فيمكن أيضاً استخدامها لأهداف قانونية مختلفة. يشمل التقييم معلومات اجتماعية وسير ذاتية وملاحظات مباشرة وبيانات من اختبارات نفسية محددة، يجريها عادةً أطباء نفسيين ويمكن للتقييم أن يشمل عدداً من متخصصي المجالات الأخرى كالممرضات والأخصائيين النفسيين والمعالجين المهنيين والأخصائيين الاجتماعيين والمستشارين المهنيين المرخصين.

لمن نلجأ لطلب المساعدة والفحص والتشخيص (من يعمل في مجال التشخيص والعلاج النفسي) ؟

- المعالج النفسي :

وهو خريج أحد أقسام علم النفس ، ويحصل علي درجة عليا لا تقل عن الدكتوراه ويتخصص بالتشخيص والعلاج النفسي .

- الاخصائي النفسي :

يتخرج من أحد أقسام علم النفس بالجامعة ويتخصص بالقياس النفسي وإجراء الاختبارات ودراسة سلوك العميل واتجاهه العام ومساعدة المعالج النفسي .

- الطبيب النفسي :

هو ذلك الشخص الذي تخرج من كلية الطب ثم درس علم النفس وعلاج الأمراض النفسية، ويهتم أكثر من غيره بالتشخيص والعلاج الجسمي والعلاج الجراحي..

- الاخصائي الاجتماعي النفسي :

خريج أحد أقسام الخدمة الاجتماعية ويتأهل وتأهيل خاص في الخدمة الاجتماعية. ويهتم بإجراء المقابلة مع المريض وأسرته وبالبحث الاجتماعي للحالة (بالنسبة للمريض) وينظم معظم أوجه نشاط العيادة النفسية.

- المساعدون النفسيون:

اخصائي القياس النفسي أو أخصائي التخاطب - اخصائي العلاج باللعب-

أخصائي العلاج بالفن .

- الممرضون النفسيون:

يتخرجوا من معاهد التمريض ويتدربون علي التمريض النفسي ويختصون بتسجيل

السلوك النفسي ، وهم يتابعون عمل معين، كتابة التقارير . وقد شارك في تنفيذ

البرامج العلاجية ومتابعته وتهيئة المناخ النفسي المساعد علي العلاج.

- آخرون:

يمكن الاستعانة بالمدرّبين - معلمين أباء في الإرشاد الأسري والاضطرابات
الناجمة عن سوء المعاملة وكذلك علماء الدين. بمعنى أي فرد يستطيع مساهمة
علمية في تحقيق الصحة النفسية علي المستوي النمائي. أو الوقائي .

ما يجب ان يراعي في التشخيص وفحص الحالة :

التشخيص يعني التقييم ومعرفة اوجه الخلل وكيفية التعامل معه ولا يصلح التركيز
علي جانب واحد من الشخصية ، فنحن ندرسها من خلال الخطوط العريضة ، فليس
من السهل معرفة الشخصية بسهولة ، ولذلك لابد من مراعاة التالي :

- التكامل :

معرفة الموضوع بصورة مترابطة أي معرفة جوانب الشخصية في علاقتها ببعضها
وبالصورة التي عليها في الوقت الراهن .

- انتقاء الوقائع :

الترابط بين الوقائع أي قاسم مشترك بين الاحداث ، وعدم وضع افكار متناقضة

- وفرة المعلومات :

كلما كانت المعلومات كثيرة كلما كانت التشخيصات أكثر دقة .

- الاقتصاد :

الوصول إلى الهدف بأقل وقت وجهد وتكاليف فلو استطعت الوصول الي الشئ بأقل وقت وجهد يُفضل

- الانتظار / التريث :

يجب أن يتريث المعالج ويكون مستمعًا جيدًا، ولكن بوسطيه دون الإطالة، ولا يتسرع في التشخيص ولا يتسرع في الحكم على الأمور.

أخلاقيات التشخيص والعلاج :

١. يتقبل الاخصائى النفسى الكلينيكى العميل كما هو دون إبداء نقد، أو تعنيف، أو انفعال، أو انزعاج أو استنكار لما يعبر عنه أو يصدر منه.

٢. قبل العلاج، يقوم الاخصائى النفسى بمناقشة العميل فى طبيعة البرنامج العلاجى، والأجر، وطريقة الدفع، مع مصارحة العميل بحدود إمكانيات العمل الكلينيكى الذى يمارسه معه من تشخيص، أو إرشاد، أو علاج دون مبالغة.

٣. يجب الالتزام التام من جانب الاخصائى النفسى بجدول المواعيد الخاصة بالعميل.

٤. إذا كان الاخصائى النفسى المشارك فى العلاج متدرباً، أو مساعداً تحت إشراف أستاذ، أو كان المعالج أستاذاً يعاونه طلاب، فيجب إخطار المريض بهذه الحقائق.

٥. يحصل الاخصائى النفسى على إخطار كتابى بموافقة العميل على كافة الإجراءات العلاجية والمقابل المادى، على أن تستخدم فى هذه الموافقة لغة مفهومة، وأن يعلن العميل فيها أنه أحيط علماً بالمعلومات الجوهرية الخاصة بعلاجه.

٦. يجب على الاخصائى النفسى التأكد من خلو العميل من أى مرض جسمى، أو ذهان عضوى قبل قبوله للعلاج، وفى حالة الشك فى ذلك يجب عليه تحويله إلى الأطباء المتخصصين، أو الاستعانة بهم فى العلاج.

٧. فى حالة العلاج الأسرى الجماعى، على الاخصائى النفسى أن يحدد أى منهم المريض وأيهم المعاون فى العلاج، ويحاول التوفيق بين العلاقات الأسرية بما يعيدها إلى طبيعتها أولاً، ولا يدعو إلى الانفصال إلا فى حالة الضرورة القصوى.

٨. يجب على الاخصائى العمل على إنهاء العلاقة المهنية أو العلاجية مع العميل إذا تبين أنها حققت أهدافها بالشفاء، أو أن استمرارها معه لن يفيد العميل، وفى هذه الحالة على الاخصائى أن ينصح العميل بطلب العلاج من جهة أخرى، ويتحمل المسئولية كاملة فى تقديم كافة التسهيلات للجهة البديلة.

٩. على الاخصائى النفسى الكلينى أن يتعاون بأقصى ما يستطيع مع زملائه من التخصصات المختلفة فى فريق العلاج لتحقيق أفضل ما يمكن تقديمه من خدمة للعميل.

١٠. يقتصر تسجيل المعلومات عن المريض على الهدف العلاجي وفي حدوده فقط، ولا يتجاوز ذلك إلى معلومات لا تفيد عملية العلاج، وذلك للتقليل من انتهاك الخصوصية.

ويمكن حصر أهم البيانات التي يتم من خلالها الفحص المبدئي للحالة فيما يلي:

- البيانات الأساسية

يتم ذلك بأخذ معلومات المريض الرئيسة التعريفية؛ كاسمه وجنسه وعمره وحالته الاجتماعية بالإضافة إلى عمله ومكان إقامته، كل هذه المعلومات مهمة كي يتم معرفة المريض، وتوثيق معلوماته إضافة إلى ربط حالته المرضية ببياناته الشخصية.

- فحص المظهر والسلوك

الفحص السريري للمرض النفسي فحص مظهر وسلوك المريض يتم تقييم مظهر المريض من ناحية جنسه، وعمره، وهل يبدو مظهره مناسباً لعمره أم لا، وتقييم لباس المريض، وهل هو مناسب لسن المريض وجنسه، وهل المريض نظيف أم لا، مع ملاحظة أي رائحة غريبة تصدر منه، كرائحة الكحول، أو رائحة بول أو براز، بالإضافة إلى ملاحظة وقفة المريض، ويجب الانتباه إلى حجم بؤرة العين، والانتباه لوجود أي كدمات خاصة بالأماكن المخفية وآثار الحقن، لأن هذا يرفع احتمالية

تعاطي المريض للأدوية أو للمواد الممنوعة، أو لأي علامات تدلّ على محاولة الانتحار كجرح عند منطقة الرسغ.

ثم يتم تقييم سلوك المريض عن طريق الانتباه لوجود أيّ حركات لا إرادية يقوم بها، بالإضافة إلى الانتباه لتجنّب المريض التواصل البصريّ؛ فعندما يتجنّب المريض التواصل البصريّ مع الطبيب ومع من حوله؛ فهذا يدلّ على أن المريض في حالة اكتئاب،

وأيضاً يجب تقييم المريض بشكل عام؛ هل هو هادئ أم منفعل، أو هل هناك أي رعشة في اليدين أم لا.

- الفحوص الجسدية

وبالرغم من عدم وجود اختبارات فسيولوجية تؤكد أي مرض عقلي، فإنه يمكن استخدام الاختبارات الطبية لاستبعاد أي حالات طبية متزامنة قد تظهر مع أعراض نفسية، وتشمل هذه اختبارات الدم التي تقيس الهرمون المنبه للغدة الدرقية (TSH) لاستبعاد نقص الغدة الدرقية أو فرط نشاط الغدة الدرقية وتحليل الأملاح والمواد الأساسية الموجودة في بلازما الدم ومستوى الكالسيوم في الدم وإنزيمات الكبد لاستبعاد اضطراب الأيض الغذائي وفحص الدم الشامل لاستبعاد أي عدوى جهازية أو مرض مزمن. ويمكن أن يشمل الفحص لمرضى الخرف عن قياس مستويات فيتامين ب-١٢

في الدم وتحليل الاجسام المضادة وتفاعلاتها في بلازما الدم لاستبعاد مرض الزهري أو عدوى فيروس نقص المناعة المكتسبة والتخطيط الكهربائي للدماغ والتصوير المقطعي أو التصوير بالرنين المغناطيسي. ويحتاج الأشخاص الذين يتناولون الأدوية المضادة للذهان إلى قياس مستويات الجلوكوز والدهون في البلازما للكشف عن متلازمة الأيض الغذائي التي يسببها الدواء بالإضافة إلى تخطيط كهربائي للقلب لاكتشاف اضطراب كهربائية القلب بسبب علاجي خارجي.

- الأسرة:

الوالدين- الحياه معهم- اعمارهم- صحتهم- هل توفي احد منهم؟ في اي سن؟ ، ترتيبه بين اخواته ، هل يعيش مع اسرته، كيف يتعامل معهم ،كيف يعاقب؟ وما هو رد فعله؟

- الطفولة :

هي الاساس التي تنقش فيه شخصية الطفل ، فلو اهتمنا به صحيا ...طفولته هادئة - شراسة الحالة الجسمية والنفسية ، ولو في معلومات اثناء الحمل والولادة والفظام (فأى خلل في أي مرحلة يؤثر علي ما سيأتي)

- سنوات التعليم :

ذهب المدرسة - الروضة - الاصدقاء - الالعب المفضلة - الحالة الدراسية .

- مكان الإقامة الحالي :

هل هو نفسة -الذي عايش فيه من قبل فقد يكون المكان نفسه يسبب له متاعب نفسية .لمعرفة مدي ملائمة البيئة وتأثيرها عليه ومدي تأثيره النفسي .

- العمل :

ماذا يعمل ؟ وما شعوره نحو العمل ؟ مشبع ام لا ؟ هل يهتم به؟ هل الاجر كافي ؟

- وصف المشكلة الراهنة

نتركه يتحدث عن اعراضه ونستطيع الوقوف علي حالته واحساسه الراهن من بداية ظهور الاعراض الي مجيئه للعيادة.

ثم يتم معرفة المشكلة الرئيسية التي يعاني منها المريض وتسجيل الشخص الذي يعطي معلومات المريض، وهل المعلومات يتم أخذها من المريض نفسه أم من أحد أقاربه.

يتم السؤال بعد ذلك عن الحالة المرضية التي يعاني منها المريض مع وصف كامل لأنه إذا كانت مشكلة المريض الرئيسة هي الأرق، فالأرق يختلف في كل حالة نفسية عن الأخرى، فمثلاً هل يقصد المريض أنه كان ينام الساعة العاشرة مساءً وأصبح ينام

الساعة الثانية عشرة، أم أنه كان يستيقظ الساعة الخامسة فجراً وأصبح يستيقظ عند الثالثة فجراً، كل هذه المعلومات لها دلالات، فالحالة الأولى تُسمى الأرق الأولي ويدلّ على أن المريض يعاني من القلق، أما الحالة الثانية فتُسمى الأرق الطرفي وتأتي هذه الحالة مع المرضى المصابين بالاكتئاب.

ثم يُسأل المريض عدّة أسئلة للتوصّل للتشخيص الصحيح، من هذه الأسئلة سؤال المريض هل فكّر بالانتحار أو فكّر بقتل أي شخص، أو إذا قلّت شهيته عن الطعام في الآونة الأخير، وكيف يرى نشاطه وطاقته، بالإضافة إلى أي تغيير على عدد ساعات نومه، سواءً زيادة أو نقصاناً، ويُسأل المريض عن مدى تأثير الحالة التي يعاني منها على حياته العملية وعلاقاته مع الناس.

- التغيرات والتطورات في الشخصية

من الضروري سؤال المريض عن العوامل التي طرأت على حياته، ويمكن أن تكون التي أدّت إلى حدوث الأعراض النفسيّة التي يعاني منها، كالتعرّض لصدمة ما، أو الإدمان على مادة معيّنة، أيضاً يجب السؤال عن حياة المريض الاجتماعيّة، كمصدر الدخل، وأين يعيش ومع من، حتى إنه يجب السؤال عن معتقدات المريض، وإن كان تعرّض لحالة مشابهة سابقاً أم لا، أو تعرّض أحد أفراد الأسئلة إلى أي مرض نفسي أو محاولة انتحار، وإذا كان هناك أي تاريخ مرضي نفسي في العائلة؛ والاستفسار

عن نوع الدواء النفسي الموصوف للمريض ومدى استجابته له، لأنه يمكن أن يعطي إشارة للطبيب عن الدواء الممكن استعماله في حالة المريض، وإمكانية استجابة المريض له.

- حديث المريض

فحص حديث المريض هل يتكلم المريض بسرعة أم ببطء أم بصورة عادية، بالإضافة إلى ارتفاع أو انخفاض صوته، وهل يتحدث بدرجة صوت عادية، وهل يتكلم كلاماً مفهوماً أم لا، والانتباه إلى حدة النبرة التي يتحدث بها المريض.

- الجانب الجنسي :

يعتبر الحديث عن الجانب الجنسي من الأمور المهمة والضرورية في الفحص النفسي ويحتاج لخبرة وتوقيت وأسلوب وخاصة في المشاكل الاسرية وما يرتبط بها من فكر.

وهي من الصعب الكشف عنها لحساسيتها والبوح بها علي الرغم من انها قد تكون أحد الاسباب الرئيسية .

والحديث عنها يعتبر نوع من امتهان الكرامة ، وعلي المعالج ان يتكلم بنوع من الحرفة والحياء - اسلوب غير مباشر - عدم افشاء الاسرار - فكثير من المشاكل يكون ظاهرها شئ وباطنها شئ اخر يدل علي هذا الجانب .

- العادات والتقاليد والمعتقدات:

وهي مهمة جداً من حيث احساسه و يقينه بالحياة والسعادة، وهل الحياه وسيلة أم غاية ، فكرته عن السحر والعمل والشعوذة ومعتقداته عن الجن وغير ذلك .

- فحص الحالة المزاجية

فحص مزاج المريض يتم تقييم مزاج المريض من وجهتي نظر؛ وجهة نظر الطبيب ووجهة نظر المريض.

أولاً يتم سؤال المريض عن مزاجه، وكيف يشعر، ثم يتم تقييم مزاج المريض من منظور الطبيب، بتحديد مزاجه؛ أي هل هو سعيد أو طبيعي أو منزعج، ومدى سرعة تحوّل مزاج المريض من حالة إلى أخرى، كأن يكون سعيداً وضاحكاً ثم يبكي بعد ثوانٍ.

- فحص تعاطي المواد المخدرة

يُسأل المريض بعد ذلك عن تعاطيه لأي مواد مخدّرة، أو إذا كان مشخّصاً ووُصِفَتْ له أدوية، هل يتناول أدويته النفسية أم لا؛ لأن أغلب الانتكاسات التي تحدث للمرضى النفسيين تكون بسبب توقّف المرضى المفاجئ عن تناول أدويتهم الموصوفة لهم.

- فحص أفكار المريض

وينقسم فحص أفكار المريض إلى جزأين؛ فحص محتوى أفكار المريض، وفحص عملية التفكير عند المريض.

أما عن فحص عملية تفكير المريض، فذلك لرؤية كيفية استعمال المريض للغة لتوصيل الأفكار التي تدور في ذهنه، حيث يتم تقييم مدى منطقية أفكار المريض، وهل هي أفكار ذات مغزى أم تدور حول فكرة معينة ولا توصل المعنى المطلوب، ومدى ترابط ووضوح أفكاره ومنطقيتها، وهل يسهب المريض في عرض أفكاره، كأن يظل يدور في حلقة مفرغة دون أن يصل إلى الفكرة المرجوة، بالإضافة إلى ملاحظة تطاير الأفكار لدى المريض. ويجرى فحص محتوى الأفكار حتى يتم وصف نوع الأفكار التي يتم التعبير عنها من قبل المريض، فمثلاً مريض الوهام Delusion تكون أفكاره عبارة عن معتقدات خاطئة يؤمن بها المريض، وتكون ثابتة غير متزعزعة، وغير مقبولة في مجتمع المريض، كما أنّ مصدرها مرضيّ، ولا يستطيع الطبيب تغييرها بالمنطق، أو قد تعبّر أفكاره عن الرهاب من شيء معين، والرهاب يعني معاناة المريض وخوفه من شيء بشكل دائم، ويكون هذا الخوف غير منطقي، أو قد تعبّر أفكاره عن أفكار انتحارية، أو معاناة المريض من أفكار دخيلة بشكل متكرر.

- فحص الاضطرابات الإدراكية

ذلك عن طريق السؤال عن ثلاثة أشياء رئيسية: الهلوسات، والأوهام، والغربة عن الواقع أو تبدد الشخصية.

أما عن الهلوسة فتعني أنّ المريض يدرك حسياً وجود شيء بدون أن يكون هناك شيء خارجي يحرض إدراكه هذا، ويمكن أن تكون الهلوسة بصرية أو شمّية أو سمعية أو حسية أو ذوقية، أما الأوهام فتعني أنّ هناك مؤثراً خارجياً، لكن المريض يتصوّر هذا المؤثر كشيء آخر، والغربة عن الواقع أو تبدد الشخصية يعني أن يشعر المريض وكأنه منفصل عن محيطه أو عقله وأفكاره.

فحص إدراك المريض ويُقسم هذا القسم إلى مجموعة أقسام وهي فحص وعي المريض أي هل هو متيقظ أم يشعر بالدوار أم متعب، ثم فحص التوجّه (Orientation) ويتم ذلك بسؤال المريض عن المكان الذي هو فيه الآن والوقت والشخص الذي يسأله، وفحص الذاكرة، حيث يتم فحص الذاكرة الفورية عن طريق سؤال المريض سؤالاً يعتمد على تركيزه وانتباهه، كأن يطلب الطبيب من المريض تكرار كلمات أو أرقام معينة.

- فحص الذاكرة

ثم فحص الذاكرة الحديثة بالسؤال عن شيء حدث منذ ساعات أو أيام، وفحص الذاكرة البعيدة بسؤال المريض عن شيء حدث منذ زمن بعيد، ثم بعد ذلك يتم فحص قدرة المريض على القراءة والكتابة، وتقييم المفاهيم المجردة عند المريض؛ بحيث يتم فحص المفاهيم المجردة عند المريض؛ عن طريق سؤاله عن التشابه بين عدة كلمات، ومدى فهمه لمثل بسيط.

- الحكم السليم على المواقف

فحص قدرة المريض على الحكم السليم فحص قدرة المريض على الحكم على موقف معين، لمعرفة قدرة المريض في تخمين عواقب الأمور؛ عن طريق إعطاء المريض حالة وتقييم طريقة حكمه عليها، وعادة ما يتم سؤاله عن موقف متعلق بحالته، ومثال ع المعايير التي يجب أن تُراعى أثناء عملية التشخيص

- الأحلام

يهتم بعض المعالجين النفسيين بتحليل الأحلام ومعرفة محتواها لاتصالها اتصالاً مباشراً بالواقع.

ومن الضروري عند سؤال المريض عن الأحلام معرفة ما هو محتوى الحلم، وهل يتكرر أم لا وإن كان يتكرر فكم عدد مرات تكراره، وما هي حالته قبل النوم.

- استبصار المريض:

أي مفهوم المريض عن ذاته، وبأعراض مرضه واستبصاره بها، وهل هو مدرك أن لديه مشكلة ويحتاج للمساعدة أم لا، وهل جاء المريض لطلب المساعدة النفسية بنفسه أم تم إجباره على ذلك.

الفصل الثاني

الفحص وكتابة التقرير

الفحص النفسي

يعتبر التشخيص النفسي الإكلينيكي Clinical Psych diagnosis أو التقييم الإكلينيكي Clinical Assessment or Evaluation، من أهم المجالات التي يعمل فيها الأخصائي النفسي الإكلينيكي. والمعنى الشامل للتشخيص في علم النفس الإكلينيكي هو: فهم المشكلات والاضطرابات النفسية أو العصابية والذهانية للفرد، والتنبؤ بسير المرض Prognosis، وبذلك تصبح خطوة رئيسة تسبق العلاج النفسي، إذن بدون التشخيص الصحيح لا يمكن توجيه المريض إلى العلاج المناسب.

وكلمة تشخيص Diagnosis مستمدة من أصل إغريقي يعني: "الفهم الكامل"، بمعنى: فحص الأعراض المرضية واستنتاج الأسباب، وتجميع الملاحظات في صورة متكاملة، ثم نسبتها إلى مرض معين محدد. فالتشخيص إذن هو فهم للمرض وبيان العلاقة بين الأعراض المرضية. بالإضافة أيضا لما يسمى بالتشخيص الفارقي Differential Diagnosis، وفيه يحاول الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يفرق بين مرض وآخر.

أما مصطلح التقييم النفسي الإكلينيكي Clinical Assessment or Evaluation فإنه مأخوذ في اللغة الإنجليزية من وضع قيمة للشيء بقصد تحديد الضريبة التي تؤخذ عليه، وفي اللغة العربية تحديد قيمة الشيء.

ولكن ما المقصود بالتقييم الإكلينيكي؟ يقصد بهذا المصطلح عدة معان منها ما يلي:

- الطرق التي نفهم بها الآخرين أي كيف نكون فكرة أو انطبعا عن شخص معين.
- جمع المعلومات الخاصة بفرد من الأفراد والمجال الذي يعيش فيه، وتنظيمها وتفسيرها.

- وصف سلوك الأفراد في مجالات حياتهم الطبيعية وتفسيره، والتنبؤ بسلوكهم في المستقبل.

- وبناء لما سبق فإن التقييم الإكلينيكي هو العملية التي تستخدم للوصول إلى قرار ولتكوين صورة أو نموذج ملائم عن المريض موضوع المساعدة.

ووفقا لما سبق فإن هناك نوعان من التصنيفات والتي تساعدنا بشكل عملي ومنهجي في إجراء العملية التشخيصية بشكل سليم، ويمكن توضيحهما من خلال طرح تساؤل ألا وهو: كيف لنا أن نعرف أن طفلا ما أو مراهقة ما أو شخصا ما يعاني من العصاب أو الذهان أو مصابة باضطرابات الشخصية؟

والفحص النفسي الإكلينيكي عبارة عن الأساليب والطرق التي يتبعها المعالج النفسي لتقييم وتشخيص الحالة على المستوى النفسي والجسدي والعقلي والعصبي والمعرفي.

وجمع معلومات عن شخص ما ضمن خدمة نفسية لإجراء التشخيص، عادة ما يكون التقييم بشكل عام هو المرحلة الأولى في العلاج، ولكن في حالة التقييمات النفسية فيمكن أيضاً استخدامها لأهداف قانونية مختلفة. يشمل التقييم معلومات اجتماعية وسير ذاتية وملاحظات مباشرة وبيانات من اختبارات نفسية محددة، يجريها عادةً أطباء نفسيين ويمكن للتقييم أن يشمل عدداً من متخصصي المجالات الأخرى كالممرضات والأخصائيين النفسيين والمعالجين المهنيين والأخصائيين الاجتماعيين والمستشارين المهنيين المرخصين.

ويتضمن التشخيص النفسي الاكلينيكي مدخلين هما:

أ- النظم الفئوية، وهذا مدخل الطب النفسي.

ب- والنظام البعدي، أي المعتمد على الأبعاد، وهذا مدخل سيكولوجي.

أولاً: النظم الفئوية Categorical Systems:

تسمى النظم التصنيفية للعصاب وللذهان ولاضطرابات الشخصية ولاضطرابات النمائية والارتقائية في الطب النفسي نظم فئوية تعتمد على عدد الأعراض، وشدها، ودوامها، ومدى إعاقتها للفرد. ومن أكثر النظم الفئوية شيوعاً: الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية (DSM-5) بإصداراته السابقة واللاحقة والصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين (APA)، والتصنيف الدولي العاشر للأمراض النفسية (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO).

وتعد هذه النظم الفئوية عملية إرشادية للأطباء وللأخصائيين النفسيين أثناء العملية التشخيصية، فضلا عن أهميتها في إجراء الأبحاث والتدريب والعلاج الإكلينيكي. ومع ذلك فهناك اتفاق واسع على أن نظام التصنيف الفئوي في الطب النفسي ينقصه الصدق، وخاصة فيما يتعلق بإعطاء وزن واحد للمحكات التشخيصية.

ثانياً: النظام البعدي المعتمد على الأبعاد Dimensional System:

والافتراض العام لهذا المنحى هو أن الوحدات المرضية كمية - فالفرق بين الأفراد سواء في العصاب أو الذهان أو الاضطرابات الشخصية أو في الاضطرابات النمائية والارتقائية هي فروق كمية وليست نوعية؛ فالفرق في الدرجة وليس في النوع ، وأن الفرق بين الأفراد ينظر إليها على ضوء الابتعاد عن المستويات الكمية للأعراض، كما يعتمد النظام البعدي على تفسير السلوك والتحليلات الإحصائية.

والميزة الأساسية للمنحى البعدي في التصنيف، أن تجمعات السلوك تستخرج من خلال البيانات العملية الواقعية ويتم مقارنة سلوك الأفراد بالمعايير السوية؛ أي بالمتغيرات التطورية، وبالصفحات النفسية الإكلينيكية لعينات وشرائح عمرية مختلفة، ووفقاً للنوع (ذكور/ إناث) أيضاً.

ومع ذلك فإن المشكلة الأساسية في المنهج البعدي، أنه لا يسمح بتكوين شخص إكلينيكي بشكل قاطع؛ وهذا راجع إلى أسباب كثيرة نذكر منها على سبيل المثال نوع

الإجراءات الإحصائية المستخدمة في التقنين واستخراج المعايير، وعدد بنود الاختبار ومضمونها، وعدد أفراد العينة المستخدمة في التحليل، هذا بالإضافة إلى ثبات وصدق الاختبار.

مقارنة بين المنحى الفئوي والمنحى البعدي:

لكل من المنحى الفئوي والمنحى البعدي مزايا خاصة ، فالمدخل الفئوي مطلوب لاتخاذ القرار الإكلينيكي، ولكن المنحى البعدي يسمح بفحص كل الجوانب الخاصة بتدرج خطورة الحالة، ويجعل من الممكن دراسة متعلقات هذه الخطورة، كما يفضل بعض الباحثين المدخل البعدي أيضا لأنه يعطي قوة إحصائية أكبر عند تحليل البيانات، ومع ذلك فإن المدخل البعدي غالبا ما يكون مقصورا على القياس من خلال فترات حديثة من الزمن (كالأسبوع، أو الشهر المنقضي)، على العكس من المدخل الفئوي التي يمكن أن تطوع للتقدير خلال تاريخ الحياة، ومع ذلك فإن كل مدخل له استخدامات خاصة في مختلفة السياقات، وإن كان استخدامهما معا هو الأفضل على كل المستويات.

ومن ثم فالتشخيص قد يأخذ إحدى صورتين وهما كما يلي:

الصورة الأولى:

وهي التشخيص وفقا للتصنيف الذي يأخذ به الأخصائي النفسي الإكلينيكي، وهذا النوع من التشخيص ينحصر في وضع تسمية للمرض أو الشكوى التي يعاني منها المريض، وهو الصورة التي يأخذ بها معظم الأطباء النفسيين وبعض الأخصائيين النفسيين، ومثل هذا التشخيص مفيد في بعض الحالات التي تستدعي تدخل علاجي فوري، ومن ثم يصبح معرفة تطور الحالة والعوامل المؤثرة في ذلك أمرا يستلزمه علاج المريض بسرعة لإنقاذه من أخطار مرضه.

الصورة الثانية:

التشخيص وفقاً لديناميات المرض النفسي، وفي هذه الحالة تدرس الحالة من جميع جوانبها وخاصة من ناحية القدرات والدوافع والانفعالات والقيم والاتجاهات، وأساليب السلوك الدفاعية التي يتخذها؛ فضلا عن آثار البيئة والمجال الذي نشأ فيها. أما الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون القائلون بضرورة التشخيص وأهميته، وأنه لا بد وأن يسبق العلاج خطوات محددة يتم بمقتضاها التشخيص وهي مرحلة التعرف على مشكلة المريض ثم جمع المعلومات عنه وتطبيق الاختبارات، ثم معالجة المعلومات وتنظيمها، وأخيراً وضع التشخيص المبدئي الذي يبنى عليه العلاج.

إن فإن عمل الأخصائي في التقييم الإكلينيكي هو عمل المستشار الفني ويتمثل هذا في صياغة الأسئلة التي يجيب عنها، وفي تحليله للمواد المختلفة التي يحصل عليها وفي النتائج التي يعرضها وكذا المقترحات والتوصيات التي يقدمها.

التقرير النفسي الإكلينيكي:

يعد التقرير النفسي الإكلينيكي هو خلاصة كل ما سبق من أبحاث ودراسات الشخصية المريض أو العميل، وهذا التقرير يتم صياغته وكتابته وفقاً لطبيعة الشخص الذي يوجه إليه التقرير ومدى قدرته على تفهم ما به من مصطلحات، أو عبارات إكلينيكية، وكذلك باختلاف الغرض الذي يقدم من أجله، ومن ثم فعلى الأخصائي النفسي أن يراعي فيه من الذي سوف يقرأه ويستفيد منه، هل هو الطبيب النفسي، أم المعالج النفسي، أم المرشد النفسي؟ وخاصة أن مستوى اللغة المستخدمة وتفصيلات التقرير ومحتوياته تتحدد جميعها باهتمامات القارئ ومسئوليته نحو المريض، ومدى درايته بالمصطلحات النفسية ودلالاتها. ولذا فإن كاتب التقرير يجب أن يصيغه في الصورة التي تتفق مع معلوماته العامة وخبراته وتفاعلاته مع المختصين الآخرين.

أهداف كتابة التقرير النفسي:

- الإجابة عن أسئلة المصدر (الجهة) الذي أحال لنا المريض أو العميل أو الحالة، وقد يكون المصدر هو المريض نفسه، وقد يكون الطبيب النفسي، أو أي جهة أخرى هي مصدر التحويل.

- إمداد متلقي التقرير بمعلومات علمية دقيقة تساعد وتعينه على فهم الحالة، وكيفية التعامل معه على النحو الأمثل، ووضع الخطط العلاجية بناءً على هذه المعلومات.

- يوفر لنا سجلا مكتوبا والذي يعد في حد ذاته مجموعة من الوثائق النفسية، والنتائج والتوصيات والتنبؤات والأحكام العيادية، وخطط العلاج، وطرق متابعة الحالة في المستقبل إذا ما تم فحص الوظائف النفسية نفسها لنعرف ما إذا كانت تتحسن أم تتدهور، ومن ثم يساعدنا في تحديد المسار الذي تتخذه خطط العلاج والمتابعة، كما يمكن الاستفادة من هذا السجل أيضا في أغراض علمية أو بحثية، أو في برامج الصحة النفسية.

إشكاليات حول التشخيص أو التقييم الإكلينيكي:

يختلف الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون في موضع التقييم (التشخيص) الإكلينيكي أثناء عملهم مع الأفراد الذين يحتاجون إلى مساعدة. فالبعض يرى أن التشخيص أو التقييم الإكلينيكي يجب أن يسبق العلاج أو المساعدة التي يقدمها

الأخصائي النفسي الإكلينيكي، في حين أن البعض الآخر يرى أن يتم التشخيص في أثناء عمليات العلاج أو المقابلة الإرشادية، بل أن البعض يستبعد التشخيص أو التقييم الإكلينيكي من عملية العلاج أو الإرشاد على اعتبار أنه عملية لا ضرورة لها أو أنه معطل، ويرى أنصار هذا الرأي أن التشخيص يضع المريض وراء ستار من التسمية والتصنيف بحيث يخفي السمات الخاصة بالمريض ومعالم شكواه عن المعالج

النفسي، ولذلك فالتشخيص أو التقييم في نظرهم أمر يأتي مصاحبة للعمل العلاجي ويتدرج معه على أساس أنه جزء منه وليس سابقا عليه.

أما الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون القائلون بضرورة التشخيص وأهميته، وأنه لابد وأن يسبق العلاج خطوات محددة يتم بمقتضاها التشخيص وفقا لما يلي:

المرحلة الأولى:

وهي مرحلة الإعداد Preparation Stage: وفيها يتعرف الأخصائي النفسي الإكلينيكي وزملائه على مشكلة المريض، ويضعون الخطة اللازمة لدراسة حالته، تتضمن هذه المرحلة العمليات التالية:

١- اتصال الأخصائي النفسي بجهة التحويل والمعلومات التي ترسلها جهة التحويل سواء في صورة تقارير أو خطابات.

٢- المعلومات الأولية التي يجمعها الأخصائي النفسي في المقابلة المبدئية.

٣- القرارات المبدئية بصدد قبول الحالة أو عدم قبولها، وأهداف التقييم الإكلينيكي.

٤- اختيار أدوات التقييم من اختبارات ومقاييس شخصية.

المرحلة الثانية:

وهي مرحلة تلقي المعلومات Input Stage وتتضمن هذه المرحلة العمليات الآتية:

١- المقابلات التشخيصية التي تتم بين الأخصائيين والمريض، وهذه قد تستلزم تعديلات في أهداف التقييم ووسائله، وتتضمن كذلك تطبيق الاختبارات التي يرى الأخصائي تطبيقها على الحالة.

٢- تصحيح الاختبارات وتنظيم نتائج المقابلات وتنسيقها ووضعها في صورة كمية، كما تتضمن أيضا مجموعة من الأحكام الجزئية الوصفية.

المرحلة الثالثة:

وهي مرحلة معالجة المعلومات Processing Stage وفيها يقوم الأخصائي بتنظيم المعلومات التي حصل عليها وتوضيح المعاني المتضمنة بها Assign Meaning وهي خطوة استخراج النتائج الإحصائية وما يتصل بها من تنبؤات بشأن المستقبل وتفسيرها تمهيدا للاستفادة منها في الخطة العلاجية، ويرتبط بهذا المرحلة وضع صورة مبدئية واضحة للمريض يمكن العمل وفقا لها.

المرحلة الرابعة:

هي مرحلة تقديم المعلومات Output Stage وتتضمن هذه المرحلة كتابة التقرير Report Writing واجتماعات مناقشة الحالة ثم اتخاذ القرارات الأخيرة بشأن العلاج وأسلوب العمل مع الحالة والاتصال بها وينقل الأخصائي ما وصل إليه من معلومات إلى غيره من الأخصائيين أو يتابع خطة العلاج التي يكون قد استقر عليها الرأي إذا كان هو المعالج النفسي ذاته.

إذن فإن عمل الأخصائي في التشخيص أو التقييم الإكلينيكي هو عمل المستشار الفني والعملي ويتمثل هذا في صياغة الأسئلة التي يجيب عنها، وفي تحليله للمواد المختلفة التي يحصل عليها وفي النتائج التي يعرضها وكذا المقترحات والتوصيات التي يقدمها.

ومن ثم فعمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي يتركز في الفرد بكليته بوصفه جشطات، وليس في مجموعة الاختبارات والوسائل التي يستخدمها، ومن الأدوات والوسائل المستخدمة في التقييم النفسي الإكلينيكي ما يلي:

١- تاريخ الحالة Case History أو استرجاع الخبرات Anamnesis تعتبر من أهم مصادر المعلومات عن الحالة.

٢- كما تعتبر المقابلة التشخيصية diagnostic Interviewing من أهم مصادر المعلومات بما تتضمنه من الحصول على معلومات وما تتيحه من فرص للملاحظة المباشرة للمريض في موقف المقابلة. وينبغي أن نشير هنا إلى أهمية المقابلة التشخيصية وتاريخ الحالة من حيث أنها تصف سلوك المريض في مواقف حقيقية في حين يعتمد إجراء الاختبارات على مواقف مصطنعة أو متخيلة.

٣- الاختبارات النفسية Psychological Test وهي تعد أداة هامة من حيث أنها تكمل المعلومات التي نحصل عليها بطرق مختلفة، وقد تلقي عليها أضواء جديدة، كما أنها كثيرا ما تسد الثغرات التي توجد في مجموعة المعلومات التي لدينا، كما أنها

تعين في التنبؤ بدرجة عالية ويمكن تلخيص الدور الذي تقوم به الاختبارات والمقاييس

السيكولوجية في العمل الإكلينيكي في ثلاث نقاط كما يلي:

١/٣ - تقييم إمكانيات الفرد وقدراته.

٢/٣ - تقديم وصف تشخيصي لسلوك الفرد بما في ذلك مشاعره واتجاهاته وأفكاره.

٣/٣ - تقديم ديناميات السلوك من خلال ما يسمى بالاختبارات الإسقاطية حيث

تساعد نتائج هذه الاختبارات في إدراك العوامل المؤثرة في سلوك الفرد، وفي رسم

خطة العلاج وذلك عن طريق الاتجاهات التي تكشف عنها هذه الاختبارات.

ويجب ملاحظة أن كل حالة Case من الحالات التي ندرسها هي حالة فريدة في

نوعها، ومن ثم تتطلب دراسة خاصة تتلاءم معها، وتتفق مع ظروفها، ومستوياتها

العقلية، وإمكانياتها الاجتماعية، فضلا عن السن والتعليم والمستوى الاقتصادي

والاجتماعي، ومن ثم رسم صورة ملائمة للعمل مع الحالة يعقبها اتخاذ القرارات

الخاصة بها؛ ولذا فهناك اتجاهان في تحديد النواحي العامة لدراسة الحالة Case

Study، وهما كما يلي:

الاتجاه الأول:

وهو الاتجاه الذي يركز على الخصائص والصفات التي تتميز بها

الحالة بما

في ذلك البيانات الأولية، والخصائص الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعي، ثم النواحي الدراسية والمهنية، ثم الشكوى وأسبابها والأمراض التي يعاني منها المريض وغير ذلك، وهذا الاتجاه تحليلي في أساسه وطبيعته.

الاتجاه الثاني:

وهو الاتجاه الذي يهتم بعرض صورة وظيفية متكاملة للمريض في نواحي الكيف والحياة المختلفة، وهو اتجاه تركيبي في أساسه وطبيعته، والتي يطلق عليها في الحقيقة صياغة الأخصائي النفسي الإكلينيكي للحالة Formulation of the Case، ومع ذلك ففي كلا الاتجاهين يهتم الأخصائي بالشكوى والأمراض وتطورها؛ وأسبابها والاقتراحات الخاصة بالعلاج.

التقرير النفسي الإكلينيكي:

يعد التقرير النفسي الإكلينيكي هو خلاصة كل ما سبق من أبحاث ودراسات الشخصية المريض أو العميل، وهذا التقرير يتم صياغته وكتابته وفقا لطبيعة الشخص الذي يوجه إليه التقرير ومدى قدرته على تفهم ما به من مصطلحات، أو عبارات إكلينيكية، وكذلك باختلاف الغرض الذي يقدم من أجله، ومن ثم فعلى الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يراعي فيه من الذي سوف يقرأه ويستفيد منه، هل هو الطبيب النفسي، أم المعالج النفسي، أم المرشد النفسي؟ وخاصة أن مستوى اللغة المستخدمة وتفصيلات التقرير ومحتوياته تتحدد جميعها باهتمامات القارئ ومسئوليته نحو

المريض، ومدى درايته بالمصطلحات النفسية ودلالاتها. ولذا فإن كاتب التقرير يجب أن يصوغه في الصورة التي تتفق مع معلوماته العامة وخبراته وتفاعلاته مع المختصين الآخرين.

وعادة ما يشمل التقرير النفسي الإكلينيكي المتضمنات التالية:

- ١- البيانات الأولية.
- ٢- أسباب الإحالة أو الشكوى التي يطلق المريض التغلب عليها.
- ٣- الاختبارات التي أجريت على المريض.
- ٤- ملاحظات المختص أثناء إجراء الاختبارات.
- ٥- الصورة النفسية للمريض.
- ٦- تشخيص مشكلات المريض أو انحرافه ومدى هذا الانحراف في صورة انطباعات.
- ٧- التوصيات الخاصة بالإرشاد أو العلاج النفسي، وينبغي أن تكون التوصيات دراسة وتقوم على أساس النتائج التي توصل إليها الأخصائي النفسي معتمداً في على إمكانيات المريض العقلية، وخصائصه الشخصية، وظروفه الاجتماعية، وأحواله الاقتصادية، وحالته الأسرية.
- ٨- ملخص الحالة: وفيه يركز على أهم النقاط التي عرض لها التقرير.

الأوصاف العامة لكتابة التقرير النفسي:

١- يجب أن يتضمن التقرير النفسي كل المعلومات المتصلة بالمريض فقط مع استبعاد المعلومات التي ليس لها قيمة أو أهمية أو التي قد تتسبب في أحداث الضرر للمريض.

٢- تجنب التعميمات أو الاكليشيات المفرطة.

٣- من الأفضل استخدام المؤشرات السلوكية (مقاييس الحدة والشدة والتكرار والمعدل والمستوي التي تبين حدة المشكلة التي يعاني منها المريض وما ينجم عن هذه المعاناة من سوء توافق في الحياة الاجتماعية والمهنية) لترفع معدلات ثبات معلومات التقرير.

٤- كتابة المصطلحات التي تساعد على التواصل الجيد مع الآخرين وتجاهل المصطلحات الفنية التي لا لزوم لها.

٥- استبعاد المصطلحات المتحيزة والعنصرية مع التقارير النفسية.

الإحالة The Referral

الإحالة في الاختبار النفسي تتم عادة عند ظهور مشكلة خاصة في سلوك شخص ما، وهذا السلوك أو الأعراض التجريبية تتطلب اهتمام بحقيقة أن شيئاً ستستضرب حدث وظهر صراع بالشخصية أو اضطراب، والمشكلة السلوكية التي نشر هذا الفرد هي عادة النقطة التي عندما قد يتم استدعاء الأخصائي النفسي استخدام خبرته العملية في التشخيص النفسي في توضيح وتحديد السبب في المشكلة.

والأطفال الذين يظهرون مشكلات إظهار المشكلات خارجية في المدرسة، دور المراهقون الذين يظهرون سلوكاً انتحارية أو اكتئابيه، أو مشكلات جنسية في الزواج، والذي يصاب فجأة بالاختلاط و اختلال التوجه، والذي يعاني حالة ذعر أو قلق، أو كبير السن الذي يصبح تدريجياً أكثر انسحاباً. هم أمثلة لطرق ظهور المشكلات في السلوك، هذه الأعراض أو مشكلات السلوك يجب أن في تفهم نطاق سباق الشخصية للفرد، وهذا هو جوهر المهمة للأخصائي النفسي الذي يحصل على الحالة للاختبار، وتقرير الاختبار النفسي هو مساعدة تنظيمية في فهم هذه المشكلات.

ما هو تقرير الاختبار النفسي؟

What is A psychological Test Report

يعكس تقرير الاختبار النفسي عملية تبدأ بمصدر إحالة، ولأن مصدر الإحالة يمكن أن ينشأ عن مجالات مهنية مختلفة ومستويات خبرة متنوعة، وأن الأخصائي

النفسي يجب أن يضع نصب عينيه أن التقرير النهائي يجب أن يكتب بطريقة مفهومة للشخص الذي سيقراه، يعني ذلك أن التقرير نفسه لا يمكن إرسال الأحد الوالدين، أو المعالج، أو المرشد المدرسي، ومشكلة المريض قد تكون حرجة، وشخص الإحالة الذي يساعد في حل المشكلة يجب أن يكون قادرا على استخدام الاستفادة من مدخلات الأخصائي النفسي، وبالتالي فإن الأخصائي النفسي المسئول عن الاختبار والتقرير يجب دائما أن يستجيب لحاجات المريض وكذلك الحاجات مصدر إحالة معين.

ما هو الاختبار النفسي؟ .. إنه اتصال. لذلك يجب أن يكون مكتوبا بطريقة تتطابق مع مستوى فهم القارئ وتدريبه، ويجب أن يستوفي التقرير معايير الوضوح، والمعنى، والتركيب

وضوح التقرير Clarity of The Report

يجب أن يكتب التقرير بلغة معينة، ويجب أن يكون الأسلوب مقنع وخالي من العبارات التي يصعب توصيلها بسبب عموميتها المفرطة، ولأن البيانات المطلوب عرضها قد تكون مكثفة ومفصلة، قد يشعر الطلاب والمهنيين على السواء بأنهم مغمورين في مهمة توضيح وتنظيم هذه المادة، هذه المشكلة كثيرا ما تؤدي إلى الاعتماد على أسلوب لا ييسر توصيل الأفكار بوضوح، والوضوح يتطلب فهم وتقدير اهتمامات القارئ، والتي تترجم بعد ذلك إلى عرض التقرير، ويجب على كاتب التقرير

أن يكون رصينة ويساعد القارئ بواسطة عرض المادة التي يسهل استيعابها، ومن طرق عمل ذلك هو استخدام جمل قصيرة في حين أن تلك طريقة جيدة في كل أنواع الكتابة المهنية، فإنها تفيد بوجه خاص في تحقيق الوضوح في كتابة تقرير الاختبار النفسي.

والمادة الخام للبروتوكول تعكس عالماً معقداً غامضاً، وتقرير الاختبار يحول غموض المادة والأعراض إلى شكل يمكن التعرف عليه في من عبارات واضحة، كذلك فإن التسلسل المنطقي للأفكار أساس في كتابة التقرير بين القائم بالاختبار والقائم بالإحالة.

وعند كتابة تقرير حول المريض، من المهم تذكر أننا نتعامل مع أناس واقعيين تحتاج مشكلاتهم إلى تفهم جيداً.

مغزى التقرير

Meaningfulness of the Report

التقرير يكون اتصال ذو مغزى إذا وجد القارئ أنه واضح ومفهوم، ويحدث الفهم عندما يكون مستوى الخطاب واستخدام اللغة مبني على مستوى يمكن أن يستخدم القائم بالإحالة، مثلاً، الوالد لا يستطيع فهم تقرير مكتوب لطبيب نفسي، العملات الأساسية التي قد لا يستمد المعنى الكافي من تقرير موجه

للوالد، والجمهور سنة لا يعني أن يحتوي التقرير على المزيد من الدقة، تماما كما هو الحال للجمهور الأقل ثقافة لا يعني أن يكون التقرير له أقل دقة.

وهدف التقرير كأداة للاتصال هو دائما تحويل الغموض أو الاختلاط إلى أسلوب ذو مغزى، بالتالي فإن الكلمات والأفكار يجب أن تكون واضحة على أي مستوى التقرير المكتوب، واستخدام المصطلحات العلمية، والعبارات الوصفية، و التي هي عقبات أمام توضيح الأفكار الدقيقة، لذلك فإن استخدام هذه الوسائل تتدخل في المعنى وتقلل ومنه، وبدلاً من الاعتماد على هذه الوسائل غير الفعالة، من الضروري الاحتفاظ بتركيز شديد على مشكلة المفحوص.

وعن طريق تفصيل العوامل المتضمنة في وظيفة الشخص، فإن الصورة النصية "البورتية" الذي له معنى واضح سيطور، وتفرد الشخص قيد الاختبار تير في تركيب التقرير، وبالتالي فإن وضوح ومعنى التقرير يجب أن يوجه في عرض النتائج.

تركيب التقرير النهائي

Synthesis of The Final Report

والتركيب أو تكامل التقرير يعني أن السلوك المبدئي أو مشكلة المريض قد زودت بسياق يفيد كنوع من المخطط الذي فيه التفاصيل ذات الصلة للمشكلة يمكن جعلها مرئية ومرتبطة ببعضها البعض، والتكامل يظهر أن المشكلة الحاضرة هي فقط جزء من نظام أكبر يشمل كل جوانب ومستويات الشخصية التي لا تكون واضحة أو

مفهومة مباشرة من الأعراض، نتيجة لذلك فإن تخطيط هذا النظام في شكل تقرير يكشف عن معنى الأعراض الحاضرة ويزود معلومات وكذلك توجيهات لإدارة وعلاج المشكلة الشاملة، وهكذا فإن التقرير النفسي يمكن اعتباره اتصال حول منطق شخصية معينة، وجوانب الشخصية تكون مرتبطة بطريقة منطقية، وبالتالي فإن هيكل التقرير لابد أن يكون له تكوين وثيق الصلة، أي أن تعكس أجزاء التقرير جوانب مختلفة للشخصية نفسها في التقرير النهائي، فإن الشكوى الحاضرة لم تعد عشوائية بلا تفسير، أو ظاهرة غير محكمة.

ولكي يكون التقرير قيمة، يجب أن يكتب بطريقة تشمل أجزاء ذات ارتباط منطقي، كذلك فإن التقرير يكون ذي تكوين مقنع يؤثر مباشرة على معنى الأعراض الحاضرة الأصلية وسياقها.

وقبل تلخيص الأجزاء البارزة العديدة للتقرير النفسي، من الضروري مناقشة أنواع الإحالات للأخصائي النفسي، وكيف ترتبط هذه الإحالات بأنواع التقارير المكتوبة.

لماذا يكون التقرير النفسي مطلوباً؟

Why A Psychological Report may be Required

الإحالة لأخصائي نفسي لأجزاء اختبار نفسي تشخيصي يمثل نقطة عميقة في عملية المساعدة، تصبح هذه الإحالة حدثاً محورياً في حياة الشخص الذي يظهر الأعراض

وكذلك المرتبطين بالشخص، لماذا توصف الإحالة بأنها تمثل نقطة عميقة أو حدثاً محورياً؟ الإجابة على هذا السؤال لا يمكن تقدير قيمتها إلا بفهم تسلسل الأحداث المحيطة بالإحالة.

سياق الإحالة

Context of The Referral

إن سبب الإحالة هو وجود أعراض سلوكية لدى المفحوص، قد يكون ذلك سلوكاً تنفيسياً في المدرسة Acting- Out behavior في المدرسة، أو البيت، أو في العمل، سلوك غريب جداً، وسلوك يعكس حالات القلق. والمهم هو أن إما أن تكون المشكلة السلوكية مسببة للمشكلات الشخصية، أو أن آثارها قد تزعج نظاماً أكبر مثل الفصل الدراسي، أو الأسرة، أو مكان العمل، ويجب على الأخصائي النفسي باستمرار التركيز على طبيعة ومدى التوتر المتضمن في الأعراض.

والمشكلة السلوكية هي وصف للقلق الذي قد يكون إما مرئياً ويعانيه المريض مباشرة، ومقنعا ويعبر عنه في سلوك معين، واضطراب الشخص الذي يظهر صعوبة أو إزعاج لمن يتضررون من السلوك يؤدي إلى الاتصال بشخص دوره هو المساعدة بطريقة ما، هذا الشخص المساعد قد يكون مدرساً، أو مرشداً نفسياً، أو ممرضاً أو معالجاً، أو عامل بالمستشفى الذي يحيل المريض الأخصائي النفسي للتقويم.

وحقيقة أن هذه الإحالة تتضمن بالفعل أن يسجل المشكلة بواسطة الطرف القائم بالإحالة، ويشمل إشارة للتعرف على الكرب النفسي، والقائم بالإحالة يبدأ عملية ستؤدي بالفعل إلى تدخل عميق في حياة الشخص في شكل تدخل علاجي، أو برنامج تعلم علاجي، أو إجراءات عصبية فسيولوجية، أو تطبيق آخر، حسب طبيعة المشكلة، والتقرير النفسي كثيراً ما يكون الخطوة الأولى في هذه العملية، وهو يضع أساس التدخل الذي يلي:

وهكذا يكون التدخل النفسي مطلوباً حتى يمكن حصر أو حشد المعلومات ذات الصلة وتؤدي المعلومات إلى تنفيذ إجراءات علاجية مساعدة أو المزيد من الاجراءات التشخيصية مثلاً، الاستشارة النفسية الدوائية، أو تقييم أوجه عجز التعلم.

محور التقرير

Focusing The Report

توجد أنواع عديدة من المعلومات التي يمكن أن يزودها التقرير النفسي. والطبيب النفسي الذي يحاول التقرير عن مشكلة تشخيصية معينة، مثلاً سيبحث عن نوع من المعلومات، ومرشد التوجيه الذي يساعد طالب منسحب ذي حاجات اعاقات تعلم يحتاج معلومات توضيح مصدر مشكلة الطالب، ومعالج مريض يعاني سن الفقدان المتكرر للوظائف يكون لديه سؤالاً آخر في ذهنه، وأحياناً في الشخص التي يقوم

بالإحالة للاختبار يصاب بالخلط أحياناً حول المشكلة والحلول المحتملة ويحتاج مساعدة لتصور المشكلات التي يجب معالجتها.

ومن المهم للأخصائي النفسي إدراك كل هذه الظروف تؤدي إلى مختلف مشكلات الإحالة، واستجابة الأخصائي النفسي يجب أن تساعد على حل المشكلة التي سببت الإحالة في المقام الأول، وطلب تقرير نفسي هو جانب جوهري لعملية المساعدة هذه، وقد يلعب مجموعة أدوار في دعم العملية، وحسب مشكلة الإحالة، فإن التقرير النفسي يزود معلومات، وتوصيات، واعتبارات تشخيصية وأخرى تتعلق بسير الحالة المرضية، وتوضيح سياق حياة المريض، والتوصيات المحددة لمصدر الإحالة، وكل هذه الأشياء تؤثر تأثيراً عميقاً على عملية المساعدة.

ولأن التقرير النفسي يمكن أن يختلف كثيراً في تأثيره، وفي المعلومات التي يزودها، فإن هناك أنواع مختلفة من التقارير في الأجزاء المرتبطة، في الفصل التالي نجد تعريفاً للأجزاء المهمة وثيقة الصلة بمفهوم التقرير النفسي معروضة كنموذج للتعرف على حالات الكرب النفسي، للأعراض العلاجية والتشخيصية، وتتناول الفصول الأخيرة أجزاء مناسبة للتقويمات النفسية المستخدمة لأغراض أخرى.

الفصل الثالث

أدوات الفحص في دراسة الحالة

وسائل الفحص لدراسة الحالة

أولاً: المقابلة

تعتبر من أبرز أدوات البحث العلمي بصفة عامة والتشخيص الاكلينيكي بصفة خاصة.

والمقابلة يتم فيها محادثة وفق اسلوب علمي دقيق بهدف الحصول علي بيانات ومعلومات هادفة تتحدد بأهداف المقابلة - في ظل جو يسوده الثقة - المتبادلة. والمقابلة بهذا المعني فن وعلم يتطلب مهارات خاصة لممارستها، تلك المهارات المبنية علي العلم والخبرة الاستعداد، وفوق كل ذلك فان لها شروط وقواعد واساليب مبنية علي قواعد علمية مستمدة من العلوم الانسانية عموماً.

وهي موقف اتصال لفظي بين اثنين أو أكثر بهدف الوصول إلي معلومات من أحد الطرفين أو لتعديل جانب من جوانب السلوك .

وهناك أشياء عدة من الواجب وضعها في الاعتبار أثناء بداية المقابلة الإكلينيكية وهي:

إدارة أول خمس دقائق في المقابلة

-الترحيب والسلام-

-شكل الجلسة العلاجية

-الابتسامة الفعالة

-تنمية الثقة وغرس الأمل

-تأسيس العلاقة العلاجية

-قرار قبول العميل أو إحالته

-الاستماع الفعال

-التعبير عن الاعتناء والاهتمام .

-التقبل غير المشروط .

-التفهم لظروف المريض وضغوطه .

-الإنصات الجيد .

-التأكيد على العمل الفردي .

-إظهار التعاطف المبني على الفهم .

-التشجيع وبت الأمل .

-التفهم لظروف المريض وضغوطه .

-تأكيد الاستقلالية والمسئولية الذاتية من عوامل نجاح العلاقة العلاجية.

أنواع المقابلة

تختلف المقابلة باختلاف الغرض الذي تُجرى من أجله، وبالتالي تختلف أنواع المقابلات وتتوَع تعريفاتها كلا علي حسب المعيار الذي يستند إليه التعريف. وكلا من الملاحظة والاختبارات والمقاييس المختلفة مكمّلين للمقابلة .

المقابلة التشخيصية :

جري بغرض الفحص الطبي النفسي للمريض بحث من خلالها نضع المريض في فئة من فئات التشخيص الشائعة والتي يتضمنها المرشد السيكومتري (طب نفسي) . وترتكز هذه المقابلة علي تحديد الاعراض المرضية بحيث ينتهي الاخصائي النفسي منها بصورة دقيقة محددة عن أهم الأعراض والاضطرابات لدي الحالة ومتي ظهرت وكيف تطورت (أزمنت).

ويحتاج اجراء المقابلة التشخيصية الي ضرورة الحصول علي معلومات كافية من المريض عن:

(أ)التاريخ السابق للمريض - كيف تطورت وظهرت اعراض المرض .

(ب) معلومات عن التفكير : فحص عمليات التفكير وقدرة المريض علي التعامل مع المفاهيم المجردة والتذكر والقدرة علي مواجهة المشكلات وحلها .

(ج) اضطرابات الادراك : هل توجد هلاوس - خداعات بصرية - جمود ادراكي .

(د) ما يرتبط بالانتباه والوعي وخاصة البعد المكاني والزمانى .والقدرة علي التركيز.

(هـ) استبصار المريض: أي مفهوم المريض عن ذاته، وبأعراض مرضه واستبصاره بها .

(و) المظهر والسلوك : من تعبيرات الوجه - لزمات حركيه-

وغالباً ما تكون المقابلة بغرض الالتحاق أو العلاج ، وتكون عادة قصيرة وتحدد امكانية قبوله أو العلاج . ولهذا دائماً تركز علي رغبات المريض ودافعه للعلاج وتوقعه للعلاج ، ومن خلالها يجب توعيه المريض بنوع الخدمة التي تقدمها العيادة أو المؤسسة ، ومدى ملائمتها لتوقعات المريض وأهدافه العلاجية .

المقابلة التي تجري من أجل دراسة الحالة

وعادة ما يقوم بها الاخصائي الاجتماعي . ولا تركز علي تشخيص الاعراض بل تركز علي معلومات رئيسية عن حياته .كما تُشجع المريض للحديث عن طفولته

والخبرات التي مرت به سواء سارة أو غير ذلك. وكذلك علاقته بوالديه - حياته العملية - وعلاقته برؤسائه ورفقاء العمل والدراسة .

مقابلة مع أقرباء المريض وأصدقائه: وخاصة إذا كان المريض لا يستطيع التركيز أو يُعاني من اضطراب أو تشتت . وتكون هذه المقابلة للحصول علي معلومات أدق وأكثر تفصيل ن حياة المريض وسلوكه وتطور أعراضه . وهذه المقابلة تحتاج إلي دقة القائم بها لأنها قد تسبب في اضطراب العلاقة بين المريض وأهله . ويُفضل الحصول علي موافقه المريض لإجرائها .

كما يمكن أن تُفيد هذه المقابلة في : تعليم أقارب المريض بأساليب المعاملة الناجحة له من الوجة الصحية ، وأن يُدركوا أوجه الضرر أو الأذى الذي يمكن أن يلحقوه بالمريض بسبب المعاملة.

وهناك أنواع أخرى للمقابلة :

مقابلة الفرز أو التشخيص المبدئي :

وهي تهدف الي انتقاء الافراد الصالحين للقيام بمهمة معينة وعزل الافراد الغير صالحين لهذا العمل .. كما تتضمن تصنيف الافراد وفق مرضهم وحالاتهم النفسية أو حالات العجز أو الاضطراب السلوكي .

المقابلة التي تُجري من أجل التمهيد للعلاج النفسي :

وهي ذات هدف توجيهي لاعداد الحالة لتقبل العلاج النفسي أو الطب النفسي . ولهذا عادة ما يهدف هذا النوع من المقابلات ألي تعديل الاتجاهات الخاطئة لدي المريض نحو المعالجين أو الاطباء النفسيين ، كما تعمل علي زيادة دافعيته لقبول العلاج .

المقابلة لاختبار المقاييس والاختبارات التي : تتلاءم مع المريض ومشكلاته .

مراحل المقابلة الاعداد لها

إذا كانت المقابلة عملية اتصال فإنها تتكون من بداية ووسط ونهاية، ولكي يكون الاتصال ناجحاً وموجهاً نحو تحقيق الاهداف المطلوبة منه يجب أن تتوفر في كل مرحلة شروط تُجملها في السطور التالية :

البداية

تبدأ بتحديد الموعد بين الاخصائي والحالة ويمكن أن تكون بالهاتف أو ببيانات الاستقبال ، ولهذا يجب تدريب القائمين بالاستقبال علي ملاحظة سلوك المريض في حالة الانتظار ، وكيف يتعامل مع موظفي العيادة او المستشفى، وكيف يتصرف نحو أقاربه، ومظهره وطريقه ملبسه . فكل هذا يخدم الاخصائي في المقابلة القادمة بأن يُهيئ له الجو المناسب الذي يُساعد علي النجاح في البداية .

وتُعتبر المناقشات التي يُجريها الاخصائي أو الشخص القائم بالمقابلة مفيدة في علاج الحالة ولذا يُفضل أن تُسجل أي معلومة بدقة مهما كانت ضآلتها لأنها ممكن أن تُفيد في بلورة بعض الفروض الاساسية للمريض وبعض التوقعات لديهم .

ويحذر العلماء في هذه المرحلة بتجاهل المريض وعدم الاهتمام به ، والاهتمام بمن معه، لهذا يقوم المعالج بتحية المريض قبل الاخرين ووضع مصلحة المريض في المقام الاول.

يجب أن تبدأ المقابلة في الوقت المحدد (لا قبل ولا بعد) بحيث لا تُفسر علي بالاهتمام لو تمت قبل موعدها ، أو بالإهمال لو بعد الموعد المحدد . وبالتأكيد لا بد أن يكون المكان مريح و هادئ.

ومن المفضل أن يكون كرسي المرض في نفس طول كرسي المعالج ومن نفس النوع، وأن تكون المسافة بينهما متقاربة إلي حد ما (معقولة) .

يُفضل مقابلة المريض قبل مقابلة أهله لإعطائه الاحترام ومنحه الثقة .

٢- الجزء الاوسط للمقابلة

هذا الجزء مهم جدا للمريض، حيث يتوقع من المرشد مساعدته في حل مشكلاته بدرجة كبيرة، حيث يسأله عن سبب مجيئه إلي العيادة أو المستشفى ثم الحوار معه

بشكل طبيعي للتعرف علي مشكلاته ويفضل عدم وضع أي قيود علي مسار المقابلة ويفضل ان تكون حرة غير محددة لاستكشاف مشكلة المريض.

وهناك عدة أخطاء شائعة في هذه المرحلة من المقابلة يرتكبها الممارس كما تكشف عنها البحوث، من أهمها :

الإسراف في الحديث وكثرة الكلام:

فالممارس الجيد هو من يقلل في كلامه ويقتصر في كلامه وفي أسئلته ولا يكثر من مقاطعته أثناء حديثه.

خطأ محاولة العلاج أو تقديم العلاج في هذه المرحلة :

فالمقابلة الاولى ليست للعلاج بل للفهم المتعمق للمريض فلهذا يُحسن بالممارس الجيد أن يكثر من الاصغاء والاهتمام بالمعلومات ابتي يحصل عليها وليس الاندفاع نحو تقديم النصائح العلاجية ، ويرى جونسون أن المقابلة الاولى هي من أسوأ الاوقات التي تقدم فيها العلاج مهما كانت ثقتك بصحة استنتاجاتك عن أسباب ومصادر الاضطرابات في حياة المريض، فالتوقع الكثير في قليل من الوقت يؤدي الي عواقب وخيمة بتكامل المريض وصحته.

خطأ اعطاء اكثر من سؤال في وقت واحد وإن كانت الاسئلة لتوضيح السؤال الأول .

خطأ توجيه أسئلة مغلقة: فالأسئلة المفتوحة تثير النقاش وتساعد علي تبادل الحوار والاتصال أفضل من التي يُجاب عنها بنعم أو لا . فمثلاً السؤال : ما هي الاشياء التي تتذكرها عن فترة المراهقة؟ أفضل من السؤال :هل كانت فترة المراهقة مرحلة صعبة لديك؟. وبالمثل هل تحبين زوجك؟ فالأفضل : أريد أن اعرف رايك في حياتك الزوجية؟

توطيد العلاقة بين الاخصائي والحالة :

ويمكن ان يحدث ذلك بإظهار المرشد لكثير من الاهتمام والتعاطف مع المريض ووجود علاقة بها كثير من الدفاء والصدق دون استحواذ أو زيف أو مصلحة شخصية.

وما يُراعي في هذا الجزء من المقابلة ما يلي :

دقة التساؤل الذي يساعد المريض علي الثقة بالنفس ويفتح نفسه ويجعله يتعامل بتلقائية .

ومن الافضل ان تكون الاسئلة مشتقة من عبارات المريض نفسه. فمثلاً: تقول ..سبق لك أن قلت لي بان علاقتك برئيسك بدأت في الفترة الاخيرة تسوء . وضح لي ما يجعلك تستنتج ذلك أو اعطيني امثلة لما يجعلك تعتقد بان الناس لا يُثق فيها

.....والتساؤل الجيد يساعد المريض والممارس علي توضيح المفاهيم والمصطلحات

الغامضة . فمثلا عندما يقول المريض اننى انطوائي (قد يكون هذا نتاج القلق) .

كما ان المرشد يمكن ان يتعرف علي التناقض الذي قد يحدث في فكر المريض

وخاصة لو كان المريض عقلي (لديه مرض عقلي) ومن النوع الذي يُسرف في

التداعي والتطاير بالأفكار والانتقال من موضوع لأخر دون التوقف ، وبالتالي يجب

علي المعالج ايقاف التطاير بأسئلة محددة تساعد المريض علي التقاط انقاسه من

خلال الرجوع إلي أسئلة سبق الحديث عنها أو طلب توضيح أكثر.

يجب أن يهتم فيها المعالج بالتغيرات التي تطرأ علي المريض اثناء المقابلة ولذا يجب

ان يُسجل اي تغير يطرأ علي المريض او سلوكه اثناء المقابلة.

يهتم المعالج أيضاً بأثارة مشاعر المريض ايزاء الاحداث او الموقف التي يحكي عنها

وليس قمعها او تغيير مسارها الانفعالي .

يجب ان يتدرب المعالج علي معالجة الهلوس والهواجس بالرغم من اقتناع المعالج

بان افكار المريض وما يقوله نوع من الهلوس ، الا انه يجب ان يشجعه علي مزيد

من التواصل والحوار ومحاولة الاستفادة منها ، كأن يسأله ما الذي يجعلك تظن ان

المخابرات تلاحقك ولا تلاحق الاخرين، وما الذي يجعلك متأكدة من أن زوجك يُوريد

الخلاص منك؟

عندما يسأل المريض المعالج هل تسمع الارواح او الاشباح ويصفها بانها تحدثه ،
فيجب المعالج بشي من الحكمة . . فلا يقل نعم او لا ولكب يقل انني لا اسمع ولا اري
ما تقول ولمن قل لي ماذا يقولون لك؟

التعاطف والمشاركة الانفعالية مهمة في هذه المرحلة وهي تختلف عن العطف والشفقة
. وضروري لنجاح العلاقة الاكلينيكية ، ويتضمن التفهم لكن ليس معني ذلك الموافقة
علي كل ما يقوله المريض، فمثلا عندما يأتي المريض يشكو من سوء المعاملة
الاسرية أو المجتمعي فيجب علي المعالج ان يشعر بما يعانيه المرض لكن لا يوافق
علي تفسير هذا السلوك ، وخاصة في المواقف الانحرافية ، لان الموافقة علي تفسير
هذا لا سلوك قد يُعطيه تبرير للاستمرار في هذا السلوك.

معالجة فترات الصمت فأتثناء الحديث قد يحدث نوع من التوقف عن الكلام أو الصمت
المؤقت يعقبه المريض بأسئلة. وهذه الفترات لها مدلول نفسي الا إذا كان التوقف نوع
من الانسحاب او الاغراق في الذات أو احلام اليقظة فيذكره بطريقة ذكية: أراك ساكتاً
بعد ما كنت تتحدث عن كذا... هل يوجد شئ؟ وإذا اصر المريض علي عدم الكلام ،
عليك بإنهاء المقابلة وقل له نلتقي في المقابلة القادمة.

معالجة فترات القلق وعدم الاستقرار :

فقد يبدوا أثناء المقابلة علي المريض فترات قلق او عدم استقرار اما لوجود "رغبة في اشباع حاجة فسيولوجية او نفسية، او اذا كان القلق والتوتر نوع من الهروب من اللقاء.....فيجب ان يخبره المعالج بان المقابلة علي وشك الانتهاء ، او الحرص علي عدم طول الجلسة ، اما اذا زادت الحركة والتوتر فالأفضل ان ينهي المقابلة.

الانتباه الي السلوك اللفظي .وهو دقة رصد نبرات الصوت ومعدل الكلمات والتمتمات واضطرابات التفكير أو انسيابه....الخ .

فمثلا عندما يقلق المريض يغير نمط حديثه ويفضل فيها مناقشة مشكلات المريض العميقة (فهي فترات ضعف ويمكن الوصول الي المعلومات من خلالها).

الانتباه الي الجوانب الغير لفظية مثل شكل العينين - تعبيرات الوجه -.....

اللزيمات الحسية او الحركية - شد الشعر - هز الارجل - اشارات الايدي ... جميعها تكشف عن رغبة المريض في القلق او الاكتئاب او الارتباك. فضلا أن ظهور هذه اللزيمات يعطي المعالج معلومات هامة عن المناطق أو الموضوعات الانفعالية في حياه المريض. فمن الممكن أن يسأل المريض: لماذا بدأ وجهك يتغير!!؟

٣. انتهاء المقابلة

وهذا الجزء من أصعب المشكلات التي تواجه الممارس وهي ..كيف ينهي اللقاء؟؟!!
مع مراعاة وملاحظة أن الممارس لا ينهي المقابلة الا بعد أن يكون قد نجح في يعث
قدر كبير من الطمأنينة والراحة لدي المريض .

وينصح البعض أن يزداد إظهار التعاطف والمشاركة الوجدانية من قبل المعالج نحو
مريضة وذلك بعبارات تبين تفهم المعالج لما حدث من صعوبات خلال الجلسة ، . وما
أثير فيها من متاعب انفعالية ومدى نجاح العلاج والتنبؤ بمستقبل المريض .

يجب أن تنتهي المقابلة بالتخطيط للجلسات القادمة وخطه العلاج والمقابلات
المستقبلية ، ومن الافضل أن يعطي المعالج اكبر قدر من المعلومات أو المعرفة عن
اللقاءات التالية وما سوف يحدث فيها والتوقعات المطلوبة من المريض والتكلفة المادية
الضرورية .

وبعد مفارقة المريض ، علي الممارس أن يمنح نفيه بعض الوقت لتسجيل ملاحظاته
الرئيسية عن الجلسة وما يتذكره منها من انطباعات سواء كتابية او تسجيلاً صوتياً،
وهذا ضروري لانها تحرر الممارس من ضغط الموقف أو المقابلة وتجعله أكثر
حيادية.

معالجة بعض المشكلات لدي بعض الفئات الخاصة : حيث يحتاج الاخصائي النفسي
الي مساندة أو مساعدة للتغلب علي بعض المشكلات الخاصة كالإكتئاب والانفصال

والميل للتحكم أو التسلط والاعراض الجنسي أو العاطفي ..فمثلاً في حالة شكوي المريض بالاكنتاب فيجب التعرف علي الجوانب البيولوجية المرتبطة به كفقدان الشهية وفقدان النوم وفقدان الطاقة والحركة والنشاط وكيفية الترفيه عن النفس.

ومن اهم المشكلات التي يثيرها المكتئبون الصمت والعجز والاعتماد السلبي علي أحد الافراد فضلاً عن مشاعر اليأس بشكل يدفع المريض عن تجنب الحديث عن مشكلاته .ولتحقيق أكبر قدر من النجاح مع المريض المكتئب يجب الاتي :

لا نتحدي اکتئاب المريض ولا نحكم عليه بالمرض والخطأ ، بل علينا أن نغير من اهتمامنا بما يقوله المريض دون أن يبدوا منا من الموافقة والرفض .

تشجيع المريض ومساندته نفسياً ومعنوياً حتي يتخلي عن صمته ويتجاوز مرحله اليأس والانغلاق ويبدأ الثقة بمن حوله .

التعرف علي حياه المريض قبل الاکتئاب لكي يمكن مساعدته علي كيفية حمايه المريض من الاکتئاب .

استنتاج مدي تفكير المريض في اذاء نفسه . ويوصي بمن لديه ميول انتحارية بأن يُقيم المعالج معه علاقات دافئة وتدعيم الجوانب الايجابية لشخصيته ورفع معدل الانتماء وإدخال المرح والفكاهة أثناء المقابلة معه لكن بدرجة لا تقلل أو تشعر المريض بأنك تستهين بمشكلاته أو بالامه.

أما في حالة المرضى المسيطرين والتأثير علي الاخصائي بالتهجم اللفظي أو التهجم

العاطفي أو الجنسي أو الغضب .. يجب مراعاة بعض القواعد:

الاحتفاظ بمظهر هادئ والاستمرار في الاتجاه المهني بشرح الهدف من المقابلة

للمريض والتعليق علي سلوك المريض وتصرفاته بطريقة ملائمة.

في حالة استمالة المريض لك إلي جانبه في بعض المشكلات ، وضح له أنك لا تهتم

بهذه لمشكلة بقدر أنك تهتم بشعوره هو .

البعد عن التفسيرات المهددة أو المثيرة للعدوان ، فبدلاً من أن نقول له أنك جبان من

الافضل ان نقول له أنك تبدو وحيد ولا احد يساعدك في حل هذه المشكلة .

يجب الا يوافق المعالج المريض علي القاء سبب المشكلات علي الاخرين

ينجح بعض المرضى للإغراء الجنسي أو العاطفي للهروب من المشكلات عن

أو السلوك اعتادوا عليه ومهما كان دافع الاغراء ، فلا يجب تشجيعه لان نتيجة ذلك

سيئة بالنسبة للمريض او المعالج .

وليس اخلاقياً..... فضلا علي انه لا يقلل من قدرة تأثير المعالج علي المريض

ولهذا يجب أن يكون المعالج متيقظ لدوافعه واهدافه في كل مرة يلفت فيها انتباه

المريض بطريقة ذكية الي دورة المهني والاحتفاظ بالهدوء تجاه أسلوب الاغراء .

وبصفة عامة يجب أن يتوفر في المقابلة الصدق والثبات والموضوعية . فالصدق يشير الي قياس ما وضعت المقابلة لقياسه، والثبات يشير الي ان عندما يتفق شخصان قائمان بالمعالجة علي نفس المعلومة ، اما الموضوعية ان تكون النتائج واحدة سواء في الفهم او الدرجة او التشخيص الناجم عن المقابلة .

ثانياً: بيانات سجل الحياة Life data

وهي البيانات الخاصة بالشخص؛ التي نحصل عليها من خلال تاريخ حياته، ذلك بالعودة إلى سجلات المدرسة، وبياناته الشخصية في المصالح الحكومية وسجلات المحكمة، أو السجون أو المستشفيات وغيرها الكثير من سجلات حياته.

ثالثاً: بيانات الملاحظة Observation data

تعتبر الملاحظة أداة أساسية للبحث النفسي، إذ يستخدمها الباحث في رصد الكثير من الظواهر النفسية، كما تفيد في جمع البيانات والمعلومات اللازمة لدراسة حالات الشخصية في حالة سوائها أو اضطرابها، وما يطرأ من تغيرات وتعديلات، لذلك ينبغي على القائم بالملاحظة أن يقوم أيضاً بالاستعانة بالأدوات التي تساعده على التسجيل الدقيق للمعلومات (أجهزة تسجيل - تصوير) أو يعتمد على الكتابة الدقيقة لكل ما يلاحظه أو على كل ذلك..



وهي المعلومات التي يتم الحصول عليها بواسطة ملاحظة سلوكيات الأشخاص وتصرفاتهم مثل الآباء والمدرسين والأصدقاء، وهي تتمثل في خصائص الشخص وتقديم معلومات عنه.

وهناك أيضًا ملاحظون مدربون على ملاحظة الأفراد في حياتهم اليومية مثل مسئولو المعسكرات؛ وقد تكون الملاحظة خاصة بالسلوكيات مثل (العدوان - الخضوع - السيطرة) أو خاصة بخصائص الشخص مثل (الثقة بالنفس - الاتزان الانفعالي - المهارات الاجتماعية).

ويمكن تقسيم الملاحظة إلى ثلاث أنواع:-

١ - الملاحظة الواقعية:

وهى التي تعتمد على زيادة الموقع الذي تحدث فيه الظاهرة لملاحظتها وتدوين المعلومات والمعارف المرتبطة بها.

٢ - الملاحظة بالمشاركة:

وهى التي تعتمد على معايشة الباحث لمجتمع البحث، وهى تعتبر من أكثر الأدوات استخداماً في الدراسات الأنثروبولوجية، وقد يستعين بها الباحث النفسي في دراسة بعض الظواهر.

٣ - الملاحظة العارضة:

وهى الملاحظة غير المقصودة التي تحدث بصورة عارضة (بالصدفة)، كما يحدث في ملاحظة سلوك الأطفال من قبل مشرفة الحضانة مثلاً، وتتحصر قيمة هذه الملاحظة في اكتشاف مشكلة ما، أو لفت الانتباه إلى أهمية سلوك ما يحدث بين الأطفال أو بين الكبار.

لكن لمنهج الملاحظة العلمية المقننة أهميته الكبرى للبحوث النفسية حيث يتمكن الباحث من رصد الظاهرة على الواقع بعيداً عن المواقف التجريبية المصطنعة، ولكي تستوفى شروط العلمية والدقة لابد وأن تتوفر لها الخصائص الآتية:-

-التحديد:

حيث يجب تحديد جوانب السلوك المطلوب ملاحظته أي تحديد الهدف من الملاحظة تحديداً دقيقاً حتى لا تتحول الملاحظة إلى عرضية أو ارتجالية.

- الموضوعية:

يتطلب البحث العلمي الموضوعية في رصد الظواهر، أي عدم تأثر الباحث الملاحظ بالأبعاد الشخصية (المهنة - الاهتمام - القيم - التنشئة) في رصد الظواهر، وهناك العديد من أساليب التحقق من موضوعية الملاحظة منها (تعدد الملاحظين للظاهرة الواحدة، أو تعدد مرات الملاحظة للظاهرة الواحدة).

- التنظيم:

لابد من تنظيم عملية الملاحظة بحيث تحدث بصورة منظمة متتابعة بدون انقطاع، ويتم تسجيل البيانات أولاً بأول وفقاً لنظام بحيث لا يفقد الباحث المعلومات الهامة التي حصل عليها، أو تتعرض ملاحظاته للتحريف أو التشويه، كما يقصد بالتنظيم أيضاً تحديد السلوك الملاحظ تحديداً إجرائياً، والبعد عن استخدام المفاهيم المجردة مثلاً (يتصف الطفل بالعناد) تتحول إلى التعبير عما يسميه الباحث بالعناد إلى سلوكيات محددة يمكن أن يراها الباحث أو غيره من الباحثين دون حدوث اضطرابات في تسجيل الوقائع.

- الملاحظة عملية غير مباشرة:

قد تُفسد عملية الملاحظة إذا شعر الأفراد الذين موضع الملاحظة بذلك، مما قد يؤدي إلى تحريف السلوك واختفاء التلقائية، لذلك لابد وأن تتم عملية الملاحظة دون أن يشعر الأفراد بهذا، وقد يتطلب ذلك استخدام بعض الأدوات مثل (المرآة ذات الوجه الواحد، أو من خلال تصوير الفيديو وتحليله فيما بعد).

- الفنية:

عملية الملاحظة عملية فنية، أي تخضع المادة التي يتم تجميعها على خبرة الباحث وتدريبه على رؤية السلوك وتمييزه، لذلك لابد من تدريب الباحث على عملية الملاحظة.

لكل ما سبق من خصائص، توجد أدوات التدوين للسلوك الملاحظ، وذلك لتوفير الشروط العلمية الدقيقة في تدوين الملاحظات، فبطاقة الملاحظة التي يمكن استخدامها في رصد السلوك في مجالات متعددة تعد من الوسائل التي تساعد على دقة منهج الملاحظة، والتي تتميز بما يلي:-

- الدقة في تحديد السلوك الملاحظ.

- الشمولية.

- السهولة في وضع الملاحظات.

- الترتيب بحيث تؤدي إلى تكوين صورة مستمرة ومتابعة عن السلوك المطلوب.

٣- بيانات التقرير الذاتي Self report

وهي البيانات التي نحصل عليها بواسطة الشخص نفسه؛ فمثلاً يقول علماء الشخصية إذا أردت أن تعرف شيء ما عن الشخص أسأله قد يخبرك.

في علم النفس، يُعد التقرير الذاتي، أو مقياس، أو استطلاع، يعتمد على تقرير الفرد عن أعراضه، أو سلوكياته، أو معتقداته، أو مواقفه. يتم جمع بيانات التقرير الذاتي عادةً من الورق، والقلم الرصاص، أو التنسيق الإلكتروني، أو في بعض الأحيان من خلال مقابلة.

إحدى الميزات الرئيسية لبيانات التقرير الذاتي هي أنه يمكن الحصول عليها بسهولة، كما أنها أيضاً الطريقة الرئيسية لتشخيص الأطباء لمرضاهم عن طريق طرح الأسئلة. وعادةً ما يكون مستخدمو التقرير الذاتي على دراية بملء الاستبيانات.

كما أنها أداة غير مكلفة للبحث ويمكنها الوصول إلى العديد من موضوعات الاختبار أكثر مما يمكن تحليلها بالملاحظة، أو بالطرق الأخرى. يمكن القيام بها بسرعة نسبية حتى يمكن للباحث الحصول على نتائج في أيام أو أسابيع بدلاً من

مراقبة الأفراد على مدار فترة زمنية أطول. يمكن إعداد التقارير الذاتية على انفراد ويمكن إخفاء هويتها لحماية المعلومات الحساسة وربما لتعزيز الاستجابات الصادقة. أما من عيوب هذه الطريقة إن عملية جمع المعلومات من خلال تقرير ذاتي، له حدوده. غالبًا ما يكون الناس متحيزين عند الإبلاغ عن تجاربهم. على سبيل المثال، يتأثر العديد من الأفراد إما بوعي أو بغير وعي بـ "الرغبة الاجتماعية"، أي أنهم أكثر عرضة للإبلاغ عن تجارب تعتبر مقبولة، أو مفضلة اجتماعيًا.

٤- بيانات الاختبار Test data

وهي المعلومات المحررة من إجراءات تجريبية، أو من المثيرات المقننة مسبقًا التي تم اختبارها على الأشخاص وثبت صدقها وثباتها.

ويرى "كرونباخ" (١٩٨٤) أنه لا يوجد هناك تعريف مقنع للاختبار وكلمة اختبار عادة ما توحي في الذهن أنه عبارة على سلسلة من الأسئلة المقننة التي تعرض على شخص معين ويطلب منه الإجابة عنها كتابة أو شفهيًا، إلا أن هناك بعض الاختبارات التي لا تتطلب من المفحوص إجابة معينة وإنما تتطلب منه أداء حركيًا أو مجموعة من الأداءات الحركية على آلة معينة. كاختبار قيادة السيارة في الشارع.

فاختبار القيادة لا يتضمن الأسئلة وكما أن تعليماته وتوجيهاته تختلف باختلاف المفحوص وباختلاف الشوارع وحركة المرور، وفي ما يلي نستعرض بعض التعاريف التي تنطبق على مختلف أنواع الاختبارات والاستبيانات:

- عرف اناستازي ١٩٧٦ الاختبار النفسي بأنه مقياس موضوعي مقنن لعينة من السلوك، وكلمة سلوك هنا قد تعكس قدرة الفرد اللفظية أو الميكانيكية أو قد تعكس سمة من سماته الشخصية، كالانبساطية والانطوائية، أو قد تعكس مجموعة من الأداءات الحركية على أعمال أو أجهزة معينة، كالكتابة على الآلة الراقنة لقياس مهارة الأصابع مثلاً.

- يعرف "بين" ١٩٥٣ Bean الاختبار بأنه مجموعة من المثيرات أعدت لتقيس بطريقة كمية أو بطريقة كيفية العمليات العقلية و السمات أو الخصائص النفسية، وقد يكون المثير هنا أسئلة شفاهية أو أسئلة كتابية أو قد تكون سلسلة من الأعداد أو الأشكال الهندسية أو النغمات الموسيقية أو صوراً أو رسوماً، و هذه كلها مثيرات تؤثر على الفرد و وتنتثير استجاباته.

الفصل الرابع

فحص الحالة باختبارات الشخصية

أنواع اختبارات الشخصية

أولاً: الاختبارات الموضوعية

وهي اختبارات في الشخصية تقوم بقياس السمة أو الظاهرة بشكل مباشر عن طريق بعض الجمل المقننة، وقد يتم ذلك عن طريق اختبارات الصح والخطأ، أو عن طريق الاختيار من متعدد أو عن طريق التدرج الهرمي (ليكرت) (غير موافق تمامًا - غير موافق - محايد - موافق - موافق جدًا)

ومن أمثلة هذه الاختبارات:

١- اختبار الشخصية متعدد الأوجه MMPI.

٢- اختبار (ودورث) للشخصية.

٣- اختبار (كولجيت) للصحة النفسية.

٤- اختبار السيطرة - الخضوع .

٥- اختبار الشخصية لويس ثريستون و ثلما ثريستون عام ١٩٢٨.

٦- اختبار الاكتفاء الذاتي (برونويتز).

٧- اختبار الذكورة ، الانوثة (تيرمان؛ ميلز).

٨- اختبار الشخصية (البرنوريتز) المتعدد الابعاد.

- ٩- اختبار عوامل الشخصية (جلفورد).
- ١٠- اختبار القيم (لألبورت؛ فرنون) .
- ١١- استفتاء الشخصية للمرحلة الاعدادية والثانوية (محمد غنيم؛ عبد السلام عبد الغفار) .
- ١٢- مقياس المسؤولية الاجتماعية (أحمد عثمان) .
- ١٣- مقياس اتجاهات الأبناء نحو آبائهم المعوقين (راضي الكبيسي).
- ١٤- اختبار اضطرابات الشخصية (محمد حسن غانم؛ عادل دمرdash؛ مجدي زينة: ٢٠٠٧).
- ١٥- اختبار القلق (تاييلور).
- ١٦- مقياس (بيل براون) للوسواس القهري.
- ١٧- اختبار (تنسي) لمفهوم الذات.

مقياس تنسي

لمفهوم الذات

وليم فيتس

ترجمة وإعداد

صفوت فرج - سهير كامل

ستجد فيما يلي مجموعة من العبارات مصاغة كما لو كانت على لسانك وهي معدة لمساعدتك على وصف نفسك من وجهة نظرك الشخصية، تكرم بالاجابة عليها كما لو كنت تصف نفسك لنفسك وليس لأحد آخر، أقرأ كل جملة بعناية ثم اختر أكثر إجابة تنطبق عليك من الاجابات الخمس المبينة، وضع دائرة حول رقم هذه الاجابة على اليسار، لاترك أى جملة، أحب عليها جميعاً ، وضع الدائرة حول رقم الاجابة التي تنطبق عليك.

صحية تماماً	صحية قليلاً	نعم	لا	لا صحة لها	رقم
٥	٤	٣	٢	١	١ - صحتي كويسة قوى.....
٥	٤	٣	٢	١	٢ - أنا جذاب.....
٥	٤	٣	٢	١	٣ - أنا شخص مورجل.....
٥	٤	٣	٢	١	٤ - أنا مهذب.....
٥	٤	٣	٢	١	٥ - أنا أمين.....
٥	٤	٣	٢	١	٦ - أنا شخص سيء.....
٥	٤	٣	٢	١	٧ - أنا مرح.....
٥	٤	٣	٢	١	٨ - أنا هادىء وأخذ الأمور ببساطة.....
٥	٤	٣	٢	١	٩ - أنا بدون قيمة.....
٥	٤	٣	٢	١	١٠ - عيلتي دائماً جنبى فى أى مشكلة.....
٥	٤	٣	٢	١	١١ - أنا واحد من عيلة سعيدة.....
٥	٤	٣	٢	١	١٢ - أصدقائى لايتقون فى.....
٥	٤	٣	٢	١	١٣ - أنا ودود.....
٥	٤	٣	٢	١	١٤ - أنا محبوب من الرجال.....

بعض العبارات الخاصة بمقياس تنسي لمفهوم الذات

وهذه هي بعض الأمثلة لاختبارات الشخصية الموضوعية وفيما يلي عرض بعض

النماذج:

اختبار بيك للاكتئاب

مقياس بيك للاكتئاب (بالإنجليزية: Beck Depression Inventory) هو

وسيلة لتقدير الاكتئاب، وتحديد نوعه وشدته، ويمثل مقياس بيك محاولة مبكرة وناجحة

لقياس درجة الاكتئاب في الشخصية، ونوعية هذا الاكتئاب، وصاحب هذا المقياس

هو العالم والطبيب النفسي الأميركي المعروف (Aaron Beck)، الأستاذ بجامعة بنسلفانيا الأمريكية، وهو من المساهمين في تطوير حركة العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب وغيره من الأمراض النفسية.

اختبار بيك الإكتئاب

Beck Depression Inventory

BDI

مصمم الاختبار

ارون بيك أستاذ بجامعة بنسلفانيا الأمريكية وزملاؤه عام ١٩٦١ وعُدلت عام ١٩٧١ والصيغة النهائية كانت عام ١٩٩٣ وقام بترجمتها أحمد عبد الخالق.

الاكتئاب :

هو حالة نفسية تتميز بوجود الأعراض الآتية :

١- الشعور بالحزن

٢- التشاؤم من المستقبل

٣- الإحساس بالفشل

٤- السخط وعدم الرضا

٥- توقع العقاب

٦- كراهية النفس

٧- إدانة الذات

٨- وجود أفكار انتحارية

٩- البكاء

١٠- الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي

١١- الانسحاب الاجتماعي (عدم الاهتمام بالآخرين)

١٢- التردد وعدم الحسم

١٣- تغير صورة الجسم والشكل

١٤- هبوط مستوى الكفاءة والعمل

١٥- اضطرابات النوم

١٦- التعب والقابلية للإرهاق

١٧- فقدان الشهية

١٨- تناقص الوزن

١٩- الانشغال على الصحة

المكونات

يتكون الاختبار من ٢١ بند لكل بند ٤ بدائل تتراوح من ٣:٠ يتم الاختيار من بينهم ما عدا البند رقم (١٩) فيه ٥ بدائل لو اختار نعم يأخذ صفر أما لا فتمثل في الاختيارات ٣.٢.١ .

التطبيق

١. يطبق الاختبار بصورة فردية وجمعية.
٢. يطبق على الراشدين (من سن ١٥ سنة فما فوق).
٣. ليس له زمن لكن يتراوح من ١٠:٥ دقائق.

خطوات التطبيق

١. يأخذ الفاحص بيانات المفحوص .
٢. يعطي التعليمات .

٣. يتأكد من إجابة المفحوص على كل البنود عدم وضع علامتين علي نفس البند.

٤. تجمع الدرجات وتقرن بمعايير التصنيف .

التعليمات : مكتوبة بأول صفحة بالاختبار.

معايير القياس :

٩:٠ لا يوجد اكتئاب .

١٥:١٠ . اكتئاب بسيط .

٢٣:١٦ . اكتئاب متوسط .

٣٦:٢٤ . اكتئاب شديد .

٣٧: فأكثر . اكتئاب شديد جدا .

تصحيح الاختبار

تجمع أرقام الاختيارات التي اختارها المفحوص وتقرن بالمعايير.

-قائمة العوامل الخمسة الكبرى في الشخصية نموذجًا-

يتكون المقياس من (٦٠) بند ويضم خمسة مقاييس فرعية هي: العصابية، الانبساطية، الانفتاح علي الخبرة، المقبولية، يقظة الضمير، ويشمل كل مقياس فرعي (١٢) بنداً، وفيما يلي سنقدم وصفاً لكل مقياس فرعي علي حدة:

البعد الأول: العصابية

ويتضمن (١٢) بند يعكس (القلق، الاندفاعية، العدائية، التقلب المزاجي، سرعة الغضب). وينوده الإيجابية (٦، ١١، ٢١، ٢٦، ٣٦، ٤١، ٥١، ٥٦)، وينوده العكسية (١، ١٦، ٣١، ٤٦).

البعد الثاني: الانبساطية

يتكون من (١٢) بنداً تمثل الاجتماعية، والسعي نحو الاثارة، وارتفاع مستوي النشاط، التفاؤل، حب المغامرة. وينوده (٢، ٧، ١٧، ٢٢، ٣٢، ٣٧، ٤٧، ٥٢) والعكسية (١٢، ٢٧، ٤٢، ٥٧).

البعد الثالث: الانفتاح علي الخبرة

ويتضمن (١٢) عبارة خاصة بحب الاستطلاع، والخيال، والسعي نحو الجديد، والانجذاب للخبرات الجمالية، والذكاء، والحكمة، وبنوده هي (١٣، ٢٨، ٤٣، ٥٣، ٥٨،)، وبنوده العكسية هي (٣، ٨، ١٨، ٢٣، ٣٣، ٣٨، ٤٨،)

البعد الرابع: المقبولية

ويتكون من (١٢) بند ويقيس التعاون، الثقة المودة، الألفة، التسامح، التعاطف وبنوده (٤، ١٩، ٣٤، ٤٩)، وعباراته العكسية هي (٩، ١٤، ٢٤، ٢٩، ٣٩، ٤٤، ٥٤، ٥٩).

البعد الرابع: يقظة الضمير

يحتوي على (١٢) بنداً تمثل الميل للتنظيم، والمثابرة، والتأني، والاستقلالية، والمسئولية، والدافعية للإنجاز، وبنوده الإيجابية (٥، ١٠، ٢٠، ٢٥، ٣٥، ٤٠، ٥٠، ٦٠)، والبنود العكسية هي (١٥، ٣٠، ٤٥، ٥٥).

تصحيح المقياس

الاستجابة على هذا المقياس تتم عن طريق الاختيار من البدائل الخمسة وهي (غير موافق علي الاطلاق، غير موافق، محايد، موافق، موافق جداً) وتأخذ الدرجات (١، ٢، ٣، ٤، ٥) علي الترتيب وذلك في البنود الايجابية، أما في البنود

العكسية يكون التقدير عكسي (٥، ٤، ٣، ٢، ١) علي الترتيب، ويتم جمع الدرجات علي كل مقياس فرعي علي حده، ومن ثم أعلي درجة ممكن أن يحصل عليها الفرد هي ٦٠ (حيث أقصى درجة على مقياس الشدة X عدد البنود = ١٢ × ٥ = ٦٠ درجة).

قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية

(NEO-FFI)

تأليف كوستا وماكري ١٩٩٢

إعداد بدر الأنصاري

التعليمات:

أمامك مجموعة من العبارات التي تدور حول طريقة سلوكك وشعورك وحيث أن كل شخص يختلف عن غيره، فإنه لا توجد اجابات صحيحة وأخري خاطئة، فالإجابة الصحيحة هي التي تتفق ورأيك. والمطلوب منك الإجابة علي البنود التالية، حيث أن كل منا لديه درجة من السلوك قد تكون كبيرة أو قليلة، في الجزء التالي يوجد مقياس متدرج من أقل درجة إلي أعلى درجة، حاول اختيار الدرجة التي تعبر عما في شعورك وتصرفك أو تتفق ورأيك وذلك بوضع دائرة واحدة فقط حول الرقم الدال مستخدماً التدرج التالي:

١- غير موافق علي الاطلاق.

٢- غير موافق.

٣- محايد.

٤- موافق.

٥- موافق جداً.

م	العبارات	غير موافق علي الاطلاق	غير موافق	محايد	موافق	موافق جداً
١	أنا لست قلقاً.					
٢	أحب أن يكون حولي عددا كبيرا من الناس.					
٣	لا أحب أن أضيع وقتي في أحلام اليقظة.					
٤	أحاول أن أكون كريم الأخلاق مع كل شخص أقابله.					
٥	أحتفظ بأشياءني نظيفة ومرتببة.					
٦	غالباً ما أشعر بأنني أدني من الآخرين.					
٧	أضحك بسهولة.					
٨	بمجرد ما أن أجد الطريقة الصحيحة لفعل شيء فأني أستخدمها.					
٩	غالباً ما أدخل في جدال مع أسرتي و زملائي في العمل.					
١٠	أنا بارع جيد حول دفع نفسي لإنجاز الأشياء في وقتها المحدد.					
١١	عندما أكون تحت وطأة قدر هائل من المشقة أحيانا ما أشعر بأنني سأتمزق.					
١٢	لا أعتبر أن قلبي خفيف (سريع التأثير).					
١٣	أنا معجب بالتصميمات الفنية التي أجدها في الفن أو الطبيعة.					
١٤	يعتقد بعض الناس أنني أناني ومغرور.					
١٥	أنا شخص غير منظم إطلاقاً.					
١٦	نادراً ما أشعر بالوحدة والكآبة.					
١٧	استمتع حقاً بالتحدث إلي الناس.					
١٨	أعتقد أن ترك الأزواج يستمعون إلى متحدثين يتجادلون يمكن فقط أن يشوش تفكيرهم و يضللهم.					
١٩	أفضل التعاون مع الآخرين على التنافس معهم.					
٢٠	أحاول تأدية كل المهام الموكلة لي بضمير.					
٢١	غالباً ما أشعر بالتوتر والعصبية.					
٢٢	أحب أن أكون في وسط الأحداث.					
٢٣	للشعر تأثير ضعيف أو ليس له تأثير علي.					
٢٤	أميل إلى السخرية والشك في نوايا الآخرين.					
٢٥	لدي مجموعة أهداف واضحة أسعى إلى					

				تحقيقها بطريقة منظمة .	
٢٦				أحيانا ما أشعر بأنني بلا قيمة على الإطلاق.	
٢٧				عادة ما أفضل عمل الأشياء بمفردي.	
٢٨				غالبا ما أجرب أكالات جديدة و أجنبية.	
٢٩				أعتقد أن معظم الناس سوف تستغلك إذا سمحت لهم بذلك.	
٣٠				أضيق كثير من الوقت قبل أن أستقر في العمل.	
٣١				نادرا ما أشعر بالخوف أو القلق.	
٣٢				غالبا ما أشعر كما لو أنني أفيض بالطاقة.	
٣٣				نادرا ما ألاحظ الحالات المزاجية أو المشاعر التي تحدثها البيئات المختلفة.	
٣٤				يحبني معظم الناس الذين أعرفهم.	
٣٥				أعمل باجتهاد في سبيل تحقيق أهدافي.	
٣٦				غالبا ما أغضب من الطريقة التي يعاملني بها الناس.	
٣٧				أنا شخص مبتهج ومعنوياتي مرتفعة.	
٣٨				أعتقد أن علينا الاعتماد على المراجع الدينية لاتخاذ قرارات في القضايا الأخلاقية.	
٣٩				يعتقد بعض الناس أنني بارد المشاعر وعملي.	
٤٠				عندما أتعهد بشيء أستطيع دائما الالتزام به ومتابعته للنهائية.	
٤١				غالبا عندما تسوء الأمور تضعف همتي وأشعر كما لو أنني استسلم.	
٤٢				لست متفائل ومبتهج.	
٤٣				أحيانا عندما أقرأ شعرا أو أنظر إلى عمل فني أشعر بقشعريرة ونوبة من الإثارة.	
٤٤				أنا صلب الرأي ومتشدد في اتجاهاتي.	
٤٥				أحيانا لا يعتمد علي أو يوثق بي كما ينبغي أن أكون.	
٤٦				نادرا ما أكون حزينا أو مكتئبا.	
٤٧				حياتي تجري بسرعة.	
٤٨				اهتماماتي قليلة بالتأمل في طبيعة الكون أو الظروف الإنسانية .	
٤٩				أحاول بصورة عامة أن أكون مقद्रا ومراعيا لمشاعر الآخرين.	
٥٠				أنا شخص منتج دائما ما أنجز عملي.	
٥١				غالبا ما أشعر بالعجز والحاجة لشخص آخر لحل مشاكلي.	

٥٢	أنا شخص نشيط جدا.
٥٣	لدى كثير من حب الاستطلاع العقلي.
٥٤	إذا لم أكن أحب بعض الناس أدهم يعرفون ذلك.
٥٥	لا أبدو قادرا على الاطلاق أن أكون منظما.
٥٦	أحيانا ما شعرت بالخزي لدرجة أنني حاولت الاختفاء.
٥٧	أفضل أن أدبر أمور نفسي عن أن أكون قائدا للآخرين.
٥٨	دائما ما استمتع بحوار النظريات والأفكار المجردة.
٥٩	إذا كان ضروريا يمكن أن أتحايل على الناس للحصول على ما أريد.
٦٠	أكافح من أجل التميز في كل شيء أقوم به.

اختبار مينسوتا للشخصية المتعدد الأوجه MMPI

Minnesota Multiphasic Personality Inventory

عرب المقياس :-

١.د. محمد عماد الدين إسماعيل

٢.د. لويس كامل مليكه

٣.د. عطية محمود هنا

مكونات الاختبار :-

١. كتيب الأسئلة

٢. ورقة الإجابة

٣. مفاتيح التصحيح

٤. الصفحة النفسية

٥. كتيب التفسيرات والمعلومات

٦. مكون من ٥٦٦ بمد وضعت لقياس ١٠ اختبارات إكلينيكية وهم :-

الاكتئاب د - D - ٦٠ بند Depression

ويقيس اتجاه عام يتمثل في تدني مستوى الروح المعنوية وانعدام الأمل في المستقبل وعدم الرضا من قبل الفرد عن حياته بالإضافة إلي مشاعر الحزن والكآبه .

الفصام س ك - K - S ٧٨ بند Schizophrenia

يمثل عمليات التفكير والإدراكات المشوهة والعلاقات الأسرية السيئة وصعوبات في التركيز ونقص الاهتمامات بالنظافة الشخصية وهو مرض ذهاني يشمل الضلالات والهالوس .

الهوس الخفيف م أ - MA ٤٦ بند Hypomania

يمثل حالة مزاجية منتعشة ولكن غير مستقرة وتطير في الأفكار والنشاط الزائد وهو الطرف الثاني نت ثنائي القطب.

Psychopathic بند 50 PD – الأناحراف السيكوباتي ب د

يتمثل في نقص الاستجابة الانفعالية لدي المريض وعدم القدرة علي الاستفاده من الخبرة واللامبالاة بالمعايير الاجتماعية مرض عقلي يتميز بالسلوك المعادي للمجتمع والبعده عن العلاقات الشخصية .

hypochondriasis بند 33 h s – توهم المرض ه س

هو مقياس لمقدار الاهتمام الزائد بالوظائف الجسمية والقلق الذي لا يستند علي أي أساس عضوي فغالبا يشكو المريض من آلام لا يوجد لها أي أساس عضوي

social introversion بند ٧٠ S y.S I – الأنطواء الاجتماعي : س ي

يمثل المواقف التي تعكس عدم الشعور بالارتياح في المواقف الاجتماعية

masculinity-femininity بند ٦٠ M f – الذكورة في مقابل الأنوثة:- م ف

يتمثل في الاهتمامات المهنية والهوايات والتفضيلات المناسبة لكل جنس او نوع

Paranoia بند ٤٠ AP – البارانويا:- ب أ

نوع من أنواع الفصام يتمثل في الحساسية الشديدة والتمسك الشديد بالضلالات

والتشكك في تصرفات الآخرين (العظمة والاضطهاد)

الهستيريا :- ه ي Hy.Hi بند ٦٠ Hysteria

وتتمثل فقرات هذا المقياس في فئتين :-

- شكاوي بدنية جسدية أساسية بطريقة شعورية أو لا شعورية
- فقرات تعبير عن اعتبار المريض لذاته بأنه متوافق اجتماعيا لكنه في الحقيقة ليس علي هذه الحالة

الوسواس القهري:- (السيكاثينيا) ب ت - Psych asthenia بند 48 P t

هو اضطراب عصابي يمثل عجز الفرد عن مقاومة أفعال وأفكار معينة رغم أنها ذات طابع لا توافقي .

بالأضافة إلي أربع مقاييس للصدق وهم :-

١. عدم الأجابة ؟ S عدم زيادة هذه الأسئلة عن ٣٠
- هي عدد الفقرات التي لم يستطع المفحوص الإجابة عليها سواءا بنعم أو لا (بدون أجابة)
٢. الكذب ل L ١٥ بند يمكن من خلالها اكتشاف الأفراد الذين يتعمدون الكذب في الإجابة حيث تختلف الإجابة عن الإجابات المحددة فتؤكد كذبه
٣. الخطأ ف False F ٦٤ بند

وهنا يكرر البند بنفس الصيغة ويطلب من المفحوص الإجابة عليها فإذا تباينت

أجابته فهذا مؤشر علي تحريفه الاجابة

٤. التصحيح ك ٣٠ فقرة

وفيه توضح بنود تتسم بأنها تلاءم التشخيص فإذا جاءت إجابات المفحوص غير

متسقة مع التشخيص فهذا مؤشر علي تحريف الإجابة .

خطوات تطبيق الاختبار الجمعي

١. توزع أوراق الإجابة والأقلام علي المفحوصين

٢. يطلب من كل مفحوص أن يكتب أسمه والبيانات الأخرى المطلوبة منه في

ورقة الإجابة.

٣. توزيع كراسات الاختبار واحدة لكل مفحوص مع التنبيه بعدم فتح الكراسه

قبل إعطاء الأذن بذلك .

٤. يقرأ الفاحص التعليمات الواردة في مقدمة الكراسه بصوت مرتفع وفي نفس

الوقت يتابع المفحوصين هذه التعليمات بالقراءة الإضافية .

٥. يجيب الفاحص عن الأسئلة التي قد يواجهها المفحوص ثم يؤكد عليهم

بضرورة عدم رسم أي علامة علي كراسه الاختبار ثم يطلب منهم فتح

الكراسه والبدء في الإجابة .

٦. يفضل القيام بجولة واحدة بين صفوف المفحوصين لتأكد من أنهم يقومون

فعليا بتنفيذ تعليمات الاختبار ولكن لا يجوز الوقوف طويلا بجاب أي

مفحوص.

ملحوظة

عادة يستغرق الأفراد في الصورة الجمعية وقتا يتراوح من ٩٠:٥٠ دقيقة ويختلف الزمن باختلاف ثقافة الأفراد وحالتهم الانفعالية إلا أنه من المناسب تقديم الاختبار في ساعتين ويمكن تطبيقها علي هيئة جلسات في الحالة الفردية فقط.

شروط تقديم الاختبار:-

١. لابد من تطبيق مقياس ذكاء قبل تطبيق هذا الاختبار

٢. ألا يقل السن عن ١٦ سنة

٣. ألا يقل مستوى التعليم عن الابتدائية

٤. ألا يقل مستوى الذكاء عن ٨٠ درجة

تصحيح البنود المتروكة

مثال

إذا ترك المفحوص من ٣٠:٥ بند بدون إجابة يعطي علي كل بند منها درجة واحدة

مثال : تم تطبيق اختبار الاكتئاب وكانت درجة المفحوص (٤٠) درجة وترك
المفحوص ١٠ بنود لم يجيب عنها والمطلوب تقدير هذه الدرجة بعد إضافة الدرجات
المتروكة .

الطريقة الأولى :- يتم إضافة درجة عن كل بعد لم يجيب عليه المفحوص

الطريقة الثانية :-

$$\text{نسبة البنود المتروكة} = 6.6 = 66 \div 40$$

عدد الدرجات المضافة = نسبة البنود المتروكة \times عدد البنود المتروكة

$$= 10 \times 6.6$$

$$\text{الدرجة المعدلة} = 6.6 + 40 = 46.6 = 47$$

ك مقياس التصحيح إضافة ك لبعض الاختبارات :-

هـ س + ٥.٥ ك

ب د + ٤.٤ ك

ب ت + ك

س ك + ك

م أ+٢.ك

تصحيح MMPI

يجب أولاً :-

١. فحص كل ورقة من أوراق الإجابة لفرز ما لم يكمل المفحوص الإجابة عليه

لسبب من الأسباب

٢. فرغ المربعات السوداء المرسومة علي كل مفتاح مستخدماً آداه حادة بعد أن

تطبع الورقة علي سطح صلب

٣. بعض المفاتيح مكتوب عليها الصفحة الأمامية ويعني ذلك أنها تطبق علي

ورقة الإجابة الأمامية وبعضها مكتوب عليها الصفحة الخلفية ويعني ذلك أنها

تطبق علي الورقة الخلفية أما إذا جاءت المفاتيح تخلو من أي منها فإنها

تطبق علي الصفحة الأمامية فقط

٤. ضع مفاتيح التصحيح فوق ورقة الإجابة بحيث تظهر الفتحات المرقمة علي

المفتاح الخطوط المنقطة المقابلة للرقم المماثل

٥. عد الخطوط السوداء المظلمة التي تظهر من فتحات المفتاح

٦. أكتب العدد في المكان المخصص علي ورقة الإجابة

٧. لا تنسى أن تنقل الدرجات المستخرجة من ظهر ورقة الاجابة علي الأماكن

المخصصة في ورقة الإجابة ثم تجمعها سويا

٨. اضافة درجات (ك) إلي المقاييس الموضحة في الصفحة النفسية

٩. بعد استخراج الدرجة نرجع إلي المعايير الموجودة في دليل الاختبار بحيث

تتحول الدرجة الخام إلي درجة تائية بعد إضافة درجات (ك)

مميزات الاختبارات الموضوعية

١-سهولة التطبيق.

٢-سهولة التصحيح.

٣-لا تتطلب وقت وجهد.

٤-تمتاز بالثبات والصدق.

٥-لا تحتاج إلي متخصصين مدربين.

عيوب الاختبارات الموضوعية

١-لا تعطي صورة متكاملة عن الشخصية.

٢-قد يحرف المفحوص الاستجابات بشكل شعوري أو لاشعوري.

٣-تتأثر بالمرغوبية الاجتماعية.

٤-لا تكشف عن الصراعات الدفينة في الشخصية.

الاختبارات الاسقاطية Projective test

تعتبر الطرق الاسقاطية من الوسائل الهامة والتي لقيت قبولا لدى علماء النفس

الاكلينيكي وعلماء نفس الشخصية، وقد أثارت الكثير من الجدل بين علماء النفس

فمنهم من يؤيدها و يعترف بقيمتها وفائدتها في نواحي التشخيص الاكلينيكي ، ومنهم من يعارض هذه الطرق لتدخل العوامل الذاتية فيها ، مما يبعتها عن الموضوعية التي يجب أن تتوفر في الاختبارات بالمعنى الدقيق .

ولكن بوجه عام فان هذه الاختبارات تلقى مكانه واسعة عند قياس الشخصية وفي المجال الاكلينيكي .

معنى الاسقاط :

ظهر لأول مرة لفظ "اسقاط" في علم النفس عند (فرويد) وذلك في مقالة له عن عصاب القلق، سنة ١٨٩٤ حيث أوضح أن عصاب القلق يظهر عندما تشعر الذات بعجزها عن السيطرة على المثيرات الجنسية، وفي هذه الحالة تسلك النفس وكأنها تسقط هذه المثيرات على العام الخارجي.

والاختبارات الاسقاطية هي وسيلة غير مباشرة للكشف عن شخصية الفرد، ولمادة الاختبار من الخصائص المتميزة ما يجعلها مناسبة لأن يسقط عليها الفرد حاجته ودوافعه ورغباته وتفسيراته الخاصة دون أن يفطن لما يقوم به من تفريغ وجداني .

وتجدر الإشارة إلى أن مفهوم الإسقاط في الاختبارات الاسقاطية يختلف عن معناه لدى (فرويد) فهو لا يتضمن بالضرورة عمليات لاشعورية ، فالاختبار الذي يتيح للفرد التعبير عن عالمه غالبا ما يؤدي إلى أن يعبر الفرد بمادة شعورية عن الخبرات والميول المعروفة للشخص.

خصائص الاختبارات الاسقاطية :

١- أن الموقف المثير الذي يستجيب له الفرد غير متشكل نسبيا وناقص التحديد والانتظام مما يؤدي إلى التقليل من التحكم الشعوري (المقاومة) لسلوك الفرد

٢- غالبا لا تكون لدى الفرد معرفة عن كيفية تقدير الاستجابات ودلالاتها ومن ثم فأن الاستجابات لن تتأثر بالإرادة .

٣- يعطى الفرد حرية التعبير عن أفكاره ومشاعره وانفعالاته ورغباته دون ان تكون هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة .

٤- الاختبارات الاسقاطية لا تقيس نواحي جزئية أو وحدات مستقلة تتألف منها الشخصية بقدر ما تحاول رسم صورة دينامية كلية للشخصية .

أنواع الطرق الاسقاطية :

يرى " لندزي " تصنيف الطرق الاسقاطية تبعًا لنمط الاستجابة المطلوبة من المفحوص إلى خمسة أنواع هي :

١- طرق التداعي :

والمنبه فيها كلمة أو جملة أو بقعة حبر ، يستجيب لها المفحوص بكلمة أو عبارة أو مدرك، من امثلتها اختبار تداعي الكلمات واختبار الرورشاخ .

١- طرق التكوين :

وتنتج الاستجابة في هذا النوع من نشاط معرفي بنائي إنشائي معقد كأن يكون المفحوص قصة اعتمادا على صورة " اختبار تفهم الموضوع "

٢- طرق التكملة :

يعطى المفحوص منبها ناقصا غير مكتمل (جملة - قصة) ويطلب منه تكملته كاختبار "ساكس" لتكملة الجمل .

٣- طرق الاختيار أو الترتيب :

يقدم للمفحوص عدد من المنبهات كالصور أو الجمل ويطلب منه إعادة ترتيبها أو يحدد تفضيلا ته لها ومن امثلتها اختبار تنظيم الصور واختبار "سوندي".

٤- الطرق التعبيرية :

مثل اختبارات الرسم بالخطوط أو بالألوان وطرق اللعب، (والسيكودراما)، ويمكن أن تستخدم هذه الاختبارات في كل من التشخيص والعلاج .

نماذج من الاختبارات الاسقاطية

(١) اختبار تداعى الكلمات

نبذه عن اختبار تداعى الكلمات

يندرج هذا الاختبار من مجموعة الاختبارات التي تستخدم اللغة كمثير ، تتكون هذه المجموعة من أنواع اختبارات أساسية : منها اختبارات تداعى الكلمات ، تكلمة الجمل تكلمة القصة.

واستخدم جالتون هذا النوع من الاختبارات كوسيلة لدراسة العمليات العقلية وذلك فى سنة (١٨٧٩ . ١٨٨٣). كما استخدمه بعض علماء النفس التجريبي من أمثال فونت (١٩٠٨ . ١٩١١) وكاتل وبرايانت سنة (١٨٨٩) .

وأول تطبيق لهذا النوع من الاختبارات فى المجال الإكلينيكي يرجع إلى يونغ ، فإن كريبيلن (١٨٩٢) و سومر (١٨٩٩) قد سبقاه إلى ذلك .

واستخدم كريبيلن التداعى فى دراسة السلوك الشاذ ؛ واستخدمه مونستر بوج كأداة فى الكشف عن الجريمة ؛ ثم استخدمه يونغ (١٩٠٦) لدراسة العقد ومجالات الاضطراب

الإنفعالي عند الفرد . رغم قلة استعماله كاختبار إسقاطي ، لكن من الممكن الإفادة منه فى مجال العمل الإكلينيكى ومجال البحوث التجريبية.

• تعريف الاختبار

هو اختبار يتم به مراقبة رد فعل واستجابة المفحوص تجاه الكلمة التى تقال امامه وما تحدثها من مثير أو منبه لديه، وهو عباره عن مجموعة من الكلمات المثيرة التى قد تحدث اضطرابا فى التداعى لدى المفحوص ؛ وقد تمس نقطة حساسة ومنطقة صراع لدى الفرد، ويعد نوع من الاختبارات التى تستخدم اللغة كمثير، مثال : «أب . طاغية» «زوجة . شك»، وهذا الاختبار عند تطبيقه من الناحية الإكلينيكية يزودنا بالكثير من المعلومات، حيث تحدث الكلمة المثيرة اضطرابا فى التداعى يكشف عن منطقة صراع عند الفرد ، تكشف فى الوقت نفسه عن طبيعة هذا الصراع القائم فى النفس، كشفت الاستجابة عن طبيعة هذا الصراع ونوعه .

• أهمية اختبار التداعى

أولاً : تحديد مجالات الاضطراب الانفعالي

قام (يونغ) باستخدام اختبار التداعى فى تحديد مجالات الاضطراب الانفعالي والكشف عن العقد النفسية للفرد ، فى هذه الناحية اتبع (فرويد) الذى استخدم التداعى الحر فى الكشف عما لدى الفرد من نواحي الاضطراب النفسى .

ثانياً : التشخيص الإكلينيكي

يمكن استخدام اختبار التداعى كوسيلة للتمييز بين العاديين والشواذ ، كما يفيد فى التمييز بين المجموعات المرضية الكبيرة والمجموعات الفرعية المتواجدة داخلها ، بدأ هذا الاتجاه عند (كريلين) ثم عند (كينت) و(روزانوف) .

ثالثاً : الكشف عن الجريمة

أساس الفكرة تذهب إلى أن الشخص الذى يحاول إخفاء معرفته بجرم ما أو الذى يخاف أن تكشف جريمته ، سوف يظهر عليه الاضطراب الانفعالي ، عن طريق أدلة الاضطراب الانفعالي يمكن التمييز بين المذنب والبرئ ، على الرغم من أن (ليش ووشبون) وصلا إلى نتائج تكشف عن المجرمين باستخدام اختبار التداعى ، لكن بالطبع لا يمكن الاعتماد على مثل هذه الوسائل

○ مكونات الاختبار

□ وضع هذا الاختبار (ربابورت . جيل . شيفر)

□ يتكون الاختبار من (٦٠) كلمة تتصل بمجالات متعددة كالأسرة ، النواحي

الفمية ، الشرجية ، العدوان ، الدلالات الجنسية المتنوعة . تمس ايضا مجالات فكرية وألوانا من الصراع التى تظهر فى أنماط مختلفة من سوء التوافق .

□ وضعت قوائم كلمات كثيرة ومتعددة لدراسة التداعي أشهرها التي وضعها (يونغ) تحتوى على ((١٠٠ كلمة اختيرت خصيصا للكشف عن العقد المعروفة .

□ لكن قاما (كينت . روزانوف) بوضع قائمة أخرى من (١٠٠) كلمة متجنباً الإشارة إلى الكلمات المشبعة بالناحية الإنفعالية ، استبعد الكلمات التي تحتمل معنيين ولمثل هذه الكلمات أهمية في دراسة ميول الفرد.

□ يمكن للباحث وضع قوائم أخرى تهدف للكشف عن الجريمة او الاغراض الإكلينيكية .

الفئة العمرية للاختبار

□ ليس له سن معين .

□ لكن يطبق على الأحداث والجنح من بداية سن ١٣ سنة .

□ هل يطبق الاختبار على ذوى الاحتياجات الخاصة :

جميع الاختبارات الإسقاطي لا تطبق على ذوى الاحتياجات الخاصة؛ لأن الاختبارات الإسقاطي تقيس الرغبات والمشاعر والميول الموجودة في اللاشعور ، وذوى الاحتياجات الخاصة لا يستطيعون تحديد ميولهم أو مشاعرهم أو رغباتهم، ولكن قد يطبق الاختبار على هذه الفئة إذا كانوا قادرين على التطبيق.

○ زمن الاختبار

□ ليس له زمن معين، لكن عندما أرغب فى معرفة . كم زمن الاختبار نقوم بحساب زمن الرجوع لكل استجابة فى المرحلتين والمجموع منهم سيكون هو زمن الاختبار.

□ طريقة إجراء الاختبار (ريابورت)

□ يمر الإجراء بمرحلتين :

□ الأولى:

خاصة باختبار التداعى الذى يستجيب فيه المفحوص للكلمات «المثير».

□ الثانية:

خاصة بإعادة إنتاج نفس الاستجابات التى أعطاهما فى التداعى.

□ إما المرحلة الأولى ، فتبدأ بالتعليمات الآتية :

«سأقرأ عليك قائمة من الكلمات كلمة كلمة. المطلوب من أن تستجيب لكل منها بكلمة أخرى واحدة. لا يهم أى كلمة تقولها ولكن يجب أن تكون الكلمة الأولى هى التى ترد إلى ذهنك بعد سماع الكلمة التى أقولها ، عليك الإجابة بأسرع ما يمكن

لأننى سأحسب لك الزمن الذى تستغرقه فى الاستجابة ، سوف أقول لك الكلمة مرة واحدة ولن أعيدها مرة أخرى»

وبعد أن ينتهى الفاحص من إلقاء التعليمات يبدأ فى ذكر الكلمة الأولى ويسجل الكلمة التى استجاب بها المفحوص وكذلك زمن الرجوع . يتطلب الأمر أحيانا التأكد من أن المفحوص سمع الكلمة جيداً ، التأكد من الكلمة التى نطق بها. ويحدث أحيانا أن يخطئ المفحوص فى فهم الكلمة . بعد الانتهاء من هذه المرحلة تبدأ المرحلة الثانية .

إما المرحلة الثانية ، فتبدأ بالتعليمات الآتية :

« الآن سأعيد عليك نفس الكلمات والمطلوب منك أن تستجيب بنفس الكلمات التى استجبت بها أول مرة ، حاول الاستجابة بسرعة ، سوف أحسب لك الزمن الذى تستغرقه هذه المرة أيضاً» يبدأ الفاحص فى إعطاء الكلمة الأولى ويسجل الاستجابة الجديدة اذا كان ثمة اختلاف بينها وبين الاستجابة الأولى .

فى هذا الجزء من الاختبار يحسن ألا يتدخل الفاحص إلا إذا حدث شى نتيجة خطأ فى الاستماع إلى الكلمة «المثير» من ناحية المفحوص أو فى الاستجابة من ناحية الفاحص ، من الواجب على الفاحص تجنب إبداء الموافقة أو عدم الموافقة على الاستجابات التى يعطيها المفحوص أو أبداء الدهشة والتعجب والقلق مما يقوله ، أو

إعطاء التعليمات بصورة جافة ، يحسن ملاحظة سلوك المفحوص وتسجيل انفعالاته ومشاعره خلال إجراء الاختبار .

○ قوائم كلمات اختبار تداعى الكلمات

- قائمة كلمات (ربابورت . جيل . شافر) هذه القائمة تتكون من (٦٠) كلمة.
- قائمة كلمات (كينت . روزانوف) هذه القائمة تتكون من (١٠٠) كلمة.

ملاحظة

تقدم القائمة في العادة شفويًا ، كما يجرى الاختبار فردياً نظراً لما يتطلبه الأمر من قياس زمن الرجوع لكل كلمة ، وملاحظة حركات المفحوص وإشارته وما قد يحدث من توقف أثناء إجراء الاختبار .

○ طريقة تصحيح الاختبار

□ يتم تصحيح الاختبار عن طريق عدد الاستجابات الصحيحة التي يقوم المفحوص بالاستجابة عنها.

□ كما يسجل زمن الرجوع إذا زاد عن ثانييتين لمن يستجيب بسرعة غالباً ، وعن (٣) إلى (٤) ثوانى لمن يستجيب ببطء ، ويعطى الاستدعاء علامة (+) إذا كان صحيحاً وعلامة (-) إذا كان خاطئاً .

○ تكرر الاستجابة :

لو كرر المفحوص الاستجابة أنتظر لمدة ثانيتين ثم بعد ذلك أكمل باقى الكلمات التى تليها ثم بعد ذلك أكررها عليه مرة أخرى بعد خمس أو ست كلمات خمس أو ست كلمات ؛ بحيث يكون نسي الاستجابة لا يستطيع التفكير فيها

التقدير(اضطرابات التداعى)

□ يقدم (رباورت) أنواع الاضطرابات التى تحدث فى عملية التداعى ، حيث قام بوضع قائمة باضطرابات التداعى ، ومنها ما يلى :

- التوقف : عدم القدرة على إعطاء أى استجابة .
- التسمية : تسمية الاشياء الموجودة بغرفة الاختبار ، ويشير ذلك إلى وجود حالة إعاقة أو الرغبة فى التخلص من الموقف أحياناً .
- التعريفات : إعطاء تعريف متعدد الكلمات ، هذا خروج عن التعليمات التى تتطلب الاستجابة « للمثير » بكلمة أخرى واحدة فقط .
- التكرار : أى تكرار نفس الكلمة « المثير » .
- إعطاء الصفات : أى تكون الاستجابة صفة للكلمة «المثير» «منضدة .
خشب».

- الإشارة إلى الذات : «ابنة . ابنتى» «صديقة . ليس لى صديقة» .
- المدوامة والاستمرار : تتم فى صور مختلفة ،منها إعطاء نفس الاستجابة بالنسبة للمثيرات المتتابعة أو إعطاء نفس الاستجابة بالنسبة لكل أو معظم المثيرات التى بينها علاقة . مثل «أب . شخص» .
- إعطاء الاستجابة المكونة من عدة كلمات : « إجتماعى . له شلة من الأصدقاء»
- الاستجابات التى لا تربطها رابطة بالمثير «كتاب . فنزويلا» .
- الاستجابات بعيدة الارتباط جداً بالمثير . «ظلام . ساعة» «جماعة . جنازة».
- الاستجابات متوسطة البعد ولكنها خارجة عن نطاق الاستجابات العادية . «سجادة . قذارة».
- الاستجابات الانفعالية «أم . حلوة»
- أسماء الأعلام «مدينة . القاهرة»
- الاستجابات المبتذلة ابتداء من الاستجابات الجنسية الدارجة حتى الاستجابات غير المقبولة اجتماعياً .
- سوء سماع الكلمة المثير .

- عدم معرفة معنى الكلمة المثير .

○ الدلالات التشخيصية لاختبار التداعى

طبق كل من (ربابورت . جيل . شافر) اختبار التداعى على عينة من (١٥١) شخصاً بين ذهانى وعصابى وعادى ، من خلال هذا التجربة وضعوا بعض الدلالات الإكلينيكية التى يمكن على أساسها تشخيص الحالات المرضية الكبرى منها الآتى:

(١) الفصام

تتميز استجابات الفصام المختلط وحالات الفصام البارانوى والفصام البسيط .
بالمميزات الآتية:

أ . كثرة ما يعطونه من استجابات بعيدة عن الكلمة «المثير» .

ب . ميل واضح نحو إعطاء التداعى القائم على التشابه فى أوزان الكلمات ، ميل واضح لتكملة الجمل ، هذا النوع من التداعيات تعتبر استجابات قريبة أكثر منها بعيدة ، لكنها أكثر انتشارا فى التفكير الفصامى .

ج . كثرة الاستجابات المتعددة الكلمات ، كثرة التوقف .

د . التنوع الكبير فى أزمنة الرجوع .

هـ . السرعة النسبية التى يقدمون بها استجاباتهم البعيدة .

و. عند إعادة الإنتاج تتجرف استجابات الفصاميين بشكل ظاهر وخطير أكثر مما هو عليه بالنسبة للعصابيين و العاديين .

أما المجموعات الفرعية التي نجدها داخل الفصام فإننا نجد :

- حالات الفصام المختلط ، تتميز بعدم ارتباط استجاباتهم بالكلمة المثير.
- حالات الفصام البسيط ، فيميلون إلى إعطاء استجابات لا تربطها رابطة بكلمة «المثير» وباستمرارهم على إعطاء استجابات معنية لكلمات كثيرة .
- حالات البارنويا ، فإن عدد ما يعطونه من استجابات بعيدة عن المثير كبير نسبياً ، يميلون إلى إعطاء تعريفات كثيرة وتكرار الكلمات بشكل يشير إلى الجمود في تكوين شخصياتهم

(٢) حالات ما قبل الفصام

- أشار (ربابورت) إلى أن النوع الكفوف أو المعاق من هذه الحالات يشبه حالات الاكتئاب إلى حد بعيد في كثرة ما يعطونه من استجابات قريبة من الكلمة « المثير» ، إلا أنهم يختلفون عنهم ف عدم الابطاء في إعطاء الاستجابة وعدم تجميع عدد كبير من الاستجابات القريبة قدر الإمكان وبجودة إعادة الإنتاج .

(٣) الاكتئاب

- يتميز هؤلاء عن بقية الحالات الأخرى ببطء الاستجابة وتجميع كل أنواع الاستجابات القريبة خصوصاً التعريفات . يتميز الاكتئاب الذهاني بكثرة ما يعطيه المرضى من استجابات قريبة من المثير ، او بعيدة عنه وبصور التوقف المختلفة .
- أن بطء الاستجابة فى الاستجابات البعيدة هو الذى يميز عادة حالات الاكتئاب عن حالات الفصام .

(٤) العصابيون

- تتميز حالات الهستيريا التى درسها (رابورت) عن غيرها من الحالات العصابية بكثرة التوقف خصوصاً بالنسبة للكلمات ذات الدلالة الجنسية ؛ كما تتميز بعدم الاستجابة أحياناً وبإعطاء تعريفات .
- تكشف استجابات التداعى وإعادة الانتاج عندهم من النوع المنتظم ، كما أن زمن الرجوع عندهم لا يتأثر كثيراً .

○ تفسير الاختبار

- توضيح ما إذا كان المفحوص قد أخطأ فى فهم الكلمة «المثير» ، يتم مباشرة بعد استجابة المفحوص للكلمة ، تلك الاستجابة لا ترتبط بالمثير وقد توحى باحتمال الفهم الخاطئ للكلمة.

• توضيح الكلمة الاستجابة وذلك فى الحالات التى لا يكون فيها الفاحص متأكداً من سماعه الاستجابة بوضوح ، يتم ذلك أثناء إجراء الاختبار وعقب سماع الكلمة ، يجب على الفاحص الانتباه جيداً لاستجابات المفحوص ، حتى لا يحدث اضطراب فى سير الاختبار .

• توضيح مصادر أسماء الاعلام ومعانى الكلمات غير المفهومة للفاحص .

• توضيح العلاقة بين الكلمة «المثير» والكلمة «الاستجابة» ، ذلك فى الحالات التى لا تتضح فيها هذه العلاقة أو تتحرف فيها الاستجابة عن الاستجابات المألوفة .

• توضيح أسباب طول زمن الرجوع أو الفشل فى إعطاء استجابة لكلمة ما ، هل يوجد فكرة لا يرغب المفحوص فى التعبير عنها حيث تودى إلى أعاقه الاستجابة وإطالة زمن الرجوع . أحياناً تكشف عن بعض الاستجابات الجنسية أو غير المقبولة اجتماعياً فى بؤرة الشعور .

• يكون التفسير عن طريق حساب فرق الوقت بين الاستجابة فى مرحلة التداعي ومرحلة إعادة الإنتاج .

• يتم التفسير والتصحيح بالنسبة للاختبار ككل فى المرحلتين

٢- اختبار تكلمة الجملة الناقصة " ساكس

جوزيف ساكس

من المحاولات التي أجريت في اختبار تكلمة الجملة تلك التي قام بها " جوزيف م ساكس " والتي تستخدم في المجالات الإكلينيكية استخداماً واسعاً . وسوف نقدم في ما يلي فكرة مفصلة إلى حد ما عن هذا الاختبار .

قام (جوزيف م. ساكس وليفي) بعمل اختبار كدليل على تأكيدهم أن اختبار تكلمة الجملة الناقصة اعتبار إسقاطي بعمل تجربة

- طلب ساكس من عشرة أشخاص تكلمة عبارة وقال لهم العبارة وأن يجيبوا عليها بسرعة وبدون تفكير في محتوى العبارة .
- والعبارة هي الطريقة التي عامل بها والدي والذي تجعلني أحس ..

وقد حصل على الإجابات أو الاستنتاجات التالية :-

- ١- بالسعادة التامة .
- ٢- بعدم الاكتراث إلى حد ما .
- ٣- بالرغبة في قتله .
- ٤- بالسير على منواله .
- ٥- بأنها طريقة لا خير فيها .

٦-بالفزع .

٧- بأنه طفل صغير .

أهمية الاختبار :-

اختبار تكملة النقط يعتبر أداة صالحة في يد السكولوجي الإكلينيكي وكل من يريد الوقوف على حاجات الأفراد واحتياجاتهم ومشاعرهم واتجاهاتهم ومستويات طموحهم وما يدور بداخلهم من صراع .

الخصائص :-

هناك تشابه بين هذا الاختبار واختبار التداعي ، ومع ذلك فثمة فروق بينهما

(١) من ناحية المثير :- المثير في اختبار تداعي الكلمات هو كلمة واحدة فقط

بينما في اختبار تكملة الجمل ، جملة ناقصة عادة ...

(٢) من ناحية الاستجابة :- يتطلب من المفحوص أن يستجيب بالفكرة التي تعبر

عن مشاعره ، دون الإصرار على أن تكون كلمة واحدة .

(٣) من ناحية الإجراء :- في اختبار التداعي يقاس من الرجوع لكل كلمة استجابة

، بينما في اختبار تكملة الجمل لا نلجأ إلى قياس زمن الرجوع للاستجابة .

أهم معايير تكملة الجمل هي :-

١- اتساع نطاق المثيرات المختلفة من أجل الحصول على معلومات تتصل
بجوانب الشخصية المتعددة .

٢- أن تكون العبارة المستخدمة كمثير تسمح للفرد أن يعبر عن نفسه بحرية .

٣- ألا يتجاوز الزمن المستغرق للإجراء ساعة واحدة - من ٥٠ - ٦٠ دقيقة .

ويكشف الاختبار على مجالات النبذ التي يكشف عنها رفض المفحوص
الاستجابة ، أو ترك الجملة دون تكملة . وكذلك مجالات المقاومة حيث التوقف
والهروب عن طريق الاستجابة ببعض التدايعات المعروفة ..

يهدف اختبار ساكس إلى دراسة مجالات أربعة من مجالات التوافق هي :

_ الأسرة ، الجنس ، العلاقات الإنسانية المتبادلة ، فكرة المرء عن نفسه ، وقد لاحظ
ساكس أن عبارات الاختبار تتيح للفرد فرصاً كفاية للتعبير عن اتجاهاته وبشكل يسمح
للسيكولوجي أن يستدل منها على اتجاهات الشخصية السائدة وتفيده في الكشف عن
الحالات المرضية وتعطي للإكلينيكي أدلة هامة عن محتوى اتجاهات المريض
ومشاعره .

المجال الأول :-

هو مجال الأسرة ويتضمن ثلاث مجموعات من الاتجاهات : اتجاهات نحو الأم
واتجاهات نحو الأب واتجاهات نحو وحدة الأسرة ، وكل اتجاه من هذه الاتجاهات

يعبر عنه بأربع عبارات ، نسمح للفرد أن يكشف عن اتجاهاته نحو والديه كأفراد ونحو الأسرة ككل ، وبذلك يصبح مجموع عبارات المجال الأول ١٢ عبارة منها :-

" أنا وأمي .." ، " أود لو أن والدي " ، " معظم الأسر التي أعرفها " .

المجال الثاني :-

مجال الجنس وبحث الاتجاهات نحو النساء والعلاقات الجنسية الغيرية ، والعبارات التي تتصل بهذا المجال ثمانية تسمح للفرد أن يعبر عن اتجاهه نحو النساء كأفراد في المجتمع ونحو الزواج والعلاقات الجنسية ذاتها ، من ذلك مثلاً " عندما أشاهد رجلاً وامرأة معاً .. " ، " حياتي لجنسية " .

المجال الثالث :-

مجال العلاقات الإنسانية المتبادلة ويتضمن الاتجاهات نحو :-

(أ) الأصدقاء والمعارف . (ب) زملاء العمل أو المدرسة .

(ج) رؤساء العمل أو المدرسة . (د) المرؤوسين .

ويكشف عن كل اتجاه من هذه الاتجاهات أربع عبارات تسمح للفرد أن يعبر عن مشاعره نحو الآخرين خارج نطاق الأسرة ، وأن يعبر عن رأيه في شعور الآخرين نحوه .. من ذلك مثلاً : " عندما أرى رئيساً قادمًا .. " ، " هؤلاء الذين أعمل معهم .. " .

أما المجال الأخير فيتصل بفكرة المرء عن نفسه ويتضمن النواحي الآتية :-

١- المخاوف .

٢- الشعور بالذنب .

٣- الأهداف .

٤- فكرة المرء عما لديه من قدرات .

٥- فكرة المرء عن الماضي .

٦- فكرة المرء عن المستقبل .

والاتجاهات التي يعبر عنها هذا المجال تعطي للسيكولوجي صورة عن فكرة المرء عن

نفسه على نحو ما هي عليه الآن ، وما كانت عليه في الماضي ، وما ينبغي أن

تكون عليه في المستقبل ، ومجموع عبارات هذا المجال ٢٤ عبارة منها مثلاً " معظم

أصدقائي لا يعرفون أنني أخاف من .. " ، " أكبر غلطة ارتكبتها كانت ... " ، " ،

أعتقد أن عندي القدرة على " ، " عندما كنت طفلاً ، كانت أسرتي .. " ، " ،

الشيء الذي أطمح إليه سراً .. " .

وقد وضع ساكس التعليمات الآتية لاختباره :-

" في ما يلي ستون جملة ناقصة إقرأ كل واحدة منها وأكلمها بكتابة أول شيء يرد إلى ذهنك . أعمل بأسرع ما يمكنك ، إذا لم تتمكن من تكملة جملة ما ، فضع دائرة حول الرقم المقابل لها وانتقل إلى الجملة التي تليها ثم عد إليها لإكمالها في ما بعد ."

وعندما يبدأ المفحوص الإجابة يسجل الفاحص زمن الابتداء في المكان المخصص له وعند الانتهاء يسجل أيضاً زمن الانتهاء . وإذا سمحت الظروف للفاحص فمن الممكن أن يقوم بعملية تحقيق ، فيختار العبارات التي تبدو له خاصة أو غريبة ويطلب من المفحوص أن يوضحها . وفي الحالات التي يشعر فيها المفحوص بالقلق ، يمكن إجراء الاختبار شفهيّاً وتسجل الإجابات وقد يجد المفحوص فرصة لاستخدام هذه العبارات للقيام بعملية تفرغ . كما قد يسمح الاختبار للفاحص أن يقف على المجالات الخاصة التي تثير اضطراب المفحوص وبذلك يتتبع ما يطرأ عليه من تغيرات جسيمة ظاهرة كتغير نبرات الصوت أو تغيرات الوجه أو ما يطرأ على سلوكه من تغير .

وفي ما يلي صورة كاملة من " اختبار ساكس لتكملة الجمل " والذي يرمز إليه

بالرمز SSCT(١) .

^١ - سلامة أحمد عبدالعزيز : اختبار ساكس لتكملة الجمل ، دار الثقافة ، القاهرة ١٩٦٥ .

الاسم : السن :
 الجنس : تاريخ الإجراء :
 زمن الابتداء : زمن الانتهاء : مدة الاختبار :

١-	أشعر أن والدي قليلاً ما.....
٢-	عندما لا تكون الظروف في جانبي
٣-	كنت أو دائماً أن
٤-	لو أنني كنت مسئولاً عن
٥-	المستقبل يبدو لي
٦-	الناس الذين هم أعلى مني
٧-	أنا أعلم أنه من حماقة ولكنني أخاف من
٨-	أشعر أن الصديق الحق
٩-	عندما كنت طفلاً
١٠-	فكرتي عن المرأة الكاملة
١١-	عندما أشهاد رجلاً وامرأة معاً
١٢-	أسرتي إذا قورنت بمعظم الأسر الأخرى
١٣-	في عملي أكون أكثر انسجاماً مع
١٤-	أمي

..... أنا على استعداد للقيام بأي شيء ينسيني ذلك الوقت الذي	١٥-
..... بودي لو أن أبي قام بمجرد	١٦-
..... أعتقد أن عندي القدرة على	١٧-
..... سأكون في غاية السعادة إذا	١٨-
..... لو أن الناس عملوا من أجلي	١٩-
..... أنني أتطلع إلى	٢٠-
..... في المدرسة المدرسون الذين يدرسون لي	٢١-
..... معظم أصدقائي لا يعرفون أنني أخاف من	٢٢-
..... أنا لا أحب الناس الذين	٢٣-
..... قبل الحرب كنت	٢٤-
..... أظن أن معظم الفتيات	٢٥-
..... شعوري نحو الحياة الزوجية أنها	٢٦-
..... أسرتي تعاملني كما لو	٢٧-
..... هؤلاء الذين أعمل معهم	٢٨-
..... أنا وأمي	٢٩-
..... أكبر غلطة ارتكبتها كانت	٣٠-

..... أود لو أن والدي	-٣١
..... أكبر نقطة ضعف عندي هي	-٣٢
..... الشيء الذي أطمح إليه سراً	-٣٣
..... الناس الذين يعملون من أجلي	-٣٤
..... في يوم ما ، أنا	-٣٥
..... عندما أجد رئيسي قادماً	-٣٦
..... أود لو تخلصت من الخوف من	-٣٧
..... الناس الذين أحبهم أكثر من غيرهم	-٣٨
..... لو أنني عدت صغيراً كما كنت	-٣٩
..... أعتقد أن معظم النساء	-٤٠
..... لو كانت لي علاقات جنسية	-٤١
..... معظم الأسر التي أعرفها	-٤٢
..... أحب أن أعمل مع الناس الذين	-٤٣
..... أعتقد أن معظم الأمهات	-٤٤
..... عندما كنت صغيراً كنت أشعر بالذنب نحو	-٤٥
..... أشعر أن والدي	-٤٦

..... عندما لا يكون الحظ حليفي	-٤٧
..... عندما أصدر الأوامر للآخرين ، فإنني	-٤٨
..... إن أكثر ما أتمناه في الحياة	-٤٩
..... عندما تتقدم بي السن	-٥٠
..... الناس الذين أعتبرهم رؤسائي	-٥١
..... تضطرنني مخاوفي أحياناً إلى أن	-٥٢
..... عندما لا أكون موجوداً بين أصدقائي فإنهم	-٥٣
..... أوضح ذكريات طفولتي	-٥٤
..... آخر ما أحبه في النساء	-٥٥
..... حياتي الجنسية	-٥٦
..... عندما كنت طفلاً كانت أسرتي	-٥٧
..... الناس الذين يعملون معي ، عادة	-٥٨
..... أنا أحب أمي ، لكن	-٥٩
..... كان أسوأ ما فعلت في حياتي	-٦٠

تقدير الاستجابات :

وضعت بطاقة التقدير بحيث تضم معاً العبارات التي تتصل بكل اتجاه فمثلاً العبارات التي تدرس الاتجاه نحو الأب تجمع معاً وهي

- أشعر أن والدي قليلاً ما
- بودي لو أن أبي قام بمجرد عمل واحد طيب .
- أود لو أن والدي قد مات .
- أشعر أن أبي ليس طيباً .

ثم يلخص انطباع الإكلينيكي من هذا الاتجاه ، ففي عبارات كالسابقة يمكن أن يوضع هذا الملخص في صورة : "عدوان زائد واحتقار مع رغبة صريحة في موت الأب".

ثم توضع الدرجات المقابلة لدرجة الاضطراب في هذا المجال على النحو التالي :-

درجتان :

لحالة الاضطراب الشديد الذي يحتاج إلى مساعدة علاجية لعلاج الصراعات الانفعالية المتصلة بهذا المجال .

درجة واحدة: للاضطراب المعتدل أي لمن لديه صراحاً انفعالياً متصلاً بمجال ما ،
ولكن يبدو أن الفرد قادر على مواجهته بنفسه دون حاجة إلى مساعدة معالج .

صفر : حيث لا يوجد اضطراب انفعالي له دلالة ملحوظة في هذا المجال .

x : غير معروفة لعدم كفاية الأدلة .

ويوجه ساكس التعليمات الآتية إلى الفاحص الذي يقوم بعملية تقدير الاستجابات .

" على أساس حكمك الإكلينيكي ومع تقدير العوامل المختلفة كالاستجابات غير
المناسبة والإشارات ومظاهر الصراع ، قدر استجابات اختبار الجمل الناقصة في
القوائم الخمس عشرة الواردة بعد حسب المقياس التالي " .

مفتاح التصحيح

يقيس هذا الاختبار ١٥ اتجاه هي :

١-الاتجاه نحو الأم . ويضم البنود (٥٩ ، ٥٢ ، ٤٤ ، ٢٩ ، ٢٢ ، ١٤)

٢-الاتجاه نحو الأب ، ويضم البنود (٤٦ ، ٣١ ، ١٦ ، ١)

٣-الاتجاه نحو وحدة الأسرة . ويضم البنود (٤٢ ، ٢٧ ، ١٢ ، ٥٧)

٤-الاتجاه نحو المرأة . ويضم البنود (٩ ، ٥٥ ، ٤٠ ، ٢٥ ، ١٠)

٥-الاتجاه نحو العلاقات الجنسية الغيرية . ويضم البنود (٥٦ ، ٤١ ، ٢٦ ،

(١١

٦-الاتجاه نحو الأصدقاء والمعارف . ويضم البنود (٩ ، ٥٣ ، ٣٨ ، ٢٣ ، ٨

(

٧-الاتجاه نحو رؤساء العمل والمدرسة . ويضم البنود (٥١ ، ٣٦ ، ٢١ ، ٦

٨-الاتجاه نحو المؤسسة . ويضم البنود (٤٨ ، ٣٤ ، ١٩ ، ٤

٩-الاتجاه نحو زملاء العمل والمدرسة . ويضم البنود (٥٨ ن ٤٣ ، ٢٨ ، ١٣

١٠-الاتجاه نحو الخوف . ويضم البنود (٣٧ ، ٧

١١-الاتجاه نحو مشاعر الذنب . ويضم البنود (٤٥ ، ٣٠ ، ١٥

١٢-الاتجاه نحو القدرات الذاتية . ويضم البنود (١١ ، ٤٧ ، ٣٢ ، ١٧ ، ٢

١٣-الاتجاه نحو الماضي . ويضم البنود (٥٤ ، ٣٩ ، ٩ ، ٢٤

١٤-الاتجاه نحو المستقبل . ويضم البنود (٥٠ ، ٣٥ ، ٢٠ ، ٥

١٥-الاتجاه نحو الأهداف . ويضم البنود (٤٩ ، ٣٣ ، ١٨ ، ٣

كما يمكن استخدام الآتي في تحليل الاستجابات :-

- طول الجملة . ويدل طول الجملة على محاولة لتغطية المشاعر الحقيقية .
- المحو أو ترك الجملة دون تكملة ويشير ذلك إلى ميادين الصراع أو إلى الفقرات التي يرى المفحوص أنها تكشف أشياء كثيرة عنه .

- عنف لهجة التعبير وتكشف عن مشاعر قوية .
- التناقض الظاهر بين الاستجابات .
- المشاعر الفريدة غير المألوفة .
- تكرار الفكرة ذاتها .

(٣) اختبار تفهم الموضوع خاص بالأطفال ويرمز له بالرمز " CAT " ،
"Children Apperception Test"

ولهذا الاختبار الأساس النظري و الإطار المرجعي ذاته لاختبار "TAT" ولكن بدلاً من استخدام الصور الإنسانية تستخدم صور للحيوانات بوصفها منبهاً، فمن المعتقد - تبعاً لنظرية التحليل النفسي - أن من السهل على الطفل أن يتقمص الحيوان ويتوحد به أكثر من أية كائنات أخرى .





(٤) اختبار زوندي الإسقاطي

اختبار زوندي هو تقنية إسقاطية نظرا إلى معده الطبيب الهنغاري ليبوت زوندي ويستخدم في بلدان عديدة منها البرازيل واليابان وألمانيا واسبانيا فرنسا أمريكا وهنغاريا ولد زوندي عام ١٨٩٣ ونال شهادة الطب عام ١٩١٩ واشتغل في مجال الطب والطب النفسي.

يقوم مذهب زوندي علي الحتمية الجينية genetic determinism

واعتمد في تفسيره علي نظرية التحليل النفسي لفرويد وتوصل إلى نظرية تحليل القدر

analysis of destiny أجبرته الحرب العالمية الثانية الانتقال من هنغاريا إلى

سويسرا وهناك اقتسم العمل مع أطباء نفسيين ومتخصصين في مجال علم النفس

تأثر زوندي بجانبين وهما الجانب البيولوجي أو الوراثي والجانب الآخر نظرية التحليل

النفسي كما استخدم الصور الفوتوغرافية في اختباره علي أساس إن هناك علاقة جينية

تربط المستجيب بصورة الشخص الموجود في الصورة وهذه يعني أن الصورة المختارة
ممكن أن تمثل اضطراب اكلينيكي للمستجيب

الهدف من الاختبار

يهدف الاختبار إلي الكشف عن ألا شعور العائلي familial un conscious

وهي عبارة عن الجينات المتوارثة من الأجداد والكشف عن السلالة الكامنة للشخص
المستجيب وعليه فان الأشخاص في نظرية زوندي محكومون بالقدر

تهدف أيضا إلي الكشف عن الذات الداخلية للفرد inner self

وعليه فان الفرد يكون غير واعي تماما بما يفعله

وهناك علاقة أكيدة بين الهيئة الخارجية للشخص وطبيعته الداخلية فان وجه الإنسان
يعبر عن جوهر طبيعته الداخلية واستعان بذلك بعلم الفراسة وكان هذا العلم موجود
في هذا العصر

المبادي الأساسية للاختبار

أن الجينات المتتحة لاتبقي ساكنة بل تمارس تأثير مهم علي السلوك

إن العوامل الوراثية ليست هي التي تحدد اختبار الموضوع للفرد لاختيار الفرد

أن الفرد يكون لديه استعداد للمرض نتيجة وجود تلك الجينات المتنحية

الفئة التي يطبق عليها الاختبار

تم تطبيق الاختبار علي عناصر عرقية مختلفة وعلي الجنسين وتبعاً للمستوي الاقتصادي وعلي أطفال المدارس والمراهقين الجانحين وغير الجانحين وعلي طلبة المدارس ومرضي السكر والمصابين بأمراض عقلية مختلفة

ويطبق الاختبار من سن ٥ سنوات إلي ما فوق

مكونات الاختبار

يتكون الاختبار من ٤٨ صورة فوتوغرافية وتمثل كل صورة وجها لمريض عقلي وقسمت الصور ل ٦ مجموعات وكل مجموعة تتكون من ٨ صور فوتوغرافية وكل صورة من الصور ٤٨ المشخصة علي أنها صورة لفرد يعاني من اضطراب أو مرض له علاقة بدافع معين وكل الأفراد الذين صوروا يعانون من اضطرابات الدافع وقد وضعت علامة علي ظهر كل صورة بالحرف لاسم الاضطراب الذي يعاني منه بشدة صاحب الصورة.

التعليمات

- يبدأ الفاحص بتقديم التعليمات للمفحوص سأعرض عليك ٨ صور انظر لهما ثم اختار أحب صورتين إلي نفسك ثم أعطني أكثر صورتين تكرههما ثم يقوم الفاحص بتسجيل أرقام البطاقات التي اختارها المفحوص.
- يتم عرض الصور في وقت واحد حتى تتم عملية المقارنة بشكل جيد
- إذا تباطأ المفحوص في الاختيار نشجعه علي الاختيار بسرعة
- إذا وجد المفحوص إن كل الصور غير مفضلة نغير التعليمات نطلب منه أن يختار الصورتين الأقل نفورا
- الزمن يختلف من مفحوص لأخر يستغرق ١٠ دقائق أو نصف ساعة أي أن الزمن يتوقف علي المفحوص

كيفية تطبيق الاختبار

- يجب علي المفحوص أن يختار من السلسلة أكثر صورتين يفضلهما وأكثر صورتين يكرهها ونكرر هذه الاختيارات في كل سلسلة من السلاسل ال ٦
- يجب عرض الصور في وقت واحد حتى نتأكد من قيام المفحوص بعملية المقارنة الحقيقية
- ليس من المفروض أن يتأمل الفرد طويلا وإذا حدث تباطأ المفحوص في الاختيار فأننا نشجعه علي القيام بعملية الاختيار بشكل أسرع

- ومن ثم نجد أن لدينا في كل سلسلة من السلاسل الـ ٦ صورتين يحبهما
وصورتين يكرههما ومن ثم نجد إن هناك ١٢ صورة يفضلها المفحوص و ١٢
صورة لا يفضلها

- وبعد أن ينتهي المفحوص من ذلك نعود ونطلب منه أن يختار من الـ ١٢
صورة التي يفضلها ٤ صورة فقط يفضلها ومن الـ ١٢ صورة التي لا يفضلها ٤
صور يفضلها ونطلب من المفحوص أن يتحدث عن تلك الصور التي اختارها

تفسير الاختبار

أولا رموز الاختبار

- ❖ صورة تمثل جنسيا مثليا يرمز لها بالرمز h
- ❖ صورة تمثل شخصا ساديا يرمز لها بالرمز s
- ❖ صورة تمثل شخصا مصاب بالصرع يرمز لها بالرمز e
- ❖ صورة تمثل شخصا هستيريا يرمز لها بالرمز hy
- ❖ صورة تمثل شخصا فصامي كاتونوني يرمز لها بالرمز k
- ❖ صورة تمثل شخصا فصام بار انويا يرمز لها بالرمز p
- ❖ صورة تمثل شخصا مكتئب يرمز لها بالرمز d
- ❖ صورة تمثل شخصا مريض بالهوس يرمز لها بالرمز m

ثانيا الدلالات الإكلينيكية

الحاجات والدوافع الثمانية تمثل الوحدات الإكلينيكية وكل زوج من العوامل يمثل ميلين متعارضين ولكنهما في الوقت ينتميان إلي مجال واحد ويسمي كل زوج منها بالموجه

١-الموجه الجنسي s يتكون من عاملين هما h/s

٢-الموجه النوابي p يتكون من عاملين هما e/hy

٣-الموجه الفصامي sch يتكون عاملين هما k/p

٤-موجه اتصالي c يتكون من عاملين هما d/m

كل موجه من هذه الموجهات يمثل مجالا معيننا يظهر بصورة مبالغ فيها في الحالات المرضية وكل موجه يتكون من عاملين يكمل كل منهما الآخر وينتمي إلي نفس المجال ولكن يمثلان اتجاهاً متضادين.

ثالثا بروفايل الصفحة النفسية

أقصى عدد للصور يمكن اختباره أو رفضه في أي فئة تشخيصية هو ٦ فقط إذا كان العدد الإجمالي للصور ٤ أو أكثر للعامل فان ذلك إشارة علي وجود توتر داخل الشخصية.

الموجه الجنسي يمثل الرقة والعطف في مقابل العنف والعدوان

الموجه النوابي يمثل الضبط الانفعالي ضد التقلب الانفعالي

الموجه الاتصالي يمثل الخصائص الشرجية ضد الفمية

موجه الذات يمثل اتساع الذات ضد ضيق الذات

الشخصية السوية تجد في استجاباتها توازن بين الموجهات وبعضها البعض وبين

العوامل داخل الموجه الواحد

تحليل البروفایل

١- الصورة المفضلة نرّمز لها بالرمز +تظهر توحد المفحوص مع الدوافع الممثلة

للجنس

٢- الصورة الغير مفضلة نرّمز لها بالرمز - تشير الي رفض الدوافع

٣- الفئة ثنائية الوجدان +/- تتساو بين الايجابية والسلبية تشير الي وجود توتر داخل

الشخصية

٤- الفئة 0 إي الدرجة المفتوحة في حالة خيار واحد او عدم وجود اختيارات وتعني

إشباع المفحوص لدوافعه واحتياجاته وغياب التوتر في مجال معين

(٥) اختبار اليد الإسقاطي

(٦) اختبار الرورشاخ Rorschach Test

يعتبر اختبار الرورشاخ من أشهر الاختبارات الإسقاطية، حيث وضع هذه الطريقة الطبيب السويسري "هرمان رورشاخ" ونشره في كتابه التشخيص النفسي، الاختبار يتكون من عشر بطاقات عليها بقع من الحبر، كما يقوم مبدأ هذا الاختبار على وجود علاقة بين الإدراك و الشخصية

تقدير استجابات الرورشاخ :

يعتمد تقدير الدرجات على نظام تصنيف الاستجابات وهي على أربعة عناصر هي:

أ- المكان : ويتم تصنيف الاستجابة تبعاً لمساحة البقعة التي استخدمها المفحوص، وتشتمل على أربعة جوانب: البطاقة كلها، وجزء كبير، وجزء صغير، والأرضية.

ب- المحددات : وتشير الى العوامل المحددة للاستجابة ، وتشتمل على الجوانب الاتية : الشكل ، اللون ، الظلال ، الحركة .

ج- المحتوى: ويقصد به المضمون، أو الملامح الأساسية التي أثارها البطاقة في ذهن المفحوص.

د- الاستجابات الشائعة أو المبتكرة: ويحدد هذا الجانب على أساس إحصائي، فإذا كانت الاستجابة واردة مرة واحدة في كل ثلاثة تقارير عادية عدت مألوفة، أما المبتكرة فهي التي لا يذكرها أكثر من ١% من الأفراد.



بعض النماذج لبطاقات الورشاخ

دلالة العناصر الأربعة:

١-دلالة المكان:

تشير كثرة الاستجابات الكلية إلى القدرة على إدراك العلاقات الكبيرة والتأليف بين العناصر، وترتبط بالذكاء النظري والمنهجي.

٢-دلالة المحددات:

يرتبط الشكل الجيد بقوة الانا وتماسك الشخصية ، أما تقديرات الحركة فتشير إلى ثراء الحياة الداخلية وزيادة القوى الإبداعية ، كما تعني غلبة اللون على الشكل سيطرة الانفعالات.

٢-دلالة المحتوى :

وتعكسها طبيعة استجابة المفحوص، فكلما كانت الاستجابة خارج عن المؤلف بشكل واضح كلما كانت مؤشرًا لعدم السواء.

٣- دلالة الاستجابات الشائعة والمبتكرة :

تدل كثرة الاستجابات الشائعة الى الخوف من الانحراف عن المؤلف، على حين تشير قلتها إلى عدم الاكتراث للمؤلف .

الاستجابات المميزة لبعض الفئات الإكلينيكية في اختبار الـرورشاخ :

العصاب:

١- العدد الكلي للاستجابات أقل من الأسوياء.

٢- كبت الاستجابات الحركية.

٣- نسبة مرتفعة من التفاصيل الصغيرة (حالات الوسواس).

٤- الاستجابات الحركية الحيوانية أكثر من الإنسانية.

الفصام :

١- تناقص عدد استجابات الحركة البشرية.

٢- نسبة أقل من الاستجابات الشائعة أو المؤلفه.

٣- كثرة حالات رفض المفحوص للبطاقة وعدم الاستجابة لها.

الاكتئاب :

١- قلة عدد الاستجابات.

٢- نمط الإدراك ضعيف.

٣- طول زمن الرجوع.

٤- اختفاء الاستجابات ألونية تماما.

تلف المخ:

١- نقص عدد الاستجابات.

٢- الطول الشديد لزمن الرجوع.

٣- عدم التناسب بين وصف التفاصيل لفظيا وتحديد موقعها بصريًا.

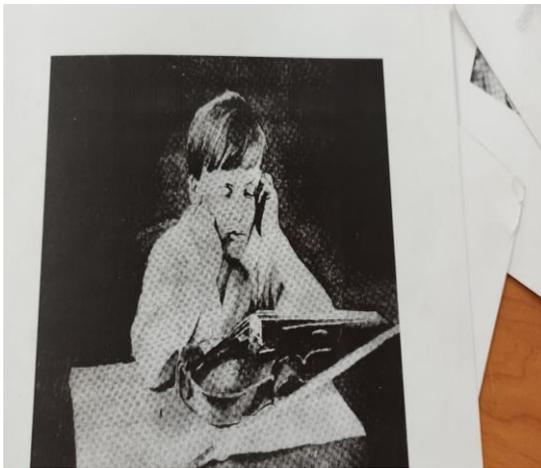
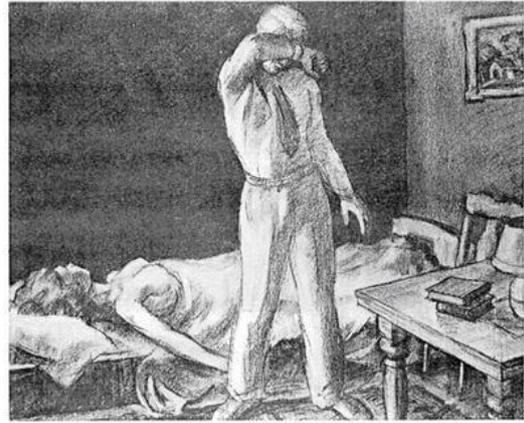
٤- ترديد العبارات بصورة آلية وتكرارها.

(٨) اختبار تفهم الموضوع " TAT " Thematic Apperception Test نموذجًا

وضع هذا الاختبار " هنري موراي؛ وزميلته موجان " عام ١٩٣٥، ونشر موراي نتائج البحوث التي أجريت عليه بالعيادة النفسية في جامعة هارفرد وذلك في كتابه "استكشافات في الشخصية"، ومن ذلك الوقت والاختبار يستخدم على نطاق واسع في أعمال العيادات النفسية في أمريكا وأوروبا .

ويتألف الاختبار من ثلاثين لوحة تشتمل كل واحدة على منظر به شخص، أو جملة أشخاص في مواقف غير محددة المعالم؛ بحيث تسمح بإدراكها على أنحاء مختلفة.

يعتبر اختبار تفهم الموضوع وسيلة توضح للسلوكي الخبير بعض مشاعر الفرد وانفعالاته واحاسيسه، واختبار تفهم الموضوع مفيد في أي دراسة شاملة عن الشخصية وفي تفسير الاضطرابات السلوكية والأمراض العصابية والذهانية والسيكوسوماتية، كما إنه مفيد في تفسير ما يدور في نفس المفحوص من مشاعر وانفعالات ودوافع ونزاعات مكبوتة وألوان الصراع المختلفة.



- الأساس النظري للاختبار (٨ أسس نظرية) :

يعتمد الاختبار على الأسس التالية :

١- نزعة الفرد إلى تفسير المواقف الغامضة بما يتفق مع خبراته الماضية وحاجاتهم الراهنة

٢- إمكانية الاستجابة للبطاقات في صورة لفظية أو مكتوبة

٣- يستجيب الفرد للبطاقات عن طريق إسقاط الدوافع والمشاعر والانفعالات على هذه البطاقات من خلال القصص

٤- إذا تحرر موقف الاستجابة من قيود الواقع المألوف فإنه يمكن استثارة النزاعات الإستجابية التي يعرفها والتي يتردد في الاعتراف بها

٥- استجابة المفحوص لا تتحدد فقط بالدافع والخصائص الثابتة نسبيا ولكنها تتحدد أيضا بعمليات وسيطة مثل دفاعات الفرد وطراره المعرفي

٦- المعنى الذي يضيفه المفحوص على موقف الاختبار يؤثر في تحديد أنماط الاستجابة ويحدد الحالات الانفعالية

٧- الجماعات التي ينتمي إليها الفرد (الطبع، العنصر والثقافة) تؤثر في تفسيره لموقف الاختبار وفي آدائه

٨- تتحدد الاستجابات الممكنة جزئيا بالعوامل التالية :

- الحالة الانفعالية الوقتية كالحزن والاحباط
- عوامل القدرة والآداء كالذكاء العام والسهولة اللفظية

- عوامل المنبه مثل اللون والحجم والمضمون والتظليل
- الأنماط الاستجابية مثل السرعة والدقة والانصياع.

- تطبيق الاختبار والأدوات

الاختبار عبارة عن ٣١ بطاقة مدون في خلف كل بطاقة الرقم الخاص بها، لذلك ستجدون في الملف المرفق الأرقام مكتوبة على واجهت الصورة وهذا للتدريب فقط أما البطاقات الأصلية فالرقم يأتي في الخلف، يقدم للمفحوص عدد ٢٠ بطاقة فقط بما يتناسب مع المفحوص.

الصور ذات الأرقام بدون الأحرف هي مشتركة بين الرجال، والنساء، والفتيان، والفتيات، أما الأرقام ذات الحروف فهي مشتركة بحسب البطاقة بمعنى أن البطاقة ذات الرقم ٣ BM تقدم للرجال والفتيان، وإذا أردنا تطبيق الاختبار على نساء، وفتيات نستبدل هذه البطاقة بالبطاقة ذات الرقم ٣ GF وهكذا في جميع البطاقات لذلك يجب الإعداد المسبق للاختبار وترتيبه قبل إجرائه على المفحوص .

- فكرة الأختبار :-

يطلب من المفحوص أن يستجيب لك ا بذكر القصة التي تخطر بباله عند رؤيته الصورة ويعتمد هذا الاختبار على نزعة الفرد إلى تفسير المواقف في ضوء الماضي.

- أدوات الاختبار :-

١- أوراق تسجيل الإجابة

٢- جدول التفريغ

٣- ساعة إيقاف

٤- ٣١ بطاقة طبعت كل منها على ورق أبيض ويوجد بطاقة واحدة بيضاء وخالية من الصور وقد أعطى لكل بطاقة رمزا ينتمي إلى إحدى الفئات التالية :-

F Female أنثى

G Girl بنت صغيرة

M male ذكر

B Boy ولد صغير

وتنوزع رموز البطاقات كالتالي :

١. رقم فقط وذلك في البطاقات التي يمكن استخدامها مع الجنسين
٢. رقم يتبعه حرف B للأفراد تحت عمر ١٤ سنة
٣. رقم يتبعه حرف G للبنات تحت عمر ١٤ سنة
٤. رقم يتبعه حرف F للإناث في عمر ١٤ سنة فما فوق
٥. رقم يتبعه حرف M للذكور في عمر ١٤ سنة فما فوق
٦. رقم يتبعه الحرفان MF للذكور والإناث من عمر ١٤ سنة فما فوق
٧. رقم يتبعه الحرفان BM للأولاد والراشدين الذكور أكبر وأقل من ١٤ سنة
٨. رقم يتبعه الحرفان GF للبنات والإناث الراشدين أكبر وأقل من ١٤ سنة
٩. BG

وطبقا لتوزيع البطاقات فإنه يستخدم (٢٠) بطاقة فقط مع كل فئة في الفئات الأربعة ويرتبوا أصغر عدد من فوق وأكبر عدد من تحت .

يقدم الاختبار على مرحلتين في كل جلسه عشر صور، و تكون الصورة في وضع الإخفاء على الطاولة وتقدم البطاقات واحده تلو الأخرى.

يتم التوضيح للمفحوص قبل إجراء الاختبار بالتالي (التعليمات):

هذا اختبار للقدرة على التخيل، سأعرض عليك أجزاء الصور، واحدًا واحدًا، والمطلوب منك أن تكون قصة حول كل منها على حدة، توضح فيها ما يحدث في كل صورة في هذه اللحظة، والأمور التي أدت إلى هذه الحالة، وتصف ما يقع فيها، وماذا يشعر به الأفراد، وماذا يفكرون فيه، وماذا سوف تكون عليه النتيجة في ختام القصة، أذكر الأفكار التي ترد إلى ذهنك كما هي، والمطلوب منك أن تكون مؤثرة مليئة بالحياة، لها بداية ونهاية، ولتشر بالحرية المطلقة في ذكر أية قصة تريدها، وتسجل كل قصة حرفيا مع تسجيل زمن الرجوع، والزمن الكلي للاستجابة لكل بطاقة، و يطلب من المفحوص تذكر مصادر كل قصة: من خبراته، وأقاربه، ومعارفه، والكتب، والأفلام.....الخ.

بعد أن ينتهي المفحوص من ذكر القصة الأولى التي أستجاب بها للصورة

الأولى يذكره الفاحص بأن عليه تكرار ما تم عمله في الصورة التالية أما بالنسبة

للبطاقة البيضاء فيذكر الفاحص :-

"أنظر إلي ما يمكن أن تراه في هذه البطاقة البيضاء وتخيل صورة فيها وصفها لي
بكل تفاصيلها"

فإذا وجد المفحوص صعوبة يقول الفاحص له :-

"أغلق عينيك وتصور شيئاً ما ثم صفه لي والآن أذكر لي قصة عنه "

- طريقة التفسير :

يسجل الفاحص ثلاث أنواع من الزمن :-

- زمن الرجوع (أول رؤية للمفحوص للبطاقة والاستجابة لها)
- زمن كل بطاقة
- الزمن الكلي للبطاقات

يتم تفريغ القصص في النقاط التالية:-

- الموضوع الرئيسي
- البطل الرئيسي للقصة
- الحاجات الرئيسية للبطل
- تصور المفحوص للبيئة
- رؤية المفحوص للنماذج
- الصراعات ذات الدلالة
- طبيعة القلق
- الدفاعات الرئيسية
- الأنا الأعلى

• تكامل الأنا

هناك طريقة تفسير كمية تقوم على تحليل محتوى القصة بالمكونات الآتية :

أ-البطل الرئيسي الذي يتقمص الفرد شخصيته :

وهي الشخصية التي تحظى بمعظم الحديث في القصة والتي يصف المفحوص

إحساساته، و مشاعره، أو الشخصية التي يرى الفرد نفسه فيها ويتقمصها.

" من الملاحظ " أن المفحوص يتقمص أبطالاً من جنسه وسنه وأحياناً نجد المفحوص

يتقمص أبطالاً من الجنس الآخر .

ب- الحاجات الرئيسية للبطل :

حيث يشرع الباحث في الوقوف على الدوافع المحركة للبطل، ومعرفة مشاعره، وأفكاره

ونزاعاته وحاجاته، كالحاجة للسيطرة، والحاجة للجنس، والحاجة للإنجاز، والحاجة إلى

تلقي العون.

ج- العوامل الانفعالية و الوجدانية :

ويتضح فيما يقوم به البطل من أفعال ضد الآخرين، والتي تكشف عن الميول

العدوانية، أو تتمثل في حالات الشك، والحيرة، أو الارتباك ازاء سلوكيات معينة والتي

تعبر في الغالب عن الصراعات، أو الاحساس العميق بالذنب نتيجة ارتكاب الأخطاء

والميل إلى اللوم اللاذع للذات، ونقدها، واستصغارها؛ وهنا تكشف عن قوة الأنا العليا.

- الدلالات الإكلينيكية للاختبار:

يستدل من قصص اختبار تفهم الموضوع مؤشرات تشخيصية لدى الفئات الآتية:

الفصام :

تتميز قصص الفصامين بالغرابة، والشذوذ، وانخفاض الأصالة، وظهور التوهم في القصص، وضعف العلاقة بين الصور، والقصة، وانهيار البنيان العقلاني، أو الوجداني للقصة، وتفكك المعنى، وأخطاء إدراكية، وانهيار الاتصال بين الأشخاص، وتناثر محتويات القصص مع تقاليد المجتمع، و آدابه (كاشتهاء المحارم، والجنسية المثلية، قتل الوالدين، الانحرافات الجنسية à مستوى مرتفع من الرمزية.

الاكتئاب:

البطء في رواية القصة، والتوقف، إشارات إلى مشاعر الذنب، والحط من قدر الذات، والشعور بالندم، ومغامرات تنتهي بالفشل، وموضوعات تشير إلى اليأس، والموت مرغوب، وفقدان موضوعات الحب حتمي.

ذهان الهوس:

السرعة في رواية القصة، والانفعالات الزائدة

البارانويا:

التهرب، والحذر، والشك في الغرض من الاختبار وإنكار تعبير القصة عنه وإنكار العدوان.

الوسواس القهري:

استخدام الألفاظ المتزمتة و الشك و تقدير مشاعر الآخرين و رفض التنبؤ بالنتيجة أو النهاية، وجذب الخيال.

القلق:

تكرار موضوعات الخوف وتوقف أو حبسة، ومواقف مسرحية (درامية) عنيفة، وارتفاع نسبة الأفعال إلى الصفات في القصص، عدم حسم المواقف المتخفية.

- تطبيقات في اختبار تفهم الموضوع:

البطاقة ٢:

قصة لفتاة عمرها ١٦ سنة:

هؤلاء هم الفلاحون، وهي فلاحه أيضا، وهنا امرأة أخرى لكنها لا تشبه بنت الريف،
هنا تحمل كتبًا في أيديها، وتفكر مليًا فيها، ويظهر أنها لا ترغب في الحياة في
الريف، لذلك فإنها تتخيل و تتمنى أن تكون في مكان آخر أين يمكنها العيش حياة
أفضل؟، توجد رجل وامرأة راضين بالعمل بخدمة الأرض، ربما يفكران في رحهما.



كما أن البنت تعيش في وسط ريفي، والداها فقيرين، ولا يستطيعان الذهاب لمواكبة
معيشة المدينة، لهذا أصابها الملل، و تراها دوما تنظر إلى كتبها، إنها تتمنى العيش
في المدينة، والتخلص من هذه المعيشة.

التفسير عن طريقة موراي :

تحديد البطل: البنت.

حاجات البطل: تمنيات في حياة أفضل.

ضغوط البيئة : بيئة فقير تعيق، وتمنع تحقيق أمانى البطل وتمنياته.

-نهاية القصة: تبقى البطلة على مستوى التمنيات.

-تحليل الموضوع: ما هو الموضوع المعالج في هذه القصة ؟ تمنيات فتاة في محيط

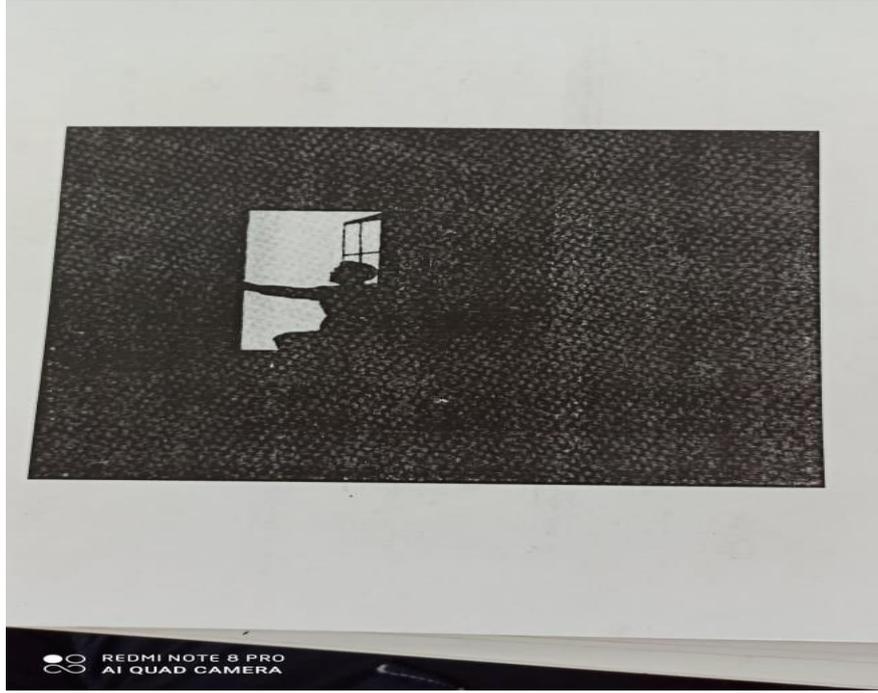
فقير.

-المشاعر المعبرة : عدم الرضا ، قلق ، ملل.

الخلاصة: بسبب عدم الرضا عن حياتها، تتمنى البطلة حياة أفضل ولكن لا تعمل

شيئاً للخروج من هذه الوضعية.

بطاقة رقم (١٤)



قصة لشاب في منتصف العشرينيات (حسنًا: أود أن أقول أن ذلك يحدث في باريس، فقد أعلنت الصحف أن الشهب سوف تنطلق في السماء، فيقف هذا الشاب في مراقبة النجوم، وهو الآن يتواجد في غرفة النوم، وقد أطفأ النور حتي يسهل عليه رؤية السماء، وفي النهاية بعد مراقبة تدوم لمدة ٢٥ دقيقة، ويغلق النافذة ويخلع ملابسه ويخلد للنوم، كما أحب أن أقول أن هذا الشاب ميوله فلكية، ولديه اهتمام كبير بالأحداث الكونية، ولكن هذا الشاب يعمل في وظيفة صغيرة جدًا ليس لها مستقبل، وأنه دومًا مهتمًا بالفلك، لكن لأن واليه لم يكن لديهم المال الكافي فلم يتعلم في المدرسة ولم يكمل تعليمه في هذا المجال).

التفسير

من خلال العرض السابق وفي ضوء باقي القصص لهذا الشاب نلاحظ عدم رضاه عن نفسه وعدم رضاه عن حياته المهنية في الوقت الحالي، كما أنه يلقي اللوم الشديد على والديه في هذا الصدد.

مميزات عيوب الاختبارات الإسقاطية

أولاً : المميزات

- ١- تستخدم مثيرات غامضة بحيث لا يستطيع المفحوص إدراك الهدف منها وبالتالي يعجز عن تزيف وتحريف الإجابات
- ٢- تقدم تقييم كلي للشخصية
- ٣- تصاغ الأسئلة بشكل لا يوجد فيها إجابات صحيحة أو خاطئة

ثانياً : السلبيات

- ١- منخفضة الصدق والثبات
- ٢- تستغرق وقت طويل في التطبيق والتفسير
- ٣- لا بد من الاستعانة بخبراء متخصصين في هذا المجال
- ٤- لا نستخرج درجة محددة
- ٤- قد تتأثر النتائج بأهواء وذاتية الفاحص

الفصل الخامس

الفحص الجسمي والفحص النفسي العصبي

الفحص الجسمي أو الفحص البدني (Physical examination)

الفحص الطبي أو الفحص السريري هي العملية التي يقوم فيها الطبيب بفحص جسم المريض بحثاً عن أي علامات أو أعراض طبية محتملة لحالة طبية. بشكل عام، قبل هذا الفحص يتم أخذ السيرة المرضية التي تشمل الأعراض التي يخبرها بك المريض نفسه. القصة السريرية والفحص الجسمي يساعدان في تحديد التشخيص الصحيح وتشكيل خطة العلاج. ثم ستصبح هذه البيانات جزءاً من السجل الطبي للمريض (الملف الخاص بالمريض). هو الفحص الذي يجريه الطبيب للمريض مستخدماً قوة الملاحظة وحواسه، وذلك بعد مقارنة المريض كما قد يستعين بمعدات بسيطة للفحص على سرير المرض مثل السماع الطبية، ولكن بدون استخدام الوسائل الحديثة والمعقدة للتشخيص كالأشعة والفحوصات المخبرية أو التصويرية وما شابهها.

يشمل الفحص السريري الخطوات التالية:

المعاينة والملاحظة

المعاينة والملاحظة (بالإنجليزية: Inspection) من خلال النظر إلى المريض

وملاحظة:

وضع المريض العام (ممتاز - جيد - ضعيف - حرج)

العلامات المرضية

مثل لون الجلد، لون الشفاه، وضع الجسم، تقدير الوزن وتناسق الوزن والطول، مظهر الأسنان، العيون... وغيرها من العلامات التي تدل على مختلف الأمراض.

الوضعية التي يتخذها المريض (الاستلقاء على الظهر، ضم البطن، الجلوس مع وضع الأيدي على الأرجل أو على الصدر، جلوس القرفصاء، التجول الدائم وغيرها من الوضعيات التي تتوافق مع أمراض معينة).

تصرفات المريض وما يقوم به المريض تلقائياً للتخفيف من أعراض المرض مثل الحكّة، اللهاث، تجنب الإضاءة، تجنب الأصوات المرتفعة، زم الشفاه أثناء الزفير... الخ.

ويشمل الفحص الجسدي ما يلي:

جس النبض.

الجس (بالإنجليزية: Palpation) هو أن يقوم الطبيب بتحسس مناطق مهمة من جسم المريض، مثل جس النبض، تحسس العقد اللمفاوية، تحسس التغيرات الجلدية، تحسس ناحية البطن والبحث عن التغيرات المرضية مثل الأورام والالتهابات.

الفحص الوظيفي

من خلال تحريك الأطراف وفحص مدى حركة المفاصل مثلاً، أو الطلب من المريض القيام ببعض الوظائف والحركات مثل النطق ببعض الحروف، أو الوقوف بشكلٍ ما، أو المشي، ومراقبة المريض أثناء قيامه بهذه الوظائف لفحص التغيرات غير الطبيعية أو المرَضِيَّة.

الطرق Percussion :

هي إحدى طرق الفحص السريري التي تميز حالة المريض عن طريق الصوت الناتج من النقر على جسم المريض باطراف الاصابع ويتم من خلالها تمييز ثلاثة اصوات وهي:

طبليّة Tympany

وهو الصوت الصادر نتيجة الطرق على تجويفات هوائية كالمعدة .

رنين Resonance

هي الاصوات الصادرة نتيجة الطرق على تجويفات فارغة مثل الرئة .

أصمية Dullness

هو الصوت الناتج من الطرق على الاعضاء الصلبة كالعظام .

استخدام حواس الطبيب في التشخيص

مثل شم الروائح المنبعثة من المريض (كرائحة الأسيون عند مرضى الصدمة السكرية أو رائحة الالتهابات... الخ)، واللمس للتغيرات الجلدية، ولتقدير درجة الحرارة أو تعرق المريض. كما أن سماع التغيرات التي تطرأ على صوت المريض، أو أصوات التنفس قد تُسمع بدون الاستعانة بالسماعة الطبية أو الاستماع إلى سُعال الأطفال، كل ذلك يساعد في تشخيص الأمراض المختلفة.

استخدام أدوات فحص مكملة

قياس ضغط الدم.

يُضاف إلى الفحص السريري الفحوصات التي تتم باستخدام أدوات فحص بسيطة مثل تسمع المريض (بالإنجليزية: Auscultation) باستخدام السماعة الطبية، أو قياس ضغط الدم، أو فحص رد الفعل العصبي باستخدام مطرقة المنعكسات (بالإنجليزية: Reflex hammer) وغيرها من الفحوصات البسيطة والتي يمكن إجراؤها على سرير المريض أو في غرفة الفحص دون الاستعانة بالتجهيزات الطبية المعقدة.

أهمية الفحص السريري

في عصرٍ صارت فيه أجهزة التشخيص الطبي على تعقيد عالٍ ودقة متناهية في تشخيص الأمراض، ما زال الفحص السريري البسيط هو الأساس في كل الفحوصات الطبية، فمن ناحية أولى يمكن التقليل من الفحوصات الطبية الزائدة عن الحاجة إذا تم إجراء الفحص السريري بشكل دقيق يوصل لتشخيص دقيقٍ للمرض دون الحاجة لتعرض المريض إلى مخاطر أو إزعاجات الفحوصات الطبية المعقدة، ودون الحاجة إلى الإسراف المادي في فحوصات يمكن الاستغناء عنها، كما أن الفحص السريري يحدد الفحوصات المطلوبة لتشخيص المرض، بحيث نصل إلى التشخيص بأسرع وقت ممكن، مما يسرع في العلاج.

ومن فوائد الفحص السريري:

- يمكن إجراؤه في أي مكان، أي في عيادة الطبيب، دون الحاجة لتحويل المريض إلى المشافي أو منشآت التشخيص الطبي مثل مراكز الأشعة، مما يوفر على المريض الجهد والوقت والمال.
- يسهل إجراؤه في المناطق النائية، وتلك التي لم تصلها الخدمات الطبية المتقدمة، أو في أوقات الحروب والمصائب كالزلازل والحرائق بشكل يضمن سرعة البدء بالعلاج.

- الفحص السريري الجيد يُغني عن الفحوصات الباضعة والمؤذية ومثال ذلك في طب الأطفال حيث يمكن الاستغناء عن الأشعة السينية في تشخيص
- العديد من أمراض الأطفال الدارجة، بحيث يُحمى الطفل من الآثار السلبية للإشعاع. كما يمكن الوصول إلى التشخيص بدون الحاجة إلى سحب الدم من الأطفال الذين ينزعجون من سحب الدم، وقد يرفضون زيارة الطبيب بسبب خوفهم من الإبرة.

يساهم الفحص السريري الجيد في توجيه المريض لأدوات تشخيصية توصله للهدف دون الإسراف المادي في فحوصات غير ملزمة، مما يساعد في توفير النفقات الطبية على المريض أو على المجتمعات المتحملة للعبء المادي للخدمات الطبية، دون أن يكون ذلك على حساب الجودة الطبية.

التقييم النفس عصبي

تعد طرق التشخيص ذات أهمية خاصة بالنسبة لعلم النفس العصبي، لأنها تمده بالعديد من المعلومات التي تجعله قادراً على إجراء تقييم جيد ودقيق، من حيث اختيار الأدوات المناسبة، ومن حيث تفسير نتائج هذه الأدوات. فمن المهم أن يتم تجميع كافة المعلومات عن المريض حتى نقدم تفسيراً دقيقاً لنتائج عملية التقييم، فالأمر ليس مجرد تطبيق الأدوات، وحصول على نتائج ولكن الأمر الأهم هو تفسير هذه النتائج،

وهذا التفسير يعتمد على الكثير من المتغيرات التي يجب وضعها في الاعتبار عند تقديم في تحديد التقرير علم النفس العصبي، لتكتسب هذه النتائج مصداقيتها، وتصبح دقيقة في تحديد مظاهر الاضطراب، والأعداد لعملية التأهيل.

جرى التقييم النفسي العصبي تقليدياً لاختبار مدى ضعف مهارة معينة ما ولمحاولة تحديد الباحة الدماغية التي تضررت بعد أذية دماغية أو مرض عصبي. أصبح الآن تحديد موقع الآفات التي تشغل حيزاً ما أكثر دقة مع ظهور تقنيات التصوير العصبي، لذا انتقل التركيز الآن إلى التقييم المعرفي والسلوكي، بما في ذلك اختبار آثار أي أذية دماغية أو عملية مرضية عصبية قد يعاني منها الفرد.

يُعتبر تنفيذ الاختبارات النفسية العصبية من أجل تقييم الوظيفة المعرفية جزءاً أساسياً من التقييم النفسي العصبي، على الرغم من أن الاختبارات النفسية العصبية تجمع ما هو أكثر من مجرد تنفيذ وتسجيل الاختبارات وأدوات الفحص. من الضروري أن يشمل التقييم النفسي العصبي أيضاً تقييماً لحالة الفرد العقلية. وبشكل خاص في تقييم مرض ألزهايمر والأشكال الأخرى من الخرف. تتضمن جوانب الوظيفة المعرفية المقيمة عادةً الميل والتوجه، والتعلم الجديد أو الذاكرة، والذكاء، واللغة، والإدراك البصري والوظيفة التنفيذية. مع ذلك، يشمل التقييم النفسي العصبي السريري ما هو

أكثر من ذلك، فيركز أيضاً على حالات الفرد من الناحية النفسية، والشخصية،
والعلاقات بين الأشخاص، والحالات السياقية الأوسع.

أهداف التقييم النفس عصبي

الهدف من التقييم النفسي العصبي هو إجراء تقييم دقيق وشامل وتحديد نقاط القوة
والضعف في مجالات متعددة، قد يكون بعض الأطفال المُحالين للتقييم مصابين
بالفعل باضطراب تعلم معروف أو تشخيص آخر، قد تتم إحالة الأطفال الآخرين
بسبب قلق أو سؤال، في كلتا الحالتين يمكن أن تساعد نتائج التقييم النفسي العصبي
في توضيح التشخيصات المتعلقة بمجموعة من التعلم والمخاوف النفسية، كذلك وضع
توصيات محددة لتلبية احتياجات الطفل في المنزل والمدرسة. يمكن أن تساعد
النتائج والمفاهيم التشخيصية لمشكلة ما أو مجالات المشكلات المتعددة، الآباء في
فهم أفضل لنقاط القوة والضعف لدى أطفالهم ومعالجة المخاوف ذات الصلة في بيئة
المنزل، في حين أنّ التشخيص ليس ضروري تماماً، التشخيص مفيد من أجل
الحصول على جميع الخدمات ووسائل الراحة التي ستساعد الطفل على تحقيق
إمكاناته النهائية داخل وخارج المدرسة. تُستخدم التشخيصات للتواصل بين مقدمي
الخدمة وبينهم وللتأكد من حصول الطفل على جميع الخدمات التي يمكنه الحصول
عليها، حتى يتمكن من تحقيق إمكاناته النهائية، إذا كان الطفل قد تلقى تقييم نفسي

عصبي في الماضي، فيمكن أن يقترح التقييم المحدث أيضاً تغييرات على العلاج أو التدخل أو توثيق التغييرات والتطوير في المهارات بمرور الوقت،

قد تُجرى التقييمات من أجل العديد من الأسباب، مثل:

التقييم السريري

من أجل فهم الأنماط الخاصة بنقاط القوة المعرفية بالإضافة لأي صعوبات قد يمتلكها الشخص، ومن أجل المساعدة في اتخاذ القرارات واستخدامها في الوسط الطبي أو التأهيلي.

التقصي العلمي

من أجل تقصي فرضية ما حول اختبار بنية المعرفة ووظيفتها، أو لتوفير المعلومات التي تسمح برؤية الاختبارات التجريبية في سياق الإطار المعرفي الأوسع.

التقييم القانوني الطبي، لاستخدامه في محاكم القضاء دليلاً في الإدعاء القانوني أو التحقيق في الجرائم.

حدد ميلر ثلاثة أهداف كبرى للتقييم النفسي العصبي.

أولاً، التشخيص

لتحديد الطبيعة الخاصة بالمشكلة. ثانيًا، لفهم طبيعة أي أذية دماغية أو مشكلة معرفية ناجمة عنها (انظر عجز معرفي عصبي) وتأثيرها على الفرد، باعتبارها وسيلة لاستنباط برنامج تأهيلي أو تقديم النصائح الخاصة بقدرة الفرد على تنفيذ مهام معينة (على سبيل المثال، اللياقة من أجل القيادة، أو العودة للعمل). وأخيرًا، قد تُجرى التقييمات لقياس التغير في الوظيفة مع الوقت، مثل تحديد عواقب عملية جراحية أو تأثيرها على برنامج تأهيلي مع الوقت

التشخيص النفسي عصبي شامل للأطفال يشمل على الأغلب النقاط التالية:

- فحص الأداء الذهني | مستوى الذكاء
- فحص للمهارات التعليمية كالقراءة، الكتابة والحساب
- فحص مهارات التنظيم كالخطيط، المتابعة والتفكير بشكل مرن
- فحص قدرات الإصغاء والتركيز
- الذاكرة والتعليم
- فحص القدرات اللغوية
- فحص الإدراك البصري

- فحص القدرة الكتابية-الحركية
- فحص للسلوك والأداء العاطفي النفسي
- فحص للمهارات الاجتماعية
- بعض مجالات الاهتمام التي قد تؤدي إلى إجراء إحالة لتقييم نفسي عصبي:
- اضطرابات التعلم واختلافات التعلم.
- عدم الانتباه وفرط النشاط الاندفاع.
- نقاط ضعف الأداء التنفيذي مثل صعوبة التخطيط والتنظيم.
- عجز سرعة المعالجة.
- اضطرابات اللغة أو التأخير.
- العجز البصري المكاني والبصري الحركي والعجز الحركي الدقيق.
- الإعاقة الذهنية.
- اضطراب طيف التوحد.
- القلق والاكتئاب.
- صعوبات سلوكية في المنزل أو في المدرسة.

- قصور في التعلم والأداء الثانوي للحالات العصبية أو الولادة، على سبيل المثال اضطرابات النوبات والصرع وإصابات الدماغ الرضحية وأورام الدماغ، أيضاً استسقاء الرأس الخلقي أو المكتسب والولادة المبكرة.

- الموهبة مصحوبة بصعوبات التعلم أو مجالات أخرى

ماذا يحدث خلال التقييم العصبي النفسي؟

هناك عدّة أجزاء للتقييم الشامل، قد تختلف التفاصيل بناءً على السبب الأصلي للإحالة أو طلب التقييم، مع التحقق دائماً مرة أخرى من اختصاصي علم النفس العصبي الفردي للسؤال عما سيضمّله تقييم الطفل. المدخول هو مصطلح مقدم طبي للتعرف على الفرد، عادة ما يتم عقد جلسة تناول الوالدين في بداية التقييم، هي فرصة للوالد أو الوصي لتقديم معلومات تتعلق بالتاريخ النمائي والطبي والتعليمي والنفسي للطفل، إنّها أيضاً فرصة جيدة لطرح أي أسئلة حول هذه العملية، عادة ما يستغرق هذا الاجتماع من ساعة ونصف إلى ساعتين. ربما تكون هذه هي المرة الأولى التي يلتقي فيها أخصائي علم النفس العصبي بالطفل، سيتحدثون مع الطفل والتأكد من أنّ الطفل مرتاح، مع الإجابة على أي أسئلة قد تكون لدى الطفل، اعتماداً على عمر الطفل قد يُطلب منهم ملء بعض الاستبيانات حول مشاعرهم اليومية وكيفية تفاعلهم مع الآخرين، بعد ذلك سيبدؤون اختبارات مختلفة مع أخصائي علم النفس العصبي.

خلال أيام الاختبار سيجتمع الطفل عادةً بمفرده مع اختصاصي علم النفس العصبي لمدة يومين إلى ثلاثة أيام طوال اليوم الدراسي المعتاد، مع ذلك فإنّ طول الفترة الزمنية للاختبار يعتمد على عمر الطفل وقدراته بالإضافة إلى سبب الإحالة، تستغرق بعض عمليات إعادة التقييم أو التقييمات الموجزة للغاية يوم واحد فقط حتى تكتمل، يفصل علماء النفس العصبي المختلفون الاختبارات بطرق مختلفة. يفضل بعض المتخصصين إكمال الاختبار في أقل عدد ممكن من الأيام، حتى لا يفوت الطفل أيام عديدة من المدرسة، يميل آخرون إلى العمل في فترات تتراوح بين ثلاث إلى أربع ساعات، عندما تكون جلسات الاختبار أطول عادة ما يكون هناك العديد من فترات الراحة بين المهام، بالإضافة إلى استراحة غداء سخية لن يعمل الطفل طوال الوقت. المراقبة الصفية والتشاور مع المدارس. يوصى أحياناً بمراقبة الفصل الدراسي لعرض سلوك الطفل في بيئة الفصل الدراسي، قد يبحث أخصائي علم النفس العصبي عن الأداء الوظيفي في الفصل الدراسي في عدة مجالات، الاستجابة السلوكية للمعلمين والأقران والتفاعلات الاجتماعية مع الأقران والقدرة على العمل بشكل مستقل عندما يكون متوقع، كذلك الامتثال لتوجيهات الكبار والقدرة على الحفاظ على الانتباه مع المهام، أيضاً أي انسحاب أو قلق في الفصل.

الاختبارات النفسية العصبية

توفر الاختبارات النفسية والعصبية النفسية وسيلة معيارية لأخذ العينات، كذلك طريقة موضوعية لتقييم الاستجابات وأداة لمقارنة أداء الفرد مع أقرانه، يتم إجراء الاختبارات المعيارية في ظل ظروف موحدة ويتم تسجيلها بشكل موضوعي، كما يتم تحديد إجراءات تسجيل الاختبار بالتفصيل، هي مصممة لقياس الأداء النسبي، عادة ما يتم تفسير نتائج الاختبار بالرجوع إلى مجموعة مماثلة من الأشخاص أو التوحيد القياسي أو العينة المعيارية. يتطلب الاختبار النفسي فاحص مدرب إكلينيكيًا، يجب إجراء جميع الاختبارات النفسية وتصحيحها وتفسيرها من قبل متخصص مؤهل، مثل طبيب نفسي مرخص وذو خبرة، الاختبارات النفسية عنصر من عناصر التقييم النفسي، يُطلب فيه مقابلة سريرية مفصلة بما في ذلك التاريخ الكامل لموضوع الاختبار ومراجعة السجلات النفسية والطبية والتعليمية وغيرها من السجلات ذات الصلة لإرساء الأساس لتفسير نتائج أي قياس نفسي. الاختبار العصبي النفسي هو تصنيف فرعي للاختبار النفسي وطريقة راسخة لتقييم المرضى الذين يظهرون تشوهات معرفية أو سلوكية، يستخدم الاختبار العصبي النفسي عند الحاجة إلى التفريق بين الاضطرابات العضوية مقابل الاضطرابات الوظيفية لتوجيه العلاج المناسب، كذلك بهدف التنبؤ بالتعافي النفسي العصبي أو مراقبة التقدم.

قد يكون الاختبار العصبي النفسي ضروري للأشخاص الذين يعانون من مرض أو إصابة عصبية موثقة، على سبيل المثال إصابات الدماغ الرضحية والسكتة الدماغية، كذلك عندما يكون هناك عدم يقين بشأن درجة الضعف أو وجود عجز عضوي.

يُعرّف العجز العضوي على أنه مظهر من مظاهر أعراض أمراض المخ أو الجهازية الطبية الهيكلية، بدلاً من اعتباره نفسية أو عاطفية بطبيعتها، يمكن أيضاً استخدام هذا الاختبار لتتبع التقدم في إعادة التأهيل بشكل منهجي بعد إصابة الدماغ أو أمراض عصبية أخرى، يوثق التقييم التسلسلي في الحالات غير التقدمية، مثل إصابة الرأس ومعدل تعافي المريض وإمكانية عودته إلى العمل.

استخدامات الاختبار النفسي العصبي:

١- يستخدم الاختبار العصبي النفسي عند الأشخاص الذين لديهم تغييرات موثقة في الوظيفة الإدراكية للتمييز بين الأمراض العصبية، أو الإصابات مثل إصابات الدماغ الرضحية والسكتة الدماغية، كذلك الاضطرابات الاكتئابية أو غيرها من الحالات النفسية مثل الذهان والفصام، عندما يكون التشخيص غير مؤكد بعد الفحص العصبي الكامل وفحص الحالة العقلية ودراسات التشخيص العصبي الأخرى.

٢- قد يكون الطبيب الذي قدم شكاوى من ضعف الذاكرة أو البطء في التفكير لدى مريض مصاب بالاكتئاب أو بجنون العظمة غير متأكد من المساهمة المحتملة للتغيرات العصبية في الصورة السريرية، قد يكون الاختبار العصبي النفسي مفيد بشكل خاص عندما تكون نتائج الفحص العصبي والإجراءات الإضافية سلبية أو ملتبسة، يمكن الإشارة إلى الاختبارات العصبية النفسية عند الأشخاص المصابين بالصرع أو استسقاء الرأس.

٣- يستخدم الاختبار العصبي النفسي في هؤلاء المرضى لمراقبة الفعالية والآثار الجانبية المعرفية المحتملة للعلاج الدوائي، من خلال مقارنة أداء خط الأساس بأداء الاختبار اللاحق.

٤- يستخدم الاختبار العصبي النفسي أيضاً لتقييم التغييرات بعد الجراحة في الأداء الإدراكي لتوجيه المزيد من خدمات العلاج، على نحو مفضل يجب أن يتم إجراء هذه الاختبارات من قبل طبيب نفسي معتمد مدرب على تصور الآثار التشريحية العصبية والتأثيرات السلوكية العصبية للكيانات التشخيصية قيد الدراسة.

٥- يستخدم الاختبار العصبي النفسي للتقييم الأولي للتدهور المعرفي المرتبط بمتلازمة نقص المناعة المكتسب، كذلك لإعادة تقييم الأشخاص المصابين بالإيدز الذين يظهرون مزيد من التدهور، للتمييز بين التدهور العضوي

الأساسي والتدهور الناتج عن اكتئاب الأمراض المزمنة لتوجيه العلاج المناسب، تُستخدم الاختبارات العصبية النفسية أيضاً في التقييم الأولي للتدهور المعرفي المرتبط بمرض الزهايمر.

٦- كما أنه يستخدم للأشخاص الذين تمّ تشخيص إصابتهم بمرض الزهايمر الذين يتلقون أدوية للخرف، لتقييم التدهور في الأداء الإدراكي للتمييز بين تضاؤل تأثير الدواء والتدهور العضوي للمرض، تمّ استخدام الإدارة التسلسلية لأشكال متوازية من اختبارات الذاكرة للتحقيق في تأثيرات العوامل الكولينية والأدوية الأخرى على الخرف من نوع الزهايمر،.

٧- تم استخدام الاختبارات النفسية والعصبية النفسية في السياق التعليمي للأطفال الذين يشتبه في إصابتهم باضطراب في التعلم يؤدي إلى تغييرات في الأداء المدرسي؛ ذلك للتمييز بين الاضطرابات العقلية والاضطرابات العاطفية وصعوبات التعلم المحددة في الكلام والقراءة،

٨- تُستخدم الاختبارات النفسية والعصبية النفسية أيضاً لتطوير خطة علاج متخصصة لمساعدة الطفل على تحسين أداء هذه الوظائف المعرفية مما يؤدي إلى أداء أفضل في المدرسة والعمل والعلاقات الشخصية.

وتختلف استراتيجيات التقييم طبقاً لأغراض الفحص النفسي العصبي وهي:

١ - التشخيص:

ثبتت فائدة الفحص النفسي العصبي في التمييز بين الأعراض النفسية والعصبية، وفي التعرف على الاضطرابات العصبية لدى مريض النفسي، وفي التمييز بين الحالات والظروف العصبية المختلفة، وفي تقديم بيانات سلوكية عن موقع الإصابة أو الخلل أو التلف أو على الأقل تحديد موقعها بؤرياً محددًا أو منتشرًا، حاداً أو ساكناً، في أي من النصفين الكرويين للمخ.

أن الأساليب النفس عصبية سوف تظل جزءاً لا يقتصر اهتمامه على تحديد موقع الخلل أو الإصابة، بل يهتم أيضاً وبنفس القدر بتحديد الوظائف النفسية التي يستطيع وتلك التي لا يستطيع المريض القيام بها، وهو تحديد له بالطبع انعكاساته الهامة في وضع وتنفيذ الخطط التأهيلية والعلاجية.

٢ - رعاية المريض والتخطيط لذلك:

حيث عادة يحول المرضى للحصول على معلومات عن قدراتهم العرفية وخصائص شخصيتهم ومدى تكيفهم مع الإصابة وما يرتبط بها عن تغيرات سواء معرفية أو جسدية أو نفسية.

فبعض المرضى الذين يقومون بتحويلهم للتقييم النفس عصبي يكون التلف المخي لديهم واضحاً، وهو ما يتمثل في تشوهات الجمجمة والوجه والضعف وفقدان القدرة على استخدام الأطراف في أحد جانبي الجسم، أو في تاريخ من الاختلاجات وفقدان الوعي لفترة طويلة بعد إصابة في الرأس أو بعد الحالات واضحاً وظاهراً وقاطعاً، ولكنه في حالات أخرى غير واضحة وغامضة في مثل هذه الحالات الأخيرة، تتضمن أسئلة الإحالة وصفة تفصيلياً للحالة العقلية ولخصائص الشخصية ولمدي التوافق مع جوانب العجز بصورة تمكن من يرعون المريض من معرفة تأثير الحالة العصبية على السلوك. وتقدم الأوصاف التقييمية مادة أساسية لرعاية وعلاج مرضى المخ، بما في ذلك تأثير العلاج الطبي على تحسين الكفاءة العقلية للمريض أو الإساءة إليها ومن المعلومات الهامة التي يقدمها الفحص النفسي العصبي: إلى أي مدى يمكن المريض رعاية ذاته؟ وإلى أي حد يمكن الاعتماد عليه في اتباع الإجراءات العلاجية، وعيه بقيمة ماله وبموقفه المالي وحين تتجمع كل البيانات الضرورية يمكن معرفة أحسن الطرق للتعويض عن جوانب القصور والاستجابة لها وعن مدى الفائدة المتوقعة من إعادة التدريب ويمكن أن يسهم تكرار الاختبارات في تحديد مدى ونوع التقدم العلاجي وتحديد الاستجابة المناسبة والتعديل المطلوب ونتائج الجراحات والعلاج الطبي كما يفيد الفحص في تعريف المريض بموقفه الحالي وبما يكن أن يسهم في تخفيفه من القلق والارتباك فقد يعتقد المريض نتيجة لمضاعفات

العصبية (مثلا في الذاكرة الفورية والتركيز) إنه فقد الكثير من قدراته ويظهر ذلك في التردد والشك حول كل ما يفعل، بل وفقدان الثقة في قدرة الاستجابات التلقائية السابقة، بل وقد يفسر ذلك بأنه علامة على "مرض عقلي" وقد يؤدي ذلك إلى الانزواء وتقلب المزاج والشعور بالذنب والاعتمادية وقد يسهم التشخيص الطب النفسي والعلاج بالعقاقير المضادة له.

٣- البحوث:

يستخدم التقييم النفس عصبي في دراسة تنظيم نشاط المخ وترجمته إلى سلوك وفي بحوث اضطرابات المخ والعجز السلوكي. وتشمل إعداد الأدوات النفسية العصبية وتقنينها وتقييمها وهناك عدد من الاختبارات في هذا المجال أعدت خصيصاً للاستخدام في دراسة اضطراب وظائف المخ منها مثلاً اختبارات اللمس وتكوين المفهوم مما أسهم في زيادة التبادل بين البحث والممارسة سواء التشخيصي أو العلاجي منها. ويستخدم الفحص النفسي العصبي بكثرة لأغراض قانونية للمساعدة في إصدار قرار من المحكمة بمدى أحقية المريض التعويضات عن إصابات، أو في حالة ارتكاب جنائية لتحديد مدى مسؤولية العجز الوظيفي في المخ عن السلوك أو إمكانية سماح الحالة العقلية للمتهم بالوقوف في محاكمة.

٤ - العلاج والتأهيل:

يقضي أخصائي علم النفس العيادي الكثير من وقته في عملية العلاج والتأهيل. وإن كانت عملية العلاج هنا محددة وتركز على التغيرات السلوكية التي ظهرت عند المريض بسبب إصابته، فإن التركيز ينصب على عملية التأهيل، وذلك المساعدة المريض في التكيف سواء معرفياً، جسدياً، اجتماعياً أو مهنياً مع الإصابة وما نتج عنها من تغيرات.

وهنا لابد من الإشارة إلى أن التلف في خلايا الجهاز العصبي المركزي هو تلف دائم لذا فإن استعمال مصطلح التأهيل ربما كان أفضل مع المرضى المصابين. مثلاً المريض المصاب بالجلطة قد يفكر في العودة إلى عمله وإذا تم ذلك فإنه يجب أن يساعد في تطوير بعض الوعي ببعض المشكلات في العمل التي قد ترتبط بإصابته. وكذلك المريض المصاب إصابة دماغية وتأثرت عنده الذاكرة المكانية ويعمل في مكان عليه أن يتذكر أماكن الأشياء، فإن هذا النوع من العمل سوف يتأثر، والمريض يجب أن يكون على وعي بمثل هذا لعجز. وطفل المدرسة الذي يعاني من مشكلات في التعلم بحاجة إلى تقييم نفس-عصبي لفهم طبيعة هذه الصعوبات وذلك من أجل وضع برنامج تربوي يأخذ بعين الاعتبار طبيعية تلك الصعوبات.

٥ - الدعاوى القضائية أو القانونية:

ولما كان التلف أو الإصابة أو الخلل في الجهاز العصبي يؤثر على مهنة وعمل الشخص وبطرق مختلفة، فإن التقييم النفس - عصبي يعتبر ضرورياً لتقدير مدى ذلك التلف أو الخلل وتأثيره على حياة الشخص وبالتالي لتقدير مدى التعويض الذي يمكن أن يحصل عليه الشخص من الجهة المسببة، أو التأمين، أو الضمان الاجتماعي.

مثال ذلك: في حالة تقييم الضرر الناتج من حادث سيارة، أو إصابات العمل، أو عدم اتخاذ شركة معينة احتياطات لمنع تعرض العمال لسموم تؤثر على الجهاز العصبي. ويشمل التقييم هنا كذلك معرفة مدى الشخص على الدفاع عن نفسه في المحكمة، وكذلك إذا كان سلوك العنف الذي قام به الشخص ناتجاً عن عوامل نفسية أو أسباب عضوية - كالصرع مثلاً -.

وبشكل عام، فإن التقييم النفس عصبي يهدف إلى الإجابة على الأسئلة:

أولاً: ما هي الوظائف العليا للقشرة الدماغية التي تأثرت وظيفتها ومدى هذا التأثير من

حيث الشدة أو الحدة، وما هي الوظائف التي لم تتأثر أو بقيت سليمة؟

ثانياً: ما مدى التغيير الذي حصل للمزاج والشخصية والعمليات الانفعالية والسلوك،

وإلى أي مدى يكون هذا التأثير ناتجة مباشرة من الإصابة أو التلف أو كردة فعل

للإصابة أو المرض؟

ثالثاً: ما هي التأثيرات والارتباطات المتعلقة بهذه التغيرات في العمليات المعرفية والشخصية والمزاج والسلوك بشكل عام عند المصاب، سواء على قيامه بوظائفه اليومية أو تأثيرها على حياته في المستقبل؟

رابعاً: بالأخذ بعين الاعتبار القدرات التي تأثرت والقدرات التي بقيت سليمة، والتغيرات في السلوك والشخصية والمزاج والانفعالات. ما هي الخطة والنصائح بخصوص العلاج والتأهيل؟ وما هي الخطط لمساعدة المريض في التكيف مع العجز أو الخلل في الوظائف؟

إن الاعتقاد الحالي في علم النفس العصبي ينظر إلى التلف في الدماغ كظاهرة قابلة للقياس وذات أبعاد متعددة، وهو بذلك يتطلب منحنى أو طريقة في الفحص والدراسة أيضاً ذات أبعاد متعددة.. إن التغيرات السلوكية التي تتبع التلف الدماغي تتنوع (تختلف)؛ تبعاً لطبيعة التلف ومكانه ومداه ومدته. وكذلك تتأثر بالعمر، والجنس، والحالة الجسمية والوضع أو الخلفية النفس-اجتماعية للمريض، وكذلك تتأثر بالفروق الفسيولوجية والفروق في التشريح العصبي. وهذا يعني أنه ليس فقط أن نمط الخلل الذي ينتج بسبب تلف معين في الدماغ عند شخص معين يميل أن يكون مختلفاً عن نمط التلف الناتج بسبب تلف دماغي أصاب منطقة مختلفة وظيفياً وتشريحياً، بل أيضاً أن نمط الخلل أو العجز عند المرضى الذين عندهم تلف

متشابه (في نفس مناطق الدماغ) يمكن أن يكون مختلفاً، وأيضاً المرضى الذين لديهم تلف في مواقع أو أماكن مختلفة في الدماغ ربما يظهرون نفس الخلل (أي يكون عندهم الخلل متشابه).

وأبعاد السلوك يمكن وضعها في ثلاثة أجهزة وظيفية تمثل: الوظيفة المعرفية، والوظيفة الانفعالية - والتي تشمل الدافعية -، ثم الوظيفة أو الوظائف التنفيذية والتي لها علاقة بتنفيذ السلوك. ومكونات هذه الأبعاد مكملة -أو متممة- لكل جزء من السلوك تماماً، كما يُكْمَلُ الطول والعرض والارتفاع شكل أيِّ جِسْم.

ويبدو أن الجانب المعرفي لاقى الكثير من الاهتمام والدراسة أكثر من الجانبين الآخرين، وإن كان الجانبان الآخران الآن هما محور اهتمام.. وربما يعود سبب الاهتمام بالجانب المعرفي في جزء منه، إلى أن الأعراض المعرفية تكون واضحة في جملة الأعراض التي يشكو منها المريض؛ ومن السهل قياسها وربطها تحديداً ببعض الأجزاء في التشريح العصبي، ومن ناحية أخرى فإن الفحوص والاختبارات الطبية والنفسية لا توفر فرصة لملاحظة الخلل في الانفعالات والدافعية والعمليات التنفيذية.

التاريخ النفس عصبي للمريض (Neuropsychological History):

أولاً: التاريخ العيادي (Clinical History):

ويشمل: شكاوى المريض، تاريخ الإصابة أو المرض، زمن ظهور الأعراض ومدتها، نتائج الفحص العصبي، تاريخ دخول المستشفى، تاريخ التأهيل والعلاج،

المشكلات والأعراض الكامنة. التغيير في حالة المريض خلال السنة الأخيرة، تأثير الإصابة أو المرض على المريض، توقعات المريض، تاريخ استعمال الأدوية، والمشكلات النفسية والانفعالية منذ تاريخ الإصابة.

ثانياً: الخلفية التاريخية (Background History):

وتشمل النقاط التالية:

١- المرحلة النمائية (Developmental Stage): المشكلات أثناء الحمل،

مكان وتاريخ الولادة، الوزن عند الولادة، المشكلات أثناء الوضع (الولادة)،

التاريخ التطوري، الأمراض في مرحلة الطفولة، والمشكلات الانفعالية أثناء

الطفولة والمراهقة؛ تاريخ صعوبات التعلم، تاريخ المشكلات الصحية، تاريخ

اضطراب الانتباه (عجز) والنشاط الزائد، تاريخ الصدمات الجسمية والانفعالية،

إصابات وصدمات الرأس، والأمراض العصبية.

٢- السيطرة (Dominance): ما هي جهة الأداء المفضلة منذ البداية (كأن

يكون الشخص في البداية يفضل استعمال اليد اليسرى). التغيير في عملية

التفضيل، التاريخ العائلي للعسوية (Sinistrality) -وتعني تفضيل استعمال

الجهة اليسرى من الجسم-، المهارات التي تؤدي بالأيدي المسيطرة وغير

المسيطرة.

٣-اللغة (Language): وتشمل لغة الأم، اللغات الأخرى التي ينطقها

المريض، اللغة المفضلة، المشكلات المتعلقة بالنطق واللغة وعلاجها.

٤-التعلم (Learning): أعلى مرحلة تعليمية يصل إليها، الدرجات التي حصل

عليها بالمواد التي يفضلها والتي لا يفضلها في النشاطات اللامنهجية، الجوائز

والمكافآت، المسابقات أو الشهادات التي حصل عليها، التاريخ العلاجي (إذا

حصل) أثناء الدراسة، الاضطرابات التواصلية، سبب ترك المدرسة، التدريب

الأكاديمي وغير الأكاديمي.

٥-الخدمة العسكرية (إن وُجدت): مكان الخدمة وفروعها وتاريخها، المهن

والأعمال التي قام بها أثناء الخدمة، التدريب أثناء الخدمة، تاريخ الاشتراك في

الحروب، الرتبة وإنهاء الخدمة، وأسباب إنهاء الخدمة، الإعاقات أو العجز

المرتبط بالخدمة العسكرية.

٦-المهنة (Occupational): وتشمل المهنة الحالية، واجبات المهنة الحالية،

دخلها، آخر مهنة كانت والتاريخ المهني، أطول مهنة مكث بها، تاريخ إنهاء

المهن أو الأعمال والترقيات التي حصل عليها.

٧-القضايا القانونية: تاريخ إلقاء القبض عليه (إذا كان)، نوع الجرم أو القضية،

مرات دخول السجن ومدتها، المشكلات القضائية الحالية، التاريخ القضائي،

تاريخ طلب التعويض سبب الإعاقة أو العجز، القضايا الحالية في المحكمة

٨-الخلفية الثقافية (Background Culture) وتشمل: مكان الولادة.

٩-الديانة: الخلفية الدينية، التغيرات الحديثة في المعتقدات الدينية، القيام

بالبواجب الدينية، التمييز الديني، الملاحظات حول الطقوس والمعتقدات

الدينية.

١٠- التاريخ الزوجي (Marital History) وتشمل: الوضع الزوجي (متزوج،

مطلق، أرمل.. إلخ)، عدد سنوات الزواج، وعدد الزيجات، عمر وتعليم ومهنة

الزوج أو الزوجة، توقعات الزوج أو الزوجة، الصعوبات الحالية والسابقة

المرتبطة بعملية الزواج، الثبات الزوجي والصراع الزوجي، عدد الأولاد

وأعمارهم، صحة الأطفال الجسمية والانفعالية، أين يعيش الأطفال، تأثير

الأطفال على المريض، الدعم الحالي للمريض.

١١- الأمور الجنسية (Sexual) وتشمل: التفضيل الجنسي، الاهتمامات

الجنسية، تاريخ المشكلات الجنسية، التغيرات في الطاقة الجنسية، علاقات

زواجية غير شرعية، الأمراض الجنسية والاضطرابات الجنسية.

١٢- الأسرة (Family) وتشمل: الوالدين، أعمارهم، تعليمهم ودخلهم ومهنتهم، ومعلومات عن شخصياتهم، ووضعهم الزواجي (إذا كان مختلفاً)، تاريخ الإدمان على المخدرات والكحول، الأمراض النفسية، التاريخ الجرمي، التاريخ الصحي، أمراض الجهاز العصبي، علاقتهم بالمريض، ثبات الزواج، الطلاق والانفصال، الإخوة وجنسهم وعددهم، تعليمهم ومهنتهم، معلومات عن شخصياتهم إذا كانوا متزوجين، أمراضهم النفسية والجسمية وأمراض الجهاز العصبي (إن وجدت)، تاريخهم الجرمي، وضعهم الاجتماعي وعلاقتهم بالمريض.

١٣- الأمراض النفسية (Psychological Diseses): الأمراض والصعوبات النفسية والانفعالية، سلوك الانتحار -أو محاولة الانتحار-، العلاج النفسي، دخول المستشفيات والأقسام النفسية، الأدوية النفسية، تاريخ العائلة من حيث الأمراض النفسية وعلاجها.

١٤- الضغوط النفسية الحالية (Psychological Stress Current) وتشمل: موت أو فقدان القرين أو أحد أفراد الأسرة، الطلاق أو الانفصال، صعوبات زواجية، صعوبات في العمل -أو التميز في العمل-، صعوبات مالية، صعوبات جنسية، فقدان الأصدقاء، الصراع مع الآخرين، صعوبات

أكاديمية، صعوبات لها علاقة بالعمل، حوادث وقعت حديثاً، الإصابات والأمراض الحالية، السفر، مشكلات مع القانون، مشكلات مع أحد أفراد الأسرة.

١٥- التاريخ الطبي (Medical History) ويشمل: تاريخ دخول المستشفى،

صعوبات ومشكلات طبية سابقة، والجراحات السابقة، والأمراض السابقة.

١٦- التاريخ المرتبط بأي من المشكلات التالية: إدمان الكحول، نقص

الأكسجين أو عوز الأكسجين، السرطان، تصلب الشرايين، علاج السرطان،

أمراض الأوعية الدموية الدماغية، أمراض القلب، خلل في الكورتيزون، خلل

أو نقص في بعض الفيتامينات (مثل ب١٢)، مرض السكر، أمراض الجهاز

الهضمي، أمراض جنسية وأمراض الجهاز البولي، الصداع، إصابات الرأس،

الإيدز، ارتفاع ضغط الدم، نزول أو تدني السكر، أمراض الكبد والكلية،

صعوبات ومشكلات حركية، فشل كلوي، نوبات، إدمان ومخدرات، صعوبات

النوم، أمراض في الأوعية الدموية، التعرض للسموم التي تؤثر على الجهاز

العصبي، صعوبات في الجهاز التنفسي وغيرها.

إن كل مقابلة تشمل جميع هذه المتغيرات، وذلك يعتمد على: الهدف من التقييم النفس عصبي، ونوع الحالة، ونوع الإصابة والمرض، ومكان ووجود المريض (مثلاً: في مستشفى، أو عيادة، أو مركز تأهيل).

وتشمل طرق البحث في علم النفس العصبي على ما يلي:

١- الملاحظات العيادية.

٢- قياس الموصلات العصبية.

٣- التصوير الدماغى.

أولاً: الملاحظات العيادية :

تعد الملاحظات العيادية أحد طرق البحث في علم النفس العصبي هي التي ساعدت على الكشف عن كثير من أسرار تشريح الجهاز العصبي ووظائفه، وهي أيضا التي أظهرت أسباب الاضطرابات العصبية، والوظائف المعرفية، والوظائف العقلية والسلوكية، وما يطرأ عليهم من متغيرات سلوكية وعصبية وانفعالية نتيجة الإصابات المخية التي يتعرضون لها، أو بعد تشريح أمخاخ المرضى بعد وفاتهم التعرف على أسباب اضطراباتهم العصبية، أو بعد إجراء العمليات الجراحية التي كانت تستهدف علاجهم من أورام المخ، أو حالات الصرع.

١ - التنبيه الكهربى للمخ:

استطاعوا بعض الباحثين للأعصاب أن يقوموا بعمل تنبيه مباشر لبعض أجزاء المخ أثناء إجراء بعض العمليات لمرضى الصرع. وتبين أن تنبيه مناطق بعينها في المخ يمكنها أن تجعل المريض يرى ويسمع ويتكلم ويشم ويحس، بينما يؤدي تنبيه مناطق أخرى إلى ظهور استجابات حركية لا إرادية. ومع دراسة المزيد من المرضى عن طريق هذه الوسيلة استطاعوا التعرف على المناطق الوظيفية المختلفة في كل نصف كروي للمخ.

٢ - الأمخاخ المقسومة:

أن هذه الطريقة تعتمد على فصل نصفي المخ عن طريق قطع الألياف الترابطية الخاصة بالجسم الجاسئ، بحيث يعمل كل نصف وفقا للمعلومات التي تصل إليه مباشرة، دون الاعتماد على أي معلومات كانت تصل إليه من النصف الآخر قبل إجراء عملية الفصل.

٣ - رسام المخ الكهربى:

يعد رسام المخ الكهربى أحد الطرق المستخدمة في دراسة علم النفس العصبى، لدراسة نشاط القشرة المخية. وتقوم فكرة الرسام على أساس أن الخلايا العصبية لها نشاط كهربى يمكن قياسه وتسجيله. ويتم ذلك من خلال مجموعة من الأقطاب ذات توزيع

معين على فروة الرأس، كل منها مسئول عن قياس الفص الذي يقع تحته. ومن ثم فأقل عدد لهذه الأقطاب هو ٨ أقطاب، مقسومة بالتساوي نصفي المخ. ونظراً لأن نشاط أي منطقة في المخ معناه زيادة النشاط الكهربائي لخلايا هذه المنطقة، فإن هذا النشاط يمكن أن نرصده في حالة قيام الفرد بنشاط معين، ويصبح التسجيل الناتج مؤشراً لطبيعة هذا النشاط.

استخدامات رسام المخ:

١- تشخيص الصرع بأنواعه المختلفة.

٢- تشخيص الأمراض العضوية للمخ.

٣- تسجيل النشاط العقلي.

٤- الحقن بأميثال الصوديوم:

تستخدم هذه الطريقة في دراسة وتحديد وظائف كل من نصفي المخ. وقد استخدمت لأول مرة ١٩٤٩ ولذا سميت بطريقة اختبار وإذاً وتتلخص هذه الطريقة في حقن أحد نصفي المخ بمادة مخدرة هي أميثال الصوديوم التي تتسبب

في حدوث تخدير مؤقت لهذا النصف ووظائفه، ويتم الحقن عن طريق أنبوبة توضع في أحد الشريين السباتيين الموجودين على جانبي الرقبة، حيث يغذي كل واحد منهما

النصف المقابل له من المخ. وأثناء التخدير هذا النصف تتم دراسة وظائفه النصف الآخر الذي مازال يعمل دون تخدير، مع الوضع في الاعتبار أن تخدير أحد نصفي المخ يؤدي إلى فقدان مؤقت في وظائف الحركة والإحساس الخاصة بالنصف المعاكس من الجسم.

ثانياً: قياس الموصلات العصبية :

من المعروف أن الجهاز العصبي بل ووظائف الجسم بعامة-تعمل من خلال مجموعة من المواد الكيميائية التي تسمى بالناقلات أو الموصلات العصبية. ومن خلال قياس مستوى هذه الموصلات في الدم يمكن رصد أي زيادة أو نقصان فيها، وهو ما يعكس زيادة أو انخفاض مستوى الوظيفة التي تعمل عن طريق هذا الموصل. بل إن التغير الذي يحدث في هذه الموصلات يعد مؤشراً بيولوجياً يمكن الاستدلال من خلاله على ما يطرأ على السلوك من تغير. فحالات القلق والاكتئاب وغيرها يمكن رصدها من خلال مؤشرات البيولوجية النوعية، بل وفي أحيان كثيرة يمكن التعرف على ما إذا كان الفرد قد تحسن على العلاج، أو في طريقه لذلك من خلال قياس الموصلات قبل وبعد العلاج.

وقد أصبح من الواضح الآن أن التغيرات النوعية للموصلات العصبية ترتبط بالعديد من اضطراب الوظائف العقلية، كالتهكير، والذاكرة، والتخيل، والانتباه،

والإدراك. وهو الأمر الذي ساعد كثيراً على كشف العديد من هذه الاضطرابات التي ترجع للإصابات المخية، أو في الأمراض العقلية الوظيفية كالفصام، الأمر الذي لم يعد يصبح معه القول بأن الفصام أحد الأمراض الوظيفية، لأن هناك تغيرات كيميائية في المخ.

ثالثاً: التصوير الدماغي :

هناك مجموعة الطرق التشخيصية التي تعتمد على تصوير المخ سواء لدراسة الجانب التشريحي، أو الجانب الوظيفي لهذا الجزء الهام من الجهاز العصبي المركزي وهي وسائل يتم من خلالها تصوير أنسجة المخ وتحديد طبيعة الإصابة المخية من أورام وجلطات ونزيف وغير ذلك، وتحديد حجم الإصابة ومدى انتشارها، والمناطق المصابها، كما يمكن من خلال بعض هذه الوسائل تصوير الأداء الوظيفي لأجزاء المخ كما سنتعرف على ذلك.

وتنقسم طرق تصوير المخ إلى نوعين هما:

١- التصوير التشريحي:

أ- الأشعة المقطعية بالكمبيوتر.

ب- التصوير بالرنين المغناطيسي.

٢- التصوير الوظيفي:

أ- قياس كمية الدم بالمخ.

ب- التصوير بالبوزيترون.

ج- الرنين المغناطيسي الوظيفي.

١- التصوير التشريحي:

يقصد التصوير التشريحي تصوير أنسجة الجهاز العصبي، وخاصة المخ، للتعرف على طبيعة أنسجته وخلاياه، ومعرفة ما إذا كانت هناك إصابات عضوية محددة أم لا. وهذا التصوير ليست له علاقة بالناحية الوظيفية، أي أنه لا يقيس الوظائف الخاصة بمناطق المخ، وإنما مجرد تصوير شكلي إن صح التعبير. ويستطيع هذا النوع من التصوير أن يكشف عن وجود العيوب الخلقية، والأورام، والجلطات، والأنزفة المخية، وما إلى ذلك من عيوب أو إصابات ومن أمثلة هذا النوع من التصوير ما يلي:

أ- أشعة المخ المقطعية بالكمبيوتر Computerized Axial Topography:

تعرف هذه الطريقة اختصاراً ب (CT Scan) ويتم من خلالها تصوير المخ على هيئة مقاطع منتظمة يتراوح سمكها بين ٥-١٠ ملليمتر. وبهذه الطريقة تجعل المخ مجموعة من الشرائح التي يتم تصويرها، وبالتالي ندخل في عمق البناء التشريحي لنسيجه لنتعرف على تركيبه، والأوعية الدموية المغذية له، وحجرات المخ المختلفة، والسائل النخاعي وكميته، والحقيقة أن الأمر لا يقف عند هذا الحد بل إن

التصوير يشمل الجمجمة، وبعد ذلك الأغشية الثلاثة التي تغطي النصفين الكرويين، ثم المخ ذاته. وبالتالي فإن هذه الطريقة تسمح لنا أن نرى كل هذه الأجزاء سواء كانت طبيعية أو مصابة. ويمكن من خلال هذه الطريقة التعرف على أهم الإصابات متجهين من الخارج(الجمجمة) إلى الداخل (نسيج المخ):-

١- وجود كسور Fractures أو شروخ Fissures بالعظام الخارجية للجمجمة وما إذا كان هذا الكسر متجها للداخل وضاغطة على نسيج المخ، ومتسببا في تهتك Lacerata نسيجه أو نزيف به، هل الكسر أو الأورام بداخل التجويف الدماغي

٢- وجود أي نزيف تحت بعض الأغشية المحيطة بالمخ نتيجة إصابات مباشرة على الرأس، أو نتيجة نزيف داخلي يحدث بعض الأحيان بسبب انفجار بعض الأوعية الدموية نتيجة عيوب خلقية بها وهو ما يسمى بالأورام الوعائية أو كيس دموي.

٣ - وجود أي إصابات وعائية كالنزيف الدموي المخي Cerebral Hemorrhage والجلطات Thrombosis وتعرف على المنطقة الموجود لها هذا النزيف أو هذه الجلطة، والمراكز التي تصاب هذه الإصابة.

٤ - وجود أي تغير في حجم حجرات المخ التي تحتوي السائل النخاعي، ومدى وجود أي انسداد في مجرى هذا السائل، ومن ثم تراكمه وزيادة ضغطه على نسيج المخ، وكذلك على التقاطع البصري الذي يمر تحتها، ويتسبب في اضطراب مجال رؤية.

٥- التعرف على الغدة النخامية وما إذا كان بها أورام تزيد من حجمها وتسبب ضغطاً على نسيج المخ، وكذلك على التقاطع البصري الذي يمر تحتها، ويتسبب في اضطراب مجال الرؤية.

٦- تصوير نسيج المخ بشكل عام يمكن من خلاله التعرف على الأخاديد والتلافيف وما يطرأ عليها من تغيرات مع السن، وما يصاحب ذلك من ضمور في أنسجة المخ، وهي الحالة التي تتسبب في تصلب شرايين المخ، وضموره مسببة الخرف الشيخوخة.

ب- التصوير بالرنين المغناطيسي (Magnetic Resonance Imaging) (MRI):

هذه التقنية لتلافي الطريقة السابقة، وعد هذه وسيلة دقيقة يمكنها أن تصل إلى تصوير ما لم تستطيع الطريقة الأخرى تصويره سواء من حيث الدقة أو من حيث الوصول إلى أماكن تشريحية أخرى بالإضافة إلى حالات تآكل نسيج المخ، وهو ما لم تكن الطريقة السابقة لتصويره وخاصة في المراحل المبكرة منه.

ويتم التصوير بهذه الطريقة بوضع المريض في أنبوبة ذا مجال مغناطيسي منتظم، ويتم إطلاق البروتونات (أنويه الهيدروجين) من خلال موجات كهرومغناطيسية، وهذه البروتونات تنعكس في شكل إشارات تتحد معاً لتعطي الصورة الخاصة بالرنين المغناطيسي. وبالطبع فإن هذه الإشارات تتغير وفق طبيعة وخصائص كل نسيج، وبالتالي تمدنا بصورة عن أنسجة المخ أكثر وضوحاً مما تعطيه الأشعة المقطعية.

٢- التصوير الوظيفي Functional Imaging :

يقصد بهذا التصوير أنا لا نكتفي بتصوير التركيب التشريحي فقط، وإنما نقوم بتصوير نشاط المخ أثناء أقامه ببعض الوظائف، وتصلح هذه النوعية من طرق التصوير في الحالات التي لا يمكن لطرق التصوير التشريحية أن تدرسها، مثل نقص كمية الدم المغذية لخلايا المخ، أو التمثيل الغذائي للجلوكوز (الغذاء الأساسي للخلايا العصبية)، أو نقص الأكسجين، أو التعرض لسموم تؤثر على أداء المخ.

طرق التصوير الوظيفية ما يلي:

أ- قياس الدم في مناطق المخ:

تعد طريقة قياس مجرى الدم في المناطق المخية Reginal Cerebral Blood

ومن الطرق الحديثة في تقييم أنشطة المخ المختلفة أثناء القيام بالمهام العقلية.

ب- التصوير بالبوزيترون (PET) Positron Emission Tomography:

يعد التصوير بالبوزيترون طريقة حديثة يتم من خلالها التعرف على بعض التفاعلات البيوكيميائية التي تحدث في خلايا المخ في مناطق بعينها. وهذه التفاعلات البيوكيميائية التي تحدث في خلايا المخ في مناطق بعينها، وهذه التفاعلات تعكس مدى نشاط الخلايا وتمثيلها الغذائي في هذه المناطق أثناء القيام بنشاط ما أو مهام محددة. وبالتالي فهي ليست كشافاً عن البناء النسيجي للمخ، وإنما تذهب إلى ما هو أبعد من ذلك من حيث قدرتها على قياس نشاط الخلايا، والتعرف على التمثيل الغذائي لها.

ج- الرنين المغناطيسي الوظيفي (Functional Magnetic Resonance)

(FMRI):

هذه الطريقة لا تختلف عن التصوير التشريحي للمخ بالرنين إلا في كونها تقيس التفاعل الوظيفي أيضاً، ومن ثم تكشف عن مدى عمل الخلايا العصبية أو اضطراب هذا العمل.

الجوانب التي يغطيها التقييم النفس عصبي:

إن التقييم النفس عصبي يغطي جميع وظائف الدماغ والخلل المصاحب - أو الناتج - عن الإصابة أو الأمراض، وتأثيرات ذلك على وظائف الشخص - بما فيها نوعية الحياة والعمل والواجبات الأخرى. وأحيانا تقتصر عملية التقييم على جانب معين من الوظائف؛ وذلك حسب الهدف من عملية التقييم: فمثلا في حالة التقييم الذي يتم بعد العمليات الجراحية يكون هدفه مقارنة التحسن في حالة المريض، مقارنة مع التقييم القبلي.

ويشمل التقييم النفس عصبي عددا من الوظائف منها: الذكاء، الذاكرة، اللغة، القدرات الأكاديمية، الانتباه، الوظائف التنفيذية، الوظائف الحسية والحركية، القدرات المكانية والمكانية البصرية، الوظائف الانفعالية والقدرات الأخرى من مثل حل المشكلات، التفكير المجرد والمحاكمات العقلية والقدرة على التعلم، وكذلك القدرات الإدراكية من مثل إدراك الزمان والمكان والمعلومات الشخصية الأساسية. وأيضا يشمل التقييم القدرات المهنية والقدرة على التعلم، ونوعية الحياة عند المرضى المصابين.

من الأمثلة على البطاريات التي أُعدت أصلا للتقييم النفسي العصبي:

*بطاريات الاختبارات (Test Batteries):

التقييم النفس عصبي يتطلب سلسلة من الاختبارات المختلفة، ومن ثم ظهرت البطاريات التي تتكون من مجموعة من الاختبارات التي يتم تطبيقها كمجموعة بشكل روتيني.

وهناك نوعان أساسيان من البطاريات: الأول يشكل بطارية رسمية، والثاني بطارية غير رسمية.

محكات اختيار البطارية:

أهمية محكات اختيار الأداة المناسبة في عملية التقييم، فإن اختيار بطارية مكونة من عدة اختبارات لا يقل أهمية عن ذلك الأمر إن لم يكن يفوقه. وهناك خمسة محكات على الأقل تحدّد مدى فائدة وجودة البطارية النفس عصبي؛ نوجزها فيما يلي:

١- الوفرة والإتقان (Thoroughness):

لكي تكون البطارية المستخدمة في التقييم النفس عصبي ذات فائدة عالية. يجب أن تقيس هذه البطارية مجموعة واسعة من الوظائف المختلفة، كما يجب أن تكون لها القدرة على تحديد النصف الكروي السائد (الخاص باللغة)، وتقيس الذكاء العام، والذاكرة، والوظائف الحركية، والوظائف الحسية والإدراكية وتقييم الوظائف اللغوية، وأخيرا تفحص وظيفة الفص الجبهي، بالإضافة إلى هذه الوفرة في

الوظائف التي تستطيع البطارية قياسها، يجب أن تتميز أيضا بدرجة عالية من الجودة في قياس كل وظيفة على حدة، أي: بالإضافة إلى كونها بطارية جيدة يجب أن تكون مفرداتها (الاختبارات المكونة لها) جيدة أيضا.

والبطارية المثالية لا تحتوي فقط على اختبارات النفس عصبي، ولكن يجب أن تشمل أيضا على اختبارات غير حساسة لاضطراب الوظيفة المخية؛ لأن هذه الاختبارات تكون مفيدة في إعطاء تصور عن المستوى القاعدي للاضطرابات المصاحبة للإصابة المخية، والبطارية الشاملة يجب أن تقيس كل المناطق الوظيفية الكبرى التي تتأثر بالإصابة المخية. ونظرا لتأثير إصابات المخ بشكل أساسي على العمليات المعرفية؛ فإن معظم البطاريات النفس عصبي يجب أن تعمل على تقييم العمليات المختلفة للوظيفة المعرفية، بالإضافة إلى تقييم الإدراك والمهارات الحركية. ولا يعني هذا أن إصابات المخ لا تؤثر على الشخصية، ولكن معظم الأدوات النفس عصبية المقننة والرسمية لا تقيس مثل هذه الأبعاد، وربما يرجع ذلك إلى وجود إصابة مخية، بينما قد ترجع التغيرات التي تصيب الشخصية إلى العديد من الأسباب الأخرى كالأضرار النفسية والعقلية والعصبية.. وغيرها.

ومثال على ذلك: فإن عملية تناظر الكلام يمكن تحديدها بسهولة من خلال اختبار الاستماع الثنائي، كما يمكن قياس الذكاء العام بـ"مقياس وكسلر"، ويتطلب قياس الذاكرة الاهتمام بالنواحي اللفظية وغير اللفظية، وكذلك الذاكرة قصيرة المدى

وطويلة المدى، ويستخدم "مقياس وكسلر" للذاكرة كأداة عامة لقياس الذاكرة -خاصة اللفظية-، ولكن يجب تدعيمه باختبارات خاصة بالذاكرة البصرية. وعادة ما يقوم أطباء الأعصاب بتقييم الوظائف البصرية والسمعية والحسية الجسمية والوظائف الحركية كالانعكاسات والتوازن والمشية، أما الأبراكسيا (العمه الحركي) فيتم تقييمها بمجموعة من الاختبارات الدقيقة، وكذلك يتم تقييم الوظائف اللغوية عن طريق كلام المرضى ومجموعة من اختبارات الحبسة والقراءة والكتابة والقدرات الحسابية.

٢- السهولة والتكلفة (Ease and Cost):

يجب أن تتمتع البطارية الجيدة بسهولة التطبيق والتصحيح؛ فلا يعقل أن تضاف إلى صعوبات المريض ذي الإصابة المخية لتشكل صعوبة أخرى في شكل تطبيق أداة يصعب أدائه عليها، أو تتطلب منه مجهودا كبيرا. هذا بالنسبة للمريض أما بالنسبة القائم بالتطبيق فلا بد أن تتسم البطارية التي يستخدمها بسهولة التصحيح أيضا.

وعادة ما يقوم أخصائي القياس النفسي بتطبيق أدوات التقييم النفس عصبي، أما تفسير الدرجات فيقوم به أخصائي النفسي العصبي، ومن ثم فهناك ضرورة أن تقدم الاختبارات بشكل مقنن ويتم تصحيحها بشكل موضوعي؛ حتى يتأكد أخصائي علم النفس العصبي من اتساق النتائج التي تم الحصول عليها من قبل شخص آخر.

هذا من ناحية السهولة أما من ناحية التكلفة فيجب أن تكون البطارية غير مكتملة في تطبيقها، بمعنى ألا تكون طويلة، تستغرق وقتاً يتطلب دفع مبالغ كبيرة من قبل المريض، وبالطبع على ألا يكون ذلك على حساب حساسية البطارية ودقتها.

٣- زمن التطبيق (Application Time):

يجب ألا يستغرق تطبيق البطارية وقتاً طويلاً؛ لأنه عادة ما يكون الأفراد الذين يتم التطبيق عليهم مرهقين ومتعبين، ولديهم الرغبة في استكمال التطبيق بشكل سريع حتى ينتهوا منه، مما يؤثر على مصداقية الدرجات. ومن ثم يُراعى دائماً -في اختيار الأداة- الزمن الذي تستغرقه في التطبيق، ونوعية المرضى الذين سيتم تطبيق الأداة عليهم.

٤- سهولة النقل والاستخدام (Adaptability):

نظراً لأن مرضى الإصابات المخية عادة ما تكون لديهم إعاقات بدنية ومعرفية، وغير قادرين على الحركة أو يجلسون على كراسي متحركة أو طريحي الفراش؛ فإن كيفية تصميم وبناء وإعداد المثير وتقديمه للمريض، وكيفية الاستجابة عليه تعد أمورا مهمة للغاية: فالمثير يجب أن يكون واضحاً ويستطيع المريض قراءته أو سماعه أو فهمه، ولا يتطلب درجة عالية من التعلم، ويكون بسيطاً لا يحتوي على تراكيب نحوية صعبة.

أما بالنسبة لطريقة التطبيق فيجب أن تكون الأداة قابلة للنقل والحمل من مكان
الآخر، وذات مرونة في تطبيقها في أي وضع يكون فيه المريض، سواء بجانب
السرير أو في الحجرة الخاصة بعملية التقييم.

٥- المرونة (Flexibility):

يجب أن تتوفر في البطارية التي يتم تطبيقها درجة عالية من المرونة وخاصة
في طريقة تصحيحها؛ لأن الدرجة بمفردها دون وضع مصادر المعلومات الأخرى
في الاعتبار تكون درجة غير دقيقة ولذلك فإن الاختبارات المعقدة أو التي يتم
فيها إعطاء درجات فاصلة غير مطلوبة أو غير مرغوب فيها لأنها تفتقد
المرونة،

وتعطي درجة ثابتة لكل مريض على الرغم من اختلاف تاريخ الحالة المرضية وأسباب
هذه الحالات وأعراضها.

أشهر البطاريات المستخدمة في التقييم النفس عصبي

١- بطارية هالستيد-رايتان (Halstead - Retain Battery).

٢- بطارية لوريا-نبراسكا علم النفس العصبيّ

Luria-Nebraska Neuropsychological Battery.

٣- اختبار توصيل الدوائر (Trail Making Test).

٤- بندر جشطلت (Bender Gestalt Test).

٥- بنتون للحفاظ البصري (Benton Visual Retention Test).

٦- اختبار تصنيف الكروت ويسكنسون (Wisconsin Sorting Cards Test)

٧- مقياس وكسلر للذاكرة (Wechsler Of Memory Scale)

٨- بطارية كامدكس للتشخيص/خرف الشيخوخة (Comdex For Diagnosis)

(Dementia).

٩- فحص للحالة العقلية المختصر (Mini Mental Examination).

[١] بطارية هالستيد-رايتان (Halstead - Retain Battery):

تعد بطارية هالستيد-رايتان من أكثر البطاريات استخداما في مجال التقييم النفس العصبي؛ نظرا لأنها متاحة دائما. وتحتوي على مجموعة متنوعة من الاختبارات، وقد ظهرت البطارية نتيجة للنقد الموجه لقدرة الاختبار المفرد في تحديد الإصابة المخية، وبدأت بمجموعة من الاختبارات التي تم وضعها لتحديد مدى قوتها في التمييز بين المرضى المصابين بإصابات الفص الجبهي والمجموعات المرضية الأخرى والأسوياء.

ويعد هالستيد أول من حاول أن يقيم علاقة بين المخ والسلوك في ضوء ملاحظاته العيادية، وأن يقيس هذه العلاقة من خلال بطارية اختبارات التفرقة بين الأسوياء ومصابي المخ. وقد بدأ هالستيد إعداد هذه البطارية في عام ١٩٣٥ من خلال

دراسة مرضى جراحات الأعصاب، وأصدر أول تقرير ١٩٤٧ في كتابه بعنوان "المخ والذكاء: (دراسة كمية للفصوص الجبهية)"; وكان الهدف من الدراسات هالستيد تقييم أداء الفصوص الجبهية.

واستطاع رايتان وزملاؤه أن يصلوا إلى نتائج جعلتهم يشيدون مدى حساسية بطارية هالستيد في التفرقة بين الأسوياء ومصابي المخ، وأنها أداة جيدة للتقييم العضوي.

وتستخدم هذه البطارية لإعطاء معلومات عن مكن الإصابة المخية، وعمّا إذا كانت الإصابة مفاجئة الحدوث أو متدرجة، كما أن نتائجها يمكن أن تشير في بعض الأحيان إلى القصور النوعي الذي يجب أن يلاحظه المعالج ويكاد يستغرق تطبيق البطارية يوماً كاملاً وتتميز البطارية بحساسيتها التي تصل إلى نسبة ٩٠% في التفرقة بين الذهان الوظيفي والإصابات العضوية. وهناك نسخة خاصة من بطارية هالستيد رايتان خاصة بالأطفال تتراوح أعمارهم بين ٩-١٤ سنة وبطارية أخرى وضعها رايتان للأطفال من عمره ٥-٨ سنوات.

يعتمد تفسير البطارية على أربع طرق لها تاريخها العيادي الطويل، وهذه الطرق

هي:

١- الطريقة الأولى وهي مستوى الأداء والذي يعكس كيفية أداء المريض على الاختبارات الفرعية والبطارية ككل. ويمكن استخلاص مستوى الأداء من المقارنة بين المجموعات.

٢- الطريقة الثانية وهي تنوع الأداء والذي قد يكون مؤشرا لاضطراب المخ.

٣- الطريقة الثالثة وهي تحديد العلامات المرضية الدالة وهي علامات نوعية من القصور الوظيفي لا تحدث في الأسوياء.

٤- الطريقة الرابعة وهي تناظر المخ والتي تعتمد على مقارنة الأداء الحركي والحسي الإدراكي لكل من نصفى الجسم لتحديد وظيفة كل من النصفين الأيمن والأيسر.

وتتكون البطارية من أحد عشر اختبارا لا تستخدم كلها الآن، وهي:

١- اختبار الفئة أو التصنيف Category Test.

٢- اختبار نذبذة الإصبع Finger Oscillation Test.

٣- اختبار الالتحام المتقطع Flicker Fusion Test.

٤- اختبار إدراك أصوات الكلام Test Speech Sounds Perception
.Test

٥- اختبار الأداء اللمسي Tactile Performance Test.

٦- اختبار الملاحقة أو التعقب The Trail Making Test (اضافة رايتان)

٧- اختبار قوة القبضة The Strength Of The Grip Test.

٨- فحص الإدراك الحسي The Sensory Perceptual Examination.

٩- اختبار تحديد موضع الإصبع. The Finger Localization Test.

١٠- اختبار إدراك كتابة رقم على طرف الإصبع The Finger Tip Number.

Test Writing Perception.

١١- اختبار التعرف على الشكل اللمسي The Tactile Form Recognition.

١٢- اختبار تفحص الحبسة Test Aphasia. Screening Test (إضافة

رايتان).

فيما يلي وصف موجز لبعض هذه المقاييس:

١- اختبار التصنيف Category Test:

هو اختبار يقيس قدرة المريض على التجريد، وعلى المفهوم الذي يتبناه أثناء عملية تصنيف سلسلة من الأشكال أو الأرقام أو الألفاظ، حيث يتم عرض هذه الأشياء المختلفة في اللون والشكل والعدد والشدة والمواضع على شاشة أمام الفرد بها أربعة مفاتيح لاختيار المفتاح المناسب للإجابة. وهذه الأشكال يمكن جميعها وفقا للمبادئ التجريبية، وتكون مهمة الفرد أن يحدد هذا المبدأ (وفقا للشكل أم اللون أم للعدد).

ويعد هذا الاختبار حساسة لإصابات الفص الجبهي الأيمن والأيسر وعادة يستمع المريض لتصفيق من الجهاز عندما يصل إلى الإجابة الصحيحة، وصوت طنين في حالة الإجابة الخاطئة، والدرجة على الاختبار هي عدد الإجابات الخاطئة لسبع مجموعات من المثيرات.

٢ - اختبار نذبية الإصبع: Finger Oscillation Test

فيه نختبر سرعة طرق الإصبع، حيث يطلب من المريض أن يطرق بإصبعه السبابة عدداً من الطرقات على مفتاح ماكينة كتابة. يقيس السرعة الحركية للأطراف العليا عن طريق سرعة طرق الإصبع، ويستخدم المريض الإصبع الأيمن والإصبع الأيسر بالتبادل، والدرجة على الاختبار تساوي معدل الطرق خلال خمس محاولات لكل من اليد اليمنى، وخمس محاولات لليد اليسرى.

٣ - اختبار إدراك أصوات الكلام: Speech Sounds Perception Test

هو أحد الاختبارات حدة السمع حيث يستمع المريض على شريط كاسيت إلى ٦٠ كلمة عديمة المعنى كلها تحتوي على مقطع (EE) في منتصف الكلمة، مع بدايات ونهايات مختلفة في الأصوات، ويختار الفرد الكلمة التي يسمعها من خلال سلسلة من الاختبارات ويقاس هذا الاختبار أداء النصف الكروي الأيسر (النصف اللغوي) سواء كانت الإصابة في الفص الصدغي أو الصدغي الجداري الأيسر حول منطقة فيرنيك

٤ - اختبار الأداء اللمسي: Tactual Performance Scale

هو اختبار يقيس التعامل مع الأشكال باستخدام حاسة اللمس، ومن ثم يقيس وظائف الفص الجداري ويتأثر الأداء عليه في إصابات الفص الجداري الأيمن. وفيه يطلب من الفرد وهو مغمض العينين - أن يضع مكعبات خشبية على هيئة أشكال مختلفة (مربع، نجمة، هلال) في الفتحات الخاصة بها مشابهة لشكلها على قطعة من الخشب المفرغ موجودة على الطاولة، ثم يطلب منه بعد ذلك أن يرسم هذه الأشكال من الذاكرة دون أن يرى الطاولة، يتم الاختبار ثلاث مرات مرة باستخدام اليد اليمنى ومرة باستخدام اليد اليسرى، ومرة ثالثة باستخدام اليدين. والدرجة على الاختبار في الوقت الذي يستغرقه الفرد ويستطيع فيه أن يكمل المهمة المطلوبة منه، وكذلك عدد المكعبات الصحيحة التي وضعها.

٥ - اختبار لسيشور الإيقاع: Sheashore Rhythm Test

هو أحد الاختبارات الفرعية لمقياس سيشور للموهبة الموسيقية ويتكون من ٣٠ زوج من الأشكال الإيقاعية، بعضها متشابهة وبعضها غير متشابهة. ويقدم للمريض كل مرة زوجان من الأصوات، ويكون المطلوب منه تحديد ما إذا كان الزوجان متماثلين أم لا. وعادة ما يكتب المريض الإجابة على شكل حرف (S) إذا كانا متشابهين أو حرف (D) إذا كانا مختلفين والدرجة على الاختبار هي عدد الإجابات الصحيحة أو الخاطئة. ويتأثر الأداء على هذا الاختبار في إصابات

الفص الصدغي الأيمن وهو المسئول كما سبق و أوضحنا تشغيل الأصوات الموسيقية، بينما يكون الفص الصدغي الأيمن مسئولاً عن تشغيل الأصوات الكلامية.

٦- اختبار الإحساس بالوقت: Time Sense Test

يقيس زمن الرجع البصري الحركي والقدرة على تحديد الوقت المستغرق الذي يمر

٧- الاختبارات المساعدة: Auxiliary Tests

وهي مجموعة من الاختبارات التي أضافها رايتان وتشمل ما يلي:

أ- مقياس وكسلر للذكاء.

ب- اختبار رايتان لفحص الحبسة ويقيس الوظائف التالية: التكرار، الهجاء،

الكتابة، الحساب، الكلام السردي، التوجه لليمين واليسار.

ج- اختبار توصيل الدوائر Trail Making Test: عبارة عن صورتين (أ، ب).

ولتحديد موضع الإصابة المخية يتم الحصول على درجة ملخصة من مؤشر

الاضطراب الذي وضعه هالستيد، ويتم تحديد بعدد من الاختبارات التي يقع

درجاتها في المدى المميز لأداء الأفراد المصابين بالإصابة المخية.

عيوب البطارية:

١- أنها لا تعتمد على أي أساس نظري

٢- معايير الاختبارات غير محددة وتعتمد في التقنين على عينة صغيرة، وصدقها

صدق أمبيرقي ليس صدق محتوى

٣- أن الاختبارات لا تتوافر فيها الحساسية الكافية، إذ أننا نلاحظ تغيرا غير دال

في أداء الأفراد المصابين بإصابات وظيفية بسيطة

٥- أن الاختبارات حساسة للتغيرات السلوكية التي تطرأ على الفرد بسبب السن

وهذا ما يجعلها غير قادرة على التمييز بين الأفراد البالغين من العمر ٤٥ فما

فوق.

٦- تستغرق البطارية وقتا طويلا كما أن جزء كبيرا منها وخاصة اختبار التصنيف

غير قابل للتنقل كما تحتوي على عدد كبير من الاختبارات وهو أمر يمثل مشكلة

كبيرة للمرضى الملازمين الفراش.

٧- البطارية لا تستطيع التمييز بين مرضى الذهان الوظيفي (الفصام) ومرضى

إصابات المخ

(٢) بطارية لوريا نبراسكا :

ظهرت بطارية لوريا نبراسكا حديثا كمحاولة لتقنين إجراءات تطبيق بطارية لوريا،

ومع ذلك يجب ألا نعتبرها بديلا لفحص لوريا، ولكن هي تطوير لها لعدة أسباب

أولها أن إجراءات لوريا لم تكن متاحة أو مطبوعة بشكل كبير في التراث العلمي،

وقد خلق هذا الوضع صعوبة لأي فرد ليست له علاقة مباشرة بالعمل مع لوريا في

الحصول على أي تطبيقات لهذه الإجراءات التي استخدمها لوريا في تقييم المريض النفس عصبي. أما السبب الثاني فيتبسط بوسائل التطبيق عند لوريا، والتي تفتقد إلى التقنين وكانت عملية تقييم الوظائف النفسية والعصبية تختلف بشكل واضح من مريض لآخر، وتعتمد في ذلك على مظاهر أداء المريض الفردية. وقد قام لوريا بتعديل إجراءات تطبيق الاختبار، وطور من أدواته في محاولة منه للحصول على الطبيعة الكمية القصور والاضطراب الموجود عند المريض. أما

السبب الثالث فهو انتقاد الإجراءات الموضوعية وعملية التصحيح ووضع الدرجات توريا يضع الدرجة لكل بند سواء كان فيه إشارة إلى عدم وجود اضطراب في وظائف المخ أو وجود درجة طفيفة أو كبيرة من الاضطراب.

ويعني هذا أن الفرد يحصل على درجة ما إذا كان لديه اضطراب في الوظيفة، ويحصل على درجة أخرى إذا كان لديه اضطراب طفيف، ودرجة ثالثة إذا كان الاضطراب كبيرا، مع أن من المفترض أن عدم وجود اضطراب يعنى عدم الحصول على درجة على أي بند. وبدون محكات التقنين التي يمكن بها الحم في هذه العبارات، فإن نتائج اختبار لوريا تختلف بشكل كبير من فرد لآخر، إذ محمد على كفاءة القائم بتطبيق الاختبار، وعلى طبيعة البند، وعلى طبيعة الاستجابة المريض، وعلى عوامل ذاتية عديدة تظهر في أي علاقة تربط بين المريض والأخصائي العيادي.

تتكون البطارية (٢٦٩ بند) ١١ على أحد عشر مقياساً فرعياً يتم تطبيق كل منها على حدة، بالإضافة إلى ثلاثة مقاييس فرعية يتم الحصول على درجاتها من بين درجات، يتم تصحيح كل منها بدرجة تتراوح بين (صفر-٢) حيث تشير درجة (صفر) على الأداء الطبيعي، والدرجة (١) على أداء بيني، والدرجة (٢) على الأداء المرضى الواضح. والدرجة المرتفعة على البطارية تساوى الأداء السيء معنى أنه كلما ارتفعت الدرجة كلما كان ذلك مؤشراً إلى شدة الاضطراب، ونظراً من المقاييس المختلفة تختلف في عددها بنودها فإن الدرجة الخام للمقياس يتم تحويلها إلى درجة تائية بمتوسط ٥٠، وانحراف معيارى ١٠ يتم تطبيق كل منها على حدة، بالإضافة إلى ثلاثة مقاييس فرعية يتم الحصول على درجاتها من بين درجات مقاييس البطارية، وهذه المقاييس هي:-

مقياس الوظائف الحركية Motor Functions تقيم فقرات المقياس سرعة الحركة والتناسق على كل من الجانبين وعلى الجانبين معاً، والجوانب المختلفة للأداء والتبادل الحركي والكف الحركي والتحكم اللفظي في النشاط الحركي ومقياس وظائف الوزن أو الوظائف الإيقاعية فقرات Rhythm Functions التقييم وتمييز طبقة الصوت والنظم وإعادة إنتاجهما.

مقياس الوظائف اللمسية Tactile Functions تقيم الفقرات الإحساس بالموقع والتمييز اللمسى، والانطفاء ومعرفة التجسيم Stereognosis

مقياس الوظائف البصرية Visual Functions تقيس الفقرات مهارات الإدراك

البصري والقدرات البصرية - المكانية.

مقياس وظائف الكلام الاستقبالي Receptive Functions هي لغة التلقي تقيّم

- الفقرات التمييز الصوتي Phonemic وفهم الكلمات والجمل البسيطة

والصور النحوية المعقدة.

- مقياس وظائف الكلام التعبيري Expressive Functions تتطلب الفقرات

القدرة على القراءة الشفهية.

- مقياس الوظائف الكتابية Writing Functions تقيّم الفقرات الكتابية

استجابة للإملاء، والكتابة التلقائية ومهارات الكتابة الأخرى. ٨- مقياس

وظائف القراءة Reading Functions

- مقياس وظائف الحساب Arithmetic Functions ترتبط الفقرات بالتعرف

على الأعداد والحساب البسيط والعمليات العددية الأكثر تعقيداً.

- مقياس وظائف الذاكرة Memory Functions تقيّم الفقرات الذاكرة قصيرة

المدى اللفظية وغير اللفظية مع التدخل أو عدم التدخل.

- مقياس وظائف العمليات العقلية Intellectual Functions فقرات تقيّم

مهارات عالية مختلفة يندر أن يفشل الأشخاص العاديون في الإجابة عنها،

وفقرات يندر أن ينجح فيها مرضى تلف الدماغ. ويتكون مقياس النصف

الكروي الأيمن ومقياس النصف الكروي الأيسر من فقرات حركية ولمسية تؤديها الأطراف اليمنى واليسرى على التوالي. بالإضافة إلى هذه المقاييس فقد أعدت مقاييس أخرى لتحديد موقع الإصابة ومقاييس استخرجت امبريقيا التحديد ما إذا كانت الإصابة في جانب واحد أو في الجانبين.

أما المقاييس المختصرة الفرعية الثلاثة فهي:

- مقياس الدلالات المرضية القاطعة Pathognomonic وهو مكون من ١٣ بند مختلفة من مقاييس البطارية، وهو مقياس حساس تعتبر الدرجة عليه مؤشرا إلى غياب أو وجود الإصابة المرضية.

- مقياس الوظائف الحسية الحركية اليسرى Lt. Sensorimotor وتشير الدرجة عليه إلى مدى وظائف النصف الكروي الأيسر.

- مقياس الوظائف الحسية الحركية اليمنى Rt. Sensorimotor وتشير الدرجة عليه إلى مستوى وظائفه النصف الأيمن.

وقد تم تصميم البطارية بحيث يمكن تطبيقها على الأفراد البالغين من العمر ١٢ سنة فما فوق ويوجد منها نسخة للأطفال من ٨-١٢ سنة، يمكنها التفريق بين الحالات النفسية والعصبية.

اختبار ويسكونسين لتصنيف الكروت Wisconsin Card Sorting

:Test

يقيس هذا الاختبار قدرة المريض على التصنيف على أساس معين، كما يقيس القدرة على استخدام المفاهيم، وعادة ما نرى مرضى الفص الجبهي يميلون إلى المحافظة على نفس الاستجابة أو تكرارها في مواقف متعددة، وخاصة تلك التي تتطلب تغيرا في الاستجابة، أو ما يعرف بمنع أو كف الاستجابة.

يتكون الاختبار من ١٢٨ بطاقة (كارت) على المفحوص أن يقوم بتصنيف كل بطاقة من هذه البطاقات وفقا لبطاقة أخرى أساسية من أربع بطاقات تمثل أساس التصنيف الذي سيقوم الفرد في ضوءه بتصنيف بطاقات الاختبار كلها (١٢٨ بطاقة)، وتحمل كل بطاقة من البطاقات الأربع تصميمًا معينًا يختلف في الشكل واللون وعدد العناصر، ويطلب من المفحوص ترتيب أو تصنيف البطاقات وفقا لنظام محدد يتغير كل مرة بتغير بطاقات التصنيف الأساسية. ويكون أول أساس للتصنيف هو التصنيف وفقا للون، وإذا وصل الفرد إلى هذا الحل، بمعنى أنه استطاع أن يصنف ما لديه من بطاقات وفقا لهذا المتغير، يكون عليه أن يبدأ التصنيف على أساس الشكل، ومن ثم يكون عليه أن يتوقف عن تصنيف البطاقات حسب اللون، ويتحول للتصنيف على أساس الشكل، ومن ثم يكون عليه أن يتوقف عن تصنيف البطاقات حسب اللون، ويتحول للتصنيف حسب الشكل، وبمجرد نجاح الفرد في اختيار الشكل، عليه أن يتحول إلى التصنيف وفق عدد العناصر، ثم يعود مرة أخرى إلى

التصنيف وفقا للون. وهكذا تتكرر الدورة (لون، شكل، عدد العناصر) وتكون درجة الفرد هي عدد الأهداف التي أكملها، بعد أن يكون قد صنف البطاقات كلها.

وينتهي الاختبار عندما تنتهي الكروت، أو يقوم المفحوص بتكوين ٦ تصنيفات أيهما الأسبق. وهذه القدرة على التصنيف تقل في إصابات الفص الجبهي، فقد يستمر المريض في الاستجابة للمثير الأول وهو التصنيف وفقا للون، وقد يصل الأمر إلى الاستمرار في هذه المسألة لمدة ١٢٨ بطاقة، وأثناء ذلك قد يقول المريض وأنه يعرف أن التصنيف الذي يقوم به الآن وفقا للون ليس هو الحل الصحيح، ومع ذلك يستمر فيه ويواظب عليه.

المراجع

أولاً: المراجع العربية

- (١) أبو هاشم، السيد محمد (٢٠٠٧). المكونات الأساسية للشخصية في نموذج كل من أيزنك وكاتل وجولدبيرج لدى طلاب الجامعة (دراسة عاملية)، *مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق*، ٧٠، ٢١٢ : ٢٧٣.
- (٢) أبو هاشم، السيد محمد (٢٠١٠). النموذج البنائي للعلاقات بين السعادة النفسية والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية وتقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة. *مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق*، ٨١، ٢٦٩ : ٣٥٠.
- (٣) احمد، سهير كامل (٢٠٠٣). *الصحة النفسية والتوافق، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب*.
- (٤) الأنصاري، بدر محمد (١٩٩٩). *مقدمة لدراسة الشخصية، الكويت: كلية العلوم الاجتماعية*.
- (٥) الأنصاري، بدر محمد (٢٠١٤). *المرجع في مقاييس الشخصية، القاهرة: دار الكتاب الحديث*.
- (٦) البيالي، عبد الله بن احمد (٢٠٠٩). *العوامل الخمسة الكبرى في الشخصية وعلاقتها بالأداء الوظيفي لدي ضباط الشرطة، رسالة ماجستير (منشورة)، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف*.
- (٧) الحداد، شعبان كمال (٢٠١١). المشاركة السياسية وعلاقتها بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى عينة من المعلمين الفلسطينيين، *مجلة الزيتون*، ٢، ٢٦٦ - ٣٠٠.

- ٨) الدباغ، فخري (١٩٨٣). *أصول الطب النفسي*، ط٣، بيروت: دار الطليعة .
- ٩) الدريبر، عبد المنعم أحمد (٢٠٠٤). *دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي*، القاهرة : عالم الكتب .
- ١٠) الريماوي، عمر؛ الريماوي، أميرة (٢٠١٤). الوسواس القهري وعلاقته بأبعاد الشخصية العصابية والانبساطية لدي طلاب جامعة القدس، *مجلة التخصصات الدولية للعلم*، ٣(٥)، ٨٩ - ١٠٣ .
- ١١) الزغلول، عماد عبدالرحيم؛ الهنداوي، علي فالح (٢٠٠٤). *مدخل الي علم النفس*، ط٢، الامارات: دار الكتاب الجامعي.
- ١٢) الساعاتي، اسلام احمد محمد (٢٠١٢). *دراسة لبعض العوامل المميزة للشخصية القائد السياسي وفق نظرية العوامل الخمسة*، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاسلامية، فلسطين.
- ١٣) السرخي، إبراهيم محمد (٢٠١١). *الجوانب السلوكية في بناء الشخصية*، القاهرة: هبة النيل العربية للنشر .
- ١٤) السيد، فؤاد البهي (٢٠١١). *علم النفس الاحصائي وقياس العقل البشري*، القاهرة: دار الفكر العربي.
- ١٥) الشماع، نعيمة (١٩٧٧). *النظرية - التفسير - مناهج البحث*، القاهرة : معهد البحوث.
- ١٦) الشمري، محمد مسعود (٢٠٠١). *الخصائص الشخصية لنوي قوة التحمل النفسي العالي والواطئ وعلاقتها بأساليب المعاملة الوالدية*، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة المستنصرية، بغداد.
- ١٧) العنزي، فهد بن سعيد محمد (٢٠٠٧). *الوسواس القهري وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية*، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الدراسات العليا للعلوم الإنسانية جامعة نايف العربية
- ١٨) العيسوي، عبد الرحمن محمد (٢٠٠٢). *سيكولوجية الشخصية*، الاسكندرية: منشأة المعارف.

١٩) القمش، مصطفى نوري؛ المعاينة، خليل عبد الرحمن (٢٠٠٦). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: دار الميسرة للنشر والطباعة.

٢٠) باظة، أمال عبد السميع (٢٠٠٠). الأنماط السلوكية للشخصية، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

٢١) باظه، أمال عبد السميع مليجي (١٩٩٧). الشخصية والاضطرابات السلوكية والوجدانية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٢٢) باعلي، شادية بنت علي بنت عمر (٢٠١٤). الصمود النفسي وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية لدي عينة من الفتيات المتأخرات عن الزواج في مدينة الرياض، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة نايف، الرياض.

٢٣) برفين، أ. لورانس (٢٠١٠). علم الشخصية الجزء الثاني، ترجمة: السيد، محمود عبد الحليم؛ عامر، أيمن محمد؛ الرخاوي، محمد يحيى. القاهرة: المركز القومي للترجمة.

٢٤) جبر، احمد محمود (٢٠١٢). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعلاقتها بقلق المستقبل لدي طلاب الجامعات الفلسطينية بجامعة غزة، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة.

٢٥) جويده، برجيل (٢٠١١). أثر السمات والشخصية المضطربة في الاستجابة للعلاج المعرفي عند المكتئبين، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران.

٢٦) حامد، رضا محمد (٢٠١٤). سمات الشخصية لدي مضطربي هرمونات الغدة النخامية والأصحاء دراسة مقارنة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب قسم علم النفس، جامعة جنوب الوادي.

٢٧) حسن، إبراهيم حسن محمد (٢٠١٧). اضطراب الشخصية ذات النمط الفصامي وعلاقته بالعصابية لدي طلاب جامعة جنوب الوادي، كلية الآداب، المؤتمر الثالث لشباب الباحثين.

- ٢٨)حنورة، مصري عبد الحميد (١٩٩٨) . *الشخصية والصحة النفسية*، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- ٢٩)خطاب، محمد أحمد (٢٠١٢). اختبار تفهم الموضوع للأطفال (الكات)، القاهرة: مكتبة الأنجلو.
- ٣٠)خطاب، محمد أحمد (٢٠١٢). اختبار تفهم الموضوع للراشدين (التات)، القاهرة: مكتبة الأنجلو.
- ٣١)خليفة، عبد اللطيف محمد؛ رضوان، شعبان جاب الله . (١٩٩٨) . بعض سمات الشخصية المصرية وابعادها ، *مجلة علم النفس* ، ٤٨ ، ٢٨ : ٦٥ .
- ٣٢)خوري، جورج توما (١٩٩٦). *الشخصية مفهومها، سلوكها، علاقتها بالتعلم*، بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- ٣٣) زياب البداينه .(١٩٩٩). *المرشد الى كتابة الرسائل الجامعية*، اكااديمية نايف العربية للعلوم الامنية ، الرياض، ط١.
- ٣٤) رجاء وحيد دويدري .(٢٠٠٠). *البحث العلمي " اساسياته النظرية وممارسته العملية"*، دار الفكر المعاصر ، لبنان، ط١.
- ٣٥) رحيم يونس .(٢٠٠٨). *مقدمة في منهج البحث العلمي*، دار دجلة ، الاردن، ط١.
- ٣٦)صالح، مأمون (٢٠٠٧). *الشخصية، بناؤها، تكوينها، أنماطها، اضطرابها*، عمان: دار أسامة.
- ٣٧) طه حميد حسن ؛ نرجس حسين زاير .(٢٠١٥). *أصول البحث العلمي في العلوم الاساسية*، منشورات ضفاف ، العراق، ط١.

- ٣٨) طه، فرج عبد القادر (١٩٨٧). *المجمل في علم النفس والشخصية والأمراض النفسية*، القاهرة: دار الفنية للتوزيع.
- ٣٩) طه، فرج عبد القادر؛ قنديل، شاكر؛ عبد القادر، حسين ؛ كامل، مصطفى (١٩٩٣). *موسوعة علم النفس والتحليل النفسي*، القاهرة ، دار سعاد الصباح.
- ٤٠) عبد الحميد، جابر (١٩٩٠). *نظريات الشخصية: البناء، السمات، طرق البحث*، القاهرة: دار النهضة العربية.
- ٤١) عبد الخالق، احمد محمد (١٩٨٣). *الأبعاد الأساسية للشخصية*، ط٢، القاهرة : دار المعارف.
- ٤٢) عبد الخالق، احمد محمد (١٩٩٦). *تعريب واعداد دليل تعليمات قائمة بيك للاكتئاب* ، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- ٤٣) عبد الخالق، احمد محمد (١٩٩٤). *الأبعاد الأساسية للشخصية*، ط٦، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- ٤٤) عبد الخالق، احمد محمد (٢٠١٦). *علم النفس الشخصية*، ط٢، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٤٥) عبد الخالق، احمد محمد ؛ الدماطي، عبد الغفار عبد الحكيم (١٩٩٥). الوسواس القهري دراسة علي عينة سعودية ، *دراسات نفسية* ، ٥ (١) ، ٢ : ١٧ .
- ٤٦) عبد الخالق، أحمد محمد (١٩٨٧). *الأبعاد الأساسية للشخصية*، ط٤، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- ٤٧) عبد الخالق، احمد؛ الأنصاري، بدر محمد (١٩٩٦). *العوامل الخمسة الكبرى في مجال الشخصية: عرض نظري*. *مجلة علم النفس*، ٣٨، ٦-١٩.
- ٤٨) عبد الرحمن العيسوي.(١٩٩٧). *أصول البحث السيكولوجي*، دار الراتب الجامعية ، لبنان.
- ٤٩) عبد الرحمن، محمد السيد (١٩٩٨). *نظريات الشخصية*، القاهرة: دار قباء.

- ٥٠) عبد العال، السيد محمد عبد المجيد (٢٠٠٦). بعض متغيرات الذات والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية لدى مضطربي الهوية من طلاب الجامعة، *مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة*، ٦١، ٣-٧١ .
- ٥١) عبد الفتاح محمد دويدار. (١٩٩٩). *مناهج البحث في علم النفس*، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، ط٢.
- ٥٢) عبد الله، جاد محمود (٢٠٠٦) التوافق الزوجي في علاقته ببعض عوامل الشخصية والذكاء الانفعالي، *مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة*، ٦٠، ٥٤-١٠٩ .
- ٥٣) عبد الله، مجدي (١٩٩٠). *أبعاد الشخصية بين علم النفس والقياس النفسي*، الإسكندرية: دار الفكر الجامعي.
- ٥٤) عبد الحميد عبدالمجيد البلداوي (٢٠١٩). *أساليب البحث العلمي والتحليل الإحصائي " التخطيط للبحث وجمع وتحليل البيانات يدوياً وباستخدام برنامج SPSS"*، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، ط١.
- ٥٥) عبدالله، مجدي احمد محمد (١٩٩٨). *علم النفس العام دراسة في السلوك الانساني وجوانبه*، القاهرة: دار المعارف الجامعية.
- ٥٦) عبدالله، مجدي احمد محمد (٢٠٠٠). *علم النفس المرضي " دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب "*، القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- ٥٧) قاسم، ناجي محمد (٢٠١٠). *التعزيز وسمات الشخصية*، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- ٥٨) كاظم، علي مهدي (٢٠٠٢). القيم النفسية والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية، *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، ٣ (٢)، ١٢ : ٤٢ .

٥٩) كباجة ، صالح إبراهيم محمود (٢٠١١). *التوافق النفسي وعلاقته بالسمات الشخصية لدى الأطفال الصم بمحافظة قطاع غزة*، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، كلية التربية، الجامعة الإسلامية غزة .

٦٠) كوروين، بيرني؛ رودل، بيتر؛ بالمر، ستيفني (٢٠٠٨). *العلاج المعرفي السلوكي*، ترجمة محمود عيد مصطفى، القاهرة: دار ايتراك للطباعة والنشر .

٦١) محمد سرحان علي (٢٠١٩). *مناهج البحث العلمي*، دار الكتب ، صنعاء،

ط٣.

٦٢) محمد عبدالغني سعودي؛ محسن احمد الخضيرى (١٩٩٢). *الأسس العلمية*

لكتابة رسائل الماجستير والدكتوراه، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة.

٦٣) محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٠). *العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات*، القاهرة: دار الرشاد.

٦٤) محمد، هشام حبيب الحسيني (٢٠١٢). *العوامل الخمسة للشخصية وجهة جديدة لدراسة وقياس بنية الشخصية*، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٦٥) محمود، شيماء علي (٢٠١٦). *العوامل الخمسة الكبرى وعلاقتها بالتوافق الزوجي*، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة جنوب الوادي بقنا.

٦٦) مصطفى، يوسف حمه ؛ بتو، أسيل اسحاق (٢٠٠٦). *العوامل الخمسة الكبرى في الشخصية وعلاقتها بتقييم الذات التحصيلي لدي طلبة الجامعة ، مجلة كلية الآداب*، جامعة صلاح الدين، أربيل، ٧٧ ، ٢٢٤-٢٦٠ .

٦٧) معوض، خليل ميخائيل (٢٠٠١). *علم النفس العام*، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.

٦٨) ملحم، مازن (٢٠١٠). *الشعور بالراحة النفسية وعلاقتها بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية دراسة ميدانية علي عينة من طلاب جامعة دمشق*، مجلة جامعة دمشق، ٢٦(٤)، ٦٢٥-٦٦٨.

٦٩) منذر الضامن .(٢٠٠٧). *اساسيات البحث العلمي*، دار المسيرة للنشر ،

عمان، ط١.

ثانياً: المراجع باللغة الإنجليزية

- 1) Adrian, F. & John , C. (2014) . A bright side, facet analysis of Schizotypal Personality Disorder: The relationship between the HDS Imaginative Factor, the NEO-PI-R personality trait facets in a large adult sample , *Thinking Skills and Creativity*, 11, 42 – 47.
- 2) Aleam, M. (1992). Personality disorders among university students, *Journal of Indian academy psychology*, 18, 79-81.
- 3) Alex, M; Gavin, A; Linda, B& Jane ,C (2014). Overlap between autistic and schizotypal personality traits is not accounted for by anxiety and depression, *Psychiatry Research* , 219 (2), 380–385 .
- 4) Anderson, J. (2015). Measurement of DSM-5 Section II Personality Disorder Constructs Using the MMPI-2-RF in Clinical and Forensic Samples, *American Psychological Association*, 27(3), 786–800.
- 5) Bach. B; Sellbom. M; Bo.S & Simonsen. E. (2016). Utility of DSM-5 section III personality traits in differentiating borderline personality disorder from comparison groups, *European Psychiatry*, 37, 22–27.
- 6) Bagby, R. et al., (2005). *DSM-IV* personality disorders and the Five-Factor Model of personality: a multi-method examination of domain- and facet-level predictions, *Personality and Personality Disorders*, 19(4). 307-324.
- 7) Beck, A., Freeman, A. & Davis, D (2005) : *Cognitive Therapy of Personality disorders*, New York: the Guilford Perss.

- 8) Cervone, D & Pervin, L. A. (2007). *Personality*, England: John Wiley & Sons Ltd .
- 9) Claridge, G& Broks, P. (1984). schizotypal and hemisphere function: Theoretical considerations and the measurement of schizotypal. *Personality and Individual Differences*, 5(6), 633-648.
- 10) Cloninger, C. (2000). *Theories of personality: understanding person*, Prentice-Hall, Inc, USA: New Jersey.
- 11) Colman, A.M .(2003). *Oxford Dictionary of Psychology*, Oxford University Press, New York.
- 12) Costa, P.& McCrae, R. (1990). Personality Disorders and The Five-Factor Model of Personality, *Journal Of Personality Disorder*, 4(4), 340-362.
- 13) Costa ,P.& McCrae, R. (1992). *Normal Personality Assessment in Clinical Practice: The NOE personality Inventory*, Psychological Assessment. 4(1), 5-13.
- 14) Crammer (2010). **Crammer's Test for OCPD**, Psychology and Mental Health Forum, Sun Dec 12, 2010 5:19 am.
- 15) De Raad, B. (2000). *The Big Five personality factors: The psycholexical approach to personality*. Ashland, OH: Horrfy & Huber Publishers.
- 16) Derksen, J. (1995). *Personality Disorders: Clinical & Social* Derksen ,
- 17) Digman, J (1990). Personality Structure: Emergence of the five factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.
- 18) Gillis, E. (2007). *Under Standing Psychology* , USA: Horizon text book.
- 19) Halgin P Richard & Whitbourne K. (1997): *Abnormal Psychology*. Brown Benchmark Boston.

- 20) Howard, P& Howard, J.M. (2004).*The Big Five Quick Start : An Introduction to The Five _Factor Model Of Personality* .North Carolina : Center For Applied Cognitive Studies.
- 21) Jafar, M. (2005). *Abnormal Psychology* ,New Delhi, A.P.H publishing corporation.
- 22) Jerry, M. & Burger,H. (2008). *Personality* , USA, Thomson,Wadsworth.
- 23) Kaplan& Sadock. (1996). *Pocket Homd book of clinicap Psychiatry*, London: wiliams wilkins .second edition.
- 24) Liebert, R.M.,& Spiegler, M. (1994). *Personality Strategies and Issues*. California:Brooks/Cole
- 25) MaCrae, R , Costa, P.. Jr. (1997): Personality trait structure as a human universal. *American Psychology*, 52 , 509-516.
- 26) McAdams, D. (1994). *The person: An introduction to personality psychology*. Fort Worth: Harcourt Brace.
- 27) Miller, D; Lyman, R; Widiger, A; Lakefield, C. (2001). Personality Disorders as Extreme Variants of Common Personality Dimensions: Can the Five Factor Model Adequately Represent Psychopathy?, *Journal Of Personality*, 69(2), 253–276.
- 28) Pop kins,N. (2001). the five factors model, emergence of taxonomic model for personality psychology influence on information behaviors. *Information Research* , 9 (1) ,165 -177
- 29) Popkins, J. (2000). *Big five Personality Factors*. www. Personality Search .org / Papers / Popkins . html.
- 30) Raine, A. (1991). The SPQ: A Scale for the Assessment of Schizotypal Personality Based on DSM-III-RCriteria, *Oxford JournalsMedicine & Health*, 17(4),555-564.

- 31) Rector , A .Richter, A. & Bagby , R . (2005) The impact of personality on symptom expression in obsessive – compulsive disorder , *Journal of Nervous & Mental Disease* , 193 (4) 231 – 236 .
- 32) Ripoll, L et al,. (2013). Empathic accuracy and cognition in schizotypal personality disorder, *Psychiatry Research*, 210(1), 232–241.
- 33) Samuel, D& Widiger, T.(2011). Conscientiousness and obsessive-compulsive personality disorder, *American Psychological Association*, 2(3), 161-174.
- 34) Scott, R. et al., (2002).Positive and Negative Symptoms of Schizotypal and Five - Factor Model : A Domain and Facet Level Analysis ,*Journal Of Personality Assessment*,79(1),53-72.
- 35) Skodol , A& Bender, D (2003). Why are women diagnosed borderline more than men? *The Psychiatric Quarterly*,74(4) , 349–360.
- 36) Weiten, W., (2000). *Psychology themes and urinations*, USA, Wads worth.