تطوير وتقنين الصورة المسحية من المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النمائية النفسعصبية للأطفال مستندة للدليل التشخيصي الإحصائي الخامس

د/ زيزي السيد ابراهيم(*)

ملخص:

الهدف: يهدف البحث الراهن إلى تطوير وتقنين صورة مسحية من المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية للأطفال (شلبي والدسوقي وإبراهيم، ٢٠١٥) المنبثقة عن الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5[١] الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية عام ٢٠١٣.

المنهج: تضمنت الصورة المسحية اضطرابات القصور العقلي[٢] واضطرابات التواصل[٣] واضطراب طيف التوحد[٤] واضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة[٥] واضطرابات التعلم النوعية[٦]. دعمت المقابلة بالتعليمات التفصيلية الخاصة بتشخيص كل من الاضطرابات السابقة وأضيف المسح الشامل للأعراض في بداية المقابلة. استخدمت اختبارات مقننة لقياس الذكاء والتوحد وقصورالانتباه/فرط الحركة وصعوبات التعلم كمحكات لتقدير صدق التعلق بمحك. تم تدريب عددا من الاخصائيين النفسيين والعاملين في مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة على تطبيق وتقييم الاضطرابات النفسية للأطفال باستخدام الصورة المسحية للمقابلة. تم التطبيق في محافظات الفيوم والقاهرة والجيزة. على عدد ٤١٢ طفل منهم (ن=٢٤٥) مريض و (ن=١٦٧) طفل سوي وحسبت مؤشرات الصدق والثبات وجودة بناء المقابلة حيث حسب ثبات الفا لكرونباخ وثبات القائمين بالتقدير، ومؤشرات صدق المحتوى

(*) مدرس علم النفس العيادي –كلية الآداب– جامعة الفيوم للمراسلات البريد الالكتروني zss11@fayoum.edu.eg

1 -Diagnostic And Statistical Manual For Mental Disorders-form, Fifth edition
2 - Mental disability
3 - communication disorders
4 - Autism spectrum disorder
5 - attention deficit/hyperactivity disorder
6 - specific learning disorder

وصدق المحك وصدق المفهوم للتمييز بين المجموعات المتعارضة.

النتائج: تشير النتائج إلى تمتع المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية للأطفال الصورة المسحية ببناء جيد ومؤشرات ثبات وصدق مقبولة. حيث استخدمت بكفاءة لتقييم الاضطرابات النفسية لدى العينة والتمييز بين المرضى وغير المرضى من الاطفال. نوقشت النتائج في ضوء حدود الدراسة والتحليلات الإحصائية المستخدمة.

الكلمات الدالة: الاضطرابات النمائية النفسعصبية–الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس

Development and Validation of Dsm-5 Based Clinical Interview for Diagnosing Neurodevelopmental Disorders (Survey Form)

Zizi Elsayed Ibrahim Ali Sabra(*)

Abstract:

Aim of the study: This research aims at developing and validating survey form of" The Clinical Interview for Diagnosing Children Mental Disorders" (Shalaby, Aldesouky & Ibrahim, 2015) based on DSM-5, (2013).

Method: The survey form of the interview included assessment of mental disability, communicating disorders, Autism spectrum disorder, attention deficit/hyper activity disorder and specific learning disorders. A detailed instruction for assessment of each of the previous disorders offered, along with "overview" symptom list in the beginning of the assessment. Standardized tests for IQ, Autism, Attention deficit/hyperactivity disorder and learning difficulties used to assess criterion validity. Number of postgraduates' students, and special need psychologists received training to be able to use the tools of the study effectively. Research sample drawn from Fayoum, Cairo, Giza cities total sample of 412 (normal n= 167 & kids with developmental disorder n= 245). Inter rater and Alpha reliability computed, content, criterion, and discriminant validity assessed.

Results: The "DSM-5 Based Clinical Interview for Diagnosing Neurodevelopmental Disorders (survey form)" has good reliability and validity indicators as it shown in the ability to effectively assess neurodevelopmental disorders presented by research sample and its ability to discriminate between normal and disordered kids. Results discussed in terms of statistical analysis results and study limitations.

Key words: Neurodevelopmental Disorders- Dsm-5

(*)Assistant Professor - Psychology Department, Faculty of Arts and Human Science, Fayoum University. E-mail: zss11@fayoum.edu.eg

مقدمة

إن عملية التشخيص الإكلينيكي كانت دائمًا هي الخطوة الأهم في اتخاذ قرارات التدخل الجيدة لإدارة المرض النفسي بكفاءة. وكانت الأدوات التشخيصية الدقيقة على مر التاريخ العلمي لدراسة الاضطرابات النفسية تمثل تحديًا يسعى الباحثون والعلماء للوصول به إلى أعلى مستوى من الدقة والشمولية كما ذكر ريش Reich وإيرل فى بحث مبكر(1987) وكانافيرا Canavera وولكينز Wilkin وبينكوسPincus وارينيريتش–ماي -Ehrenreich May في تقرير أحدث (2009) وذلك في عملية التشخيص بصفة عامة وفى تشخيص الاضطرابات النفسية للأطفال والمراهقين خاصة (2000) ,Reich. بينت دراسة داداسDadds و برين Perrin ويال Yule (١٩٩٨) أن أدوات التشخيص التي تعتمد على التقرير الذاتي قد لا تقدم معلومات تشخيصية كافية أو دقيقة لبناء الحكم التشخيصي واتخاذ القرار بالتدخل الملائم وكذلك دراسة لوجان Logan وكلارClaar وسكارف (2008) Scharff. ومثلت المقابلة الإكلينيكية – برغم تطلبها لمستوى أعلى من المهارات الإكلينيكية– الأداة التشخيصية الأكثر تفضيلًا لتشخيص يتسم بالمصداقية (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan, & Schwab-Stone, 2000). ودرست البحوث الطرق التي يجب ان تنقل بها تلك الأداة عبر الثقافات المختلفة (1997) ,Lesser ، فمنذ أن تم بناء المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية(١) للدليل التشخيصي الأحصائي للاضطرابات النفسية الثالث المراجعDSM III R عام ١٩٩٢ بواسطة سبتزرSpitze ووليامز Williams وجيبونGibbon وفرست First اعتبرت من الأدوات المهمة التي تستخدم في تشخيص الاضطرابات النفسية في الولايات المتحدة الامريكية، وتلاها في عام ١٩٩٧ المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية المنبثقة عن الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع لتشخيص الاضطرابات النفسية DSM- IV First, Spitzer, eds.(1996). وقد ترجمت المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية

1 - Structured Clinical interview for DSM (SCID)

إلى لغات عديدة منها العربية واستخدمت في بحوث محلية بواسطة الأطباء النفسيين كدراسة الغنيمي (٢٠١٠) ودراسة عبد المجيد ,Abd El Meguid والمسيري El Missiryوالصيرفى El Serafi (٢٠١١). ودراسة المسيري و El Missiry وعبد المجيد,Abd El Meguid وسلطان ,Soltan(٢٠١١) والباحثين النفسيين أيضًا (إبراهيم،٢٠٠٤). غير أنه لم ينشر لها تقنين بالمكتبات العربية. وترجمت المقابلة إلى عدة لغات أخرى، منها البرتغالية بواسطة ديل بينDel-Ben وروديريجيز Rodrigues وزوردي(1996) Zuardi وترجمت أيضًا إلى اللغة الفارسية بواسطة شوشتاري وآخرين (2007).Shooshtari, et al. وتم تقنينها على عينات مرضية في ذات الثقافة بواسطة شريفي وزملائه(2009) .Sharifi, et al واستخدمت في تشخيص كل من الاضطرابات الإكلينيكية للراشدين التي تمثلت في المحور الأول للدليل الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV وكذلك المحور الثاني الذي تضمن اضطرابات الشخصية .Maffei et al., (1997). وأيضًا استخدمت بواسطة سيجل وزملائه ,Segal Hersen, Van Hasselt, Kabacoff, & Roth, (1993) لتشخيص الاضطرابات النفسية للمرضى كبار السن. كما أثبتت البحوث توفر الصدق التلازمى للمقابلة كأداة تشخيصية DeMarce, Lash, Parker, Burke, & Grambow, (2013). واشتقت أيضًا المقابلة الأكلينكية المنظمة لتشخيص اضطرابات الأطفال KIDS- SCID، عام Smith, Huber, & Hall, (2005) وأثبتت البحوث الحديثة كفاءتها السيكومترية .Roelofs, Muris, Braet, Arntz, & Beelen, (2015) في الثقافات المختلفة. واستخدمت لتشخيص اضطرابات عيوب الانتباه وفرط الحركة، اضطرابات المسلك اضطراب المعارضة المنحرفة ولتشخيص اضطرابات مثل التحكم في الاندفاعية والسرقة المرضية والمقامرة المرضية ونتف الشعر المرضي وإدمان الانترنت ونتف الجلد والشراء المرضي والسلوك الجنسي القهري وتستخدم هذه المقابلة بواسطة قسم بحوث القياسات البيولوجية Gorgens K.A. (2018). تشير الدراسات إلى صلاحية المقابلة الإكلينيكية المنظمة لتشخيص الاضطرابات النفسية SCID-I وتشخيص اضطرابات

الشخصية SCID-II Fridell, & Hesse, (2006). كما توفر لها ثبات كفاءة التشخيص عبر القائمين بالتقدير في بحث لوبستيل Lobbestael وليرجان Leurgans وارنتز Arntz (2011) وحديثًا صدرت المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية المنبثقة عن الدليل التشخيص الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM- 5 First, Williams, Karg, Spitzer, (2015). وتم التحقق من صدقها التلازمي والتنبؤي وثباتها في دراسات عديدة مثل دراسة شانكمان Shankman وفانكوزير FunkhouserوكلابنKlein ودافليا Davila وليرنير Lerner وهيى Hee (2018). ودراسة برودي Brodey وفيرست First ولبنسيكوم Linthicum وهامان Haman وساسيلى Sasiela واير Ayer (2016).

في عام (٢٠١٣) قام فريق عمل بتطوير مقابلة إكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية المنبثقة عن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع -DSM IV والخامس DSM-5) في الثقافة المصرية شلبي والدسوقي وإبراهيم (٢٠١٣). في أحد أجزائها تختص المقابلة بتشخيص الاضطرابات النفسية للأطفال المصنفة في جزء الاضطرابات النمائية النفسعصبية في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس DSM-5 وكذلك الاضطرابات الانفعالية والسلوكية الأخرى التي قد تصيب الأطفال(شلبي والدسوقي وإبراهيم، ٢٠١٥). وتهتم الدراسة الراهنة بتطوير صورة مسحية للمقابلة الإكلينيكية لتشخيص اضطرابات الأطفال المنبثقة عن DSM-5 وتقنينها على عينات من الأطفال في المجتمع المصري.

المنهج والاجراءات:

منهج الدراسة:

استخدم منهج دراسة الحالة، القائم على استخدام الملاحظة السلوكية، المقابلات الإكلينيكية، والاختبارات الموضوعية لتقدير الاضطرابات النمائية النفسعصبية لدى عينة البحث من الاطفال.

عينة الدراسة:

شارك في البحث عينة من أطفال المجتمع المصري (ن= ٤١٢) توزعت العينة في ثلاث محافظات من الأسوياء والأطفال الذين لديهم واحد أو أكثر من الاضطرابات النمائية النفسعصبية. تم اختيار العينات المرضية من المؤسسات الصحية والتربوية ومراكز العلاج والرعاية التي تهتم بتعليم وتدريب الأطفال، يعرض الجدول (١) مواصفات وخصائص عينة البحث من الأطفال.

جدول (١) خصائص عينة البحث

خصائص العينة	العينة الكلية (ن=٤١٢) ١٠٠%	الأسوياء (ن=١٦٧) ٤٠ %	القصور العقلي (ن=١٧٩) ٤٣%	التوحد (ن=٤٤) ١٠،٧%	صعوبات التعلم (ن=١٥) ٣،٦ %
النوع:					
ذكور	٢٥٨ ٦٢	٧٥	١٣٠	٣٩	٨
اناث	١٥٣ ٣٨	٩٢	٤٨	٥	٧
العمر:					
المتوسط	١١،٥٤	١٠،٣٤	١٣,٦٥	٧،٩٨	١١,٤٠
الانحراف المعياري	٣,٩٧	٤,٠٦	٢,٨٢	٣،٣٨	٣،١٣
الحد الأدنى	٢				
الحد الأقصى	٢٠				
المدينة:					
الفيوم	٣٣٢	١٦٧	١٦٣	٢	٠
القاهرة	٣٥	لا يوجد	١	١٩	١٣
الجيزة	٤٥	لا يوجد	١٥	٢٣	٢

أدوات الدراسة:

تكونت أدوات الدراسة مما يلي:

١. المقابلة الإكلينيكية لتشخيص اضطرابات الاطفال المنبثقة عن الـ DSM-5 (الصورة المسحية) (الباحثة)[١].
٢. اختبار بينيه لتقدير الذكاء الصورة الخامسة تعريب وتقنين أبو النيل (٢٠١١).
٣. مقياس كارز لتقييم التوحد تعريب وتقنين طارش وقراقيش(٢٠١٠).
٤. بطارية صعوبات التعلم إعداد الزيات (٢٠٠٧) (استخدمت المقاييس الفرعية لكل من صعوبات القراءة وصعوبات الكتابة، وصعوبات الحساب ومشكلات الانتباه والاندفاعية من بطارية صعوبات التعلم).

أولا- المقابلة الإكلينيكية لتشخيص اضطرابات الأطفال (الصورة المسحية)

استخدمت الصورة المسحية من المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية للأطفال المنبثقة عن الـ DSM-5 وهي صورة معدلة من المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية للأطفال لكل من شلبي والدسوقي وإبراهيم (٢٠١٥).

مكونات المقابلة:

- **البيانات الأساسية:** الاسم- الجنس – العمر – تاريخ التطبيق
- **العلاج الذي تلقاه الطفل:** دوائي- علاج طبيعي- علاج غذائي- تعديل سلوكي- تخاطب- علاج آخر يذكر
- **بيانات ديموجرافية :** مؤهل ومهنة الأب والأم ، عدد الإخوة، ترتيب المولد
- **مشكلات صحية** للأم أثناء الحمل، وأثناء الولادة. اختبارات تم تطبيقها في السابق

١ - ملاحظة: هذه المقابلة بمثابة صورة مطورة ومختصرة من: شلبي، محمد أحمد و دسوقي، محمد إبراهيم وإبراهيم، زيزي السيد(٢٠١٥). " تشخيص الاضطرابات النفسية لأطفال مستمدة من DSM-IV & DSM-5 الجزء الثالث" القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- جدول ملخص درجات المقابلة(التطبيق الحالي)
- المسح الأولي الشامل: عشرة بنود تشير كل منها إلى العرض الرئيس لواحد من اضطرابات الطفولة (مثال: هل الحصيلة اللغوية للطفل أقل من الطبيعي؟ أو أقل في المهارة اللغوية؟)
- مؤشرات تشخيص القصور العقلي
- مؤشرات تشخيص اضطرابات التواصل: (وتضم اضطرابات اللغة- اضطرابات الكلام- اضطرابات اللجلجة المبكرة- اضطراب التواصل الاجتماعي النفعي)
- مؤشرات تشخيص اضطراب طيف التوحد
- مؤشرات تشخيص اضطراب عيوب الانتباه/ فرط الحركة.
- مؤشرات تشخيص اضطرابات التعلم النوعية: القراءة – الكتابة – الحساب[1]

روعي في تصميم المقابلة المسحية ما يلي:

١. تقديم معلومات حول تاريخ الاضطراب وتاريخ التقييم والعلاج للطفل قبل الدخول في تفاصيل التقييم الحالي.
٢. تقديم معلومات أولية حول مجالات الاضطراب التي يعاني منها الطفل من خلال ما يعرف باسم" المسح الشامل للأعراض"
٣. تقديم تعليمات تفصيلية حول تقييم كل بند من بنود المقابلة بشكل منظم ومقنن مع الحفاظ على مرونة التطبيق بإضافة الملاحظات والمعلومات الأخرى التي قد تقدم عن الطفل.
٤. الاعتماد على وصف إجرائي لكل مظهر من مظاهر الاضطراب بحيث يسهل على القائم بالرعاية تقديم إجابة واضحة في ضوء المظاهر المرضية (الأعراض) المحددة.

١ - **ملحوظة:** تضمنت المقابلة الأصلية تقييمًا لعدد من الاضطرابات النفسية التي يصاب بها الأطفال ولكن لم يتم تمثيلها في المقابلة المسحية الراهنة إلا في جزء المسح الأولي الشامل وهي: اضطرابات الأكل – اضطرابات الإخراج – اضطرابات انفعالية- اضطرابات حركية.

طريقة تسجيل الإجابات والتقدير:

تتم الإجابة على بنود المقابلة للتعبير عن درجة شدة الأعراض وتوفر المعلومات. بمقياس رتبي تقديري يمتد بين صفر إلى ٤ بالإضافة إلى "؟" وتفسيرها كما يلي:

صفر = عدم وجود العرض

١= وجود العرض بدرجة خفيفة

٢ = وجود العرض بدرجة متوسطة الشدة

٣ = وجود العرض بدرجة شديدة

٤= وجود العرض بدرجة شديدة جدًّا

؟ = عدم وجود معلومات كافية حول العرض

٥. ان يتم تقييم سلوكيات الطفل في ضوء المعيار الارتقائي لمتطلبات النمو للمرحلة العمرية للطفل عند الضرورة كما في اضطراب القصور العقلي واضطرابات التواصل.

٦. ان يمثل الحكم التشخيصي ردًّا على محكات التشخيص الرئيسية وتسلسلها المنطقي والتي تتمثل في: وجود أعراض بتكرار وشدة واستمرارية كافية، ثم تأثر أنشطة الطفل ومهاراته بهذه الأعراض، ثم التشخيص التمييزي لما قد يحدث من تداخل بين الأعراض الراهنة وحالات نفسية وطبية أخرى، بالإضافة إلى تحديد النمط المميز للاضطراب الراهن والشدة الحالية له.

٧. يتم حساب الشدة لكل بند على حدة ثم يتم حساب درجة الشدة للاضطراب ككل باستخدام مقياس ليكرت الرتبي الرباعي أو الخماسي، والذي لا يتطلب حساب درجات كمية كبيرة أو عمليات حسابية معقدة.

٨. يتم استخراج درجة لكل محك من محكات التشخيص للاضطراب كما يتم تقدير الحكم التشخيصي الإجمالي لكل اضطراب بناء على الدرجة على جميع المحكات التشخيصية التي تتراوح من ٣ إلى خمس محكات تشخيصية لكل اضطراب.

٩. جمعت الدرجات الكلية للمحك الخاص بأعراض الاضطراب واستخدمت في التحليل الإحصائي للبيانات.
١٠. في معظم الحالات وخاصة في العينة المرضية، استخدمت الأجزاء المحددة من المقابلة التي تختص بالاضطراب الذي يعاني منه الفرد وفقًا للتشخيص السابق ووفقًا للشكوى الموضحة في المسح الشامل للأعراض في مقدمة المقابلة.
١١. استخدمت البطارية كاملة على عينة الأطفال الأسوياء الذين مثلوا العينة الضابطة في البحث.
١٢. جمعت بيانات حول الاختبارات السابقة التي تم تطبيقها على الأطفال لتكون محكًّا للحكم على صدق التقدير الذي يتم في البحث الراهن وهي درجات الذكاء باستخدام مقياس بينيه، درجات النضج الاجتماعي أو الذكاء باستخدام مقياس آخر كالذكاء المصور ولوحة جودارد، درجات التوحد التي قدرت قبل إجراء البحث.

ثانيا– اختبار بينيه لتقدير الذكاء الصورة الخامسة:

في عام ٢٠٠٣ أصدر فريق عمل يقوده "جال رويد" Gale H. Roid الأستاذ بجامعة فاندربيلت الصورة الخامسة من مقياس ستانفورد بينيه. والذي قام بتقنينه وتعريبه عدد من العلماء المصريين كالتالي:

- نسخة من تعريب وإعداد أ. د. مصري حنورة عام ٢٠٠٦
- نسخة من تقنين أ. د. صفوت فرج عام ٢٠١١
- نسخة من تقنين أ. د محمود أبو النيل عام ٢٠١١
- والنسخة المستخدمة في البحث الحالي من تقنين تعريب وتقنين الأستاذ الدكتور محمود ابو النيل وفريق العمل ٢٠١١، استخدم في البحث الراهن لتقدير درجات الذكاء للأطفال الأسوياء والأطفال الذين لديهم قصور عقلي كمقياس معياري لتقدير القدرة العقلية العامة التي تعد المحك الرئيسي لتشخيص القصور العقلي.

يطبق مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة بشكل فردي لتقييم الذكاء والقدرات المعرفية وهو ملائم للأعمار من سن ٢ :٨٥ فما فوق. وتهدف الصورة الخامسة للمقياس إلى تقدير خمسة عوامل أساسية هي :

- الاستدلال السائل.
- المعرفة.
- الاستدلال الكمي.
- المعالجة البصرية المكانية.
- الذاكرة العاملة.

ويتوزع كل عامل من هذه العوامل على مجالين رئيسيين: المجال غير اللفظي والمجال اللفظي مما يعطي عشرة اختبارات فرعية بمعدل اختبارين لكل عامل من العوامل الخمسة المشار إليها.

أعدت الدرجة المعيارية الاعتدالية لكل من نسبة الذكاء غير اللفظية، ونسبة الذكاء اللفظية، ونسبة ذكاء المقياس الكلي والمؤشرات العاملية الخمسة على أساس متوسط ١٠٠ وانحراف معياري ١٥. وتقسم فئات الذكاء كالاتي:

أعلى من ١٤٠ نسبة ذكاء يعد عبقريًّا

من ١٢٠ إلى ١٤٠ متفوق الذكاء

من ١١٠ إلى ١٢٠ ذكاء فوق المتوسط

من ٩٠ إلى ١١٠ متوسط الذكاء

من ٨٠ إلى ٩٠ أقل من المتوسط

من ٧٠ إلى ٨٠ ذكاء حدي (حدود التأخر العقلي)

من ٥٠ إلى ٧٠ تأخر بسيط (قصور بسيط في القدرة العقلية)

من ٣٥- ٥٠ تأخر متوسط (قصور متوسط في القدرة العقلية)

أقل من ٣٥ تأخر شديد (قصور عقلي شديد وشديد جدًّا)

استخدم المقياس في البحث الراهن كمقياس محك لتقدير نسب الذكاء للأطفال الذين لديهم قصور عقلي والأطفال الأسوياء.

ثالثا- مقياس تقدير التوحد لدى الأطفال (كارز): Children Autism Rating Scale (CARS)

والذي قام بتقنينه ونشره سكوبلر وريتشير وديفيلز ودالي (Schopler, Reichler, DeVellis & Daly, 1980). وتمت مراجعته ليطبق على الراشدين عام ٢٠١٠ (Schopler, et al 2010). ترجم المقياس إلى اللغة العربية ويستخدم باتساع لتقدير التوحد لدى الأطفال ولكن معلومات التقنين في الثقافة العربية قليلة. واستخدم في الدراسة الراهنة المقياس المعرب لتقييم التوحد والذي قنن في اللغة العربية بواسطة الشمري وقراقيش (٢٠١٠) و يتكون من ١٥ بندًا لتقييم العلامات التشخيصية لاضطراب التوحد لدى الأطفال، يعمل المقياس على تصنيف سلوك الطفل مقارنة مع "طفل طبيعي". ويتم تقييم الخصائص التالية:

١. العلاقة مع الناس.
٢. التقليد.
٣. الاستجابة الانفعالية.
٤. استخدام الجسد.
٥. استعمال الأشياء.
٦. التكيف مع التغيرات.
٧. الاستجابة البصرية.
٨. الاستجابة السمعية.
٩. الاستجابة إلى الطعم، الرائحة و اللمس و كيفية استخدامهم.
١٠. الخوف والعصبية.
١١. الاستجابة اللفظية.
١٢. الاستجابة غير اللفظية.

١٣. مستوى النشاط.

١٤. مستوى و تناسق الاستجابة الفكرية.

١٥. انطباعات عامة.

يتم تطبيقه بالمقابلة مع القائم بالرعاية للطفل مع ملاحظة سلوك الطفل لوقت كافٍ، يمكن تطبيقه على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من عامين إلى نهاية مرحلة الطفولة.

تقدر الدرجات على كل بند كالتالي:

١= لا يختلف عن الطبيعي

٢= يختلف عن الطبيعي بدرجة خفيفة

٣= يختلف عن الطبيعي بدرجة متوسطة

٤= يختلف عن الطبيعي بدرجة شديدة

ملاحظة: يمكن للقائم بالتقدير إعطاء درجات بينية للتعبير عن المناطق المتوسطة بين رقمين صحيحين في سلم التقدير

الدرجة المستخرجة تتراوح بين ١٥ إلى ٦٠ درجة وتتوزع كالآتي:

- الدرجات من ١٥ إلى ٢٩,٥ توحد خفيف
- الدرجات من ٣٠ إلى ٣٦,٥ توحد متوسط
- الدرجات من ٣٧ إلى ٦٠ توحد شديد وشديد جدًّا

يستخدم المقياس باتساع في مواقع العمل الإكلينيكي الخاصة بتقدير الاضطرابات النمائية النفسعصبية. واستخدم المقياس في البحث الراهن كمقياس محك لتقدير درجة التوحد لدى الأطفال المشاركين في البحث.

رابعا- بطارية صعوبات التعلم للدكتور فتحي الزيات:

بطارية مقاييس التقدير التشخيصية لصعوبات التعلم استخدمت منذ عام ٢٠٠٢ و نشرت الطبعة الأولى لها عام ٢٠٠٧م، ونشرت بمكتبة الأنجلو

المصرية بتاريخ ٢٠١٥. تتضمن مجموعة من المقاييس تقوم على تقدير المعلم أو الأب أو الأم لتواجد الخصائص السلوكية المعبرة عن صعوبات التعلم من حيث الشدة والتكرار والاستمرارية، وذلك من خلال الملاحظة المباشرة التي تقوم على رصد هذه الأنماط السلوكية في الفصل أو المدرسة أو البيت. قام المؤلف بحساب معايير الثبات والصدق وكانت تتمتع البطارية بثبات وصدق ملائمين في المجتمع المصري والكويتي والبحريني. تغطي البطارية المدى التعليمي من الصف الثالث إلى الصف التاسع من التعليم الرسمي. تتكون البطارية من ثلاثة مقاييس رئيسية تتوزع على تسعة مقاييس فرعية كما يلي:

المقاييس الرئيسية في البطارية:

- مقاييس صعوبات التعلم النمائية.
- مقاييس صعوبات التعلم الأكاديمية.
- مقاييس صعوبات السلوك الاجتماعي الانفعالي.

أولا– مقاييس صعوبات التعلم النمائية وتتكون من خمسة مقاييس هي:

١. الانتباه

٢. الإدراك السمعي

٣. الإدراك البصري

٤. الإدراك الحركي

٥. الذاكرة

ثانيا– مقاييس صعوبات التعلم الأكاديمية وتتكون من ثلاثة مقاييس هي:

٦. صعوبات القراءة

٧. صعوبات الكتابة

٨. صعوبات الحساب.

ثالثا- مقاييس صعوبات السلوك الاجتماعي الانفعالي ويتكون من **المقياس التاسع** ويضم ثمانية مقاييس فرعية هي:

- الإفراط في النشاط
- اللاانتباهية
- انخفاض تقدير الذات
- قصور المهارات الاجتماعية
- سلوك الاندفاعية
- السلوك العدواني
- السلوك الانسحابي
- السلوك الاعتمادي

في البحث الراهن تم استخدام مقاييس صعوبات التعلم الاكاديمية الثلاث:

- صعوبات القراءة
- صعوبات الكتابة
- صعوبات الحساب

بالإضافة لمقياس الإفراط في النشاط واللاانتباهية والاندفاعية من المقياس التاسع في البطارية كمؤشر على صعوبات عيوب الانتباه وفرط الحركة لدى أطفال العينة.

إجراءات البحث:

- **إعداد أدوات التطبيق:** بعد إعداد المقابلة على الصورة الحالية تم اختيار الأدوات التي سوف تستخدم كمحك للتقدير وروعي في الاختيار أن تكون تلك الأدوات معيارية مقننة، تستخدم باتساع في مجال تقدير اضطرابات النمائية النفسعصبية، وأن تقيس نفس المفهوم المراد قياسه في اجزاء المقابلة المسحية.
- إجراءات الموافقة على تطبيق أدوات البحث: قدمت نسخة من أدوات الدراسة وملخص لأهداف البحث واجراءاته إلى الجهات المختصة للحصول على الموافقة والتطبيق في المواقع الجغرافية المحددة ([1])

١ - ملحق (١) خطابات الموافقة على التطبيق

- **إعداد القائمين بالتقدير:**
- قام بإجراء التطبيق العملي الباحثة وعدد من الاختصاصيين النفسيين [١] المدربين على أدوات البحث، بشكل مكثف ومقصود كالتالي:
- **فريق العمل:**
- تم تدريب عدد من طلاب الدراسات العليا بقسم علم النفس جامعة الفيوم على تطبيق وتصحيح اختبار بينيه لتقدير الذكاء الصورة الخامسة في دورة تدريبية مكثفة لصقل مهارات التطبيق والتصحيح.[٢]
- تم التدريب العملي على تطبيق مقياس بينيه على عينة أولية من الطلاب والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ومقارنتها بالدرجات السابقة لتطبيق نفس الاختبار للتأكد من كفاءة تطبيق وتسجيل الدرجات على المقياس.
- تم تدريب القائمين بالتقدير على استخدام الصورة المسحية من المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النمائية النفسعصبية والاختبارات الأخرى التي تستخدم في الدراسة.
- **تحديد المواقع التي سيتم سحب العينة منها:**
- وفقًا لمعيار إمكانية الوصول تم سحب عينات الأسوياء والأطفال ذوي القصور العقلي من محافظة الفيوم.
- مدرسة التربية الفكرية بالفيوم
- طلاب الدمج بفصول بعض مدارس الفيوم

١ - تتوجه الباحثة بالشكر لطلاب الدراسات العليا بجامعة الفيوم لما بذلوه من جهد وجدية في تطبيق أدوات البحث في مدرسة التربية الفكرية بالفيوم، وتتوجه الباحثة بخالص الشكر والتقدير للأستاذة **جيهان احمد** كبير الأخصائيين النفسيين بمدرسة التربية الفكرية بالفيوم وفريق المعلمين لتعاونهم ولما بذلوه من جهد لتيسير التقييم داخل المدرسة، تتوجه الباحثة بالشكر لكل من الاساتذة: **منصور نعيم جاد و محمود جابر جاد و هبة حسين وآية مصطفى وأمنية إبراهيم** لتيسير تقييم الأطفال بمركز إرادة، و تتوجه الباحثة بالشكر للدكتور **عماد عبد المقصود والأستاذة داليا عبد الرحمن** وإدارة المدرسة لما بذلوه من جهد لتيسير التطبيق والتقييم على الأطفال بمدرسة دريم. تتوجه الباحثة بالشكر والتقدير للأستاذة **شيماء دسوقي** لما بذلته من جهد في تيسير التطبيق على المشاركين في البحث بمدينة قليوب.

٢ - تتوجه الباحثة بخالص الشكر والتقدير للدكتورة **إيمان عزت** لما بذلته من جهد في تدريب فريق العمل على استخدام اختبار بينيه لتقدير الذكاء.

- الفصول الملحقة بمدارس العاديين بمحافظة الفيوم
- وسحبت عينة الأسوياء من المجتمع الخارجي لمحافظة الفيوم.
- وسحبت عينة محافظات القاهرة والجيزة من مراكز رسمية وأخرى خاصة لتدريب وعلاج الأطفال الذين لديهم واحد أو أكثر من الاضطرابات النمائية النفسعصبية موضع البحث. وقام بالتطبيق الباحثة بمساعدة الأخصائيين النفسيين القائمين بالعلاج والتدريب داخل تلك المراكز. وهي كالتالي:
- مدرسة دريم بالجيزة
- مركز إرادة بالقاهرة
- مدرسة الثانوية الفنية للبنات بالقليوبية
- **مرحلة جمع البيانات:**

تم تطبيق أدوات الدراسة في المواقع الجغرافية المحددة خلال الفترة بين فبراير ٢٠١٨ إلى أكتوبر ٢٠١٨

- مرحلة إعداد البيانات للتحليل: أُدخلت البيانات على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية الصورة ٢١ SPSS21 وإعداد البيانات للتحليل الإحصائي.

التحليلات الإحصائية:

- معامل ثبات القائمين بالتقدير
- معامل ثبات ألفا
- صدق المحتوى
- الصدق التمييزي (المجموعات المتعارضة)
- صدق التعلق بمحك (تلازمي)

نتائج البحث:

معاملات الثبات لتقييم الاضطرابات المتضمنة في المقابلة:

تم حساب معاملات ثبات الفا لكرونباخ (ن=١٠٠و ٧٥) لعينات المرضى و الأسوياء على التوالي و كذلك معامل ثبات القائمين بالتقدير (ن= ٢٤). وجاءت النتائج لتشير إلى مستوى مقبول من الثبات كما يتضح من الجدول (٢)

جدول (٢) معاملات الثبات للمقاييس

الفرعية بالمقابلة الإكلينيكية لتشخيص اضطرابات الأطفال الصورة المسحية)

الاضطرابات	ثبات الفا- أسوياء(ن=١٠٠)	ثبات الفا – مرضى (ن= ٧٥)	ثبات القائمين بالتقدير (ن= ٢٤)
القصور العقلي	٠،٩٦	٠،٩٧	٠،٧٢
اضطرابات التواصل:			
اضطراب اللغة	٠،٨٣	٠،٩٧	٠،٦٣
اضطرابات الكلام	٠،٨٩	٠،٩٥	
اضطراب اللجلجة	٠،٨٨	٠,٨٦	
المبكرة	٠،٨٩	٠،٩٦	
اضطراب اللغة النفعية			
اضطراب التوحد	٠،٩٣	٠،٩٦	٠،٦٤
اضطراب عيوب الانتباه/فرط الحركة	٠،٩٤	٠،٩٨	٠,٧٨
صعوبات التعلم	٠،٩٦	٠،٩٦	٠،٩٠

يوضح الجدول (٢) تمتع أجزاء المقابلة المسحية الخاصة بتقدير الاضطرابات النمائية النفسعصبية بثبات الدرجة على كل اضطراب بشكل

مقبول، حيث ارتفعت معاملات ثبات ألفا للعينة السوية والعينة المرضية جميعها عن ٠،٨٠ وكانت معاملات ثبات القائمين بالتقدير يتراوح بين ٠,٦٣ و ٠،٩٠ وهو مستوى يقترب في أغلبه إلى مستوى مقبول من الثبات.

صدق المقابلة:

مؤشرات صدق المحتوى:

- اشتقت المقابلة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5 وهو نظام تصنيفي عالمي يلقى قبول جمهور الباحثين في المجال الإكلينيكي على مر العقود السبعة السابقة (١٩٥٢– ٢٠١٥).
- خضعت المقابلة عند بنائها للتحكيم من قبل عدد من الخبراء في مجال علم النفس الإكلينيكي لتشخيص الاضطرابات النفسية وكانت موضع اتفاق حول ملائمة وتمثيل محتواها كأداة معاونة في التشخيص (شلبي وآخرون ٢٠١٥).
- تتفق تقييمات (نتائج البحث) مع الدلائل المتوفرة في الحياة اليومية لأفراد العينة حول التوظيف النفسي والأداء العقلي لهم. كما يظهر في شعور القائم بالرعاية بوجود اختلاف عن الطبيعي، أراء الأطباء، والمتخصصين حول شكوك القائمين بالرعاية حول وجود اضطراب، ملاحظات القائمين بتنفيذ برامج التنمية والتعديل السلوكي للأطفال المشاركين في البحث داخل مؤسسات الرعاية التي تم التطبيق فيها.
- تتفق خصائص العينة مع افتراضات باثولوجيا اضطرابات النمو النفسعصبية حيث تزداد نسب الذكور عن الإناث في اضطرابات مثل التوحد واضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة التي قد ترتبط بالتكوين الجيني(الحويلة، و عياد، وشويخ، والرشيد، والحمدان، (٢٠١٦) الفارقي بين الذكور والاناث، بينما أتت الخصائص لعينة صعوبات التعلم لا تعكس هذا حيث تقاس هنا بطريقة لا تفرق بين الصعوبات النمائية والصعوبات الاكاديمية للتعلم.

صدق التمييز بين المجموعات المتعارضة:

يعرض الجدول (٣) لقيم اختبارات " ت" للفروق بين درجات العينة السوية والعينة المرضية على أجزاء المقابلة المسحية لتشخيص الاضطرابات النمائية النفسعصبية. لدراسة مدى جوهرية الفروق كدليل على قدرة المقابلة على التمييز بين الجماعات المتعارضة في الخصائص.

جدول (٣) قيم " ت" للفروق بين العينة السوية والمرضية على أجزاء المقابلة المسحية لتشخيص الاضطرابات النمائية النفسعصبية

المقياس الفرعي	العينة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة " ت"
المسح الشامل للأعراض	الأسوياء	١٦٦	١٩،٨٥	١،٧٠	١٢،٦٤**
	المرضى	١٢٠	١٥،٤٧	٣،٥٠	
اضطراب القصور العقلي	الأسوياء	١٦٧	٣,٠٥	٠،٤٠	–
	المرضى	٢٤٢	٦،٣٥	١،٦٩	٢٩،١٠**
اضطرابات اللغة	الأسوياء	١٦٧	٤،٠٣	٠،٣٢	١٤,٤٧–**
	المرضى	٩٧	٨،٤٨	٣،٠١	
اضطرابات الكلام	الأسوياء	١٦٧	٣،٠٢	٠،٢٤	٦،٣٥–**
	المرضى	٨١	٦،٠٢	٤،٢٤	
اضطراب التأتأة المبكر	الأسوياء	١٦٧	٩،٠٧	٠،٦٢	٧،٩١–**
	المرضى	٨١	١٣،٩٣	٥،٥١	
اضطراب التواصل الاجتماعي النفعي	الأسوياء	١٦٧	٤،٠٤	٠،٣٥	٦،٥٣–**
	المرضى	٨٩	٨،٥١	٦،٤٧	
اضطراب طيف التوحد	الأسوياء	١٦٥	٩،٠٠	٠،٠٧	٧،٦٧– **
	المرضى	١٣٥	١٥,٤٩	٩،٨٢	
اضطراب ضعف الانتباه/وفرط الحركة	الأسوياء	١٦٥	٢٢،٩٨	٧،٢٢	١٣،٣٣–
	المرضى	٩٦	٤٣،٣٨	١٤،٣٠	**
اضطراب صعوبات التعلم	الأسوياء	١٦٤	١٦،٣٩	٦،٧٨	–
	المرضى	٨٣	٤٦،٨٩	١١،٣٦	٢٢،٤٩**

** = دالة فيما وراء ٠،٠٠١

يتضح من الجدول (٣) أن هناك فروقًا جوهرية فيما وراء ٠،٠٠١ بين متوسط درجات الأسوياء والمرضى من أفراد العينة على الأجزاء المكونة للمقابلة المسحية لتشخيص الاضطرابات النمائية النفسعصبية بما يشير إلى قدرتها التمييزية في التشخيص كمؤشر للصدق.

صدق التعلق بمحك: (الصدق التلازمي)

فيما يلي يعرض جدول (٤) قيم معاملات الارتباط بين الدرجة على أجزاء المقابلة المسحية لتشخيص الاضطرابات النمائية النفسعصبية والاختبارات المحكية المستخدمة في البحث. حيث تمثل أعمدة الجدول (٤) ما يلي على التوالي، يمثل العمود الأول أجزاء المقابلة المسحية، ويمثل العمود الثاني من الجدول الارتباط الخطي البسيط بين الدرجة على الجزء المحدد من المقابلة والدرجة على اختبار بينيه الخامس التطبيق الحالي (أي في الدراسة الراهنة) ويمثل العمود الثالث الارتباط بين أجزاء المقابلة والدرجة على مقياس بينيه في تطبيق سابق، ومثلت الدرجات في العمود الرابع الارتباط بين التوحد بتقدير المقابلة والتوحد بتقدير مقياس تقدير التوحد لدى الطفل الآن والعمود الخامس يمثل الارتباط بين التوحد كما يقاس بالمقابلة والدرجة على مقياس تقدير التوحد لدى الطفل في قياس سابق، ويمثل العمود السادس الارتباط بين الدرجة على نقص الانتباه/فرط الحركة بالمقابلة المسحية والدرجة على مقياس صعوبات الانتباه المحك ويمثل العمود الأخير الارتباط بين صعوبات التعلم باستخدام المقابلة وصعوبات التعلم بالمقياس المحك. وكما يظهر في الجدول معاملات الارتباط طردية وعالية بين التقدير بواسطة المقابلة والدرجة على الاختبار المحك لكافة الأجزاء.

جدول (٤) معاملات ارتباط بيرسون بين أجزاء المقابلة المسحية لتشخيص الاضطرابات النمائية النفسعصبية والاختبارات المحكية

المقياس الفرعي	الارتباط بالذكاء الان	الارتباط بالذكاء سابق	الارتباط بالتوحد الآن	الارتباط بالتوحد سابق	صعوبات الانتباه الآن	صعوبات التعلم الآن
اضطراب القصور العقلي	-٠،٨٠**	-٠،٦٥**				
اضطراب طيف التوحد			٠،٩٢**	٠،٧٩**		
اضطراب نقص الانتباه /فرط الحركة					٠،٨٧ **	٠،٩٢**
اضطراب صعوبات التعلم					٠،٨٢**	٠،٨٩ **

** = دالة فيما وراء ٠،٠١

وكما يظهر بالجدول(٤) هناك ارتباط طردي جوهري بدرجة ثقة تزيد عن ٩٩%. وتشير النتائج بذلك إلى مستوى مقبول من صدق التعلق بمحك لأجزاء المقابلة المسحية المتضمنة في الجدول.

المناقشة:

تقدم الدراسة الحالية دلائل أولية على جودة بناء المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية للأطفال "الصورة المسحية" ، وتشجع على إجراء مزيد من البحوث للاستفادة منها في العيادات والبحوث الإكلينيكية. حيث تمتعت المقابلة بثبات جيد في تقدير الاضطرابات النمائية النفسعصبية للأطفال وفقًا لـ DSM-5. كما قدمت مؤشرات الاتفاق بين القائمين بالتقدير تأييدًا لثبات القائمين بالتقدير باستخدام المقابلة المسحية. أتت مؤشرات الصدق كذلك مشجعة حيث جاءت مؤشرات الاتفاق بين نتائج التقييم باستخدام المقابلة والبيانات التي قدمها القائمون بالرعاية والقائمون بالتدريب في مؤسسات الرعاية للأطفال الذين يعانون من أحد الاضطرابات النفسية للأطفال، وكذلك الحال بالنسبة للعينة السوية. قدمت مؤشرات الصدق التلازمي تأييدًا لصدق المقابلة

وذلك باتفاق نتائج التقدير باستخدام المقابلة مع نتائج اختبارات تشخيصية مقننة في مجتمع الدراسة، كالاتفاق بين الدرجة على محكات تقييم القصور العقلي باستخدام المقابلة والدرجة التي حصل عليها الفرد عند قياس ذكائه باستخدام اختبار بينيه الصورة الخامسة ، وأيضًا باتفاق نتائج المقابلة الآن مع تقييمات سابقة للذكاء. كما قدمت النتائج مؤشرات للاتفاق بين تقييم الاضطرابات لدى الطفل مثل تقدير التوحد وتقدير صعوبات التعلم و نقص الانتباه/فرط الحركة باستخدام المقابلة مع نتائج اختبارات مقننة تقيس نفس المشكلات في مجتمع الدراسة. قدم صدق المجموعات المتعارضة أيضًا تأييدًا لقدرة المقابلة المسحية على التمييز بين الأطفال الأصحاء والأطفال الذين لديهم اضطراب نمائي نفسعصبي. وذلك يدعو لاستخدام المقابلة المسحية لتقدير الاضطرابات النمائية النفسعصبية للأطفال بقدر من الثقة في جودة بنائها كأداة تشخيصية. وفيما يلي تقييم مختصر لمواطن القوة والضعف للمقابلة المسحية.

من مواطن القوة للمقابلة الحالية:

- الشمولية حيث تقدم فرزًا للعديد من الاضطرابات النفسية للأطفال بدون الحاجة إلى استخدام أكثر من أداة تشخيصية.
- تقوم على أساس الحكم الإكلينيكي وليس مجرد الجمع الجبري للدرجات الذي قد يتأثر بعوامل لا علاقة لها بالاضطراب.
- ملائمة لعملية التقدير الأولي لمشكلات الطفل والتي ترشد عملية اتخاذ القرار في التشخيص والتدخل.
- تقدم للاختصاصي النفسي معلومات أولية جيدة حول التشارك المرضي لدى الطفل.
- تقدم للاختصاصي النفسي التحقق من التشخيص الفارقي (١) لمشكلات الطفل النفسية.

[1] - differential diagnosis

أما عن مواطن الضعف في المقابلة فيمكن ذكر بعض منها في الآتي:

- لا يمكن الاعتماد عليها منفردة كأداة تشخيصية وإنما يجب ان تستخدم ضمن دراسة الحالة الشاملة للطفل.
- تتطلب مهارة إكلينيكية من القائم بالتقدير.
- تتطلب تدريبا قبل الاستعانة بها في التقدير التشخيصي للاضطرابات النمائية النفسعصبية للأطفال.
- عند استخدام المقابلة بشكلها الكامل تستغرق وقتًاطويلًا.
- تتطلب مزيد من البحث لتأكيد صلاحية كافة أجزائها لقياس ما وضعت لقياسه.
- يمكن تطويرها لتقيس الاضطرابات الحركية واضطرابات الإخراج واضطرابات الأكل لدى الأطفال وبذلك تكون ممثلة لتصنيف الاضطرابات النمائية النفسعصبية في الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس DSM-5.

الخلاصة:

- تعد المقابلة المسحية محاولة لتوفير أداة تشخيصية تتسم بالشمول والموضوعية والتقنين للمجتمع العلمي العربي.
- تعتمد المقابلة المسحية على التصنيف الأحدث للاضطرابات النفسية العالمية وهو الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الامريكية للطب النفسي.
- يمكن أن تستخدم المقابلة المسحية بصورتها الكاملة وكذلك بانتقاء الجزء المراد تطبيقه ولن يؤثر ذلك على دقة وتمثيل الدرجة التي يخرج بها التقييم.
- يمكن للقائم بالتقدير بناء حكم تشخيصي مبدأي فور الانتهاء من تطبيق المقابلة نظرًا لوضوح طرق التقييم والحكم على كفاية الأعراض وسهولة تحديد الشدة الكلية لكل اضطراب.
- يمكن أن تقدم المقابلة تحديد التشارك في حدوث الاضطرابات المختلفة

وكذلك التداخل في الأعراض الذي نلاحظه في مواقع العمل الإكلينيكي ويصعب تقييمه بشكل محدد.

- يمكن للمقابلة أن تستخدم في دراسات الوبائيات والدراسات المسحية لتشخيص واحد أو اكثر من اضطرابات الطفولة بطريقة تتسم بالشمولية.
- تقدم المقابلة معلومات قيمة حول مختلف الأعراض التي قد تتوفر لدى الطفل دون الحاجة لتطبيق أكثر من أداه تشخيص منفردًا كاختبار اللجلجة، أو اختبارات اضطرابات الكلام، أو اضطرابات نقص الانتباه او الاندفاعية التي قد تصاحب اضطراب ارتقائي نفسعصبي آخر لدى الأطفال.
- تقدم المقابلة بروفيل صحيًّا لكل طفل يمكن تطويره واستخدامه في رسم وتحديد أهداف وخطوات العلاج والتدريب. وتحديد مواطن القوة والضعف لديه.
- يمكن للأخصائي النفسي استخدام المقابلة بعد تدريب موجز حول كيفية الاستخدام التقييم وحساب الدرجات الفرعية والكلية للطفل.

التوصيات:

- إجراء مزيد من البحوث لتدعيم جودة بناء المقابلة والصلاحية السيكومترية.
- الاستفادة من المقابلة في عمل بحوث مسحية حول معدلات الانتشار للاضطرابات النمائية النفسعصبية في المجتمع المصري والوصول إلى إحصاءات حديثة موحدة حول نسب الحدوث والانتشار.
- الاستفادة من الصورة الشاملة(البروفايل) التي يمكن أن تقدمها المقابلة في مواقع العمل الإكلينيكي في مراحل التقييم والتدخل وإعادة التقييم.

مراجع البحث:

إبراهيم، زيزي السيد.(٢٠٠٣). **تقييم نتائج برنامج للعلاج المعرفي–السلوكي على عينة من المرضى المصابين بالاكتئاب**. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة المنيا.

أبو النيل، محمود وطه ، محمد وفرحان، عبد الموجود.(٢٠١٠). **مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الخامسة**. المؤسسة العربية لإعداد وتقنين ونشر الاختبارات النفسية، القاهرة.

حنورة، مصري عبد الحميد.(٢٠٠٦). **مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الإصدار الخامس**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

الحويلة، أمثال وعياد، فاطمة سلامة وشويخ، هناء احمد والرشيد، ملك الجاسم والحمدان، نادية عبد الله. (٢٠١٦). **علم النفس المرضي: استنادًا على الدليل التشخيصي الخامس**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

شلبي، محمد أحمد والدسوقي، محمد ابراهيم وابراهيم، زيزي السيد.(٢٠١٤). **تشخيص الأمراض النفسية للراشدين مستمدة منDSM-IV و DSM-5** الجزء الأول. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

شلبي، محمد أحمد والدسوقي، محمد إبراهيم وإبراهيم، زيزي السيد. (٢٠١٥). **تشخيص الأمراض النفسية للراشدين مستمدة منDSM-IV و DSM-5 نظرة نقدية**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

شلبي، محمد أحمد والدسوقي، محمد إبراهيم وإبراهيم ، زيزي السيد. (٢٠١٥). **تشخيص الأمراض النفسية للأطفال مستمدة منDSM-IV و DSM-5** *الجزء الثالث*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

شلبي، محمد أحمد والدسوقي، محمد إبراهيم وإبراهيم ، زيزي السيد. (٢٠١٣). المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية لدى الراشدين: نسخة عربية مستندة إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع. **المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي**، ١(٢) ، ١٦١–٢٠٨.

الشمري، طارش بن مسلم سليمان وقراقيش، صفاء رفيق.(٢٠١٠). معايير الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي : (CARS) دراسة تقنينية. **مجلة كلية التربية**، *جامعة عين شمس*، (٣٤)، ٢٢٤-٢٨٥.

طه، محمد وفرحان، عبد الموجود.(٢٠١١). **مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الخامسة: مقدمة الإصدار العربي ودليل الفاحص**. المؤسسة العربية لإعداد وتقنين ونشر الاختبارات النفسية، القاهرة.

علام ، صلاح الدين محمود. (١٩٩٣). *الأساليب الإحصائية الاستدلالية البارامترية واللابارامترية في تحليل بيانات البحوث النفسية و التربوية*. دار الفكر العربي للطباعة والنشر.

فتحي الزيات. (٢٠٠٧). **بطارية مقياس التقدير التشخيصي لصعوبات التعلم، جامعة الخليج**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

فرج، صفوت أرنست. (١٩٩٦). **الإحصاء في علم النفس**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

فرج، صفوت أرنست. (٢٠١١). **مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

فرج، صفوت أرنست. (٢٠١٢). **القياس النفسي**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

Abd El Meguid, M., El Missiry, M., & El Serafi, D. (2011). Types of Depression and Pattern of Comorbidity Among a Sample of Egyptian Secondary School Female Students. *The Arab Journal of Psychiatry*, *44*(2304), 1-18.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Brodey, B. B., First, M., Linthicum, J., Haman, K., Sasiela, J. W., & Ayer, D. (2016). Validation of the NetSCID: an automated web-based adaptive version of the SCID. *Comprehensive psychiatry*, *66*, 67-70.

Canavera, K. E., Wilkins, K. C., Pincus, D. B., & Ehrenreich-May, J. T. (2009). Parent–child agreement in the assessment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *38*(6), 909-915.

Dadds, M. R., Perrin, S., & Yule, W. (1998). Social desirability and self-reported anxiety in children: An analysis of the RCMAS Lie Scale. *Journal of abnormal child psychology*, *26*(4), 311-317.

Del-Ben, C. M., Rodrigues, C. R., & Zuardi, A. W. (1996). Reliability of the Portuguese version of the structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) in a Brazilian sample of psychiatric outpatients. *Brazilian journal of medical and biological research= Revista brasileira de pesquisas medicas e biologicas*, *29*(12), 1675-1682.

DeMarce, J. M., Lash, S. J., Parker, J. D., Burke, R. S., & Grambow, S. C. (2013). Validity of the structured clinical interview for DSM-IV among veterans seeking treatment for substance use disorders. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *11*(5), 546-556.

El Missiry, A., Abd El Meguid, M., & Soltan, M. (2011). Sociodemographic and clinical characteristics of victimized versus non victimized patients with Schizophrenia: an Egyptian study. *The Arab Journal of Psychiatry*, *44*(2313), 1-18.

El-Ghonemy, S. (2010). Quality of Life in Substance Abusers; Impact of Personality Disorders. *The Arab Journal of Psychiatry*, *44*(2299), 1-26.

First M, Spitzer R, eds.(1996). *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: SCID-1 Clinician Version*. Washington, DC: American Psychiatric Association;.

First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL,(2015). Structured Clinical Interview for DSM-5—Research Version (SCID-5 for DSM-5, Research Version; SCID-5-RV). Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2015

Fridell, M., & Hesse, M. (2006). Clinical diagnosis and SCID-II assessment of DSM-III-R personality disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, *22*(2), 104-108.

Gorgens, K. A. (2011). Structured Clinical Interview For DSM-IV (SCID-I/SCID-II). *Encyclopedia of clinical neuropsychology*, 2410-2417.

Lesser, I. M. (1997). Cultural considerations using the Structured Clinical Interview for DSM-III for mood and anxiety disorders assessment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *19*(2), 149-160.

Lobbestael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2011). Inter- rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM- IV Axis I disorders (SCID I) and Axis II disorders (SCID II). *Clinical psychology & psychotherapy*, *18*(1), 75-79.

Logan, D. E., Claar, R. L., & Scharff, L. (2008). Social desirability response bias and self-report of psychological distress in pediatric chronic pain patients. *Pain*, *136*(3), 366-372.

Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D.,... & Petrachi, M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of personality disorders*, *11*(3), 279-284.

Reich, W. (2000). Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*(1), 59-66.

Reich, W., & Earls, F. (1987). Rules for making psychiatric diagnoses in children on the basis of multiple sources of information: Preliminary strategies. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *15*(4), 601-616.

Roelofs, J., Muris, P., Braet, C., Arntz, A., & Beelen, I. (2015). The structured clinical interview for DSM-IV childhood diagnoses (Kid-SCID): First psychometric evaluation in a Dutch sample of clinically referred youths. *Child Psychiatry & Human Development*, *46*(3), 367-375.

Schopler, E., Reichler, R. J., DeVellis, R. F., & Daly, K. (1980). Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *Journal of autism and developmental disorders*, *10*(1), 91-103.

Segal, D. L., Hersen, M., Van Hasselt, V. B., Kabacoff, R. I., & Roth, L. (1993). Reliability of diagnosis in older psychiatric patients using the Structured Clinical Interview for DSM-III-R. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *15*(4), 347-356.

Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences

from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*(1), 28-38.

Shankman, S. A., Funkhouser, C. J., Klein, D. N., Davila, J., Lerner, D., & Hee, D. (2018). Reliability and validity of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM- 5 (SCID). *International journal of methods in psychiatric research*, *27*(1), e1590.

Sharifi, V., Assadi, S. M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y.,... & Seddigh, A. (2009). A persian translation of the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders: psychometric properties. *Comprehensive psychiatry*, *50*(1), 86-91.

Shooshtari, M. H., Davari-Ashtiani, R., Shahrivar, Z., Shabani, A., Semnani, Y., Kaviani, H.,... & Seddigh, A. (2007). Structured clinical interview for DSM-IV (SCID Persian translation and cultural adaptation). *Iranian journal of psychiatry*, 46-48.

Smith, D. C., Huber, D. L., & Hall, J. A. (2005). Psychometric evaluation of the structured clinical interview for DSM-IV childhood diagnoses (KID-SCID). *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, *11*(3-4), 1-21.

Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB.(1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry*; 49, 624-629.

Vaughan, C. A. (2011). Test review: E. Schopler, ME Van Bourgondien, GJ Wellman, & SR Love childhood autism rating scale. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 2010. *Journal of Psychoeducational Assessment*, *29*(5), 489-493.

Vaughan, C. A. (2011). Test review: E. Schopler, ME Van Bourgondien, GJ Wellman, & SR Love childhood autism rating scale. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 2010. *Journal of Psychoeducational Assessment*, *29*(5), 489-493.