



محاضرات في

علم النفس الإكلينيكي

الشعبة الرابعة (قسم علم النفس)

أ.م.د/ حسين أبو المجد

أستاذ علم النفس الإكلينيكي (م)

رئيس قسم علم النفس

ومدير وحدة الإرشاد والعلاج النفسي بكلية الآداب

ومدير مركز ذوي الاحتياجات الخاصة

جامعة جنوب الوادي

إلى من وهبنا الحب والحنان .. وسهرا ليقدِّمنا لنا لحظة سعادة ..
إلى من شقيا ليصنعوا لنا هذه الحياة .. إلى من كانا سبباً في
وجودنا -والذي العزيز (رحمه الله) ووالدتي الغالية أمد الله في
عمرها ورزقها الصحة والعافية

د/ حسين أبو المجد

فهرس الموضوعات

الصفحات	الموضوع
٤٥-٦	الفصل الأول ماهية علم النفس الإكلينيكي وتاريخه
٧٦-٤٦	الفصل الثاني موقع علم النفس الإكلينيكي بين العلوم
٨٦-٧٧	الفصل الثالث متطلبات الممارسة الإكلينيكية
١٠٧-٨٧	الفصل الرابع التدريب الإكلينيكي
١٥٢-١٠٨	الفصل الخامس (التشخيص النفسي الإكلينيكي)
٢١١-١٥٣	الفصل السادس (التشخيص النفسي العصبي)

الفصل الأول

ماهية علم النفس الإكلينيكي وتاريخه

الفصل الأول ماهية علم النفس الإكلينيكي وتاريخه

تمهيد

يعد علم النفس الإكلينيكي من العلوم الحديثة نسبياً، وهو لا يزال في دور النمو والتطور. ولقد تأثر في نشوئه بمجالين هامين من مجالات الدراسة. **المجال الأول** هو دراسة الاضطرابات النفسية والعقلية والتخلف العقلي التي كانت تحظى باهتمام كثير من الأطباء الفرنسيين والألمان مثل لويس روستان، وجان شاركو، وإميل كرايبلين، وأرنست كريتشمر، وبيرر جانيه وغيرهم. **والمجال الثاني** هو دراسة الفروق الفردية التي حظيت باهتمام فرانسيس جالتون، وجيمس ماكين كاتل، والفرد بينيه، وتيوفيل سيمون، ومن جاء بعدهم من علماء النفس الذين اهتموا ببناء الاختبارات النفسية واستخدامها في أغراض تطبيقية كثيرة.

وقد مر علم النفس الإكلينيكي في تطوره بمراحل مختلفة. فقد كان اهتمام علماء النفس الإكلينيكين قبل الحرب العالمية الثانية مقتصرًا في الأغلب على دراسة مشكلات الأطفال. وكانت وظيفتهم الرئيسية هي دراسة حالة الأطفال، وتطبيق الاختبارات النفسية عليهم لقياس قدراتهم العقلية بغرض تقديم بعض التوصيات للآباء، أو المدرسين، أو الأطباء المعالجين، أو المؤسسات المسؤولة عن الأحداث الجانحين.

وحدث تطور كبير في علم النفس الإكلينيكي أثناء الحرب العالمية الثانية وبعدها فقد تسببت الحرب في كثرة عدد المصابين باضطرابات نفسية، ووجد الأطباء أنهم لا يستطيعون لقلّة عددهم مواجهة أعباء العلاج النفسي لهذا العدد الضخم من المصابين باضطرابات نفسية، مما أدى إلى زيادة الاهتمام بعلماء النفس الإكلينيكين والالتجاء إليهم ليساهموا في علاج المصابين باضطرابات نفسية. وهكذا بدأ علماء النفس الإكلينيكيون يهتمون بالعلاج النفسي للكبار، بعد أن كان معظم اهتمامهم مقتصرًا من قبل على العلاج النفسي للأطفال.

تعريف علم النفس الإكلينيكي

نظرا لاختلاف وجهات النظر في مجال علم النفس فهناك اختلاف حول ماهية

علم النفس الإكلينيكي:

التعريف الأول "هو العلم الذي يستخدم مبادئ علم النفس ومعلوماته في تقييم سلوك الفرد وفهمه ووضع التوصيات والقيام بأنواع النشاط التي تؤدي إلى تعديل السلوك وكذلك إجراء البحوث التي تؤدي إلى تنظيم السلوك الفردي وتكييفه وإمكانية التنبؤ به".

التعريف الثاني "هو احد الفروع التطبيقية لعلم النفس الحديث وهو يعتمد الى حد كبير على الإفادة من المعلومات والمهارات التي أمكن تحصيلها من جميع

فروع علم النفس بهدف زيادة كفاءة الخدمة الطبية النفسية التي تقدم للمرضى النفسيين في مجالات التشخيص والعلاج والتوجيه وتدبير الوقاية".

التعريف الثالث " هو ذلك الميدان من ميادين علم النفس الذي يتناول تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية واضطرابات السلوك وعلاجها وهو في سبيل تحقيق ذلك يستعين بوسائل وأدوات علمية ويتم هذا التشخيص والعلاج عادة في عيادة".

التعريف الرابع " الدراسة العلمية للأفراد الذين يعانون من مشكلات نفسية في التكيف مع أنفسهم وبيئتهم، وتشخيص حالاتهم وعلاجهم. ويتناول علماء النفس الإكلينيكيون السلوكيات السوية وغير السوية، ويقومون بالاختبارات النفسية وتفسيرها، ويسعون إلى تشخيص الاختلالات العقلية وعلاجها، ويعكفون على دراسة بنية الشخصية وتطورها ويعملون على الحيلولة دون حدوث الاضطرابات الخطيرة التي تعتري الصحة العقلية.

ويعمل علماء النفس الإكلينيكيون في المؤسسات الحكومية المختلفة، والمستشفيات، والعيادات الخارجية بالمستشفيات، والجامعات، والعيادات الخاصة، وشركات العمل، والمصانع، ومؤسسات الإعاقة، ومراكز علاج الإدمان، والمحاكم، والمدارس، والشرطة، والقوات المسلحة، وغيرها وتكمن أهم نشاطاتهم فيما يلي:

٥- التدريس

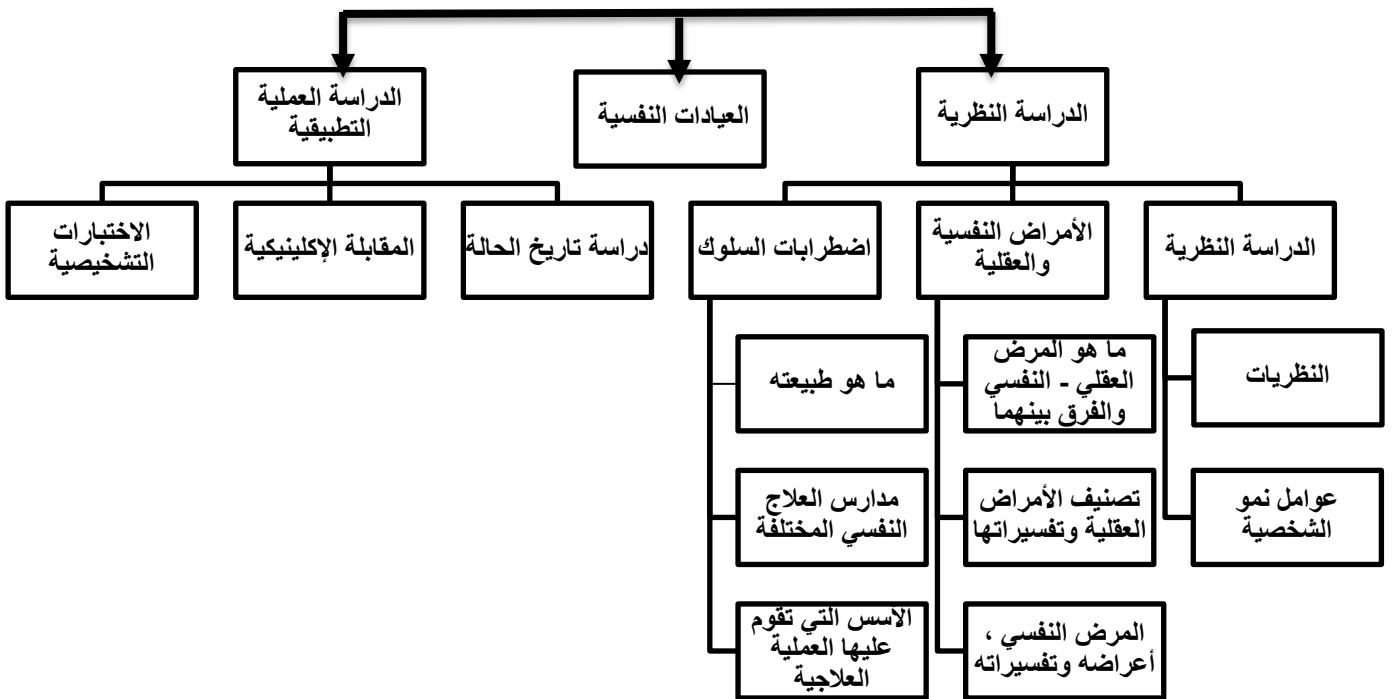
٣- الاستشارة

٦- البحث

٤- الإدارة

مجالات علم النفس الإكلينيكي

هناك ثلاثة مجالات رئيسية لعلم النفس الإكلينيكي هي:



تاريخ علم النفس الإكلينيكي

لكل علم تاريخ وقبل كل تاريخ يوجد ماضي، وقد يمتد هذا الماضي إلى ما قبل

عصر التدوين. ونحن نتعلم دائماً دروساً مهمة سواء من تاريخ العلم أو من

ماضيه، وقد يكون ما نتعلمه من الأخطاء أكبر وأكثر فائدة مما نتعلمه من كل ما

كان صواباً وخصباً.

أهمية دراسة تاريخ علم النفس الإكلينيكي

وتتمثل القيمة الحقيقية للتاريخ في أنه يشعرنا بالتواصل مع الأجيال السابقة علينا، والاستمرارية والارتباط بالأجيال التالية لنا، ويوفر لنا المعنى الصحيح لمفهوم التراكم في العلم، وأن جهود العلماء والمفكرين لا تذهب هباءً، حتى وأن غفل عنها عصرهم أو تجاهلها أو لم يعرف قيمتها، إذ تظل دفيئة لسنوات وسنوات مثل حبة الحنطة في الأرض التي تزدهر بعد فترة وتثمر أضعاف مقارها.

نعرف من خلال التاريخ أيضاً إلي أي مدي نرتبط بالماضي ولمن نحن مدينون، ونعرف أولئك الأشخاص الذين عملوا وجاهدوا لاكتساب المهارات والمعارف الجديدة والفهم الصحيح للظواهر التي تدور من حولهم، أولئك الذين وضعوا أجيال المستقبل في اعتبارهم، ولم يتركوا الحياة إلا بعد أن أورثوهم معرفة علمًا.

تجعلنا دراسة تاريخ تخصصنا عميقي الشعور "بنحن" علمية ومهنية، بل واجتماعية، وثيقي الصلات بالعلماء والباحثين فيه، الذين كرسوا حياتهم لخدمة الإنسان، ولتحويل المعرفة العلمية إلي تكنولوجيا الصحة والسواء.

وبالقدر نفسه من الأهمية الذي يدرك به الأخصائي النفسي الإكلينيكي تاريخ عميله، يتعين أن ندرك تاريخ علمنا وتخصصنا وإسهامه في تفسير التوجهات

الراهنة، وعوامل الخصوبة والجدة في أدائها، أن نعرف قدر الصواب والخطأ فيما نتفق عليه وما نختلف فيه، أن نعرف قدر العائد الذي نحققه من الجرأة في التفكير وتقييم كل ما هو قائم، والانطلاق بفروض جديدة وأفكار ونظريات غير مسبوقه.

عندما نسعى إلي التعرف علي البدايات الأولى -المبكرة- لعلم النفس الإكلينيكي، فعلينا أن لا نتوقع العثور علي مصطلح علم النفس الإكلينيكي، فعمر هذا المصطلح يتعدى بالكاد المائة عام، والأمر نفسه عندما نسعى للتعرف علي تاريخ علم النفس، إذ كان أول ظهور لكلمة علم النفس في عام ١٥٩٠ في مخطوطات " جوكل Goeckel " المعنونة Humans perfection، ثم ظهرت مرة أخرى في مخطوطات "كاسمان Casmann" عام ١٥٩٤.

البابليين

يعود الوعي بالمرض العقلي وعلاجه إلي أبعد من ٢١٠٠ قبل الميلاد، وينسب أول اهتمام به إلي البابليين الذين اعتقدوا أن المرض العقلي يحدث نتيجة تملك شيطان لروح الشخص لا يمكن انتزاعه أو التخلص منه إلا من خلال الوسائل السحرية والدينية، وكان الكهنة هم الأطباء وهم السحرة في هذه الحالة. كان الكهنة الأطباء هم الذين يقومون بمحاولة تخليص الفرد من هذا التملك الشيطاني وشفائه. وكانت الوسائل السحرية المستخدمة تتضمن الصلاة لمختلف

الآلهة ذوي الاتصال بالشياطين، والتقرب للإله المتصل بالشيطان المعين الذي يفترض أنه تملك روح المريض. وبالإضافة إلي الصلوات يلجأ الكاهن إلي التنجيم واستشارة الأبراج ومحاولة التنبؤ بفرص فك أسر المريض من شيطانه أو شياطينه، وقد ترتب علي هذا الاعتقاد في التنجيم تحديد توقيتات معينة لطقوس تساعد في التعرف علي أي التعويذات ستكون هي المفيدة في علاج المرضى العقليين، ولم تقتصر فكرة التملك الشيطاني علي العالم القديم فقد اكتشفت في بيرو القديمة أيضاً

التوراة

وتقدم التوراة تصورًا مشابهًا لفكرة التملك الشيطاني، إذ تفسر المرض باعتباره عقابًا علي الخطايا التي يرتكبها الفرد. وبالتالي يعتمد الشفاء علي التدخل الإلهي لغفران هذه الخطايا، ويتم هذا من خلال الإله الواحد الخالق وهو الله مانح الصحة والمرض.

العبرانيون

أظهر العبرانيون بعض الاستبصارات الواقعية المتسمة بالفهم وهي استبصارات ذات طبيعة نفسية وذلك منذ فترة مبكرة تعود إلي حوالي عام ٩٥٠ قبل الميلاد تقريبًا، فقد اعتبروا الأحلام علي سبيل المثال بمثابة تعبير عن الرغبات الممنوعة التي لا يتحملها ضمير الفرد، وهي فكرة لا تختلف كثيرًا عما ذكره فرويد

بعد ذلك بتسعة وعشرين قرناً، ويحتمل أن يكون فرويد قد استمدّها من هذا التراث القديم. كان العبرانيون مقتنعين بأفكار الكفارة (تقديم أضحية تحمل عنهم خطاياهم ويسقطون عليها ذنوبهم ليحصلوا علي المغفرة) والتي تؤدي إلي تحرر الشخص من قلقه ومتاعبه. وكان العلاج بعد ذلك إنساني الطابع، وان كان الكهنة الأطباء هم الذين يقومون به. وقد اكتشف قرب مدينة القدس مستشفى للعلاج الإنساني والروحي للمرضي العقليين تأسس عام ٤٩٠ قبل الميلاد.

سقراط

تقوم الفلسفة السقراطية علي المبدأ الشهير (اعرف نفسك) والذي يجعل الفرد يبحث عن إجابة علي كل الأسئلة في داخله. وعندما نفحص هذا المبدأ سنجد إن جوهر معظم - إن لم يكن كل- أساليب العلاج النفسي الحديثة، والتي توصلنا إليها بعد أكثر من أربعة وعشرين قرناً من سقراط لا تخرج عنه .

• فالمحلل النفسي يساعد المريض علي معرفة المواد المكبوتة في لا شعوره، صراعاته، شهواته، نزعاته العدوانية، ويستخدم التداعي الحر لكي يمكن المريض من معرفة نفسه، والدوافع التي تحرك سلوكه.

• ويستخدم المعالج السلوكي أساليب التشريط وإلغاء اثر التشريط ليساعد المريض علي إدراك واختبار حقيقة أن صعوباته إنما نشأت عن اقتران مرضي بين منبهات معينة تعرض لها في لحظات خوف أو قلق أو افتقاد للأمان، وأن

استجاباته لها غير ملائمة، وأن مخاوفه لا أساس لها، وأن مواجهته للتهديدات المتخيلة ستجعله يدرك أنها غير مهددة في الواقع، وأنه يستطيع أن يتخلص من قلقه منها، وأن أسوأ ما يعتقد أنه سيحدث له لن يحدث علي الإطلاق، وأنه لن ينهار، ولن ينخرط في سلوك قهري، ولن يمارس سلوكًا تجنبياً.

- ويدرب المعالج المعرفي المريض علي مواجهة الأفكار السلبية التي تقع خلف مشاعره الاكتئابية، يعلمه كيف يستبدل بها أفكارًا إيجابية. وما كل هذا إلا تدريب علي: كيف يعرف الشخص نفسه، كيف يتعرف علي مصادر القوة في داخله ويتحرر من قلقه ومخاوفه ووساوسه واكتتابه. (اعرف نفسك) إذن هو جوهر العلاج الذي يمارسه الأخصائي الإكلينيكي. يساعد المريض علي معرفة نفسه، ويتيح له فرص وطرق اختبار هذه المعرفة خلال مواجهة التهديدات الداخلية المتخيلة التي تشكل مخاوفه، أو الأفكار السلبية حول نفسه والعالم والمستقبل، والتي تؤدي إلي اكتتابه فيدهضها، والطقوس القهرية التي تمتلكه فيتخلص منها.

أبو قراط

لم تكن هذه الرؤية الفلسفية الصافية لدي سقراط عاملاً وحيداً بلا سند في هذه الحقبة التاريخية، فبعده بقليل ظهر أبو قراط Hippocrates الطبيب الإغريقي الذي أعتبر الأب الشرعي للطب، والذي ينسب إليه التطور البارز في المعارف الطبية المتعلقة بأداء الجسم الإنساني وأمراضه، وقد امتدت نظرية "أبو قراط "

بحيث تضمنت إدراكا جديدا لطبيعة المرض العقلي. فلا هو بالمرض المقدس، ولا هو تلبس شيطاني كما اعتقدت الحضارات الشرقية القديمة، بل هو مرض لا يختلف عن أي مرض إنساني آخر له أسبابه المحددة، وخصائصه القابلة للملاحظة. وقد طور أبو قراط نظرية في المزاج يفترض فيها أن الزيادة غير المتوازنة في بعض العناصر السائلة في الجسم مثل الدم أو البلازما يمكن أن تؤثر في حالة الفرد المزاجية وتوافقته وسلوكه، وبالتالي يتعين أن يتجه العلاج إلي تطهير سوائل الجسم التي يعتقد أنها مسئولة عن اختلال التوازن وتطور واستمرار المرض العقلي.

ووصف أبو قراط المالنخوليا، وبعض المخاوف المرضية التي يتعرض لها الفرد دون سبب ظاهر، وهذيانات التسمم، وبعض الأعراض النفسية ذات المنشأ العضوي، كما تعرف أبو قراط علي الصرع ونفى أن يكون لهذا المرض صفة خاصة أو طبيعة قدسية، ووصف الهوس والهستيريا بقدر كبير من الدقة.

ولعل أهم ما يلفت النظر في أعمال أبو قراط أنه لم يرد الأعراض النفسية جميعها إلي أسباب عضوية، بل أشار إلي ضغوط البيئة التي يتعرض لها المريض وأثرها في إحداث المرض. كان أبو قراط مدركا إذن للعوامل النفسية ذات الطبيعة اللاتوافقية ومصادر القلق التي سماها بضغوط البيئة، وهو فهم شديد التقدم لطبيعة الاضطرابات العصابية وأحيانا الذهانية .

تطور الأمر إذن علي يد أبو قراط ليصبح المرض مرضاً، وليس سحراً أو لعنة، وليصبح الجهد المطلوب فيه علاجاً لا طقوساً أو صلوات، ويتخلص العلم من أفكار السحر واللعنة والغضب الإلهي التي تجعل المريض مستحقاً للنبذ والعقاب بدلاً من العلاج والرعاية .

عصور الظلام في القرون الوسطي

غير أنه مما يثير الأسى أن تترد الحضارة بعد ذلك بقرون ارتداداً شديداً في أوروبا، لنجد المجتمع الإنساني وقد سيطر عليه لاهوتيون ضيقوا الأفق ينسون تماماً ما قدمه أبو قراط ولا يدفعون المسيرة إلي الأمام، ولا يوقفونها فحسب بل يعودون بها الوراء، حتى وصل الأمر إلي سن قوانين توجب محاكمة وإدانة كل من تعرض للمس الشيطاني (أي المرض العقلي)، بل وتوجب إدانة كل من يتصدي لعلاجه بالطب القائم علي الإلحاد.

وعاد العلاج غير الإلحادي إلي تلاوة الترانيم والصلوات والسعي إلي التعرف علي العلامات التي تكشف عن وجود الشيطان وموضعه في الجسم أو العقل، واستخدمت في ذلك أدوات حادة يجري بها وخز للمريض حتى تصل إلي موضع الشيطان، بل تزايد الاهتمام بذلك حتى وصل الأمر إلي تقديم أوصاف للشياطين المختلفة المسببة للمرض العقلي وفتاتها وأعدادها.

ما بعد عصر النهضة

١- النزعة الترابطية عند توماس هوبز و جون لوك .

٢- إسهامات هاربرت وأفكاره .

٣- النموذج الحديث للتفاعل الطبي بين الامراض العقلية والسلوك .

بداية عصر النهضة وزوال تأثير الكنيسة، أسهمت الفلسفة الحديثة في إقامة نسق عقلي يتيح للعلم دورًا واعدًا ومباشرًا، ويوفر له فهما متعمقًا لأسلوب تناول الظواهر مبتعدًا به عن التفكير الخرافي واللاهوتي .

• النزعة الترابطية عند "توماس هوبز" و "جون لوك".

لقد أدت النزعة الترابطية في الفلسفة الامبريقية الانجليزية عند كل من توماس هوبز (١٥٨٨-١٦٧٩) و جون لوك (١٦٣٢-١٧٠٤) John Locke إلى إقرار حقيقة أن الخبرة هي الطريق الوحيد لتحصيل المعرفة، والخبرة في أوسع معانيها هنا تعني الملاحظة والتجربة، كما تعني التصنيف وجمع الخصائص المشتركة.

وقد ظهرت هذه النزعة الترابطية في التفكير بعد ذلك عند "إبنجهاوس" Ebbinghaus في بحوثه حول التذكر، وهي تقتصر علي تفسير المعرفة الإنسانية

المعقدة والتي لا يمكن تفسيرها بمجرد الإدراك والإحساس. وكان التركيز علي الإحساس والإدراك وتحليل الحالات العقلية المعقدة قد استخدم كأساس لعدد من النظريات التي قدمها بعض المفكرين في الجيل التالي، كان بينهم "إيمانويل كانت" Kant "وجان جاك روسو" Rousseau والذي أقترح نظاما في التفكير تختلف تماما عن تلك التي أقترحها "جون لوك".

• إسهامات هيربرت وأفكاره.

قام " هيربرت " (١٧٧٦-١٨٤١) Herbart بتوسيع نظرية " روسو"، مشيرًا إلي أن الأفكار نشطة بالطبيعة، وأنها مياله لأن تظهر في الشعور، واعتقد أنه في حالة وجود فكرتين لا تتعارض فسينتهي الأمر بانجذابهما إلي بعضهما واتحادهما معا في فكرة واحدة. أما إذا كانت هناك فكرتان أو مفهومان متصارعان فسيؤدي صراعهما إلي تغلب الفكرة الأقوى والتي ستحي الفكرة الضعيفة بعيدًا عن الشعور، وسيكون هذا مصدر ممكنا لصعوبات الفرد واضطرابه، ذلك أن الفكرة التي ستجنب ستكبت ولكنها لن تزول أو تمحي من الوجود، اذ أزجت فقط من منطقة الشعور إلي اللاشعور.

ولعلنا الآن نستطيع القول إن هيربرت -لا فرويد- هو أول من تناول مكوني العقل والشعور مقابل اللاشعور، وإسهام الأفكار المكبوتة في اللاشعور في إنكاء

الصراع داخل الكائن الحي والتسبب في الاضطرابات النفسية. وقد أثرت أفكار "هيربرت" وفروضه التي تتسم بالأصالة - بلا شك - في تفسيرات وأفكار فرويد، والذي يطلق عليه أبو الثورة السيكايترية الثانية .

• النموذج الحديث للتفاعل الطبي بين الأمراض العقلية والسلوك .

بدأ هذا النموذج في الظهور نتيجة للحركة الفلسفية النشطة لتحليل الحالات العقلية والإدراك والإحساس، والتي تزامن معها تفكير مشابه بين الأطباء يتبع الخط العقلاني والعلمي ذاته، فاقترح " جورج إرنست ستال " Stahl (١٦٩٤-١٧٣٤) نموذجًا يقوم علي تأثير العقل في الجسم، وحيث تصل الانفعالات والعادات إلي المستوي الإدراكي من خلال الدور المهم الذي تلعبه في تطور واستمرار المرض، وأشار ستال بالإضافة إلي ذلك لوجود أسباب جسمية تقف خلف بعض الأمراض والحالات العقلية. بينما توجد أصول البعض الأخر في الحالات الانفعالية فقط، ويترتب علي ذلك ضرورة التشخيص الفارق الذي يستهدف التوصل إلي قرارات دقيقة حول عمليات العلاج.

تطور النظر إلي المريض النفسي

١- جهود "بيتر ليوبولد" في فلورنسا .

٢- جهود "وليم توك" في انجلترا .

٣- جهود "فيليب بينيل في فرنسا .

٤- جهود "بنجامين رش" في الولايات المتحدة.

• جهود "بيتر ليوبولد" في فلورنسا

في عام ١٧٧٤ اصدر "بيتر ليوبولد" Peter Leopold دوق فلورنسا قانونًا يضمن للمريض فحصًا كاملاً وشاملاً قبل إدخاله إلى مؤسسة للمرضى العقليين. قدم منحة بعد ذلك لمستشفى بونيفيكو Bonifacio.

عين "فينسينزو شياروجي" Vincenzo Chiarugi مديراً ومسئولاً عن علاج هؤلاء المرضى. وكان "شياروجي" طبيباً وباحثاً مشهوراً ، وقد أصدر كتاباً شديد الأهمية في أسباب المرض ومساره والعلاج والمال، كما كان معارضاً صريحاً وشجاعاً لاستخدام القوة القهرية أو أساليب الإيداع القاسية للمرضى العقليين، وكان يرى أن الواجب الأخلاقي السامي والاعتبارات الطبية يحتمان احترام المجنون بوصفه إنسان . ورغم هذه البادرة الحضارية إلا أن تأثير الخطوة التي خطتها فلورنسا كان ضعيفاً علي بقية أوروبا ، ولم يتابع فيها أحد إلي أن بدأت الأفكار نفسها تظهر مع نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين .

• جهود "وليم توك" في إنجلترا .

كرس "وليم توك" William Tuke (١٧٣٢-١٨١٩) جهوده لتوفير معاملة إنسانية للمرضى العقليين وعلاجهم . وأسس ملجأ "يورك" York Retreat وهو شكل من المستشفيات أصبح نموذجًا للمؤسسات الخاصة بعلاج وإقامة المرضى النفسيين، ليس في إنجلترا وحدها، بل في بلاد أخرى كثيرة. وترتكز فلسفة "توك" العلاجية على تنمية تقدير المريض لذاته، وقد اقتبست بقية المؤسسات الأخرى على امتداد إنجلترا وأمريكا هذه الفكرة منذ بدايات القرن التاسع عشر، كما قام منحاه العلاجي على العطف على المرضى ومشاركتهم في التدريبات والهوايات والمناقشات

• جهود "فيليب بينيل" في فرنسا .

كان "فيليب بينيل" Philip Pinel (1745-1826) هو القوة الدافعة والمتحمسة للإصلاح رافعا راية الثورة ضد الظروف غير الإنسانية التي يتعرض لها المرضى العقليون، أدت ثورته إلي تحطيم الأصفاد التي كان يقيد بها هؤلاء المرضى وإخراجهم ليروا النور والشمس بدلا من العزل في حجرات ضيقة مظلمة وباردة . ولم تقتصر جهود "بينيل" على رؤية الإنسانية فقط - والتي تعكس بالطبع فهما متطورا لطبيعة المرض - بل امتدت جهوده في المجالين العلمي والإكلينيكي، فقدم تحليلا وتصنيفا للأمراض العقلية، وطور نظاما تشخيصيا فارقا يميز بين المالنخوليا والهوس

والعته والبله. وقد اعتمد مفهومه أساساً علي أفكار "أرسطو" حول توازن المشاعر والانفعالات، والذي يمكن تحقيقه بواسطة العلاج .

- وأدت جهود "بينيل" إلي ظهور أسلوب علاجي أخلاقي يركز علي منح المرضى الاهتمام الكامل والعطف، ويهدف إلي إثراء بيئتهم بالعديد من الأنشطة المفيدة التي ينخرطون فيها .

• جهود "بنجامين رش" في الولايات المتحدة .

وقد انتقل هذا النمط الجديد في معاملة المرضى العقلين من أوروبا إلي الولايات المتحدة في الوقت نفسه تقريباً. فقد مهد "بنجامين رش" (١٧٤٥-١٨١٣) Benjamin Rush الطريق لجهود مماثلة لجهود "توك" و "بينيل" في إنجلترا وفرنسا. وكان "رش" طبيباً يميل إلي نظرية الأسباب الجسمية للمرض، غير أنه انخرط في بعض الجهود الإنسانية. وقد اعتقد أن أسباب المرض العقلي ربما تكمن في الأوردة الدموية، وبالأخص تلك المتجهة إلي المخ والتي تتأثر بالتالي بالعوامل الانفعالية، وقد طبق رش أسلوباً غير مباشر ذا طبيعة نفسية يعترف بالتأثير الممكن للانفعالات في المرض العقلي وعلاجه .

التحول الحاسم في رعاية المرضى

غير أن الجهد الذي كان له الأثر الفعال في الإصلاح في الولايات المتحدة ينسب إلي " دوروثيا ديكس" (١٨٨٧-١٨٠٢) Dorothea Dix التي تواصلت

جهودها لإصلاح النظام العلاجي للمرضى العقليين، وحولت القضية إلي قضية سياسية، لا مجرد قضية طبية، داعية إلي إحداث تغيير في القوانين الأمريكية حول المرضى العقليين، وقدمت مذكرة إلي "الكونجرس" توضح فيها الأوضاع القائمة شديدة السوء في البيمارستانات في طول البلاد وعرضها، وأدت هذه الجهود المكثفة إلي تغيير نظرة الرأي العام، وزيادة وعي صناع القوانين لتغيير الأحوال. كما أدت جهودها وجهود من تبعوها في حركتها الإصلاحية إلي إنشاء مؤسسات ومستشفيات حديثة تضم أعدادًا أقل وخدمات أفضل للمرضى العقليين، مقارنة بالحالة البائسة التي كانوا عليها في البيمارستانات .

واصل "جان إيتيان إسكيرول" (١٨٤٠ - ١٧٧٦) J.E. Esquirol جهود "بينيل" في إصلاح البيمارستانات في فرنسا، وكان "إسكيرول" أخصائيًا إكلينيكيًا متميزًا، ومصممًا بارعًا للمستشفيات، وقدم للعلم - من خلال توثيق دقيق وشامل - قاعدة بيانات حقيقية ومهمة حول المرض العقلي، وقد أسهمت هذه البيانات - فيما بعد - في ترسيخ الفهم الصحيح لأسباب المرض العقلي والصحة العقلية، بما في ذلك تأثير عوامل مثل العمر، والبيئة، والأحداث المفاجئة والصادمة للشخص.

فحص العمليات العقلية

كان "جان مارتان شاركو" (١٨٩٣-١٨٢٥) Charcot وراء القوة الدافعة لحركة الكشف عن العمليات العقلية غير الذهانية، وقد اهتم بالهستيريا وعلاجها ، واعتقد أن لها أسباب ذات طبيعة جنسية، كما اعتقد أن الصدمات الجنسية تسبب أفكارًا ومشاعر تتحول إلي اللاشعور نتيجة لكبتها، وأنه يمكن علاج العقدة الناتجة عن المرض باستخدام التنويم. غير أن "شاركو" لم يتمكن من التخلص من منظوره الفسيولوجي الصارم في فهم العوامل الكامنة في الهستيريا والتنويم، وهما عمليتان تبين أنهما شديدتان التشابه، وظل يواصل البحث عن تغير عصبي فسيولوجي يمكن أن يصف كلا منهما في الوقت الذي ظل يستخدم فيه التنويم لعلاج الهستيريا.

وقد ثارت في فرنسا خلال هذه الفترة مناقشات طويلة بين "شاركو" و "برنهايم" Bernheim حول فكرة "شاركو" عن الاختلالات العضوية خلف ظاهرتي التنويم والهستيريا، وانتصرت حجج "برنهايم" المعارضة لهذه الفكرة استنادًا إلي تحليل دقيق قدمه لما يقرب من عشرة آلاف حالة تنويم.

والواقع إن ظاهرة التنويم في صلتها بالاضطرابات الهستيرية كانت من موضوعات اهتمام علماء القرن الثامن عشر، وهي تنسب إلي "أنطوان مسمر"

A. Mesmer (1733-1815) وان كان لها تاريخ طويل سابق ممتد إلي القرن الثاني عشر، حيث كان يمارسها بعض الرهبان في الأديرة، وقد أطلق عليها "مسمر" اسم المغناطيسية الحيوانية واستخدم ما اعتقد أنه قدرة علي نقل هذه الطاقة الحيوانية من مصدر لآخر كوسيلة لعلاج المرضى من أصحاب الأمراض العقلية ذات الأعراض المختلفة، وحيث كان يحقق نجاحًا ملحوظًا في حالات الهستيريا .

وبالرغم من أنه أصبح معروفًا الآن أن التنويم المغناطيسي لا هو مغناطيسي ولا هو حيواني، وأنه في حقيقة أمره عبارة عن قوة الإيحاء التي تعمل علي إحداث تأثير وتغير، إلا أن "ميسمر" نفسه كان يعتقد في القوة الشفائية للمغناطيسية ذاتها دون أن يعرف حقيقة هذه القوة التي تؤدي إلي شفاء المريض وسعادته، وهو أقصى المراد في هذا الشأن بالنسبة له. ولم يتم الاعتراف بالتنويم كظاهرة علمية مقبولة - أودت قبل ذلك بمستقبل "ميسمر" المهني وجدارته العلمية - إلا قرب نهاية القرن التاسع عشر عندما تمكن "جيمس بريد" J. Berad من الكشف عن طبيعة الظاهرة وكيفية إحداثها للتأثير.

سيجموند فرويد

كثيرا ما يطلق علي "سيجموند فرويد" (١٩٣٩ - ١٨٥٦) S. Freud لقب الأب الشرعي للثورة السيكياترية الثانية، ويقصد بهذه الثورة الثانية بداية المناهج العلمية في علم النفس والطب النفسي، التي تقف خارج الحدود التقليدية للفحص

الطبي العلمي، وكانت الثورة الأولى هي التي تم التخلص فيها من المفاهيم والممارسات السحرية والكهنوتية .

وتتمثل القيمة الحقيقية لثورة فرويد في أنه وجه بحثه لا إلي كيف يحدث المرض، بل إلي لماذا يحدث المرض، تضمنت الثورة إذن توجهها يغير من طبيعة السؤال ليصبح لماذا ؟ وليس كيف ؟. بمعنى آخر أن التفكير أصبح يتجه نحو الأسباب. وكان فرويد شديد الاهتمام أكثر من الآخرين بأسباب السلوك ودوافعه في سياق التاريخ الشخصي للمريض، وباهتمام إضافي بالتاريخ المبكر وخبرات الطفولة ويقوم التحليل النفسي باعتباره وسيلة علاجية علي إبطال الاضطراب الذي تحدثه خبرات الحياة .

وقد توصل فرويد إلي النظر في اللاشعور باعتباره القوة الأولية الدافعة للسلوك، مثال ذلك أنه نظر إلي السلوك باعتباره يخرج عن نطاق الضبط العقلاني والشعوري .

ويعبر فرويد بصدق عن روح عصره، وحيث يمكن أن نتبين من خلال دراسة مبادئ نظريته المناخ الأيديولوجي لهذا العصر. فقد كان عصر التغير والتطور، الذي تميز بزيادة الحرية السياسية وحرية التفكير مما جعله يصدم مجتمع فيينا المحافظ بأفكاره فقد كانت روح العصر تتسم أيضًا باتجاهاتها الفيكتورية القامعة

للدوافع الجنسية، وهي المعلومات التي اعتبرها فرويد متضمنة للإجابة الواقعية لأسئلته حول لماذا . لذا لا يعد من الأمور المستغربة أن يتوصل فرويد إلي النظر إلي المواد الجنسية واللاشعور باعتبارهما ذوي أهمية بالغة في أسباب المرض العقلي، وإن المعرفة والاستبصار بهذه المكونات عنصران جوهريان في علاجهما.

• علم النفس الإكلينيكي كعلم نظامي

يذكر بورنج (Boring, 1969) أن العلم يكتسب شرعيته كعلم متخصص له

حدود عندما تتوفر له عدة عناصر مهمة وهي :

١- أن يكون له اسم محدد.

٢- أن يكون له علماءه المتخصصون.

٣- أن تكون له دورياته التي تنشر فيها بحوثه.

٤- أن تكون له جمعياته .

وقد تحقق كل ذلك لعلم النفس الإكلينيكي علي يد رجل واحد هو " ليتنر

ويتنر " Lightner witmer. ففي عام ١٨٩٦ كان علم النفس بوصفه علماً تجريبياً

قد بلغ السابعة عشرة من عمره، إذا اتفقنا علي التاريخ لميلاده بإنشاء " فيلهلم

فونت " W. Wundt لأول معمل لعلم النفس في جامعة ليبزج عام ١٨٧٩ .

ليتنر ويتمر

ولد "ويتمر" في ٢٨ يونيو عام ١٨٦٧ وتوفي في عام ١٩٦٥ عن عمر يناهز ٨٩، وكان عند وفاته أخص الأحياء من مؤسسي جمعية علم النفس الأمريكية.

كان "ليتنر ويتمر" من تلامذة "فونت" الذين عادوا إلي أوطانهم في أوروبا والولايات المتحدة بعد أن حصلوا علي الدكتوراه علي يديه. عاد إلي جامعة بنسلفانيا Pennsylvania بولاية فلوريدا التي كان يعمل بها، والتي حصل منها علي درجة الليسانس في عام ١٨٨٨، ثم عمل بعد تخرجه فترة قصيرة حتى عام ١٨٩١ مدرساً بمدرسة إعدادية خاصة في فيلادلفيا حيث كان يقوم بتدريس اللغة الانجليزية والتاريخ، وكان يسعى خلال هذه الفترة للتحويل إلي دراسة القانون والاشتغال به، وقضي بالفعل عامًا كاملاً في دراسة القانون بجامعة بنسلفانيا، إلا أن حياته اتخذت مسارًا مختلفًا، فقد إلتحق بالدراسات العليا في علم النفس، وتعلم علي يد "جيمس ماكين كاتل" J.M. Cattell والذي كان قد عاد قبلها بفترة قصيرة إلي جامعة بنسلفانيا بعد أن حصل علي الدكتوراه من ليبزج متلمذا علي يد "فونت" وقبل أن ينتقل "كاتل" إلي جامعة كولومبيا شجع ويتمر ووجهه للذهاب إلي ألمانيا ليحصل علي الدكتوراه من ليبزج مع "فونت"، ووفر له كاتل دعمًا معنويًا وماديًا من صندوق سيابرت Siebert fund .

غير أن "ويتمر" لم يتوافق كثيرًا مع أفكار فونت وتقاليد العلمة وظل ينظر بغيظ دائم إلي ممارساته، ورغم حصوله علي الدكتوراه مع فونت إلا انه كان دائمًا ما يعترف بأستاذية كاتل له أكثر من اعترافه بأستاذية فونت. تولى ويتمر بمجرد عودته من ليبزج رئاسة معمل علم النفس وهي وظيفة شغلها كاتل قبله، واستأنف فيه بحوثه التجريبية، ورغم أن اهتماماته تحولت مع الوقت إلي اتجاه آخر، إلا أن صلته ونشاطه في المعمل ظلا في المستوى نفسه .

شغلت "ويتمر" فكرة أن يجعل علم النفس العلمي علمًا تطبيقيًا ، أي أن يحوله إلي وسيلة نافعة بشكل مباشر ، وان يستخدمه في حل المشكلات، وبالفعل أنشأ في مارس ١٨٩٦ أول عيادة نفسية يعرفها نظامنا العلمي ويطلق عليها هذا الاسم ويعرفها العالم به بعدئذ. وبدأ "ويتمر" يعمل في الوقت ذاته ولفترة طويلة كأخصائي نفسي في مدرسة بنسلفانيا لتدريب الأطفال ضعيفي العقول، ولم تمنعه التزاماته سواء في العيادة أو المدرسة عن عمله أو استمراره في بحوثه التجريبية، فقد ظل التزامه بها قائمًا وبالقدر الذي مكنه من نشر دليل المعمل عام ١٩٠٢، كما اشترك بعد ذلك بعامين مع "تتشنر" Tichner في تشكيل تجمع من الباحثين عرفوا فيما بعد باسم جمعية علماء النفس التجريبيين، وتولى عام ١٩٠٧ رئاسة تحرير مجلة العيادة النفسية، وعندما وقف "ويتمر" في الاجتماع السنوي لجمعية علم النفس الأمريكية في ٢٩ ديسمبر ١٨٩٦ ليتكلم انصب حديثه علي عيادته النفسية في

بنسلفانيا، محاولاً تشجيع مستمعيه علي الاهتمام بعلم النفس الإكلينيكي، غير أن التخصص الذي لم يكن قد مضى عليه أكثر من سبعة عشر عامًا كانوا يتمسكون بمفهوم تقليدي لعلم النفس وهو أنه العلم الذي يهتم بدراسة الشعور، وبالتالي لم يلق حديث "ويتمر" آذانًا صاغية عندما تحدث عن مبادئ علم النفس.

استمرت اهتمامات "ويتمر" وجهوده لتطوير هذا المنحنى التطبيقي الجديد دون توقف، فأنشأ في عام ١٩٠٨ مدرسة داخلية خاصة للأطفال وزودها بالأخصائيين الذين قام بتدريبهم لتكون بمثابة بيئة منظمة ومجهزة؛ يقضي فيها الطفل فترة محدودة يتم خلالها تعديل سلوك من يحتاج منهم إلي ذلك، كما كانت المدرسة في والنجفورد Wallingford، ثم أنشأ بعد ذلك مؤسسة أخرى مشابهة وبإمكانات أكبر ديفون Devon بينسلفانيا أيضًا .

وقد اعتمد "ويتمر" في المرحلة الأولى من بناء التخصص وتقديم الخدمة الإكلينيكية في العيادة علي المعلمين، إلا أنه استطاع أن يطور برنامجًا لتدريب طلاب الدراسات العليا كمهنيين في ميدان التخصص الجديد، وبحلول العقد الثالث من القرن العشرين أصبح هناك جيل من الأخصائيين النفسيين الإكلينكيين ممن كان الكثيرون منهم من تلامذة "ويتمر" .

بحلول عام ١٩٠٧ كان المشهد يتضمن عناصر تشكيل فرع جديد مستقل من فروع علم النفس، له مجال محدد واضح المعالم، وباحثون متخصصون فيه يدرسون معارفه الأساسية وفنياته، وينتسبون إليه، ويحملون اسمه ويعرفون به، وطلاب يدرسونه محددين مستقبلهم المهني في إطاره، ودورية علمية تنشر بحوثه، ويلتقي علي صفحاتها أصحاب التجارب والانجازات الجديدة. وبهذا اكتسب علم النفس الإكلينيكي شرعيته التي تدعمت بإصدار "ويتمر" لمجلة العيادة النفسية في العام نفسه، ويعود الفصل في كل هذه الجهود التي تبلورت حول رجل واحد كان محورها والداعي لوجودها وتطويرها وهو "ليتنر ويتمر" .

وكان "ويتمر" شخصية قوية، ومجادلاً، ويتبنى أفكاراً واضحة تشوبها مسحة إنسانية عميقة، كما كان ناقدًا جادًا وجريئًا. نقد "وليم جيمس" W.James عام ١٩٠٨ واصفًا إياه بطفل علم النفس الأمريكي المدلل، مشيرًا إلي أن "جيمس" كان كاتبًا نظريًا في الأساس أكثر منه باحثًا نشطًا، وحمل عام ١٩١٥ على مجلس أمناء جامعة بنسلفانيا لتسرعهم في فصل أحد الأساتذة من أصحاب الآراء الجريئة "سكوت نيرنج" S.Nerring، وهو الفصل الذي اعتبره "ويتمر" منافيًا للروح الجامعية والتقاليد الأكاديمية، كما كان "ويتمر" مدافعًا قويًا ومستمرًا عن رفاة الأطفال .

تقاعد "ويتمر" عام ١٩٣٧ بعد ٤٩ عامًا من العمل والإنجاز المتواصل منذ تخرجه في بنسلفانيا، وحصل في عام تقاعده علي الدكتوراه الفخرية في العلوم. واحتفل في عام ١٩٤٦ بمرور خمسين عامًا علي نشأة علم النفس الإكلينيكي خلال الاجتماع السنوي لجمعية علم النفس الأمريكية الذي عقد في فيلادلفيا، وهي الولاية التي شهدت جامعتها - بنسلفانيا- مولد علم النفس الإكلينيكي .

لم يبد "ويتمر" طوال حياته أي شغف بالالتحاق بمؤسسات أو تنظيمات علم النفس الإكلينيكي علي المستوي الوطني. وقد طلب منه الانضمام لأول جمعية أنشأت لعلم النفس الإكلينيكي لكنه لم يفعل، غير أنه انضم - في نهاية الأمر- عضوا لقسم علم النفس الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكية، إلا أنه لم ينتخب أبدا لأي منصب قيادي في هذه المؤسسة الوطنية، وكان إسهامه الوحيد النشط هو عضويته ورئاسته لجمعية بنسلفانيا لعلماء النفس الإكلينيكين بين عامي (١٩٣٤-١٩٣٦) .

خصصت مجلة علم النفس الإرشادي - التي أنشأها "جونى سيموندس Symonds وهي وريث مجلة العيادة النفسية التي أسسها ويتمر والتي ظل محررها منذ عام ١٩٠٧ حتى صدور مجلدها الأخير رقم ٣٧ الذي توقفت بعده، جزءًا خاصا في عددي يناير وفبراير عام ١٩٤٧ بعنوان "خمسون عامًا من علم النفس الإكلينيكي".

تاريخ العيادة النفسية الأولى .

نظمت جامعة بنسلفانيا في عام ١٨٩٤ دورة خاصة لمدرسي المدارس العامة، شارك "ويتمر" بالتدريس والتدريب فيها، وقدم خلال عامي (١٨٩٥، ١٨٩٦) مقررًا على مدى عام كامل بعنوان "علم النفس للمعلمين" وفي مارس عام ١٨٩٦ قدمت تلميذته المشاركة في هذه الدورة "مارجريت ماجوير" M.Maguire وصفًا دقيقًا ومثيرًا للاهتمام لطفل في فصلها يبلغ الرابعة عشر من العمر، كان يبدو على درجة واضحة من الذكاء، إلا أنه لا يعرف كيف يقرأ، وطلب منها ويتمر أن تتيح له فرصة فحص هذا الطفل فحصًا متعمقًا، ودرس ويتمر حالة الطفل "تشارلس جيلمان" (وهو اسم مستعار أطلقه عليه "ويتمر" لإخفاء هويته) بعناية شديدة، غير أنه اعتقد -خطأ - أن ما يعانيه جيلمان ما هو إلا مشكلة صغيرة لا تزيد عن كونها ضعفًا في قدرته على الهجاء، وهو تشخيص خاطئ، فقد تبين بعد ذلك أن المشكلة أكثر تعقيدًا، وهي تشكل ما أصبحنا نطلق عليه فيما بعد اصطلاح الحبسة التعبيرية.

وعمل "ويتمر" في علاج الطفل "تشارلس جيلمان" ومتابعته عدة سنوات وحقق الطفل بعض التحسن، ونشر بعد ذلك تقريرًا مفصلاً عن الحالة في مجلة العيادة النفسية عام ١٩٠٧، فسر فيه المشكلة باعتبارها توقفًا ارتقائيًا حدث بعد الولادة، غير أنه لم يتمكن من مواصلة جهوده مع الطفل إذ توفي هذا الأخير بالسل.

ورغم أن حالة " تشارلس جيلمان " هي أول حالة معروفة في تاريخ علم النفس الإكلينيكي، بهذا المفهوم النفسي للعلم الجديد، إلا أنها لم تكن أول حالة تشغل الاهتمام الشخصي "لويتمر" فعندما كان يقوم بتدريس اللغة الانجليزية والتاريخ في مدرسة إعدادية بفيلاذلفيا عقب تخرجه مباشرة وقبل التحاقه بالعمل في الجامعة. إلتقى في هذه المدرسة تلميذاً موهوباً رغم أنه يعاني من آفات لفظية، وقام بدراسة حالته ومتابعة أدائه الأكاديمي بالرغم من استمرار معاناته من صعوباته. ومما لا شك فيه أن حالة هذا الشاب شجعت "ويتمر" وجعلته أكثر تقاؤلاً ، وأيقن من خلالها أن المعلم الذي يكرس جهده لمثل هذه الحالات يمكن أن يحقق فائدة حقيقية، وقد كانت هذه الحالة بمثابة الخبرة التعليمية المبكرة التي استفاد منها "ويتمر" فيما بعد. ويلاحظ أن اهتمامات "ويتمر" في السنوات الأولى لإنشاء العيادة اتجهت إلي حالات التخلف، إلا أن وضع الأمر بهذه الصيغة لا يبين بوضوح طبيعة نشاط العيادة واهتمامات "ويتمر" .

فمن ناحية كان "ويتمر" يستخدم تعبير التخلف بمعنى واسع، فالتخلف لديه لا يقتصر علي التخلف العقلي فقط والذي كان يطلق علي الأطفال تحت مسمى كونهم ضعاف عقول، أما تعبير التخلف فكان يتسع بأكثر من ذلك ليشمل: التخلف الأخلاقي والذي كان يوصف به الجانحون، والتخلف الدراسي والذي يقصد به تخلف الطفل عن أقرانه عامًا أو عامين، وبقاؤه في الصف نفسه فترة أطول .

من ناحية أخرى، كانت الإحالات للعيادة -بعد أن اشتهرت- متنوعة ولا تقتصر علي التخلف العقلي أو حتى المشكلات المدرسية. فالحالة رقم ٩٣ في سجلات العيادة كانت لفتاة تعاني من الصرع، والحالة ١٩٣ لصبي صدمته عربية ترولي مع احتمال حدوث إصابة في المخ، والحالة رقم ١٨٩٦ كانت لفتاة منغولية (زملة داون)، كما أحيل للعيادة العديد من الحالات العصبية، بالإضافة إلي الجانحين أو أصحاب الطباع المنفلتة، وحتى بالنسبة للحالة الشهيرة لدي "ويتمر" وهي حالة الطفل "دون" Don والذي تشير الأوصاف التي قدمها "ويتمر" عنه إلى أنه يندرج في الفئة التي نعرفها الآن باسم التوحد، وكان تركيز "ويتمر" يتجه إلى تحقيق تقدم مدرسي للطفل. ولعله يبدو من المناسب أن نشير بقدر من التفصيل لحالة دون .

حالة الطفل دون

كان عمر دون عامين وسبعة أشهر عندما عرض علي "ويتمر" وكان يقضي أغلب وقته في اللعب ببطاقات يظل قابضاً عليها بيديه، ويخدش وجهه أحياناً بأظافره، ولا يبدي انتباها للأشخاص من حوله، ويبدو غير ميال بوالديه، وإذا حاول أحد أخذ البطاقات منه يبدأ في الصراخ بغضب شديد، ولم يكن الطفل يفهم لغة الحديث أو يتكلم، ورغم ذلك كانت الموسيقى تجذب انتباهه ويحبها وقد اعتقد "ويتمر" في البداية أنه حالة تخلف ميئوس منها، غير أنه أهتم بالظاهرة الإيجابية

في سلوك دون وهي المقدار الكبير الذي يتميز به في عدد قليل من الأشياء التي تبدو مشوقة بالنسبة له .

ورغم هذه الظاهرة الإيجابية إلا أنه تبين إنها تمثل في الواقع جزءاً من المشكلة الكبرى التي يتعين التغلب عليها قبل البدء في أي تعلم نظامي. وكان دون يقاوم الذهاب إلي الحمام أو ارتداء الملابس أو تناول الطعام أو الانخراط في نشاط؛ لأن ذلك يعني ترك الأشياء التي بين يديه والتي ينشغل بها .

ويوضح "ويتمر" الكيفية التي شجع بها ارتقاء الانتباه والاهتمام بالتعلم. وهو يذكر أن عمل المعلم والوالدين يتمثل في ضرورة كسب انتباه الطفل وتوجيه هذا الانتباه لعمل يستطيع الطفل القيام به، ثم إعطائه بعد ذلك شئ أكثر صعوبة، وقد راقبت الطفل لكي اكتشف ما الذي يفعله بالأشياء المشوقة، ومن هذه النقطة جعلته يقوم بالخطوة التالية في الاتجاه الذي قدرنا أنه يؤدي به إلى مستوى أعلى من الانتباه ويضيف "ويتمر" إن دون الآن طفل عادي وليس مجرد طفل عمره سبعة سنوات فهو يقرأ ويكتب ويقوم بالأعمال الحسابية التي يقوم بها تلاميذ الصف الثاني

انتشار العيادات النفسية

بعد خمسة عشر عاماً من تأسيس "ويتمر" لأول عيادة نفسية تحمل هذا الاسم أصبح هناك خمس عيادات أخرى، عيادة يديرها "وليم هيلي W.Healy" في

شيكاغو ملحقة بمحكمة الأحداث، وعيادة في جامعة "كلارك"، وأخري في جامعة أيوا، ورابعة في جامعة مينسوتا، وعيادة خامسة في واشنطن.

وبحلول عام ١٩١٤ كان هناك تسع عشرة جامعة لها عيادات نفسية وتقوم بتدريب الأخصائيين النفسيين الإكلينيكين، وهناك تقدير يذكر أن عدد الأخصائيين النفسيين الإكلينيكين في الولايات المتحدة بلغ ٨٠٠ أخصائي في عام ١٩٣١ ، وارتفع عددهم إلي اثني عشر ألفاً في عام ١٩٦٩، كما بلغ عدد الجامعات الأمريكية التي تقدم برامج تدريبية في علم النفس الإكلينيكي اثنتين وعشرين جامعة في عام ١٩٤٧.

العوامل التي أسهمت في إرساء علم النفس الإكلينيكي

مهدت دعوة "ويتمر" لتأسيس هذا الفرع الجديد من فروع العلم، ومبادرته إلي ممارسته، الطريق أمام الآخرين ليسلكوا الطريق نفسه، ولم يقتصر الأمر علي مشاركات فردية في هذا المنحي الريادي الجديد فحسب، بل امتدت الجهود إلي تجميع وبلورة الانجازات العلمية ذات الدلالة المهمة في مجال علم النفس الإكلينيكي، فقد تطورت معرفة نفسية جديدة ذات صلة مباشرة بهذا الفرع الحديث وقضاياها من ذلك :

- النمو الذي حدث في علم الأمراض النفسية .

- اهتمام " بولبي "Bowlby بالقضايا المتعلقة بارتباط الأطفال بالديهيم.
- مفهوم "روتر" Roter عن مصدر الضبط الداخلي مقابل الخارجي .
- دراسة "نورمان جارمزي" "Garmzey" عن عوامل الخطر والحماية
- مفهوم ومقياس " سبيلبرجر "Spielberger" عن قلق السمة والحالة .

وقد أدى كل ذلك وغيره إلي تطور مهنة علم النفس الإكلينيكي في مجالات البحث والتشخيص علي وجه الخصوص. وظهرت المنشورات العلمية مثل المجلات والدوريات تحت رعاية هيئات علمية عديدة، من ذلك مجلة علم النفس المرضي التي أسسها "مورتون برنس" Prince وظل ناشرها الي أن تقاعد وتنازل عنها إلي جمعية علم النفس الأمريكية، وكذلك مجلة علم النفس الإرشادي التي أسسها "جونى سيموندس" Symonds والتي صدرت بعد احتجاب مجلة "ويتمر" العيادة النفسية.

القياس والتشخيص

جاءت من ناحية ثانية التطورات في حركة الاختبار العقلي والتي ترجع أصولها إلي "فرانسس جولتون" F.Galton و "جيمس ماكين كاتل" J.M.Cattell الذي ابتكر هذا المصطلح "الاختبار العقلي"وما إن نقل "جودارد" H.H.Goddard اختبار بينيه Binet إلي أمريكا عام ١٩٠٨ حتى نشطت بحوث الذكاء وظهر مقياس ستانفورد - بينيه عام ١٩١٦، وهو التعديل والتقنين الأمريكي الذي قدمه

لويس تيرمان L. Terman لهذا المقياس الفرنسي الأصل، تلي ذلك ظهور تقنين ١٩٣٧ لهذا المقياس، ثم صدور اختبار وكسلر - بلفيو الذي صممه "ديفيد وكسلر" D.Wechsler عام ١٩٣٩ وفي ذهنه توجه إكلينيكي عميق .

أدت بحوث الذكاء والقدرات القليلة بشكل مباشر إلي تمكين الأخصائيين النفسيين الإكلينيكين من فهم طبيعة الوظائف المعرفية الاختلالات فيها وقياسها بصورة تسمح باستثمار كل ذلك لتوفير الخدمة النفسية في مجالات متعددة ، منها تسكين الأطفال في الفئات العقلية المختلفة أو المستويات الدراسية، أو التعرف علي خصائص أداء بعض المرضى بصورة تسهم بشكل مباشر في التشخيص .

وبدأت نتيجة لذلك حركة القياس الفردي ذات الدلالة التشخيصية فظهر اختبار رورشاخ لبقع الحبر، واختبار تفهم الموضوع لموراي ومورجان Murray and morgan وموراي من تلامذة مورتون برنس محرر مجلة علم النفس المرضي وكان طبيياً مثله، كما كان هنري رورشاخ H. Rorachach أيضاً طبيياً، وظهرت كذلك بطارية مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية والتي وضعها هاتاواي وماكينلي Hathaway and Mckinley وهو تعاون مشترك بين طبيياً وعالم نفس، وقد أسهم هذا المقياس في الخدمة الإكلينيكية المباشرة وفي فحص الجنود المتوجهين إلي ساحات الحرب العالمية الثانية . ومثلت هذه المقاييس وتلك التوجهات نحو

القياس الفردي عناصر حركة كبيرة ونشطة اتسمت بقدر وافر من الخصوبة والإنتاجية، وترتب عليها وتلاها ظهور العديد من المقاييس الإكلينيكية المهمة

تطور أساليب العلاج

ظهرت مواكبة لكل ذلك - ومبكرة عن ذلك في أوربا - أساليب العلاج النفسي للمرضى العصائبيين علي وجه الخصوص ولعل أبرز أمثلة هذه الأساليب التحليل النفسي عند فرويد، وأحياناً ما يمكن التأريخ لهذه الأساليب بفترة مبكرة أبعد من فرويد، عند شاركوه مثلاً، وربما عند ميسمر الذي استخدم التنويم منذ فترة أسبق، وإن كان الاستخدام الحقيقي لهذه الأساليب وغيرها قد أكتسب شرعيته بعد ذلك عندما أصبح جزءاً من الممارسات الإكلينيكية وفقاً لمنطق هذا العلم الجديد .

ولا يمكن بالطبع إغفال الدلالات المهمة لأعمال واطسون Watson في استحداث عصاب الخوف التجريبي لدي الطفل ألبرت Albert وتفسيره لنشأة العصاب، وهو التفسير الذي أسهم بصورة جوهرية في استثمار التشريط البافلوفي، ثم التشريط الفعال لسكينر Skinner في ابتكار أساليب ومناحي علاجية مهمة دعمت علم النفس الإكلينيكي .

قضايا التدريب الإكلينيكي

شهد العقد الخامس من القرن العشرين، ما يمكن أن يطلق عليه اسم الميلاد الثاني لعلم النفس الإكلينيكي بالصورة التي نعرفه بها الآن، ففي أغسطس ١٩٤٩

انعقدت في مدينة بولدر بكولورادو Boulder Colorado بالولايات المتحدة تحت رعاية المعهد الوطني للصحة العقلية وجمعية علم النفس الأمريكية، لجنة كان الهدف منها التوصل الي اتفاق علي محتوى تدريب الأخصائيين الإكلينيكين، بمعنى أن يصبح هذا التدريب نظامياً، وان يكون علم النفس الإكلينيكي مهنة تمارس وفق قواعد محددة، وانتهي الاجتماع علي نموذج تدريب العالم - الممارس، وهو نموذج يؤكد علي أهمية تدريب الأخصائي الإكلينيكي علي كلا من البحث والممارسة. والواقع أن هذا النموذج لم تبتكره اللجنة المجتمعة في بولدر، بل اقتبسته من نموذج سبق أن اقترحه شاكو غير أن القيمة الحقيقية التي أضافها اتفاق بولدر لهذا النموذج هي ذلك التأثير القوي ذو الطابع الرسمي علي امتداد الولايات المتحدة لمبادئ التدريب المتخصص . وتقوم التوصيات التي تم الإجماع عليها في مؤتمر بولدر المتعلقة بنموذج تدريب المهني المتخصص في علم النفس الإكلينيكي بوصفه عالمًا - ممارسًا علي خمسة اعتبارات مهمة علي الوجه الآتي :

أولاً: يجب أن يكون تدريب الطلاب الدارسين لعلم النفس الإكلينيكي علي كل من البحوث والعلاج وبما يسمح لهؤلاء الطلاب بتطوير اهتمامات واكتساب معلومات في كل من المجالين، علي الرغم من أن معظمهم سيركز غالبا علي مجال واحد من المجالين خلال حياته العملية .

ثانياً: لأن علم النفس الإكلينيكي يفقد المعلومات والأساليب العلاجية الفعالة، تعتبر البحوث جزءاً جوهرياً في المجال حتى يمكن تطوير قاعدة معلومات مناسبة.

ثالثاً: لا يوجد سبب يمنع الطلاب من الجمع بين كل من الدورين .

رابعاً: يؤدي الانخراط المباشر في العمليات الإكلينيكية إلي نشاط واضح من جانب الباحثين في قضايا بحثية مهمة .

خامساً: سيوفر تقديم الخدمة النفسية دعماً مالياً للنشاط البحثي للممارس .

وبهذا يكون مؤتمر بولدر في عام ١٩٤٩ قد نجح في تقديم نموذج جيد لتدريب الأخصائيين النفسيين الإكلينيكين يتضمن تدريباً علي كل من مناهج البحث والممارسات الإكلينيكية.

بحوث العلاج

يلي كل ذلك تطور البحوث العملية في العلاج النفسي، والتي أمدت علم النفس الإكلينيكي بمعين ثري من الحقائق والأساليب، ومن أمثلتها أعمال روجرز C.Rogers وهانز ستروب H.Strupp ثم بحوث سولومون وكامين ووين Solomon, Kamin, Wynne باستخدام التشريط البافلوفي لاستحداث اضطراب سلوكي مشابه لعصاب الوسواس القهري علي الكلاب، ثم علاجها باستخدام أسلوب الإغراق، ثم جاءت من ناحية أخرى وبصورة مشابهة أساليب جوزيف وولبه

Wolpe في الاتجاه ذاته، وترتب علي كل ذلك دعم ضخم لمنحى علاجي جديد هو العلاج السلوكي، يلي ذلك تقديم أرون بيك A.Beck للعلاج المعرفي.

العلاج

من ناحية أخرى بدأ الاهتمام بالعلاج يتزايد ويذكر كروجمان ١٩٤٥ Krugman في مسح مبكر قام به يميدان علم النفس الإكلينيكي حدوث تطور فيه، هو نمو اهتمامات الإكلينيكين بالعلاج، وبينما ظهر هذا التطور في أمريكا بصورة بطيئة نحو هذا التاريخ، كان الأمر في بريطانيا أكثر صعوبة نتيجة لمعارضة الأطباء النفسيين الشديدة، وكانت مقاومة انخراط علماء النفس في العلاج حادة، واقتصر إسهامهم حتى ذلك الوقت علي البحث والتشخيص، وهما الوظيفتان الأساسيتان اللتان كانتا لعلم النفس الإكلينيكي في بريطانيا وقتئذ. ومن الأمور الأكثر غرابة في هذا الموقف تبني بعض علماء النفس الانجليز لهذا الاتجاه السيكايتري المعارض لإسهامهم في العلاج، فقد كتب أخصائي نفسي إنجليزي لزملائه في أمريكا ذاكرة أن العلاج النفسي ليس وظيفة مناسبة لعلم النفس الإكلينيكي في بريطانيا للأسباب الآتية:

- ١- أن العلاج مشكلة طبية والأخصائيين النفسيين ليسوا أطباء
- ٢- أن الإسهام في العلاج ينقص ويقلل من مستوي الأداء في البحث والتشخيص .

٣- إن ممارسة العلاج تؤدي إلي تحيز من جانبهم لصالحه مما يجعل تقييمه العلمي موضوعا للتساؤل.

كانت هذه هي العوامل والظروف والمبادرات التي أفرزت علم النفس الإكلينيكي والعلاج النفسي منذ مطلع القرن العشرين وحتى الآن، مساهمات متعددة، ورواد مبدعون، ونشاط بحثي ومهني متميز، وعقبات لم تصمد كثيرًا أمام الجهود البناءة والمثابرة لأجيال من العلماء والباحثين والمعالجين .

الفصل الثاني

موقع علم النفس الإكلينيكي بين العلوم

الفصل الثاني

موقع علم النفس الإكلينيكي مع التخصصات الأخرى

تمهيد

لا يقف أي فرع متخصص من فروع العلم في فراغ مستقلاً عن بقية فروع التخصص أو العلوم الأخرى ذات الاهتمامات ذات العلاقة، ويبين فحص نشأة علم النفس الإكلينيكي كيف تشكل هذا العلم من خلال بلورة العديد من الاهتمامات المستمدة من فروع أخرى، وكيف بلور الكثير من مناحي التناول وحول قضية المعرفة الإنسانية من قضايا مجردة إلى قضايا تطبيقية، وساعد علي تخفيف المعاناة عن الفرد، وكيف شكل أساليب وطرقاً للبحث مكنته من الإسهام في البناء التراكمي للعلم بدلاً من الاقتصار علي الإفادة فقط من المعرفة التخصصية التي توفرها له بقية فروع العلم.

يرتبط علم النفس الإكلينيكي - في إطار هذه الرؤية - ارتباطاً وثيقاً بالكثير من فروع علم النفس، كما يرتبط بالمثل ببعض فروع العلم الأخرى، ولا يمكن بالطبع حصر حدود الاستفادة من هذه العلاقات، كما يمكن أن نحدد عدد الفروع والتخصصات ذات الصلة المباشرة أو غير المباشرة، وكل ما يمكن هنا هو تقديم أهم الأمثلة لهذه الروابط بين علم النفس الإكلينيكي وغيره من العلوم والتخصصات، وذلك بهدف إيضاح الإطار لهذا العلم والخلفية التي يستند إليها، والمدى الذي يتعين علي

ممارس علم النفس الإكلينيكي أو الباحث فيه أن يمتد ببصبره إليه ليقدم خدمة مثالية، أو يقدم أفضل تفسير للظواهر والحقائق فيه.

التعلم

يعد التعلم بوصفه ميداناً مهماً من ميادين علم النفس هو الأكثر اتساعاً من حيث إمكانية تطبيق حقائقه في علاج الاضطرابات العصابية، مفسحاً بذلك مجالاً عريضاً للممارسة الإكلينيكية. فالبداية الحقيقية للعلاج السلوكي علي سبيل المثال جاءت من نظرية التعلم، ومن واطسن Watson علي وجه التحديد، فمن خلال تجاربه هو وروزالي رينو R.Raynor أمكن القيام بتشريط تجريبي لطفل في الشهر الحادي عشر من عمره لتعليمه استجابة الخوف من أشياء لم يكن يخاف منها من قبل، وقد أمكنهما تشريط استجابة الفزع أو الجفول بعد الطرق علي قضيب معدني بمطرقة، بحيث تصدر هذه الاستجابة نتيجة تقديم منبهات محايدة (لا تثير أساساً هذه الاستجابة) بعد أن قدمت عدة مرات مع طرقات المطرقة. وأمکن نتيجة لهذا الأسلوب جعل الطفل (ألبرت الصغير) يخاف من مجرد رؤية فأر أبيض صغير أقرنت رؤيته بصوت المطرقة. وتم تعميم اجستجابة الخوف لأشياء أخرى كثيرة بيضاء مثل الأرنب الأبيض، والكلب الأبيض، والفراء الأبيض، وقناع سانتا كلوز الأبيض.

ما قام بهد واطسن ورينو هو أنهما أختبرا نظرية التعلم الشرطي بوصفها النظرية المفسرة لأنماط السلوك السوي والمرضي علي السواء، من خلال استحداث تجريبي لعرض مرضي شائع هو الخوف. وبالتالي تمكنا من إثبات أن هذا الأضطراب- مثله مثل بقية الأعراض العصابية الأخرى- إنما يحدث من خلال آليات التعلم والتشريط. جاءت الخطوة الثانية من ماري كوفر جونز M.C.jones بعد ذلك، وهي تلميذة واطسن، لتطبق الطرق التي اقترحتها واطسن ورينو، والشتقة من نظرية التعلم في علاج مخاوف الأطفال بين عمر الثلاثة أشهر والسبع سنوات، واستخدمت في هذا منهجين مهمين الأول هو التشريط المباشر والثاني هو التقليد.

جاءت إسهاماتج أخرى عديدة من نظريات التعلم المختلفة، كان من أبرزها الإضافات التي تنسب إلي نظرية التعلم الاجتماعي لبندورا Bandura الذي رأي- وفق نظريته في الفعالية الشخصية. - أن التغير السلوكي الذي ينتج عن العلاج إنما يحدث نتيجة تحسن إدراك الفرد لفعاليته الشخصية، والتي تتحسن بدورها من خلال الإنجاز التحصيلي والإثارة الفسيولوجية والافتناع اللفظي والتأثيرات البديلة.

التحليل النفسي

كان التحليل النفسي رافداً أساسياً بعيد الثرى في علم النفس الإكلينيكي سواء في حالة مجال التشخيص أو العلاج، وقد ظل هو المنح الأكثر أهمية وثراء في علم النفس الإكلينيكي، وفي الممارسة علي وجه الخصوص حتي منتصف القرن

العشرين. فقد سيطر تحليل فرويد للشخصية والقوي التي تحكمها: الأنا والهو والأنا الأعلى، ونظرية الصراع الذي ينظم العلاقة بينها، وأحدث من خلاله التوازن السوي أو غير السوي علي مفاهيم الأخصائيين النفسيين الإكلينيكين والأطباء النفسيين طوال النصف الأول من القرن العشرين. وقد استخدم التحليل النفسي في علاج الكثير من الأعراض الهستيرية والعصابية الأخرى. وقد أرجع الأطباء والمحللون النفسيون عدداً من الاضطرابات العقلية إلي العوامل اللاشعورية والصراعات المختلفة بوصفها إرجاعاً لها. وقد ظل التحليل النفسي وفق مفاهيم فرويد الأساسية هو المنحي السائد في العلاج وفي مفاهيم التشخيص حتي صدور الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات العقلية عام ١٩٨٠. وقد مهد بلويلر Bleuler الطريق للتشخيص النفسي وفق نظرية فرويد، وهو التشخيص القائم علي الاهتمام بالظواهر المستتبطة من مفاهيم مثل العمليات الأولية والرفض والإسقاط، وضعف حدود الأنا.

الشخصية

تكاد نظريات وبحوث الشخصية أن تكون أقرب الفروع لعلم النفس الإكلينيكي، فالكثير من نظريات الشخصية-ونظرية فرويد واحدة منها- أتجه اهتمامها إلي مجال السواء، بينما أتجه اهتمام البعض الآخر إلي تفسير أنماط عدم السواء أو سوء التوافق، ومحاولة استكشاف الأبعاد المختلفة للشخصية والمحددات التي تشكل

السلوك وتؤثر فيه، وقد استمد علم النفس الإكلينيكي الكثير من المفاهيم المهمة من الشخصية، من ذلك مفاهيم الكفاءة والملاءمة والتوافق والفعالية، ودائماً ما تؤدي دراسات الشخصية إلى فتح مجالات جديدة للخدمة النفسية الإكلينيكية، من ذلك ما أنتهت إليه البحوث من تأثير التوتر على الجهاز المناعي للفرد، وطالما أنه يمكن علاج التوتر والتخلص منه من خلال تطبيق أساليب العلاج السلوكي، فيبدو من الممكن في هذه الحالة إسهام العلاج السلوكي في شفاء بعض الأمراض العضوية الخطيرة مثل السرطان وأمراض القلب.

القياس النفسي

إحدى الخصائص المهمة في علم النفس الإكلينيكي هي استخدامه لأدوات موضوعية في التشخيص والتقييم، سواء قبل العلاج أو أثناءه أو بعده، ولأن القيمة الحقيقية لمثل هذه الأدوات تتمثل فيما تتسم به من صدق وثبات ووضوح في المفاهيم التي قامت عليها، كان لا بد لعلم النفس الإكلينيكي أن يعتمد على حقائق وأساليب القياس النفسي في تصميم وتقنين الاختبارات والاستخبارات وقوائم التقدير المختلفة التي تستخدم، سواء في الممارسة أو البحث التشخيص والتقييم. ونتيجة لهذه الصلة الوثيقة أصبح التدريب المكثف على فنيات ومفاهيم القياس النفسي جزءاً أساسياً من تأهيل الأخصائي النفسي الإكلينيكي. ويلاحظ الآن - أكثر من أي وقت مضى - ذلك القدر الضخم من الإسهام الذي شارك به المتخصصون في علم النفس الإكلينيكي

في مجال تصميم وتقنين المقاييس. وقد صممت بعض المقاييس بهدف واضح ومباشر للاستخدام الإكلينيكي للكشف عن اضطرابات معينة وتحديد شدتها كمياً، كما صممت مقاييس تقدير للاستخدام خلال المقابلة الإكلينيكية للمرضى الذهانيين، كما صمم وينج وزملاؤه، اختبار الحالة الراهنة، بهدف تمكين الأخصائي الإكلينيكي المدرب من الحصول على تقييم تفصيلي للأعراض، كما طورت بطاريات لكتقييم الوسواس القهري مثل بطارية المودزلي للوسواس القهري لهيدجسون ورخمان وبقدم فيشر وكوركوران مجلدين كاملين للاختبارات المختلفة القصيرة المستخدمة في علم النفس الإكلينيكي.

ويكاد لا يوجد الآن اضطراب أو عرض مرضي لا تتوافر اختبارات ومقاييس لتقديمه، كما لا يخلو تقرير بحثي إكلينيكي يعرض أو يستخدم هذه الأدوات من الإشارة إلى خصائصها السيكومترية. وعندما نضع في اعتبارنا ذلك الالتحام بين دور الباحث ودور الممارس في علم النفس الإكلينيكي فيمكن أن نقدر مدى الصلة الوثيقة بين القياس النفسي وعلم النفس الإكلينيكي.

علم النفس الفسيولوجي

لا جدال في أن الصلة وثيقة بين السلوك ووظائف الأعضاء، وهناك تبادل مستمر للتأثير نتيجة لأن الكائن الحي وحدة واحدة، من ذلك أن هناك أعراضاً بدنية للانفعال الشديد، كما تقترن ببعض الاضطرابات الشخصية والعقلية بمظاهر

فسيولوجية مهمة والمخاوف علي سبيل المثال تتضمن مستوى مرتفعاً من الإثارة العصبية لدي المفحوصين، في حالة الهلع المفاجئ علي وجه الخصوص.

وتتوافر بيانات نفسية وفسولوجية مهمة تؤكد الطبيعة النشطة للخوف في المستوى الفسيولوجي يلاحظ من جانب آخر استخدام المؤشرات الفسيولوجية في التنبؤ بإحتمال ظهور أعراض الخوف، فالمعدل السريع لضربات القلب الذي يحدث قبل الاختبار السلوكي السابق مباشرة علي العلاج كان منبئاً جيداً بعودة الخوف للمريض حتي بعد نجاح علاجه.

وقد استخدمت البيانات النفسية الفسيولوجية مثل خاصية الكهراء للجلد، ومعدل ضربات القلب بين الكثير من المتغيرات الأخرى التي تستخدم في الفحص الاكلينيكي. ومع ذلك يتعين ملاحظة أنه قد تبين منذ فترة طويلة أن الارتباطات بين الكثير من المتغيرات الفسيولوجية والأغراض الخاصة بالمخاوف كانت منخفضة ومعقدة.

غير أن ذلك لا يقلل من حقيقة العلاقة بين الآثار المتبادلة بين المتغيرات النفسية والفسيولوجية، فالقلق الشديد والإحباط قد يترتب عليهما حدوث قرحة في المعدة أو التهاب القولون العصبي أو الربو، كما يصاحب الإصابة بأمراض القلب والأمراض الأخرى المستعصية درجات من الاكتئاب وفقدان الفاعلية النفسية ولا يستطيع الأخصائي الإكلينيكي أن يكون بمعزل عن دراسة علم النفس الفسيولوجي

وهذه التأثيرات المتبادلة بين سلوك الكائن الحي وبين وظائفه الجسمية. وفي غيبيته هذا النوع من الحقائق قد يقع الأخصائي الإكلينيكي في خطأ الاعتماد علي تفسيرات لفظية أو فرضية زائدة، أو الفشل في التعرف علي عوامل أساسية تحدد السلوك أو تترتب عليه.

علم النفس المرضي وعلم نفس الشذوذ

يسهم هذان الفرعان المتداخلان إلي حد كبير في توفير نوع مهم من الحقائق لعلم النفس الإكلينيكي، سواء في المستوي النظري أو التطبيقي فنظرية المرض وتعريف وتصنيف الاضطرابات المختلفة هما محور هذين التخصصين ودون المعطيات الجوهرية التي تتوافر من علم النفس المرضي قد يجد الأخصائي الإكلينيكي أنه يتعامل مع أجزاء منقطعة من السلوك، وظواهر وأعراض لا يعرف الروابط بينها فالممارسة الإكلينيكية تعتمد علي فهم الالتزام والمبادئ والتصنيفات التي تنظم فيها الأعراض المرضية والاضطرابات المختلفة. ويقوم علم النفس المرضي بدراسة الأنساق التصنيفية والتشخيصية المختلفة والمحكات الفارقة للاضطرابات وتعريف المفاهيم الأساسية، وإثارة الأسئلة المهمة التي تستثير البحوث الجديدة في المجال. من التمايز الذي لوحظ بين الأعراض الإيجابية في الفصام كالهذات والهالوس واضطراب التفكير، وبين الأعراض السلبية التي تتضمن التسطيح الوجداني، عدم المبالاة والانسحاب الاجتماعي، والإقلال من الحديث.

علم النفس المعرفي

أسهم علم المعرفي في تزويد علم النفس الإكلينيكي بعنصرين الأهمية، دفعهاً إلى مزيد من الفعالية والكفاءة في تناوله لعدد من الاضطرابات المهمة:

العنصر الأول هو المنظور المعرفي الجديد، كما يقدمه أرون بيك A.Beck في تفسير بعض الاضطرابات مثل الاكتئاب والخوف، وهو تفسير يختلف عن التفسيرات السلوكية السابقة، ويقدم إضافة جديدة لكيفية حدوث هذه الاضطرابات، تقوم علي ان المزاج الاكتئابي ينشأ نتيجة اعتقاد الأفراد، الذين يتسمون أساساً بنظرة تشاؤمية وسلبية لخبرتهم المختلفة، في أفكار سلبية لخبرتهم المختلفة، في أفكار ومدرجات سلبية وغير موضوعية وحيث تتسم أفكار هذه الفئة من الأفراد بالتعميم المفرط للخبرات السلبية والتفكير الدائرية للذات وكفاءتها، وقيامها بتجريدات انتخائية سلبية الطابع بالإضافة إلي تعاملهم مع خبراتهما من خلال ثنائية لا تقبل التوسط فالأمور والأحداث المختلفة بالنسبة لهم. إما بيضاء أو سوداء وبفسر بيك الاكتئاب باعتباره منظومة معرفية ثلاثية الأبعاد تتمثل في نظرة الشخص السلبية لذاته وللعالم وللمستقبل .

العنصر الثاني هو توفيره لأسلوب معرفي في العلاج يعتمد علي التفسير العقلاني لهذه العناصر المعرفية السلبية الثلاثة واختبارها معرفياً، في ضوء الواقع والأحداث الفعلية التي يعيشها الفرد من إنجازات وإيجابيات، ويؤدي كل ذلك إلي

مواجهة العناصر السلبية وإحلال عناصر إيجابية بدلاً منها وقد أضاف هذا المنحني لعلم النفس الإكلينيكي واحداً من أهم الأساليب العلاجية، وهو العلاج المعرفي.

ليست هذه فقط هي كل فروع علم النفس ذات الصلة الوثيقة بعلم النفس الإكلينيكي، ولا يخلو فرع من الفروع الأخرى الكثيرة إلا وكانت بينه وبين الخدمة الإكلينيكية روابط مهمة ويعبر كل لك عن حقيقتين هامتين.

الحقيقة الأولى:

هي أنه نتيجة لأن علم النفس الإكلينيكي فرع تطبيقي من فروع علم النفس، فإنه بالفعل يستمد من كل فروع علم النفس الأخرى الحقائق والنظريات والأساليب والأدوات التي تؤدي إلي كفاءة تقديم الخدمات الإكلينيكية.

الحقيقة الثابتة:

هي أن علم النفس الإكلينيكي كان تطوراً طبيعياً لا بد أن يتحقق في مجال علم النفس لتوفير الخدمة العلاجية المطلوبة منه، باعتبار ذلك عائداً للاستثمار الإنساني في بحوث هذا التخصص فقد ظل علم النفس حتي العقد الثاني من القرن العشرين مهتماً ومكرساً من نشاطه لدراسة العمليات الشعورية وبنية التفكير، وفقاً لمفاهيم فونت ومدرسة ليبزج وكان لا بد من خطوة مهمة للنزول بهذا العلم الي ميدان الاختبار العملي ليقدم خدماته، وهو الأمر الذي مهد وسعي اليه ويتمر.

صلة علم النفس الإكلينيكي بالعلوم الطبية:

لا تقتصر صلات علم النفس الإكلينيكي علي التخصصات الفرعية الأخرى في علم النفس فقط، بل تمتد صلاته وتتدخل مع عدد من فروع الطب والبيولوجيا طالما أن اهتماماته تتجه إلي المرض والعلاج، رغم أن فروع الطب تتعامل مع الجسم الإنساني بكل أجهزته بوصفه تكويناً بيولوجياً إلا أن الاختلال العقلي والاضطرابات في السلوك والتفكير لم تستعص فقط علي الفهم البيولوجي الكامل، وإنما قاومت في الكثير من حالات التدخل الدوائي والكيميائي. وفي ضوء وحدة الكائن الحي كان من الضروري إتاحة حيز مناسب للتدخل النفسي لتحدي هذه الاضطرابات والتعامل معها وفق مفاهيم غير بيولوجية، ونتيجة للاشتراك في ميدان واحد جنباً مع علوم طبية، يصبح من الضروري التعرف علي صلة علم النفس الإكلينيكي بهذه العلوم.

الطب النفسي

ربما يعكس الخلط في أذهان بعض الناس بين الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي حجم الصلة الوثيقة بين هذين التخصصين. إذ تبين من ناحية أن مجال الاهتمام وميدان العمل بينهما واحد ومشارك وهو الاضطرابات النفسية وأشكال الشذوذ في التفكير والسلوك وانحرافات الشخصية، وما يترتب عليها من سواء توافق أو صعوبات اجتماعية وأسرية ومهنية، أو انهيار في تماسك الفرد وأدائه الكلي.

جوهر نظرة كل التخصصين لهذا المجال الواحد من الاهتمام مختلف أساساً، فالطب النفسي انبثق من العلوم الطبية، والتوجه الطبي يسعى لفهم الاضطرابات والاختلال النفسية بوصفها أعراضاً ناتجة عن مشكلة عضوية تستجيب للوسائل الكيميائية (الأدوية والعقاقير)، بينما ينظر علم النفس إلي الاضطرابات والاختلالات نفسها باعتبارها محصلة لعوامل نفسية مختلفة ناتجة عن التعلم أو ضغوط البيئية، واستعدادات الفرد لمواجهتها، أو نتيجة لتفاعلات دينامية بين قوى نفسية كاملة ولا شعورية وميكانيزمات مختلفة حسبما رأى فرويد منذ وقت مبكر.

غير أن هذه المنطلقات المتباعدة لم تمنع من انفتاح كل منهما علي الآخر والتعاون في مجالات فهم الأعراض والزميلات المرضية، وتصنيفها وتشخيصها وعلاجها. وقد تأثر التشخيص السيكياتري منذ فترة مبكرة استمرت حتى منتصف الخمسينيات بالمنحنى النفسي الذي مهد إليه بلولير Bleuler بل يمكن القول إن هذا التوجه التشخيصي النفسي الطابع ظل هو السائد بالفعل حتي صدور الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث في عام ١٩٨٠ وكان هذا المنحنى يتفق مع أفكار فرويد ذات الشعبية بين العلوم، والذي اهتم أساساً بأسباب الاضطراب، وأكد هذه الأسباب بصياغات مثل الإرجاع الفصامية والبرانوايدية، مؤكداً علي مفاهيم تحليلية مثل العمليات الأولية والرفض والاسقاط وضعف حدود الأنا.

وعندما تحور المنظور السيكياتري بعد ذلك عن هذا التوجه في الدليل التشخيصي الثالث والرابع، وبدأ يتعامل مع مفاهيم الأعراض والعلامات ملتزماً بمنحى ظاهرتي في النظر إلي الاضطرابات في ذاتها دون كبير عناية بتفسيرها بعوامل دينامية غير منظورة، مقتنياً بذلك منظور كريبلين kraepelin التصنيفي، كان المنحنى السلوكي في علم النفس قد رسخ وبدأ في تقديم التطبيقات العلاجية مغفلاً.

هو الآخر المفاهيم والتفسيرات الدينامية، وأدي ذلك إلي تقارب كبير بين التخصصين واهتم علماء النفس الإكلينيكي بالنظام التشخيصي السيكياتري من جانب، واهتم النفسيون بالأساليب المعرفية والسلوكية من جانب آخر. وقد أدي ذلك إلي تنمية التعاون المثمر بين المختصين في المجالين، وأصبح هناك إتجاه الي استخدام كل الأساليب السلوكية والمعرفية إلي جانب العلاج الدوائي كلما أظهرت الحاجة داعياً لذلك، يمكن أن تلمح بعض المعالم الإيجابية في العلاقة التخصصين:

أولاً: هناك ترحيب كبير علي المستوى النظري والعملي من جانب الإخصائيين النفسيين بالنظام التشخيصي السيكياتري .

ثانياً: لم يغفل هذا النظام التشخيصي (الدليل الرابع) مفهوم العوامل السببية إغفلاً تاماً، بل أغفل الخصائص الدينامية من ناحية، وتخلي عن فكرة العامل الواحد من ناحية أخرى، مفترضاً تعدد العوامل في أغلب الاضطرابات.

ثالثاً: ظهر تعاون بين علماء الطب النفسي وعلماء النفس الإكلينكيين في الإسهام في صدور الدليل التشخيصي الرابع على وجه الخصوص، حيث أسهم في إعداده بعض علماء النفس وليس الأطباء فقط.

رابعاً: رغم أن الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات العقلية يقوم على أسس تصنيفية فنوية، إلا أنه يتضمن بعض المكونات البعدية أي التي تعتمد على الفروق الكمية وهي نظرة نفسية أساسية، مثل ذلك تقديرات المحور الخامس لمستويات الأداء التوافقي

خامساً: لم يغفل الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع العوامل النفسية والاجتماعية والمشكلات البيئية، وخصص لها المحور الرابع بأكمله.

البيولوجيا

يعد من قبيل التبسيط المخل، والذي يتعارض مع طبائع الأمور، الزعم بأن كل الاضطرابات النفسية-وبالتالي أساليب العلاج- تقوم على حقائق بحثه، مع إغفال الدور الأساسي والجوهري للبنية العضوية للكائن الحي، تكوينها وأدائها.

لهذا فإن الأخصائي النفسي الإكلينيكي يسعى في المرحلة المبكرة من التشخيص إلى التعرف على المشكلات ذات الطابع العضوي لدى المريض: هل توجد إصابة في المخ أدت الى تلف مسئول عن الاضطراب المعين؟ هل يوجد عامل

وراثي في الأسرة يفسر المشكلة؟ هل هناك اضطراب في الغدد الصماء؟ هل يوجد عطب في بعض الحواس؟ هل يوجد خلل كروموزمي أدى إلى هذا النمط من التخلف العقلي؟ وتوضح بعض الأمثلة المأخوذة من حالات التخلف العقلي أهمية الاهتمام بالعوامل البيولوجية. من ذلك أن حالات زملة الكروموزوم ٢١ الثلاثي أو ما يعرف باسم زملة داون تنشأ نتيجة إضرابات كروموزومي أدى إلى أن يصبح الكروموزوم رقم ٢١ ثلاثياً بدلاً من حالته الثنائية الطبيعية إما نتيجة لالتحام جزء مكسور من ذراع كروموزوم آخر أو لكسر زراع الكروموزوم ٢١ نفسه، من ناحية أخرى تؤدي إصابة الأم الحامل خلال الشهر الثلاثة الأولى بالحصبة الألمانية ولمدة ثلاثة أيام متتالية إلى تأثيرات مباشرة ومتعددة على الجنين ينتج عنها إمكان فقدان الطفل للبصر أو إصابته بالصمم، أو تعرضه لاضطرابات في وظائف القلب، أو الصرع، أو الشلل المخي، أو التخلف العقلي.

والكثير من الحالات ذات المشكلات العقلية والنفسية التي تحظى باهتمام الأخصائي النفسي الإكلينيكي قد تكون نتيجة لأسباب عضوية كالقصاص مثلا والذي ينشأ عن نقص مخزون الثيروكسين في الغدة الدرقية، وحالات الفينيل كيتونوريا الناتجة عن اضطراب تمثيل الدهون وتراكمها في جسم الخلية العصبية واضطراب الخلايا، وكذلك اضطراب تمثيل الأحماض الأمينية نتيجة لفشل الكبد في إنتاج إنزيمات تحويل الحامض الأميني (الفينيل الينانين) الموجود في الخلية إلى

ثايروستين، وتراكم الأحماض المشتقة في الفينيل الينامين في الدم والبول، وكذلك اضطراب تمثيل الكربوهيدرات الذي قد يحدث لأسباب وراثية أو غير وراثية حسب نوع المرض .

ويسهم علم الحياة (أو البيولوجيا) في توفير الحقائق في هذا المجال، وفي التفسيرات المختلفة، ويقوم الأخصائي الإكلينيكي بالتعاون في مثل هذه الحالات مع الطبيب المختص للعمل علي توفير التوازن البيولوجي الذي يحتاجه بعض المرضى ممن تتمثل مشكلتهم في اضطراب هذا التوازن وذلك قبل بدء العلاج، أو لعلاج الجوانب التي تتطلب تدخلاً طبيًا مباشرًا، أو لتفسير الأسباب العضوية خلف اضطراب معين أو نمط من الأداء غير السوي.

علم الأعصاب

يسهم علم الأعصاب إسهامًا مباشرًا مع كل من علم النفس والطب النفسي في العناية بالكثير من أنماط عدم السواء المعرفية أو الحركية الناتجة عن أمراض أو إصابات في المخ. ويلاحظ أن التكوين الشبكي والموصلات العصبية وخصائص الكف والاستثارة والتخزين العصبي جميعها مسئول عن تشكيل جانب كبير من السلوك، كما تعد خصائص الكف والاستثارة من العوامل المهمة في عملية التشريط.

تحتل مشكلات التلف المخي وأمراض المخ محور الاهتمام في علم النفس العصبي وهو الفرع من العلم الذي يجمع بين الاهتمامات النفسية والعصبية ويربط بينهما. من ذلك المشكلات الخاصة بمرض الزهايمر والذي يتضمن تدهورًا شديدًا في الوظائف المعرفية والتذكر، مما يستدعي التعرف على الفروق بينه وبين الاضطرابات النفسية الأخرى وأساليب التدخل الممكنة، التي يمكن أن يسهم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي في المستوي التأهيلي، من ذلك أن هارت وزملاؤه قارنوا بين أداء مرضى اكتئابيين مسنين من بين المقيمين بالمستشفى، وأداء مرضى مكافئين لهم في العمر والتعليم من مرضى اللازهايمر ومجموعة ضابطة، وكان أداء المرضى الاكتئابيين أضعف من أداء المجموعة الضابطة في الاستعادة الكلية (التذكر)، وفي استعادة أجزاء من بنود يتم تذكرها من محاولة بعد الأخرى، كما كانوا مختلفين جوهريًا عن المجموعة الضابطة من حيث فشلهم في الاستفادة من القدرة التخيلية للمساعدة في تذكر البنود. ومع ذلك فقد كانت ذاكرة الاكتئابيين متميزة في تفوقها على ذاكرة مرضى اللازهايمر في كل الجوانب فيما عدا الفشل في الإفادة من التخيل.

نجد أيضًا بين حالات عدم السواء العصبية ذات الدلالة النفسية المهمة الزملة العصبية المعروفة باسم زملة جيل دي لاتورت ويورد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المحكات التشخيصية لهذه الزملة في الآتي:

أ) تعدد في الخلجات الحركية وخلجة صوتية أو أكثر تظهر في وقت ما أثناء المرض، بالرغم من عدم ضرورة تلازم حدوثها. والخلجات عبارة عن حركة نمطية أو صوتية خارجة عن الإيقاع العادي تحدث فجأة وبسرعة وبشكل متكرر.

ب) تحدث الخلجات عدة مرات في اليوم (عادة في صورة نوبات)، وتحدث كل يوم قريبا، أو على فترات متقطعة على عام دون وجود فترة انقطاع تزيد عن ثلاثة أشهر متصلة على الإطلاق.

ت) يؤدي هذا الاضطراب الى تكرر ملحوظة أو عجز جوهري في مجالات الأداء المهني، أو المجالات الأخرى المهمة.

ث) تحدث النوبة الأولى قبل عمر الثامنة عشرة.

ج) لا يرجع هذا الاضطراب لتأثير فسيولوجي مباشرة للعقاقير (مثل المنبهات) أو لأسباب طبية عامة مثل مرض هنتنجن أو الالتهابات المخية الفيروسيّة.

وقد وصل عدد من البحوث إلى وجود مجموعة من الاضطرابات النفسية المصاحبة لزملة جيل دي لاتورت، من بينها اضطرابات الوسواس القهري، واضطرابات الانتباه، والإفراط في النشاط، إضافة إلى السلوك العدواني، واضطرابات النوم وغيرها.

يتضح من هذا العرض عدم إمكان إغفال الكثير من الأسباب العصبية التي تقف خلف أشكال متعددة من الاضطرابات السلوكية، كما لا يمكن إغفال الجوانب المعرفية والحركية والسلوكية المصاحبة للأمراض العصبية كالصرع أو الشلل المخي مثلا، ولعلنا نستطيع إقامة تشابه بين العلاقة التبادلية بين الأداء العصبي في مجالاته المختلفة والأداء النفسي بذلك الذي يحدث في الحواسب الالكترونية، ففي الحاسب لدينا بنية هندسية إلكترونية تتكون من مجموعات من الدوائر المتكاملة هي ما يطلق عليها اسم الصلبة، ولدينا أداء خارجي يتمثل في استثمار خصائص وإمكانات هذه البنية الداخلية في صورة برامج ذات أغراض متنوعة هي التي يطلق عليها اسم البرمجيات، ويؤدي أي خلل في البنية الداخلية إلى اضطراب جوهري في أداء البرامج المختلفة.

علم العقاقير أو الفارماكولوجيا

يستخدم الأخصائي النفسي الإكلينيكي الأساليب النفسية والسلوكية، المشتقة من عدد من النظريات والتجارب المهمة، التي تفسر كيف يتشكل السلوك السوي وغير السوي في علاج الاضطرابات المختلفة التي تقع في نطاق تخصصه، وبالرغم من ذلك يظل في حاجة إلى معرفة الآثار التي تحدثها العقاقير على العقاقير والعناصر المختلفة في سلوك المريض أو يؤثر في مستوي الإثارة لديه على سبيل المثال، أو تأثير انسحاب بعض العقاقير على السلوك، أو نوع العقاقير التي يمكن

أن تهم في دعم العلاج النفسي لحالات معينة كحالات الاكتئاب أو الوسواس القهري مثلاً. ويهتم المعالج بمعرفة آثار هذه العقاقير علي الاضطرابات المختلفة، وما إذا كان يمكن اعتبار بعضها علاجاً كافياً في ذاته، أو عاملاً مساعداً في العلاج النفسي بصورة دائمة، أو في مرحلة معينة منه فقط، وهل تحقق ذلك استخدام العقاقير فائدة حقيقية، أم تحقق درجات متباينة من النجاح، مثال ذلك استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب في علاج الوسواس القهري.

ونتيجة لأن الكثير من الأمراض والاضطرابات يستخدم في علاجها كل من الأساليب النفسية (المعرفية أو السلوكية) والدوائية معاً، يصبح من الضروري دراسة تأثير هذه العقاقير على علاج عدد من حالات عدم السواء أو الاضطرابات، للتعرف على ما إذا كانت كافية بمفردها أو بديلاً مناسباً للعلاج النفسي، أم أن استخدام الأسلوبين معاً هو الأكثر مناسبة، من ذلك استخدام مشتقات التراسلين وأملاح الليثيوم في علاج الاكتئاب، وتشير دراسة دي روبيز وزملاؤه إلى أن العلاج بالتريسكريلين يؤدي إلى النتيجة نفسها التي يحدثها العلاج المعرفي من حيث تغير الحالة المعرفية للمريض، إلا أن هذه التغيرات المعرفية الناتجة عن الدواء لا تتبى بالتحسن الحقيقي للحالة، على عكس ما يحدث في العلاج المعرفي، من جانب آخر وجد هولون وزملاؤه بعض الإمكانيات التعزيزية المحتملة لتأثير العلاج عند الجمع بين العلاج المعرفي والدوائي.

يضاف إلى ذلك القدر من الاهتمام الذي نسبغه على آثار الكحول والمخدرات على عدد من الوظائف المعرفية والسمات السلوكية، مثل التركيز أو التوازن، واضطرابات الإدمان، لكل هذا يتعين على الأخصائي الإكلينيكي أن يتابع هذا المجال والإنجازات فيه، وأن يضمن في تجاربه وبحوثه مثل هذه المتغيرات أو يتحكم فيها بأساليب الضبط المختلفة لدراسة تأثيرها في التدخلات العلاجية، وهو الأمر الذي يحدث الآن بالفعل.

وللتحقيق من أهمية هذا الفرع من فروع العلم بالنسبة لعلم النفس الإكلينيكي يكفي فحص عينة عشوائية من البحوث الإكلينيكية خلال السنوات الخمس الأخيرة، وحيث نجد أن نسبة كبيرة منها هدفت إما إلى فحص تأثير بعض العقاقير أو مقارنة آثار بعضها بالعلاج النفسي أو السلوكي أو المعرفي، أو أنها تدرس حجم الإضافة الذي يسهم به اقتران بعضها باستخدام أساليب سلوكية في العلاج.

وتري النظرة التقليدية لعلم النفس الإكلينيكي، أن الأخصائي النفسي الإكلينيكي يقتصر دوره على استخدام الأساليب النفسية دون غيرها في ممارساته، إلا أن النظرة تغيرت مثلما تغيرت من قبل النظرة التي كانت تقصر مجال علم النفس الإكلينيكي على الفحوص والبحوث، غيرت هذه النظرة التقليدية بعد أن تبنت جمعية علم النفس الأمريكية الدعوة الرامية لتدريب الأخصائيين النفسيين الإكلينيكين على تقديم وصفات دوائية، وقد وضعت برامج هذا التدريب والتي تتضمن دراسة نظرية وعملية

لفترة تمتد لمائة ساعة دراسية، يحصل الأخصائي بعدها على شهادة تمنحه الحق في التوصية والعلاج بالعقاقير النفسية، وقد بدأ تطبيق هذا النظام منذ عام ١٩٩٧ في أكثر من خمس وعشرين ولاية أمريكية.

علم الاجتماع

يتكون الفريق الإكلينيكي التقليدي -الذي يناط به تقديم خدمات متكاملة- من الأخصائي النفسي الإكلينيكي والطبيب النفسي والأخصائي الاجتماعي. وغالبًا ما يأخذ الكثير من هذه الصعوبات صورة عدم توافق المرء، كما توجد أحيانًا صعوبات ذات طبيعة اجتماعية في ذاتها مثل الخجل أو الانطواء الاجتماعي، أو المخاوف الاجتماعية الكثيرة. بمعنى آخر أن عمليات التفاعل الاجتماعي لا تسير بشكل سوي، ووضعها في الاعتبار بوصفها عوامل تسهم في الكثير من الاضطرابات.

وتتأكد هذه الحقيقة من مراجعة النتائج الإيجابية لتوفير التفهم والدعم الاجتماعي لمرضى الفصام بعد خروجهم من المستشفى، وما يؤدي إليه ذلك من خفض واضح في معدلات الانتكاس ويعد حسن فهم العوامل الاجتماعية، والإحاطة بها من الأمور الجوهرية بالنسبة للأخصائي النفسي الإكلينيكي الذي يقدم المساعدة في حالات الصراع الزوجي، ومشكلات العلاقات بين الزوجين، وتتعامل أساليب العلاج الزوجي مع المشكلات والصعوبات الزوجية باعتبار أن الزواج نظام اجتماعي مستقر نسبيًا، وأن الصعوبات قد تنشأ في هذا النظام من التفاعلات غير

الإيجابية الناتجة عن تأثير البيئة الخارجية المحيطة والعناصر الاجتماعية المختلفة التي يتعرض لها الزوجان أو أحدهما أو التفاعلات غير السوية بين الزوجين، يضاف الى ذلك مشكلات إدمان المخدرات والمسكرات، أو التفضيلات الجنسية غير السوية.

فاذا أخذنا على سبيل المثال مهارات استقبال المؤشرات الاجتماعية وترجمتها بصورة صحيحة والاستجابة لها بشكل مناسب، وهي أمور تعتمد أساساً على الإدراك الاجتماعي، ويعاني فيها بعض الأفراد صعوبات كثيرة، فسنجد أن بعضاً من أساليب التدخل التي يمارسها الأخصائي النفسي الإكلينيكي تتضمن التدريب على الكثير من هذه المهارات، مثل كيفية فهم التعبيرات الوجهية والإيماءات ونبرة الصوت ومن بين المكونات العلاجية المهمة التي تتضمنها حزمة التدريب على تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي: التدريب على التعرف على المؤشرات التفاعلية المختلفة، وفهم المعايير الاجتماعية، وتخيل القيام باستجابات لمثل هذه المؤشرات والمعايير، أو القيام بهذه الاستجابات بالفعل عندما تظهر هذه المؤشرات في المواقف الاجتماعية الواقعية، والقيام بتدريب العميل على تعديل مؤشرات وتعبيرات الاجتماعية لتؤدي الى توصيل الرسالة التفاعلية المطلوبة بصورة مناسبة نلخص من كل ذلك الى حقيقة مهمة، وهي أن الأخصائي النفسي الإكلينيكي في حاجة لفهم الكثير من المفاهيم الاجتماعية، وديناميات التفاعل داخل الجماعة.

وطبيعة الأدوار داخل مؤسسة الأسرة، ونمط العلاقات الأبوية، ونوع الإشباعات التي يحصل عليها الفرد من شريكه الزوجي، لكي يستطيع تقديم المساعدة الضرورية للعميل. ويتعين على الأخصائي الإكلينيكي الذي ينصب تفكيره على الفرد وصعوبات، وحلول هذه الصعوبات، أن يتذكر دائماً أن هذا الفرد لا يوجد ولا يعيش بمعزل عن مجتمعه وأسرته، بل يعيش ويتفاعل مع أفراد وجماعته ومؤسساته، يؤثر فيهم ويتأثر بهم، يحصل على إشباعاته من خلالهم، كما قد يتعرض للإحباطات من خلالهم أيضاً. وأحد مجالات الفحص المهمة التي يغفل عنها المعالج السلوكي هو أشكال العجز الذي ينتج عن الصعوبات المتعلقة بصلات العميل بأسرته وعمله واهتماماته وأنشطته لكل هذا قد لا يتسنى التوصل الى فهم صحيح لاحتياجات الفرد العلاجية دون هذه الصلة الوثيقة بين علم النفس الإكلينيكي وعلم الاجتماع.

ويؤكد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية على أهمية استجابة الفرد لشبكة العلاقات الاجتماعية، ويفصل بصورة واسعة ما يتعلق بالنظم الاجتماعية من خلال تقديم قائمة بالزميلات المرضية الفريدة لدي عدد من المجتمعات الخاصة، كما يلاحظ من جانب آخر أن أي نظام تشخيصي للاضطرابات النفسية لا يهمل العوامل المتعددة التي تسهم في إحداث هذه الإضرابات، والتي يكون من أهمها أحياناً تعقد القيم الاجتماعية وأنماط العلاقات

ويربط بعض الباحثين بين ظروف المعيشة غير الملائمة والاضطراب المرضي، من ذلك أن النساء اللاتي لا يعملن ممن لديهن أربعة أطفال أو أكثر تتزايد لديهن احتمالات الاكتئاب كما توصل كوبر الى وجود ارتباط بين المستويات الضعيفة من الدخل والظروف الاجتماعية المعيشية ونقص الأنشطة الترفيهية والاتصالات الاجتماعية والمهنية والاعراض المرضية

نتيجة لكل هذا يتزايد الاهتمام بتقدير هذه الجوانب في المواقف الإكلينيكية، وأحيانا ما تستخدم مقاييس وقوائم تقدير ذاتي لوفير البيانات الدقيقة لها وتغطي بطارية التقديرات الذاتية لويزمان وبوثويل مستويات الأداء في العمل (داخل البيت وخارجه) والأنشطة الاجتماعية والترفيهية والعلاقات مع بقية أفراد الأسرة بوصفها محددات مهمة لفهم أسباب الاضطرابات.

مناهج البحث والإحصاء

يهدف التدريب التأهيلي للأخصائي الإكلينيكي لإعداده ليكون ممارسًا وباحثًا في الوقت نفسه، وهو ما يؤدي بصورة مباشرة إلى إثراء التخصص من خلال الفروض الجديدة التي يستخلصها الأخصائي من الحالات المرضية التي تعامل معها، ومن خلال أساليب التحقق والاختبار لمثل هذه الفروض التي يتاح له القيام بها نتيجة لتمكنه من أساليب ومناهج البحث والطرق الإحصائية المناسبة، وتبين ذلك من خلال التعرف على صلة علم النفس الإكلينيكي بهذين التخصصين.

• تصميم البحوث

يستخدم الأخصائي الإكلينيكي تصميمات بحثية كثيرة في دراساته سواء لتقييم التحسين الذي حققه مريض واحد، أو لاختبار نماذج وطرق علاجية معينة، أو للتعرف على النتائج على المدى البعيد بين بعض الأساليب العلاجية والأساليب الدوائية مثلاً ومن أهم النماذج البحثية التي يلجأ إليها الأخصائي الإكلينيكي تصميمات تجارب الحالة المفردة والتي تعد أكثر أساليب التجريب الإكلينيكية عملية وفائدة في الوقت نفسه حيث تؤدي إلى التوصل إلى معلومات عملية صادقة، ويوفر هذا النوع من التصميمات البحثية الدقة العلمية التي يطلبها الباحثون، كما يوفر في الوقت ذاته استراتيجية بحثية يمكن إدماجها في النشاط اليومي الروتيني للأخصائي الإكلينيكي، كما تؤدي أيضاً إلى الحصول على بيانات موضوعية حول نتائج العلاج.

وبينما تستخدم دراسة الحالة بوصفها منهجية إكلينيكية مناسبة في حالات كثيرة في مرحلة الفحص على وجه الخصوص، إلا أن هناك فارقاً كبيراً بين منهجية دراسة الحالة ذات الطبيعة الوصفية، والتي تقتصر إلى مقومات الضبط التجريبي، وبين تصميمات تجارب الحالة المفردة، وأحياناً ما يخطئ بعض الباحثين والإكلينيكيين بين النموذجين، وهو أمر أدى إلى الحد من استخدام استراتيجية بحوث الحالة المفردة رغم أهميتها البالغة يضاف إلى ذلك أن هذه التصميمات البحثية – أو القدر الأكبر

منها- تتم في مراكز البحوث التطبيقية وليس في عيادات الممارسين وعادة ما يشار إلى تصميمات بحوث الحالة المفردة بأسماء مختلفة، مثل تصميمات التجريب المتكرر على الحالة الواحدة أو البحوث ذات عينة الفرد الواحد ($n=1$)، أو التصميمات البحثية المتعمقة ويذكر كازدين Kazdin أنه على الرغم من الإشارة إلى هذا الأسلوب بأكثر من مسمى، إلا أن كل هذه المسميات مضللة إلى حد ما مثال ذلك أن تعبير الحالة المفردة، وبحث $n=1$ يتضمنان أن مفحوصًا واحدًا فقط هو الذي تتم دراسته، إلا أن هذا غير دقيق ويخفي حقيقة أن عددًا كبيرًا من المفحوصين، وأحيانًا تجمعات كاملة من المفحوصين تتضمنهم بعض تصميمات بحوث تجارب الحالة المفردة، كما أن تعبير داخل المفحوص يعد مفيدًا لأن هذه المنهجية تركز على أداء الشخص نفسه على مدي زمني معين، أما تعبير الدراسة المتعمقة فلم ينطلق من هذا الإطار التجريبي البحثي، وإن كان يستخدم أحيانًا ولسوء الحظ أنه يتضمن فكرة أن الباحث يعمل بطريقة متعمقة لدراسة المفحوص، وهو أمر يحتمل أن يكون صحيحًا جزئيًا، ولكنه ليس جوهر الاهتمام في هذه التصميمات التجريبية ويلاحظ من جانب آخر إمكانية استخدام بحوث الحالة المفردة للتوصل إلى تحديد موضوعي لتأثير إجراءات العلاج، كما تستخدم بالمثل لعزل المكونات المؤثرة والميكانيزمات الأساسية للسلوك وتتم عملية الإضافة والحذف فيها لمكونات التدخل بحرص شديد.

• الإحصاء

العلاقة بين الإحصاء وعلم النفس الإكلينيكي مهمة، وتعد دراسته والتمكن من أساليبه المختلفة من الأمور الضرورية، فبالإضافة إلى احتياجات الأخصائي الإكلينيكي إلى مناهج وطرق البحث، فإن هذه الأخيرة تتطلب معالجات وتحليلات للخروج بنتائجها بصورة كمية، ويعجز الأخصائي الإكلينيكي الذي يفتقر إلى المهارات الإحصائية عن تحقيق تقدم وتطور في مهاراته المهنية، بل قد يعجز أحياناً عن فهم دلالات النتائج التي تخرج بها البحوث الإكلينيكية المنشورة في الدوريات العلمية والتي يتعين عليه متابعتها، وحيث تعرض مثل هذه النتائج في صورة معاملات إحصائية ومفاهيم كمية دقيقة.

وهناك الكثير من المزايا التي يوفرها الإحصاء للممارسة الإكلينيكية مثل التنبؤ بالدرجة الحقيقية للعميل أو المريض على مقاييس الأعراض والزمالات المرضية. من ذلك أن الدرجة الحقيقية لفرد ما ليست هي التي يحصل من أدائه المباشر لمرة واحدة على المقياس، بل تقع درجته الحقيقية في مدي معين، وباحتمالية معينة من الدرجة التي حصل عليها، وهي تتعدد بالخطأ المعياري للمقياس الذي يحسب من خلال الانحراف المعياري لمتوسط الدرجات على المقياس، ومعامل ثبات المقياس للمجموعة المرضية التي يكون المريض فرداً منها وفقاً للمعادلة الخاصة بالخطأ المعياري للمقياس التي يتضمنها أي مصدر إحصائي في علم النفس.

كما يهتم الأخصائي الإكلينيكي أيضاً بدراسة حجم التأثير وهو مفهوم إحصائي جوهري في المعالجة الإكلينيكية يقف خلف العديد من القضايا المهمة، ويشير حجم التأثير الى الطريقة التي تصف قوة الفروق في الحالات المختلفة الناتجة عن التدخلات العلاجية المعينة، سواء بين فردين أو أكثر، ويعبر عن قوة التأثير بوحدات الانحرافات المعيارية، وبالتالي يتم حساب حجم التأثير من خلال الفروق بين متوسطي مجموعتين وقوة هذا الفرق على انحرافهما المعياري.

ومن المعالجات الإحصائية المهمة أيضاً التي يستخدمها الأخصائي الإكلينيكي في بحوثه طريقة السلاسل الزمنية، وهو أسلوب إحصائي يسمح بالتجريب على المفحوص الفرد للحصول على عينات متكررة من سلوكه على مدي زمني معين، ويمكن التوصل من المعالجة الإحصائية لهذه القياسات المتكررة الى تقديرات لبداية السلوك موضوع الاهتمام، ومستوي ظهوره وشدته، بالإضافة الى البيانات اللازمة لتحديد خصائص التدخل المطلوب

ولا يقتصر الأمر على هذه الطرق الإحصائية فقط، بل تعدد الأساليب المتاحة أمام الأخصائي الإكلينيكي سواء في الممارسة لأغراض عملية، أو في البحوث لإجراء المعالجات المختلفة وللافادة من التصميمات التجريبية الجديدة بما فيها من خصوصية. ويلاحظ أن البعض من هذه الأساليب قد نشأ من خلال الممارسة

الإكلينيكية وللاستجابة إلى متطلبات العملية والبحثية، ومثل إسهامًا من علم النفس الإكلينيكي في الإحصاء.

ولا تقتصر العلاقة بين علم النفس الإكلينيكي وبقية العلوم على هذه الأمثلة التي قدمناها فقط، بل تمتد إلى تخصصات أخرى كثيرة مؤكدة بذلك للمنحى متعدد النظم في تناول الظاهر الإنسانية المختلفة.

الفصل الثالث

متطلبات الممارسة الإكلينيكية

الفصل الثالث متطلبات الممارسة الإكلينيكية

تمثل الممارسة الإكلينيكية والعلاج على وجه الخصوص إغراء شديد للمتخصصين في علم النفس، وبصورة تؤدي أحياناً إلى الاتجاه لهذا الطريق دون توفر الإعداد الكافي دراسة وتدريباً، ولأن العلاج النفسي هو العائد التطبيقي المباشر والأكثر وضوحاً لاستثمارات المجتمع في علم النفس، ولأنه من جانب آخر المطلب الأكثر إلحاحاً لجمهور متعطش للتخلف من أعبائه وصعوباته ومشكلاته، التي تتفاهم مع التطور الحضاري المتسارع وضغوطه، وتعقد العلاقات الإنسانية، وتنامي التهديدات الاجتماعية بصور مختلفة، لكل هذا أصبح موضوع العلاج النفسي، والنظم التي تحكمه، وأخلاقيات ممارسته من الأمور الجوهرية في المجتمعات المختلفة.

ولأن علم النفس الإكلينيكي تخصص تطبيقي دقيق يتعامل مع الاضطرابات المختلفة، ويقدم خدمات علاجية تؤثر في حياة الأفراد وتوافقهم وأدائهم في كل مجالات الحياة، يصبح من الضروري توخي الحرص الشديد في تعليم وتدريب الأخصائي الإكلينيكي الممارس، بحيث تتاح الفرصة لإعداده بشكل جيد لممارسة أدواره المتعددة في إطار التخصص الذي ينتمي له، ويكرس الأخصائي النفسي الإكلينيكي علمه وخبرته وجهده لمساعدة الآخرين في التغلب على صعوباتهم أو علاج اضطراباتهم، أو إعادة توافقهم مع بيئتهم، ومع غيرهم من الناس بصورة مرضية تتضمن تشجيعاً ودعمًا لعوامل النمو والثراء والتكامل في شخصية الفرد، ولأن

هذا الجهد يتجه إلى البشر ومن أجلهم فإن إمكانية التجريب أو المحاولة والخطأ لا تعد من الأمور المقبولة.

لهذا السبب يتعين أن يحصل الأخصائي الإكلينيكي على التأهيل الكافي والتدريب المكثف والشامل؛ قبل أن يصبح مسؤولاً بشكل مباشر عن تقديم الخدمة الإكلينيكية.

التأهيل النفسي الإكلينيكي

يبدأ التخصص في علم النفس الإكلينيكي في مستوى تالٍ لدرجة الليسانس أو البكالوريوس، وغالبًا ما يكون ذلك من خلال التقدم للحصول على درجة الماجستير أو الدكتوراة في علم النفس الإكلينيكي على وجه التحديد، وتقدم بعض الجامعات درجة دبلوم في علم النفس الإكلينيكي، إلا أن هذه الدرجة قد لا تكون كافية إذا كانت الفترة الزمنية لهذا الدبلوم قصيرة، أو كان البرنامج لا يغطي كل متطلبات التدريب على الممارسة الإكلينيكية المهنية، أو كانت الجرعة الخاصة بالتدريب فيه غير ملائمة أو كافية.

وبصفة عامة يحتاج التخصص في علم النفس الإكلينيكي إلى نوع من الدراسات العليا تتوفر فيه خصائص معينة، وتمتد فيه المتطلبات لتغطي التدريب الضروري. ويتعين عند التخطيط لمثل هذه الدراسات مراعاة كل المتطلبات الأساسية والضرورية لإعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي الذي يرخص له

بممارسة العمل، وحمل هذا المسمى المهني والذي تحكمه عادة قوانين ولوائح مهنية معينة.

وتتضمن متطلبات إعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي الآتي:

أولاً: أن يكون حاصلًا على الدرجة الجامعية التخصصية الأولى في علم النفس

وبينما قد تقبل بعض الجامعات في الدراسات العليا تخصصات قد لا يكون علم النفس هو التخصص الرئيس فيها خلال المرحلة الجامعية الأولى أو تقبل خريجي أقسام أخرى، إلا أن هذا الأمر غير مبرر، ولا يعد بداية سليمة لإعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي.

فالدرجة الجامعية الأولى في علم النفس (ليسانس أو بكالوريوس) توفر للدارس المبادئ الأساسية، وتتيح له فرصة دراسة فروع العلم المختلفة، وما بينها من تشابك، وتزوده بالقواعد الأساسية لاستخدام أدوات القياس، وكيفية تقييم هذه الأدوات، والتعرف على خصائصها، وتفسير نتائجها، وما تقوم عليه من أسس نظرية معينة وشروط هذا الاستخدام ونظريات التعلم وصلتها بالسلوك وكيف تتم ميكانيزمات التعلم، وكيف يمكن تفسير الاضطرابات في ضوءها، وكيف يتم العلاج استنادًا إلى مبادئها، أساليب التشريط وتفسيرها آليات سلوكية وأساليب استحداثها وإزالتها، والتفاعل الاجتماعي وكيف تتشكل من خلاله الأنماط السلوكية التوافقية

وعير التوافقية، والدور الذي يلعبه في تدعيم السلوك، إلى غير ذلك من المفاهيم. إضافة إلى مجالات الشخصية المختلفة وكيف تنظم في أبعاد، والوظائف المعرفية، والأداء المعرفي، والمقدمات الأساسية الأولى في علم الأمراض النفسية، وعلم النفس الإكلينيكي، وكل ذلك لا يتوافر إلا من خلال درجة جامعية أولى في علم النفس، وعلم النفس وحده.

ثانيًا: أن توفر الدراسة العليا في علم النفس الإكلينيكي إطارًا عريضًا ومتعمقًا في الوقت نفسه، في المجالات الآتية:

(أ) تصنيف الأمراض

فالدارس والمتخصص في علم النفس الإكلينيكي يحتاج لدراسة الأسس التصنيفية التي تنتظم الأمراض والاضطرابات وفقًا لها، فالعلم لا يقوم على أشتات من الظواهر العشوائية التي لا رابط بينها، بل يقوم على جهد يهدف لإدراك أوجه التشابه والاختلاف بين الظواهر للتعامل معها في صورة فئات تيسر وتنظم فهمها، ولا يتضمن تصنيف الأمراض مجرد قوائم للفئات، بل دراسة لخصائص كل فئة، وطبيعة الاختلاف بين كل فئة وأخرى، والأسس التصنيفية لهذه الفئات، والفروض المفسرة لهذه الاضطرابات.

(ب) التشخيص

حيث يدرس الطالب أساليب التشخيص، وأدوات هذا التشخيص والنظم التشخيصية المختلفة للأمراض، والمحكات التشخيصية، وتتاح الفرصة للدارس في

هذا المجال للتعرف على طرق التشخيص المختلفة، ودراسة الأدوات والاختبارات ودلالاتها الإكلينيكية، والمشكلات التشخيصية الأخرى المتعلقة بالتداخل بين أنواع الاضطرابات وطرق التمييز بينها، كما يتوافر من مثل هذه الدراسة التدريب على الفحص الدقيق للتنوع والتباين الشديد في خصائص الاضطرابات المرضية.

ج) العلاج والإرشاد النفسي

تتعدد أساليب العلاج النفسي كما تتعدد وتتنوع نظرياته وأسسها ويذكر (ماكسيمان) وورد أنه أمكن حصر أكثر من مائتين وخمسين طريقة علاجية مختلفة، إلا أن الدارس لا يستطيع الإحاطة بالطبع بكل هذا العدد الكبير من طرق العلاج، والذي يتزايد يوماً بعد يوم، ويصبح من الضروري تصنيف هذه الطرق والتعرف على الخصائص العامة التي تربط بينها، ولن يقتصر الأمر على ذلك، إذ يصبح الدارس في حاجة للدراسة المستفيضة والمتعمقة لعدد من أساليب العلاج البارزة، والتي تتوفر أفضل الدلائل على نجاحها في علاج الكثير من الصعوبات، من ذلك مثلاً العلاج السلوكي والعلاج المعرفي.

وتتيح دراسة العلاج للدارس إمكانيات التعرف على أسس تقييم الأساليب العلاجية المختلفة التي قد يطلع عليها مستقبلاً، أو التي ينشرها باحثون آخرون بعد انخراطه في مجال الممارسة، وبينما تمثل هذه الفروع بؤرة الدراسة في علم النفس الإكلينيكي، إلا أنها لا تكفي وحدها لإعداد المتخصص، فهناك فروع أخرى في علم النفس تتطلب دراسة

متقدمة ومستفيضة تتجاوز ما يحصله الطالب في مستوى الليسانس. ومن بين أكثر الفروع المهمة التي يتعين دراستها في هذا المستوى الآتي:

(أ) التقييم النفسي المتقدم

ويتوفر من خلاله للطالب التركيز بشكل أفضل على نظرية القياس والقواعد الخاصة بالتعبير الكمي عن الكيفيات أساليب تصميم وتقنين الاختبارات والمقاييس وتتطلب الممارسة الإكلينيكية في أحيان كثيرة أن يقوم الأخصائي الإكلينيكي بتصميم مقياس لغرض محدد بهدف تقييم ظواهر أو صعوبات نوعية قد لا تتوفر لها مقاييس معروفة أو متاحة، وتوفر دراسة القياس النفسي في هذه المرحلة، عندما يضاف إليها التدريب على أهم المقاييس ذات الاستخدامات الإكلينيكية الشائعة ومعاييرها وطبيعة مشكلاتها، جزءاً مهماً في تكوين الأخصائي الإكلينيكي الممارس والباحث.

(ب) نظريات التعلم وعلم النفس المعرفي:

توفر دراسة التعلم وعلم النفس المعرفي إمكانية أساسية للأخصائي النفسي الإكلينيكي، سواء في مجال التشخيص أو العلاج، فبالإضافة إلى أن دراسة التعلم توضح الكثير من أسس اكتساب السلوك السوي وغير السوي، فإن آليات التعلم أصبحت الآن أساساً للكثير من أساليب العلاج النفسي والسلوكي، ولا يستطيع المعالج أن يستبعد تأثير العوامل المعرفية في السلوك الشاذ في تشكيل هذا السلوك أو استمراره

(ج) الشخصية

توفر دراسة الشخصية للأخصائي النفسي الإكلينيكي التعرف على طبيعة الانتظام الذي تتشكل فيه خصائص شخصية الأفراد، وتستجيب للمنبهات الداخلية والخارجية وتتسلح بمجموعة من الدفاعات الشعورية واللاشعورية وتواجه العالم والآخرين بمجموعة أخرى من الأساليب التوافقية التي قد تكون سوية أو غير سوية وكلما توسع الأخصائي النفسي الإكلينيكي في دراسته للشخصية وتمكن من تحقيق تكامل في رؤيتها وفهمها من خلال النظريات المتعددة، ساعده ذلك على اكتساب استبصار جيد في التعامل مع الاضطرابات والصعوبات المختلفة.

(د) مناهج البحث والتجريب في علم النفس الإكلينيكي

تحددت هوية الأخصائي النفسي الإكلينيكي، وأصبحت مقبولة على نطاق واسع باعتباره باحثاً وممارساً في الوقت ذاته، وأصبح دوره كباحث يتطلب إعداده للإسهام لا في توفير خدمة الإكلينيكية فقط، بل في المشاركة أيضاً في البحث العلمي مستثمراً الحالات الكثيرة التي يتعامل معها تشخيصاً وعلاجاً، ومستثمراً لجزء من دخله الناتج عن الممارسة للإنفاق على البحث العلمي، ليقدم حقائق جديدة وفروض متنوعة للاختبار، ومراجعة وتحقق من الطرق العلاجية وجدواها مع الحالات التي يسهم في علاجها.

ولا يتمكن الأخصائي النفسي الإكلينيكي من القيام بهذا الدور دون أن يكون قد أعد له بالصورة المناسبة من خلال دراسة مناهج البحث وطرق التجريب في علم النفس الإكلينيكي، ودراسة الحالات في المجموعات الصغيرة، والدراسات الطولية التتبعية، وأسلوب دراسة الفرد الواحد باستخدام التحليل العاملي للحالة المفردة، والتصميمات التجريبية المختلفة، ويتطلب ذلك "وهو جزء مكمل لدراسة مناهج البحث" دراسة متقدمة في الإحصاء للتمكن من أساليب تحليل ومعالجة البيانات. ويتسع مجال تكوين وإعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي لأكثر من هذه الفروع التخصصية ليمتد إلى دراسات أخرى يتطلبها أدائه لدوره المهني.

وسنلاحظ أن قدرًا مهمًا من الممارسة الإكلينيكية يحتاجه المرضى المقيمون في المستشفيات، وممن قد يعانون اضطرابات سيكايترية، أو يعالجون دوائياً ويتلقون رعاية سيكايترية، بالإضافة إلى أن النظم الحديثة لتنظيم الخدمة أصبحت تتطلب في المواقف المنظمة اجتماعيًا -على الأقل مثل المستشفيات- أن يتشكل الفريق العلاجي من أخصائي نفسي إكلينيكي وطبيب نفسي وأخصائي اجتماعي، ويفرض هذا الوضع أن يكون الأخصائي النفسي الإكلينيكي متابعًا للإنجازات والحقائق والمفاهيم في الطب النفسي عارفًا باللغة الطبية واعيًا بأسس التصنيف والتشخيص، بالإضافة إلى معرفته بتأثيرات العقاقير المختلفة التي يمكن أن تؤثر سلبًا أو إيجابًا في البرامج النفسية والطرق التي يستخدمها.

ويتعين هنا أن نذكر بوضوح نقطة جوهرية قد تغيب عن الأذهان، وهى أن درجة الدكتوراه وحدها في علم النفس ليست مؤهلاً كافياً أو مناسباً للممارسة الإكلينيكية، فالتخصصات في علم النفس متعددة، وهناك من يحصل على الدكتوراه في علم النفس الاجتماعى، أو التنشئة الوالدية، أو الإبداع، أو الشخصية.

ومهما كانت طبيعة هذه الدرجة العلمية الرفيعة إلا أنها ليست درجة متخصصة في علم النفس الإكلينيكي، ولا تمثل إعداداً تخصصياً مقبولاً للممارسة الإكلينيكية، بمعنى آخر أن الخبرة الأكاديمية وحدها في فرع من فروع علم النفس ليست كافية أو مناسبة لممارسة علم النفس الإكلينيكي. وقد قررت جمعية علم النفس الأمريكية في عام ١٩٧٦ تعديل قواعد القبول في قسم علم النفس الإكلينيكي، بحيث أصبح على أولئك الذين يرغبون في تعديل تخصصهم المهني (من علم النفس التجريبي إلى علم النفس الإكلينيكي مثلاً) العودة مرة أخرى إلى الدراسات العليا والحصول على المقررات المطلوبة، والخبرة العلمية، ثم ممارسة التدريب وفق نظام الامتياز. كما أصبح على الأشخاص الحاصلين على الدكتوراه قبل عام (١٩٧٦) في تخصصات أخرى غير علم النفس الإكلينيكي ويريدون الاستمرار في هذا التخصص الذى اتجهوا إليه قبل هذا القرار أن يخضعوا أيضاً لمتطلبات الدراسة والتدريب في علم النفس الإكلينيكي قبل أن يلتحقوا بالقسم رقم (١٢) أى قسم علم النفس الإكلينيكي.

الفصل الرابع

التدريب الإكلينيكي

الفصل الرابع التدريب الإكلينيكي

التدريب الإكلينيكي مكون رئيسي في إعداد الأخصائي المهني الممارس. ويشمل التدريب الإكلينيكي لاعداد الأخصائي النفسي المهني المتخصص مستقل الأداء عبر ثلاث مراحل أساسية، تبدأ قبل الدراسات العليا وتمتد خلال مرحلة الدكتوراه وما بعدها، ولكل مرحلة من هذه المراحل مسمى مختلف وخصائص وأهداف مختلفة وتتطلب الجدية والحرص على المسؤولية المهنية والاجتماعية النظر إلى هذه المراحل التدريبية ومحتواها، والأهداف المتوقعة من كل منها بحرص شديد يراعي أن التخطيط لها بهذا التتابع الزمني، ليس هو فقط المطلوب، وإنما أيضاً تقييم وإثراء المستوى والمحتوى التدريبي في كل منها والتقييم المستمر لأداء المتدربين والتطوير الدائم لها في ضوء الكثير من الاعتبارات الأخلاقية والعلمية والحضارية ومراحل التدريب كما يلي:

١- التدريب العلمي

يحدد مرجع جمعية علم النفس الأمريكية في قواعد اعتماد برامج التدريب فترة التدريب العلمي بعدد ٤٠٠ ساعة يحصل عليها الطالب كحد أدنى. ويعتبر بعض الباحثين هذه الفترة قصيرة وغير كافية، ويذكر (درهام) على سبيل المثال أن الكثير من الطلاب يصلون إلى مرحلة الامتياز (مرحلة التدريب أثناء الدكتوراه)، ويعيبيهم

نقص مثير للدهشة في الخبرة الإكلينيكية مع الفئات المرضية المختلفة. وقد أوصى

المؤتمر الوطني للتدريب (بيلر ١٩٨٩) لجعل هذه الفترة ٩٠٠ ساعة. منها ٤٥٠

ساعة على الأقل في أقسام الخبرة المباشرة، و ٣٠٠ ساعة من الإشراف على

الخدمات المباشرة، و ١٥٠ ساعة كأنشطة تدريبية أخرى، وتتضمن الواجبات

المختلفة للمتدربين في هذه المرحلة الآتية:

(أ) قدر مهم من الصلة المباشرة مع المرضى أو العملاء.

(ب) محاضرات في عدد من الموضوعات، من ذلك أخلاقيات المهنة، والإحصاء

ومناهج البحث، وتقييم وتشخيص الراشدين، والأمراض النفسية للراشدين والعلاج

النفسى للراشدين.

(ج) مؤتمرات حالة، وحلقات بحث، ولقاءات تشاور مع المهنيين الآخرين العاملين

في المجال في إطار احترام تعدد النظم.

(د) تقييم وتصحيح الاختبارات وكتابة التقارير والحصول على الملاحظات المنظمة.

(هـ) إعداد أوراق بحثية عن نقاط ومشكلات في الممارسة.

(و) تشاور مع المشرفين.

ويتطلب النموذج البريطاني حصول الطلاب على خبرة مع الأطفال والمراهقين

والراشدين والمسنين، ومن لديهم صعوبات ارتقائية مختلفة، ويرى هيكر وزملاؤه

ضرورة أن يتضمن التدريب في هذه المرحلة بالإضافة إلى ما سبق، تدريباً في المجالات الأساسية للتقييم العقلي وتقييم الشخصية والاختبارات السلوكية والعلاج النفسي.

وعادة ما يحتسب هذا التدريب ضمن المواد الدراسية المقررة ويؤدي إلى النجاح والرسوب إلا أن هذا التدريب ليس وحده المطلوب أو الكافي للإعداد للممارسة الإكلينيكية المهنية ومتطلباتها الاجتماعية والقانونية، التي تحكمها عادة بالإضافة إلى ذلك الاعتبارات العلمية.

٢- الامتياز

يبدأ التدريب الإكلينيكي بوصفه تدريباً مهنيًا متخصصًا انطلاقاً من قاعدة التخصص الأكاديمي ويتم تحت إشراف دقيق ويتطلب فترة زمينة معينة ويتعين أن يغطي مجالات محددة ولا يحصل المتدرب على درجته العلمية في علم النفس الإكلينيكي الدكتوراه إلا بعد أن يستوفي متطلبات التدريب التي ينص عليها برنامج الدراسة.

وقد شغلت قضية التدريب الإكلينيكي في هذه المرحلة اهتمامات المتخصصين والهيئات العلمية والمهنية. وبذلت فيها جهود عديدة متميزة أدت إلى تراكمات جوهرية على امتداد التاريخ الحديث لعلم النفس الإكلينيكي، وذلك على الوجه التالي:

أ- تطور التدريب الإكلينيكي

اهتم (ويتمر) منذ بداية عمله في هذا المجال بقضية التدريب، وقام منذ عام ١٨٩٨ بتدريب أولئك الذين اختاروا لأنفسهم مجال العمل الإكلينيكي تدريباً عملياً في الميدان وبصورة مكثفة، وكان المعنى العميق لذلك هو أن التدريب وتعلم المهارات - لا مجرد المعرفة النظرية أو التحصيل الأكاديمي - أساسيان على درجة كبيرة من الأهمية للممارسة المهنية في هذا المجال.

وبعد ذلك بعشر سنوات وضع (هنري جوردان) خلال فتره رئاسته لمركز فاينلاند نظاماً للتدريب المكثف طوال الوقت بدأ عام ١٩٠٨ للإخصائيين النفسيين الإكلينكيين يشبه نظام فترة الامتياز الطبية التي يقضي خلالها الطبيب المتخرج عامّاً كاملاً تحت التدريب في مستشفى معتمد، كما قام (وليم هيلي) أيضاً بتدريب الأخصائيين النفسيين في نظام للتفرغ الكامل في معهد السيكوباتيين الجانحين في شيكاغو، وقام (بيركس) بتدريب الأخصائيين الإكلينكيين في مستشفى الجانحين في بوسطن.

ويذكر (ادجار دول) أنه لا يمكن اعتبار شخص ما أخصائياً نفسياً مؤهلاً دون فترة تدريب متفرغ، وهو يعتبر التدريب بنفس درجة أهمية الدكتوراه في علم النفس، وكانت الصيغة العامة لهذا التدريب المتفرغ هي قضاء عام كامل، طوال الوقت في التدريب تحت إشراف مدرب ذي خبرة.

وكانت قضية التدريب الإكلينيكي تاريخياً واحدة من أهم المشكلات التي برزت في مجال التخصص ويعود الفضل في تقرير نظم تدريب الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين إلى الظروف الإجتماعية التي أفرزتها الحرب العالمية الثانية. ففي عام ١٩٤٥ كانت نسبة المحاربين القداماء في الولايات المتحدة المستحقين للمعاشات من الجنود، وتصل نصف عدد المقيمين منهم في المستشفيات. وقد حدد بإدارة المحاربين القداماء لأن تطلب من جمعية علم النفس الأمريكية قائمة ببرامج التدريب الإكلينيكية التي تقدم في الجامعات والتي يقبل الحاصلون على الدكتوراه منها بوصفهم أخصائيين إكلينيكيين، ونشرت جمعية علم النفس الأمريكية هذه القائمة في عام ١٩٤٧، وحددت فيها متطلبات برامج علم النفس الإكلينيكي المعترف بها، والتي تتمثل في الآتي:

١ - وجود تسهيلات سيكاترية.

٢ - عيادة أطفال.

٣ - توفر موقع ثالث على الأقل للتدريب.

ولم يتطبق هذه الظروف إلا على ثمان عشرة جامعة فقط في كل الولايات المتحدة، تلى ذلك نشر الجمعية في عام ١٩٤٨ قائمة بالتسهيلات المتاحة للتدريب الأخصائي الإكلينيكي المتفرغ. وتزامن مع ذلك إعلان المعهد الوطني للصحة

العقلية عن خطته لدعم التدريب في الدراسات العليا في المجالات المختلفة للصحة العقلية، وكان علم النفس الإكلينيكي من بين هذه المجالات.

وعُين (كارل روجرز) وكان وقتها رئيساً لجمعية علم النفس الإكلينيكي. ويعد شاركو هو صاحب الفضل الأول في وضع النموذج التدريبي القائم حتى الآن في المجال. وكانو شاركو قد حصل بنفسه على نمط تدريبي مميز في علم النفس الإكلينيكي أثناء دراسته العليا في جامعة هارفارد، حيث قضى وقتها فترة تدريبية كإخصائي نفسي مقيم في مستشفى ورشستر بعد عامين كاملين من الدراسة الأكاديمية الأساسية للحصول على الدكتوراه، تلاها بحثه التجريبي على المرضى عقليين وأنتهت اللجنة بما عرف باسم تقرير شاركو، والذي صدر عام ١٩٤٧، وكان أول وثيقة نظامية أسس للتدريب الإكلينيكي ويذكر التقرير الآتي:

"يقف خلف كل أهداف التفرغ التدريبي حقيقة أن المعلومات الجوهرية اللازمة لممارسة علم النفس الإكلينيكي لا يمكن تحصيلها من الكتب أو المحاضرات أو من أية وسيلة أخرى، توفر فقط المعلومات عن الناس أو عن طرق دراستهم أن الخبرة العميقة والشاملة بالناس هي الجوهرية، بالأحرى إذا ما أراد الطالب اكتساب منظور مناسب وقدرة على أن يطبق بشكل فعال الحقائق والأساليب العلمية المكتسبة في الموقف الأكاديمي أن الإضافة الرئيسية لنظام التدريب هي توفير الخبرة العلمية التي تتزايد تدريجياً، كما أن تنمية وإدراك حجم كبير من الخبرات التي تسبغ معاني

عيانية على المبادئ العامة أمر يمكن الحصول عليه فقط من خلال قدر كبير ومتنوع من الصلات بالمشكلات الإكلينيكية الحقيقية بالتعاون مع النظم العلمية الأخرى. وتعتبر هذه الصيغة بوضوح عن فلسفة التدريب الإكلينيكي بوصفة مصدرًا مباشرًا لاكتساب مهارات مهنية من خلال المعيشة الواقعية للمرضى في الميدان".

مؤتمر بولدر

عقد بعد ذلك مؤتمر الدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي في جامعة كولورادو في بولدر في أغسطس ١٩٤٩ تحت رعاية المعهد الوطني للصحة العقلية وحضره حوالي سبعين مشاركًا، وأصدر المؤتمر نموذجًا تدريبيًا للأخصائي الإكلينيكي هو ما تضمنه تمامًا تقرير شاركو السابق. ويقوم هذا النموذج على تدريب الممارس- العالم بمعنى أن الأخصائي الإكلينيكي المطلوب هو عالم أكاديمي ممارس للبحث بكل مواصفات المتخصص الحاصل على الدكتوراه في علم النفس، وهو في الوقت ذاته ممارس للمهنة قائم بكل متطلباتها من تشخيص وتقييم وعلاج.

مؤتمر جينزفيل

حدد مؤتمر جينزفيل الذي عقد عام ١٩٨٧ -بعد ٣٨ عامًا من مؤتمر بولدر- خصائص فترة التفرغ التدريبي أو الامتياز في التي: يتعين أن توفر فترة التفرغ

التدريبي برنامجاً نظامياً للإشراف، وتدريباً نفسياً تطبيقياً ممتداً، يتسق مع الخبرة البحثية والدراسية السابقة، والخبرة التطبيقية في الدراسات العليا والتدريب، وتوفر فترة التفرغ التدريبي التكامل بين المعلومات العلمية والمهنية والأخلاقية، والاتجاهات والمهارات الأساسية في الممارسة المهنية.

وتساعد فترة التفرغ التدريبي في تشكيل الدور الاجتماعي وهوية المهنة للمتدرب، والشخص الذي ينهي فترة التفرغ التدريبي هو شخص أظهر القدرة على الأداء المستقل والمسئول بوصفه أخصائياً نفسياً ممارساً.

وكان مؤتمر جينزفيل هو أول مؤتمر في تاريخ علم النفس الإكلينيكي، يفحص القضايا الخاصة بالسياسات العامة المتعلقة بالتدريب التخصصي في علم النفس المهني، ووضعت في هذا المؤتمر الاستراتيجيات العريضة لهذا التدريب المقيم، كما نوقشت فيه الدلالات الخاصة بهذه السياسات، واعتبر المؤتمر أن نموذج التدريب الممتد على مدي عام واحد نموذج قديم عفى عليه الزمن وانتهى إلى أن الخبرة التدريبية تحت الإشراف الممتدة لعامين كاملين هي الأساس الضروري لتأهيل أخصائي نفسي مهني مستقل الأداء .

وقد يكون من الضروري للتعرف على أبعاد قضية التدريب الإكلينيكي التوقف عند هذا المؤتمر والنتائج والمبادئ العامة التي أقرها، فمن ناحية عقد المؤتمر للإجابة على عدد من الأسئلة المحورية المتعلقة بالتدريب من ذلك :

١- ما هدف التدريب المتخصص [الامتياز]؟ وما العائد من هذا التدريب المتخصص؟ وهل يهدف هذا التدريب لإعداد أخصائي نفسي مهني مستقل

الأداء؟

٢- ما المرحلة التي يتعين أن يبدأ فيها نظام التدريب المتخصص أثناء الدراسات العليا؟ هل يتعين إكماله قبل أم بعد الرسالة؟ وهل يتعين أن يكون التدريب بعد

الدكتوراه؟

٣- ما التخصصات المطلوب توفير التدريب المتخصص لها هل توجد مجالات أخرى غير علم النفس الإكلينيكي والارشادي المدرسي؟

٤- ما محكات القبول للالتحاق بالتدريب المتخصص وما محكات اكتماله؟

٥- ما العمليات والنظم الضرورية للتدريب المتخصص [الفترة اللازمة، المواقع، والخبرة السابقة للمتدرب، والقضايا الخاصة بفريق التدريب على سبيل المثال]؟

٦- هل هناك محتوى أساسي للتدريب المتخصص في علم النفس، وما مدى التخصص الذي يتعين أن يكون عليه التدريب؟

٧- ما القضايا المالية والإدارية التي تعوق أو تيسر التدريب. وما الوضع الراهن، وما الوضع المأمول مستقبلاً لتمويل التدريب وبقية القضايا الإدارية الأخرى؟

ويلاحظ من ناحية أخرى أن مؤتمر جينزفيل ربط بشكل صريح بين التدريب على المهارات المهنية واكتساب المعلومات الأخلاقية المتعلقة بالممارسة، كما يلاحظ من ناحية ثالثة تحول الاهتمامات من توفير التدريب في مستشفيات الطب النفسي فقط إلى مواقع أخرى تتوافر فيها الخبرات النفسية الإكلينيكية.

وكان ذلك مواكباً لنمو هذه الخبرات والممارسات الإكلينيكية وتعد أفضل صيغة معبرة عن هذا الاتجاه الجديد الساعي إلى نقل الخبرات النفسية الإكلينيكية إلى الأجيال الجديدة. ويذكر (كوناش) أن القوط وحدها هي التي يمكن أن تلد قوط؛ مشيراً بذلك إلى أهمية أن يدرّب الأخصائي النفسي الإكلينيكي المتمرس وصاحب الخبرة الأخصائي المبتدئ تحت التدريب.

وقد ميز المؤتمر المتخصص وهو التدريب المهني الذي يسعى لإعداد الأخصائي النفسي المهني (الإكلينيكي أو الإرشادي أو المدرسي على سبيل المثال) وبين التدريب العملي الذي يقدم من خلال البرامج الدراسية في المراحل السابقة، وأطلق عليه اسم التدريب العملي كما اعتبره شرطاً أو متطلباً أساسياً يتعين -إنهاؤه قبل الحصول على التدريب المتخصص في مرحلة الدكتوراه .

وتتلخص القواعد العامة التي انتهى إليها المؤتمر بشأن القضايا المطروحة في الآتي:

- ١ - تمتد فترة التدريب المتخصص لمدة عامين كاملين وليس عامًا واحدًا كما كانت عليه الحال من قبل .
- ٢ - يبدأ التدريب بعد استكمال أطروحة الدكتوراه وقبل الحصول على الدرجة العلمية ولمدة عام (باعتبار أن التدريب المتخصص والممارسة المهنية ولقب أخصائي نفسي إكلينيكي يتاح فقط في مستوى الدكتوراه وليس قبل ذلك).
- ٣ - يجب إجراء التدريب من خلال برامج معتمدة من جمعية علم النفس الأمريكية، وأن يكون المتدرب قد أمضى قبل ذلك ٩٠٠ ساعة من التدريب العملي في مرحلة ما قبل الدكتوراه .
- ٤ - يستكمل التدريب المتخصص لمدة عام آخر بعد الدكتوراه .
- ٥ - يحصل المتدرب على أجر خلال تدريبه المقيم .
- ٦ - يجب توافر عدد من المتطلبات الجوهرية للقبول في التدريب، من ذلك الخبرة البحثية، والقدرة على تطبيق المهارات العملية والتفكير النقدي.
- ٧ - أن تظل العلاقة قائمة بين برامج التدريب وبرامج الدراسات العليا، بمعنى أن يكون التدريب المتخصص إمتدادًا متسقًا مع الدراسة العليا والتدريب العملي، بحيث لا يعبر عن تحول في الاهتمامات بين هاتين المرحلتين.

٨ - أن يكون هناك تكامل بين المعلومات العملية والاتجاهات الممارسة المهنية .

وقد اعتبرت جمعية علم النفس الأمريكية التوصيات التي خرج بها المؤتمر جينزفيل بمثابة بيان مهم بالسياسة التي تتضمن التوجيهات المستقبلية في نظام التدريب، ورغم أن هذه التوصيات ذات طبيعة برنامجية إلا أنها تعكس الرؤية والفلسفة الحالية، القائمة حتى الآن والتي تؤثر في نظام التدريب (أو التفرغ التدريبي).

وأغلب الجهات والهيئات التي يتاح من خلالها تقديم برامج التدريب الإكلينيكي المقيم هي مؤسسات هدفها الأول تقديم خدمات الرعاية الصحية. من ذلك المراكز الطبية الكبرى، والمستشفيات، والعيادات التي تقدم الخدمات والرعاية لمرضى داخليين، ممن يعانون الاضطرابات العقلية .

محكات القبول في التدريب المتخصص (أو الامتياز)

حددت محكات القبول اللازمة للالتحاق بالتدريب المتخصص ضرورة أن يكون المتدرب قد حصل خلال دراسته العليا على تدريب تحت إشراف رسمي، وتدريب عملي في مجال الخدمات النفسية المباشرة، وبحيث يشمل هذا التدريب تنوعاً في مناحي التقييم والتشخيص أساليب التدخل والعلاج التي تخدم جمهوراً متنوعاً، وأن يتناول التدريب مجالات واسعة من المشكلات، ويتعين أن تتضمن فترة

التدريب تحت الإشراف ٩٠٠ ساعة، منها ٤٥٠ ساعة تحت الإشراف المباشر في الخدمات النفسية في مجال التدخل والعلاج والتقييم والتشخيص، ٣٠٠ ساعة من الإشراف الرسمي (على المستويين الجمعي والفردى)، وتتنوع ساعات الممارسة تحت الإشراف على الامتداد عام واحد على الأقل.

المزايا المستهدفة

يعتمد التدريب المتخصص على أهمية توفير الخبرات على أساس المعرفة والمهارة والاتجاهات في علم النفس المهني، وهي تستهدف بشكل مباشر توفير المزايا الآتية:

- ١- تتنوع في مناهج التقييم والتشخيص عبر تنوع المشكلات لدى فئات متنوعة من الناس.
- ٢- تتنوع في أساليب التدخل والعلاج عبر مجموعة من المشكلات، ولدى فئات متنوعة من الناس .
- ٣- خبرة مع الفئات أو الجماعات الحضارية والعرقية المختلفة، وتوفير الخدمة النفسية، ودون الاقتصار على توفير هذه الخدمة فقط .
- ٤- البحث والتطبيق العملي لنتائج البحوث .

٥- استخدام المهارات العملية، والتفكير النقدي في الممارسة المهنية .

٦- دراسة القضايا المهنية والأخلاقية والقانونية المتعلقة بالممارسة .

٧- التدريب على الإشراف والإدارة في مجال الخدمات النفسية .

وتتضمن عمليات التدريب التي يتم نقل هذه الأهداف الجوهرية، خبرات إشرافية، ودراسة رسمية، وخبرات، وقرارات موجهة، وتوفير إمكانية التفاعل بين المتدربين .

- في ضوء ما انتهى إليه مؤتمر جينزفيل من توزيع التدريب على مرحلتين:

عام قبل الدكتوراه و عام بعد الدكتوراه

ودعته لعقد مؤتمر يُخصص لقضايا التدريب بعد الدكتوراه أصبح من الضروري أن تتكاتف الجهود للتنسيق لهذه المرحلة التدريبية ووضع خطوطها العريضة، وقد تحقق ذلك من خلال مؤتمر أن أبور في ميتشيجان الذي عقد في أكتوبر ١٩٩٢ وخصص الدراسة بعد الدكتوراه، وقد عبر المؤتمر عن تحول في النظرة الخاصة بمسؤولية تحديد معايير التدريب بعد الدكتوراه مؤكِّدًا على ضرورة أن تكون هذه مسؤولية أساسية للتخصص وليس لجهات أخرى خارجة عنه .

والواقع أن مؤتمر أن أبور كان تاليًا للقاء سابق في فترة مبكرة دار حول

الموضوع نفسه، حدث قبل ذلك بعشرين عامًا ١٩٧٢ عندما اجتمع ٤٢ أخصائيًا

نفسياً في عيادة مينجر للدعوة لأول مؤتمر في علم النفس يكون محورة قاصراً على قضايا الدراسة والتدريب في المرحلة الذاتية التالية الدكتوراه، بالرغم من عدم التوصل لهذا اللقاء إلى وضع سياسات نوعيه عريضة، إلا أن المشاركين أظهروا اهتماماً أساسياً واضحاً بالثنائية -التي اعتبروها زائفة- بين البحث والعمل الإكلينيكي، وهي السياسة التي كانت تلقى تشجيعاً في التدريب بعد الدكتوراه، وقد اعتبر المجتمعون أن البحوث والتدريب عملية متكاملة .

أصدر مؤتمر أن أبور بياناً ختامياً يتضمن مجموعة المبادئ والأسس الخاصة بهذه المرحلة التدريبية، يمكن تلخيص أهم الخطوط الأساسية فيه في الآتي:

١- يجري التدريب في مواقف متنوعة في المجالات الطبية والتعليمية ومجال الخدمات الاجتماعية .

٢- التدريب بعد الدكتوراه عملية تعليمية وتدريبية منظمة، يلي الحصول على درجة الدكتوراه المعتمدة على برامج من الدراسة في علم النفس المهني. ويهدف التدريب في مرحلة ما بعد الدكتوراه للتزود بكفاءة متقدمة وخبرة في الممارسة المهنية في علم النفس، ولا يقصد به تدريباً يقتصر على زيادة الكفاءة في إجراء البحوث .

٣- المراكز التي يتم فيها التدريب هي مواقع تعليمية وتدريبية متقدمة، تقوم على أسس مهنية وعلمية مرموقة، وهي تلتزم بوضع معايير التعليم والتدريب، وتوفير الفرص لتطوير وابتكار نماذج إبداعية للممارسة المهنية، إلى تطوير البرامج والتدريب والتعليم والبحوث الإكلينيكية .

٤- يجب أن تعبر كل جوانب البرنامج التدريبي، بما في ذلك التعليم، والفريق القائم بالتدريب، والمشرفين عن المبادئ الآتية :

أ) تبني واحترام المبادئ الأخلاقية للأخصائيين النفسيين والالتزام بها، سواء في الخدمات أو البحوث أو التدريس أو الأنشطة الإشرافية .

ب) الإلتزام بالتدريب وفق المعايير النفسية التي تفرض احترام التنوع الإنساني، والذي يقصد به هنا -على سبيل المثال لا الحصر- التنوع العرقي والجنسي، والتنوع في الأعمار والأوضاع الاجتماعية الاقتصادية ونمط الحياة.

وهو ما يتفق مع المحك الثاني من المحكات السبعة التي وضعتها جمعية علم النفس الأمريكية كشرط الاعتراف بالبرامج التدريبية، والذي يؤكد على احترام وتطوير المهارات المتعلقة بالفروق الفردية والحضارية للأقليات العرقية والنساء والمعوقين والأشخاص ذوي الميول الجنسية المثلية، والفروق في العقائد ونمط الحياة ويلاحظ بعض الباحثين أن البحث أن المحك الثاني المشار إليه هذا هنا لم يشدد

بالقدر الكافي على هذه النقطة التي يعتبرونها جوهرية وهى وجهة نظر تختلف عما يؤكد باحثون آخرون حول أصالة اهتمام المبدأ المذكور بمفهوم التنوع الحضاري والتباين الإنساني.

ج) أن تكشف مراكز التدريب عن حس مرتفع الكرامة الإنسانية، أن يتم التدريب بطريق محترمة تحمي الحقوق الشخصية والمدنية لكل متدرب، وأن يتوافر لكل المتدربين القدر نفسه من الاحترام الذى يتوفر لأعضاء فريق التدريب في موقع البرنامج، ويتعين وضع القواعد الضرورية لتأكيد حماية هذه الحقوق.

د) تحترم المراكز التى تقدم التدريب في هذه المرحلة الرفاهية العامة على أوسع نطاق من خلال توفير تعليم أكثر كثافة، وتدريب يجرى في سياق الالتزام التقليدي في المجال بالأسس العلمية، ومن خلال إمكانية تحقيق المتدربين لمستويات مرتفعة من الكفاءة .

هـ) لأن التدريب في مراكز مختلفة طريقة من بين طرق متعددة لتوفير التعليم النظامى والخبرة تحت الإشراف المطلوب لتحديد هوية المتخصص، فقد تقدم هذه المراكز أيضاً فرصاً لتطوير وابتكار نماذج جديدة تحسن من الخدمات للجمهور، والتقدم نحو تحقيق الاحتياجات الاجتماعية الطارئة .

نماذج التدريب:

يتم التدريب خلال فترة الامتياز وفق عدد من بدائل، وغالبًا ما يكون للهيئة أو المستشفى الذى يقدم هذا التدريب نظمها الخاصة، غير أن هذه النظم من المرونة والحيوية بحيث يمكن تعديلها في أحيان كثيرة لتلائم احتياجات المتدربين، بحيث يصبح النظام المعمول به شاملاً كل أفراد مجموعة المتدربين، أو الدفعة المعنية منهم، وقد يتغير أو يتعدل النظام بالنسبة إليهم وهكذا.

وأهم نماذج التدريب هي الآتي:

١ - نموذج التابع الثابت:

ويحصل كل المتدربين وفق هذا النموذج على خبرة تدريبية متماثلة بنظام ثابت وسابق التحديد مثال ذلك أن يقضي كل المتدربين النصف الأول من فترة الامتياز في أقسام المرضى الداخلية والنصف الثاني في العيادات الخارجية، ويقسم الوقت في كل فترة من الفترتين بين المرضى الراشدين والأطفال وأسر المرضى ويرتبط المتدربون في هذا النموذج بالمشرفين على تدريبهم ممن تتفق خبراتهم مع المتطلبات الإكلينيكية في البرنامج التدريبي والاحتياجات النوعية للمتدربين.

٢- نموذج التدوير:

يتيح هذا النموذج فترات مرنة من التدريب. وتأخذ عملية التدوير شكل واجبات إكلينيكية في برنامج إكلينيكي محدد، أو في وحدة أو قسم معين لفترة محدودة (عادة ما تمتد من ثلاثة إلى ستة أشهر).

ويمكن لهذه الواجبات أن تبدأ في أي وقت خلال فترة الامتياز. من ذلك أن يبدأ المتدرب برنامجه لفترة تمتد ثلاثة أو ستة أشهر في العيادة الخارجية، ثم ثلاثة أشهر في قسم التقييم النفسي العصبى. بينما يبدأ المدرب بدورة مختلفة متزامنة مع دورة المتدرب، فيبدأ من العيادة الخارجية أولاً، ثم الانتقال إلى قسم التقييم النفسي العصبى، ثم قسم المرضى المزمين بعد ذلك وقد تختلف نظم التدوير من برنامج لآخر، وقد تتطلب أن يحصل كل المتدربين على الدورة نفسها (ولكن من خلال تتابع مختلف).

وينظم هذا البرنامج أحياناً بحيث ينقسم إلى قسمين: البرامج الأساسية، والبرامج الاختيارية. وتتضمن البرامج التي تقدم اختيارات تدريبية إمكانية أن يختار المتدرب مجالاً معيناً من بين عدد من المجالات التدريبية، ويتميز هذا النظام المرن بتوفيره الفرصة للمتدرب ليشكل خبرته التدريبية، وفق اهتماماته واحتياجاته، وتستوفي هذه الاختبارات التدريبية متطلبات معينة تتعلق بفترة وكثافة التدريب، دون

تحديد أو إلزام صارم بمجالات ثابتة تفرض على المتدرب، مثال ذلك أم يكون المطلوب من المتدرب الحصول على دورتين أساسيتين تمتد كل منهما لمدة أربعة أشهر، ودورتين اختيارييتين تمتد كل منهما لشهرين.

٣- نموذج المسارات:

يتيح نموذج المسارات الفرصة للمتدرب الذي يرغب في تركيز تدريبه على مجال فرعي بعينه (مثال علم نفس الطفل، أو الراشدين، أو الصحة النفسية، أو علم النفس العصبي)، وتقسّم البرامج وفق هذا النموذج قرص التدريب عبر مسارين أو أكثر، تحددهم توجهات فرعية معينة، ويحصل المتدرب وفق هذا النظام على خبرات مكثفة ومتعمقة في مسار أو مجال معين وخبرات أخرى متنوعة، ولكن أقل كثافة وعمقاً في بقية المسارات الأخرى .

وقد يتضمن نموذج المسارات إمكانية تقديم خبرات تدريبية اختيارية، وتتابعات تدريبية ثابتة. ويسمح بعضها الآخر بتشكيل فترة التدريب من أساسها وفق احتياجات المتدرب، مثلما يحدث في النموذج التدويري.

الفصل الخامس

(التشخيص النفسي الإكلينيكي)

الفصل الخامس التشخيص النفسي الإكلينيكي

مدخل للوصف الإكلينيكي - الوصف والفحص السيكاتري

يتعين لفهم الفرق بين التشخيص النفسي الإكلينيكي والتشخيص السيكاتري أن نُلقي نظرة على ما يرد في تقارير التشخيص السيكاتري لنتبين طبيعة التوجيهات في كلا المنحنيين ويختلف الوصف والفحص السيكاتري للمريض عن المنظور النفسي. من حيث أن الأول يركز أساسياً على الأعراض والعلامات الدالة على المرض أو الاضطراب، ولا يُلقي عناية كبيرة إلى الوظائف الأساسية العقلية والمعرفية التي تحظى باهتمام الأخصائي النفسي الإكلينيكي، والذي يملك الخبرة والمهارات والأدوات اللازمة لفحصها وتقييمها، ونعرض فيما يلي حالة لمريض من المنظور السيكاتري نوضح من خلالها كيفية تناول الطبيب النفسي وتفسيره هذه الأعراض.

حالة رجل الأعمال السيد (س)

السيد (س) رجل أعمال في الخامسة والخمسين من العمر، وهو متزوج، ودخل المستشفى منذ ثمانية أشهر، وهو يعاني الإسهال، والتعب، وانخفاض الوزن، وقد طلب العلاج في عدة أماكن سابقة في كل من الولايات المتحدة وأوروبا، غير أن مرضه استعصى على التشخيص. وكان المطلوب الحصول على استشارة طبية نفسية -سيكاتيرية- لأن كلا من المريض وأطبائه يعتقدون أنه يعاني إكتئاباً، وهم حيارى حول الدور الذي يمكن أن يكون به هذا الاكتئاب في فقدانه للوزن وفيه حالاته

العامة. وقدم السيد (س) تقريرًا تفصيليًا لتاريخ هجرة أسرته إلى أمريكا، عندما كان طفلاً، وتاريخًا لنجاحه في مجال الأعمال، والصعوبات المتزايدة التي يعانيها نتيجة لفقدانه الوزن وشعوره بالتعب، وقد فقد حوالي ٣٨ كيلو جرام خلال الثمانية شهور الأخيرة، وهو يجبر نفسه الآن على الأكل. بينما كان الأكل في الماضي مصدر متعة له، وهو يعتبر نفسه زواقًا، وبالرغم من شكوته من بعض الصعوبات المتعلقة بذاكرته وتركيزه، إلا أنه استمر في أعماله على المستوى الدولي، وفي إدارة مشروعات مالية متعددة، ويقول أنه يشعر بالحزن، ولكنه يأمل أن يتم تشخيص حالاته بسرعة. وهو يعامل نفسه بالطريقة الاستبدادية ذاتها التي اعتاد التعامل بها في عمله ومع أسرته. وكان لديه العديد من الاهتمامات بما في ذلك حياة جنسية نشطة كان يرغب في مواصلاتها بمجرد استرداده لصحته.

وقد أكدت زوجته هذا التاريخ المرضي وتحدثت عن تحكمه الكامل في إدارة أعماله، وفي تسيير كل الأمور المالية الخاصة بالأسرة. وقد وصفت كيف أدى ذلك إلى صراعات مع أبنائها، الذين كانوا يقاومين عدم تخطي والدهم عن السيطرة، بالرغم من أنهم يعملون بالشركة التي تملكها أسرته. ومن رأيها أن زوجها مكتئب، وأن هذا الاكتئاب هو سبب كل أعراضه. وفي إجاباتها عن أسئلة حول أنشطته، وافقت على أن تعبهُ يبدو بمثابة المعوق الوحيد الذي يحول دون شغفه بالأمور، ولم تكن تستطيع الإجابة على أية أسئلة تتعلق برغباته الجنسية لأنها كانت قد توقفت

عن ممارسة الجنس معه منذ عشر سنوات قبل تعرضه لهذا المرض، وقد وافق هو على رغبته وهي تفترض أنه يلتقي ببعض العاهرات بين الحين والآخر.

وعلى مدى الأيام القليلة التالية لدخول السيد (س) إلى المستشفى تدهورت حالته بشكل ملحوظ، وأعتقد أنه ربما أصيب بجلطة في المخ، بسبب بعض التداخل في كلامه والضعف الخفيف في الجانب الأيمن من جسمه، ثم أصبح تنفسه قصيرًا وأُحيل إلى وحدة الرعاية المركزة.

أهمية النسق الوصفي السيكاتري للأخصائي النفسي الإكلينيكي:

أحياناً ما يتجنب بعض الأخصائيين النفسيين الإكلينيكين الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، كما يجد البعض الآخر صعوبة في التعامل به، أو يجدون أي أسسه تعارضاً مع بعض المناحي التشخيصية من المنتقات النفسية النظرية. ولا تعد هذه المواقف علمية من ناحية، كما لا تخدم أهدافه الخدمة الإكلينيكية من ناحية أخرى.

فهذا المنحنى الوصفي الذي يتبناه الدليل التشخيصي -الرابع على وجه الخصوص- يشخص الاضطرابات المختلفة وفق خصائصها الظاهرية فقط، ومظاهر أي تشخيص في الدليل تتضمن عادة تجمعاً من العلامات التي يلاحظها الفحص، أو الأعراض التي يذكرها المريض، ولا يتبنى الدليل نظرية تفسيره أو يعين أسباب مباشرة لأغلب الاضطرابات، الأمر الذي يجعله بمثابة عرض موضوعي لا يتعارض في

حقيقة الأمر مع منحى علم النفس في اهتمامه بما تتعرض له الوظائف النفسية المختلفة من الاضطراب، فالجانبان متكاملان كما لا يتعارض منحى الدليل مع أي نظرية نفسية تهتم بالأسباب، أو قد تهتم بالديناميات وقد أصبح الرجوع إلى الدليل التشخيصي من الممارسات الشائعة الآن بين الأخصائيين الاكلينيكين النفسيين، بهدف الحفاظ على اللغة المشتركة بينهم وبين العاملين في المجال.

بالإضافة إلى قيامهم بعد ذلك بصياغة تشخيصهم لاضطرابات الوظائف - وهو محور الاهتمام النفسي- بطرق بديلة، مثال ذلك أن تشخيص حالة اضطراب الشخصية البينية وفق المحكات التشخيصية الصارمة للدليل، يتطلب بالإضافة إلى ذلك تقديم صياغة أو تفسير إضافي للحالة طابع نفسي، باستخدام النموذج الدينامي مثلاً، والذي يعطي اهتماماً أولياً لخصائص البنية الداخلية للمريض.

من هنا يمكن تلخيص وجهة حاجة الأخصائي النفسي الإكلينيكي للدليل التشخيصي في الآتي:

١. أنه يمكن من التعرف على النظام التشخيصي الذي يستخدمه الأطباء النفسيون شركاؤه في الفريق الإكلينيكي، وأن يألف هذا النظام ومفاهيمه.
٢. يوفر له الخبرة الكافية والفهم الضروري للتقييم النقدي للدليل نفسه .
٣. يساعده في التعرف على أوجه القصور فيه والاختلاف بينه وبين المنظور النفسي.

٤. يساعده على عدم إقامة تعارض -بل تكامل- في الممارسة مع الجهود السيكاترية.

٥. يساعد على اكتساب فهم للتقييم التشخيصي وقياس بقية المتغيرات الأخرى .

٦. يؤكد أن فهم أي اضطراب لا يقف منفصلاً عن الكثير من المتغيرات الفيزيقية والبيئية والاجتماعية، وأنه ينعكس على الناتج العام لكل إمكانيات الفرد في صورة مجمل أدائه العام.

٧. يؤكد له أن المنظور السيكاتري لم يغفل أهمية الكثير من المتغيرات والعوامل النفسية المتعلقة بالاضطرابات المختلفة، وأنه الدليل عبر عنها في أكثر من محور، وأنها في حقيقة الأمر مدخل مهم من مداخل الجهد النفسي العلاجي والتأهل في مجال الاضطرابات المختلفة العقلية والشخصية الذهانية والعصابية.

ولا يمكن في نهاية الأمر إغفال حقيقة أن الدليل التشخيصي الرابع كان جهداً مشتركاً أسهم فيه عدد من علماء النفس -وليس علماء الطب النفسي فقط- بصورة تؤكد التلاحم والتفاعل والتكامل بين النظامين العلميين.

وتمتد اهتمامات وخدمات الأخصائي النفسي الإكلينيكي لتغطي مجالات متسعة بدءاً من تدريب عميل على اكتساب مهارات اجتماعية معينة تساعده على مواجهة تعقد مواقف التفاعل الاجتماعي التي يشارك فيها، والتي تؤدي إلى تعرضه إلى الاضطراب بأي صورة من صورته، إلى التدريب على الاسترخاء، أو التدريب

على التحكم في الأفكار والسلوك، بالإضافة إلى التعامل مع الانشغالات حول بعض أنماط السلوك المغاير للأعراف السائدة والتي يختارها المريض بإرادته أسلوباً أو نمط لحياته، أو الانشغالات المتعلقة بتفضيلاته أو هويته الجنسية، إلى علاج المخاوف والقلق، واضطرابات النوم، واضطرابات ما بعد الصدمة، والآثار الناتجة عن الانتهاك الجنسي أو الاغتصاب، إلى تقييم وتنمية عدد من القدرات ووظائف المرضى الذهانيين عوناً لهم على إستعادة قدر من قدراتهم على التفوق الاجتماعي، ودعمًا لأساليب العلاج الدوائية.

ويعد كل ذلك أمثلة للعديد من المهام والوظائف التي يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي والتي تتسع لتتضمن على سبيل المثال التأهيل النفسي العصبي، والخبرة أو الشهادة في المحكمة مما يدخل في إطار علم النفس الشرعي، وعلاج الإدمان، والصراعات الزوجية إلى غير ذلك من الأنشطة. وتمتد خدمات الأخصائي الإكلينيكي الآن للكثير من الممارسات العلاجية، من ذلك أساليب التدخل المعرفية في علاج الاكتئاب، والأساليب السلوكية في علاج الوسواس القهري والمخاوف، بالإضافة إلى طرق علاج القلق وغيرها من الاضطرابات التي اتسع المجال فيها للتدخلات السلوكية والمعرفية الناجحة.

ويحتاج الأخصائي النفسي الإكلينيكي في كل هذه المجالات إلى البدء بتقييم سيكومتري، ويتضمن التقييم السيكومتري تقليدياً الحصول على عينة من سلوك

الشخص في موقف مقنن، مع التركيز على العميل نفسه وليس على التقديرات الكمية التي نخرج بها من أدوات التقييم السيكومتري هذه باعتبارها وسيلة وليست غاية في ذاتها في الموقف الإكلينيكي.

وقد لا يتوقف هذا التقييم ليكون نقطة البداية، بل قد يتكرر عدة مرات أثناء العلاج مع تغيير يحدث للمريض مصحوباً بعوامل التدخل المختلفة، سواء كانت هذه العوامل علاجية عمدية، أو عوامل دخيلة أو عارضة إيجابية أو سلبية، كما يمتد أيضاً إلى ما بعد انتهاء العلاج ليتحقق من خلاله الأخصائي النفسي الإكلينيكي من نتائج العلاج، وما يكون المريض قد حققه من تحسن أو شفاء.

أهداف التقييم السيكومتري

التقييم والتفسير السيكومتري عبارة عن جهد منتظم لفهم الفرد بمفاهيم الأداء الحالي والأداء السابق على ظهور المشكلة التي أدت لخضوع الفرد لهذا التقييم وهو تشخيص للحالة الراهنة للفرد، ووظائفه النفسية المختلفة، وهو يختلف في ذلك عن التشخيص السيكاتري الذي تكون الأعراض -لا الوظائف- هي محور اهتمامه.

وبينما يعرف أرثر التشخيص بأنه تحديد المرض والعلل أو الاختلالات المسؤولة عن الأعراض والعلامات والشكاوي، أو السلوك الذي يعتقد أنه أحد سمات الصحة العلية، وهو تعريف ينطبق بقدر أدق على التشخيص السيكاتري. فأننا

نستطيع تعريف التشخيص أو التقييم النفسي الإكلينيكي "بأنه تحديد للوظائف والخصائص النفسية التي تعرضت للإختلال والمصاحبة للأعراض والعلامات التي يعتقد أنها تعبر عن حالة من عدم السواء يكون عليها الفرد والتي يمثل تحسنها وعودتها للأداء المتوقع علامة إيجابية على السواء والتوافق.

غير أن هناك سؤالاً يتكرر طرحه كثيراً حول التقييم النفسي في الممارسة الإكلينيكية، وهو سؤال يبدو مبرراً في الظاهر وفق بعض الاعتبارات التي تعبر في حالات كثيرة عن شك في قيمة هذا التشخيص وضروريته وتلخص أهم النقاط التي تُثار في هذا الشأن في الآتي:

١ - التقييم السيكمومي والتقييم السيكمومي:

فالتقييم النفسي السيكمومي في جوهره أسلوب تشخيص، وما يوفره عبارة عن تعرف على خصائص الحالة المرضية لوضع برنامج أو خطة للعلاج. وغير أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية التي تصدره جمعية الطب العقلي الأمريكية يقدم جهداً متميزاً في التشخيص ومحكاته، وهو يغطي مجالات عديدة، ولا يقتصر على الاضطرابات العقلية الكبرى فحسب، بل تمتد اهتماماته إلى الاضطرابات العصبية والمشكلات السلوكية والتخلف العقلي .

فلا يوجد أخصائي نفسي إكلينيكي لا يرجع الآن إلى الدليل التشخيصي أو يتجاهله أو يهمل قيمته التشخيصية الجوهرية وكمية المعلومات التي يمكن أن تتوفر من خلاله، وبالتالي فلا ضرورة للتقييم النفسي السيكومتري.

٢- إن أغلب المرضى يصرحون بشكواهم للأخصائي النفسي الإكلينيكي في

حالات الاضطرابات العصابية على وجه الخصوص:

وغالبا ما يكون المريض هو الذي يسعى باختياره للحصول على الخدمة الإكلينيكية وبالتالي فالأخصائي النفسي الإكلينيكي ليس في حاجة لاستخدام أساليب التشخيص السيكومترية للتحقق مما إذا كان مريض جاءه يشكو من الوسواس يشخص بالفعل على أنه وسواسي فالمريض يأتي بنفسه ليشكو من وساوسه أو قلقه أو مخاوفه أو هلعه فما الذي يدعو لأن نختبره لنعرف أنه قلق أو يعاني أعراضا صرح بها بالفعل ما الذي يبزر أن نختبر مريضا خوفاً باختبار تشخيصي للمخاوف طالما جاء شاكياً من مخاوفه؟ فإذا كان التقييم الإكلينيكي يهدف إلى تشخيص المشكلة فإن المريض يأتي محددًا بوضوح لمشكلته طالبا العلاج أو المساعدة.

٣- انخفاض صدق المقاييس:

حتى إذا كانت الاختبارات والمقاييس والأدوات المختلفة المستخدمة في التقييم السيكومتري مفيدة من حيث المبدأ إلا أنها من حيث الواقع بل وبحكم المعايير السيكومترية الصارمة- تعاني جوانب قصور عديدة فصدقها ضعيف مقارنة بصدق

أساليب القياس الفيزيائية وحتى دون هذه المقارنة سنجد أنها أضعف صدقاً في المواقف الإكلينيكية المعقدة فعندما تكون معاييرها مستخلصة من عينات إكلينيكية فستكون هذه العينات صغيرة غالباً وشديدة التباين كما أن اختبارات الدلالة التي يستخدمها أغلب الممارسين ملائمة لتقدير حجم معين من التغير الناتج عن تدخل عامل خارجي في الحالات الفردية.

والواقع أن نقاط التقدير لحجم التأثير وفترات الثقة حول نقاط التقدير هذه هي الأكثر قيمة في الممارسة الإكلينيكية، الأمر الذي يؤدي لجعل استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية بالأسلوب الذي تستخدم به الآن غير محقق لأحد أهدافه.

٤ - ثبات المقاييس متوسط ومتباين:

لا يقتصر الأمر على الصدق فقط بل أن معاملات ثبات المقاييس متوسطة بصفة عامة ومتباينة في أحوال كثيرة كما أن التباينات بين الأفراد في المجموعات المرضية المختلفة متسعة بقدر واضح مقارنة بما عليه الحال لدي الأسوياء نتيجة لأنها تعكس التباينات المرضية وما تتضمنه من شذوذ وبالتالي فإن استخدام الخطأ المعياري للوصول إلى المدى الحقيقي لأداء أحد المرضى في ضوء ثبات وانحراف معياري للاختبار مأخوذ من عينات مرضية لن يكون مؤشراً دقيقاً يمكن الاعتماد عليه.

٥- تضارب نتائج المقاييس وعدم إتساقها:

من الملاحظ أن استخدام أكثر من مقياس لقياس وتقييم وظيفة ما يؤدي إلى الحصول على نتائج غير متسقة إن لم تكن متضاربة بالإضافة إلى الاحتمالات الواردة الناتجة عن ضعف الارتباط بين هذه المقاييس لقيامها على مفاهيم مختلفة بين باحث وآخر وخصائص سيكومترية متباينة وأسس نظرية متنوعة ويؤدي كل ذلك إلى إرباك الفاحص إزاء هذه النتائج المختلفة كما يؤدي إلى العجز عن الحسم في القرارات المعتمدة على التقييم السيكومتري ويحدث ذلك بقدر أكبر في الحالات المعقدة التي يعاني أصحابها تعدد العوامل المرضية في الوقت الواحد .

إيجابيات التقييم السيكومتري

تغفل كل هذه النقاط السلبية الجوانب الإيجابية المهمة بل والجوهرية في التقييم السيكومتري في المواقف الإكلينيكية والتي يمكن أن نتبينها ونراجعها في السياق نفسه الذي عرضنا فيه وجهة النظر المعارضة للتقييم السيكومتري.

١- تشخيص الأعراض وتشخيص الوظائف

لتشخيص أي اضطراب جانبان مهمان الجانب الأول هو ضرورة التعرف على الأعراض والعلامات التي تشير إلى وجود اضطراب معين وهو ما يوفره الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية وحيث يقدم وصفاً ملائماً ووافياً لهذه

الأعراض والعلامات كما يقدم محكات التشخيص بقدر كبير من الدقة أما الجانب الثاني فهو الوظائف أي الوظائف العقلية المختلفة وسمات الشخصية والتي تتأثر تأثرًا مباشرًا بالاضطراب أو تكون هي ذاتها المضطربة ولا يتعرض الدليل التشخيصي والإحصائي لهذا الجانب ويخرج عن إطاره أم الاهتمام النفسي فيتجه بشكل مباشر إلى الوظائف في محاولة للتحقق من مساهمتها في تشكيل الصورة المرضية ومدى كفاءة المريض وتوافقه وتفاعلاته مع مجتمعه وعلينا أن نفترض - على سبيل المثال- مريضًا فصاميًا لديه هلاوس سمعية وبصرية وهذات تتعلق بعدم واقعية وجوده.

فإذا كانت العمليات الإدراكية الأخرى لهذا المريض وقدراته المعرفية من استدلال وفهم وتذكر وتقييم لم تتأثر على الإطلاق بأعراضه الفصامية السوية وكذلك سلوكه في التعامل مع الآخرين ومع بيئته وظل على تفاعله الاجتماعي السوي وتكامل شخصيته -فكل هذه افتراضات لا مكان لها في الواقع- فلا يمكن اعتبار مثل هذا الشخص مريضًا بأي حال ولن تكون هلاوسه وهذاته أكثر من نمط لحياته يتعايش معه بسلام .

إن الوظائف العقلية وأساليب التوافق وأنماط التفاعل تعد من أكثر محددات الصحة العقلية دقة وجوهريّة وبهذا يصبح من الضروري تشخيص وتقييم وظائف المريض المختلفة والتدخل النفسي ما هو إلا تعامل مع هذه الوظائف بالنسبة إلى

المريض ونجاح مثل هذا التدخل لا يعد فقط مؤشراً ناجحاً وجيداً بل يعد دليلاً على إستعادة المريض لتمامه وسوائه.

٢- تحديد المشكلة وأبعادها وشدتها وتقييم التحسن أو الشفاء

رغم أن أغلب العملاء يتقدمون بشكاوي صريحة من الاضطرابات التي يعانونها وبما يوحي بعدم الحاجة إلى التقييم السيكومتري إلا أن الأمر عكس ذلك تماماً فإذا طرحنا جانباً مشكلة أن بعض المرضى يعانون أحياناً توهمًا للمرض وأن البعض الآخر لا يعرف على وجه التحديد ما مشكلته، فستجد أمامنا موقفاً يتطلب تقييماً سيكومترياً أساسياً لعدة أسباب:

(أ) نحن في حاجة أولاً للحصول على تقدير كمي دقيق لشدة الاضطراب أو المشكلة حتى يمكن وضع الخطة العلاجية في ضوء هذه الشدة.

(ب) يمكن تحديد شدة الاضطراب أو المشكله من وضع الفروض حول احتمالات وجود اضطرابات أخرى مصاحبة أو أساسية لا يعرف المريض قيمتها ولا يشكو منها بشكل مباشر بينما قد يؤدي الكشف عنها من خلال الفحص السيكومتري إلى إعطائها الأولوية في العلاج وبما يساعد على إزالة الشكوى الأصلية أو نجاح علاج المشكلة التي كانت موضوع الشكوى.

ت) رغم أن الأخصائي الإكلينيكي المعالج يتعامل مع مشكلة جزئية محددة فلا أنه لا يستطيع تجاهل أهمية التوافق العام للمريض وهو الأمر الذي يجعله في حاجة إلى وضع خريطة (أو برفيل نفسي) يتعرف من خلالها على حالة الوظائف والخصائص، أو يحصل - بمعنى آخر - من خلالها على صورة كلية لحجم معاناة المريض وتأتي هذه المعاناة على توافقه وسلوكه.

ث) يتطلب تقييم فعالية العلاج عدم الاعتماد على الانطباعات أو التقديرات الشخصية سواء للمعالج أو للمريض إذ تتدخل في مثل هذه التقارير الذاتية عوامل متعددة يمكن أن تؤدي إلى عدم ملاحظة مشكلات خافية أو تفاؤل من المريض في تقدير مدى تحسنه أو انطباع من المعالج مستوحاه من سلوك جزئي في موقف ظرفي معين بينما السلوك المرضى ما زال مستقرًا ويتطلب كل ذلك توافر وسائل مضبوطة ومقننة لتقييم التحسن أو الشفاء وهذه الوسائل المقننة والمضبوطة هي إعادة اختبار المريض وتقييمه سيكومتريًا مرة أو مرات باستخدام الأدوات نفسها وعقد المقارنات بين أدائه قبل بداية العلاج وفي نهايته وربما يتطلب الأمر إجراء مثل هذا التقييم مرات متعددة خلال فترة العلاج لملاحظة التقدم ومعدلاته.

ج) تطوير معدلات قاعدية يحتاج الأخصائي الإكلينيكي بإستمرار إلى تطوير معدلات قاعدية تتمثل في تجميع وتصنيف التقديرات التي يحصل عليها من الحالات التي يفحصها وإجراء التحليلات الأساسية على المقاييس والأدوات المختلفة وعلى فئات

المرضى المختلفين لنساعده على حسن التشخيص والخروج بالدلالات الصحيحة وفهم خصائص الاضطرابات والزمالات المرضية المختلفة ويتوافر كل ذلك من خلال التقييم النفسي الإكلينيكي واستخدام الاختبارات والمقاييس المختلفة وهو ما يؤدي من جانب آخر إلى تحسين إمكانيات وكفاءة هذه الأدوات وتطورها.

(ح) تطوير التخصص وإثراؤه الأخصائي النفسي الإكلينيكي ممارس وعالم في الوقت ذاته، ويتقدم علم النفس الإكلينيكي ويتطور من خلال نتائج الوظيفتين التي يصل إليها الأخصائي النفسي الإكلينيكي العالم من ممارسته والمشكلات التي يلتقيها خلال هذه الممارسة وتطبيقاته للأساليب العلاجية المختلفة وتقييم نجاحها هي الأساس أو الفروض التي ينطلق منها البحث العلمي للوصول إلى حقائق جديدة. ويتطلب منه كل ذلك الاعتماد على وسائل قياس توفر ضبطاً منهجياً وتعاملاً كمياً مع الظاهرة التي يقوم بدراستها بما يؤدي إلى تطور التخصص في ضوء حقيقة أن القياس ما هو إلا تعيين كمي للخصائص وفق قواعد معينة -وهذا التعيين الكمي لخصائص الأشياء هو القياس بإجراءاته المختلفة.

٣- الصدق والقياس غير المباشر

بينما يمكن الاعتراف بأن صدق المقاييس النفسية ليس مرتفعاً بالدرجة الكافية التي تسمح بتقرير حاسم لحقائق مؤكده من نتائجها إلا أنه يجب تذكر أن الظاهرة النفسية -سواء كانت وظيفة معرفية أو خاصة وجدانية- لا تُقاس بشكل مباشر

كما يقاس بوزن معين أو كمية سائل أو طول مسافة وهي القياسات الفيزيائية التي تتسم بدرجة صدق دقيقة أما الخصائص النفسية أو أغلب هذه الخصائص فتُقاس بطرق غير مباشرة من خلال دلائل أو شواهد تشير إليها فهي عبارة عن أبنية فرضية استدلالية تُقاس قياساً غير مباشر ويتم الربط بين دلائل معينة تقع تحت الملاحظة.

ويتم تكميمها وبين هذه الأبنية والمفاهيم أو الوظائف النفسية التي تقف خلفها وهذا هو جوهر مفهوم الصدق في المقاييس النفسية فنحن مثلاً لا نقيس الذكاء مباشرة ولكننا نقيس الطرق التي يحل بها المفحوص مسائل حسابية معينة ومنتوعة وبسرعة محددة ونقيس مقدار ما يعرفه من عينة مقننة من المعلومات العامة وكيف يتصرف ويسلك في مواقف معينة بصورة تتفق مع الأعراض السائدة والمتوقع من الشخص العادي في مواقف محددة وكيف يكتشف العلاقات بين أشياء مختلفة إلى غير ذلك من المهام التي نستدل منها على ذكائه وقد تقترب استدلالاتنا أو تبتعد قليلاً عن الواقع ولكنها في النهاية تشير إلى ما نريد قياسه.

والأمر نفسه في سمات الشخصية، معنى ذلك أن المشكلة ليست في المقاييس وأدوات القياس بل في الخصائص التي نقيسها وتواربها عن مجال الملاحظة المباشرة بما يتطلب مهارة في إستراتيجية الكشف عنها ويحمل التقدم

العلمي في كل يوم دلائل على خطوات اقتراب أوسع وأسرع نحو الصحة والدقة
وبما يؤكد أن العلم في حقيقته تقريب متتالي نحو الحقيقة.

فإذا انتقلنا إلى الفنيات المتعلقة بصدق القياس واستخدام نقاط التقدير لحجم
التأثير بديلاً عن مستويات الدلالة فعلينا أن نلاحظ أن مثل هذا التعديل المنهجي
في منظورنا لنتائج القياس ما هو إلا محصلة للجهود البحثية النفسية والاسهامات
الإحصائية فيها وبالتالي لا يمثل استخدامنا للمقاييس بالصورة الراهنة قصوراً في
الاستدلال بقدر ما يمثل بطناً موقوتاً عند مرحلة من مراحل التقدم العلمي في
مجالات التطبيق والقياس الإكلينيكي ويتزايد كل يوم استخدام التطورات الجديدة بما
يعني -مرة أخرى- أن العلم تقريب متتالي نحو الصحة.

٤ - الثبات واللغة وأحادية البعد

يمكن النظر إلى مشكلة الثبات من المنظور نفسه الذي نظرنا به من قبل إلى
مشكلة الصدق غير أن الأمر يتطلب لكي نكون أكثر تحديداً التطرق لمشكلة جوهرية
في الثبات تسهم بشكل مباشر في خفضه بصفة عامة وهي مشكلة أحادية البعد والتي
لا توجد لا على مستوى الاختبار فقط بل وعلى مستوى البند الواحد ويقصد بمشكلة
أحادية البعد بالنسبة للبند أنه بينما يصمم البند بافتراض أنه يقيس بُعداً واحداً فقط أو
خاصية واحدة ألا أنه يقيس في الواقع أكثر من بعد في أغلب الأحيان.

وقد نلاحظ ذلك من البداية ولا نستطيع معالجة الأمر أو قد نكتشف الأمر مؤخرًا عندما نجري تحليلات ذات طبيعة معينة لبنود الاختبارات كالتحليل العاملي مثلًا وتعود مشكلة أحادية البعد أو تعدد الأبعاد أساسًا إلى تعقد استخدامنا للغة ومفرداتها فالكلمة الواحدة قد تتعدد معانيها بتعدد السياقات التي تظهر فيها والكلمة الواحدة محملة بمعان متعددة بين الأشخاص المختلفين وحتى الكلمة أحادية المعنى قد يكون للمعنى الخاص بها درجات مختلفة لدى الأفراد المختلفين ولنتناول على سبيل المثال كلمة مثل (مولاي) فهي تعني سيدي أو تعني (مليكي) أو تعني (إلهي) وكلمة (دوار) قد تعني أنني أشعر بدوار يفقدني توازني الجسمي أو أنني أشعر بدوار نفسي يجعلني حائرًا إزاء مشكلة غلى غير ذلك من الأمثلة الكثيرة.

المشكلة الحقيقية إذن هي أننا نتعامل بالكلمات في أغلب أساليب القياس والكلمات تحتل الكثير من المعاني ويستجيب المفحوص للمعنى المعين للكلمة لديه ويستجيب فرد آخر لمعنى مختلف للكلمة نفسها بل قد يستجيب الفرد الواحد لمعنيين مختلفين للكلمة الواحدة في سياقين مختلفين وهنا يتأثر ثبات المقاييس، غير أنه يُضاف إلى كل ذلك حقيقة أننا نعرف حدود الخطأ في المقاييس من خلال معاملات الثبات التي نقوم بتقديرها بوسائل مناسبة ونضع هذه الحدود في صياغاتنا لنتأجنا بناء حقائق زائفة.

٥ - المقاييس وثناء المفاهيم والنظريات

عندما يقوم الأخصائي الإكلينيكي باستخدام أكثر من مقياس للوظيفة الواحدة فإنه يضع في اعتباره أن النتائج قد تكون غير متطابقة أحياناً وليس دائماً، وأن عدم التطابق هذا يعد -بالنسبة للأخصائي الإكلينيكي الماهر- مصدرًا جيدًا للخصوبة فهو لا يستخدم اختبارات مختلفة بتتابع لمجرد الإكثار من أدواته أو لتأكيد أو نفي نتيجة مباشرة خرج بها، أنه يعرف أن كل مقياس يقوم على أسس مختلفة وأن بنود كل مقياس تتجه إلى الكشف عن جانب لا توفره بنود مقياس آخر أن متابعته للدراسات المختلفة ومشاركته في القيام بمثل هذه الدراسات حول الطبيعة العملية لمثل هذه المقاييس تجعله يدرك أن استخدامه لأكثر من مقياس إنما يهدف إلى الحصول على معلومات متكاملة عن المريض ومعرفة لما إذا يشخص المريض على اختبار ما تشخيصًا إيجابيًا بينما يكون تشخيصه سلبيًا على اختبار آخر يفترض أنه يقيس الوظيفة نفسها ولكن بمفهوم مختلف أو بمكونات أخرى ويؤدي فحص مثل هذه الفروق وفهم خصائصها إلى إثراء فهمنا للظواهر التي نقوم بتقديرها وتشخيصها.

المقاييس الإكلينيكية

يلاحظ الدارس أن هناك تنوعًا شديدًا في المقاييس والاختبارات التي تستخدم لأغراض مختلفة فهناك مقاييس الذكاء ومقاييس الوظائف المعرفية الأخرى

ومقاييس الشخصية والاتجاهات والميول إلى غير ذلك كما يلاحظ أيضًا أن بعض هذه المقاييس نشأت وتطورت في إطار تخصصات نفسية فرعية معينة سواء لقياس ظواهر محددة أو لاختبار فروض معينًا أو لتقييم جوانب سلوكية ذات صلة بالخدمات النفسية في أوسع معانيها والسؤال المهم الذي يتعين الحصول على إجابة واضحة له هذا هو ما المقاييس الإكلينيكية والمقاييس غير الإكلينيكية؟ بتعبير آخر ما تعريف المقياس الإكلينيكي؟ الإجابة على هذا السؤال هي أن كل المقاييس ذات قيمة إكلينيكية فطالما أن أي وظيفة تتوافر لها مقاييس يمكن أن تتعرض للاختلال والاضطراب أو يتطلب الأمر تقييمها في بعض المواقف تصبح مقاييسها ذات قيمة إكلينيكية فتقييم الذكاء على سبيل المثال مؤشر جيد للأداء العقلي وهو الأداء الذي نحسم من خلاله في قضايا مثل التخلف العقلي.

كما يعد بالمثل مؤشرًا مهمًا يحسم فيما إذا كان الفرد قد تعرض نتيجة لمؤثرات أو عوامل معينة لتدهور عقلي أم لا كما يتوفر من خلال الكثير من اختبارات الذكاء (وكسلر للراشدين أو مقياس ستانفورد- بينية مثلًا) قياسًا تفصيليًا لعدد من القدرات والوظائف كالذاكرة والتنظيم الإدراكي والانتباه والقدرة على التعامل بالرموز والتجريد وتكسب هذه الإمكانيات اختبارات الذكاء دلالات إكلينيكية مهمة وتوفر مقاييس الشخصية تقييمًا للخصائص الأنفعالية للفرد كالعدوانية والقهرية أو العصابية بصفة

عامة ولأن مثل هذه الخصائص تعبر عن أشكال من الاضطرابات تتضح عندما تكون الدرجة على مقاييسها متطرفة فإنها تعد بالمثل مقاييس إكلينيكية.

وما ينطبق على مقاييس الذكاء والشخصية ينطبق على الأدوات الأخرى طالما تستخدم في تقييم وتقدير أداء يعبر عن سلوك الفرد أو وظائفه النفسية ومع ذلك يمكن ملاحظة أن أهداف استخدام الاختبارات هي التي تحدد كون المقياس إكلينيكيًا أم لا وحيث يمكن ملاحظة وجود هدفين للاختبار: هدف وصفي وهدف تشخيصي وذلك على الوجه الآتي:

١- الهدف الوصفي

التوجه الأساسي في استخدام الاختبارات -عندما يكون الهدف الوصفي هو محور الممارسة هو تقديم توصيف لأداء الفرد والتغيرات التي تحدث في هذا الأداء وقد يكون هذا الفرد سويًا وفي غير حاجة لأي نوع من أنواع التدخل ورغم أن هذه الجوانب الوصفية قد تكون ذات فائدة كبيرة في التشخيص إلا أنها في ذاتها ليست تشخيصًا ولا تهدف أساسًا إلى التشخيص فعندما نستخدم اختبارًا للتعلم ويحصل الفرد فيه على درجة منخفضة فإن تفسير هذه الدرجة في إطار الهدف الوصفي سيجبه إلى محاولة للتعرف على الأسباب المحتملة لأدائه المنخفض وليس إلى

تقرير تشخيصي يحتمل أن يعكس واحدًا فقط من التفسيرات المتعددة للأداء الضعيف على الاختبار.

٢- الهدف التشخيصي

يتوخى الهدف التشخيصي التمييز بين الأفراد المختلفين من حيث الخصائص المعينة التي تتطلب نوعًا من التدخل بصورة أو بأخرى ولهذا يكون من الضروري أن تتوفر للاختبار التشخيصي نقاط حدية مميزة تساعد على دقة التشخيص أو التصنيف وذلك من خلال الإجراءات الأساسية لتقنين هذه الاختبارات غير أن هناك مشكلة مهمة تعانيتها أغلب الاختبارات التشخيصية وتؤدي إلى إضعافها وهي أنها عادة ما تقنن على مجموعات مرضية متطرفة بقصد التوصل إلى أعلى درجات التمييز في الوقت الذي تكون فيه الحالات الواقعية التي تعرض للتشخيص إما غير متطرفة أو أن الاضطراب فيها متداخل مع غيره من الاضطرابات الأخرى، وهو الأمر الذي يؤدي إلى قدر من الالتباس الذي يظهر في الحالات الحدية والمتداخلة ومع ذلك فإن بعض المقاييس والاختبارات تكتسب أهمية خاصة في الموقف الإكلينيكي بحيث يتشكل من بعضها أحيانًا ما يطلق عليه اسم البطارية الروتينية التي تستخدم في الممارسة الإكلينيكية اليومية باعتبارها مصدرًا أوليًا ومباشرًا للمعلومات التشخيصية والتي يمكن للناتج المستخلصة منها أن توحى للأخصائي الإكلينيكي بالخطوة التالية في تقييم المريض وعلاجه.

ومن الضروري أن يتابع الأخصائي النفسي الإكلينيكي صدور أهم المقاييس الجديدة أو التطورات في المقاييس القائمة والتي تساعده في الإجابة على الاسئلة التشخيصية وتتطور المقاييس بإستمرار ويحل بعضها بديلاً عن الآخر نتيجة لظهور مقاييس أفضل أو نتيجة لتطور فنيات القياس أو نتيجة لظهور مفاهيم جديدة وإلى ما قبل نصف قرن مضى وخلال فترة مبكرة في العمل الإكلينيكي كانت أكثر المقاييس استخداماً هي الآتي وبالترتيب نفسه للأهمية.

- اختبار روشاخ لبقع الحبر.

- اختبار رسم الشخص.

- اختبار تفهم الموضوع.

- اختبار بندر جشطالت.

- اختبار ستانفورد- بينيه.

- اختبار وكسلر للراشدين.

- اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية.

- اختبار وكسلر بلفيو.

- اختبار رسم الرجل لجودانف.

- اختبار وكسلر للأطفال.

- اختبار كودر للتفضيلات.

- اختبار المنزل- الشخص- الشجرة.

- اختبار جولدشتين- شيرر للتفكير التجريدي والعياني.

وكما هو واضح فهذه القائمة من المقاييس متعددة الأغراض والأهداف وتعتمد على أسس نظرية مختلفة وهي تشترك في كونها أدوات تشخيصية مناسبة غير أنه يتعين الإشارة إلى أن شيوع استخدام اختبار ما يجب أن لا يؤخذ في ذاته على أنه علامة على ارتفاع صدقه أو فعاليته أو على أنه ناتج عن توصية خبراء للقياس به فالواقع أن هناك الكثير من العوامل التي تؤثر في شيوع وشهرة اختبار ما من ذلك سهولة تطبيقه وتصحيحه والاتجاهات القائمة في تدريب الأخصائيين النفسيين وترويج الناشرين للاختبارات.

كما يتعين على الإحصائي الإكلينيكي التمييز بين أساليب القياس التقليدية وأساليب القياس التشخيصية ذلك أن الاختلاف بين الإثنين كبير ويمكن تلخيصه في عدد من النقاط وحيث يمتد الفرق بينهما إلى كل من مجال النظرية والأهداف معاً والفروق في التركيز على أيهما فمنحنى القياس التقليدي يركز إما على نظرية السمات أو على العوامل المسئولة عن الصراع بين القوى المختلفة بينما يركز المنحنى السلوكي على السلوك الذي يحدث أساساً في الوقت الراهن وبينما هدف القياس والتقييم التقليدي هو تقديم معلومات للمهنيين الآخرين الذين يقومون بالعلاج فإن السلوكيين يقومون بالقياس والتقييم بوصفه جزءاً متكاملًا من العملية العلاجية التي يقوم بها المعالج بنفسه.

ويؤكد القياس التقليدي على أداء الشخصية الكلية دون اعتبار للعوامل الموقفية بينما محور اهتمام التقييم السلوكي هو الأداء الحالي في موقف معين يضاف إلى ذلك أن التقييم التقليدي يربط نتائجه بمفاهيم نظرية معينة ليستفيد بها المهنيون الآخرون الذين قد يستخدمون نتائج القياس في تفاعلهم مع المرضى بينما الاحتمال الأقل أن يقوم المعالج السلوكي بكتابة تقرير رسمي حول النتائج مفضلاً توجيهه وتطبيق العمليات العلاجية من خلال تداخل وتواصل لفظي مباشر عن الآخرين.

الاتجاه نحو التعامل مع المقاييس النفسية

إحدى المشكلات المهمة في استخدام المقاييس النفسية -في المواقف الإكلينيكية على وجه الخصوص- هي إتجاهات المفحوص نحوها وهي إتجاهات مصدرها الأفكار المسبقة حول الاختبارات وأهدافها ودرجة السرية فيها وإحتمالات سوء استخدام المعلومات التي تتوفر من خلالها كما قد يكون مصدرها خصائص في شخصية المفحوص نفسه أو نمط تعامله مع المقاييس، فالمريض الشكاك قد يخشى من استخدام إجاباته على الاختبار ضده وهو ما قد نجده لدى مرضى برانويديين وفي مثل هذه الحالات قد يتعامل المريض مع الاختبار بطريقة تختلف عن الطريقة التي يتناول بها الاختبار شخص آخر يتسم بالاجتماعية مثلاً والمريض السيكوباتي المهمل قد لا يقرأ البنود وهو ما يتطلب من الفاحص أن يلاحظ بدقة

طريقة تناول المفحوص للاختبار وستساعده هذه الملاحظة على الحصول على معلومات من مصدر آخر يسهم في جودة ودقة التشخيص.

حيث يعكس سلوك المريض مع المقياس جزءاً من سلوكه العام وخصائص هذا السلوك ومن الأمور المألوفة في موقف الاختبار الإكلينيكي حرص الفاحص أثناء إجابة المفحوص على اختبار للقدرة العقلية العامة (وكسلر أو ستانفورد- بينيه مثلاً) على الحصول على ملاحظات متباينة حول سلوك المفحوص والانتباه لأية مؤشرات مهمة قد تكون ذات دلالة في سلوكه وقد تكون إحدى مزايا اختبارات الورقة والقلم في التقييم الإكلينيكي هي توفيرها الفرصة للفاحص للانتباه والتحفز لكل بادرة تصدر عن المفحوص معبرة عن اتجاهاته نحو الاختبار أو نحو بنود معينة فيه أو نحو طريقة للإجابة عليه وهناك الكثير من الدلائل التي خرجت بها بحوث مختلفة.

تبين وجود أنواع من التأثيرات التي تتدخل في الدرجة على الاختبار من ذلك:

- ١- التأثيرات التي ترجع إلى طريقة التطبيق مثال ذلك إعطاء التعليمات لأفراد العينة التجريبية بهدف أن يسعوا لإعطاء انطباع جيد أو سيء من إستجاباتهم أو للتأكيد على خصائص معينة في المنبهات التي يتضمنها الاختبار.
- ٢- التأثيرات التي ترجع إلى موقف الاختبار مثال ذلك الضغوط الناتجة عن نقص النوم أو العزلة الاجتماعية أو تأثيرات العقاقير أو التنويم أو التدريب الخاص أو

الخبرة المعينة وتتوافر أغلب هذه العوامل لدى المرضى عند تقييمهم ويتعين وضعها في الاعتبار والإشارة إليها في التقرير الإكلينيكي.

٣- التأثيرات التي ترجع إلى الفاحص سواء كانت عارضة أو مقصودة مثل هيئته البدنية أو رفته أو خشونته في التعامل مع المريض أو أنواع السلوك اللفظي الذي يستخدمه في حديثه.

٤- التأثيرات التي ترجع إلى المفحوص نفسه مثل إفتقاده لروح الود أو عدوانيته أو إكتتابه أو لامبالاته وهي عوامل تؤدي دورًا واضحًا في الطريقة التي يواجه بها الدلالات الاجتماعية الحضارية لموقف الاختبار.

مصادر تشوية الاستجابة

يضاف إلى كل ذلك نوع مهم من التشويهات التي تحدث في الاستجابة على الاختبارات نتيجة لنمط سلوكي معين قيد يستجيب به بعض المفحوصين بخاصية أو أكثر من هذه الخصائص وبما يؤدي لنقص الثقة في صدق الاستجابة أو فسادها تمامًا وفيما يلي مصادر هذه التشويهات التي توجد بكثرة في المواقف الإكلينيكية على وجه الخصوص وحيث يلاحظ أن بعض أنماط الاستجابة تتعلق أحيانًا بشكل المنبهات :

١- الخطأ المؤلف للتوجه المركزي

وهو أحد أمثلة التشويهاة الشائعة في الاستجابة ويقصد به أن المفحوص يختار دائماً الاستجابة التي تقع في الوسط في الاختبارات متعددة الاختيارات والمعبرة عن الاعتدال عندما لا يكون على يقين من الإجابة الصحيحة أو عندما يتشكك في دلالة الاستجابات الطرفية.

٢- خط التخمين

وهو نمط آخر متكرر وحيث يلجأ المفحوص إلى الإجابة حسب أفضل تخمين يصل إليه على السؤال ويترتب على ذلك -وفق نظرية الاحتمالات- أن يصل إلى عدد من الإجابات الصحيحة (في اختبارات القوة) يزيد على إجابات من يتركون البنود التي لا يثقون في معرفة إجاباتها الصحيحة بلا إجابة، وحيث تتساوى احتمالات الاجابات الخاطئة التي تم تخمينها مع الاستجابات الصحيحة التي خمنها.

٣- المرغوبية الاجتماعية

ويقصد بها ميل الفرد إلى اختيار الإجابة التي يعتقد أن الآخرين سيختارونها أو اختيار الاجابات التي يرى أنها تتفق مع الأعراف الاجتماعية وذلك بهدف عدم الاختلاف عن بقية الناس.

٤- الاستجابة الدفاعية

وهي نوع من الاستجابات يتجه فيه المفحوص إلى إنكار أي شكل من أشكال الضعف أو المرض أو عدم السواء وبحيث يظهر في صورة سوية مقبولة.

٥- استجابة الانكشاف

وهي استجابة تناقض، فالاستجابة الدفاعية ويميل فيها الشخص لأن ينسب إلى نفسه كل أشكال الضعف أو المرض والسوء وهي خاصية تسمى استجابات الاكتئابيين في أحيان كثيرة .

٦- استجابة التقبل

ويختار المفحوص في هذا النوع من الاستجابات الاستجابة بـ (نعم) على كل بنود المقياس دون اعتبار لما يصدق عليه وما لا يصدق وهي نوع من نمط الاستجابة.

٧- استجابة الاختلاف

ويميل المفحوص الذي تتسم استجاباته بهذا النمط إلى اختيار الاستجابة وفق اعتقاده حول مخالفتها لاستجابة الآخرين أو أن يلتزم إتجاهاً متطرفاً في الإجابة على كل البنود دون اعتبار لمضمونها أو صدق تعبيرها عنه.
وتشكل كل هذه الأنماط ما يطلق عليه اسم مصادر الخطأ وحيث يكون تأثيرها بالغاً في صدق إجابة المفحوص ويصبح من الضروري أن يتنبه لها الأخصائي

الإكلينيكي في الممارسة من خلال الملاحظة الدقيقة لنمط المفحوص في الاستجابة كما يصبح من الضروري بالمثل عدم الاعتماد على نتائج أدوات إكلينيكية تأثرت بصورة واضحة بمثل هذه التشوهات.

الأسئلة الإكلينيكية

يقوم الأخصائي النفسي الإكلينيكي أثناء التشخيص بوضع الفروض التي تفسر مشكلة المريض، والبدائل المناسبة لهذه الفروض، ويعمل من خلال معلوماته وأدواته وخبراته على الإجابة على الاسئلة المختلفة لكي يتحقق من الفروض التي وضعها، وسواء أكان الأخصائي النفسي الإكلينيكي يعمل من خلال فريق (في مستشفى مثلاً) أو مؤسسة (يتوافر فيها أخصائي نفسي وأخصائي اجتماعي) أو ممارساً مستقلاً، فإنه غالباً ما يبدأ عمله -التشخيص- من خلال إحالات من هيئات أو مؤسسات، أو مدارس، أو من أخصائيين آخرين في تخصصات قريبة.

ومن بين أهم الاسئلة التي توجه إلى الأخصائي النفسي الإكلينيكي في مجال التشخيص، والتي تتطلب إجابة من خلال المقاييس والاختبارات على الأسئلة الآتية

١- السيد (س) يعاني فقدان الذاكرة، وعدم وضوح التفكير، هل يرجع ذلك إلى اعراض هستيرية، أم إلى تلف في المخ؟ ويتطلب مثل هذا السؤال من الأخصائي الإكلينيكي التقدم للإجابة عليه من إتجاهين:

(أ) الإتجاه الأول

هو التحقق من احتمالات وجود تلف في المخ، وذلك من خلال المقاييس التي يستدل من بعض أنماط الإجابة عليها على وجود مثل هذا التلف، كمقاييس نسخ النماذج الهندسية واستعادتها وتذكرها، مثل مقياس بندر أو اختبار بنتون للاستدعاء البصري، وقد يصل الأمر هنا إلى محاولة تحديد طبيعية الإصابة المخية، إذا وجدت باستخدام بطارية هالستيد ريتان.

(ب) الاتجاه الثاني

هو الكشف عن خصائص الشخصية الهستيرية ونمطها العام وما تتسم به من سمات أخرى بالإضافة إلى خاصية فقدان الذاكرة، ليتأكد الفاحص من وجود بعض هذه الخصائص مصاحبة للعرض الذي أثار الفرض الخاص باحتمال الهستيريا، وذلك باستخدام مقاييس الهستيريا مثلاً من بطارية مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية MMPI_II، وحيث يمكن التعرف منه على خمس خصائص أساسية في الشخصية الهستيرية، مثل أنكار القلق الاجتماعي، والحاجة إلى المشاعر العاطفية، والشعور بالوهن (المرض)، والشكاوي العضوية، وكف العدوان، كما يمكن استخدام مقياسي الانبساط والعصابية من بطارية أيزنك للشخصية، وحيث يتوقع حصول الهستيريين على درجات مرتفعة على المقاييس، إلى غير ذلك من الأدوات التي تتيح التحقق من فرض الهستيريا.

٢- الطفل (ص) يبلغ من العمر ١٠ سنوات، جاءت الشكوى من مدرسته أنه بطيء التعلم، وهو يقرأ فقط بعض الكلمات القليلة، ولديه صعوبات في الكتابة، ودائمًا ما يختار الأطفال الأصغر منه عمرًا ليلعب معهم، أو يلعب بمفرده. وقد نشأ هذا الطفل في بيئة ريفية، ويعمل والده ذو التعليم المتوسط في وظيفة كتابية أمينًا لمخزن بإحدى الشركات، وقد ترك الأخ الأكبر المدرسة بعد السنة الرابعة الابتدائية، وقد تعرض (ص) وهو في الثالثة من عمره لإصابة في رأسه، وذكر الوالد أن هذه الإصابة لم تتبعها أية أعراض ملحوظة، أو تغيرات في سلوك الطفل، وحيث إلتحق بالمدرسة وهو في السادسة من العمر.

وتتعدد الأسئلة التي يتعين أن يجيب عليها الأخصائي الإكلينيكي هنا والتي تتضمن الآتي:

(أ) ما مستوي الأداء العقلي للطفل (ص)؟ وهل يرجع ببطء تعلمه إلى انخفاض في القدرة العقلية العامة؟ .

(ب) ما طبيعية صعوباته المدرسية على وجه التحديد؟ ما درجة هذه الصعوبات؟

(ج) هل يعاني تشوهًا ادراكيًا قد يوحي بوجود تلف في المخ؟ وهو احتمال يرجحه تعرضه للإصابة في الرأس وهو في الثالثة من العمر .

(د) ما مستوي دافعية للعمل المدرسي؟ وهل تتوفر له التدعيمات والتعزيزات الكافية

للإنجاز من خلال البيئة المدرسية؟

هـ) هل يعاني خوفًا أو قلقًا أو بعض المشكلات الانفعالية الأخرى المتعلقة بالمدرسة؟

وكما يلاحظ فإن الأسئلة متعددة بالنسبة لهذا الطفل، وتتطلب إجابة هذا السؤال مجموعة من الفحوص التي تستخدم فيها اختبارات متنوعة للحصول على الإجابات، ويتعين على الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يختار أدوات مناسبة تمكنه من الحصول على الإجابات الصحيحة.

غير أنه يلاحظ أن استخدام الاختبارات والمقاييس قد لا يكون ميسورًا في كل الحالات نتيجة لطبيعة المشكلات التي يعاني المريض، أو للمشكلات الأخرى لا صلة لها بمشكلته النفسية، إلا أنها تعوق استخدام الاختبارات والمقاييس في تشخيصه، أو تعوق استخدام بعضها.

استراتيجيات التقييم

تعتمد استراتيجيات التقييم النفسي على طبيعة الأهداف النوعية من عملية التقييم، وعلى المتطلبات الحديثة من استخدام الاختبارات، والتي تتمثل في أهمية الاقتراب والملائمة مع الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع بهدف خلق لغة موحدة وتبادل المنافع مع الأساليب التي يوفرها هذان النظامان العالميان -علم النفس والطب النفسي- بالإضافة إلى أهمية الإستجابة إلى الاحتياجات الجديدة التي فرضتها أساليب العلاج السلوكي ومتطلباتها المختلفة التي أثرت بدورها في نوع

المعلومات التي يحتاجها الأخصائي النفسي الإكلينيكي، ويفضل توافرها له بصورة مقننة، يمكن أن نحدد أربع استراتيجيات أساسية تستخدم في مجال التقييم النفسي باستخدام الاختبارات.

١- الفحص الأولي

ويجري الفحص الأولي للمريض قبل بدء إجراءات التدخل والعلاج، ويكون الهدف منه التعرف على ما إذا كانت الحالة تتطلب استخدام اختبارات أخرى لإجراء فحص متعمق وتفصيلي لجوانب معينة أم لا. وعادة ما يتم الفحص الأولي عند دخول المريض للمستشفى أو عند تقديمه لأول مرة إلى العيادة طلباً للعلاج .

٢- الفحص الشامل

ويستخدم هذا الفحص بطارية الاختبارات متعددة الأغراض تتضمن مجموعة من المقاييس المتنوعة سواء في المجال المعرفي أو في سمات الشخصية. وتستخدم في هذه المرحلة اختبارات وكسلر بما توفره من نسبة ذكاء كلية، وتقدير لعدد من الوظائف المعرفية المحددة كالذاكرة والانتباه والتنظيم الإدراكي والتفكير التجريدي، وغير ذلك من القدرات العقلية المتضمنة في المقاييس الفرعية. كما تستخدم في هذه المرحلة أيضاً بطارية مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية، واختبار بندر-جشطات، وبنتون وبعض الاختبارات النفسية الحركية، ومقاييس الشخصية الأخرى.

وعادة ما يستخدم الأخصائيون الإكلينيكيون التحتليون النزعة اختبارات كالرورشاخ وتفهم الموضوع أو تكميل الجمل بهدف التعرف على العوامل اللاشعورية أو الدينامية التي تسهم في تفسير اضطراب المريض، غير أنه يتعين ملاحظة أن استخدام هذه المقاييس أو بعضها، وهي مقاييس طويلة قد تكون مكلفة ومستهلكة للوقت، ويصبح من الضروري أن يتم الأخصائي الإكلينيكي بالاعتبارات الانتخابية في اختياره للمقاييس المناسبة لأهداف الاختبار، وتستخدم الآن وبصورة واعدة بطارية ميلون الإكلينيكية متعددة المحاور لكي تحل بدلاً عن عدد من المقاييس التقليدية، نتيجة لما تتميز به هذه البطارية من إمكان تقييم بروفيل كامل للمريض.

٣- الفحص الموسع

ويهدف هذا النوع من الفحص إلى التقدم نحو مجالات أخرى لفحصها باستضافة، وحيث لا تكون متضمنة عادة في مراحل الفحص السابقة، وذلك عندما يجد الأخصائي الإكلينيكي أنه إزاء مؤشرات أو أعراض تتطلب منه القيام بمثل هذا الفحص السريع، مثال ذلك الحاجة إلى فحص بعض الوظائف النفسية العصبية والتي تتوافر لها مقاييس خاصة، مثل بطارية لوريا- نبراسكا النفسية العصبية أو بطارية هالستيد- ريتان النفسية العصبية.

٤_ الفحص البؤري

وهو تقييم تفصيلي متعمق لمجال معرفي أو سلوكي، ويستخدم عندما يتطلب الأمر تقييم أعراض أو وظائف معينة لتحديد نوع ودرجة الاضطراب فيها. وأحد أنماط الفحص البؤري هو التقييم السلوكي الذي أصبح مقبولاً على نطاق واسع، والذي تستخدم فيه بطاريات متعددة الأبعاد لتقييم مشكلات معينة. ويتم التركيز في الفحص السلوكي البؤري عادة على المشكلات المعرفية المتعلقة بالسلوك. ويختلف هذا الاتجاه في التقييم السلوكي الذي يعطي وزناً كبيراً للعوامل المعرفية عن المنحي الأصل لتقييم السلوكي الذي يقوم على مبادئ التعلم ونظريات التشريط، غير أنه يتفق مع الصياغات التكاملية الحديثة التي تعترف بأهمية العمليات المعرفية في صلتها بالتغيرات.

شروط استخدام المقاييس والاختبارات في الممارسة الإكلينيكية

لا يعني مجرد توافر اختبار أو مقياس ما لدى الأخصائي النفسي الإكلينيكي، أنه يستطيع استخدام هذا الاختبار فبالإضافة إلى الشروط السيكومترية الصارمة التي يتعين إستيفاء الاختبار لها من حيث الصدق والثبات، يجب أن يراجع الأخصائي ويثبت من عدد من الاعتبارات المهمة من ذلك.

١- تتفق خصائص المريض الذي ينوي استخدام هذا الاختبار لتشخيصه مع خصائص عينة التقنين الخاصة بهذا الاختبار من حيث العمر والمستوى التعليمي والمتغيرات الاجتماعية الاقتصادية التي تعكس العوامل الحضارية المؤثرة في الأسرة

٢- هل للاختبار نقاط حدية يمكن الاسترشاد بها لتحديد أين يقع السواء وأين يقع الاضطراب، ودرجة الشدة ذات الدلالة الإكلينيكية لهذه المستويات من الأداء، وهل مصدر هذه النقاط الحدية عينات سوية أم إكلينيكية محلية أم أجنبية .

٣- هل تتوفر لدي الأخصائي المعلومات الكافية التي يمكن أن تفسر -من المنظور الاجتماعي والثقافي- نوع الأداء الذي يقدمه المفحوص؟ فالكثير من اشكال الأداء وما تتضمنه من سواء أو شذوذ إنما تتحد في الواقع بناء على معايير اجتماعية وحضارية معينة، فما يعد شذوذاً وانحرافاً على السواء في مجتمع ما، قد لا يعد كذلك في مجتمع آخر .

٤- هل تتوفر لدي الأخصائي معدلات قاعدية إكلينيكية عن المقياس المستخدم في عينات مشابهة، بحيث يمكنه حساب الخطأ المعياري للقياس من مثل هذه العينات بالصورة التي تسمح له بالتعرف على المدى الحقيقي الذي تتراوح بينه درجة المفحوص؟

٥- هل يتابع الأخصائي الإكلينيكي البحوث والنتائج المنشورة حول هذه الأداة التي يستخدمها، ودلالات هذه النتائج، والارتباطات بين الدرجات عليها مع متغيرات أخرى، بالصورة التي تسمح له بتقدير طبيعة ما يقيسه هذا المقياس، ولماذا يختلف الأداء عليه عن مقياس آخر، وبالتالي لماذا يمكن أن تختلف دلالة هذا الأداء عن دلالة أدائه على مقياس مشابه؟.

التقييم السلوكي

تتطلب الأساليب السلوكية في العلاج -من ناحية أخرى- منح مزيد من الاهتمام للعوامل الموقفية الراهنة، وهو الأمر الذي يمثل اختلافاً عن توجيهات المنحى الدينامي الذي يعطي القدر الأساسي من الاهتمام للمراحل المبكرة في حياة الفرد وخبرات طفولته، والمنحى السيكومرتري التقليدي ينصب اهتمامه على الأداء المقنن المستخلص من الدرجات على الاختبار في الموقف الراهن للأداء. وأحد الفروض المبدئية في التقييم السلوكي هو أن السلوك غير جامد، وأن بعض أنماطه قد تكون مشكلة في موقف دون الآخر وعلى هذا فإن التقييم السلوكي يتضمن عناصر مختلفة مثل :

١- الأحداث المعجلة التي تسبق مباشرة حدوث السلوك المشكل، الذي يجري تقييمه والتي يمكن النظر إليها أحياناً باعتبارها منبهات موقفية تؤدي إلى صدور السلوك تحت ظروف معينة، وبما تفسر عدم شيوع السلوك المشكل في كل المواقف .

٢- التغيرات الوجدانية والمعرفية التي يمكن أن تؤدي إلى ظهور السلوك، والتي قد تعمل بوصفها عوامل استثارة داخلية، أو تعبر عن التراكمات الأنفعالية لدي الفرد، وتستثير سلوكه تحت ظروف معينة .

٣- السلوك نفسه موضوع التقييم، من حيث تكراره وشدة وطول فترة بقاءه ومدى مقاومته، وسعته أو محدوديته، وهو الاهتمام الذي يتجه نحو توصيف السلوك موضوع الشكوي بهدف تحديد خصائصه، وتحتلته إلى أكبر قدر من الوحدات السلوكية الصغرى بما يساعد على وضع خطط التدخل العلاجية، والبرامج اللازمة لتعديل هذا السلوك، ليتوافق من جديد مع معايير السواء .

٤- الأحداث التالية على حدوث المشكلة، والمشاعر المصاحبة التي يمكن أن تمثل تدعيماً للسلوك المرضي، أو تؤدي إلى استمراره أو كفه .

وعادة ما يجري التقييم السلوكي في صورة ملاحظة نظامية مباشرة في المواقف الطبيعية، تفيد في تقييم السلوك التلقائي الذي قد لا يكون المريض منتبهاً لخصائصه، أو غير واضح الدلالة بالنسبة له .

مجالات التقييم النفسي

يذكر (كلارك وهنت) ستة مجالات رئيسية يمكن إجراء التقييم النفسي فيها، في ضوء العديد من المقاييس المتوافرة التي يتاح استخدامها لهذا الغرض، وهذه المجالات الستة هي الآتي:

١- أعراض الاضطراب وشدته

وفيه يتم تقييم الأعراض والوظائف المختلفة، مثل القلق باختبار مثل قياس سمة وحالة القلق لـ (سبيلبرجر)، وحيث يوفر مقياس السمة تقديرًا للقلق المزمن بينما يوفر مقياس الحالة تقديرًا لنوبات القلق. كما تقاس في هذا المجال احتمالات الاضطراب الوجداني، حيث يمكن استخدام قائمة الاضطرابات الوجدانية والفصام لـ (أنديكوت وسبيتزر).

ويتوافر اهتمام خاص في هذا المجال بتقييم الاتجاهات العدوانية، نحو الذات ونحو الآخرين، بما في ذلك النوايا الانتحارية، والأفكار والأفعال التي تهدف لإيذاء الذات، وكذلك استخدام المواد المخدرة، وإدمان الكحول. كما تستخدم بطارية بيك لقياس الاكتئاب وهي حساسة بصفة خاصة لجوانب المعرفية للاكتئاب، كما يستخدم أيضًا في حالات كثيرة مقياس (هاميلتون) للاكتئاب، ومن المقاييس المهمة أيضًا في هذا المجال لقياس مخاطر الانتحار مقياس (كال وجيل) لمخاطر الانتحار .

٢- قياس الشخصية

ويستخدم في مجال التقييم الإكلينيكي للشخصية عدد من البطاريات التي تقوم على أسس نظرية مختلفة، والتي غالبًا ما تتعامل مع أبعاد الشخصية بوصفها متصلات قطبية تكشف النهايات المتطرفة لأقطابها عن سمات ذات دلالة إكلينيكية واضحة. ومن أهم البطاريات المستخدمة في هذا المجال مقياس (أيزنك) للشخصية

وبطارية (أيزنك) للشخصية والأول هو الأحدث ويقاس الأبعاد الآتية: الانبساط-
الأنطواء، العصابية -الانتران الوجداني، والذهانية- السواء، والإجرام، والكذب، بينما
تقيس الثانية البعدين الأوليين فقط . وتستخدم بدرجة أقل بطارية عوامل الشخصية
السته عشر لـ (رايموند كاتل)، والتي تتضمن عدد من المقاييس التفصيلية لخصائص
الشخصية المختصرة والمجمعة في أبعاد (أيزنك).

ومن أهم المقاييس الأخرى في مجال تقييم الشخصية نموذج البحث في
الشخصية ونتيجة لطبيعة الأهداف النظرية التي تصمم من أجلها هذه المقاييس،
كانت الدلالات الإكلينيكية المستخلصة منها أقل وضوحًا من بطاريات أخرى صممت
أساسًا لأهداف إكلينيكية، وصمم البعض الآخر ليتوافق مع مفاهيم وتصنيفات
ومحكات الدليل التشخيصي الرابع، من ذلك مقياس التحليل البنائي للسلوك
الاجتماعي، وبطارية (ميلون) متعددة المحاور الإكلينيكية التي سبقت الإشارة إليها
والمتوافقة مع الدليل التشخيصي الرابع .

٣-الأداء المعرفي

ويتجه الاهتمام الرئيسي في هذا المجال إلى قياس الذكاء العام، والعوامل
النوعية المختلفة مثل التعليم واللغة، والذاكرة، والحكم. وجميعها مجالات مهمة في
التشخيص والعلاج، ويمكن هنا استخدام مقاييس وكسلر لهذا الغرض، والتي تتميز
بأنها ذات توجه إكلينيكي، إضافة إلى توافر معايير عامة جيدة لها .

٤ - المقاييس النفسية - العصبية

كما توفر المقاييس النفسية العصبية قياسًا لبعض أشكال الأداء المعرفي في مجالات الإصابات العضوية الدماغية على وجه الخصوص، وتتوفر لهذا الغرض بعض المقاييس المناسبة مثل مقياس (هالستيد-ريتان) والذي صمم لتحديد الآفات العصبية في جمهور المرضى المشخصين سيكاتريًا .

وتمثل الجهود الرائدة للربط بين نتائج المقاييس النفسية العصبية وبين أنماط عدم السواء النباتية أو بين نتائج هذه المقاييس وعدم السواء الكيميائي الحيوي في المخ واحدة من أهم الخطوط البحثية الحديثة ذات القيمة الإكلينيكية الكبيرة.

٥ - العوامل الدينامية

وتقاس في هذا المجال عدة متغيرات أساسية يفترض أنها تؤدي دورًا جوهريًا في تشكيل السلوك عامة، والأعراض والاضطرابات المرضية على وجه الخصوص، مثل الحوافز والرغبات اللاشعورية، والصراعات والدفعات وتستخدم في هذا المجال المقاييس والأدوات الإسقاطية المختلفة، مثال ذلك اختبار رورشاخ لبقع الحبر لهنري رورشاخ والاختبارات الأخرى المماثلة له، واختبار تفهم الموضوع لمواري ومرجان ومقياس إكمال الجمل المختلفة.

٦- العوامل العلاجية

ويقصد بها قياس الخصائص المرضية التي يمكن أن تؤثر في تقبل المريض للعلاج، أو تؤثر في استخدام علاج معين معه، وتقسم هذه العوامل إلى عوامل عامة مساعدة وأخرى خاصة وتتضمن العوامل العامة مستوى الذكاء الذي يمكن قياسه باختبار للذكاء مثل وكسلر، وكذلك من خلال تاريخ العلاقة المتبادلة بين المريض والآخرين، ودلائل الدافعية وامكانيات مقاومة العلاج، والقدرة التأملية، وجميعها متغيرات ودلائل يمكن الخروج بها من خلال الاختبارات المختلفة .

أما العوامل الخاصة في مدي تعقد الأعراض، ونمط المفحوص أو المريض في التغلب على المشكلات، والحساسية التفاعلية بين الأفراد، وهي عوامل يمكن قياسها ببطارية مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية، أو ببطارية أيزنك للشخصية، بينما يمكن استخدام بطارية ميلون متعددة المحاور لتحديد الصراعات الرئيسية عند ملاحظة سيادة أنماط عدم التوافق العصابية .

المطالب الاجتماعية والتوافق الاجتماعي

يضاف إلى ذلك تقدير الضغوط البيئية والاجتماعية المختلفة، ويمكن في هذا المجال استخدام اختبارات تقدير الضغوط الاجتماعية مثل صحيفة ديروجتس للضغوط.

التقرير النفسي الإكلينيكي

ينقسم التقرير النفسي الإكلينيكي الذي يعده الفاحص إلى جزئين أساسيين، الجزء الأول يخصص لعرض الحالة واستيفاء البيانات الأساسية المتعلقة بالعمر والتعليم والوضع الاجتماعي، بالإضافة إلى الملاحظات الإكلينيكية المختلفة وتاريخ الحالة ويختص الجزء الثاني بعرض نتائج الاختبارات، والمقاييس التي استخدمت في التشخيص، وتفسير النتائج التي خرج الفاحص بها منها، وتتطلب هذه العمليات مهارة ودقة في إعدادها، كما تتطلب أن يكون المريض قد وصل إلى قدر من الألفة مع الفاحص قبل إجراء الاختبارات، هذا القدر يخفض إلى أدنى حد من تباينات الخطأ التي يمكن أن تتسرب إلى الأداء نتيجة للخوف أو الترقب أو عدم شعور المريض بالطمأنينة، أو غير ذلك من العوامل الأخرى التي تؤثر في الأداء على المقاييس النفسية، وفيما يلي نموذج واقعي لتقرير نفسي للمريض مقيم بالمستشفى.

الفصل السادس (التشخيص النفسي العصبي)

الفصل السادس التشخيص النفسي العصبي

يتجه التشخيص النفسي والتشخيص النفسي الطبي (السيكاتري) إلى التوصيف الظاهراتي للاضطرابات المختلفة التي يعانيها الفرد، ولا تتيح الإمكانيات المتوافرة في هذين النوعين من التشخيص التقدم نحو تحديد أسباب بنائية تقف خلف مثل هذه الاضطرابات أو أشكال الشذوذ المختلفة، في الوقت الذي لا يمكن فيه إغفال دور البنية البيولوجية المعقدة المسلولة عن الحياة العقلية وإدارة الكيان البيولوجي بأكمله أي المخ. ويمكن هنا استخدام وجه التشابه نستمد من الحواسب الإلكترونية المتقدمة وأدائها، فعادة ما يستخدم الحاسب الكمبيوتر من خلال إمكانيات وبرامج مسابقة الإعداد، وهي عبارة عن حزم من البرمجيات التي تتوافر للوفاء بالاحتياجات المختلفة، وتعمل بطريقة نمطية دقيقة، ويمكن هنا مناظرة هذه البرامج بقوانين السلوك والتفكير.

وتختلف النتائج والمخرجات من هذه البرامج بين مستخدم وآخر بناء على نوع المدخلات والأهداف الجزئية التي تستخدم هذه البرامج لتحقيقها، ويشبه الأمر هذا الاختلاف والتنوع في سلوك الأفراد الذي يرجع إلى الظروف الموقفية والتفرد والخصوصية. وعندما يحدث شذوذ أو خطأ في نتائج معالجات الحاسب فأنا نتجه غالباً إلى فحص المدخلات للتحقق من صحتها وطريقة إدخالها إلى الحاسب (وهو الأمر الذي يناظر فحص عمليات الإحساس المختلفة)، ثم نفحص طريقة معالجتها

وفقًا للخطوات النظامية الثابتة في البرنامج (وهو ما يناظر دراستنا للعمليات الإدراكية العليا من استدلال وترميز وتركيب وتحليل) ، وأخيرًا فحص شكل النتائج والمخرجات وما حدث فيها (وهو ما يناظر دراستنا لأنماط التعبير السلوكي)، وذلك في ضوء افتراض دقة وسلامة البرامج (القوانين السلوكية).

غير أنه لا يمكن إغفال أن وراء كل هذه الجوانب بنية هندسية وإلكترونية ذات خصائص دقيقة، هي التي يطلق عليها في مجال الحواسب اسم البنية المادية أو الإلكترونية والذي تؤدي إعطائه أو تلف إحدى شرائحه أو تعرضها لعطب إلى اضطرابات وأعطال نوعية محددة، وانتظام الأداء الخاص بالحاسب الآلي يقف وراءه انتظام البنية الإلكترونية وسلامتها، والتي يمكن تشبيهها هنا بدور المخ والجهاز العصبي في الإنسان.

من هنا تبدو الحاجة ضرورية لفحص الارتباط بين بعض الاضطرابات السلوكية النوعية وبين أداء المخ، كما تبدو الحاجة ملحة أيضًا لتوفير إمكانية تشخيص أعطاب المخ من خلال انعكاسها على الأداء الظاهر الذي يقع تحت الملاحظة، والتعرف على أشكال الاضطرابات السلوكية التي تنتج عن عطب معين، وما إذا كان من الممكن -من خلال تحديد دقيق للاضطراب السلوكي- تحديد نوع وموضع الإصابة المخية.

ولا يعني هذا بالطبع أن الاضطرابات النفسية والعقلية جميعها وبلا استثناء لها أسباب عضوية محددة في المخ، وهذه هي حدود فهمنا لطبيعة هذه الاضطرابات في الوقت الراهن على الأقل.

كما يصنف هذا الاهتمام بكل توجهاته أساليبه وفنياته في مجال علم النفس العصبي، وحيث تهتم هنا بالتشخيص أو التقييم النفسي العصبي أي الربط بين الاضطرابات السلوكية والمعرفية وبين الإصابات المختلفة في المخ، ويتعين بداية التفرقة هنا بين علم الأعصاب وبين علم النفس العصبي.

علم الأعصاب وعلم النفس العصبي

علم الأعصاب فرع من فروع العلوم البيولوجية والطبية، ويختص بدراسة المخ وبيئة الجهاز العصبي تركيبه ووظائفه في كل من حالات السواء والمرض، ويسمى الفرع الدقيق الذي يختص بتناول عمليات التشخيص والعلاج باسم علم الأعصاب الإكلينيكي، وهو يتناول وظائف الأنسجة العصبية المختلفة وانتظامها وآفاتها، والإصابات الدماغية سواء الناتجة عن أسباب خارجية كالجروح والإصابات الصدمية والحوادث، أو الناتجة عن أسباب داخلية مثل أورام المخ، وأمراض الدهور، والاضطرابات الأيضية والهرمونية والتهابات المخ، وآفات التغذية والتسمم، أما علم النفس العصبي فيتناول المشكلات النفسية المرتبطة بمثل هذه الاختلالات البدائية، والتي يمكن تصنيفها في ثلاث فئات غير مستقلة تمامًا:

تضم الفئة الأولى الآفات التي تنتج مباشرة عن تلف الأنسجة العصبية، مثال ذلك الافازيا أو الحبسة اللفظية والأبراكسيا أو فقدان التآزر الحركي وانعدام الكبح، وآفات الذاكرة والإهمال الطرفي .

وتتضمن الفئة الثانية المشكلات التي تظهر عادة بعد حدوث التلف المخي أو تترتب عليه، بما في ذلك مشكلات الخوف من العلاج الطبيعي، والإكثار من الحديث لتجنب القيام بأنشطة معينة أو الترنح دون سبب لمجرد الحصول على مكاسب ثانوية. وتختص الفئة الثالثة بالمشكلات التي تسبق أو تصاحب تلفاً عصبياً معيناً، والتي لا تكون ناتجة عن فقدان أنسجة معينة، وإن كانت تؤثر سلباً في مآل المرض، وفي إعادة التأهيل، من ذلك الميول العدوانية أو التهابات المفاصل أو السمنة أو غير ذلك.

التشخيص العصبي والنفسي العصبي

وبينما تقع هذه الفئات الثلاث في مجال علم النفس العصبي وإمكانياته العلاجية والتأهيلية، إلا أن التقييم النفسي العصبي يقتصر على قضايا التشخيص والذي يختلف عن التشخيص العصبي، حيث تتعلق إجراءات التشخيص الطبي العصبي بالمستوى الأدنى من جوانب العمليات المخية مثل النشاط الكهربائي الفسيولوجي للمخ أو تصوير المخ، وتتجه الاهتمامات في مجال التشخيص النفسي العصبي إلى ربط تجريبي بين أنماط محددة من عدم السواء في المخ، أو التلف في

بعض المناطق، وبين عدد من أنماط الأداء الدقيقة على الاختبارات النفسية التي تتسم بالحساسية لمثل هذه الأنواع من التلف أو العطب.

ويعد التقييم النفسي العصبي هو المنهج الوحيد الدقيق لتقييم المستويات العليا من الوظائف المخية، كما يلاحظ أنه بينما يعد كل من الفحص المقطعي بالكمبيوتر والتصوير بالرنين المغناطيسي مرتفعاً الدقة والصحة، ويمكن من خلالهما تحديد أنماط عدم السواء البنيوية في المخ وتحديد المناطق المصابة بالتلف والتعرف على خصائص عدم السواء في الأنسجة في بعض الأمراض مثل التصلب المتعددة على سبيل المثال، إلا أنه يلاحظ على الرغم من ذلك أن نتائج الفحص المقطعي أو التصوير بالرنين المغناطيسي تكون في حدود السواء -في أحيان كثيرة- في بعض حالات الإصابة الدماغية الداخلية التي يحدث فيها تلف صغير في الأوعية، أو تلف في الخلايا العصبية على نطاق واسع، وهو الأمر الذي يعني أن حساسية هذا النوع من الفحص العصبي للآفات البديهية لا تمتد إلى إمكانية تحديد آفات المستويات العليا في الأداء المخي.

وقد ظهرت -من جانب آخر- حاجة ماسة لدراسة تفصيلية للارتباط بين هذه الإجراءات التصويرية، ونتائج الاختبارات النفسية العصبية، وأوضح هذا المنحى الذي يربط بينهما بعلاقات مفيدة أشكال الشذوذ العصبي، كما يكشف عنه التصوير بالبت بالبوزيترونات والتصوير به فوتون مفرد والفحص النفسي العصبي.

وقد برزت التطورات الحديثة في التقييم النفسي العصبي من خلال منهج يجمع بين الملاحظة العصبية التقليدية، وبين التجريبية الحديثة في علم النفس المعرفي، وأدى ذلك إلى تصميم بطاريات اختبارات ذات حساسية بالغة للآفات العصبية، وعلى سبيل المثال كان الكثير من الإجراءات التي طورها (هالستيد) في هذا المجال مختلفة عن الاجراءات السيكومترية التقليدية التي تستخدم في تصميم الاختبارات، فقد صمم اختباره في صورة تضعها بشكل أفضل في سياق التجارب المقبلة، منها في صورة اختبارات سيكومترية، وحيث تتطلب أن لا يقوم المفحوص بحل المشكلة فقط، بل ودراستها، وتحليل عناصرها الأساسية، ثم التقدم بعد ذلك نحو حلها.

يتجه الهدف الأولي من التشخيص النفسي العصبي إذاً إلى تحديد ما إذا كانت مجموعة من درجات مقاييس معينة تنسم بالحساسية للآفات العصبية التي توحى بحالة مرضية في المخ. وعادة ما يتم التحقق من ذلك من خلال مقارنة أداء الشخص صاحب هذه الدرجات بالمعايير المقننة المستخلصة من عينات عصبية نمطية والمهمة المباشرة للتقييم النفسي العصبي في تحديد الفقدان الثانوي للوظيفة الناجم عن تلف في المخ، وتتعدد أشكال هذا الفقدان للوظائف، ومن أمثلته حالات العمه البصري أي عدم القدرة على التحديد البصري للأشياء المادة على الرغم من سلامة عملية الإبصار، والعمه الوجهي أي فقدان القدرة على التعبير الوجهي

النمطي والذين عادة ما يكونا مصاحبين لشلل واضطرابات اللغة والذاكرة وعدد من الاضطرابات الحركية المختلفة.

وعند إجراء تقييم طبي لشخص ما بهدف علاج بعض الاضطرابات العصبية، يكون الأخصائي النفسي العصبي الإكلينيكي هو المسئول عن تقييم ما إذا كان المريض قد طرأ عليه ضعف وظيفي معين، أو كان قد حدث له تغير في الأداء السوي، وذلك من خلال تفسير أداء هذا الفرد على الاختبارات، ولعل هذه الأحكام النفسية العصبية تأثيرات بالغة، ليس فقط على علاج المريض، بل وعلى أدائه العام، واستقلاليته، وقبوله الفرص المستقبلية والإمكانيات المتاحة له والتي تتطلب درجات مختلفة من السواء النفسي العصبي.

ويتعين أن يلاحظ من جانب آخر أن إجراءات التشخيص النفسي العصبي لا تتعارض مع نتائج الفحوص الطبية العصبية، أو تتنافس معها أو تعد بديلاً عليها، فبالإضافة إلى أن التحقق من صدق نتائج الاختبارات النفسية العصبية جاء في أغلب الحالات من خلال الارتباط بينها وبين نتائج الفحوص الطبية في دراسات معملية، فإن نتائج الاختبارات النفسية تعد مصداقاً للمؤشرات الأخرى الخاصة بالحالة البيولوجية للمخ، وهي تتكامل مع هذه المؤشرات في توفير المعلومات الضرورية الخاصة بالمريض، كما أنها تمثل التقييم الملائم للجوانب المختلفة للمستويات العليا للأداء المخ.

تصنيف الاختبارات الإكلينيكية

يمكن تصنيف الاختبارات النفسية ذات الاستخدام الإكلينيكي، من خلال خصائصها التشخيصية وتوجهاتها إلى فئتين بارزتين:

الفئة الأولى الاختبارات النفسية المقتنة

تضمن الفئة الأولى الاختبارات المقتنة التي تعتمد على الحقائق الكلية للسلوك المعرفي على امتداد أبعاد عريضة مثل الذكاء والشخصية، وتقيس اختبارات هذه الفئة المهارات المعرفية والسلوكية المختلفة، وقد أدت النتائج التي توافرت من خلالها إلى التعرف على كثير من الوظائف المعرفية والقوانين السلوكية بالإضافة إلى أنماط عدم السواء التي تتضمنها، ويناسب هذا النوع من الاختبارات الأسوياء وتستمد معاييرها منها وإن كانت تستخدم بالطبع لأغراض إكلينيكية.

الفئة الثانية والاختبارات النفسية العصبية

وتشمل الفئة الحالية الاختبارات النفسية العصبية التي طورت نتيجة لفروض أولية أو أفكار مبكرة لأخصائيين نفسيين إكلينكيين مبتكرين اتجهوا إلى العمل على تحسين المنبهات الاختيارية التي يمكن من خلالها جمع عينات سلوكية ترتبط بصريات نوعية أكثر تحديدًا لدى فئات معينة من المرضى. وعلى الرغم من استبصارات هؤلاء العلماء بمثل هذه المترتبات النفسية المهمة إلا أنهم لم يتمكنوا

من أحداث تطور حقيقي في المجال؛ نتيجة لعدم تضمين أساليبهم لاختبارات مقننة تستوفي الشروط المنهجية والتحقق منها ومن قابلية استنتاجاتهم للاستعادة مرة أخرى، وهي المهمة التي عكف عليها بنجاح وحقق فيها الباحثون في علم النفس العصبي نتائج مهمة.

مناحي التشخيص النفسي العصبي

يمكن رصد منحيين بارزين في مجال استخدام الاختبارات النفسية الإكلينيكية، أو الاختبارات النفسية العصبية في التشخيص وهو أمر لا يختلف في مجال التشخيص النفسي العصبي عما يلاحظ في المجالات الإكلينيكية الأخرى، إلا أن الجدل حول أفضلية أي المنحيين ما زال قائماً ويشغل اهتمام كثير من الباحثين، ويطلق على المنحى الأول اسم المنحى الثابت، بينما يطلق على المنحى الثاني اسم المنحى المرن.

المنحى الثابت

يميل بعض الأخصائيين النفسيين العصبيين لاستخدام بطارية روتينية مقننة تتضمن مجموعة ثابتة ومتكاملة من الاختبارات يتم استخدامها في فحص كل المرضى على السواء دون اعتبار للمشكلة المقدمة، لكي ينتهي الفحص لها ببروفيل عريض يمكن أن يتقدم له بعد ذلك إلى مستوى تشخيصي أكثر تحديداً.

ولهذا المنحى المحدد بعض المزايا التي تتمثل في توفيره للكثير من المعلومات الإكلينيكية عن كل مريض بما يسمح بتشخيص شامل للنوع، كما يوفر هذا المنحى بالإضافة إلى ذلك وعاءًا جيدًا من البيانات للأغراض المختلفة والميزة الجوهرية لهذا المنحى الثابت في استخدامه بطاريات تم التحقق من صدقها من خلال بحوث شاملة أجريت على آلاف المرضى، ويتفق عليها آلاف الأخصائيين النفسيين حول العالم.

غير أن هناك بعض العيوب في هذا المنحى فهو من ناحية يعد مستهلك الوقت، كما يمكن أن يؤدي إلى توفير بيانات غير ضرورية قد تترك الأخصائي الإكلينيكي وتحد من خياله، أو تقلص من إمكانياته في فحص مجالات لم يتم تقييمها بطريقة صحيحة باستخدام بطارية روتينية ثابتة.

المنحى المرن

يتجه هذا المنحى بشكل مباشر إلى المشكلة التي تتضمنها الإحالة الخاصة بالمريض، وما قد يلاحظه الأخصائي النفسي العصبي من اختلالات ذات علاقة، ولهذا السبب يطلق أحيانًا على اختبارات هذا المنحى اسم البطاريات ذات التوجه نحو الأعراض، وحيث تختار فيه الاختبارات والمقاييس الأكثر ملاءمة لفحص الوظائف المعيلة، بقدر أكبر من العمق والتفصيل، والميزة الأساسية في هذا المنحى

هي إتاحتها الفرصة لتركيز اهتمام الفاحص على أنماط محددة من عدم السواء للكشف التفصيلي الدقيق عن خصائصها، دون أن ينشغل بالحصول على تقديرات المجالات لا تتضم أية آفات، وقد يكون الاختلاف الأساسي بين البطاريات الثابتة والبطاريات المرنة هو أن الأخيرة نتيجة لقيامها على أسس فردية لم تقيم على الإطلاق في البحوث، أو قُيِّمت على أكثر تقدير من خلال اتفاق باحثين نفسيين حول نتائجها.

ويرى (ريتان وولفسون) أن البطاريات المرنة تميل لتجاهل المفهوم الحقيقي لبطاريات الاختبارات التي تصمم لتقييم أداء المخ الأنساني، وهو الأداء الذي يعتمد على محكات صدق دقيقة، ولهذا يتعين تسمية البطاريات الثابتة باسم البطاريات محققة الصدق، والبطاريات المرنة باسم البطاريات الموقفية أو المشكلة عرضاً، دون حساب صدقها بشكل دقيق، والتي يمكن أن تستخدم في بعض الأحيان لتشخيص حالة مرضية مفردة مثل ورم مخي ناتج عن إصابة أو أمراض في الأوردة المخية.

غير أنه يمكن النظر من ناحية أخرى إلى البطاريات المرنة بوصفها توفر إجراء تقييمي، فهي تتضمن غالباً اختبارات تستخدم لفحص آفات نوعية محددة قد تتسق مع شكوى المريض، وبالتالي يمكن استخدامها للتأكد من التشخيص الذاتي الذي يقوم به المريض لنفسه، على أن يلي ذلك استخدام البطاريات الثابتة أو أجزاء

منها. غير أن صعوبة أخرى قد تنشأ في وجه هذه الميزة التي توفرها الاختبارات المرنة، فإذا كان المريض غير قادر على تقديم تشخيص ذاتي صحيح، فإن استخدام البطاريات المرنة قد لا يؤدي إلى التعرف بنجاح على المجالات الجوهرية الاختلالات المخية وتقييمها.

أدوات التشخيص النفسي العصبي

يعود السبب الرئيسي في تطوير بطاريات التشخيص النفسي العصبي إلى الحاجة إلى أدوات حساسة للمتغيرات العصبية في مقابل المتغيرات السلوكية فرغم ما هو معروف عن تأثير عوامل مثل العمر والتعليم والشخصية والوضع الاجتماعي الاقتصادي والمهارات المهنية والتاريخ الطبي على الأداء على الاختبارات، إلا أن الانشغال الأساسي لدي أخصائي علم النفس العصبي يتجه إلى التعرف على جوانب الأداء النفسي التي ترتبط أولياً بالتكامل العضوي في لحاء المخ أو الحالة العضوية للمخ البشري.

وتتوافر مجموعة من البطاريات النفسية العصبية، والاختبارات المفردة التي تستخدم في المجال وفق هذا الهدف أغراض إكلينيكية محددة، وتختلف هذه الاختبارات فيما بينها وفق أسس متعددة، غير أنها تتفق جميعها في أنها تتيح الفرصة للأخصائي الإكلينيكي لتشخيص استراتيجيات المفحوص في الإجابة، ونمط

الأخطاء التي يقع فيها والتميز بين طبيعة كل خطأ وآخر، والدلالة النفسية العصبية لهذه الأخطاء من حيث إشارتها لخلل محدد في المخ .

ويرى (جولدشلين) أن أساليب حل المشكلات التي يستخدمها الأشخاص ذوو التلف المخي تختلف عن الأساليب التي يستخدمها الأشخاص ذوو الأداء المنحى السوي، وأن القيمة الأساسية للاختبارات النفسية العصبية تتمثل في الواقع في ملاحظة وتسجيل خطوات وإجراءات وأخطاء المريض خلال إجابته على الاختبار وليس مجرد الحصول على درجة كلية على الاختبار، ذلك أن العمليات التي يحقق بها الفرد الدرجة الكلية وليس الدرجة الكلية ذاتها، هي صاحبة الأهمية الجوهرية على وجه الخصوص.

الاختبارات النفسية العصبية

قام (هارتليج ودي فيلبس) بمسح شامل عام ١٩٨٠ لكل الأخصائيين النفسيين العصبيين المسجلين في الأكاديمية الوطنية لعلماء النفس العصبيين في الولايات المتحدة، وكل أعضاء قسم علم النفس العصبي في جمعية علم النفس الأمريكية للتعرف على أي البطاريات والاختبارات النفسية العصبية هي الأكثر استخدامًا وشيوعًا في الخدمة الإكلينيكية وقد أظهرت النتائج الآتي :

٨٩ ٪ يستخدمون مقياس وكسلر للذكاء .

٥٦ ٪ يستخدمون أجزاء (وليس كل من بطارية هالستيد - ريتان).

٤٩ ٪ يستخدمون اختبار بندر-جشطات .

٣٨ ٪ يستخدمون بطارية هالستيد - ريتان كاملة.

٣٢ ٪ يستخدمون اختبار بلتون للاحتفاظ البصرى .

٣١ ٪ يستخدمون بطارية لوريا - نبراسكا .

كما أظهرت دراسة أمريكية قومية أخرى أحدث، حول تفضيلات الأخصائيين النفسيين العصبيين بين بطاريتي (هالستيد - ريتان، ولوريا - نبراسكا)، أنه من بين الأخصائيين النفسيين الذين تدربوا على البطاريتين فضل ١٠ ٪ منهم استخدام بطارية هالستيد - ريتان، وفضل ٢٣ ٪ منهم استخدام بطارية لوريا - نبراسكا، ولم يفضل ٢٩ ٪ منهم بطاريات أخرى، وكان الأخصائيون النفسيون الذين فضلوا بطارية هالستيد- ريتان أقرب لتكريس القدر الأكبر من وقتهم المهني لعلم النفس العصبي، ويقومون بقدر كبير من التقييم النفسي العصبي الشرعي، ويستخدمون قدرًا أكبر من الاختبارات الإضافية، ويرجع السبب الرئيسي لتفضيلهم لهذه البطارية إلى توافر قاعدة بيانات معيارية متفوقة عنها، إضافة إلى الحجم المتنامي من البحوث حول الأداء عليها، وقد اعتبرت بطارية هالستيد - ريتان الأكثر شمولاً، والأعلى صدقاً وفائدة الحساسية للكثير من الآفات المعقدة.

ولا تمثل هذه المجموعة من البطاريات والاختبارات حصراً كاملاً للأدوات

المستخدمة في التشخيص النفسي العصبي، من ذلك مثلاً أن مركز بوسطن النفسي

العصبي يستخدم المصنوفات المندرجة لـ (رايفن) واختبار (شبلي) واختبار (ويسكونسن) للتصنيف واختبار (جورهام)، واختبار (فيلدمان ودراسجو) البصري اللفظي وذلك لدراسة الوظائف العقلية وتكوين المفاهيم، بينما يستخدم اختبار كاليفورنيا للتعلم اللفظي، واختبار (رى و أوستريث) للأشكال المعقدة بالإضافة إلى اختبارات (بلتون) وكسلر للذاكرة، ومقياس (وكسلر) المعدل النفسي العصبي.

ويعد هذا المقياس الأخير واحدًا من أكثر الاختبارات استخدامًا في التشخيص النفسي العصبي كما أن بعض اختباره كانت أساسًا لبطارية هالستيد-ريتان، وتختلف الاستخدامات والدلالات المستخلصة من الصورة المعدلة لاختبار وكسلر لذكاء الراشدين عن الصورة المعدلة التي أعلنها كابلان وزملاؤه للاستخدام الإكلينيكي، والمعروفة باسم اختبار وكسلر المعدل للراشدين كأداة نفسية عصبية.

ونعرض فيما يلي نماذج لأكثر هذه الاختبارات استخدامًا في هذا المجال، مع الإشارة إلى الدلالات النفسية العصبية التي تستخلص منها، ومدى ما يمكن أن تكشف عنه من آفات في المخ، وقدرة البعض منها على تحديد موضع مثل هذه الآفات. على أنه يتعين أن يلاحظ هنا التحفظات السيكومترية المعتادة المتعلقة باستخدام المقاييس بمعنى أن القدر المحدود من المعلومات الذي يقدم هذا لا يعد كافيًا للاعتماد عليه كلية القيام بتشخيص نفسي عصبي باستخدام هذه الأدوات أو حسن تفسير النتائج المستخلصة منها، حيث من الضروري أن يتزود الأخصائي

الإكلينيكي بدراسة وافية لآفات المخ والوظائف المخية المختلفة وطبيعة الآفات المخية حتى يمكنه الاستفادة من وسائل التشخيص النفسية العصبية بصورة علمية مقبولة.

مقياس وكسلر المعدل للراشدين (الصورة النفس - عصبية)

القدر الأكبر من التعديلات سواء في البنود أو طريقة التطبيق الذي استحدث في هذه الصورة من نصيب الاختبارات الأدائية، وهي الاختبارات التي تتيح أكثر من غيرها إمكانية ملاحظة سلوك المفحوص في سعيه نحو الوصول إلى الحل الصحيح، وملاحظة أنماط الأخطاء التي يقع فيها، على العكس من الاختبارات اللفظية التي لا تتيح عمليات التفكير الصامت أثناء العمل في الإجابة عليها إمكانية تتبع استراتيجية المريض في الوصول إلى الاستجابة، والمراحل التي تتضمنها هذه العمليات. غير أنه يلاحظ على الرغم من ذلك أن الأداء على الاختبارات اللفظية يتميز بأنه يوفر إمكانية تحليل شكل ومضمون حديث المريض وطريقة استخدامه للغة، وما قد يتضمنه هذا الاستخدام من صعوبات معينة مثل اضطرابات المخيخ، وقصور ذاتي في الحديث، وعدم القدرة على تعديل نبرات الصوت أو التلغيم، أو عدم الترابط، والإبهام، وتعثر إيجاد الكلمة والحشر أو المزيد، والإطناب والعرضية في الحديث والتكرارية.

ويتجه التفكير الأساسي في أغلب الأحيان لا إلى تفسير الدرجة الكلية بل إلى فحص تشتت الدرجات التي يحصل عليها المفحوص في الاختبارات اللفظية نتيجة لترتيب البنود في هذه المقاييس وفقاً لمستوى صعوبتها، ونتيجة لحصول المرضى في المجموعات الإكلينيكية المختلفة على درجات كلية متقاربة .

الدلالات النفس عصبية لوكسلر للراشدين

يمكن الخروج بدلالات إكلينيكية نفس عصبية من المقاييس اللفظية الفرعية لوكسلر على الوجه الآتي:

المعلومات

تعكس خصائص الأداء على هذا الاختبار الصعوبات المتعلقة باسترجاع المعلومات من الذاكرة البعيدة، والذي يظهر من خلال النجاح في استرجاع المعلومات الأكثر صعوبة وال فشل في استرجاع المعلومات الأسهل، وعندما يكون في الإمكان استبعاد عامل صعوبة استخدام اللغة تصبح المشكلة مقتصرة على التذكر البعيد، ويتعين ملاحظة أن الفشل في الإجابة يحتمل تفسيرات متعددة، من ذلك أن صعوبة استرجاع المعلومات قد تكون ناتجة في حقيقة الأمر عن عدم تعلم على الإطلاق أو أن الإفراط في تلقي المعلومات لم يكن متاحاً أو لوجود آفة في استرجاع معلومات مجال نوع معين من المجالات التي يتضمنها المقياس كالمعلومات العددية أو الجغرافية أو العلمية أو الأدبية مثلاً.

وأحيانًا ما تظهر هذه الصعوبة النوعية لدى المرضى من أصحاب الاختلالات الوظيفية وليس الاختلالات المخية. كما يلاحظ من ناحية أخرى تأثير بعض الاضطرابات العصبية على الأداء على هذا الاختبار، من ذلك تأثير اضطرابات الانتباه وصرع الفص الجبهي على الانتباه وتشتته بصورة يمكن أن تؤدي إلى عجز محدود في الدرجة على الاختبار.

ويقدم المرضى المشخصون إكلينيكيًا، وكذلك أصحاب الإصابات الدماغية الحد الأدنى من الإجابة على هذا الاختبار. وعندما تقدم البنود ليختار المفحوص الإجابة الصحيحة من بين عدد من البدائل يلاحظ تحسن ظاهر بقدر جوهري في مستوى الأداء لدى هاتين الفئتين الأخيرتين من المرضى، حيث يؤدي هذا الإجراء إلى خفض متطلبات العمليات العقلية النشطة لاستعادة المعلومات.

كما يؤدي تقديم البنود بأسلوب العرض البصري إلى الإقلال من تأثير عدم الانتباه ونقص حدة السمع، أو مشكلات الفهم، وحيث يتم تقليص المهمة في هذا الإجراء لتصبح مهمة تعرف فقط، بما يوفر تقييمًا أفضل لرصيد المعلومات التي يحتفظ بها الفرد.

الفهم

يتسم هذا الاختبار بقدر كبير من الثراء، فالإجابة عليه تكشف الاحتمالات الخاصة باضطرابات التفكير مثل العيانية، ونقص المثابرة، والترابطات المنقطعة.

كما يكشف أيضاً عن آفات محددة في معلومات المريض في المجالات المتنوعة التي تضمنها بنوده من ذلك: السلوك الشخصي والاجتماعي، والمعلومات العامة والالتزامات الاجتماعية.

وتؤدي الأسئلة الأكثر طولاً التي تتطلب انتباهاً ومتابعة من المريض حتى يتمكن من الإجابة عليها إلى الكشف عن المدى المنخفض من الفهم والانتباه، وعندما يكون هناك شك في احتمال معاناة المريض من هذه المشكلة، فيمكن اختبارها من خلال تقديم كل الأسئلة الخاصة بالأمثال (مثلاً بطريقة بصرية، كما تتاح لهذا الاختبار صورة للإجابة من اختيارات متعددة، وقد اختيرت التعديلات في هذه المهام الاختبارية لهذا الاختبار، ولكل الاختبارات الفرعية الأخرى في وكسلر (النفسي - العصبي) بعناية لتوفر معلومات ومزايا تتعلق بالمشكلات الكاملة التي يمكن أن توجد لدى المرضى.

الحساب

يكشف الأداء على هذا الاختبار عن العوامل المختلفة التي يمكن أن تؤدي إلى إضعاف قدرة المفحوص على حل المشكلات الحسابية، من ذلك أن المرضى الذين يعانون في المدى القصير من الانتباه يتحسن أدائهم عندما تقدم لهم بنود الاختبار من خلال عرض بصري بدلاً من العرض السمعي للمشكلات التي لا

ينجحون فيها، ويؤدي هذا الأسلوب إلى التمييز بين آفات القدرة على التعرف على المشكلة على حدة وآفات حلها على حدة، وبين مشكلات الذاكرة القصيرة وقد تكون المشكلة الحقيقية هي نقص قدرة المريض على تحويل المشكلات اللفظية إلى صياغات حسابية، وهو أمر يمكن اختباره من خلال تمكين المفحوص من معالجة المشكلة باستخدام ورقة وقلم.

وبهذا التدرج التجريبي في الظروف التي يقوم المريض خلالها بالاستجابة إلى المهمة الأساسية في الاختبار يمكن التوصل إلى تحديد دقيق لطبيعة المشكلات التي تؤثر في القدرة الحسابية لديه. يمكن أيضاً من خلال فحص الصياغات التحريرية للمريض التمييز بين الأخطاء التي ترجع إلى عدم القدرة على ترتيب البيانات الحسابية (وضعها في صفوف أو أعمدة)، والأخطاء أو المشكلات الثانوية المتعلقة بالعجز في الوظائف الحسابية في ذاتها، وتلك التي ترجع إلى ترتيب سلسلة العمليات الحسابية.

يمكن من جانب آخر، تحليل الأخطاء على هذا الاختبار لمعرفة كيف توصل المريض إلى إجابة معينة، وقد ترجع المشكلة التي تظهر من هذا الجانب إلى أن المريض يسلك بصورة قهرية في تعامله مع الأعداد دون اعتبار لمضمون المشكلة، أو نتيجة لتقيده بالمنبه في محاولة لتبسيط المشكلة متعددة الخطوات. أو عندما يكون مشتتاً بالأعداد نفسها على حساب إجراء العمليات الحسابية المطلوبة،

ولتقصر الأداء على المشكلة الحسابية دون غيرها تقدم صورة الاختبار الخاصة بالتقييم النفسى العصبى فى شكل كتيب للإجابة .

المتشابهات

يكشف هذا الاختبار عن المشكلات الخاصة بالآفات المتعلقة بالتفكير التجريدي لدى المريض، ويظهر المرضى أنواع مختلفة من الأخطاء على هذا الاختبار، من ذلك الإجابات العيانية التي تربط بين الكلمتين في البلد دون أن يتضمن هذا الربط الفكرة المجردة التي يصلان فيها، وبالإضافة إلى هذه العيانية في الإجابة قد يكشف المريض عن قدرة على تقديم تعريفات فقط للكلمات التي يتضمنها المنبه دون الربط بينهما، وقد يقدم إجابة متعلقة بكلمة واحدة في كل زوج من الكلمات، أو يصف الفرق بين كل كلمتين متجاهلاً المطلب الأساسي وهو تقديم وجه التشابه بينهما. وتؤدي الصورة المعدلة التي تتضمن تقديم الاختبار للإجابة عليه من خلال اختيارات متعددة إلى الحد من الصعوبات التي يعانها المرضى، مثل صعوبة تحديد التشابه بين كلمتي، أو الصعوبة التي توجد لدى البعض في صياغة الإجابة أو توضيحها أو الذين يميلون بالاستجابة بكلمة (لا أعرف) وبما يؤدي إلى إيضاح طبيعة المشكلات المعرفية لديهم.

مدى الأرقام

يميز الأسلوب المعدل تطبيق هذا الاختبار بين مهارتين مختلفتين: فهم المريض للأرقام وعدد الأرقام التي يتمكن من استعادتها من ناحية، ونوع الأخطاء التي يقع فيها عند الاستعادة، وعلى هذا يسمح للمريض بالاستمرار في السلاسل المتتالية عندما يكون قادرًا على ترديد كل الأرقام بالرغم من الأخطاء في نظام الترديد، وذلك على خلاف الأسلوب الأصلي المقنن للاختبار الذي يتطلب وقف تقديم البنود بعد الفشل في محاولتين متتابعتين، ويمكن الحصول على تقديرين لأداء المفحوص على كل من الاستعادة المباشرة والاستعادة العكسية بحيث يعكسان الذكر السليم، ويستطيع الفاحص ملاحظة بعض الآفات التي تتدخل في الأداء على هذا الاختبار، من ذلك قذف المفحوص للأرقام في مجموعات يتكون كل منها من رقمين أو ثلاثة، أو في صورة أعداد متصاعدة، أو بصورة قهرية سريعة قبل أن ينتهي الفاحص من تقديم السلسلة، أو أن يعيد المريض سلسلة الرموز بمعدل شديد السرعة .

اختلاف آخر عن الأسلوب المقنن لتقديم الاختبار يتمثل في عدم الالتزام بالأوزان المتساوية التي تمنح لكل الإجابات الصحيحة في الاستعادة المباشرة والاستعادة العكسية. ويرجع ذلك عندما لوحظ عدم الارتباط بين إمكانية الاستعادة المباشرة والعكسية لدى مرضى الاختلالات المخية، إذ يبدو أن الاستعادة المباشرة للأرقام تتطلب إمكانية الاحتفاظ المختصر بأجزاء متعددة من المعلومات البسيطة في الذاكرة

القصيرة، ويمكن فهم الطبيعة الأولية لهذه العملية من خلال ما يكشف عنه المرضى ذوو فقدان الذاكرة الحاد من أداء سوى على الأخبار، والذي قد يكون أعلى من المعتاد أحياناً، وذلك على العكس من الاستعادة العكسية التي تتطلب مهام أخرى أبعد غوراً في الذاكرة العاملة بما في ذلك بعض العمليات المعرفية، ويمكن التحقق من الفريق بين النوعين من الآفات؛ من خلال تدريب المريض على سلاسل من الأرقام عدة مرات، أو من خلال تقديم البنود بصرياً مع قراءة الأرقام عكسياً على التتابع، ويلاحظ أن الاستعادة العكسية أكثر حساسية للاختلالات المخية من الاستعادة المباشرة، وبصفة عامة فإن الاستعادة المباشرة عادة ما تساوي أو تفضل الاستعادة العكسية.

يمكن أيضاً تحليل طبيعة الأخطاء التي تحدث عند استعادة السلاسل، من ذلك أخطاء إهمال رقم أو إضافة رقم، أو إحلال رقم بدل آخر، وما إذا كانت هذه الأخطاء تحدث في بداية السلسلة أو في نهايتها، ودلالة ذلك فيما يتعلق بالاستهداف.

المدى المكاني

يتضمن اختبار وكسلر المعدل للراشدين (التعديل النفسي العصبي) اختباراً للمدى المكاني عبارة عن نسخة يدوية بصرية لاختبار مدى الأرقام، وهو يصحح بالطريقة نفسها التي يصحح بها اختبار على الأرقام، بالإضافة إلى مزاياه التي تتيح الأنماط المخالفة من الأخطاء التي سبق الإشارة إليها، ويوفر الأداء على هذا

الاختبار دلائل على نوع الأخطاء الطرفية وما إذا كانت تتعلق بالمدي البصري الأيمن أم الأيسر.

المفردات

يشارك هذا الاختبار مع كل من اختبار المعلومات والفهم في قياسه رصيد المريض من المعلومات، ويرتبط الأداء عليه بالتعليم بالوضع الاجتماعي والاقتصادي والخبرات المختلفة لدى المريض، بما في ذلك الخبرات الوظيفية والمهنية. ودائمًا ما يعد الأداء على هذا الاختبار أفضل مؤشر مفرد للذكاء العام، ويلاحظ أنه أقل الاختبارات تأثرًا بآفات الجهاز العصبي المركزي، فيما عدا تأثره بالعنف المتضمن بشكل مباشر في المناطق اللحائية وتحت اللحائية للغة .

ويتمثل التعديل الأساسي لهذا الاختبار في تقديم بنوده مطبوعة بصورة مكبرة بهدف تجنب الاضطرابات البصرية التي يمكن أن تتدخل في الأداء على الاختبار في صورته الأصلية، ويهدف تمكين المريض من التركيز وحمايته من التشتت عندما تكون الكلمات غير ظاهرة بين كلمات أخرى في القائمة. ويكشف الاختبار عن أنواع مختلفة من الأخطاء، من ذلك أن الشخص قد يعرف الكلمة بعكسها، وهي الظاهرة التي تلاحظ لدى الفئة من المرضى أصحاب التاريخ الخاص بإعاقات التعلم الارتقائية.

وقد يقدم المريض الذي تشتتته الخصائص الصوتية أو الإدراكية تداعيات لفظية، وإلى إجابات المريض التي يستخدم فيها أمثلة وتستوفي الدرجة الكاملة على البند يمكن أن تكشف عن بعض الآفات في الجهاز العصبي المركزي عندما تعكس عدم قدرته على الابتعاد عن المنبه ويمكن أيضاً تقديم الاختبار في شكل اختيارات متعددة، يختار المفحوص من بينها الإجابة الصحيحة، ويؤدي هذا الاستخدام لإمكان تحديد ما إذا كان المريض مازال يعرف معنى الكلمة أم لا، وأن كان غير قادر وقت الاختبار على استعادة الكلمة ليعبر بها بشكل مناسب عن معرفته للمعنى الصحيح، وعلى ذلك يمكن استخدام هذه الصورة المعدلة من اختبار المفردات بشكل يتسم بالكفاءة لتقييم مستوى ذكاء المفحوص قبل المرض .

رموز الأرقام

اتجهت التعديلات التي أدخلت على هذا الاختبار إلى طريقة التطبيق، بحيث أصبح مطلوباً من الفاحص أن يلاحظ أداء المفحوص وتقسّم فترة التطبيق المعيارية وقدرها ٩٠ ثانية إلى ثلاث فترات، بأن يضع الفاحص علامة على آخر ما وصل إليه المفحوص بعد كل ٣٠ ثانية، وعلى أن يسمح للمفحوص بالاستمرار في الأداء بعد ال ٩٠ ثانية حتى يتمكن من إكمال ثلاثة صفوف كاملة وبذلك يكون قد حاول كل رموز الاختبار ما لم يكن قد أكمل الصفوف الثلاثة خلال ال ٩٠ ثانية المخصصة أصلاً للاختبار .

ويسمح هذا التقسيم بإجراء تحليل للتغيرات التي قد تظهر خلال الأداء عبر الوقت في معدلات نسخ الرموز، والتي قد تكون مؤشراً على اللعب أو تأثير التدريب، أما السماح باستمرار المفحوص حتى يكمل الصفوف الثلاثة الأولى فيؤدي إلى تساوي خبرة المفحوص في كل بنود الاختبار بما يسمح بالانتقال للمرحلة الحالية في التطبيق والتي يقدم فيها للمفحوص الصف الأخير فقط وبدون المفتاح، ويطلب منه كتابة رموز كل رقم، ثم يطلب منه بعد ذلك كتابة كل الرموز التي يتذكرها بأي ترتيب، ويسمح بقياس أزواج الرموز الصحيحة والاستدعاء الحر لها بفحص مقدار التعلم المرضي الذي حدث أثناء الاختبار بالإضافة إلى السرعة الحركية

كما يظهر فحص شكل الرموز التي قدمها المريض عددًا من المؤشرات المهمة من ذلك هل حدث فيها تدوير، هل قلب أعلاها إلى أسفلها، أو حولت إدراكياً إلى حروف متشابهة، هل قدم المريض حروفاً مصغرة أم مكبرة، هل استخدم المفحوص المربع المخصص للإجابة كجزء من الرمز، أي انجذب نحو أطراف المربع، هل يقوم باستبدالات خاطئة بشكل متسق، أو يتخطى بعض المسافات أو الخطوط أثناء عمله، وتساعد كل هذه الخصائص على تحديد الصعوبات المعرفية لدى المريض، وقد تساعد أيضاً على تحديد موضع الآفة المرضية، من ذلك ما لوحظ من أن القلب المنظم للرموز لكي تشبه الحروف الأبجدية مثل حرف V

وحرف T يمكن أن يرتبط بآفات في السطح الظهري الطرفي للفص الجبهي الأيمن، بينما الاحتمال الأكبر أن تكون الآفة في الفصوص الجبهية الطرفية عندما يكون المريض مقيدًا بالمنبه في أدائه.

تغيير أساسي آخر استحدث على هذا الاختبار هو إضافة تسمى نقل الرموز وتشبه الصورة المستخدمة الصورة الأصلية للاختبار فيما عدا أنها غير مصحوبة بمفتاح، ويطلب من المفحوص فيها نقل كل رمز في مكانه تحت الرمز مباشرة على امتداد ثلاث فترات متتابعة ومتصلة طول كل منها ٣٠ ثانية، وتميز هذه الصورة بين السريعة الحركية في الأداء وبين مهارة تعلم الرموز، وهو تمييز مهم بالنسبة للمرضى الذين يتسمون بالبطء الحركي، الذي يؤدي إلى الناس تفسير أدائهم على الاختبار. ويعزو جوى وزملاؤه ٧٠ % من التباين في أداء المسنين المقيمين في مجتمعهم بين عمر ٥٠ : ٨٩ عامًا إلى البطء الحركي، كما تبين عدم وجود ارتباط بين استعادة أزواج الأرقام / الرموز والاستدعاء الحر للرموز، كما كان هناك انخفاض ملحوظ في التعلم العرضي للأزواج مع التقدم في العمر، بينما لم يتأثر عدد الرموز التي تستعاد أو تتذكر بالعمر.

تكميل الصور

يكشف الأداء على هذا الاختبار عن عدد من الصعوبات النفسية العصبية المهمة حيث تشير عدم القدرة الكاملة على تحديد المنبه إلى العمه البصرى إذا

استبعدنا الاحتمالات الخاصة بالمشكلات البصرية الأولية أو المشكلات البصرية الثانوية، وقد يكشف المريض عن صعوبة في تحديد الخصائص الناقصة، دون أن يعاني صعوبة عندما تكون الخاصية المهمة متعلقة بمحيط الشكل، أو تظهر الصعوبة عندما يكون المطلوب القيام باستدلالات تعتمد على المعلومات المتعلقة بالشيء أو الاستدلالات القائمة على معلومات حول طبيعة الأحداث المتضمنة في المنبه كما قد تكون الصعوبة في القيام بترتيب متدرج التفاصيل الناقصة ويسمح الأداء بتحليل الأخطاء المتعلقة بما إذا كان الجزء الناقص على الجانب الأيمن أم الأيسر من الصورة.

تصميم المكعبات

يوفر هذا الاختبار إمكانية جيدة لملاحظة استراتيجيات المريض في حله للمشكلات وتقييم خطواته المختلفة، والإضافة التي أدخلت على الاختبار تتمثل في استخدام مخطط بياني يسجل الفاحص عليه بدقة العمليات التي يقوم بها المريض خلال عمله على تصميم معين بدءاً من الآتي :

(١) ملاحظة الترتيب التي يضعها المفحوص ليبدأ بها تصميمه .

(٢) الاتجاهات المختلفة لليدين في العمل من اليسار إلى اليمين أو العكس ومن

أعلى إلى أسفل .

- (٣) ما إذا كان المريض يقوم بتدوير المكعبات وهي في مكانها أو رهينة بين يديه.
- (٤) ما إذا كان المفحوص يقسم المصفوفات المكونة من أربعة مكعبات (اثنين في اثنين) أو تسعة مكعبات (ثلاثة في ثلاثة) للوصول إلى الحل .
- (٥) ما إذا كان المفحوص يقدم صورة معكوسة للتصميم من أعلى لأسفل باعتباره الحل النهائي الذي يقدمه.
- (٦) ما إذا كان المفحوص يثابر على تقديم التصميم نفسه خلال عمله في كل البنود.
- (٧) ما الجانب من التصميم الذي يتضمن القدر الأكبر من أخطاء المريض؟

ترتيب الصور

يكشف هذا الاختبار عن آفات المجال البصري والإهمال البصري المكاني، وآفات المسح البصري، والعمليات العقلية الأساسية المفضلة في الأداء على الاختبار، تشمل ذاكرة التفاصيل، وإدراك النظام والتتابع، ويطبق الاختبار من خلال وضع البطاقات في عمود رأسي أمام المريض للاقلال من الآفات المختلفة التي تؤثر في الأداء، وما إن ينتهي المريض من الإجابة حتى يطلب منه أن يروي قصة المتتابعات التي توصل إليها، ويلاحظ هنا إمكان ظهور استجابات متنوعة تكشف عن نمط الأداء السوي أو المرضي، وذلك على الوجه الآتي :

- يقدم المريض القصة الملائمة من خلال تتابع صحيح من البطاقات .

- قد يقدم القصة الصحيحة من خلال ترتيب غير صحيح للبطاقات .
- قد لا يقدم القصة الصحيحة ولا الترتيب الصحيح للبطاقات .

ويسمح التفسير اللفظي الذي يقدمه المريض عن نتيجة ترتيبه بتحليل لصيق للغاية للمشكلات الكامنة في الترتيب غير الصحيح الذي يقدمه. وأحياناً ما يركز بعض المرضى في عرضهم اللفظي لأدائهم على الجوانب أو العناصر غير الصحيحة وبما يؤدي إلى إعادة تصويبهم لإجاباتهم وإعادة ترتيب البطاقات بصورة صحيحة، من جانب آخر قد يكشف الوصف اللفظي عن إدراكات خاطئة لبعض التفاصيل، أو تشوه أو نقص في بعض العلاقات المكانية، أو إفراط في الانشغال بالتفاصيل ينتج عنه عدم القدرة على إدراك العلاقات المتطورة في سياق القصة عبر البطاقات المخالفة.

ولاستبعاد عامل البطء الحركي الذي يتدخل بقدر كبير في الأداء على هذا الاختبار، يسمح للمريض بالعمل بعد إنتهاء الوقت المقنن للاختبار، وهو ما يتيح له فرصة فهم متطلبات العمل وإكمالها، على الرغم من البطء الحركي وآفات المسح البصري. وتوفر ملاحظة استراتيجية المفحوص في أدائه على اختبار ترتيب الصور إمكانية ثرية للتعرف على آفات أخرى، فبعض المفحوصين يقومون بدراسة البطاقات ويضعون أولاً خطة لترتيبها، بينما يقوم مرضى آخرون بالترتيب بشكل فهري، ويسعى مرضى آخرين للحصول على عائد بصري من الفاحص عن كل

خطوة يقومون بها . ويلاحظ خلال الأداء خصائص أخرى على درجة كبيرة من الأهمية، من ذلك أن بعض المرضى قد لا يقومون بتحريك بطاقة من مرجعها الأصلي وقد يرجع ذلك لأحد سببين: إما لضعف استراتيجية المريض نتيجة لقصور ذاتي وهو خاصية تلاحظ لدى المرضى من أصحاب الاختلالات في الفص الجبهي، أو نتيجة الآفات في التنبه من تلك التي تلاحظ عادة في حالات التلف الخلفي، وقد يفشل المريض نتيجة لعدم التنبه للتفاصيل، أو نتيجة للتركيز على تفاصيل غير متعلقة. وقد يجد مريض آخر صعوبة في فهم العمل المطلوب فيحاول وصف العناصر البصرية دون اعتبار للسياق المنطقي، أو قد يفصل البطاقات في مجموعات فرعية بناء على ما بينها من تشابهات بصرية.

ترتيب الجمل

هو اختبار جديد أُضيف لاختبارات البطارية الأصلية، وهو مناظر لفظي لاختبار ترتيب الصور، ويهدف للكشف عما إذا كانت القدرة على الترتيب في سياق لفظي تختلف عن القدرة على الترتيب في سياق بصري، ويعاني مرضى الكلف قبل الجبهي صعوبة في تناول المعلومات بطريقة تتسم بالمرونة، ويعانون صعوبة الانتقال من معنى لآخر الكلمة الواحدة، بالإضافة إلى تقيدهم الدائم بالمتابعات اللفظية المألوفة وبالاحتمالية العالية للمعنى دون اعتبار لخصوصية معنى الكلمة في السياق.

تجميع الأشياء

أُجري تعديل على الصورة الأصلية للمقياس وذلك بإضافة ثلاثة بنود جديدة له منها البند القديم الخاص بالسيارة في مقياس وكسلر للراشدين، وهو بند يتضمن تفاصيل متعددة، ويمكن مقارنة الأداء عليه بالأداء على البنود التي تعتمد على تجميع الأشياء من أطرافها أو حوافها مثل بند اليد مثلاً، بهدف الكشف عن تأثير بعض العوامل الإضافية في الأداء مثل وجود أو غياب تفاصيل معينة متضمنة في الحل، والبندان الآخران المضافان هما بند الدائرة وبند البقرة .

ويجاب على بند البقرة مثل بند اليد أي من خلال التوصيلات الطرفية أو المحيطة، بينما يتطلب بعد الدائرة التعامل مع عناصر في شكل أقواس ومنحنيات، ولا يمكن الوصول إلى الحل الصحيح فيه باستخدام المعلومات والمتطلبات المحيطة بل بتحليل كل قطعة فيه على حدة، ويفشل المريض الذي يعتمد على المعلومات المحيطة في حل بند البقرة كما يفشل المريض الذي لا يدرك العلاقات بين الأجزاء في حل بند الدائرة، وعلى هذا فإن هذين البندين يتميزان بإمكانية إتاحة الفرصة للفاحص للتعرف على الاستراتيجية التي يعمل المفحوص وفقاً لها في التوصل إلى الحل، ويقوم الفاحص بتسجيل كل خطوات المريض بالتفصيل خلال العمل على هذا الاختبار.

بطارية هالستيد - ريتان

طور هالستيد مجموعة من ١٠ اختبارات تشكل في صورتها الكاملة الأساس المفهومه حول الذكاء البيولوجي، وقد نشرها مفصلة وقدم نظريته في كتابه الصادر عام ١٩٩٧ باسم المخ والذكاء: دراسة كمية للفصوص الجبهية، ومن بين اختبارات السنين العشرة، صمد سبعة منها فقط للتقييم التجريبي والإكلينيكي الدقيق، وقد شكلت هذه الاختبارات السبعة المكونات الجوهرية الأساسية لبطارية هالستيد- ريتان، وتستخدم هذه الاختبارات السبعة لحساب مؤشر هالستيد للعجز، وقد أضيفت بعض الاختبارات الأخرى لهذه المجموعة الأصلية، ويبلغ عدد اختبارات البطارية الآن ١٣ اختبارًا، إذ كان من الواضح أن اختبارات هالستيد السبعة في حاجة إلى استكمالها بمجموعة شاملة من الإجراءات الإضافية حتى يمكن تحقيق فائدة إكلينيكية منها، من ذلك مثلاً مقياس الآفات النفسية العصبية العامة، وهو مقياس يتميز بتوفيره مجموعة عامة للقدرات النفسية العصبية للفرد، وقد برهن على أنه مفيد للغاية إكلينيكيًا كأداة لمقارنة مجالات الآفات، وهو يقوم على أساس ٩٢ متغير مستخلصة من قياسات ببطارية هالستيد- ريتان، بما في ذلك المقاييس السبعة الأصلية التي طورها.

والبطارية أكثر من صورة وتستخدم صورة الراشدين بدءًا من عمر ١٥ عامًا ، أما الأطفال الكبار الذين تقع أعمارهم بين ٩-١٤ عامًا فيخبرون ببطارية شديدة

الشبه ببطارية الراشدين، فيما عدا أن اختبارات التصنيف والتوصيل بين الدوائر والأداء اللمسي مختصرة وأقصر، كما خفض أيضاً عدد بدائل الاستجابة في اختبار إدراك أصوات الحديث.

وبالنسبة للأطفال الأصغر عمراً بين ٥-٨ سنوات، استحدث عدد من التعديلات في إجراءات التطبيق، من أهمها استخدام جهاز كهربائي للنقر بالإصبع بدلاً من الجهاز اليدوي المستخدم في صورة الراشدين والأطفال الكبار، كما أضيفت أيضاً مجموعة من المقاييس تتضمن اختبار الأشكال المتدرجة، وهو تعديل لاختبار التوصيل بين الدوائر، تستخدم فيه أشكال بدلاً من الأرقام والحروف، كما خفض طول اختبائي الفئات والأداء الحسي، واستبعد اختبائي إدراك أصوات الحديث، والإيقاع، وخفض مستوى الصعوبة في فحص ريتان- كلوف الحسي الإدراكي.

وعادة ما توضيح النتائج المستخلصة من بطارية هالستيد ريتان ميزة استخدام بطارية شاملة ومقالة من الاختبارات، وتظهر الدراسات المنهجية إمكان استخدام هذه البطارية وحدها لتحديد وجود تلف مخي معين، وتحديد المنطقة أو الموضع المتأثر، وتقييم ما إذا كانت الإصابة حديثة أم لا، وما إذا كانت لدى المخ إمكانية إحداث توازن وظيفي للحد من العجز، كما يوفر استخدام البطارية لأغراض التأهيل عرضاً متوازناً لطبيعة ودرجة الآفات النفسية العصبية. وتتميز البطارية بصدقها المرتفع. ويذكر ريتان أن كل اختبار من اختبارات البطارية أخضع ليحرت دقيقة

لكي يتم التحقق من صدقه بوصفه اختبار نفسية عصبية، يضاف إلى ذلك تقييم صدقها من حيث دلالتها المتكاملة وتفسيراتها وفيما يلي المقاييس الفرعية في البطارية ودلالاتها النفسية العصبية.

إدراك أصوات الحديث

يقيس اختبار إدراك أصوات الحديث كلا من التحفز والتركيز، وهو يتكون من ١٠ كلمات منطوقة خالية من المعنى عبارة عن تباينات لصوت حرفي (EC) (الإنجليزيين) ويتطلب الاختبار إدراكًا سمعيًا واضحًا، كما يتعين أن يكون المريض قادرًا على متابعة الحوار السوي.

وتقدم الكلمات من خلال جهاز تسجيل، ويطلب من المفحوص وضع خط تحت أحد بدائل الإجابة الأربعة في صحيفة مخصصة للإجابة، ويتطلب الاختبار من المفحوص مواصلة النقر حتى نهاية البنود الستين، وأن يدرك المنبه المنطوق سمعيًا، وأن يربط بين إدراكه السمي وشكل الحروف في صيغة الاختبار

الإيقاع

اختبار الإيقاع مأخوذ من بطارية (سيشور) الموسيقية، وهو يتضمن ٣٠ زوجًا من النقرات الإيقاعية، تقدم من خلال تسجيل صوتي مقنن، ويتعين على المفحوص التمييز بين هذه الأزواج من النقرات الإيقاعية، وبعد سماع المفحوص لكل زوج من

الفقرات عليه أن يسجل إجابته في صحيفة الإجابة بوضع حرف (S) أي مشابهة إذا اعتقد أن النقرتين متماثلتين، وحرف (هـ) (D) أي مختلف إذا كان إيقاعهما مختلفًا.

ويعتقد الكثير من الأخصائيين النفسيين الإكلينيكين أن الأداء على اختبار الإيقاع يعتمد على التكامل في نصف المخ الأيمن (لأن مضمونه غير لفظي)، غير أن ريتان وولفسون يعتقدان أن الاختبار مؤشر في الواقع للأداء المخي العام، وليس له دلالة متعلقة بجانب دون الآخر وهو يقيس مشكلات مدى الذاكرة ومهارات التركيز والقدرة على التمييز بين الإيقاعات.

مسح الأفازيا

اختبار مسح الأفازيا ويسمى أحيانًا باختبار ريتان - أنديانا لمسح الأفازيا وهو تعديل ريتان لاختبار هالستيد - ريتان لمسح الأفازيا، ويقاس كلا من الوظائف اللفظية البسيطة والمعقدة، وحيث تصيب آفات اللغة أنواعًا شديدة البساطة من المهارات اللغوية ومهارات الحديث، أو تصيب على النقيض من ذلك جوانب معقدة للتواصل اللفظي، ومن الضروري الاعتراف بأن الأداء اللغوي يمكن أن يضعف من حيث الإمكانيات التعبيرية، أو خصائصه الاستقبالية أو كليهما، وبالتالي يتعين أن يشمل الفحص النفسي العصبي قدرة الفرد على التعبير اللغوي كإستجابة، والقدرة

على فهم اللغة من خلال كل من القنوات الصوتية والبصرية السمعية والمرئية، وأن يكمل الدائرة الكاملة للاستجابة التي تتضمن إدراك المعلومات اللغوية، والعمليات المركزية، وفهم مضمونها وتقديم استجابات فعالة.

ويستخدم اختبار مسح الأفازيا لتقييم الأداء اللغوي مثل تسمية أشياء مألوقة، وهجاء كلمات بسيطة، وقراءة، وكتابة، ونطق، وتحديد أرقام مفردة وحروف، والقيام بعمليات حسابية بسيطة. والاختبار منظم بطريقة تسمح بتقييم الأداء في تعلقه بالوسيط الحسي المعين الذي يتم إدراك المكبه من خلاله، يضاف إلى ذلك أن المكونات الاستقبالية والتعبيرية في الاختبار تسمح للفاحص بتقدير ما إذا كانت الآفة المحدودة لدى مريض معين ذات طبيعة استقبالية أم تعبيرية في الأساس .

ويقترح رسل وزملاؤه نظامًا للتصحيح يقوم على إعطاء أوزان لدرجة حدة الأخطاء المختلفة، ويستخلص من الاختبار درجات منفصلة للأفازيا وللعلاقات المكانية، وهو حساس لموضع التلف في أحد نصفي المخ.

التصنيف

اختبار الفئات ويعد اختبارًا لتكوين المفاهيم البصرية المجردة، وهو يقيس قدرة المفحوص على استنباط المبادئ العامة من مجموعة نوعية من المنبهات، وتتطلب طريقة التطبيق التقليدية للأخبار استخدام جهاز عارض بصرى لعرض

شرائح المنبهات، ويستخدم الكثير من الأخصائيين الإكلينيكين في الوقت الحاضر كتيباً للمنبهات التي كانت تعرض من خلال الشرائح، وتتكون صورة الراشدين لهذا الاختبار من سبعة مقاييس فرعية منفصلة يبلغ مجموع منبهاتها ٢٠٨، ويتعين على المريض أن يستجيب لكل بند باختبار رقم من ١ إلى ٤ يعبر بأفضل صورة في رأيه عن المبدأ الرمزي المعروض في سلاسل المنبهات.

ويسمح بإجابة واحدة لكل بند، ويطلب من المفحوص أن يستتبط فروضاً، ويقدم له عائد فوري لكي يعدل من أنماط إجابته بأن يذكر له بعد أجابته ما إذا كانت إجابته صحيحة أم خاطئة، ويضم كل اختبار في الاختبارات السنة الأولى مبدأ واحداً، بينما لا يتضمن الاختبار السابع مبدأ واحداً محدداً، ويطلب منه في هذا الاختبار الأخير أن يتذكر الإجابة الصحيحة لبنود المنبهات التي قدمت له والاختبار غير موقوت، وقد يحتاج المريض لساعة كاملة للإجابة على كل بنوده، بالإضافة إلى أنه مكلف ويصعب تطبيقه على المرضى الملازمين للفراش، وأن كان قد أمكن التخلص من هذه المشكلة باستخدام كُتيب مطبوع وليس جهاز عرض، ويتميز الاختبار بقياسه التباين واسع من الوظائف المعرفية المعقدة المتأثرة بالعطب المخي، ويعتقد كثير من الأخصائيين النفسيين العصبيين أنه أكثر المقاييس الفرعية في البطارية حساسية للتلف المخي.

الأداء اللمسي

يطبق اختبار الأداء اللمسي باستخدام صورة معدلة من لوحة سيجرين -
جودار للأشكال، ويقوم المريض في الصورة الخاصة بالراشدين بإدخال ١٠
مكعبات في أماكنها الملائمة في ثقب اللوحة وهو معصوب العينين، واللوحة
مجهزة بانحدار أفقي مقداره ٤٥ درجة.

ويطبق ثلاث مرات باستخدام اليد المهيمنة (اليد التي يستخدمها المريض في
المعتاد) وباليد غير المهيمنة في المرة الثانية، ثم باليدين معًا في المرة الأخيرة،
ويسجل وقت الأداء لكل مرة من المرات الثلاث مع تسجيل عدد المكعبات التي
وضعت في أماكنها بصورة صحيحة، نبعد اللوحة بعد المحاولة الأخيرة، وتزال
العصاية عن عيني المريض ويطلب منه أن يرسم اللوحة، وأن يحدد مواضع
المكعبات بقدر ما يستطيع أن يتذكر.

ويحصل المريض على درجة أخرى للتذكر كما يحصل على درجة أخرى عن
صحة تحديده للمواضع، وتعتبر هاتان الدرجتان عن القدرة على التعلم المكاني
العرضي لدى المريض. ويقاس اختبار الأداء اللمسي آفات التكامل بين العائد
اللمسي الحركي والمهارات النفسية الحركية والذاكرة المكانية، كما يمكن الخروج منه
بمؤشرات نسبية من الفروق في الأداء بين اليد اليمنى واليسرى على الجانب من

المخ الذي يوجد فيه التلف، وعادة ما تكون اليد غير المهيمنة أسرع بمقدار الثلث من اليد المهيمنة، والاختبار موقوت وأن كانت هناك اختلافات في الوقت المسموح به لكل محاولة من المحاولات الثلاث، فبينما يسمح ريتان وولفسون بخمس عشرة دقيقة كحد أقصى لكل محاولة ويوصي رسل وزملاؤه بإنهاء كل محاولة بعد عشر دقائق فقط.

التوصيل بين الدوائر

اختبار التوصيل بين الدوائر مختصر ولا يستغرق وقتاً طويلاً في تطبيقه، كما أنه مفيد للغاية كأداة للمسح النفسي العصبي، وهو يتكون من جزئين (أ) و(ب). وتتكون الصورة (أ) من ٢٥ دائرة متناثرة في صفحة واحدة، بداخل كل دائرة رقم في سلسلة من الأرقام من ١ إلى ٢٥، ويطلب من المريض توصيل الدوائر جميعها من خلال رسم خط عبر كل الدوائر متبعا التسلسل الرقمي المتصاعد لها دون أن يقطع الخط المرسوم بين أي دائرتين .

أما الصورة (ب) فهي أكثر تعقيداً وصعوبة حيث يوجد بداخل الدوائر إما أرقام، من ١ إلى ١٣، أو حروف أبجدية من A إلى M أو على المفحوص أن يقوم بالعمل نفسه الذي قام به في الصورة (أ) ، ولكن مع اقتفاء التتابع المتسلسل تصاعدياً الأرقام والحروف الأبجدية على التبادل (فيبدأ من ١ : أ ثم ٢ : ب ، ٣

: ج، الخ) . ويطلب من المفحوص العمل بأقصى سرعة يستطيعها وبدون أخطاء، وعند وقوع المريض في خطأ يتوقف على الفور، ثم يستكمل إجابته من النقطة التي بدأ منها الخطأ، ويستمر حساب الوقت والدرجة على الجزئين، وهو الوقت الكلي الذي استغرقه المفحوص في الاستجابة .

ويلاحظ ضرورة أن يكون المريض قادرًا على التعرف على الأرقام والحروف، وأن يقوم بعملية مسح سريعة وإزاحات وتآزر بصري حركي وقدرة على التعقب المتسلسل. وعندما تكون الدرجة على الجزء (أ) أكثر من نصف الدرجة على الجزء (ب) فإن الأداء على الجزء (أ) يشير في هذه الحالة إلى قدر أكبر من العجز، بينما يشير الأداء على الجزء (ب) إلى قدر أكبر من العجز عندما تكون الدرجة عليه أكثر من ثلاثة أضعاف الدرجة على الجزء (أ)، ويمكن اعتبار الفروق التي تقع بين هذين الحدين المتطرفين مؤشرًا على أداء متكافئ.

النقر بالإصبع

يعرف اختبار النقر بالإصبع أيضًا باسم اختبار تذبذب الإصبع، وهو مقياس للسرعة الحركية، ويطلب فيه من المريض الضغط على مفتاح يدوي متصل بعداد بأسرع ما يستطيع، وبعاد ضبط مفتاح العداد في كل مرة يقدم فيها الاختبار، وتقاس سرعة النقر بالإصبع لكل يد من اليدين، والدرجة عبارة عن متوسط المرات المتتالية التي قام بها المفحوص.

ويحصل المفحوص على فترة راحة بين كل محاولة وأخرى، وهناك اختلافات بين الممارسين في عدد المحاولات التي يسمح للمفحوص القيام بها، وإن كان المعتاد هو السماح بخمس محاولات على الأقل، واستخدام خمسة تعاقبات مختلفة للنقر، وبما لا يزيد على خمس نقرات في المرة الواحدة، وتتوافر من هذا الاختبار معلومات مهمة عندما يوجد تلف في جانب معين من المخ، كما أن الأداء باليد المهيمنة غالبًا ما يكون أفضل بمقدار ١٠ ٪ من الأداء باليد غير المهيمنة، ويتأثر الأداء على الاختبار بكل من العمر والجنس ومستوى التعليم، مما يتطلب معايير خاصة تضع هذه التأثيرات في الاعتبار حتى يمكن تفسير الأداء بشكل ملائم.

ويلاحظ بالنسبة للأداء على هذا الاختبار أن أصحاب اليد اليمنى المهيمنة يظهرون أداء أفضل باستخدام يدهم اليمنى من أداء أصحاب اليد اليسرى المهيمنة عندما يستخدمون يسراهم. ويتعين أيضًا ملاحظة أن أية تفسيرات نفسية عصبية حول موضع التلف في أحد نصفي المخ يمكن الخروج بها فقط بعد استبعاد احتمالات وجود حالة تلف طرفي يمكن أن تكون المسئولة عن الأداء الضعيف على الاختبار مثل إصابة في اليد أو الذراع أو التهاب المفاصل.

وللتحديد الأدق لموضع الإصابة في المخ، يكون من الضروري مقارنة الأداء على اختبار النقر بالأصابع بالأداء على اختبار الأداء الحركي، فإذا كان الأداء الحركي ضعيفًا بينما النقر بالأصابع ملائم باليد نفسها، يصبح هناك احتمال أن

المشكلة متعلقة بالفصوص الخلفية، أما إذا كانت سرعة النقر ضعيفة، مع أداء جيد على اختبار الأداء الحركي، فالاحتمال في هذه الحالة أن يكون العجز في الفصوص الأمامية.

ريتان - كلوف لفحص الإدراك الحسي

استخلصت البنود الخاصة باختبار ريتان - كلوف لفحص الإدراك الحسي من فحص سلوكي عصبي، وتتوافر من خلاله معلومات عن القدرات البصرية والسمعية والحسية، بالإضافة إلى توفيره لفحص أكثر تفصيلاً للأداء الحسي- الحركي، كما يمكن استخدامه لتقييم الأداء النسبي للنصفين الكرويين من خلال المقارنات بين الأداء الحسي- الإدراكي لكل جانب من جانبي الجسم.

فحص ريتان - كلوف للطرف المهيمن

يقيم فحص ريتان-كلوف تفضيلات المريض لاستخدام إحدى يديه (أي كون المريض أيمن أم أيسر) وإحدى قدميه، وإحدى عينيه، وتعد هذه المعلومات مهمة لتفسير الأداء على الاختبارات الأخرى التي تقارن بين جانبي الجسم، مثل اختبار النقر بالإصبع واختبار الأداء الحسي، وهو اختبار سلوكي حيث تقاس اليد المفضلة من خلال ملاحظة تفضيلات المريض عندما يطلب منه أن يوقع على قطعة من الورق.

كما تقاس العين المفضلة من ملاحظة أي العينين هي التي تستخدم في التصويب باستخدام بندقية تخيلية، وبالمثل تقاس القدم المفضلة من الطريقة التي يقوم فيها المفحوص بالاستجابة لطلب ضرب كرة متخيلة. وفي اختبار قوة قبض اليد يقوم المريض بتعديل الجهاز ليلائم يده، ثم يقوم بالضغط عليه بأقصى ما يستطيع من قوة، وتعطى للمفحوص محاولتين متبادلتين لكل يد، والدرجة هي متوسط المحاولات، وهو مقياس إضافي للحركة.

الاختبارات الملحقة

بالإضافة إلى الاختبارات الأساسية السابقة، فإن بطارية هالستيد- ريتان النفس - عصبية تتضمن عددًا من مقاييس وكسلر للذكاء الملائمة عمريًا، بالإضافة إلى بطاريات قياس الشخصية، مثل بطارية مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية أو بطارية ميلون الإكلينيكية متعددة المحاور، بالإضافة إلى اختبارات التحصيل الأكاديمي مثل اختبار التحصيل واسع المدى .

المقاييس التلخيصية

بالإضافة إلى القياس المباشر من خلال الاختبارات الفرعية في البطارية، تستخدم عدة مقاييس تلخيصية عبارة عن مؤشرات تحتسب من الأداء على أكثر من مقياس، وتستعيد هذه المقاييس التلخيصية قيمتها من النتائج الإحصائية التي

أمكن جمعها عن الأداء من آلاف الحالات التي استخدمت فيها سواء بواسطة هالستيد أو ريتان وزملائه أو بواسطة باحثين آخرين، ومن بين هذه المقاييس مؤشر هالستيد للعجز وهو عبارة عن درجة خطية مركبة من الاختبارات النفسية العصبية، ومؤشر متوسط تقديرات العجز الذي قدمه رسل وزملائه وتستخدم لحسابه المتوسطات الموزونة لعدد من المقاييس الفرعية، ومقياس الآفات النفسية العصبية العامة ويتم من خلاله جمع تقديرات موزونة من حوالي ٤٠ قياساً مختلفاً.

بطارية لوريا - نبراسكا

تتكون بطارية لوريا - نبراسكا النفسية العصبية من صورتين: يطلق على الصورة الأولى (بلين ع-١) ويطلق على الصورة الثانية (بلين ع-٢)، وقد صممت البطاريتان وفق مفهوم لوريا حول تحليل النظام الوظيفي. ووفقاً لهذا النموذج النظري يمكن اختصار كل الوظائف المخية العليا إلى سلسلة من المكونات والعناصر البسيطة نسبياً، ويتطلب كل سلوك هادف وفق النظرية مدخلات حسية نوعية، وعمليات معرفية تتم على هذه المدخلات، واستجابات سلوكية، ويتعين بالتالي على الأخصائي النفسي العصبي أن يحدد السياق الكامل بمراحله المختلفة بدءاً من المدخلات إلى العمليات المعرفية وإنهاء بالسلوك، وبما يمكنه من وضع الخطة الملائمة للمهام الاختبارية ذات الصلة.

ولهذا المنحى قيمة جوهرية في تصميم الاستراتيجيات التأهيلية العصبية من خلال تحليل مكونات هذا النظام الوظيفي لتبين مدى تنوع العناصر المكونة له، ويمكن من خلال هذا التحليل الوصول إلى تحديد دقيق وتعريف إجرائي للآفات الحسية والحركية والمعرفية، ومصادر القوة والضعف فيها، وبالتالي يمكن استثمار عناصر النظام الوظيفي غير المصابة أو السليمة التمريض المهارات المعطوية.

ويعتمد الأداء السري للمهام المختلفة في السياق النفسي العصبي على الأداء الناجح للعناصر الثلاثة السابقة، من ذلك أن وجود آفات حسية معينة يفقد الشخص فيها القدرة على معالجة المعلومات الحسية معرفياً بصورة سليمة، نتيجة للتشوه في المدخلات الحسية، وبالمثل لا تصبح المخرجات السلوكية سليمة، وإذا كان الإحساس ليناً مع عدم قدرة المريض على معالجة العناصر المفهومة نتيجة فشل العمليات المعرفية - فلن تتوافر بالمثل إمكانية صدور استجابة صحيحة وذات علاقة، والأمر ذاته بالنسبة إلى الاستجابات السلوكية إذا كانت غير ملائمة، وحيث يتعذر بالقدر نفسه معالجة المهام المطلوبة ما لم تتوافر للمريض بدائل مناسبة للاستجابة.

وعندما يتم توضيح عناصر المهمة وتمييزها يصبح من الميسور تحديد المرحلة التي يحدث فيها الفشل. وقد صممت بطارية لوريا- نبراسكا بصورتها بهدف توفير عينة من عناصر هذا الجهاز الوظيفي بصورة متدرجة في إطار

معرفى واسع، ولا يوجد في البطارية بند واحد يقيس مهارة متكاملة أو عنصراً مهارياً، وأغلب المهام العصبية السلوكية تتطلب العناصر الثلاثة مجتمعة وبنفس السياق الحسى- المعرفى- السلوكي، كما يفترض أن العمليات المعرفية المعقدة ينتظمها نظام أساسي مندرج، وتوسط اللغة في هذا النظام يمثل عنصراً مركزياً في نظام معالجة المعلومات وفقاً لنموذج لوريا.

بطارية لوريا - نبراسكا

لوريا - نبراسكا بطارية للاختبار الفردي، تستخدم لتوفير قياس لمدى عريض من الوظائف الحسية الحركية واللغوية والحسابية ووظائف الذاكرة بالإضافة إلى الوظائف العقلية اللحائية العليا. وتشبه بطارية لوريا - نبراسكا هذه البطارية وأن كانت لا تعد صورة مكافئة لها ، والبطاريتان ملائمتان للتطبيق على الراشدين .

وتتضمن البطارية ٢٩٩ بنداً، ويستغرق تطبيقها كاملة ما بين ساعتين إلى ثلاث ساعات على المرضى الذين يعانون عجزاً معرفياً، ويوفر دليل الاختبار محكات واضحة للتصحيح، كما يمكن تلخيص النتائج وفق مجموعة متنوعة من المقاييس الإكلينيكية المختصرة والتي صممت بهدف الكشف عن الاتجاهات العامة لمصادر القوة والآفات المعرفية والمؤشرات الدالة على المرض في الاختلالات المخية المختلفة، وقد استخلصت المقاييس الإكلينيكية فقط تجريبياً، أما مقاييس

التلخيص وتحديد المواضع والمقاييس العاملة فقد طور بعضها نظريًا، بينما طور البعض الآخر إمبيريقياً وبناء على اقتراح جولدن وزملاؤه أصبح يشار إلى مقاييس البطارية الإكلينيكية مسبقة بحرف (C)، ويشار إلى المقاييس التلخيصية مسبقة بحرف (S)، كما تشير أرقام المقاييس إلى ترتيبها في البروفيل المعياري للبطارية في أي من المجموعتين الإكلينيكية والتلخيصية وفيما يلي المقاييس المختلفة في البطارية:

(أ) المقاييس الإكلينيكية

مقياس الحركة

يطلب من المريض في هذا الاختبار أداء عدد متنوع ومتدرج من الحركات البسيطة، والمعقدة باستخدام يديه وذراعيه وعضلات وجهه، بالإضافة إلى مجموعة من الحركات البسيطة بالأصابع واليدين، كما تقدم له مجموعة من المؤشرات البصرية واللمسية التي يطلب منه الاستجابة لها، كما يتعين على المفحوص أداء بعض الحركات اليدوية المزدوجة، وتتابعات حركية بديلة وتآزرات معقدة، والقيام بحركات شفوية وتعبيرات مفردة بوجهه.

ويتضمن الاختبار بعض المهام التشييدية مثل النقل والرسم، بالإضافة إلى استجابات لفظية بديلة بناء على مؤشرات معينة في سلسلة من مهام الاستجابة

الحركية مقياس الإيقاع، وتتضمن بنود هذا الاختبار مهام مختلفة، عبارة عن تمييز أصوات، أو تقليد وغناء لإيقاعات ونغمات بسيطة ومعقدة، وتقليد حركي لنغمات إيقاعية صوتية .

مقياس اللمس

يتضمن الاختبار مجموعة من المهام اللمسية مثل التعرف من خلال اللمس بالإصبع، والإحساس بالوخزة، والإحساس بالضغط الخفيف، والتمييز اللمسي بين نقطتين، والإحساس اللمسي بالاتجاه، والإحساس الكتابي للحروف والأرقام، والأشكال، والإحساسات الذاتية، والقدرات الحسية على التعرف بالمجسم.

مقياس الإبصار

ويستخدم في قياس عدد من المهام البصرية، ومهام التسمية، والإدراك المكاني الثنائي والثلاثي الأبعاد.

الحديث الاستقبالي

يتكون من مجموعتين من البنود السهلة والصعبة: تتضمن المجموعة الأولى بنود صوتية صغرى، وترديد متابعات من وحدات صوتية صغرى، واستجابات حركية بديلة لمؤشرات صوتية صغرى، وتمييز فونيمي، واستجابات حركية لمتابعة

بناء على مؤشرات لفظية، وتسمية بصرية، وتعرف على أجزاء الجسم بناء على تعليمات، وتعريفات لفظية بسيطة.

أما المجموعة الثانية التي تتضمن البنود الأكثر تعقيداً فتتطلب استجابات حركية لمهام معينة بناء على تركيبات لفظية تقريرية معقدة، ومتعارضة، وذات تصريفات لغوية مختلفة، وعبارات، وصفية منظمة مكانياً، ومقارنات، وعبارات مقلوبة نحوياً .

الحديث التعبيري

ويطلب فيه من المفحوص تكرار وحدات صوتية صغيرة ومقاطع، وكلمات وسلاسل من الكلمات، وجمل متزايدة الصعوبة، بالإضافة إلى مهام التسمية البصرية والتسمية من خلال وصف لفظي، والإفراط في الحفظ، والحفظ المعكوس (أرقام، وأيام الأسبوع)، وطلاقة لفظية، وحديث مرتجل، وتصحيح إعراب .

الكتابة

ويطلب فيه من المفحوص ترتيب حروف، وتهجي، ونقل حروف ومقاطع، وتذكر سلاسل من الكلمات، والتوقيع باسمه، وكتابة حروف ووحدات صوتية وكلمات مملق، وكتابة مرتجلة حول موضوع مقدم.

القراءة

ويقيس مهارات قراءة مفردات، ومقاطع، وكلمة مفردة، وجملة، وفقرة طويلة على امتداد مدى عريض من الصعوبة المتزايدة في البنود.

الحساب

يتضمن الاختبار أن يقوم المفحوص بكتابة أرقام عربية ١، ٢، ٣، ورومانية مختلفة من خلال الإملاء، وتحليل لتكوينات عددية، وعمليات حسابية شفوية وكتابية بسيطة، وتحليل لرموز حسابية .

الذاكرة

يتضمن مهام تذكر لمقاطع صماء تقدم بصرياً أو شفويًا، وتذكر قوائم لفظية مباشرة، بعد تدخل أو مقاطعة، وتعلم لفظي، وتذكر لمقاطع من قصة، وتذكر لفظي مع استخدام مؤشرات بصرية، وتذكر صفوف ذات طابع بصري والتعرف عليها، وتذكر شفوي غير لفظي.

العمليات العقلية

يستخدم هذا الاختبار لتقييم القدرة على تحليل المفاهيم من خلال سياقات مصورة ونصوص وتتبعات مصورة غير لفظية وتفسير الأمثال وأقوال مأثورة وتعريفات وتجريدات لفظية ومقارنات ومهام حسابية عقلية أولية وذلك من خلال مواد وسيطة.

(ب) المقاييس التلخيصية

طورت المقاييس التلخيصية الخاصة بكل من الخصائص التشخيصية للمرض والمدى الأعلى للبروفيل، ومدى العجز، وهي المقاييس التلخيصية أرقام S1، S4، S5، وهي تستخدم مع الصورة الأولى فقط من المقياس (بلين ع-١)، وما زال صدقها غير محسوم بالنسبة للصورة الثانية (بلين ع-٢)، ويبلغ عدد المقاييس التلخيصية خمسة مقاييس هي الآتي:

١- مقياس الخصائص التشخيصية للمرض

وقد اشتق هذا المقياس إمبيريقياً، وهو يتكون من ٣١ بنداً نجحت بصورة واضحة في التمييز بين مرضى الاختلالات المخية وبين الأشخاص الأصحاء عصبياً، ويرتبط الأداء الضعيف على هذه البنود ارتباطاً مرتفعاً بوجود اختلالات في المخ، نادراً ما توجد في المجموعات الضابطة السوية عصبياً، أو لدى المرضى من أصحاب الاضطرابات السيكاترية، بما في ذلك الفصامين .

٢- مقياس نصف المخ الأيسر

واستخلصت بنوده من المقياسين الإكلينيكين: الحركة واللمس (C1، C3) وهو يتكون من البنود اللمسية والحركية التي تؤدي باليد اليمنى وحدها في هذين المقياسين، وهو مناسب لتقييم الوظيفة الحسية الحركية لليد والذراع اليمنى.

٣- مقياس نصف المخ الأيمن

وهو مستخلص أيضاً من المقياسين السابقين، ولكنه يتكون من أكثر البنود اللمسية والحركية التي تُؤدى باليد اليسرى فقط، ويوفر أيضاً تقييماً للوظائف الحسية والحركية لليد والذراع اليسرى .

٤- مقياس المدى الأعلى للبروفيل

اشتقه ساويكي وجولدن تجريبياً من البنود التي كانت مصاحبة أعلى ارتباط بمتوسط الدرجة على البروفيل الإكلينيكي لبطارية لوريا نبراسكا النفسية العصبية، ويستخلص من هذا المقياس درجة تعبر عن مصادر القوة والضعف لدى المريض وهي درجة تستخدم بمثابة تقدير للتعويض المعرفي أو بمثابة تقدير للمستوى العام لمجمل الأداء.

٥- مقياس العجز

اشتقه أيضاً ساويكي وجولدن تجريبياً من البنود صاحبة أعلى ارتباط بالمقاييس التي تتجاوز الحد الأعلى للأداء السوى للفرد في عمر ومستوى تعليم معينين، واقترح الباحثان هذا المقياس في البداية للاستخدام بديلاً عن المؤشر الإجمالي لآفات المعرفة، ويتطلب الأمر التحقق من صدقه لمثل هذا الاستخدام

قبل الاعتماد إليه، وهناك تداخل محدود بين بنود هذا المقياس وبين المقياسين التلخيصيين: الخصائص التشخيصية للمرض، والمدى الأعلى للبروفيل.

مقارنة بين البطاريات النفسية العصبية

انشغل عدد من الباحثين بمحاولة التعرف على وجوه الاتفاق والاختلاف بين البطاريات النفسية العصبية المهمة مثل بطارية هالستيد- ريتان، وبطارية لوريا نبراسكا النفسية العصبية، سواء على المستوى النظري أو من خلال المقارنة بين تقديرات إكلينيكية بناء على تقارير استخدمت فيها البطاريتان بالإضافة إلى المقارنات التي تمت بين تقارير حالات فردية عام ١٩٨٦.

وبينما يرى جولدن وزملاؤه أن التشابه يمتد إلى نمط الأداء على البطاريتين، إلا أن شيلوين وزملاؤه يلاحظون أن هناك مستوى كبيراً من المناظر بين المقياس الفرعية ليس بين بطارية هالستيد ريتان، ولوريا - نبراسكا فقط، بل واختبار وكسلر للراشدين أيضاً، وأن هناك علاقة بين مستويات الأداء على هذه المقياس، إلا أن نمط الأداء متعدد التباين بينها يظل شديد الوضوح.

معايير الأداء والمتغيرات الديموجرافية

يتطلب تفسير الأداء على الاختبارات والمقياس المختلفة توافر معايير عامة لمثل هذه الأدوات، يتحدد من خلالها ما يعد سواء وما يعد اضطراباً أو اختلالاً في

الوظائف. فإذا اتجه اهتمامنا إلى مجال التقييم النفسي العصبي باستخدام الاختبارات النفسية، فسيتبين أن المطلوب هو تحديد ما إذا كانت نتائجنا توحى بحالة مرضية في المخ أم لا؟ وعادة ما يتم التحقق من ذلك من خلال مقارنة أداء الشخص صاحب هذه النتائج على تلك المقاييس بالمعايير المقننة، والتي تستمد من عينات مرضية عصبية نمطية، غير أن هناك مشكلتين تعترضان هذه المهمة:

الأولى: أن المعايير العقلية لأغلب المقاييس النفسية العصبية مستخلصة من عينات عصبية نمطية في أمريكا الشمالية.

الثانية: أن الحوار حول ما يشكل مفهوم السواء بمثل قضية محررية مهمة بين علماء النفس العصبيين. إذ أن تحديد أداء الفرد باعتباره ناتجًا عن اضطراب عقلي يتطلب تمييز هذا الأداء من التباين السوي في القدرة المعرفية، ويتطلب هذا الأمر الأخير من الأخصائي الإكلينيكي، تعريف معنى السواء الذي يفسر نتائجه وفقًا له، لا من منظور نفسي وعصبي فحسب، بل ومن منظور اجتماعي أيضًا.

ويلاحظ من ناحية ثالثة أن الأداء على أغلب المقاييس النفسية العصبية يرتبط جوهريًا بمتغيرات مثل العمر والتعليم، والأصل العرقي، وفي أحيان ليلة بالجلسة ولأن خصائص ومستويات التعليم تتغير بين فترة وأخرى، مع الكثير من المتغيرات ذات الصلة بالأداء التنفسي العصبي، مثل نوع الأداء المهني وما يحدث فيه من

تغيرات تكنولوجية تؤثر في نمط الأداء ومتطلباته في كثير من المهن، يصبح من الضروري تحديث المعايير المختلفة بين فترة وأخرى .

والواقع أن الفريق بين الأجيال المتعاقبة تتضمن عديدًا من العناصر التي لا تسمح بإمكانية المقارنة بين أداء شخص في فترة معينة بأداء عينة معيارية من جيل أو أجيال سابقة ، فالأجيال المتعاقبة قد تختلف في أنماط اللغة وأنماط حل المشكلات.

وقد أظهرت البحوث المختلفة التي اهتمت بالعلاقة بين الأداء النفسي العصبي وعدد من التغيرات الديموجرافية مدى تأثير الأداء بمثل هذه المتغيرات، من ذلك أن أغلب وليس كل الأسوياء المسكين يحصلون على درجات مرتفعة جوهريا على مؤشر العجز في بطارية هالستيد - ريتان، كما أن العيوب والآفات المرتبطة بالعمر تبدو أوضح في بعض الاختبارات مقارنة بالأخرى، وهو الأمر الذي لاحظته ريتان وولفسون من مراجعتهم لنتائج البحوث المختلفة، وحيث يستخلصان أن تأثير العمر على الأداء يوجد أساسًا في المهارات المعقدة والجديدة التي تتطلب استدلالًا، وتجريدًا وتحليلًا منطقيًا، بينما لا يوجد مثل هذا التأثير بصفة عامة في الاختبارات ذات الصلة بالتعليم السابق والخبرة السابقة والقدرة اللغوية.

وقد توصل ألبرت وكابلان إلى أن التقدم في العمر يغير من الأداء على الاختبارات النفسية العصبية، وحيث يؤدي التقدم الطبيعي في العمر إلى تغيرات جوهرية مماثلة لتلك التي تلاحظ بين المرضى ذوي الاضطرابات في الفصوص الجبهية، بما في ذلك البطء المعرفي، وفقدان القدرة على معالجة المعلومات الشكلية أو المصورة.

ويظهر تأثير التعليم في الأداء في بعض اختبارات هالستيد - ريتان، مال اختبار التصنيف، واختبار الإيقاع، واختبار إدراك أصوات الحديث والصورتين أ، ب من اختبار التوصيل بين الدوائر، ويرى هينون وزملاؤه أن هناك فرضاً عاماً يربط بين العمر والتعليم؛ يتمثل في أن المجموعات الأفضل تعليمياً تظهر انخفاضاً متعلقاً بالعمر أقل في الأداء النفسي العصبي .

وتبدو تأثيرات الفروق الجنسية أقل مقارنة بالفريق في العمر والتعليم على بطارية هالستيد-ريتان، حيث كان الذكور أميل للحصول على درجات مرتفعة على الاختبارات التي تقيم القدرة على تداول المعلومات المكانية، والمهارات الكمية، والقدرات الجسمية، والسرعة الحركية البسيطة، بينما تتميز الإناث على بعض اختبارات القدرات اللفظية وقد أظهر الذكور أيضاً سرعة أعلى من الإناث في اختبار النقر بالإصبع، كما كانت قوة القبض لديهم أفضل من الإناث سواء باليد المهيمنة أو اليد الأخرى، ويضع هيكون وزملاؤه مجموعة أسئلة يتعين الإجابة

عليها عند استخدام بطارية هالستيد ريتان، إلا أنها ملائمة ومهمة لا بالنسبة لهذه البطارية وحدها، بل بالنسبة لكل الأدوات النفسية العصبية وهي تتلخص في الآتي:

- (١) ما مدى تعلق الأداء على مختلف الاختبارات النفسية العصبية بالعمر؟
- (٢) أي الاختبارات أكثر حساسية للتأثيرات العمرية؟
- (٣) أي الاختبارات تبدو ذات علاقة بالتعلم؟
- (٤) هل هناك تفاعل جوهري بين العمر والتعليم يؤثر على الأداء في اختبارات البطارية؟
- (٥) إذا كان هناك مثل هذا التفاعل المؤثر هل هو متسق مع الفرض الذي يرى أن المجموعات العمرية الأفضل تعليمًا تظهر تدهورًا أقل ارتباطًا بالعمر في أدائها النفسي العصبي؟
- (٦) ما مدى جودة أو ضعف مجموعة المعايير السابق نشرها للاختبار بالنسبة للمجموعات الأسوياء في المراحل العمرية المختلفة، ومستويات التعليم المختلفة؟
- (٧) أي اختبارات البطارية هي التي تظهر فروقًا جوهريّة بين الجنسين، وهل هذه الفروق كبيرة بما يكفي لتبرير توفير معايير مختلفة لكل من الجنسين؟
- (٨) وقد يكون من الضروري أن نضيف سؤالًا آخرًا لا يقل أهمية عن الأسئلة السابقة وهو: هل هذه المعايير مستخلصة من المجموعة الحضارية نفسها التي ينتمي إليها المريض في تعلقها بزمان ومكان الفحص النفسي العصبي؟