الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أم البواقي

كلية العلوم الاجتماعية والانسانية

أطروحـــة

مقدمة لنيل شهادة

دكتوراه الطور الثالث

الشعبة: علم النفس

التخصص: علم النفس المدرسي

من طرف:

ساعد هلال راشدة

عنوان الأطروحة:

مساهمة في تكييف دليل KSADS-PL-5 لتشخيص الاضطرابات النمائية العصبية واضطرابات السلوك بالوسط المدرسي الجزائري.

أطروحة مناقشة بتاريخ ..... أمام لجنة المناقشة المشكلة من:

الرقم	اللقب والاسم	الرتبة	المؤسسة	الصفة
01	أ.د قالي جنات	أستاذ	جامعة أم البواقي	رئيسا
02	أ. د بليردوح كوكب الزمان	أستاذ	جامعة أم البواقي	مشرفا ومقررا
03	د.شنافي عبد المالك	أستاذ محاضر –أ-	جامعة أم البواقي	عضوا مناقشا
04	د. حساني اسماعيل	أستاذ محاضر –أ-	جامعة أم البواقي	عضوا مناقشا
05	أ.د شلبي محمد	أستاذ	جامعة قسنطينة2	عضوا مناقشا
06	أ.د ختاش محمد	أستاذ	جامعة باتنة1	عضوا مناقشا

السنة الجامعية:2024/2023

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أم البواقي

كلية العلوم الاجتماعية والانسانية

أطروحـــة

مقدمة لنيل شهادة

دكتوراه الطور الثالث

الشعبة: علم النفس

التخصص: علم النفس المدرسي

من طرف:

ساعد هلال راشدة

عنوان الأطروحة:

مساهمة في تكييف دليل KSADS-PL-5 لتشخيص الاضطرابات النمائية العصبية واضطرابات السلوك بالوسط المدرسي الجزائري.

أطروحة مناقشة بتاريخ ..... أمام لجنة المناقشة المشكلة من :

الرقم	اللقب والاسم	الرتبة	المؤسسة	الصفة
01	أ.د قالي جنات	أستاذ	جامعة أم البواقي	رئيسا
02	أ. د بليردوح كوكب الزمان	أستاذ	جامعة أم البواقي	مشرفا ومقررا
03	د.شنافي عبد المالك	أستاذ محاضر –أ-	جامعة أم البواقي	عضوا مناقشا
04	د. حساني اسماعيل	أستاذ محاضر –أ-	جامعة أم البواقي	عضوا مناقشا
05	أ.د شلبي محمد	أستاذ	جامعة قسنطينة2	عضوا مناقشا
06	أ.د ختاش محمد	أستاذ	جامعة باتنة1	عضوا مناقشا

بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وعرفان

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أفضل الأنبياء والمرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين أما بعد:

أولا وقبل كل شيء احمد الله عز وجل حمدا يليق بجلاله وعظمته الذي وفقني في كل خطوة خطوتها وأعانني بالصحة والعافية ويسر لي الطريق على انجاز هذا العمل.

يقول النبي صلى الله عليه وسلم **(لا يشكر الله من لا يشكر الناس)** رواه أبو داوود.

ومن والوفاء عزو الفضل لأهل الفضل، أتقدم بالشكر والتقدير الى كل من ساهم في هذا العمل وفي مقدمة هؤلاء استاذتي الفاضلة الأستاذة الدكتورة " **بليردوح كوكب الزمان**" التي أتقدم لها بجزيل الشكر وعظيم الامتنان على رحابة صدرها وكرم علمها وتوجيهاتها القيمة ومساندتها وصبرها طيلة مشواري هذا.

فهرس المحتويات:

شكر وعرفان .....

فهرس المحتويات:.....

الفصل التمهيدي .....

-1مقدمة /اشكالية:..... 1

2-فرضيات الدراسة 3

3-أهداف الدراسة:..... 4

4-أهمية الدراسة:..... 4

5-مفاهيم الدراسة: 5

-6-الدراسات السابقة:..... 7

7-التعقيب على الدراسات السابقة:..... 11

الفصل الثاني: الاضطرابات النمائية العصبية..... 1

تمهيد:..... 13

1-اضطراب فرط النشاط / تشتت الانتباه 14

1-1 تعريف اضطراب فرط النشاط / تشتت الانتباه: 14

1-1-2 وصف الاضطراب: 14

1-2 الانتشارية:..... 15

1-3 الأسباب والعوامل:..... 15

1-3-1 العوامل النفسية والاجتماعية: 16

1-3-2 العوامل البيئية:..... 17

1-4 النظريات التفسيرية الرئيسية لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه: 17

1-4-1 نظرية عجز التثبيط السلوكي لباركلي (1997): 17

1-4-2 نظرية نفور سونوغا بارك وزملائه(1992): 17

1-4-3 النموذج ثنائي الاتجاه من قبل سونوغا بارك وزملائه(2002): 17

1-4-4 العجز التثبيطي السلوكي:..... 17

1-4-5 النفور من التأخير:. 18
1-4-6 النموذج ثنائي الاتجاه: 19
1-4-7 النماذج المعرفية العصبية لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه: 19
1-5 تطور الاضطراب في المدرسة: 20
1-6 الاضطرابات المصاحبة: 21
1-7 عملية التقييم والتشخيص: 22
1-8 العلاج: 23
2-اضطراب المعارضة/الاستفزاز (TOP) 24
2-1 تعريف اضطراب المعارضة/الاستفزاز (TOP): 24
2-2 معدل الانتشار: 26
2-3 السببية: 26
2-3-1 العوامل البيولوجية: 26
2-3-2 العوامل الفردية الشخصية (والحالة المزاجية): 27
2-3-3 العوامل الوراثية: 27
2-3-4 العوامل الأسرية: 27
2-3-5 العوامل البيئية والاجتماعية: 27
2-4 علم المسببات وعوامل الخطر: 28
2-4-1 الاضطرابات المصاحبة: (TC+TOP): 28
3-اضطراب السلوك (TIC) 28
3-1 تعريف اضطراب السلوك: 29
3-2 الانتشارية: 30
3-3 المعايير التشخيصية لاضطراب السلوك: 30
3-4 الأنواع الفرعية لاضطراب السلوك: 31
3-5 التشخيص الفارقي لاضطراب السلوك: 32
3-6 النظريات المفسرة لاضطراب السلوك: 32
3-6-1 القابلية الوراثية: 32

3-6-2 العجز المعرفي العصبي ومضاعفاتها الفترة المحيطة بالولادة والمزاجات الصحية: 32
3-7 النموذج بيو بسيكو اجتماعي لتفسير اضطراب السلوك:..... 33
3-7-1 التفسير البيولوجي:..... 33
3-7-2 التفسير السيكولوجي: 34
3-7-3 التفسير الاجتماعي: 34
4-اللزمات..... 35
4-1 تعريف اللزمات: 35
4-2 تصنيف اللزمات: 36
4-3 محكات تشخيص اللزمات حسب الدليل الاحصائي والتشخيصي: 36
4-4 اسباب اضطراب اللزمات: 37
4-5 العلاج: 38
5-اضطراب طيف التوحد 38
5-1 تعريف طيف التوحد:..... 39
5-2 الانتشارية:..... 40
5-3 النظريات المفسرة لطيف التوحد:..... 40
5-3-1 نظريات التفاعلات الجينية-البيئية: 40
5-3-2 النظريات المعرفية العصبية:..... 41
5-3-3 نظرية الدوافع الاجتماعية:..... 41
5-4 الأسباب وعوامل الخطر: 42
5-4-1 العوامل الوراثية: 42
5-4-2 العوامل البيئية:..... 42
5-4-3 اكتشافات التشريح العصبي والتصوير العصبي: 44
5-5 التشخيص:..... 44
خلاصة:..... 46
الفصل الثالث: 48
تكييف المقابلات العيادية المنظمة – نموذج..... 48

KSADS-PL-5 48
تمهيد:..... 49
1-التكييف:..... 50
1-1 مفهوم التكييف: 50
1-2 ضرورة تكييف المقاييس النفسية: 50
1-3 شروط تكييف المقاييس: 51
1-4 خطوات تكييف المقاييس: 52
1-5 مبادئ عامة في تكييف المقاييس وتطويرها: 53
1-6 العوامل المؤثرة في تكييف المقاييس: 54
1-7الإنحياز والتكافؤ الثقافي للمقاييس النفسية: 54
1-8 صعوبات تكييف المقاييس النفسية: 55
2-المقابلات العيادية المنظمة..... 56
2-1 تعريف المقابلة العيادية: 56
2-2 أهداف المقابلة العيادية: 57
2-3 أنواع المقابلات العيادية:..... 58
3-جدول كيدي للاضطرابات العاطفية والفصام للأطفال والمراهقين في سن التمدرس الاصدار الحالي ومدى الحياة. K, SADS.PL5..... 60
3-1 تعريف K,SADS.PL5 :..... 60
3-2 أنواع .K,SADS 62
3-3 وصف دليل K SADS PL وطريقة تطبيقه:..... 62
4-الوسط المدرسي الجزائري: 66
4-1 تعريف الوسط المدرسي:..... 66
4-2 خصائص الوسط المدرسي: 67
4-3 بيئة الوسط المدرسي:..... 68
4-4 مهام الوسط المدرسي: 72
4-5 مراحل الوسط المدرسي التعليمية:..... 74
4-6 المشكلات السلوكية في الوسط المدرسي: 75

4-7 صعوبات التعلم في الوسط المدرسي: 77
-الصعوبات النمائية: 81
-الصعوبات الأكاديمية: 82
خلاصة: 84
الجانب التطبيقي 85
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة 86
1-منهج البحث: 87
2-حدود الدراسة: 87
3-وصف أداة الدراسة: 87
4-عينة الدراسة وكيفية اختيارها: 88
5-سيرورة التكييف: 89
6-الأساليب الاحصائية: 92
الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج في ضوء الفرضيات 94
1-عرض النتائج في ضوء الفرضيات: 95
1-1 عرض نتائج الفرضية الأولى: 95
1-2 عرض نتائج الفرضية الثانية: 102
1-3 عرض نتائج الفرضية الثالثة: 112
1-4 عرض نتائج الفرضية الرابعة: 120
1-5 عرض نتائج الفرضية الخامسة: 129
2-مناقشة نتائج الفرضيات في ضوء الدراسات السابقة: 138
2-1 مناقشة نتائج الفرضية الأولى: 138
2-2 مناقشة نتائج الفرضية الثانية: 140
2-3 مناقشة نتائج الفرضية الثالثة: 140
2-4 مناقشة نتائج الفرضية الرابعة: 141
2-5 مناقشة نتائج الفرضية الخامسة: 143
الاستنتاج العام للدراسة: 149

الخاتمة: 152

قائمة المراجع: 153

قائمة الملاحق 158

ملخص الدراسة: 223

فهرس الجداول:

الجدول رقم (1) يوضح خصائص العينات الفرعية للدراسة	88
جدول رقم (2) يوضح نموذج تحكيم الترجمة	91
جدول رقم (3): يوضح نتائج معامل لاوشي للصدق المحكمين	95
جدول رقم(4): يوضح قيم معامل الارتباط Spearman بين كل بند من بنود فقرات أداة k-sads PL5 ADHD في التشخيص الماضي والدرجة الكلية للأداة	96
جدول رقم(05): يوضح قيم معامل الارتباط Spearman بين كل بند من بنود فقرات أداة k-sads PL 5ADHD في التشخيص الحاضر والدرجة الكلية للأداة.	97
جدول رقم (6): يوضح نتائج معامل سبيرمان للصدق التلازمي	98
جدول رقم (7): يوضِّحُ معايير المطابقة للنموذج العاملي التوكيدي لأداة k-sads PL 5ADHD.	98
جدول رقم (08): يُوضِّحُ قيم معامل Stratified Alpha للأداةk-sads PL 5ADHD في التشخيص الماضي.	100
جدول رقم (9): يُوضِّحُ قيم معامل Stratified Alpha للأداةk-sads PL 5ADHD في التشخيص الحاضر.	100
جدول رقم (10):يُوضِّحُ قيم معامل Composite Reliability لأداة k-sads PL 5ADHD.	101
جدول رقم (11): يُوضِّحُ قيم معامل أوميغا الموزونةWeighted Omega لأداة k-sads PL 5ADHD	102
جدول رقم (12): يُوضِّحُ مقارنة بين معامل ألفا الطبقي ومعامل الموثوقية المركبة ومعامل أوميغا الموزونة	102
جدول رقم (13): يوضح نتائج معامل لاوشي للصدق المحكمين.	102
جدول رقم(14): يوضِح معامل الارتباط Spearman بين كل بند من بنود مقياس اضطرابات المعارضة والتحدي TOP والدرجة الكلية للمقياس.	104
جدول (15) يوضح معايير المطابقة للنموذج العاملي التوكيدي لمقياس اضطرابات المعارضة والتحدي TOPقبل التعديل	105
جدول (17) يوضح مؤشرات التعديل لنموذج إ.ت.م	107
جدول -18- يوضح معايير المطابقة للنموذج العاملي التوكيدي لمقياس الفعالية الذاتية المتوقعةGSE-10 بعد التعديل	107
جدول (19) يوضح قيم البرمترات اللامعيارية للنموذج العاملي التوكيدي لمقياس اضطرابات التحدي والمعارضةTOP	110
جدول رقم (20) يوضح قيم معامل Alpha de Cronbachللاداة.	111
جدول رقم (21) يوضح قيم الموثوقية المركبة	111
جدول رقم (22): يوضح نتائج معامل لاوشي للصدق المحكمين	112
جدول رقم (23): يوضِح معامل الارتباط Spearman بين كل بند من بنود مقياس الاضطرابات السلوكية TCوالدرجة الكلية للمقياس.	114
جدول (24) يوضح معايير المطابقة للنموذج العاملي التوكيدي لمقياس الاضطرابات السلوكيةTCقبل التعديل	114
جدول (25) يوضح مؤشرات التعديل لنموذج إ.س	116

جدول (26) يوضح معايير المطابقة للنموذج العاملي التوكيدي لمقياس الاضطرابات السلوكية TC بعد التعديل	116
جدول (26) يوضح قيم البرمترات اللامعيارية للنموذج العاملي التوكيدي لمقياس الاضطرابات السلوكيةTC	119
جدول رقم (27) يوضح قيم معامل Alpha de Cronbachللاداة.	120
جدول رقم (28) يوضح قيم الموثوقية المركبة.	120
جدول رقم (29): يوضح قيم شابيرو ويلك وكولموجروف سميرنوف لاعتدالية توزيع بيانات الأفراد	121
جدول رقم (30): يوضح قيمة اختبار وولد وولفيتز للكشف عن عشوائية بيانات الأفراد	121
جدول رقم (31): يوضح ارتباط بنود محور الخاص بالحاضر	122
جدول رقم (32): يوضح ارتباط بنود محور الخاص بالماضي	123
جدول رقم (33): يبين الإحصاء الوصفي للمجموعتين (عليا–دنيا)	123
جدول رقم (34): يوضخ قيمة (t) لحساب للصدق التمييزي	124
جدول رقم (35): يوضح قيمة ألفا كرو نباخ للاتساق الداخلي الخاصة بالأداة (الحاضر)	125
جدول رقم (36): يوضح تقدير أوزان بنود الأداة استنادا إلى قيمة Rpbis	126
جدول رقم (40): يوضح قيمة ألفا كرو نباخ للاتساق الداخلي الخاصة بالأداة (الماضي)	127
جدول رقم (41): يوضح تقدير أوزان بنود الأداة استنادا إلى قيمة Rpbis	127
جدول رقم (42): يوضح القيم المعبرة عن ثبات الأداة بطريقة التجزئة النصفية	128
جدول رقم (43) يوضح قيمة بيرسون لحساب الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق	129
جدول رقم (44): يوضح ارتباط بنود محور الخاص بالحاضر	129
جدول رقم (45): يوضح ارتباط بنود محور الخاص بالماضي	130
جدول رقم (46): يبين الإحصاء الوصفي للمجموعتين (عليا–دنيا)	130
جدول رقم (47): يوضخ قيمة (t) لحساب للصدق التمييزي	131
جدول رقم (48) يمثل تصنيف الأفراد وفقا لمعيار الكرونولوجي	132
جدول رقم (49) يمثل ترميز الأفراد في الانحدار اللوجستي	132
جدول رقم (50) يمثل فحص مدى قدرة النموذج على التنبؤ	133
جدول رقم (51) يمثل نسبة التصنيف الصحيحة	133
جدول رقم (52) يمثل قيمة كل متغير متنبأ قبل إدخاله في النموذج	133
جدول رقم (53) يمثل جودة المطابقة للنموذج	134
جدول رقم (54) يمثل تقدير القوة التنبئية للنموذج	134

جدول رقم (55) يمثل التصنيف الصحيح للأفراد بعد إدخال المتغيرات المنبئة	134
جدول رقم (56): يوضح قيمة ألفا كرو نباخ للاتساق الداخلي الخاصة بالأداة (الحاضر)	134
جدول رقم (57): يوضح تقدير أوزان بنود الأداة استنادا إلى قيمة Rpbis	135
جدول رقم (58): يوضح قيمة ألفا كرو نباخ للاتساق الداخلي الخاصة بالأداة (الماضي)	135
جدول رقم (59): يوضح تقدير أوزان بنود الأداة استنادا إلى قيمة Rpbis	136
جدول رقم (60): يوضح القيم المعبرة عن ثبات الأداة بطريقة التجزئة النصفية.	136

فهرس الأشكال:

الشكل رقم (1) يمثل التصنيف المعرفي لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه	19
لشكل رقم (2) يمثل الوسط المدرسي شراكة مجتمعية	68
الشكل رقم (3): نموذج افتراضي للعلاقة بين البيئة المدرسية والرفاهية.	71
الشكل رقم (4) مراحل الوسط المدرسي التعليمية في الجزائر	75
لشكل رقم (5) مجالات تصنيف صعوبات التعلم	80
الشكل رقم (6) يمثل أحجام العينات الفرعية للدراسة	89
شكل رقم(7): يُوضِّحُ قيم البرمترات المعيارية للنموذج العاملي التوكيدي لأداة	99
لشكل (8) يوضح قيم البرمترات المعيارية للنموذج العاملي التوكيدي لمقياس اضطرابات التحدي والمعارضة (قبل التعديل)	106
الشكل (9) يوضح قيم البرمترات المعيارية للنموذج العاملي التوكيدي لمقياس الفعالية الذاتية المتوقعة (بعد التعديل)	108
الشكل (10) يوضح قيم البرمترات المعيارية للنموذج العاملي التوكيدي لمقياس الاضطرابات السلوكية (قبل التعديل).	115
الشكل (10) يوضح قيم البرمترات المعيارية للنموذج العاملي التوكيدي لمقياس الاضطرابات السلوكية (بعد التعديل).	117

فهرس الملاحق:

الرقم	المحتوى	الصفحة
1	**يمثل أداة الدراسة المترجمة للغة الفرنسية**	159
2	**يمثل أداة الدراسة الاصلية باللغة الإنجليزية**	187
3	**يمثل ترخيص ترجمة وتكييف دليل المقابلة**	216

الفصل التمهيدي

1- مقدمة /اشكالية:

تلعب المدرسة دورا أساسيا في التربية والصحة وتعيين الاضطرابات والوقاية منها وكذا الاعلام والتوجيه، ومن هنا تبرز خصوصيتها التي تتمثل نظريا في استقصاء الدلالات العيادية والمعاناة السيكولوجية والعقلية عند التلاميذ فهي سياق إن تم استغلاله جيدا سيساعد على التشخيص المبكر للاضطرابات النفسية وكذا الوقاية منها والتكفل بها، وقد أكدت الأبحاث على ضرورة التشخيص المبكر بهدف تحديد المآلات والحد من تطور الأعراض وتفاقمها، وفي هذا الإطار تظهر المدرسة كوسط خصب لتدفق الاضطرابات النفسية وتواترها، كما أشارت لذلك بعض الدراسات كدراسة (2017) **A.OPPETITAT et ALL** حول مدى انتشارية الاضطرابات في المدارس بشكل متعدد، وبنسب متفاوتة من السلوكيات الإشكالية والعزلة الاجتماعية والحزن الشديد والقلق والحصر والسلوكات الغريبة اللاتكيفية، والسلوكات الادمانية واضطرابات السيرة الغذائية والمحاولات الانتحارية والمظاهر العدوانية وغيرها من الاضطرابات التي تجد في المدرسة فضاء للتمظهر.

وقد لا يخلو الوسط المدرسي الجزائري من هذه التمظهرات المرضية، مما يشير إلى خطورة الوضع، وفي ظل هذا السياق نجد عديد الاضطرابات النفسية في الوسط المدرسي تطرح فرضية تفاقمها وازمانها موازاة مع اشكالية تقييمها وتشخيصها، أين تميل معظم أدوات القياس النفسي إلى تقييم القدرات المعرفية والأدائية كاختبارات الذكاء، أو تشخيص صعوبات التعلم. في حين تبقى أليات تشخيص الاضطرابات النفسية في الوسط المدرسي محدودة، والجدير ذكره هنا إلى أن الفحص النفسي للطفل أو المراهق المتمدرس يجب أن يكون متعدد الجوانب والتخصصات ليضمن الشمولية، وفي ظل هذا النقص فرضت الحاجة ظهور نوع جديد من المقابلات التشخيصية وهو المقابلة العيادية المنظمة، والتي حققت نجاحا وانتشارا كبيرا لقدرتها على اختزال الوقت والجهد، حيث تكون المقابلة مرفقة باستبيان يساعد المختص النفسي على الكشف الجيد عن مختلف الاضطرابات التي تمس الشخصية. كما تقوم هذه المقابلات على تجانس المعايير المحكاتية والتقليل من مصادر التباين، ومن بين أهم المقابلات العيادية المنظمة نجد مقابلات **SCID** و**PDQ 4** و الـ**K- SADS-PL"**جدول كيدي للاضطرابات العاطفية" الموجه للأطفال والمراهقين في سن التمدرس (6-18 سنة)،المصمم ليتوافق مع الدليل الإحصائي التشخيصي الخامس للأمراض**DSM5**،هذا الدليل الذي ترجم لأكثر من عشرين لغة وكلل بالعديد من دراسات الصلاحية والموثوقية عبر العالم لتكييفه ، حيث تم فحص النسخة الأصلية للتأكد من خصائصها السيكومترية(**Kaufman et all 1997**)، فذكرت كل من النسخ الاسبانية والكورية والفارسية والبرازيلية البرتغالية **Young S ;Farinne Galicia et all2018)**

(Arthur C et all 2017 ; 2009 **K et all 2004 ; Zahra S et all** صلاحية وموثوقية مقبولة، فيما يخصص تكييف المقابلات استنادا إلى معايير DSM5، كما حددت النسخة الايسلاندية **(Olafur, 2020)**صلاحية متقاربة فيما يتعلق تشخيص الاكتئاب، وقد قدم فريق بحث كيني (Symon، 2018) من خلال دراسة حديثة موثوقية جيدة لوحدة فرط النشاط الحركي المصحوب بنقص الانتباه، هذا الأخير الذي يعد واحدا من أكثر الاضطرابات انتشارا في الأوساط المدرسية، فليس من السهل وضع تشخيص مباشر له لاشتراكه في العرضية مع عديد الاضطرابات الأخرى، فهو عبارة عن تمازج بين أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط والاندفاعية.

منذ أن تم تصميمK-SADS-PL ليتوافق مع الـ DSM4 من قبلKAUFMAN فإن الأداة تتطلب التحديث من أجل تضمين الفئات الجديدة للـ 5 DSMخاصة تنظيم الفئات لتشمل الاضطرابات النمائية العصبية واضطرابات السلوك المندرجة في الوحدة الرابعة والتي تشمل فرط النشاط الحركي واضطرابات السلوك واضطرابات المعارضة والتحدي واللزمات وطيف التوحد، هذه الجملة العرضية التي تبدو من بين الدوافع الأساسية بعد صعوبات التعلم التي تثير الحيرة في المدارس الابتدائية والثانوية **(N.CATHERINE ;2012 ;P100)**.

وأمام النقص العام لأدوات التشخيص على مستوى وحدات الكشف والمتابعة للصحة المدرسية بالجزائر تبدو الضرورة واضحة إلى توفير أدوات تشخيصية في شاكلة K-SADS-PL5، ومن هنا جاءت هذه المساهمة لترجمته وتكييفه في الوسط المدرسي الجزائري.

غير أن عملية الترجمة والتكييف ليست بالأمر الهين فالترجمة تزيد من صعوبة الفهم ،اذ يجب على الممارس المدرسي و العيادي الأخذ بالحسبان العامل السوسيو ثقافي خلال تقييمه للحالات باعتبار اختلاف الثقافات الأصلية و المنقولة ،فمن المهم خلال الترجمة و التكييف التمييز بين العوامل النفسية المرضية و العوامل الاجتماعية الثقافية ،وفي هذا الاطار يشير كل بوسبسي إلى صعوبة تطبيق الاختبارات و المقاييس في المجتمع الجزائري ،باعتبار أن غالبية هذه الاختبارات غربية ما يشير إلى اشكالية التناقض الثقافي التي تؤثر في صلاحية هذه الاختبارات في بيئات غير بيئتها. **(Fergani.et Ben mesili,2021,760)**

وعلى ما سبق كان التساؤل المطروح في هذه الدراسة:

- ما مدى صلاحية استخدام دليل K-SADS-PL5 لتشخيص الاضطرابات النمائية العصبية واضطرابات السلوك في الوسط المدرسي الجزائري؟

التساؤلات الجزئية:

1-هل يتمتع دليل الـ: **K Sads PL 5** لتشخيص فرط النشاط الحركي المصحوب بتشتت الانتباه في الوسط المدرسي الجزائري بالخصائص السيكومترية المقبولة؟

2-هل يتمتع دليل الـ **K Sads PL 5** لتشخيص اضطرابات المعارضة والتحدي في الوسط المدرسي الجزائري بالخصائص السيكومترية المقبولة؟

3-هل يتمتع دليل الـ **K Sads PL 5** لتشخيص اضطرابات السلوك في الوسط المدرسي الجزائري بالخصائص السيكومترية المقبولة؟

4-هل يتمتع دليل الـ **K Sads PL 5** لتشخيص اللزمات في الوسط المدرسي الجزائري بالخصائص السيكومترية المقبولة؟

5-هل يتمتع دليل الـ **K Sads PL 5** لتشخيص اضطرابات طيف التوحد في الوسط المدرسي الجزائري بالخصائص السيكومترية المقبولة؟

2-فرضيات الدراسة

الفرضية العامة:

- تتمتع الوحدة الرابعة لدليل الـ **K Sads PL 5** لتشخيص الاضطرابات النمائية العصبية واضطرابات السلوك في الوسط المدرسي الجزائري بالخصائص السيكومترية المقبولة.

الفرضيات الجزئية:

1-يتمتع دليل الـ **K Sads PL 5** لتشخيص فرط النشاط الحركي المصحوب بتشتت الانتباه في الوسط المدرسي الجزائري بالخصائص السيكومترية المقبولة.

2-يتمتع دليل الـ **K Sads PL 5** لتشخيص اضطرابات المعارضة والتحدي في الوسط المدرسي الجزائري بالخصائص السيكومترية المقبولة.

3-يتمتع دليل الـ **K Sads PL 5** لتشخيص اضطرابات السلوك في الوسط المدرسي الجزائري بالخصائص السيكومترية المقبولة.

4- يتمتع دليل الـ **K Sads PL 5** لتشخيص اللزمات في الوسط المدرسي الجزائري بالخصائص السيكومترية المقبولة.

5-يتمتع دليل الـ **K Sads PL 5** لتشخيص اضطرابات طيف التوحد في الوسط المدرسي الجزائري بالخصائص السيكومترية المقبولة.

3-أهداف الدراسة:

أ) ترجمة الوحدة الرابعة من دليل الـ K Sads PL 5 لتشخيص الاضطرابات النمائية العصبية واضطرابات السلوك.

ب) تكييف الوحدة الرابعة من دليل الـ K Sads PL 5 لتشخيص الاضطرابات النمائية العصبية واضطرابات السلوك في الوسط المدرسي الجزائري

ت) حساب الخصائص السيكومترية لدليل الـ K Sads PL 5 لتشخيص فرط النشاط الحركي المصحوب بتشتت الانتباه في الوسط المدرسي الجزائري.

ث) حساب الخصائص السيكومترية لدليل K Sads PL 5 لتشخيص اضطرابات المعارضة والتحدي في الوسط المدرسي الجزائري.

ج) حساب الخصائص السيكومترية لدليل الـ K Sads PL 5 لتشخيص اضطرابات السلوك في الوسط المدرسي الجزائري.

ح) حساب الخصائص السيكومترية لدليل الـ K Sads PL 5 لتشخيص اللزمات في الوسط المدرسي الجزائري.

خ) حساب الخصائص السيكومترية لدليل الـ K Sads PL 5 لتشخيص اضطرابات طيف التوحد في الوسط المدرسي الجزائري.

4-أهمية الدراسة:

- محاولة فهم التوظيف النفسي وبناء الاختبارات والسلالم والتأكد من صلاحيتها في الوسط الجزائري.
- الحد من أخطاء التشخيص في المجال النفسي والسياق المدرسي.
- تسهيل التواصل بين المختصين والمستفيد من التدخل.
- توفير أداة تشخيصية دينامية بوحدات الكشف والمتابعة للصحة المدرسية.

5-مفاهيم الدراسة:

5-1 تكييف: هو سيرورة ترجمة تتعلق باستبدال اللغة الأصلية إلى لغة أخرى مستهدفة مع مراعاة السياق الثقافي الاجتماعي بناء على اعتبارات سيكومترية **(François René de, Cotret, 2019 p9)**

- يقصد بالتكييف إجرائيا في الدراسة إلى مدى توافر الشروط السيكومترية من معاملات صدق وثبات لدليل **K-SADS-pl 5** لتشخيص الاضطرابات النمائية العصبية واضطرابات السلوك في الوسط المدرسي الجزائري. وقد اعتمدت الدراسة في حساب الخصائص السيكومترية بطرق مختلفة.

5-2 دليل K-SADS-PL5: الجدول الزمني للاضطرابات العاطفية والفصام للأطفال في سن التمدرس -الحاضر ومدى الحياة-هو دليل مقابلة تشخيصية نصف موجهة تطبق مع الطفل والمراهق في سن التمدرس ومع الأولياء لجمع أكبر عدد ممكن من المعلومات عن ماضي وحاضر الاضطراب للتمكن من وضع تشخيص دقيق للاضطراب قيد الدراسة. **(Arthur Caye 2017, p 384)**

وتشمل الوحدة الرابعة من هذا الدليل (الاضطرابات النمائية والعصبية واضطرابات السلوك) الاضطرابات التالية:

5-4 فرط النشاط الحركي المصحوب بتشتت الانتباه: اضطراب يصيب الطفل قبل سن 12، يربط بين فرط النشاط الحركي ونقص الانتباه وكذا الاندفاعية ما يؤثر على حياته اليومية والعلائقية والمدرسية والأسرية وذلك حسب المعايير التشخيصية للـ DSM5 **(David Zarkar et all ,2020 p3)**

- **التعريف الإجرائي:** هو الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص على دليل **K-SADS-PL5** في بعدي فرط النشاط الحركي المصحوب بتشتت الانتباه.

5-4 اضطراب المعارضة والتحدي: اضطراب المعارضة هو أحد أنواع اضطرابات السلوك الاندفاعية، أطلق عليه هذا الاسم لأن الأطفال الذين يعانون منه يميلون إلى إحداث الشغب حولهم.

وفقا للجمعية الأمريكية للطب النفسي(APA) ، يتميز هذا الاضطراب بنمط مزمن من السلبية والعداء والسلوك الغير متعاون لدى الطفل، والذي يوجه في الغالب محو الشخصيات الرسمية، وقد يستمر هذا الاضطراب لمدة لا تقل عن 6 أشهر. **(M.S Ritika Rocque, 2016, 493)**

- **التعريف الإجرائي:** هو الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص على دليل **K-SADS-PL5** في بعد اضطراب المعارضة والتحدي.

5-5 اضطراب السلوك: يتم التعبير عن اضطراب السلوك لدى الأطفال والمراهقين من خلال مجموعة من السلوكيات التي تتراوح من نوبات الغضب والعصيان المتكرر للطلب الصعب إلى الاعتداءات الخطيرة مثل الاغتصاب والاعتداء والضرب والسرقة، فالميزة الرئيسية لهذا الاضطراب انتهاك حقوق الآخرين والأعراف الاجتماعية.**(Olivier Moyano, 2005, 05)**

- **التعريف الإجرائي:** هو الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص على دليل **K-SADS-PL5** في بعد اضطراب السلوك.

5-6 اللزمات: تعرف اللزمات على انها حركات عضلية واصوات متكررة، مفاجئة، سريعة وغير منتظمة لا ارادية. وهي على عدة اشكال، يتم تشخيصها اعتماداً على الفحص العيادي ويتضمن علاجها تكفل نفسي -تربوي-دوائي حسب الحالة.

- **التعريف الإجرائي:** هو الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص على دليل **K-SADS-PL5** في بعد اضطراب السلوك.

5-7 اضطراب طيف التوحد" **يصنف (DSM5)** اضطراب طيف التوحد بين الاضطرابات النمائية العصبية التي تتميز بـ: عجز الاتصال المستمر والتفاعلات الاجتماعية الملحوظة المتكررة، والتي يتم تحديد خطورتها وفقا لمستوى المساعدة التي يحتاجها الشخص في هذه المجالات المختلفة.**(HAS, 2018, 04)**

- **التعريف الإجرائي:** هو الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص على دليل **K-SADS-PL5** في بعد اضطراب طيف التوحد.

- 6-الدراسات السابقة:

6-1 دراسة سيمون وكاريوكي (Symon,M.kariuki) المعنونة بـ: تقييم الخصائص النفسية والهيكل العاملي لدليل **K Sads Pl 5** لوحدة فرط النشاط الحركي المصحوب بتشتت الانتباه بالريف الكيني.

هدفت الدراسة إلى التحقق من موثوقية الأداة وصلاحيتها على عينة قوامها 2074 طفل وخلصت النتائج الى نتائج ممتازة فيما يخص الاتساق الداخلي بالنسبة لبنود مقابلة الاختيار والذي قدر بـ 0.89 عند مستوى ثقة 95% كما كان جيدا أيضا بالنسبة لبنود الوحدة التشخيصية والذي قدر بـ 0.95 عند مستوى ثقة 95%، كما أكدت الدراسة أن المعاملات الطبيعية أو المعيارية لبنود مقابلة الاختيار كانت مقبولة، في حين كانت مؤشرات التعديل من أجل بناء عاملي موحد جيدة. هذا وقد وصلت أدوات الفحص إلى درجة حساسية عالية تراوحت بين 95/ إلى 97.8، ودرجة خصوصية مابين94%إلى 95%من أجل تشخيص اضطراب فرط النشاط. أما نتائج اختبار التطبيق وإعادة التطبيق والصدق الداخلي من خلال معاملات الارتباط كانت جيدة بالنسبة لمعظم البنود. **(Symon,M.kariuki)**

6-2 دراسة تاشكي ونيشياما (2020,TAKESHI, Nishiyama) المعنونة بـ: التحقق من صلاحية دليل **K Sads Pl 5** تشخيص الاضطرابات النمائية العصبية في العيادات الخارجية اليابانية.

هدفت الدراسة الى فحص الخصائص السيكومترية على عينة قوامها 95 طفلا ومراهقا، وبعد الترجمة والترجمة العكسية وتطبيق الاداة كانت الموثوقية بين المقيمين جيدة جدا لجميع الاضطرابات بما فيها اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بتشتت الانتباه 0.8 ≤K،أما الثبات المعياري كان جيدا بما يساوي 0.6 تقريبا لكل الاضطرابات. كما كشفت الدراسة أيضا عن صلاحية ثبات بنائي جيدة من خلال تأكيد الارتباطات المتوقعة مع مقاييس تشخيصية أخرى. **(TAKESHI, Nishiyama,2020)**

6-3 دراسة فاتيح يونال (2016, FATIH Yonal) المعنونة بـ: موثوقية وصلاحية الجدول الزمني للاضطرابات العاطفية والفصام عند الاطفال في سن التمدرس – اصدار الحاضر ومدى الحياة -2016. التكييف التركي **K Sads Pl 5T.**

خلصت الدراسة إلى نتائج ممتازة فيما يخص اتساق التشخيصات بالنسبة لاضطرابات الأكل والخرص الانتقائي وطيف التوحد K=0.92-1.0، كما كان مرتفعا بالنسبة للاضطرابات الوسواسية القهرية واضطرابات المعارضة والحصر والاكتئاب وكذلك فرك النشاط وتشتت الانتباه .K= 0.67-0.80 أما نتائج

اختبار التطبيق وإعادة التطبيق كانت مثالية فيما يخص اضطراب التوحد K=0.82 ، وجوهرية بالنسبة لفرط النشاط واضطرابات المعارضة K= 0.62−0.78. **(FATIH Yonal,2016)**

6−4 دراسة روساريو دومنيش ليابيريا وآخرون: (Rosario Domenech-Llaberia)

على عينة شملت 146 طفلًا ومراهقًا تتراوح أعمارهم بين 7 و17 عامًا حيث اعتمد الباحثون سيرورات التكيف اللغوي والثقافي من ترجمة الأداة إلى الإسبانية وتكييفها مع السياق الثقافي المحلي. كما اعتمد التكيف تعديل بنود الأداة لتتوافق مع معايير التشخيص في**DSM-5** .

ولحساب الخصائص السيكومترية تم اعتماد الثبات الداخلي عن طريق حساب معاملات ألفا كرونباخ، وكانت النتائج تشير إلى ثبات مرتفع عبر المقاييس الفرعية المختلفة والتي قدرت بـ 0.90. أما الاتساق بين المقيمين :استخدمت معاملات كابا، وأظهرت النتائج موثوقية عالية بين المقيمين قدر بـ 0.84 وانحراف معياري 0.03.

اما بالنسبة للصدق البنيوي فقد تم إجراء تحليل العوامل، وكشفت النتائج عن بنية عاملية تتماشى مع الهيكل النظري للأداة. وفيما يخص الصدق التنبؤي فقد تم التحقق من خلال مقارنة تشخيصات **KSADS-PL-5** بتشخيصات أخرى، وأظهرت الأداة قدرة تنبؤية عالية لتحديد الاضطرابات النفسية.

6−5 دراسة مورو فيرارا وآخرون 2024 :

حيث شملت الدراسة 23 طفلًا ومراهقًا مصابين بالتوحد و14 طفلًا ومراهقًا في مجموعة التحكم المعرضة لخطر الذهان السريري(CHR−P) ، تتراوح أعمارهم بين 8 و17 عامًا. تم استخدام الأداة في سياق ثقافي إيطالي، مع مراعاة الفروق الثقافية في تقييم الأعراض النفسية.خلصت الدراسة إلى نتائج ثبات مقبولة من خلال معاملات الفا كرونباخ والاتساق الداخلي وقد: تم التحقق من الصدق التنبؤي من خلال مقارنة نتائج الأداة مع أدوات تشخيصية أخرى مثل **ADOS-2** و**.ADI-R** في حين أظهر الصدق التقاربي تقاربًا عاليًا مع الأدوات التشخيصية الأخرى، مما يعزز من دقة الأداة في تقييم التوحد والاضطرابات الذهانية.

6−6 دراسة لانغ وآخرون 2017 :

تناولت هذه الدراسة الخصائص السيكومترية الأولية، بما في ذلك الموثوقية بين التصنيفات، والصلاحية المتقاربة والمتباينة لـ K−SADS−E المعدلة لـ.DSM−5 حيث تم إجراء مسح وطني لعينة مدرسية مكونة من 3242 طالبًا في الصفوف الثالث والخامس والسابع من 44 مدرسة في شمال ووسط وجنوب تايوان. تم إجراء التشخيصات النفسية من خلال مقابلات .K−SADS−E تم فحص الاستبيانات العيادية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط(ADHD) ، واضطراب طيف التوحد(ASD) ، والمشاكل العاطفية والسلوكية باستخدام النسخة الصينية من مقياس سوانسون ونولان وبيلهام الرابع، ومقياس الاستجابة الاجتماعية، وقائمة مراجعة سلوك الطفل. في الأخير أظهرت نتائج K−SADS−E موثوقية مقبولة بين المقيمين (انتشار تعديل

التحيز تعديل كابا = 0.80–1.00) بين ثمانية من القائمين على المقابلات.كما أظهرت تشخيصات K–SADS–Eصلاحية متقاربة ومتباينة جيدة مع معظم الاستبيانات العيادية المطبقة.

6–7 دراسة زافاليطا وباتريسيا (2009,Zavaleta,patricia, Ramirez)

كان الغرض من هذه الدراسة هو ترجمة وتكييف وتحليل موثوقية المتدخلين لـ **KIDDIE SADS-PL-ASD**/2009أين تكونت العينة من 40 طفلاً ومراهقًا، ذكورًا وإناثًا، تتراوح أعمارهم بين 4 و17 عامًا، ويشتبه في إصابتهم باضطراب طيف التوحد. تمت ترجمة شاشة ASD الأصلية والمقابلة التكميلية إلى الإسبانية من قبل مختصين وأعيدت ترجمتها بواسطة مترجم معتمد. لقد أظهرت نتائج الموثوقية بين المُقيّمين أين تباينت معاملات الارتباط داخل الصف من متوسطة إلى ممتازة للتشخيص التالي في الحاضر والماضي: التوحد 0.79، 0.74؛ أسبرجر 0.85، 1.0؛ وكانت معاملات كابا لتقييمات الخبراء في الحاضر والماضي على النحو التالي: التوحد 0.89، 0.87؛ أسبرجر 0.77، 1.00؛ وكان التوافق التشخيصي بين التشخيص العيادي الأولي والتشخيص التالي من خلال المقابلة: 37.5%، مع هامش خطأ 67.5%. وبهذا أظهر K–SADS–PL–2009/ASDموثوقية معتدلة بين التصنيفات مما يشير إلى أنه يمكن استخدامه للأغراض العيادية أو البحثية لدى الأطفال والمراهقين المكسيكيين. **(Zavaleta,patricia, Ramirez,2009)**

6–8 دراسة طاكيشي أوشياما وآخرون 2020.

تم تصميم هذه الدراسة لفحص الموثوقية الداخلية، وصلاحية المعيار، وصلاحية بناء الأداة المحدثة، K–SADS–PLلـDSM–5 ، في المرضى الخارجيين اليابانيين الذين يبلغ مجموعهم 95 طفلاً ومراهقًا. قام الباحثون بترجمة الأداة وتكييفها إلى اللغة اليابانية باستخدام إجراء الترجمة العكسي. قام اثنان من الأطباء التسعة ذوي الخبرة بإجراء التشخيص بشكل مستقل باستخدام المقابلة لكل مريض في جلسة مشتركة. تم حل الاختلافات في التشخيص بين اثنين من الأطباء بالإجماع، وتمت مقارنة التشخيص المتفق عليه مع تشخيص "أفضل تقدير" أجراه خمسة أطباء ذوي خبرة باستخدام جميع مصادر البيانات المتاحة للمرضى عن طريق التشخيص باستخدام K–SADS–PL لـ .DSM–5. واستند تشخيص "أفضل تقدير" لاضطراب طيف التوحد أيضًا إلى المقابلة التشخيصية للاضطرابات الاجتماعية واضطرابات التواصل. وعليه كانت الموثوقية بين التصنيفات جيدة جدًا، كما هو موضح بواسطة $\kappa \geq 0.8$ لجميع الاضطرابات التي تم فحصها: اضطراب طيف التوحد(ASD) ، واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، كانت صلاحية المعيار جيدة، كما هو موضح بواسطة $\kappa \geq 0.6$ لجميع الاضطرابات التي تم فحصها، باستثناء .(κ =ASD 0.59) كشفت هذه الدراسة أيضًا عن صلاحية بناء جيدة للأداة من خلال تأكيد الارتباطات المتوقعة مع كل مقياس من مقياس الاستجابة الاجتماعية –الإصدار الثاني واستبيان نقاط القوة والصعوبات.

6-9 دراسة إليوا وآخرون 2017 المعنونة بـ: صلاحية وموثوقية جدول كيدي للاضطرابات العاطفية والفصام K-SADS-PL-5 النسخة الاسبانية.

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الخصائص السيكومترية لدليل K-SADS-PL-5 في البيئة الاسبانية على عينة قوامها 120 طفلا ومراهقا تتراوح أعمارهم بين 6-16 سنة، وقد توصلت الدراسة إلى جملة من النتائج فيما يتعلق بصدق المحتوى فقد تم التأكد من أن البنود المتعلقة بالاضطرابات النمائية العصبية تتوافق مع المعايير التشخيصية للـ .**DSM-5** .أما **الصدق التلازمي** أظهرت نتائج الدراسة ارتباطات قوية بين تشخيصات **K-SADS-PL-5** وأدوات التشخيص الأخرى مثل **Child)** CBCL **Behavior Checklist).**هذا يشير إلى أن المقياس يتوافق مع الأدوات المعتمدة في التشخيص. وفي **الصدق التنبؤي** تم استخدام K-SADS-PL-5 للتنبؤ بالسلوكيات المستقبلية للأطفال، وأظهرت النتائج دقة عالية في التنبؤ بالسلوكيات المعارضة في البيئات المدرسية والمنزلية.

وعن الثبات فاظهر **الثبات الداخلي** :قيم α كرونباخ تجاوزت 0.80، مما يدل على ثبات داخلي عالٍ للمقياس. و فيما يخص **الثبات عبر الزمن (اختبار-إعادة اختبار** :(تم إعادة اختبار العينة بعد 4 أسابيع، وكانت قيم الثبات عالية($\kappa > 0.75$) ، مما يشير إلى موثوقية عالية للتشخيصات عبر الزمن.

6-10 دراسة غانيزادا ومحمدي 2020 المعنونة بـ: الخصائص السيكومترية للنسخة الفارسية لجدول كيدي للاضطرابات العاطفية والفصام K-SADS-PL-5.

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الخصائص السيكومترية لدليل K-SADS-PL-5 في البيئة الايرانية على عينة قوامها 120 طفلا ومراهقا تتراوح أعمارهم بين 6-16 سنة، وقد توصلت الدراسة إلى جملة من النتائج تخص **صدق المحتوى** أين توافقت البنود مع معايير DSM-5 ، وغطت كافة الأعراض اللازمة لتشخيص اضطراب المعارضة. في حين أشار **الصدق التلازمي** إلى ارتباطات قوية مع أدوات تشخيصية أخرى مثلCBCL ، مما يشير إلى توافق جيد. وأظهرت النتائج **الصدق التنبؤي** دقة في التنبؤ بالسلوكيات المستقبلية، حيث تم التأكد من أن التشخيصات باستخدام K-SADS-PL-5 تعكس السلوكيات المعارضة في المستقبل.

اما عن الثبات الداخلي: فقد قيم α كرونباخ عالية، مما يدل على ثبات داخلي موثوق. في حين **الثبات بطريقة التطبيق واعادة التطبيق كانت** قيم ثبات عالية($\kappa > 0.75$) ، مما يشير إلى موثوقية عالية عند إعادة الاختبار بعد فترة زمنية قصيرة.

7-التعقيب على الدراسات السابقة:

تشاركت الدراسات التي قامت بتكييف **KSADS-PL** في تركيا، كوريا الجنوبية، البرازيل، والصين في أنها جميعها هدفت إلى ترجمة الأداة وتعديلها لتناسب الثقافة المحلية، واختبار خصائصها السيكومترية مثل الصدق والثبات على عينات من الأطفال والمراهقين. في جميع الحالات، تم التأكد من الترجمة عبر عملية الترجمة العكسية، وتعديل البنود الثقافية، واستخدام الأداة في بيئات سريرية محلية. الاختلافات تبرز في حجم العينات وتفاصيل التكييف الثقافي، حيث اختلف حجم العينة بين الدراسات من 78 مشاركًا في البرازيل إلى 233 مشاركًا في تركيا، وكذلك في الأدوات المعيارية التي استخدمت للتحقق من الصدق في كل دراسة مثل **CBCL** في تركيا والبرازيل، واستخدام مقاييس تقرير الأهل في كوريا الجنوبية.

الفصل الثاني:

الاضطرابات النمائية العصبية

تمهيد:

تُعبر الاضطرابات النمائية العصابية عن مجموعة من الحالات المرضية التي تؤثر على نمو وتطور الجهاز العصبي خلال المراحل الأولى ما ينعكس على نمطية التعليم من خلال ظهور صعوبات في التعلم وتأثر السلوك واختلال التفاعل الاجتماعي، عادة ما تظهر هذه الاضطرابات في مرحلة الطفولة وقد تستمر مدى الحياة، لكن في حالة التدخل المبكر والمناسب يمكن أن يتحسن معاش هؤلاء الأفراد.

ترجع هذه الاضطرابات إلى أسباب مختلفة كما أنها نتيجة لتفاعل عوامل وراثية وأخرى بيئية فضلا عن الجانب العصبي.

يتناول هذا الفصل الإشارة إلى بعض أنواع الاضطرابات النمائية العصابية حال التوحد وفرط النشاط المصحوب بتشتت الانتباه واضطرابات السلوك بالإضافة إلى اللزمات.

1-اضطراب فرط النشاط / تشتت الانتباه

1-1 تعريف اضطراب فرط النشاط / تشتت الانتباه:

اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط هو اضطراب عصبي مزمن يتسم بأعراض عدم الانتباه و/أو فرط النشاط والاندفاع، والتي تؤثر على عمل المريض ونموه في عدة مجالات من حياته مثل المدرسة والعمل والعلاقات الاجتماعية. عادة ما يبدأ هذا الاضطراب في مرحلة الطفولة وقد يظل مستمراً حتى سن البلوغ. يم تشخيص هذا عن طريق التحليل السريري الشامل، والتاريخ الطبي والنفسي للشخص، والتقييمات المعرفية والسلوكية، فالأعراض الشائعة لهذا الاضطراب تشمل عدم الانتباه، والنشاط الزائد والاندفاع، وقد يصاحبها صعوبات في التعلم والعلاقات الاجتماعية.

يشير البحث أيضًا إلى ارتباط اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه بالمخاطر الصحية والاجتماعية، مثل ارتفاع معدلات التعاطي للمخدرات والسمنة لدى الأطفال والبالغين المصابين بهذا الاضطراب. ومع ذلك، قد يساعد العلاج الدوائي المناسب على تقليل هذه المخاطر وتحسين نوعية الحياة للأشخاص المصابين به.**(Rachel Charbonnier, Sébastien Gay, 2022)**

1-1-2 وصف الاضطراب:

اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط هو حالة عصبية مزمنة تتسم بعدم القدرة على التركيز بشكل مناسب وبالتالي الانتباه والاستمرارية في الأنشطة المطلوبة، بالإضافة إلى فترات من النشاط الزائد والاندفاع غير الملائم. هذه الحالة يمكن أن تؤثر على الفرد في مختلف جوانب حياته بما في ذلك الأداء الأكاديمي والعملي والاجتماعي.

تتضمن خصائص فرط النشاط التي تشترك مع أعراض اضطراب نقص الانتباه الآتي:

- **فرط في الحركة والنشاط:** يظهر الفرد مستوى عالٍ من الحركة الزائدة، مما يجعله يتحرك بشكل متواصل ويبدو كأنه دائمًا في حالة من النشاط.

- **الصعوبة في الانتظار أو الجلوس بدون حركة:** يصعب على الأفراد المصابين بـ: (ADHD) البقاء في مكان واحد لفترات طويلة دون القيام بأي نشاط.

- **الاندفاع غير الملائم:** يظهر الفرد سلوكيات متهورة واندفاعات فورية دون تفكير في النتائج المحتملة.

تعتبر هذه الخصائص جزءًا من مجموعة الأعراض التي تصاحب اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط، والتي قد تؤثر بشكل كبير على حياة الفرد وتفاعله مع العالم من حوله **(Rachel Charbonnier, Sébastien Gay,2022)** .

1-2 الانتشارية:

في دراسات مختلفة حول العالم، تشير الأرقام إلى أن نسبة الأطفال والمراهقين الذين يعانون من فرط النشاط تتراوح بين 3.5٪ إلى 5.6٪ في سن المدرسة. كما يظهر الاضطراب في نسبة مقاربة إلى 2.5٪ من البالغين. هذه الأرقام تختلف قليلاً بين الدول والثقافات، ولكن يعتبر الاضطراب شائعًا بشكل عام في مختلف المجتمعات.

توجد فروق بين الجنسين في انتشاره حيث يكون معدل الإصابة أعلى بين الأولاد مقارنة بالبنات. كما أن الفتيات تبدين سيميولوجية أقل مقارنة بالذكور مما يؤدي إلى تشخيصهن بشكل أقل. ومع ذلك تعاني الفتيات المصابات صعوبات في التعلم والتكيف الاجتماعي مثل الأولاد.

(Rachel Charbonnier, Sébastien Gay,2022)

هذه البيانات تبرز أهمية تقديم رعاية ودعم ملائمين للأطفال والمراهقين المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه في مختلف البلدان، وتحفيز المزيد من البحوث لفهم الأسباب الكامنة وراء هذا الانتشار المرتفع وتطوير استراتيجيات فعالة للتشخيص والعلاج. **(Anne Floor, 2013).**

بالإضافة إلى ذلك، يعتبر DSM-V (2015) مرجعًا هامًا للتشخيص، حيث يشير إلى أن حوالي 5٪ من الأطفال و2.5٪ من البالغين يعانون من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، وأن الفتيان يعانون منه أكثر من الفتيات.**(Laurie Simard, 2018, 7)**

1-3 الأسباب والعوامل:

تؤدي العديد من العوامل إلى تطور اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط، بما في ذلك العوامل الوراثية والبيئية. يمكن أن تلعب الوراثة دورًا مهمًا في تحديد الاحتمالية التي قد يتعرض فيها الفرد للإصابة بالاضطراب بينما قد تؤثر العوامل البيئية مثل التعليم والتربية والتوتر الاجتماعي على تطور وتفاقم الأعراض.

بشكل عام، يتسم اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه بأعراض عدم الانتباه و/أو فرط النشاط والاندفاع، مما يؤثر على قدرة المريض على العمل والتكيف في عدة مجالات من حياته. قد يتسبب

الاضطراب في صعوبات كبيرة في التعلم والتكيف الاجتماعي، وقد يتأثر الأداء المهني والشخصي للفرد بشكل كبير. **(Rachel Charbonnier, Sébastien Gay,2022)**

تتراوح أصول وعوامل اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه(ADHD) بين البيولوجية والبيئية، وقد يكون هناك تفاعل معقد بينهما. وتشير الدراسات إلى وجود اختلافات في هيكل ووظيفة الدماغ بين الأشخاص المصابين بـ (ADHD) وغيرهم، وتظهر الأبحاث الحديثة تباينًا في الجينات المرتبطة بهذا الاضطراب، مثل جين ناقل الدوبامين (DAT1) وجين مستقبلات الدوبامين(D4) .

يعاني الأطفال المصابون بـ (ADHD) من صعوبة في تصفية المحفزات الخارجية والتركيز، وقد يرجع لاختلال في نظام الاتصالات بين مناطق معينة من الدماغ. ومع ذلك، لا يمكن حاليًا تحديد ما إذا كانت هذه الاختلافات هي سبب أو نتيجة للاضطراب.

معظم الباحثين يقبلون فكرة أن أسباب (ADHD) تكون بيولوجية ووراثية، ومن المعروف أن هناك عوامل بيئية يمكن أن تؤثر على تفاقم الأعراض، مثل الولادة المبكرة، وانخفاض الوزن عند الولادة، وتعرض الأم للتدخين أو المخدرات أثناء الحمل.

من ناحية أخرى، يشكك بعض الباحثين في أصل ووراثة (ADHD) وفي استخدام الأدوية في علاجه، حيث يشير البعض إلى أن الأدوية مثل الريلاتين قد تحسن الانتباه في العديد من الحالات، ولكنها قد تسبب تأثيرًا مماثلًا في الأشخاص الأصحاء. وبالتالي، يبدو أن أسباب (ADHD) متعددة ومعقدة، وتشمل عوامل بيولوجية ووراثية بالإضافة إلى عوامل بيئية، ومن المهم دراسة هذه العوامل بشكل شامل لتطوير استراتيجيات فعالة للتشخيص والعلاج. **(Lignes directrices sur les AUT,2020)**

إن العوامل البيئية المبكرة يمكن أن تشمل التعرض للكحول والتبغ والمواد السامة مثل الهيروين والكوكايين، بالإضافة إلى الإجهاد وتسمم الحمل وسوء الصحة أو تقدم عمر الأم وعوامل أخرى. فهذه العوامل تؤثر سلبًا على تطور الطفل وصحته، وقد تكون مرتبطة بزيادة خطر الإصابة بأمراض مثل اضطراب فرط الحركة ونقص والانتباه. **(M.F. Le Heuzey,2019,106)**

1-3-1 العوامل النفسية والاجتماعية:

عادة ما ترتبط العوامل النفسية الاجتماعية أيضا باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه مثل: الإجهاد، ونقص التغذية، والمواقف الأبوية العدائية، والاضطراب الاكتئابي لدى الأم **(Purper-Ouakil et**

al., 2010). لا يمكن اعتبار هذه العوامل أسباب مباشرة لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. ومع ذلك، يمكنها التأثير على تطور الاضطراب والتسبب في مشاكل معقدة. **(Laurie Simard, 2018)**

1-3-2 العوامل البيئية:

قد يساهم التعرض لبعض العوامل البيئية إلى تطور اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لدى الأطفال **(Galéra & Bouvard, 2014)**، وعلى الرغم من عدم إثبات العلاقة السببية، إلا أن هناك علاقة بين بداية الاضطراب ووجود العديد من العوامل البيئية اثناء الحمل وفي مرحلة الطفولة المبكرة .(APA,2015)وتشمل هذه العوامل الوزن المنخفض عند الولادة (ميك، بيدرمان، برنس، فيشر، وفارون، 2002)، التعرض للكحول والنيكوتين (نيومان وآخرون، 2007) وغيرها من المؤثرات النفسانية قبل الولادة (نولاند وآخرون، 2005) ووجود مواد كيميائية في البيئة، مثل الرصاص. **(Laurie Simard, 2018).**

1-4 النظريات التفسيرية الرئيسية لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه:

تسلط الضوء على عدة جوانب من العمليات العقلية والعصبية المتورطة في الحالة.

1-4-1 نظرية عجز التثبيط السلوكي لباركلي (1997): تركز هذه النظرية على ضعف القدرة على التحكم في التصرفات والتوقف عن التصرف بناءً على الاحتياجات والمتطلبات الحالية. يقترح باركلي أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه يعانون من عجز في قدرتهم على تثبيت السلوكيات غير الملائمة والتحكم فيها.

1-4-2 نظرية نفور سونوغا بارك وزملائه(1992): تشير هذه النظرية إلى وجود اضطراب في التأخير النفسي، حيث يعاني الأفراد المصابون بالاضطراب من صعوبة في تأجيل الإشباع الفوري للرغبات والاهتمامات بما يتطلب التركيز والتحديد.

1-4-3 النموذج ثنائي الاتجاه من قبل سونوغا بارك وزملائه(2002): يجمع هذا النموذج بين نظريتي عجز التثبيط السلوكي ونفور التأخير النفسي. يقترح النموذج أن هذين العاملين يلعبان دورًا رئيسيًا في ظهور أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

1-4-4 العجز التثبيطي السلوكي: توضح هذه النظريات كيف يمكن للتشوهات في العمليات العقلية مثل القدرة على التحكم في التصرفات وتأخير الرغبات الفورية أن تسهم في ظهور أعراض الاضطراب. نظرية راسل باركلي عن نقص التثبيط السلوكي (1997) تقدم لنا فهمًا عميقًا لأحد العوامل المساهمة في اضطراب

فرط الحركة ونقص الانتباه. تركز هذه النظرية على ضعف القدرة على التحكم في التصرفات والتوقف عن التصرف بناءً على الاحتياجات الحالية، وهو جزء أساسي من وظائف القشرة الدماغية المسؤولة عن التحكم التنفيذي. وفقًا لهذه النظرية، يرتبط نقص التثبيط السلوكي بضعف القدرة على التحكم في التشتت الداخلي، مثل الأفكار الطفيلية، بالإضافة إلى التحكم في التشتت الخارجي. يشير باركلي أيضًا إلى أربع وظائف تنفيذية رئيسية: الذاكرة العاملة، والتنظيم الذاتي، واستيعاب اللغة، وإعادة تكوينها، التي يؤثر عليها نقص التثبيط السلوكي. هذا النموذج يسلط الضوء على الجوانب المعرفية للحالة، وهو مقبول بشكل جيد في الأدبيات لتفسير الأسباب المعرفية لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

ومع ذلك، يلاحظ باركلي أن نموذجه لا يأخذ بعين الاعتبار العوامل غير المعرفية التي قد تسهم في الاضطراب، ويعترف بضرورة التفكير في العوامل العديدة والمعقدة التي تلعب دورًا في تطور الاضطراب، وهو نقطة مهمة للمستقبل والتطوير النظري لفهم أعمق لهذه الحالة. **(Poanska, J, Jrewicz, and hanke, 2013)**

1-4-5 النفور من التأخير: نظرية النفور من التأخير التي اقترحها سونوغا بارك وزملاؤه (1992) تقدم لنا منظورًا مختلفًا لفهم أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. وفقًا لهذه النظرية، يعاني الأفراد المصابون بالاضطراب من صعوبة في تقدير المدة والتفكير بالمستقبل، مما يجعلهم يرون الوقت ببطء أكبر ويسعون لتقليل فترات الانتظار. إذا كان لديهم الخيار بين الاستجابة الفورية والانتظار، فإنهم يفضلون الاستجابة الفورية حتى لو كانت غير مناسبة.

هذا النمط من السلوك يمكن أن يؤدي إلى العديد من الأعراض التي نراها في اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، مثل عدم الانتباه وفرط النشاط والاندفاع. ففي الحالات التي لا يمكن فيها الاستجابة الفورية، يتجنب الأفراد الانتظار عن طريق البحث عن تحفيز غير زمني أو إنشاء تحفيز غير زمني، مما يؤدي إلى اختلال في آليات المكافأة وصعوبة في المثابرة في المهام الطويلة التي تتطلب اهتمامًا مستمرا. إذ يشير هذا المفهوم إلى أن الأفراد المصابين بالاضطراب يفضلون المهام السهلة أو الحصول على مكافأة فورية، مما يميز الأعراض الاندفاعية التي قد نشاهدها في الاضطراب.

وعليه يمكن القول إن هذه النظرية تلقي الضوء على الجوانب السلوكية والتحفيزية للاضطراب، وتكمل بذلك النظريات الأخرى التي تركز على العوامل المعرفية.**(Laurie Simard, 2018)**

1-4-6 النموذج ثنائي الاتجاه:

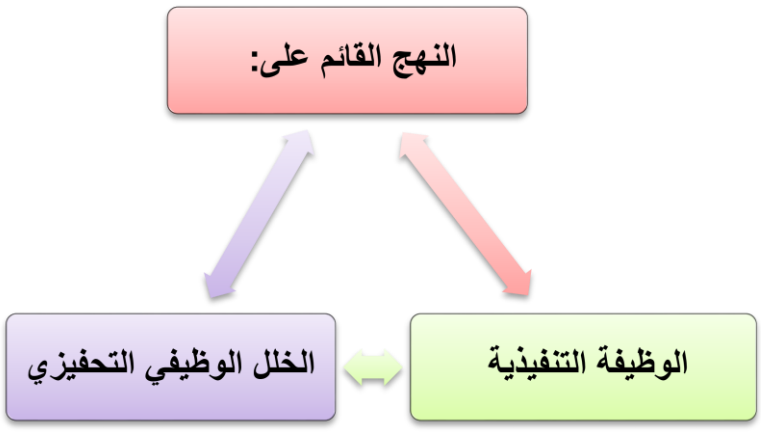
نموذج ثنائي الاتجاه الذي قدمه Sonuga-Barke وزملاؤه (2003) يعتبر تطورًا مهمًا في فهم اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. يقوم هذا النموذج بدمج مفهوم عجز التثبيط السلوكي من مفهوم باركلي (1997) مع مفهوم النفور من التأخير الذي قدمه Sonuga-Barke وزملاؤه في عام (1992).

يوضح النموذج الثنائي الاتجاه أن هناك مسارين رئيسيين يؤديان إلى ظهور أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. المسار الأول يرتبط بعجز التحكم المثبط الذي ينشأ عن الخلل الوظيفي التنفيذي، كما هو موضح في نموذج باركلي. أما المسار الثاني فيعتمد على الأسلوب التحفيزي الذي يفسر الأعراض من خلال النفور من التأخير، وهو ما قدمته النظرية السابقة لسونوغا بارك وزملائه.

بادماج هذين المسارين في نموذج واحد، يقدم النموذج ثنائي الاتجاه تفسيرًا شاملاً لجميع أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، بما في ذلك عدم الانتباه وفرط النشاط والاندفاع. ويعتبر هذا النموذج تطورًا مهمًا في الفهم الشامل للحالة، حيث يأخذ في الاعتبار العوامل المتعددة التي قد تساهم في ظهور الأعراض والمساهمة في تفاوتها بين الأفراد. **(Laurie Simard, 2018)**

1-4-7 النماذج المعرفية العصبية لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه:

التصنيف التاريخي للنماذج المعرفية العصبية لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه قام بتقسيم الدراسات إلى اتجاهين رئيسيين: النهج القائم على الوظيفة التنفيذية والنهج القائم على الخلل الوظيفي التحفيزي.



الشكل رقم (1) يمثل التصنيف المعرفي لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه

أ-**النهج القائم على الوظيفة التنفيذية:** يركز هذا النهج على دور الوظيفة التنفيذية، وخاصةً التثبيط السلوكي كما في نموذج باركلي (1997). حيث يُفترض أن هناك صعوبة في ضبط النفس المعرفي، مما

يؤدي إلى تعارض مع قدرات التخطيط وتنظيم السلوك، وهذا الصراع الداخلي يمكن أن يسهم في ظهور أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

ب-النهج القائم على الخلل الوظيفي التحفيزي: يعتمد هذا النهج على فكرة النفور من التأخير والخلل الوظيفي في التحفيز، كما ورد في نموذج سونوغا-بارك وزملاؤه (1992). ويُفترض أن هناك نفورًا من المواقف التي تنطوي على التأخير، وقد يؤدي الإشباع المتأخر إلى ظهور أعراض الاضطراب.

تمثل هذه النماذج اتجاهين مختلفين لفهم مظاهر اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، ويُزعم مؤيدي كل نهج أنه قدم تفسيرًا شاملاً للحالة، مع تحديد سبب واحد مسبب للأعراض عند الأفراد المصابين. إذ يعتبر النهج القائم على الوظيفة التنفيذية أن الضعف في التثبيط السلوكي هو العامل المحدد، بينما يُعتبر النهج القائم على الخلل الوظيفي التحفيزي أن النفور من التأخير هو العامل الوحيد.

1-5 تطور الاضطراب في المدرسة:

توضح البيانات أن الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه يواجهون تحديات كبيرة في الأداء الأكاديمي والسلوكي في المدرسة، مما يؤثر على علاقاتهم مع أفراد الأسرة والأقران. كما أنهم يستخدمون الخدمات الصحية بشكل متكرر ويتعرضون للإصابة بشكل أكبر من غيرهم.

وعلى الرغم من أن أعراض فرط النشاط تنخفض في مرحلة المراهقة، إلا أن العديد من الأطفال المصابين لا يزالون يعانون من صعوبات إدراكية، مثل ضعف الذاكرة العاملة، مقارنة بأقرانهم في نفس العمر .بالإضافة إلى ذلك، يرتبط فرط النشاط في مرحلة الطفولة بالظهور اللاحق للاضطرابات النفسية، مما يشمل القلق والمشاكل السلوكية واضطرابات المزاج والميول الانتحارية والشخصية المعادية للمجتمع. ويظهر البالغون الذين كانوا يعانون من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه في الطفولة نمطًا متكررًا للمشاكل، كالدخول المتكرر للمستشفى والسجن، والطلاق، والسلوك الجنسي المضطرب، والقيادة المحفوفة بالمخاطر، وزيارات قسم الطوارئ، والإصابة الخطيرة، والوفاة.

من الجدير ذكره أن الإشراك الفعال للآباء في تعليم أطفالهم في المرحلة الثانوية، ودعمهم لهم في متابعة التعليم العالي، يمكن أن يسهم في تحسين الأداء والنتائج الإيجابية في المستقبل، حيث يظهر أن ذلك مرتبط بتحسين الأداء في سن الـ 25. **(Lignes directrices sur les AUT,2020)**

تؤثر صعوبات التعلم التي قد تشمل اللغة الشفوية أو المكتوبة، وتعلم الرياضيات، واكتساب التنسيق، على الأداء الأكاديمي وتزيد من خطر الفشل الأكاديمي، لذا يجب البحث عن هذه الصعوبات بشكل منهجي.

1-6 الاضطرابات المصاحبة:

يبدو أن دراسات عديدة تؤكد ارتفاع معدل الإصابة بـ اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، والتي تشير إلى عدة مشكلات صحية واجتماعية تصاحب هذا الاضطراب. إذ يُظهر الكثير من المرضى الذين يعانون من(ADHD) صعوبات في التعلم (47.3٪)، واضطرابات السلوك (28.6٪)، واضطراب التحدي المعارض (22.1٪). بالإضافة إلى ذلك، تشير الدراسات إلى معدلات متفاوتة لاضطرابات الاكتئاب المتزامنة التي تتراوح بين 5٪ إلى 47٪ لدى الأطفال والمراهقين المصابين بـ(ADHD)

ومن المهم أيضًا التنبيه إلى أن الأطفال الذين يعانون من(ADHD) يكونون عرضة بشكل أكبر لخطر تعاطي المخدرات والتدخين مقارنة بالأطفال الذين لا يعانون من هذا الاضطراب، وهذا يسلط الضوء على الحاجة إلى التدخل المبكر والعلاج الفعّال لهؤلاء الأطفال. بالإضافة إلى ذلك، يُشير البحث إلى ارتباط اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه غير المعالج بالسمنة لدى الأطفال والبالغين، مما يؤكد على أهمية التشخيص والعلاج المبكر لتقليل مخاطر المشكلات الصحية الإضافية **(Rachel Charbonnier, Sébastien GAY,2022)** .

إن التعرض لهذه الاضطرابات المتزامنة يزيد من الضغط النفسي والاجتماعي على الأطفال، ويمكن أن يؤثر على نضجهم العام ونموهم. كمشاكل النوم وسلس البول التي يمكن أن تؤثر على جودة حياة الطفل وتزيد من مستوى عدم الانتباه والاضطرابات السلوكية.

تحديد الصعوبات المعرفية واللغوية لدى الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه يمكن أن يكون مهمًا لتوجيه التدخلات اللازمة لمساعدتهم على تحقيق أقصى إمكانياتهم التعليمية والاجتماعية. من بين هذه الصعوبات، تبرز المشاكل المتعلقة بالوظائف التنفيذية والذاكرة العاملة كمصادر رئيسية للإعاقة.كما تشير الدراسات إلى وجود ارتباط بين اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه وبين اضطرابات التعلم واللغة، مما يبرز أهمية تقديم تقييم شامل للأطفال المصابين بهذا الاضطراب للكشف عن أية صعوبات معرفية أو لغوية متعلقة.**(Alice Charach, M.Sc., M.D. 2023)**

تظهر الاضطرابات المصاحبة مثل اضطراب الاستفزاز المعارض واضطراب السلوك بشكل شائع لدى الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، ويتأثران بشدة بالبيئة الأسرية. **(M.F. Le Heuzey,2019, 104)**

1-7 عملية التقييم والتشخيص:

عملية التقييم والتشخيص للاضطرابات النفسية مثل اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه تتطلب مقاربة شاملة تشمل عدة جوانب. يتضمن ذلك التحليل السريري الشامل، والتاريخ الطبي والنفسي للشخص، وتقييم السلوك والوظائف التنفيذية واللغوية والانتباه.

يبدأ التقييم بجمع معلومات شاملة حول تاريخ الأعراض والتطور النمائي والبيئة العائلية والعوامل البيولوجية المحتملة التي قد تلعب دوراً في تطور الاضطراب. يتم ذلك عادة من خلال المقابلات مع الطفل وأفراد عائلته، بالإضافة إلى تقييم السلوك في البيئات المختلفة.

يمكن أن تساعد الاختبارات المعرفية والنفسية الموجهة على تحديد مستوى الوظائف العقلية والتنفيذية للشخص وتحديد الصعوبات التي قد يواجهها. تقديم التقييمات الموحدة واستخدام المقاييس المعتمدة يمكن أن يساعد في توحيد الإجراءات التشخيصية ومراقبة تطور الأعراض خلال العلاج.

مع ذلك، يجب أن يتم إجراء التشخيص النهائي بواسطة متخصص مؤهل، مثل مختص نفسي، الذي يستند إلى التقييمات المختلفة والبيانات المتاحة لتحديد وجود اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه وتحديد الخطة العلاجية المناسبة. **(M.F. Le Heuzey,2019, 104)**

تشخيص اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ليس بالأمر السهل، حيث لا يوجد فحص طبي واضح مثل فحص الدم. بدلاً من ذلك، يتطلب التشخيص مراقبة سلوك الطفل في مختلف البيئات وتقييم كليات تركيزه وحالته النفسية والعاطفية. يشترك العديد من المهنيين المختلفين في هذا التقييم، مما يجعله تشخيصًا متعدد التخصصات.

يعتمد المتخصصون عادةً على مقاييس التقييم والاختبارات النفسية العصبية. يقوم الطبيب، بما في ذلك الأطباء العصبيون والنفسيون للأطفال المتخصصين في هذا المجال، بجمع المعلومات من مختلف المصادر، بما في ذلك الآباء والمعلمين، ويطلب التاريخ العائلي والشخصي الكامل للطفل.

تواجه الاستبيانات المستخدمة في التقييم تحديات، حيث قد تكون الإجابات مشوبة بالأحكام القيمية، ويعتمد ذلك على "مستويات التسامح" للمستجيبين. لذلك، يتعين ملء هذه الاستبيانات بواسطة أخصائي مطلع على استخدامها.

يمكن لهذا المتخصص تقييم إلى أي مدى يكون السلوك المضطرب أكثر وضوحًا من سائر الأطفال في نفس العمر والنمو الفكري المتطابق، وهذا يساعد في وضع تشخيص دقيق لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

الاختبارات النفسية العصبية تقيم القدرات الفكرية ووظائف الانتباه والتخطيط والتثبيط، وتهدف إلى تقييم القدرة على "تصفية" ردود الفعل المختلفة واختيار الرد الأنسب في الوضع المعين. كما يمكن أن يتضمن التقييم النفسي تقييمًا لدرجة القلق أو الاكتئاب أو العدوانية. **(Anne Floor, 2013)**

يمكن أيضًا إجراء تقييم نفسي لتقدير درجة وجود اضطرابات التعلم الأخرى، مثل عسر القراءة وعسر التمرين والضعف الحركي الدقيق والتتابع، خاصة لأن اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه غالبًا ما يرتبط بتلك الاضطرابات. يمكن أن يكون هذا التقييم اللوغوبيدي والحركي النفسي جزءًا من التاريخ الشامل المجتمع.

تشير الخطوات المذكورة إلى عملية تشخيص اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه بموجب المعايير السريرية المعترف بها، والتي تتطلب تقييمًا شاملاً للمريض. يتضمن ذلك جمع معلومات من مصادر متعددة مثل المريض نفسه، ووالديه أو أفراد أسرته، والمعلمين أو زملاء العمل.

من الجدير بالذكر أن هناك اختلافات في المعايير التشخيصية بين الجهات المختلفة، حيث يوفر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الخامسة، 2013، المعايير الأكثر استخدامًا والتي وضعتها جمعية الطب النفسي الأمريكية. أما التصنيف الدولي للأمراض الذي وضعته منظمة الصحة العالمية، فيقدم تعاريف أكثر اعتدالًا لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، مما يعني أن بعض الأفراد الذين قد يكونون يعانون من أعراض خفيفة قد لا يتم تشخيصهم وفقًا لهذه المعايير.

بشكل عام، يتم تحديد النوع الفرعي لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه وفقًا للأعراض المتوافقة مع الصورة السائدة، مثل عدم الانتباه، فرط النشاط والاندفاع، أو مزيج من الاثنين. يهدف التشخيص الدقيق إلى توفير فهم شامل للتحديات التي يواجهها المريض وتوجيه العلاج بشكل مناسب.

1-8 العلاج:

يُظهر سجل كبير للدراسات السريرية الدانماركية زيادة في معدل الوفيات لدى الأطفال والمراهقين والبالغين المصابين بـ: .(ADHD)، يشير وهذا إلى ضرورة توفير الدعم والرعاية الصحية اللازمة لهؤلاء الأفراد لتقليل مخاطر المضاعفات الصحية والاجتماعية المحتملة.

في النهاية، يُظهر البحث أن العلاج الدوائي المناسب يمكن أن يساعد في تقليل انتشار الإصابات وعدد زيارات قسم الطوارئ بشكل كبير، مما يبرز أهمية العلاج المبكر والفعال لمعالجة اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. **(Rachel Charbonnier, Sébastien GAY,2022)**

2-اضطراب المعارضة/الاستفزاز (TOP)

الاضطراب الاستفزازي المعارض هو خط متكرر ومستمر من السلوك السلبي أو الاستفزازي أو حتى العدائي اتجاه شخصيات السلطة. وبهذا فان التشخيص يعتمد على المعايير السريرية.

مشكلة المعارضة مع الاستفزاز (TOP) هو تشخيص يمكن أن يجعل الحياة مستحيلة بسرعة كبيرة للآباء والمعلمين والأطفال الآخرين وحتى الطفل أو المراهق الذي يعاني منه.

يتميز اضطراب المعارضة/الاستفزاز بالعصيان شبه الشامل للتعليمات والأوامر، يمكن للطفل إظهار معارضة سلبية أو معارضة نشطة (الصراخ، الضرب، رمي الأشياء...) أو معارضة عدوانية سلبية (أي يتمثل الطفل لطلب الراشد لكنه يستفز الاخرين) في مواجهة هؤلاء الأطفال يشير الآباء أنهم في حالة صراع على السلطة، حيث يرفض الطفل الامتثال. **(Benoit Hammarenger, 2016)**

2-1 تعريف اضطراب المعارضة/الاستفزاز (TOP):

اضطراب المعارضة هو أحد أنواع اضطرابات السلوك الاندفاعية، أطلق عليه هذا الاسم لأن الأطفال الذين يعانون منه يميلون إلى إحداث الشغب حولهم.

وفقا للجمعية الأمريكية للطب النفسي(APA) ، يتميز هذا الاضطراب بنمط مزمن من السلبية والعداء والسلوك غير المتعاون لدى الطفل، والذي يوجه في الغالب نحو ممثلي السلطة الوالدية، وقد يستمر هذا الاضطراب لمدة لا تقل عن 6 أشهر. **(M.S Ritika Rocque, 2016, 493)**

حسب الطبعة الخامسة للدليل التشخيصي الإحصائي **(DSM5) (APA13)**يعرف اضطراب المعارضة من خلال عدة أعراض مقسمة إلى ثلاث أصناف من السلوك السلبي:

- مزاج غاضب وهياج
- سلوكيات احتجاجية وعدائية (معارضة القواعد، و أوامر الوالدين خاصة الصادرة مع الراشدين وذوي السلطة، إزعاج الآخرين وعنادهم، لوم الآخرين وتحميلهم مسؤولية أفعاله وأخطائه...)

هذه السلوكيات والتصرفات موجهة أساسا للراشدين وأصحاب السلطة مثل: المعلمين، المربين، وطبعا الوالدين، 4 أعراض على 8 يجب أن تكون موجودة وملاحظة عند الطفل والمراهق في مدة لا تقل عن 06 أشهر للتمكن من وضع هذا التشخيص. **(Clara Groulx,2017, 09)**

يعرف (DSM5)اضطرابات المعارضة على أنه نمط سلوكي يتميز بالغضب المفرط والتحدي والمجادلة مع الآخرين، بالإضافة إلى مشاعر الانتقام وحب النقمة والحقد، يتم تشخيص هذا الاضطراب عندما تكون هذه السمات موجودة بشكل مستمر وتسبب مشاكل في التفاعلات الاجتماعية والعملية للفرد.

إذن يمكن القول بأن هذا الاضطراب يتميز بالتحدي، المعارضة والمجادلة مع الآخرين، وخصوصا ذوي السلطة، كما يتميز كذلك **بخصائص أخرى انفعالية:**

الحساسية
الغضب السريع

وبخصائص علائقية اجتماعية:

عدم تقبل التوجيه والنصائح
صعوبة في التفاعل الاجتماعي
الرفض من طرف الآخرين

بداية الاضطراب يكون في مرحلة الطفولة ويكون له تأثير سلبي على حياة الفرد بكامل جوانبها. اذ من الضروري التعرف على أن اضطراب المعارضة ليس مجرد مرحلة من مراحل التمرد في المراهقة المبكرة، لكنه في الواقع اضطراب عصبي له علامات وراثية وعصبية ، لذلك من المهم عدم الخلط بين اضطراب المعارضة وبين السلوكيات المثيرة للإعاقة واللامبالاة المرتبطة تقليديا بالمراهقة.

وعليه يمكن القول أن اضطراب المعارضة هو حالة سلوكية تحدث بشكل أساسي لدى الأطفال والمراهقين وتتألف من أنماط قوية من ردود الفعل السليبة على السلطة، عدم الامتثال العمدي والمزاج المتقلب وسلوكيات البحث عن الانتباه السلبية. **(Stener et Rensing, Stringarir,2007)**

2-2 معدل الانتشار:

يشير (DSM5) أن اضطرابات المعارضة يؤثر على نحو ما يقارب 3 .3% من جميع الأطفال والمراهقين بمعدل انتشار عمري يبلغ 12.6%.

يشمل اضطراب المعارضة مجموعة متنوعة من المشاكل العاطفية والسلوكية المتميزة بنمط متكرر من المزاج الغاضب/المتقلب، وسلوك المجادل/العنيد، والانتقامية تجاه الشخصيات الرسمية على الرغم أن تقديرات انتشاره الوسطى يعتقد أنه يبلغ 3-4 %. إذ تختلف معدلات انتشار اضطراب المعارضة عبر السكان حيث أظهرت دراسة أجريت في الصين أن الاضطراب يعد بنسبة 8% بين الفئة العمرية 7-15 سنة.علاوة على ذلك، قد تتغير نسبة اضطراب المعارضة اعتمادا على جنس وعمر الطفل.فعلى سبيل المثال، قبل سن المراهقة يكون الاضطراب منتشرا أكثر عند الذكور منه عند الإناث.

من خلال الدراسات العيادية حول انتشار اضطراب المعارضة نجد أن هذا الأثر جد مرتفع عند الطفل والمراهق حيث قدر الانتشار في 10 دراسات في 8 ولايات بـ: 9 .3 في الصين.

(David Hawes et all, 2023, 2)

3-2 السببية:

يعود أصل هذه الاضطرابات إلى عوامل متعددة ومعقدة، يمكن أن تكون وراثية، عصبية، بيئية، اجتماعية ونفسية، فقد أشارت دراسات أن هناك تمثيلات وراثية لهذه الاضطرابات، ولكن البيئة العائلية والاجتماعية تلعب أيضا دورا حاسما في تطورها. حيث يمكن أن تزيد البيئات العائلية المميزة بالصراعات بين الوالدين وبالممارسات العقابية الغير منتظمة أو المفرطة، وكذا الدعم الأبوي الضعيف ونماذج السلوك المضادة للمجتمع من احتمالية حدوث هذه الاضطرابات بالمقابل ، يمكن أن تسهم العوامل الاجتماعية مثل الفقر والعنف المجتمعي ونقص الوصول إلى الموارد الاجتماعية والاقتصادية المناسبة في ظهورها. وما يجب الانتباه إليه أيضا إلى أن ظهور اضطراب المعارضة (TOP) قد يتأثر بعوامل فردية.

1-3-2 العوامل البيولوجية:

العوامل البيولوجية الخارجية مثل السموم و التدخين، ونقص التغذية والفيتامينات لها تأثير في ظهر الاضطراب .**(American Academy of child and Adolescent , 2007)**

هذا إضافة إلى تغيير مجمل إفرازات بعض الهرمونات مثل الكورتيزول والتيستوسيرون والأدرينالين، حيث يزداد إفراز الغدة الكظرية من هرمون الأدرينالين لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب المعارضة

مقارنة بالعاديين.كما أن العوامل الفسيولوجية الداخلية في مرحلة ما قبل الولادة لها تأثير حاسم . **(Alvarez dictet Ollen, 2003, 101)**

2-3-2 العوامل الفردية الشخصية (والحالة المزاجية):

متمثلة في الميول والحالة المزاجية والحساسية البالغة والتقلبات الانفعالية والقلق المتواصل والسلبية ونقص الانتباه، كل هذه العوامل من دورها أن تؤثر على طريقة تفاعل الفرد ليس فقط مع بيئته ولكن كذلك مع الآخرين وبدورها تساهم في ظهور اضطراب المعارضة.**(Eddy et Capaldi , 2005, 287, 290)**

2-3-3 العوامل الوراثية:

أوضحت الدراسات التي تناولت التوأم والتبني أن اضطراب المعارضة والتحدي ينتقل بالوراثة. فعلى سبيل المثال: كشفت إحدى الدراسات التي اعتمدت على مجموعة 1116 زوجا من التوائم الذين تبلغ أعمارهم 5 سنوات، أن 82 % من أفراد العينة يرجع اضطراب التحدي لديهم إلى العوامل الوراثية، بينما استهدفت دراسة ديك (Dick) وآخرون التعرف على أسباب الاضطرابات الشائعة، إلى أن أسباب الاضطراب تعود إلى عوامل وراثية مع مساهمة التأثيرات البيئية.**(Dict, 2005, 130)**

2-3-4 العوامل الأسرية:

يرى البعض أن اضطراب المعارضة عبارة عن مشكلة أسرية تحدث في الأسر التي توجد فيها بعض المتغيرات والعوامل مثل أن تكون القواعد والقيود التي يضعها الوالدين صارمة، أو متساهلة جدا، وقد تكون غير متناسقة أو متعارضة أو تشمل كليهما أو أن أحد الوالدين على الأقل بمثابة نموذج لسلوك المعارضة والتحدي أثناء تفاعلاته مع الآخرين أو أساليب التنشئة الوالدية الغير سوية، أو كثرة الخلافات الزوجية، حيث أكد بروك،(2005) أن هذا الاضطراب ينتشر بشكل عام بين الأسر التي يسودها خلافات اجتماعية حادة أو ذات المستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض.

وقد قام بروك، (2005) بدراسة بين اليقظة واليأس وصف فيها مظاهر المعارضة و العناد وهدفت الدراسة للتعرف على أثر التنشئة الأسرية في عرض سلوك العناد لدى أبنائها، وأظهرت النتائج أن علاج العناد يتم من خلال خبرات البالغين، والتفاعل الإيجابي بينهم وبين أبنائهم.**(Rocthill, 2019, 16)**

2-3-5 العوامل البيئية والاجتماعية:

لا يرتبط اضطراب المعارضة بالخصائص الأسرية فقط ولكنه يرتبط أيضا بخصائص البيئة المرتبطة بالطفل مثل المدرسة والرفاق والجيران. فالعوامل الاجتماعية والاقتصادية لهذه البينات مثل الفقر والافتقار إلى التنظيم، والعنف وزيادة معدلات الجريمة، وعدم التجانس العرقي، وكثرة التنقل بين الأحياء الهامشية، والعدوانية والسلوك الإجرامي ، لها تأثير كبير في ظهور العديد من الاضطرابات السلوكية المختلفة بما في ذلك اضطراب المعارضة التحدي. **(مجلة القادسية للعلوم النسائية،2022،2)**

كما كشفت دراسة (Zuttel, 2005) أن الطفل ذوي اضطراب المعارضة يفتقر في المنزل إلى المهارات الاجتماعية ويجادل مع الكبار ويزعجهم عن عمد ولا يتحمل مسؤولية أخطائه ولا يسيطر على غضبه أما في المدرسة فإن أدائه الأكاديمي منخفض كما أنه شارد الذهن ولا يكون صداقات بسهولة.

2-4 عوامل الخطر:

الوراثة: تساهم العوامل الوراثية بشكل كبير في تطور أعراض الاضطراب مع تقديرات الوراثة التي تتجاوز 50%، حيث تمثل العوامل الوراثية أكثر من 70% من التباين في المقاييس الفردية بناءا على تقارير الوالدين.**(Eaves et all, 1997)** بينما أشار البعض إلى أن اضطراب المعارضة يشترك في تداخل جيني كبير مع اضطراب السلوك.**(Katie Quy et Argyris Stringaris, 2012, 04)**

2-4-1 الاضطرابات المصاحبة:

تشير الدراسات إلى أن تزامن اضطراب المعارضة واضطراب السلوك هو ظاهرة شائعة مما يثير تساؤلات حول طبيعة وخطورة هذه الاضطرابات عندما تحدث معا أو منفصلة عند الأطفال. فتزامن هذه الاضطرابات عند الأطفال يظهر عدد أكبر من الأعراض لكل اضطراب، خاصة في الفئات مثل: تدمير الممتلكات المادية، والاحتيال والسرقة بالمقارنة مع الأطفال الذين يعانون من أحد هذين الاضطرابين فقط. **(Melanie Lapalme et Michid Dery, 2009)**

كما يتزامن مرحلة ظهور الاضطراب مع اضطراب فرط النشاط الحركي واضطراب المسلك واضطراب القلق والحالات المرتبطة بالمزاج. **(Mastel et all, 2012)**

3-اضطراب السلوك (TC)

يتطلب تشخيص اضطراب السلوك لدى الطفل والمراهق تقييما يعتمد على عدّة مصادر من المعلومات (الأطفال، الآباء، المعلمين، وما إلى ذلك...) مع الأخذ بعين الاعتبار تاريخ الأسرة ويجب تقييم الاضطرابات عياديا من وجهة نظر شدته وتأثير الإعاقة على الأداء الشخصي (البيئي والنفسي) وكذلك الأداء الاجتماعي والأكاديمي،

كما يجب أيضا تحديد واستخراج الاضطرابات المصاحبة والتشخيص الفارقي (اضطراب التحدي والمعارضة، فرط النشاط ونقص الانتباه...) أو الاضطرابات النفسية المسببة مثل: اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات الاكتئابية والقلق، وسوء المعاملة والاعتماد على الآخرين.

يوصي الأخصائيين بإجراء تشخيص عيادي معمق وصارم للأطفال والمراهقين الذين يعانون من أعراض السلوك وذلك عن طريق استخدام العديد من أدوات التشخيص والتقييم المكيفة وباستدعاء الوالدين والطفل والمعلمين.

3-1 تعريف اضطراب السلوك:

- **حسب (INSERM):**

يتم التعبير عن اضطراب السلوك لدى الأطفال والمراهقين من خلال مجموعة من السلوكيات التي تتراوح من نوبات الغضب والعصيان المتكرر للطلب الصعب إلى الاعتداءات الخطيرة مثل الاغتصاب والاعتداء والضرب والسرقة، فالميزة الرئيسية لهذا الاضطراب انتهاك حقوق الآخرين والأعراف الاجتماعية. **(Olivier Moyano, 2005, 05)**

عياديا يعرف اضطراب السلوك على أنه عامل خطر للجنوح والذي يعتبر (هذا الأخير) مفهوما ثانويا يعتمد تقديره على ممارسات الشرطة والقضاء.

على عكس الاعتقاد السائد بأن اضطراب السلوك لا يظهر فقط في مرحلة المراهقة ولكن يظهر أيضا في مرحلة الطفولة، استقرار قوي للاضطراب بمرور الوقت حيث لا يزال ثلثا الأطفال الذين يعانون من اضطراب السلوك يستوفون معايير التشخيص في مرحلة المراهقة حسب نتائج تقرير (INSERM).

أثناء فترة الطفولة، يتم التعبير عن هذه الأعراض في المنزل أو المدرسة أو خارجها وذلك حسب سن الطفل والمراهق لكن يجب تمييزها عن السلوكيات العادية. وبالتالي فإن مظاهر الاعتداء الجسدي أو الأكاذيب أو السرقة الشائعة نسبيا عند الأطفال الصغار تصبح غير طبيعية فقط إذا كانت متكررة جدا وتستمر حتى بعد سن 4 سنوات. **(Jean Yves Nau, 2005)**

- **حسب(Joséphine Elia,2023) :**

اضطراب السلوك هو جملة سلوكية متكررة تنتهك حقوق الآخرين(Joséphine Elia,2023) تميز الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب السلوك أنانيون ونرجسيون لمشاعر الآخرين، يمكنهم مضايقة الآخرين أو إتلاف الممتلكات أو الكذب أو السرقة دون الشعور بالذنب ويرتكز التشخيص على السوابق السلوكية للفرد عادة في نهاية الطفولة وبداية المراهقة وينتشر أثرها عند الذكور من الإناث.

كما يعتبر اضطراب السلوك كمجموعة من السلوكيات المتكررة والمستمرة يتم من خلالها انتهاك حقوق الآخرين أو المعايير أو القواعد الاجتماعية المقابلة والمناسبة مع سن الشخص، وجب التمييز بين الأشكال المبكرة (أثناء الطفولة) والتي ستكون أكثر عدوانية وأقرب ازدحاما والأشكال المتأخرة (أثناء

المراهقة). كما يجب تمييز الاضطرابات السلوكية من النوع الاجتماعي السيئ **(Mal Socialisé)** والتي غالبا ترتبط بالاضطرابات النفسية المرضية الأخرى ، اذ يظهر العدوان حصريا في مجموعات ونادرا ما يرتبط باضطراب آخر إلا خلال المراهقة. **(Conseil supérieur de sante, 2011 ,05)**

3-2 الانتشارية:

بشكل عام، تقدر الدراسات الدولية عموما انتشار اضطراب السلوك بنسبة 5-9 % سن الأولاد من العمر 15 سنة في عموم السكان لدى الفتيات يكون الانتشار أقل وأشكال العدوانية نادرة.

مع محدودية الإبدميولوجية لدراسة انتشار اضطراب السلوك سواء في البيئة العربية أو الجزائرية ولكن عرضت دراسات أجنبية من بينها دراسة (Sébastien Ponnou, 2023) ودراسة (Joséphine Elia,2023) انتشار بنسبة 5-9 % وكان الاضطراب عند الذكور اكبر من عند الإناث. **(Sébastien Ponnou et All, 2023)**

3-3 المعايير التشخيصية لاضطراب السلوك:

أ/ مجموعة من السلوكيات المتكررة والمستمرة التي تنتهك فيها الحقوق الأساسية للآخرين أو الأعراف والقواعد الاجتماعية المقابلة لعمر الشخص.

كما يتضح من وجود ثلاثة على الأقل من المعايير 15 التالية خلال آخر12 معيارا، وواحد على الأقل من هذه المعايير خلال 6 الأشهر الماضية:

الاعتداء على الأشخاص أو الحيوانات:

1. التنمر، غالبا ما يهدد أو يرهب الآخرين.
2. يبدأ في كثير من الأحيان بعراك.
3. يستخدم سلاحا يمكن أن يتسبب في إصابة الآخرين بجروح خطيرة: (عصا، حجر، زجاجة مكسورة، سكين، سلاح ناري)
4. يظهر قسوة جسدية على الناس.
5. يظهر قسوة جسدية على الحيوانات.
6. ارتكاب السرقة أثناء مواجهة الضحية (الاعتداء، سرقة محفظة، ابتزاز نقود، سطو مسلح)
7. إجبار شخص ما على ممارسة الجنس.

إتلاف الممتلكات:

8. أضرم النار عمدا بقصد إحداث أضرار جسيمة
9. إتلاف ممتلكات الغير عمدا (ما عدا إضرام النار فيها)

الاحتيال أو السرقة:

10. اقتحام منزل أو مبنى أو سيارة.
11. يكذب غالبا للحصول على أشياء أو خدمات أو للتهرب من الالتزامات (مثل خداع الآخرين)
12. يسرق الأشياء الثمينة دون مواجهة الضحية (مثل السرقة من المتاجر دون إتلافها أو العبث بها)

الانتهاكات الخطيرة للقواعد المعمول بها:

13. البقاء خارج المنزل حتى وقت متأخر من الليل بالرغم من حضر الوالدين وقد يبدأ ذلك قبل سن13
14. يهرب ويقضي الليل في الخارج مرتين على الأقل أثناء إقامته مع الوالدين أو في حالة التبني أو هرب مرة واحدة دون العودة للمنزل لفترة طويلة.
15. يتغيب عن المدرسة في كثير من الأحيان ويبدأ قبل سن13

ب/ يؤدي الاضطراب السلوكي إلى عجز عيادي مهم في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.

ج/ إذا كان عمر المريض18 عاما أو أكثر، فإن الاضطراب لا يستوفي المعايير الشخصية المعادية للمجتمع.

حدة النوع:

- **نمط بداية الطفولة (F91. 1) :** وجود عرض مميز واحد على الأقل من أعراض اضطراب المسلك قبل سن10 سنوات
- **نمط بداية المراهقة (F91. 2):** عدم وجود أي من أعراض السلوك قبل سن10 سنوات
- **البداية غير محددة (F91. 9):** تم استيفاء معايير تشخيص اضطراب السلوك ولكن لا توجد معلومات كافية لتحديد ما إذا كانت الأعراض الأولى قد حدثت قبل أو بعد سن10 سنوات

3-4 الأنواع الفرعية لاضطراب السلوك:

تم اقتراح ثلاثة أنواع فرعية لاضطراب السلوك اعتمادا على مرحلة بداية الاضطراب، ويتم تقدير البداية بشكل دقيق على أساس المعلومات المجمعة.

←عادة ما يكون الأشخاص الذين يعانون من نوع بداية الطفولة وهم من الأولاد

←غالبا ما يكونون عدوانيين جسديا ولديهم علاقات سيئة مع أقرانهم

←قد يكونون قد طوروا اضطراب المعارض المعاند كطفل وعادة ما يكون لديهم جميع أعراض اضطراب المسلك قبل سن البلوغ

←يعاني العديد من الأطفال الذين يعانون من هذا النوع الفرعي أيضا من تشتت الانتباه/ فرط النشاط أو صعوبات النمو العصبي الأخرى **(غرايبية محمد الطيب، 2022،212)**

3-5 التشخيص الفارقي لاضطراب السلوك:

- اضطراب المعارض المعاند.
- اضطراب تشتت الانتباه/فرط الحركة:
- الاضطرابات الاكتئابية والثنائية القطب:
- الخلل الانفعالي المتقطع:
- اضطراب التأقلم: **(غرايبية محمد الطيب، 2022،214)**

3-6 النظريات المفسرة لاضطراب السلوك:

3-6-1 القابلية الوراثية:

مع التسليم بأن التعرض لبعض "أنواع البنية" قد يعزز التغيير عن اضطراب السلوك، يؤكد بعض الباحثين على أهمية معدل التوريث الجيني الذي سيكون تقريبا من 50% من بين جميع أعراض الاضطراب، السلوكيات العدائية الجسدية هي الأكثر وراثة (معدل 60-70 %)، كما اشارت تقارير بحثية الى تعدد العوامل المرضية (Pathologie Multifactorielle) **(INSERM, 2005 , 12)**
رد المنتقدون على هذه الفرضية ووصفها بالبسيطة الخطيرة وأن الطفل ليس مجرّد عضو مبرمج وقابل للبرمجة.**(Denis Lafoctune, 2007, 68)**

3-6-2 العجز المعرفي العصبي ومضاعفاتها الفترة المحيطة بالولادة والمزاجات الصحية:

حسب الأبحاث، هناك نوعان من العجز المعرفي العصبي متورطان في هذا الاضطراب: نقص في المهارات اللفظية وآخر خاص بنظام التثبيط التنفيذي. في الوقت الحالي يمكن تقييم هذا العجز باستخدام الأدوات النفسية العصبية، لكن تتم وضع آمال كبيرة في التصوير العصبي الذي يسمح بتصوير أنشطة الدماغ عندما يظهر الموضوع سلوكيات اندفاعية وعدوانية وعنيفة، قشرة الفص الجبهي هي آخر منطقة دماغية تتمايز خلال فترة المراهقة ويمكن أن تشارك في تطوير اضطراب السلوك كما أن الأطفال الخدج وانخفاض الوزن عند الولادة متورطان كعوامل خطر محتملة، إذ يتم تسليط الضوء على العلاقة بين الخدج وخطر الاضطرابات الخارجية في سن الخامسة، بما في ذلك السلوكيات المعارضة وفرط النشاط, أخير بالنسبة لـ: (INSERM) تم إهمال دراسة الشخصية والمزاج لفترة طويلة جدا لصالح العوامل الاجتماعيةومع ذلك فقد أظهرت الدراسات الحديثة أن المزاج والشخصية المبكرة يلعبان دورا في بداية الاضطراب والحفاظ عليه وشدته.**(INSERM, 2005, 17)**

يرفض المبادرون بدعوة "لا سلوك صفري" تسليط الضوء هذا على المحددات الفردية وتقليل المحددات الاجتماعية والبيئية والثقافية والسياسية.كما أن **(Belas Cabane,2006, 04)** يساندون فكرة المرونة، حيث أنه يمكن التدخل في أي مرحلة عمرية لتخفيف الآلام النفسية وتطوير مهارات جديدة وقدرات علاقة أفضل.

3-7 النموذج بيو بسيكو اجتماعي لتفسير اضطراب السلوك:

3-7-1 التفسير البيولوجي:

في العقود الأخيرة، أخذت البحوث العلمية المتعلقة بالسلوك البشري في الاعتبار على نحو متزايد طائفة من العوامل (البيولوجية، السيكولوجية، البيئية). حيث سلطت العديد من الدراسات الضوء على العوامل البيولوجية المرتبطة بتطور اضطرابات السلوك. كما أظهرت دراسات علم الوراثة السلوكية (دراسات على التوائم وعلى التبني) أن الوراثة تلعب دورا أساسيا في أسباب اضطرابات السلوك والمفاهيم المرتبطة بها (العدوان، السلوك المعادي للمجتمع، الانحراف ...).

أظهر التحليل لـ: 51 دراسة للسلوك المعادي للمجتمع أيضا أن حوالي 40 % من الاختلاف بين الأفراد في حدوث السلوك المعادي للمجتمع يمكن أن يعزى إلى عوامل وراثية و60% إلى الاختلافات في بيئة المعيشة.

ربطت الدراسات الجينية أيضا بعض الأشكال الجينية التي تنظم نشاط الناقل العصبي (السيروتونين والدوبامين) بتطور السلوك المعادي للمجتمع، وبالتالي تفسر جزئيا الطابع الوراثي للعدوانية ومع ذلك تتأثر هذه الاستعدادات الجينية إلى حد كبير بالبيئة النفسية والاجتماعية (الأسرة المتبنية على سبيل المثال) أو

الفيزيائية الحيوية (المضاعفات أثناء الولادة، سوء التغذية، أثناء العمل وما إلى ذلك) مما يعقد تحديد العلاقة السببية.

وفي الأخير، الأطفال الذين يعانون من اضطرابات السلوك لديهم أيضا استجابة أقل للإجهاد (إنتاج أقل للكورتيزول والأدرينالين تحت الإجهاد)، ومن الواضح أن هذه العوامل الحيوية والاجتماعية قد تظهر تأثيرات مضاعفة. **(Conseil supérieur de sante, 2011 ,08, 09)**

3-7-2 التفسير السيكولوجي:

العوامل البيولوجية (الوراثية والمكتسبة) بالتفاعل مع المتغيرات المتعلقة بالأسرة والمدرسة والبيئة المجتمعية هي أسس نمو الشخص، من خلال تأثيرهم على الهياكل التشريحية العصبية والعمليات الفسيولوجية العصبية والنفسية المختلفة تأثيرا مهما على الأداء النفسي للطفل.
يعمل الطفل المصاب باضطراب السلوك بشكل مختلف لسلسلة كاملة من العمليات النفسية التي تتأثر بهذه العوامل وظروف الحياة المبكرة، إنهم يواجهون المزيد من الصعوبات لتنظيم عواطفهم ويتحملون الإحباط ومن المرجح أن تفسروا سلوك الآخرين على أنه سلبي واستفزازي وينظر إلى الأوضاع الاجتماعية بسرعة أكبر على أنها تصادمية ولديها طرائق أقل تنوعا كل المشاكل.
كما أنهم يختلفون في قدرتهم على تكوين رأي عالم نفسي داخلي للآخرين وبالتالي إظهار تعاطف أقل.
الأطفال الذين يعانون من اضطراب السلوك لديهم أيضا مسارات نمو محددة نظرا لأهمية المخاطر والعوامل الوقائية الموجودة. هذا ما يجعل من الممكن في أي وقت خروجهم من العمليات المرضية.
(Conseil supérieur de sante, 2011, 09, 10)

3-7-3 التفسير الاجتماعي:

يتفق الطابع العصبي لاضطراب السلوك مع حقيقة أن الظروف البيئية المحددة (الثرية والفقيرة) خلال فترات النمو الحرجة (الطفولة والمراهقة) قد يكون لها تأثير دائم على السلوكيات المتغيرة للأسباب الجينية و/أو المزاجية.**(INSERM, 2005, 21)** ،لذلك يأمل المختصون أن تساعد الدراسات قريبا في فهم كيفية تفاعل العوامل الجينية مع عوامل بيئية محددة في النموذج البيوسيكولوجي . إذ غالبا ما تلعب الظروف البيئية دورا ضاغطا. ثم البرهنة على ذلك من خلال العمل على الحيوانات الصغيرة في المختبر الذي من شأنه أن يفسر العدوانية أو فرط النشاط من زاوية الإجهاد النفسي أو الاجتماعي. **(Denis Lafoctune, 2007, 67)** ،وبالتالي يمكن إبراز العلاقة المباشرة بين السلوك العدواني والخوف.كما توجد علاقة بين العدوان والقلق، حيث يوصي الباحثون باكتشاف كل هذه الجوانب لفهم آليات العدوان عند الطفل والمراهق بشكل أفضل.**(Denis Lafoctune, 2007, 68)**

أ/ العائلة: من الواضح أن أهم سياق لنمو الطفل البدني والنفسي والاجتماعي هو الأسرة التي تنشأ فيها وتتميز المرحلة الأولى من تطورها بارتباطها بشخصيات البالغين الذين يعتنون بها. غالبا ما يكون هذا الارتباط من النوع الآمن كما يسمح للطفل بالتواصل الاجتماعي بشكل مسبق من الثقة بالنفس والآخر، لكن التعلق يمكن أن يكون كذلك غير آمن ومتناقض (يظل الطفل قلقا في علاقته مع البالغ) أو بتجنب عدم الأمان (يسعى الطفل إلى الاستقلال الذاتي وينعزل بنفسه في سن لا يتمكن فيه من العثور على الموارد المناسبة).

أخيرا، إذا كان التعلق فوضويا فإن الطفل يميل إلى فقدان المهارات التنموية، ويؤدي إلى عدم تنظيم نفسه وغير قادر على متابعة نموه الشخصي والاجتماعي المتناغم.

هناك عوامل أسرية مثل: التواصل المضطرب، الانضباط العقابي وغير المتسق بين الوالدين، سوء المعاملة، عدم التشجيع والفرص، العزلة الاجتماعية وعدم الاستقرار، وجود أخ أو أخت مصاب باضطراب في السلوك. كما هناك عوامل خاصة بالوالدين مثل الشخصية المعادية للمجتمع، التبعية لمواد سامة، اكتئاب ما بعد الولادة.... إلخ. **(Conseil supérieur de sante, 2011, 11)**

ب/ الوسط الاجتماعي الاقتصادي:

وجود عوامل الخطر والحماية على مستوى الأسرة يرتبط جزئيا بالظروف الاجتماعية والاقتصادية للأسرة، ومع ذلك يصعب تفسير هذه الارتباطات بين المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية وتطور المظاهر المرضية لأن إجراء البحوث في هذا المجال معقد للغاية ولا تزال الأدوات اللازمة لتقييم أهمية العوامل الاجتماعية والظروف المعيشية الراهنة في تطور هذه الاضطرابات بحاجة إلى التطوير. ومع ذلك فإن تسليط الضوء على هذا البعد الاجتماعي سيسمح باستراتيجيات أوسع للوقاية والتدخل لمشاكل السلوك.

4-اللزمات

في عالم ملئ بالتنوع والتعقيد، يتجلى وجود العديد من الظواهر الصحية التي الشكل تحديا للفهم والتعامل، واحدة من هذه الظواهر الغامضة والمعقدة هي اللزمات التي تشكل تجربة مختلفة تماما للأطفال والمراهقين. تسير اللزمات الحركات العضلية الغير ارادية والاصوات التي قد تظهر بشكل مفاجئ وغير متناسق، مما يمكن أن يثير التساؤلات والاهتمامات لدى العائلات والمختصين في مجال الصحة.

4-1 تعريف اللزمات:

تعرف اللزمات على انها حركات عضلية وأصوات متكررة، مفاجئة، سريعة وغير منتظمة لا ارادية. وهي على عدة أشكال، يتم تشخيصها اعتماداً على الفحص العيادي ويتضمن علاجها تكفل نفسي –تربوي– دوائي حسب الحالة.

اللزمات جد منتشرة عند الأطفال، وفي أغلب الحالات لا يتم تقييمهم باستثناء لزمات متلازمة توريت، وهو نوع شديد عند 3 الى 8 من كل 1000 طفل ونجده أكثر عند الذكور من الاناث **(A. Hrtmann 2023p 259)**.

تبدأ اللزمات قبل سن 18 سنة اي تحديدا من 4 الى 6 سنوات وتبلغ ذروتها في سن 10 ال 12 سنة، وتقل في مرحلة المراهقة لتختفي في معظم الحالات والأنواع في سن الرشد بشكل طبيعي. ومع ذلك فإنها تستمر لدى حوالي 1% من الأطفال **(M-Cristina Victorio 2023)**.

4–2 تصنيف اللزمات:

- **اللزمات الحركية:** وهي أفعال لا ارادية سريعة ومفاجئة وهي نوعان:
- **لزمات حركية بسيطة:** تشمل مجموعة عضلية واحدة مثل ترميش العينين، حركات بالفم، الكحة، تقطب الحاجبين...
- **لزمات حركية معقدة:** وتشمل عدة حركات عضلية متتالية و /أو في نفس الوقت مثل الضرب بالرجل، القفز بلا سبب، تحريك الجذع.....
- **اللزمات الصوتية:** وهي نوعان كذلك:
- لزمات صوتية بسيطة، اصوات سريعة ومتفردة لا معنى لها مثلا الكحة، الصراخ
- **لزمات صوتية معقدة:** تشمل كلام وعبارات لفضية لها معنى لغوي مثل التلفظ المفاجئ بالكلمات والعبارات، تكرار كلمات جزئية أو تكرار جمل.....
- **لزمات صوتية حركية (جيل دو تواريت):** وهي أكثر أشكال اللزمات تعقيدا وهي عبارة عن مزيج بين اللزمات الصوتية والحركية.**(David Martino et all 2019 pp 119-120)**

4–3 محكات تشخيص اللزمات حسب الدليل الاحصائي والتشخيصي:

- **متلازمة تواريت:**

ا–وجود لزمات حركية وتشنجات صوتية لا ارادية في أي وقت ولكن ليس بالضرورة في نفس الوقت معا

ب–قد يزداد أو ينقص معتدل تكرار اللزمات اللاإرادية ولكن يجب ان تستمر لأكثر من سنة من تاريخ ظهورها

ج-البداية قبل 18 سنة

د-لا يعزى الاضطراب الى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة أو إلى حالة طبية أخرى.

2-اضطراب اللزمات الحركية أو الصوتية المستمر:

ا-وجود لزمات حركية او صوتية متعددة او مفردة أو أثناء المرض ولكن لا تحدث كلاهما في نفس الوقت

ب-قد يزداد أو ينقص معدل تكرار اللزمات اللاإرادية لكن كلاهما يستمر لأكثر من سنة بعد تاريخ ظهورها

ج-البداية قبل 18 سنة

د-لا يعزى الاضطراب الى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة أو الى حالة طبية أخرى

هـ-لم تتحقق أبدا معايير متلازمة توريت (يجب تحديد مع اللزمات الحركية حصريا/ مع التشنجات اللاإرادية الصوتية حصريا)

3-اضطراب اللزمات المؤقت:

ا-لزمات لاإرادية حركية و /او صوتية متعددة

ب-اللزمات اللاإرادية ظهرت منذ أقل من سنة بعد ظهورها لأول مرة

ج-البداية قبل سن 18 سنة

د-لا يعزى الاضطراب الى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة أو إلى حالة طبية أخرى

هـ-لم تتحقق أبدا معايير متلازمة توريت او اضطرابات اللزمات الحركية او الصوتية المستمر (الزمن)

(غرايبية محمد الطيب، 2022، ص. 47)

4-4 أسباب اضطراب اللزمات:

إلى غاية يومنا لم يتم تحديد أسباب واضحة لاضطراب اللزمات وتعتمد النظريات المفسرة لاضطراب اللزمات على فكرة أن هناك تفاعل معقد يحدث في الجهاز العصبي المركزي، وتحديدا في الهياكل الدماغية المعنية بالتحكم في الحركة والسلوك. يشير البعض إلى وجود اضطراب في دوائر الاتصالات بين القدرة المخية والأنسجة القاعدية، مما يؤدي الى الحركات العضلية غير الطبيعية والتصرفات غير المقصودة التي نشهدها في حالات الأفراد المصابين باللزمات.

كما تشير بعض الأبحاث إلى وجود تغيرات في مستويات الناقلات العصبية مثل الدوبامين والسيروتونين في الدماغ لدى الأشخاص المصابين باللزمات، علاوة على ذلك تشير الدراسات إلى أن هناك عوامل وراثية قد تكون لها دور في تطوير اللزمات وذلك بتعدد الأفراد المصابين من نفس العائلة.

كما يوضح 2016 **mansorik** أن العوامل البيئية المحيطية مثل التدخين، وزن الطفل عند الولادة، تساهم في ظهور الاضطراب وكذا سوء المعاملة الوالدية الحادة يودي الى ظهور اضطراب جيل تواريت. **(Mansori k 2016)**

4-5 العلاج:

إن التكفل بالأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب اللزمات يجب أن يكون متعدد التخصصات والهدف من ذلك الحصول على فعالية علاجية أكبر. فالعلاج الدوائي في معظم الحالات جد مهم والتي تشمل على مثبطات واعادة اختصاص الدوبامين او الدورة المضادة للذهان. أما العلاج السلوكي المعرفي فهو يعتبر أحد الاساليب الفعالة في علاج اللزمات حيث يساعد المفحوص في التعرف على السيرورات الفكرية والانفعالية التي تؤدي أو تزيد من حدة اللزمات، ويرتكز العمل مع المفحوص على تعلم استراتيجيات للتحكم في اللزمات والتعامل الفعال مع كل ما يزيد من حدتها

كما أن العمل على تطوير وادارة وتسيير الضغط يساعد المفحوص على تطوير مهارات لإدارة التوتر التي تزيد من تفاقم حدة اللزمات. ومن المهمأ يتم تقديم الدعم والتوجيه الشامل للمريض وأسرته وذلك لتقديم الدعم العاطفي والمساعدة في التعامل مع التحديات التي قد تنشأ نتيجة لاضطراب اللزمات

5-اضطراب طيف التوحد

تطور تعريف طيف التوحد منذ وصفه من قبل (Leo Kanner) عام 1943 ليأخذ بعين الاعتبار تطور المعارف الإكلينيكية والبحوث على وجه الخصوص في علم الأعصاب.

التصنيفات الأخيرة للطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، من الجمعية الأمريكية للطب النفسي الصادرة عام(2013) و(CIM11) (التصنيف الدولي للأمراض لمنضمة الصحة

العالمية(OMS) الصادرة عام(2018)، طورت سيميولوجية واضحة لهذا الاضطراب. حيث يتم الآن تجميع جميع الأشكال في فئة واحدة هي اضطراب طيف التوحد(TSA)، لذلك يعتبر هذا الأخير اضطرابا فريدا، مع عدم التجانس وفقا للأشكال وشدتها، وفقا للأمراض المصاحبة، وفقا لتطور الأعراض مع التكفل. ومن ناحية أخرى يميز التصنيف الدولي (CIM11) الفئات الفرعية بما في ذلك (TSA) مع أو دون إعاقة ذهنية.

5-1 تعريف طيف التوحد:

يشتمل اضطراب طيف التوحد مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بعجز شديد في النمو الاجتماعي والسلوك غير النمطي، وأحيانا مع تأخر كبير في اللغة.

يظهر على الأشخاص المصابين بالتوحد بأن اهتمامهم يرتكز على الأشياء أكثر من الأشخاص ويظهر أنهم يعيشون في عالم خاص بهم، فهم كما يوضحه (Harrison, 2010) في تفكير مختلف عن أغلبية الأشخاص لأن وظيفة دماغهم مختلفة. **(Martin Beny, 2016, 365)**

– يصنف (DSM5) اضطراب طيف التوحد بين الاضطرابات النمائية العصبية التي تتميز بـ: عجز الاتصال المستمر والتفاعلات الاجتماعية الملحوظة المتكررة، والتي يتم تحديد خطورتها وفقا لمستوى المساعدة التي يحتاجها الشخص في هذه المجالات المختلفة.**(HAS, 2018, 04)**

– تصنف (CIM11) الاضطرابات المجتاحة للنمو (TED) ضمن اضطرابات النمو النفسي وتحددها ضمن مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بتغيرات نوعية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وأساليب التواصل، وكذلك من خلال سلسلة محدودة ونمطية متكررة من الأنشطة، هذه التشوهات النوعية هي سمة واضحة في جميع الحالات.**(Service de bonne pratique professionnelle, 2018, 07)**

يتطلب التعريف تحديد ما إذا كانت الحالات التالية مرتبطة بالتوحد: الإعاقة الذهنية، خلل لغوي، مرض طبي، أو جيني معروف أو العامل البيئي، اضطراب نمو آخر، أو الكاتاتونيا. **(HAS, 2018, 01)**

هذه التشوهات النوعية تشكل ميزة احتياجيه لتوظيف الفرد في كل الوضعيات.**(CNSA, 2016, 11)**

– تعرف (OMS) المنضمة العالمية للصحة التوحد: على أنه اضطراب نمائي عصبي ، يتميز بنمو غير طبيعي وفيه خلل، يتجلى قبل**3** سنوات مع خلل متميز في التوظيف والأداء في كل من المجالات الآتية:

- التفاعلات الاجتماعية المتبادلة
- التواصل

- سلوكيات مقيدة ومتكررة.**(Leni Cassagnetes, 2017)**

يتم الاعتراف بالتوحد كإعاقة منذ :(1996)

وفي تقرير نشر عام (2012) توصي الهيئة العليا للصحة (HAS) بالتكفل السلوكي والنمائي، بعد التشخيص المبكر (بين 18 شهر4 وسنوات) مشاركة الوالدين في المتابعة ستسمح بالتقدم بسرعة أكبر.

5-2 الانتشارية:

هناك العديد من الدراسات التي تطرقت إلى ابيدميولوجية التوحد منها دراسة في الولايات المتحدة عام (1970) وكانت نتيجتها1 / 5000 طفل **(Kim, 2012)**، في أوروبا في الو.م.أ بين(2000 و2010) ارتفع عدد الأطفال المصابين بالتوحد من5-9 إلى 90-110 طفل.**(Marasme et Kozlowski, 2011)**

غير أنه بعد التغيرات التي حدثت في المعايير التشخيصية الصادرة في (DSM5) تغيرت كذلك نسبة الانتشار.**(Serban Ionescu, 2015, 219)**

حسب DSM5 تميل الكفة إلى جنس الذكور منه عند الإناث، كما أن الأعراض الأولى تظهر عادة خلال العامين الأوليين من الحياة.**(Marlin Benny, 2016, 368)**

وحسب بعض التقديرات فإن معدل انتشار التوحد قدر بـ: 2/1000 ,7 مع غالبية الذكور 3 , 2/1000 مقابل الإناث. أما الإحصائيات الجزائرية تقدر بـ:80 ألف طفل مصاب بمعدل ذكور مقابل إناث 2/1000 ,1.**(NAS, 2018, 10)**

5-3 النظريات المفسرة لطيف التوحد:

5-3-1 نظريات التفاعلات الجينية-البيئية:

تظهر الأبحاث مشاركة جينية كبيرة في أسباب التوحد. على سبيل المثال تشير الدراسات على التوائم **(Sandin et all , 2014)** دورا مهما للعوامل الوراثية ومع ذلك لا يزال يتعين تحديد هذا الدور بشكل أفضل ،من ناحية أخرى تم تحديد أكثر من جين من المحتمل أن يكون مرتبطا بالمظاهر السلوكية للتوحد، ومن المرجح أن يزداد هذا الرقم مع التطورات العلمية.**(Betancul , 2011)**

كما توجهت كذلك النظريات الجينية نحو التفاعلات الجينية البيئية **(Chaste and Leboye, 2012)** مع التأثيرات البيئية مثل العدوى الفيروسية قبل الولادة، سكري الأمهات، العمر المتقدم والخدج أو التعرض للمواد السامة.

وبالمقابل لم تجد أبحاث التصوير بالرنين المغناطيسي(IRM) بعدا يمكن الارتكاز عليه لتمييز الأطفال المصابين بالتوحد من عامة السكان، لذلك تعد النظريات المعرفية العصبية الحالية الأكثر صلة لشرح وفهم وظائف التوحد.**(Marlin Benny, 2016, 182)**

5-3-2 النظريات المعرفية العصبية:

نقص التماسك المركزي: الدماغ الذكوري المتطرف، اختلال الاتصال الدماغي.

هناك العديد من النظريات المعرفية العصبية التي تقدر مظاهر التوحد، وفيما يتعلق بنظرية "العجز المركزي في الاتساق"، يمكن تفسير سلوك الأطفال المصابين بالتوحد من خلال زيادة الاهتمام بالتفاصيل اعتمادا على المعالجة المناسبة للمعلومات الشاملة **(Happé, 2005).**

وهناك نظرية ذات صلة وهي: الدماغ الذكوري المتطرف لـ: (Bacon Cohen, 2002) وآخرون والتي ترى بأن الاختلافات العصبية عند الأشخاص المصابين بالتوحد مسؤولة عن قدرات منهجية أفضل وقدرات تعاطف أفقر**(Bacon Cohen, 2009)** ، وفقا لهم يقدم الدماغ الذكوري مهارات منهجية أفضل في قدراته على التعاطف (العكس في الدماغ الأنثوي).

وأخيرا، بالنسبة لنظرية اختلال الاتصال الدماغي **(Courchesne et Pierre, 2005, Belmonte et all, 2004)** فالتغيرات في اتصالات الدماغ لمسافات طويلة وزيادة الاتصال المحلي تأثير ضار على تكامل المعلومات ومعالجتها.

5-3-3 نظرية الدوافع الاجتماعية:

ظهرت نظرية نقص الدوافع الاجتماعية والتي تشير إلى أن الافتقار إلى التوجه الاجتماعي منذ سن مبكرة هو المسؤول عن نمو التوحد. **(Dawson, 2008, Dawson et all, 2002)** ،وفقا لهذه النظرية فإن الصعوبات الاجتماعية والمعرفية للأطفال المتأثرين ناجمة عن انخفاض التوجه إلى بيئتهم الاجتماعية وانخفاض الرضا في التفاعلات مع الآخرين ومنعه الحفاظ على العلاقات الاجتماعية بالتوازي مع ذلك، سيكون لتقليل التعرض للمنبهات الاجتماعية عواقب على تكوين مناطق دماغية متخصصة في معالجة المعلومات الاجتماعية (الدماغ الاجتماعي). **(Frith, 2017)**

تقترح هذه النظرية كيف تتطور الصعوبات المعرفية والاجتماعية للأطفال منذ الطفولة المبكرة.

5-4 الأسباب وعوامل الخطر:

سمح العقدان الماضيان بتطور حقيقي في فهمنا لماهية اضطراب النوحد، حيث عبّر الإجماع العلمي الدولي أنه تعبير عن خلل وظيفي في الدماغ متعدد العوامل، يشمل على عوامل وراثية (الجينات المشتركة في نمو الدماغ) والعوامل البيئية (العدوى، التسمم، الخدج، معاناة الجنين،)، ومع ذلك يجب ضرورة تحديد جميع أسباب هذا الخلل الوظيفي لهياكل الدماغ، والآليات البيولوجية العصبية والاضطرابات الكيميائية العصبية المعنية.

حاليا لا يوجد علامة حيوية لاضطراب طيف التوحد: (TSA)، ومع ذلك فقد حددت دراسات علم الأعصاب تشوهات في الاتصال العصبي والتي من شأنها أن تختلف من حيث الزمان والشدة في عملية الدماغ. إذ تتعلق هذه الحالات الشاذة بالتحديد من الشبكات العصبية المشاركة في معالجة المعلومات وتداولها.**(Nadia Chaban et Chloé Peter, 2023,p 2)**

في ذات السياق، في الو.م.أ في الخمسينات وأوائل الستينات كان يعتقدان التوحد يرجع إلى الوالدين ذو البرودة العاطفية والرافضين للأطفال، وبالتالي لم يترك للطفل أي خيار سوى البحث عن الراحة في العزلة،"

5-4-1 العوامل الوراثية:

تأتي الأدلة على أهمية العوامل الوراثية في مسببات التوحد من عدة مصادر، بما في ذلك دراسات التواؤم والأسر منذ(Mulle, 2004) على سبيل المثال، التوحد أكثر شيوعا بين أشقاء الطفل المصاب بالتوحد من 50 إلى 200 مرة مقارنة بعامة السكان.

5-4-2 العوامل البيئية:

تساهم بعض العوامل البيئية لا سيما شبكة الانترنيت في لعب دور لمسببات التوحد، بما في ذلك مواد مثل: الزئبق، الكاديوم، والنيكل، وثلاثي كلور الإثيلين وكلوريد الفينيل.**(Kenny et all, 2012)**

من المهم التذكير بأن العلاقة المقترحة بين لقاحات الحصبة واضطراب طيف التوحد قد تم تبنيها من قبل الوكالات الدولية بما في ذلك مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها، معهد الطب التابع للأكاديمية الوطنية الأمريكية للعلوم، الخدمات الصحية الوطنية في المملكة المتحدة ، مقالة **(Wake Field et all, 1988)**، أين تم الإشارة من خلاله إلى وجود علاقة بين اللقاح الحصبة والتوحد ثم إلغائه واعتباره منذ ذلك

مزورا وتم سحبه رسميا**(Goodlé et all , 2011)** ، كما تم اقتراح ارتباطات بين العوامل البيئية المختلفة التي تساهم في نقص فيتامين (د) ومخاطر التوحد.**(Grant et Soles, 2009,p 11)**

هذا يتطلب دراسات معمقة بين الأقارب المعرضين للخطر الذين يعانون من التوحد، اذ هناك أيضا تواتر أكبر للأشكال الخفيفة من صعوبات نمائية للمهارات الاجتماعية والتواصلية.

معدل تطابق التوحد هو 36% إلى 96% للتوائم أحادية (Monozygotes)، مقارنة بـ: 0% فقط إلى 27% للتوائم ثنائي**(Shadock Shadock, 2008)** .(Monozygotes)

على الرغم من أن وراثة التوحد قدرت بنسبة: 90% حسب دراسات **(Freitag,2007)** إلا أن العوامل غير متجانسة ومعقدة ولا تزال غير مفهومة بشكل جيد، ويجري اكتشاف آليات دقيقة من خلال دراسات علم الوراثة الخلوية ودراسات تقييم الجينات المرشحة. **(Muhle et all, 2004)**

في الدراسات الجينية المرشحة هناك تطابق بين الدراسات التي تظهر زيادة خطر الإصابة بالتوحد المرتبطة بتغيرات الجينات المفردة على الكروموزومات:

22	**15**	**10**	**7**	**6**	**4**	**3**	**2**

(Freitag,2007)

تضمنت الدراسات الوراثية الخلوية تشوهات لدى الأفراد المصابين بالتوحد في:

p13	**13p11**

(Muhle et all, 2004, Smalley, 1991)

أظهرت الدراسات الجينية تأثيرات منخفضة على مخاطر التوحد مع المتغيرات الجينية للمناطق:

5p14. 1	**5p15**

(Mae et all, 2009, Weiss et all, 2009)

أظهر نفس النوع من الدراسات أيضا أن الاختلافات في عدد النسخ المتكررة (NN) متغيرات أرقام النسخ، كانت أكثر شيوعا في الأفراد المصابين بالتوحد، منها في الأشخاص في العينة الضابطة(Control).

نقع هذه في المناطق:

3, 3p14.1	16p11. 2
2p16. 3	15p11.13
2,1p21	7p36. 2
22p11	5p25. 26

وتعتمد الاتجاهات المستقبلية في الأبحاث الجينية للتوحد على تحديد التفاعلات بين البيئة والجينات.

5-4-3 اكتشافات التشريح العصبي والتصوير العصبي:

اكتشافات التصوير العصبي كذلك وجود تشوهات في كيمياء الدماغ، في توليف السيروتونين والفيزيولوجيا الكهربائية للدماغ.**(Courchesne et all, 2004, Hazlett et all, 2005, Lainhart, 2006)**

تفهم الآن أن طيف التوحد هو نمائي عصبي، مما يعني أن هناك خصوصيات في كيفية تطور الدماغ، على سبيل المثال: استقصاء الرأس المبكر التي تمت دراستها في العامين الأوليين من الحياة.

(Courchesne et all, 2001) وفي التطور الأفقي، هناك اختلافات ملحوظة في عمل وبنية دائرة التعاطف، في الدماغ (اللوزة، قشرة الفص الجبهي البطني، التقاطعات الصدغية الجدارية، القشرة المدارية الأمامية، السجاب الأمامي، المناطق الأخرى ذات الصلة). **(Lombardo et all, 2011)**

(Amygdale, Cortex préfrontale ventre médicale, jonctions temporo-partiales, cortex orbito-frontal, cingula antérieure)

وهناك أيضا اختلافات في الاتصال بين وظائف الفص الجبهي ووظائف الفص الجداري التي تعتقد أنها مرتبطة بالأسلوب الإدراكي ولا سيما في فرط معالجة المعلومات المحلية بالتفصيل على حساب معالجة المعلومات الشاملة.**(Belmonte et all, 2004, 10)**

5-5 التشخيص:

تشخيص التوحد هو نتيجة لعملية تقييم معقدة.

ويقوم به فريق متعدد التخصصات (طبي، شبه طبي، نفسي، تعلمي تربوي) ويغطي جوانب مختلفة:

- طبيعية.
- شدة اضطراب التوحد.
- مستوى النمو الفكري.
- الوظائف المعرفية.
- التواصل.
- التطور النفسي الحركي.
- مستوى الاستقلالية في المهام اليومية.
- السلوك.
- المجال النفسي العاطفي.
- الأداء الحسي.

التوحد هو اضطراب نمائي عصبي، يكون الخلل في جزء من الدماغ ولا يجب الخلط بينه وبين المواقف المماثلة الناتجة عن التعرض المكثف للشاشات دون صوت.

هناك روابط ضعيفة بين مناطق مختلفة من الدماغ، الخلل الوظيفي الوراثي ولكن العوامل البيئية يمكن أن تلعب دورا كذلك مثلا:

العدوى	**الإصابة بالتسمم فيما قبل الولادة**
نقص الأكسجين عند الولادة	انخفاض الوزن

(Agnès Cassée et Rierry Gorin , 2017, 11)

يشير مصطلح طيف التوحد (TSA) إلى مجموعة من اضطرابات النمائية العصبية التي يتم تحديدها من خلال وجود تشوهات في:

التفاعل الاجتماعي	**نموذج السلوك**
التواصل اللفظي وغير اللفظي للغة	

بالإضافة إلى الاهتمامات والنشاطات النمطية المحدودة والمتكررة

عادة تصبح الأعراض واضحة قبل 3سنوات، ولكن في معظم أنحاء العالم لا يتم تشخيص هذه الاضطرابات إلا بعد بضع سنوات.

إن التعرف المتزايد لهذه الاضطرابات وتأثيرها العاطفي على العائلات بالإضافة إلى العلاج والدعم اليومي المطلوب والتحدي المالي الذي تطلبه، تجعل حاليا (TSA) مرضا مهما للعلماء والصحة العامة وحقوق الإنسان.

تسمح العلاقات المتاحة الآن للمرض بتحقيق نوعية حياة أفضل بكثير مما كان ممكنا من قبل.ومع ذلك يجب الاعتراف بأن التوحد لا يمكن علاجه بعد وأن معظم المصابين بالتوحد وخاصة في البلدان النامية لا يتلقون علاجا متخصصا.

خلاصة:

يشير هذا الفصل إلى مجموعة من الاضطرابات النمائية العصابية وفقا لعرضية مرضية متعددة، توضح التداخل بين الأعراض ما يوحي بصعوبة تشخيص هذه الاضطرابات، إذ نجد تشاركية عرضية تجمع بين صعوبات التعلم والتفاعل ومشاكل أخرى في السلوك كالعدوانية والهياج.

فالتشخيص في مثل هذه الحالات يتطلب تقييما شاملا للطفل في ظل المقاربات الادماجية، وعليه كان لزاما تدعيم السيرورة التشخيصية من خلال مقابلات سريرية منظمة وهذا ما سنتطرق اليه في الفصل الموالي.

الفصل الثالث:

تكييف المقابلات العيادية المنظمة – نموذج KSADS-PL-5

تمهيد:

ان عملية ترجمة وتكييف المقاييس والاختبارات ليس بالأمر الهين كما يتصورها بعض الباحثين وأنما هي عملية تتطلب خبرة وجهد ووقت في تتبع استراتيجياتها ما يدفع العديد من الباحثين إلى اللجوء إلى مقاييس غير مكيفة وليس لها صلاحية ومصداقية، انطلاقا من الجهود الجبارة التي بذلها مترجمو ومكيفو المقاييس لوحظ بعض الصعوبات نظرا لتحيز مصممو هذه المقاييس لثقافة المجتمع الاصلي التي صممت فيه فوجبت تهيئة الظروف المناسبة لتهيئة المقياس حسب خصوصية البيئة المستهدفة وترجمته ثقافيا وليس مجرد ترجمة حرفية بهدف التناسب مع ثقافة البيئة الجديدة واعطاء أكثر مصداقية في عملية القياس والحصول على النتائج.

1- التكييف:

1-1 مفهوم التكييف:

تعرف عدى دليلة التكييف على أنه سيرورة من الإجراءات تبدأ بتحديد صلاحية الاختبار للقياس **أي أنه يتناسب مع البيئة الثقافية**، ثم اختيار المترجمين والتعديلات اللازمة في إعداد الاختبار الذي سيتم استعماله بلغة أخرى إلى نهاية العملية والمتمثلة في تكييف الاختبار ومصداقيته **(عدى دليلة،2016، ص370)**

وبهذا فإن عملية تكييف الاختبارات لا تعني فقط ترجمة المحتوى إلى لغة أخرى، ولكن الأمر يتعلق بإبداع جديد، يضم مختلف عمليات التحرير والتعبير والدلائل والإضافات، يضاف إليها مختلف التبريرات النظرية والعمليات الإحصائية والتطبيقية.

ويعرف أيضا بأنه:

التكييف هو ترجمة وإجراء التعديلات اللازمة على مقياس ما يتطابق مع البيئة التي سيجرى عليها التطبيق والتي تختلف عن البيئة التي صمم فيها المقياس الأصلي مع وجوب الأخذ بالاعتبار العوامل الاجتماعية والثقافية والتربوية...الخ.

فتكييف رائز(اختبار) هو إتباع خط نظري معين وتحديد الخصوصيات الثقافية واللغوية ،والعادات والتقاليد وديانات المجتمع الذي نبع منه الاختبار، وهذا لكي يعطي الرائز الجديد بعدا تكيفيا أكثر منه ترجمي لأنها عملية تكييف أو موائمة أداة من مجتمع وحضارة إلى حضارة مختلفة عن الأولى **suzanne K Bédard (et claude Lariviere, 2023, p 764)**

1-2 ضرورة تكييف المقاييس النفسية:

أن استخدام وتطبيق الاختبارات النفسية المنقولة ثقافيا والاكتفاء بترجمتها من اللغة الاجنبية إلى العربية ليس كافيا كمبرر لاستخدامها نظرا للعديد من الاشكالات التي تفرزها مثل استخدام الاختبارات غير المكيفة والتي يمكن أن نوردها فيما يلي:

- **أغلبية الاختبارات مترجمة بطريقة تسمح للمفحوصين بتزييف الاستجابة:**

خاصة تلك الاختبارات التي تقيس جوانب خاصة من الشخصية، أو تكشف عن العالم الداخلي للفرد.

فتختلط الامور على المستجيب فيجيب عن الأسئلة بوصفها ما يجب أن يكون أو كما هو مرغوب فيه في الثقافة التي يعيش فيها، وهذا ناتج عن الترجمة السيئة التي تغطي أو تكشف عن المعنى الكامن للبند، وتجعل المفحوص يتجنب أن يعطي الاجابة الملائمة.

- **معظم الاختبارات المعربة لا يتفق محتواها مع ثقافة المجتمع:** والتي تخاطب الفرد الجزائري، وبالتالي يجيب عليها بشيء من الموضوعية يؤدي إلى نتائج مظّللة لا تعكس واقع السمة المقاسة.
- **عدم وضوح التصور النظري أو المقاربة النظرية التي تكمن خلف بعض الاختبارات:** خاصة تلك التي يستخدمها باحثون غير واعين بدرجة كافية بأهمية المنطلقات والبناءات النظرية في بناء وتعيير الاختبارات النفسية وهذا. ما يؤثر في الصدق البنائي للاختبار.
- **بعض الاختبارات المعدة للتطبيق على فئة معينة في البيئة الأصلية:** لكن يقوم الباحثون بتطبيقها على عينة اخرى مختلفة ثقافيا واجتماعيا وعمريا في بيئة ثقافية اخرى.
- **تأثير تغير صياغة البنود:** إن عملية ترجمة الاختبارات النفسية عند نقلها من ثقافة لأخرى يجعل من البنود المكونة لهذه الاختبارات تبتعد عن المغزى منها ،أو تتغير في معناها حيث لوحظ أن نسبة المجيبين على بند نعم يعد لسمة غير سارة تتغير عن نسبة المجيبين ب لا للسؤال نفسه بعد التغيير في صياغته اللفظية.**(Robert J Vallerand, 1983, pp 665-670)**

1-3 شروط تكييف المقاييس:

أشار "Plachard" إلى من مجموعة من الشروط نوردها فيما يلي:

الزمن: يمكن أن يكون محددا أو غير محدد وفائدة الزمن هنا تكمن في معرفة عدد المشاكل التي يستطيع الرد عليها في زمن محدد مقداره "ز" و(هي طريقة الزمن المحدد) أو في معرفة عدد الدقائق التي يمكن للشخص أنهاء المهمة المطلوبة منه فيها (طريقة العمل المحدد).

ترتيب البنود: وهو مهم جدا ويتم حساب درجات الصعوبة والسهولة فيه وترتيبها من الأسهل إلى الاصعب.

شكل البنود: يقصد منه طريقة طرحها ،أسلوبها ،نوعها وهو مهم أيضا إذ يجب المحافظة عليها في الشكل المقنن وبنفس الأسلوب في كل مرة يعطى فيها المقياس.

هيئة الباحث: مهمة أيضا لأنها تؤثر على المفحوصين إلى جانب ايماءاته ودرجة صوته ولباسه.

المكان: لابد من الحفاظ على شروط عامة للمكان حتى نستطيع أن نثق في النتائج فالمكان المملوء بالضوضاء أو الألوان أو فيه موسيقى من شأنه أن يؤثر في نتائج المفحوصين.

الأدوات المستعملة: التي تساعد في بناء المقياس ذاته ويقصد بها مادة المقياس اذ لا يسمح بتغيير مادتها مثلا من خشب إلى بلاستيك او تبديل المكعبات بالأهرام وغيرها.

التعليمات: يقصد بها الأوامر والشرح الذي يقدم للمفحوص قصد مساعدته في إجراء المقياس إذ يجب أن تقدم العمليات بشكلها وبنفس الأسلوب.

التنقيط: تنقيط النتائج يقصد به تنقيط الإجابات المحصل عليها بنفس الأسلوب وفقا لقواعد موحدة**Givron (et all 2021 pp 126-129)**

1-4 خطوات تكييف المقاييس:

خطوات التكييف من خطوات التصميم والبناء لأن التكييف في حد ذاته بناء جديد للمقياس ويكمن الفرق فقط أنه في عملية محاولة التكييف أو إعادة التكييف أن الباحث لا يحمل هم الأطر التفسيرية ولا النظريات التي يستند إليها المقياس المراد بنائه.

وبصفة عامة تتمثل خطوات التكييف فيما يلي:

اختيار المقاييس المناسبة القابلة للتكييف ويتضمن هذا تقويما موضوعيا في صدق مواصفات المقياس في بيئته الأصلية أي أن يكون صادقا أصلا.

قبل الترجمة يجب التأكد من أن المترجمين خبراء في اللغتين. وهنا يتم إعداد نسخة أولية مترجمة من المقياس تتم بواسطة الترجمة المعاكسة للبنود من قبل مجموعة من المتخصصين يتقنون اللغة المصدر واللغة الهدف والتعابير المستمدة من العينة المستهدفة.

تجريب أولي للنسخة المترجمة ويتم توزيع المقياس على جزء من العينة المستهدفة قصد ضبط اللغة وضبط التعليمات والتأكد من مناسبة ألفاظ الترجمة.

وفي هذا الصدد يصف **Hampton** وآخرون إجراءات تتمثل في:

– الانتباه إلى صدق ترجمة المتغيرات في اللغة واللهجات لتأثيرها على الترجمة من حيث المفهوم والمعنى.

– دراسة كل بند حسب إمكانية تكييفه إلى الثقافة المتلقية، فالثابت وجود بعض البنود التي يمكن نقلها.

– القيام بدراسة استطلاعية حيث يجري استخدام النسخة التجريبية حسب الأعراف الثقافية، الممارسات والعادات، إلى ما هناك للحصول على نماذج ذات تطابق كامل.

– ضبط بنية المقياس حيث تشير **Helene Martin** أن هذه الخطوة أداة للحد من مشكلات التكييف باعتبارها وسيلة لتقييم نوعي، حيث أن عدم تتطابق فقرات المقياس الأصلي مع مضمون أو محتوى المقياس المترجم يؤثر على المحتوى العام للمقياس.

– تغيير المقياس في شكله الجديد ويقابل هذه المرحلة في بناء المقاييس لأول مرة اختيار عينة الأسئلة الممثلة.

– التجريب النهائي: وهو عملية تطبيق المقياس على العينة المستهدفة ويذكر **Hampton** أنه عند تحليل المعطيات التي تم الحصول عليها عند تطبيق النموذج وحسب دراسة البنية العاملية والخصائص السيكومترية ومقارنتها مع الأصلية ،ويمكننا القول إن الهدف الاساسي من كل هذه الاجراءات هو الحصول على مقياس في صورته النهائية يتناسب مع البيئة المراد استخدامه فيها.

ومن خلال هذا نجد أنه حتى يصبح مقياس ما قابل لتطبيق في بيئة معينة ويصبح قادر على إعطاء نتائج موضوعية لابد أن يمر بمجموعة من الخطوات للحصول عليه في صورة نهائية معدلة طبقا لمعايير وخصائص البيئة التي سيطبق فيها ،سوآءا من الناحية الثقافية أو العلمية أو الدينية وغيرها .إن عملية التكييف ليست مجرد ترجمة للمقياس فكل بيئة تمتلك مجموعة من الخصائص تميزها عن البيئات الأخرى **(Anne Sophie Julien, 2015)**.

1-5 مبادئ عامة في تكييف المقاييس وتطويرها:

يجب على الذين يقومون بتطوير الاختبارات ونشرها التأكد مما أن عملية التكييف تأخذ بعين الاختبار الاختلافات الثقافية واللغوية للمجموعات التي تجري الاختبار.

– على القائمين على تطوير الاختبار ونشره توفير الإشارة إلى أن اللغة المستعملة كلها مناسبة لجميع الثقافات ولغات المجموعات التي يستهدفها الاختبار.

- على المطورين والناشرين الإشارة إلى أن اختيار الأسلوب والشكل العام وكل الخطوات المتبعة في الاختبار مألوفة للمجموعة المستهدفة.
- إثبات أن كل بنود المحتوى والمادة المحفزة مألوفة لدى المجموعات المستهدفة.
- جمع الدلائل العقلانية واللغوية النفسية لتحسين الدقة في عملية التكييف وجمع الدلائل على تساوي كل نسخ الاختبارات في اللغات المختلفة.
- جمع المعلومات تسمح باستخدام تقنيات احصاء مناسبة لإقامة التساوي في الشكل والمحتوى في نسخ الاختبار في لغات مختلفة.
- تطبيق تقنيات احصائية مناسبة في (أ) اقامة التساوي في لغة الاختبار المستخدم (ب) وتعيين العناصر التي قد تكون غير مناسبة للاستخدام ضمن احدى المجموعات.
- توفير المعلومات عن صدق الإختبار المكيف ضمن المجموعة المستهدفة
- توفير إثبات احصائي عن تساوي البنود في كل المجموعات المستهدفة.
- عدم استخدام البنود غير المتكافئة للمجموعة الثقافية المستهدفة في ربط الاختبار المكيف مع مقياس الدرجات النهائية العامة المقدمة **(هاملتون،2006، ص51-57)**

1-6 العوامل المؤثرة في تكييف المقاييس:

تتأثر عملية تكييف المقاييس النفسية بعدد معتبر من العوامل نذكر من بينها:

- **عدم تكافئية البنية:** يشكل التفاوت المألوف في بنود البنية مصدرا آخر لعدم مصداقية نتائج الاختبارات المكيفة.
- **اختلاف اجراءات التطبيق:** على مطبقي الاختبارات أن يكونوا على مستوى عال من التكوين والتدريب فالاختلاف وتعدد المطبقين قد يؤثر على صدق الاختبار.
- **السرعة:** تلعب سيرورة اجراء الاختبار والريتم المطبق للاختبار دورا في صلاحيته.
- **شكل ومحتوى الاختبار:** إن اختيار شكل الاختبار من المواد المحفزة له، فالمفردات، وتركيب الجمل يمكن أن تشكل صعوبة في عملية التكييف الجيدة.

1-7الإنحياز والتكافؤ الثقافي للمقاييس النفسية:

يختلف مفهوم الانحياز والتكافؤ، فالأول يعرف على أنه :" اختلاف في الدرجات المسجلة في أحد المقاييس من لغة إلى أخرى بسبب وجود تباين غير مرغوب في معنى النتائج ،ويرتبط مصطلح التكافؤ حسب "بوسالم " من الناحية الذهنية بقياس أوجه الاختلاف بين العادات والتقاليد والقيم الاجتماعية وما ينتج عن ذلك من انحياز، فالمقياس المنحاز سوف يعطي درجات غير متكافئة وغير صادقة مما يعني أن تفسيرها ليس موضوعيا، ولا يعد الانحياز صفة من صفات المقاييس النفسية في حد ذاتها وإنما نتيجة لتطبيق هذه المقاييس على أفراد يختلفون في خصائصهم عن الافراد الذين بني المقياس من أجلهم واستخرجت معايير تفسير نتائج وفق خصائصها، مما يسمح بالتعميم إلا في حدود ضيقة جدا ترتبط بمجال التطبيق. **(زينب بريكي ،2016، ص37-38)**

1-8 صعوبات تكييف المقاييس النفسية:

إن عملية تكييف المقاييس ليس بالأمر السهل، فالباحث الذي هو بصدد التكييف قد يواجه بعض الصعوبات نذكر منها ما يلي:

الاختلاف في البيئة الثقافية: كما ذكرنا سابقا وحسب محمد الزاهر فالمقياس المصمم في بيئة معينة غير صالح للتطبيق المباشر في بيئات أخرى، فهي تختلف من حيث الخصوصية الثقافية والاجتماعية، كما أن تعدد البنية الافتراضية الخاصة بالسمات النفسية يختلف من حيث المؤثرات والسلوكات الدالة عليها من مجتمع إلى آخر.

مشكلات تتعلق بالخصائص السيكومترية: لقد أكدت الدراسات حسب صلاح الدين أبو عالم أن المقاييس النفسية المصممة للثقافات الغربية التي تحافظ على درجات مقبولة من الصدق والثبات عندما تترجم "مباشرة" إلى لغات وثقافات أخرى ومنها العربية لذلك يمكن أن تظهر مسألة تأثر صدق البنية للمقياس ككل، حيث أن عدم تطابق فقرات المقياس الأصلي مع مضمون أو محتوى المقياس المكيف، تؤثر على المحتوى العام للمقياس وبالتالي على بنود المقياس ومواضعها وبالتالي على صدقه وثباته أي على صالحيته إجمالا.

مشكلات نوعية المحكمين: عدم وجود هيئات خاصة تعمل على تحكيم هذه المقاييس والتأكيد على درجة جودة ترجمتها.

مشكلة الصياغة اللغوية للمقاييس النفسية خاصة الاصلية منها: فالكلمات التي لها أكثر من دلالة في إحدى اللغات قد يكون لها نفس الانعكاسات المؤثرة في لغة أخرى.

مناسبة المقاييس للمفحوص: فانتقاء المقياس المناسب للمفحوص يعد أمرا مهما، فلا يجوز أن تطبق المقاييس للراشدين على تلاميذ المدارس الابتدائية مثلا، كما يستوجب مراعاة الخصائص النفسية والانفعالية والجسمية والقدرات العقلية للمفحوص.

صعوبة الحصول على تعليمات ومفاتيح التصحيح في كثير من الأحيان.

صعوبة المعالجة الاحصائية وعدم التحكم في معظم الأساليب الاحصائية من قبل الباحث. **(زينب بريكي،2016، ص36-37)**

2-المقابلات العيادية المنظمة

2-1 تعريف المقابلة العيادية:

إن إشكالية تقييم وتشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق من النقاط الأساسية التي يواجهها الاخصائيون في العيادة النفسانية والسيكاترية، على عكس الأمراض الجسدية. إن ما يجعل عملية التقييم والتشخيص في علم النفس والطب النفسي صعب هو الاختلافات الراجعة إلى الزمن والميولات النظرية، التي تغير الحالة النفسية للأطفال من جلسة لأخرى. ولهذا تم باجتهاد الباحثين، تطوير العديد من المقابلات التشخيصية التي تتيح للأخصائي مرونة في استخدام استراتيجيات منهجية علمية تسهل عليه اكتشاف وفهم نقاط الاشكالية بعمق مع الحفاظ على توحيد طريقة التطبيق واللغة العلمية.

حسب **Chebert et Verdon (2008)**: تقترح المقابلة العيادية بناءا على طلب فرد يعاني من اضطرابات نفسية الذي يحتاج إلى لقاء مختص محترف لعرض معاناته، بهدف المساعدة وتشخيص حالته وعلاجها.

إن المقابلة العيادية هي شكل محدد من أشكال اللقاء بين فرد يعاني ومختص نفساني أو مختص طب عقلي يكون الهدف الرئيسي منها فهم وتقييم الوظيفة النفسية للفرد وتشخيصها وعلاجها.

- وهناك نقاط أساسية تميز المقابلة العيادية وهي كالتالي:

الغاية: الهدف الرئيسي هو فهم التوظيف النفسي للفرد، وكذا العمل على تعديلها وتحسينها. كما يمكن أن يشمل ذلك حل المشكلات أو معالجة الأعراض. أي باختصار الهدف منها هو التقييم والتشخيص والعلاج.

الذاتية وما بين الذاتية: على عكس أشكال اخرى من المقابلات في مختلف التخصصات، فإن المقابلة العيادية النفسية السيكاترية ترتكز أساسا على ذاتية المعالج والمفحوص حيث أن إدراكات تجارب انفعالات كل منها هي قلب اللقاء. كما أن التفاعل بين المختص والمفحوص ما يسمى مابين الذاتية مهم لسيرورة فهم العمل السيكولوجي.

الإطار والطرق: تتبع المقابلة العيادية إطارا معينا يشتمل على مراحل مثل: استقبال الفرد، تحديد الطلب ،وكذا تبني موقع عيادي محدد حيث يمكن أن تتغير طرق العمل اعتمادا على احتياجات الفرد، انطلاقا من استقصاء المشكل وصولا إلى التنقل العلاجي.

السياق والقيود: تتأثر المقابلة العيادية عادة بمختلف المضامين مثل التاريخ الشخصي الحالي، والبيئة المؤسسة التي يحدث فيها اللقاء بالإضافة إلى القيود اللغوية الخاصة بالتواصل النفسي.
(Nedineproia –Le louey 2012. Pp9-10)

كما قام كل من **Bernard Chouvier et Patricia Attigui**(2016) بتسليط الضوء على ثلاثة مفاهيم رئيسية وموقفان أساسيان بما يتعلق باللقاء في المقابلة العيادية النفسية:

الداخلية: يتعلق الأمر بفهم ادراكات الفرد الذاتية من خلال فحص التجارب والدوافع الداخلية التي تؤثر على سلوكه.

الفردانية: كل فرد هو فريد، بتجارب حياته وردات فعله الخاصة به.

الكلية: تدرس المقابلة الشاملة الواقع النفسي في كل جوانبه بدون التركيز على جانب واحد واهمال الاخر.

- أما الموقفان الأساسيان فهما:

أولا: الوجود او الحضور: وهو الانتباه او الاصغاء إلى ما يقال وما يتجلى إلى جانب الكلمات (اللغة الجسدية) بما في ذلك التعابير غير اللفظية وردود الفعل الداخلية.

ثانيا: الفهم: لا يعني فقط التحليل بل يعني فهم تعقيد الآخر بصورته الكاملة، في إطار علاقة استماع وتبادل.
(Bernard Chouvier et Patricia Attigui; 2016.pp20-23)

خلال المقابلة العيادية يتم تطبيق مجموعة متنوعة من الأساليب والتقنيات النفسية مثل الإصغاء الفعال، التفاعل الحي والمشاركة الوجدانية، وتختلف سيرورتها باختلاف الهدف منها وأنوعها.

2-2 أهداف المقابلة العيادية:

تقييم وتشخيص الحالة: من أهم الأهداف الرئيسية للمقابلة العيادية هي فهم وتقييم الحالة النفسية والعقلية للمفحوص، حيث يقوم الفاحص بجمع المعلومات اللازمة عن تاريخ الحالة من الجانب النفسي والعائلي والصحي والمدرسي واستخراج عوامل الهشاشة ،والخطر والحماية من أجل بناء سيرورة سيكو مرضية تسمح له بجمع الأعراض واعطائها دلالة عيادية وتصنفها في جداول عيادية وصولا إلى التشخيص.

تحديد الأهداف ووضع الخطة العلاجية: يتم من خلال المقابلة تحديد الأهداف المرجوة من العلاج ووضع خطة استراتيجية معالجة مثل العلاج النفسي السلوكي المعرفي، العلاج الدوائي ...الخ .

تقديم الدعم العاطفي والمساعدة النفسية: توفر المقابلة العيادية بيئة آمنة للمفحوص يمكن فيها التعبير عن مشاكله ومخاوفه بحرية ،ويقوم الأخصائي بتقديم الدعم والمساعدة النفسية للمريض للتعامل مع التحديات التي يواجهها.

تقديم التوجيه: يمكن للأخصائي تقديم التوجيه بشأن كيفية التعامل مع مشكلاته النفسية والعوامل المؤثرة عليها بشكل إيجابي. **(Gerard Poussin. 2017)**

2-3 أنواع المقابلات العيادية:

تختلف المقابلات باختلاف زاوية أهداف تقسيمها فهناك مقابلات تصنف على أساس وظيفتها مثل: المقابلة المسحية الهادفة إلى الحصول على المعلومات، والمقابلة التشخيصية التي تهدف إلى تطوير سيرورات التقييم السيكو مرضي لوضع تشخيص، والمقابلة العلاجية التي يتم خلالها تحديد أهداف العلاج وبناء بروتكول سيكو علاجي وأخيرا المقابلة البحثية المرتبطة بمشروع بحث أكاديمي.

وهناك تقييم آخر من حيث العدد اين نجد مقابلات فردية ومقابلات جماعية.

كما هناك التقييم الأكثر شيوعا وهو المقابلات حسب طبيعة الأسئلة ونجد هنا: المقابلة غير المقننة أو الحرة والمقابلة الموجهة والنصف موجهة. **(جابر مقراني , 2022، ص61-59)**

2-3-1 المقابلة التشخيصية:

عرفها **Lincolin 1995:** أنها تقنية جمع المعلومات وتحليلها تساهم في تطوير المعرفة التي تعزز النهج النوعي والتحليلي والتي تنمي بشكل خاص البيانات البنائية **(Lincolin. 1995)**

تم تطوير المقابلات التشخيصية المنظمة والشبه منظمة في علم النفس العيادي والطب العقلي بالتزامن مع التصنيفات الدولية للاضطرابات النفسية والعقلية (CIM/DSM) نتيجة للحاجة إلى ترتيب وتطوير واعطاء صبغة علمية لسيرورة التقييم والتشخيص التقليدية وذلك بتوفير مصداقية ودقة كبيرة في التشخيص كما أنها تسمح بتقييم الاضطرابات ومضاعفاتها ومدتها ومسارها بطريقة موحدة.

يواجه الاخصائيون النفسانيون صعوبات كثيرة أمام عملية التشخيص عند الطفل والمراهق بسبب الاختلافات والتناقضات الراجعة إلى عامل الزمن حالة الأمراض السيكاترية والتقلبات في تعبير الطفل والمراهق عن نفسه وكذا التغيرات في الحالة العقلية بين اللقاءات وتباين المعلومات أو الميولات المقسمين في تقييم أهمية الأمراض **(Duncanet et all 2018)**

ومن الأسباب التي جعلت المقابلات التشخيصية أكثر فعالية مقارنة بالطرق التقليدية اختلافها عن التقييم العيادي المعتاد فيما يخص النمط والمحتوى الذي يساعد في الزيادة من مصداقية التشخيصات المقترحة **(Fatihunal et all 2018 P2)**

كما أن المقابلة التشخيصية النصف الموجهة تترك الحرية للأخصائي في ترتيب الأسئلة مع إمكانية الاجابة المفتوحة أو شبه مفتوحة مع الحفاظ على مبدأ المقابلة **(J-M,CLOOS 2006)**

فالمقابلات التشخيصية تمكن من وضع تقييم دقيق مركزين في ذلك على بداية حدة ومدة الاضطرابات ودرجة الاضطراب الوظيفي. ولهاته الأسباب يمكن اعتبار المقابلات التشخيصية المنظمة دليل صادق في يد الاخصائيين والباحثين **(Leffter et all 2015)**

وبالرغم من أن المقابلات التشخيصية تأخذ وقتا أطول من المقابلات السيكاترية العيادية المنظمة لتأسيس أو وضع تشخيصات أكثر دقة وهذا ما سيزيد من فعالية العلاج. **(Garcia Barrera et moore 2013)**

تجدر الإشارة إلى تواجد العديد من الاجتهادات للمقابلات التشخيصية عند الطفل والمراهق DISC، **Chips**، DITA،CAPA . لكن يعد دليل المقابلة التشخيصية**K,SADS.PL5** الأكثر استعمالا والذيُ ترجم إلى أكثر من 30 لغة.

3-جدول كيدي للاضطرابات العاطفية والفصام للأطفال والمراهقين في سن التمدرس الاصدار الحالي ومدى الحياة. K, SADS.PL5.

3-1 تعريف K,SADS.PL5 :

هو مقابلة نصف منظمة تشخيصية تهدف إلى التشخيص المبكر للاضطرابات العاطفية النمائية العصبية والسلوكية للأطفال والمراهقين تتراوح اعمارهم من 6 إلى 18 سنة وفقا لمعايير الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية **DSM**، يسمح هذا الدليل بتقييم الاضطرابات في صيغتها الحالية ومدى الحياة ويوفر تغطية تشخيصية واسعة لمختلف الاضطرابات النفسية والعقلية **(takishini.ushiyama et all 2020)**

ترجع أول نسخة للدليل إلى عام 1985المطورة من طرف **(brisig. .chambers et puigantichet N.Narchion 2015)**

إنه أحد الأدوات التشخيصية الموحدة الأكثر استخداما على المستوى الدولي حيث تم تطوير نسخة K، **SADS.PL5** عام 1997 من طرف **Joan kaufman** وزملائها من أجل تقييم الاضطرابات تبعا لـ **DSM5** ومنذ ذلك الوقت يخضع الدليل التشخيصي ،K SADS.PL5 للعديد من التعديلات والتكييفات. يحتوي **K,SADS.PL5** على دليل المقابلة مع الطفل أو المراهق و حتى مع الوالدين، و ينتهي بخلاصة يتم وصفها من طرف الفاحص بعد دراسة كل المعلومات المتحصل عليها من الطفل أو المراهق و الوالدين و الملاحظات الدقيقة للفاحص.

توجه الأسئلة المذكورة في الدليل الاحصائي في المقابلة لجمع المعلومات اللازمة وتنقط وتقيم كل بند، لذلك يجب أن تكون اللغة المستعملة مكيفة مع البنية المعرفية للطفل. تبدأ المقابلة مع الوالدين ثم الطفل أو المراهق.**(SPITZER R.L 1978)**

في البداية اعتمد الباحثان على المعايير التشخيصية المستمدة من الأبحاث لتغطية محتوى الأعراض وبعد العديد من المراجعات والتقدم في الأبحاث تم تكييف الدليل حسب المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية النسخة الثالثة ثم المراجعة **DSM3TR.**

مع إصدار النسخة الرابعة للدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية **DSM4** قامت **Joan Kauffman** وشركاؤها بتطوير نسخة جديدة لـ **K SADS.**، والتي تهتم بتقييم الأعراض عند الطفل والمراهق في الحاضر ومدى الحياة.**K, SADS.PL**

تقيم نسخة **K,SADS.PL** الاضطرابات النفسية في تمظهرها الحالي والماضي كما توفر تغطية تشخيصية واسعة ومن الأسباب التي دفعت **Kauffman** وشركاؤها 1997 إلى تطوير النسخة الحالية و مدى الحياة ذلك **K,SADS.PL** مايلي:

- عدم الحصول على معلومات تاريخية عن الاضطرابات النفسية على مدى الحياة .
- انتقال عدد من التشخيصات النفسية الهامة للأطفال في نسخة **SADS.PL،K** (على سبيل المثال فرط النشاط واضطراب ما بعد الصدمة).
- مشاكل مع عدة استفسارات ومعايير تسجيل تستخدم لاستحضار وتقييم الاعراض.
- عدم وجود تصنيفات تقييمية محددة للتشخيص لتسهيل تحديد الحالة. **(SCHWAB: STONE ET AL ,INKauffman 1997,p 982)**

كما صرحت 1997 **Kauffman** أن الأمر الذي زاد رغبتها في مراجعة نسخة **SADS.PL،K** هو اصدار **DSM** ليكون الهدف تسهيل التشخيص الدقيق والسريع للاضطرابات عند الطفل و المراهق **(Kauffman,1997, pp981)**

تعتبر هذه النسخة أكثر الاصدارات شمولا في 2013 حيث تم اصدار **APA** النسخة الخامسة من الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية مع التغييرات الكثيرة في تصنيف الاضطرابات السيكاترية التي تمس الطفل والمراهق. وهذا ما دفع مرة أخرى **Kauffman** إلى مراجعة النسخة السابقة بعد هذا الاصدار **K,SADS.PL5. (ARTHUR CAYE ET ALL, 2017,P3)**

مؤخرا تم تطوير النسخة الالكترونية لـ:**K,SADS.PL5** و هي **KSADS COMP** و تم نشر نتائج صلاحيتها في مقال صدر عام 2019 من طرف **kennethkobak. Lisatownsend** وآخرون تحت عنوان : جميع الاصدارات الثلاثة **K,SADS.comp** قامت بالاحتفاظ بالمكونات الرئيسية لـ:**K,SADS.PL5** الورقي و

المتمثلة في : المقابلة التمهيدية الغير المنظمة المقابلة التشخيصية الملاحق الخمسة التشخيصية (اي المقابلة التشخيصية).

من هنا تم إحداث بعض التغييرات على الإصدارات K,SADS.comp و مراجعة النسخة الجديدة للـ DSM5 ثم تحويل الأداة إلى النسخة الالكترونية بما في ذلك الخوارزميات الآلية للتسجيل وميزات التقاء البيانات تم تصميم K,SADS.comp لتوليد تشخيصات فئوية و مقاييس تصنيفية للأعراض الحالية المرتبطة بالتشخيص تم تعديل معايير التسجيل بحيث يتم تسجيل خيارات الاستجابة لجميع الأعراض الحالية باستخدام نفس مقاييس التصنيف القياسي المكون من 5 نقاط **(Lisa townsend, 2019, P02)**

3-2 أنواع .K,SADS

خلال السنوات الأخيرة تم تطوير عدة نسخ من **K,SADS** وذلك حسب هدف استخدامها نذكر منها:

- **K, SADS.E: الوبائي:** و هو عبارة عن دليل مقابلة منظمة تم تطويرها يهدف استقصاء البحث لتسجيل المراحل الماضية من الاضطرابات النفسية لدى الاطفال والمراهقين **(links, 1982)**
- **WASH UK SADS:** وهو مقابلة منظمة طورت و كيفت أساسا للإضطرابات ثنائية القطب. **(GELES WILTIMAS ZIMERMANET ET FRANZIER, 1996)**
- **K, SADS.comp:** و هي النسخة الالكترونية لـ:**K, SADS.PL5** تم تطويرها بعد اصدار **K,SADS.PL5** عام 2013 و نشرت مصداقية صلاحيتها عام 2019.

3-3 وصف دليل K SADS PL وطريقة تطبيقه:

الـ: **SADS PL** هو عبارة عن مقابلة تشخيصية نصف منظمة موجهة لتقييم المرحل الحالية والماضية للأمراض النفسية عند الطفل والمراهق وذلك تبعا للمعايير التشخيصية لـ **DSM** ،إذ يقترح الدليل أسئلة ويدقق في المعايير –الموضوعية من أجل تقييم حاضر الأعراض.

الـ: **SADS PL** هو مقابلة نصف موجهة. ولا يجب أن تطرح الأسئلة المقترحة كلمة بكلمة ولكن تم تقديمها كمثال لتوجيه الفاحص في جمع المعلومات اللازمة لتنقيط كل بند. حيث يجب أن يكون الفاحص حر في صياغة الأسئلة التي تتلاءم مع مستوى تطور الطفل واستئناف لغة الوالدين والطفل عند استجوابهم عن الأعراض الخاصة.

يحتوي **K SADS PL** على مقابلة مع الوالدين (أو أحدهما)، ومقابلة مع الطفل. والتي تنتهي بتقييم شامل ملخص يحتوي على كل مصادر المعلومات (الوالدين الطفل المدرسة، ملفات ومصادر أخرى). عندما يوجه الدليل إلى تلاميذ لم يصبحوا مراهقين بعد (**pre addolescent**) ، يجب أن تكون المقابلة أولا مع الوالدين أو أحداهما. ولكن عندما يتعلق الأمر بمراهقين بأتم معنى الكلمة يجب أن تبدأ المقابلة مع المراهق. في حالة عدم التطابق بين مختلف مصادر المعلومات، يجب أن يرجح الفاحص الحكم الدقيق ، إذ يتعلق الأمر هنا في معظم الأوقات بالبنود التي لها علاقة بظواهر ذاتية لا يكون للوالدين علما بها ولكن يجاوب ويصفها الطفل بطريقة دقيقة في وجودها من عدمها مثل الإحساس بالذنب، اليأس ، الهلاوس والأفكار الانتحارية. أما إذا كان عدم التطابق متعلق بسلوك خارجي ملحوظ (مثل التغيب عن المدرسة. سلوكات إضطهادية) يجب على الفاحص استجواب الوالدين وكذا الطفل حول هذا الاختلاف. وفي حالة عدم القدرة على توضيح عدم التطابق ،فمن الأفضل مجابهة االطرفين وتشجيعهما على المناقشة حول أسباب هذا الاختلاف، وفي آخر المطاف، على الفاحص الإستناد والرجوع إلى حكمه العيادي الموضوعي واستخلاص التقييم.

يجب استعمال التعليمات التالية لتحديد الأعراض:

التشخيصات الحالية: بالنسبة للمراحل الحالية **(EP)** للاضطراب، يجب أن يرتكز التنقيط على المرحلة التي كانت فيها الحالة جد حادة. تسيل على الهامش تواريخ التحسن واختفاء الأعراض المعنية (مثل الأرق)، والاضطرابات المعالجة دوائيا (مثل تشتت الانتباه / فرط الحركة).

التشخيصات الماضية: لكي يتم اعتبار مرحلة على أنها " ماضية"، لا يجب أن يظهر على الطفل أي عرض مصاحب لمدة شهرين على الأقل.

الأجندة الزمنية: بالنسبة للأطفال الذين عاشوا اضطرابات متكررة من الأحسن وضع أجندة زمنية تسمح لنا بمتابعة الاضطراب وتسهيل تنقيط الأعراض المصاحبة في كل مرحلة من المرض شيئا فشيئا، مع سيرورة المقابلة، يمكن لتشخيصات بدائية معتبرة على أنها ماضية أن تتضح على أنها تشخيصات حالية.

تحتوي**SADS PL K**على أراء هي:

- **مقابلة تمهيدية غير منظمة:**

- **مقابلة كشف تشخيصية.**
- **قائمة الوحدات.**
- **الوحدات التشخيصية المطابقة.**
- **ورقة الخلاصات التشخيصية حول الحياة كاملة.**
- **(C-GAS) سلم التقييم الشامل للأطفال.**

يقدم **KSADS – PL** في بداية الأمر لكل من الطفل والوالدين منفصلين ، ثم يتم ملئ ملخص التشخيص حول الحياة كاملة و **(C-GAS)** بعد وضع خلاصة عن كل المعلومات وحل الاختلافات المحتملة بين مختلف مصادر المعلومات. إذا كان هناك غياب المؤثرات للمرض النفسي الحالي أو الماضي، لا يحتاج الفاحص الذهاب للمرحلة التالية بل يكتفي بمرحلة الكشف وهنا ستلخص مختلف مراحل مقابلة– **SADS .PL**

المقابلة التمهيدية غير المنظمة: مدتها من 10 إلى 15د. يتم جمع المعلومات والمعطيات السوسيو– ديموغرافية ومعلومات حول الصحة، الشكاوى الحالية، والسوابق حول العلاجات السيكاترية. وكذا حول التوظيف المدرسي للطفل، نشاطاته خارج المدرسة وعلاقاته مع العائلة والأصدقاء. من المهم التطرق إلى هذه المواضيع لأنها تمنح محتوى يسمح بتحديد الأعراض (والاكتئاب والهياج) والحصول على المعلومات الضرورية لتقييم إصابة وظيفية. كما يجب التركيز على هاته المرحلة لبناء علاقة مع الوالدين والطفل .

مقابلة الكشف: وتكون هاته المرحلة فوق الأعراض الأساسية لمختلف التشخيصات المكتشفة من خلال **K.SADS PL**من أجل تقييم كل عرض، ثم اقتراح أسئلة خاصة ومعايير تنقيط. لا يستلزم على الفاحص قراءة كل الاسئلة كلمة بكلمة أو طرحها كلها. بل يطرح – عدد الأسئلة اللازمة والضرورية للتنقيط كل بند . يجب طرح الأسئلة بطريقة محايدة موضوعية متجنبين في ذلك توجيه الإجابات.

نبحث في المقابلة الكشف عن الأعراض الحالية **(EA)** وعن الأعراض الماضية الحادة **(EPS)** في نفس الوقت. نطلب في البداية من الطفل إذا ظهرت عليه الأعراض أو العرض سابقاً. إذا كانت الإجابة سلبية، يضع الفاحص درجة سلبية للفترات الحالية والماضية، ثم يطرح السؤال التالي. إذا تم التأكيد على الإجابة بـ «نعم"، يجب الفاحص أن يسأل عن زمن ظهور العرض في الوقت الراهن، وعليه اعادة طرح سؤال آخر ما إذا كان العرض قد ظهر في زمن غير الوقت الحالي.

التشخيصات المكتشفة في خلال مقابلة الكشف لسيت بحاجة إلى تقديمها في ترتيب محدد. حيث يمكن للفاحص أن ينطلق من الشكاوى المقدمة من طرف المفحوص خلال المقابلة غير المنظمة، ويستجوبه من التشخيصات المحتملة. ولكن يجب ملئ كل أقسام أو أجزاء مقابلة الكشف ولقد صرح معظم الفاحصين أنه من المستحب اتباع الترتيب المقترح من طرف الدليل.

بعد الكشف عن الأعراض الأساسية لكل تشخيص، لتحدد المعايير الحالية والماضية للاضطراب. يحدد الفاحص ويبين هنا في الفضاء المطابق ما إذا كان الطفل يستجيب لمعايير الفقرة في القسم أو إذا كانت له تظاهرات عيادية للأعراض الأساسية للاضطراب المستهدف. إذا لم يستكمل الطفل معايير الفقرة في القسم بالنسبة لبعض التشخيصات، يجب المرور إلى المرحلة التالية وهي مرحلة الوحدات.

قائمة الوحدات: توجد هاته القائمة في الصفحة الأخيرة من مقابلة الكشف،يجب أن تسحب هاته الورقة من كتاب الدليل قبل بداية المقابلة، وهنا يتم شطب أو تعيين الوحدات على الورقة مع التواريخ الممكنة للمراحل الحالية والماضية للاضطراب المستهدف.

الوحدات التشخيصية: يحتوي K-SADS -PLعلى 5 وحدات.

الوحدة 1: الاضطرابات العاطفية.

الوحدة 2: الاضطرابات الذهانية.

الوحدة 3: الاضطرابات الحصرية.

الوحدة 4: الاضطرابات النمائية واضطرابات السلوك.

الوحدة 5: اضطرابات الإدمان والسيرة الغذائية.

تحدد معايير الدخول في المقابلة الكشف والوحدات المعنية والتي يستلزم ملؤها. تحتوي كل وحدة على قائمة من الأعراض ،حيث تسمح الأسئلة والمعايير بتقييم المرحلة الحالية **(EA)** والمرحلة الماضية الأكثر حدة **(EPS)** للاضطراب وفقا للمعايير التشخيصية حسب DSM .يجب أن تتبع إدارة الوحدات تسلل زمني لظهور الأعراض لمختلف التشخيصات .

التنقيط:

معظم بنود دليلK SADS PL لها تنقيط من 0 إلى 3. حيث تعني الدرجة 0 عدم وجود معلومة ،أما 1– فالعرض غير موجود، في حين 2 العرض له دلالة شبه عيادية ، أما 3– العرض له دلالة عيادية كما يوجد تنقيط آخر لبعض البنود من 0 إلى 0.2 يعني لا توجد معلومة 1 غياب العرض 2 وجود العرض. **(Coot et all 2002 pp4-8 .15).**

4-الوسط المدرسي الجزائري:

البيئة المدرسية تتشكل نتيجة لتفاعل العوامل والظروف التعليمية السائدة، هذه البيئة يمكن اعتبارها الوسط المدرسي المتمثل في شقه المادي (غرف الصف، مرافق، وسائل...) وشقه الإنساني (الجماعة التربوية) وشقه التفاعلي (التفاعلات التربوية والتعليمية).

4-1 تعريف الوسط المدرسي:

تعتبر المدرسة ثاني وسط يذهب إليه الطفل بعد الأسرة، ولهذا تعتبر من أهم أوساط التنشئة الاجتماعية ولها تأثير قوي على الناشئة، حيث تأتي في أهم سنوات تكوين الاتجاهات والقناعات لهذا الناشئ، وعلى حد قول: أحمد جمال ظاهر " تعتبر المدرسة عاملاً آخر من عوامل التنشئة السياسية والاجتماعية، وتعمل المدرسة بوسائلها المختلفة عملا يشبه إلى حد كبير دور العائلة، فهي التي تعمق شعور الانتماء للمجتمع، وتساهم في بناء شخصيته وتثقيفه عن طريق فهم العادات والتقاليد وتجعله عضواً مشاركاً في المجتمع". **(خالدي، 2018: 267).**

وتعد أيضا منظومة اجتماعية له نشاطه الخاص ويقصد به بالبيئة المدرسية والمجتمع التعليمي (المبنى المدرسي، الطاقم التربوي، الطاقم الإداري، التلاميذ، أولياء التلاميذ، الحرم المدرسي). **(بن ناصر، عمرون، 2015: 121)**

في حين البعض بأنها تنظيم يكرس أنشطة من اجل التنشئة الاجتماعية والأخلاقية والتربوية، تمتلئ بالعديد من الوظائف والمهام الرسمية التي تسهم في إعداد التلاميذ وتأهيلهم ليسلكوا أدوارا مناسبة، وما ينبغي أن يكون عليه هذا السلوك داخل المدرسة أو خارجها. **(عزي الحسين، د.س: 111)**

ويرى البعض الاخر على أنها مؤسسة اجتماعية تتكون من عناصر أساسية ممثلة في الهيكل المدرسي، والمعلمين، والمناهج التعليمية، والتلاميذ، أنشأها المجتمع لتحقيق أهدافه ومراميه، حيث يتعاون الكل في تكامل وتآزر من اجل الوصول إلى الأهداف المسطرة التي خطها النظام التربوي للمجتمع، وبخاصة التحصيل العلمي، وتشكيل منظومة القيم التربوية لدى التلاميذ. **(عزي الحسين، د.س: 114)**

بينما تعتبر أيضا الجهود المنسقة التي يقوم بها فريق العمل في الحقل التعليمي (المدرسة) إداريين، فنيين، بغية تحقيق الأهداف التربوية داخل المدرسة تحقيقا يتمشى ما تهدف إليه الدولة من تربية أبنائها، تربية صحيحة وعلى أسس سليمة. **(لخضر لكحل، كمال فرحاوي، 2009، ص 168)**

كما أنها تشكل مجموعة من الجهود المنظمة التي يقوم بها أفراد داخل إطار واحد وهو المدرسة لتحقيق الأهداف التربوية المرسومة والتي تنعكس آثارها على المجتمع، كما تعرف بأنها الجهود المنسقة يقوم بها مدير المدرسة مع جميع العاملين من مدرسين وإداريين ومستخدمين بقصد تحقيق الأهداف التربوية داخل المدرسة. **(شحاتة، النجار، 2003: 31)**

أما الباحث فيعتبر الوسط المدرسي:

- نظام متكامل [مدخلات–عمليات–مخرجات–تغذية راجعة] يسعى إلى تحقيق أهداف معينة ذات علاقة بالتلميذ.
- مركب نظامي تعليمي يتمثل في الإدارة وهيئة التدريس والتلاميذ والمادة الدراسية ووسائلها التعليمية والبيئة الصفية.
- عملية إدارة تعليم وتعلم وتوجيه وإرشاد التلاميذ مراعاة للفروق الفردية بينهم.

4-2 خصائص الوسط المدرسي:

للوسط المدرسي خصائص وميزات نذكر منها على سبيل الحصر ما يلي:

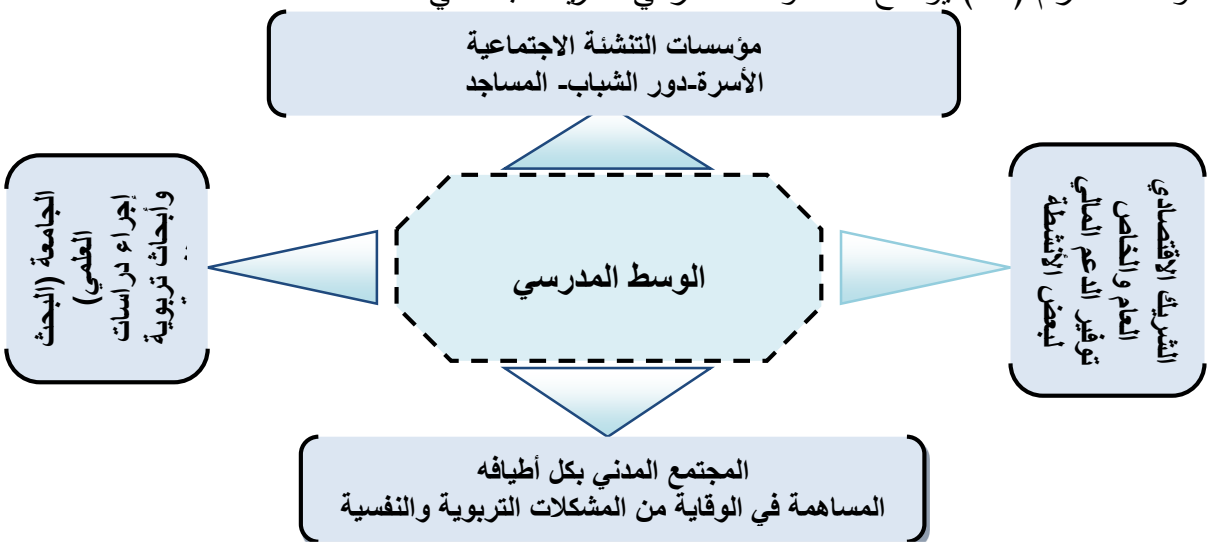
الوسط المدرسي ميدان للعلاقات الإنسانية: وتعتبر المدرسة مؤسسة اجتماعية تؤدي وظيفتها وتحقق أهدافها مرتكزة على تكامل مجموعة من الأدوار يقوم بها الأفراد المشتغلون بها، مثل مدير المدرسة، والمعلمين، والإداريين، والمساعدين التربويين وغيرهم ومن الجدير بالذكر أن المدرسة لا تعمل منعزلة عن المجتمع الذي توجد فيه فهي تؤثر فيه وتتأثر به، فالوسط المدرسي بناء ديناميكي يعبر عن وحدة

اجتماعية يتفاعل فيها أفراد تختلف اتجاهاتهم وتتنوع حاجاتهم في ظل جو من الاتفاق والتوافق والوئام، وذلك من أجل تحقيق أهداف التربية المنشودة. **(بن ناصر، عمرون، 2015: 123)**

الوسط المدرسي منظومة القيم (ثقافات المدرسة): تعتبر المدارس انساقا اجتماعية معقدة فهي كيانات ثقافية في ذاتها، بما تتضمنه من المعايير والقواعد ونظم السلوك، فهي منظومة من القيم والمعايير والمعتقدات والمبادئ والممارسات التي تكونت في المدرسة مع الوقت نتيجة لتفاعل مجتمع المدرسة (إدارة–معلمون–التلاميذ) وهي منظومة تتكون من التوقعات والقيم التي تشكل طريقة تفكير الناس ومشاعرهم وتصرفاتهم في المدرسة. **(سناني، دس: 09)**

الوسط المدرسي شراكة مجتمعية: تعتبر المدرسة نموذجا مصغرا للمجتمع، تتم في فضائها كل أشكال العلاقات والتفاعلات بين مفردات الوسط المدرسي، رغبة في تنمية الجوانب المعرفية والوجدانية والسلوكية للناشئة مما يتطلب اشراك الجميع في هذه العملية (الطاقم الاداري والتربوي–أولياء الأمور–المجتمع المدني–المؤسسات العلمية والثقافية والاجتماعية والاقتصادية). **(هياق، 2017: 145)**

والمخطط رقم (00) يوضح هذه الوسط المدرسي كشريك اجتماعي:



الشكل رقم (2) يمثل الوسط المدرسي شراكة مجتمعية

3-4 بيئة الوسط المدرسي:

يهتم المربون وعلماء النفس بدراسة العلاقة الارتباطية بين الانسان والبيئة، فالبيئة الملائمة للإنسان وهو مناسب لها ويتكيف مع تغيراتها، فأي تغير في البيئة يصاحبه تغير نفسي وسلوكي واجتماعي في الانسان، وأي تغير في البيئة مرده الانسان. **(زيتون،2003: 2015)**

إن البيئة المدرسية يدخل في تشكيلها مجموعة من العمليات التي تحدث داخل حجرة الدراسة، وفي المدرسة ككل، فالبيئة المدرسية أعم وأشمل من بيئة الفصل. **(زيتون،2003: 2017)**

- **البيئة المدرسية بيئة مادية (السليتي، 2008)**: تشكل المدرسية الإطار العام الذي يضم مكونات العملية التربوية جميعها، وكلما كانت هذه المكونات متناغمة منسجمة فيما بينها كانت المدرسة قادرة على التعامل مع الجميع في مناخ يتسم بالطمأنينة والأمان لجميع الأطراف فيها، فالبناء المدرسي وتصميمه من العوامل الفاعلة والمهمة وهنا يجب الاهتمام بـ:
  - التصميم الداخلي بما فيه من ديكورات ولوحات جدارية فنية.
  - الملاعب والساحات التي تخدم كل الأنشطة.
  - المرافق والممرات والمختبرات العلمية التي تخدم كل التخصصات.
  - الغرف الصفية الواسعة التي تشمل على الأثاث المناسب والأدوات التعليمية.
  - الكتب والمراجع وأركان التعلم المكتلفة كركن الرسم والفنون الجميلة.
- **البيئة المدرسية بيئة صحية:** مفهوم الصحة هنا القصد منه الوصول إلى حالة تكامل بدني وعقلي ونفسي واجتماعي لأجل حياة سعيدة تسهم في القيام بالوظائف المسندة على أكمل وجه ولهذا السبب تعتبر المدرسة حاملة لمسؤولية عظمى في مجال التربية الصحية من ناحية التوعية وتقديم الخدمات الوقائية والعلاجية بحكم المسار الدراسي للطفل والمراهق الذي يقضيه بالمؤسسة التعليمية. **(لعمش،2010: 417)**

هناك أسباب عدة جعلت المجتمعات تولي عناية خاصة للصحة المدرسية نذكر منها **(لعمش، 2010: 417-418)**

- يشكل التلاميذ شريحة واسعة من السكان.
- تتميز فترة السن المدرسي بالنمو والتطور السريع بدنيا ونفسيا واجتماعيا مما يستلزم توفير الظروف المناسبة للنمو والتطور المتكامل.

- يتعرض الطفل في مرحلة الدراســة على مشــاكل وضــغوطات اجتماعية قد تؤدي على الانطواء واللجوء إلى النشاط العدواني.
- تعتبر المدرسة إشعاع لمكافحة الأمراض المعدية في المجتمع الذي يحيط بها.
- الاحتمالات الكثيرة للإصابة بحوادث داخل المدرسة أو في الطريق إليها أو أثناء العودة.
- التربية الصحية للتلاميذ تساعد على اكتساب السلوك الصحي السليم، وقد يؤثر ذلك في أسرته وفي حياته المستقبلية.
- البرامج الرياضــية المدرســية عام هام في رعاية صــحة التلاميذ وفي تحقيق التكامل بين صــحتهم الجسمية والعقلية والانفعالية.

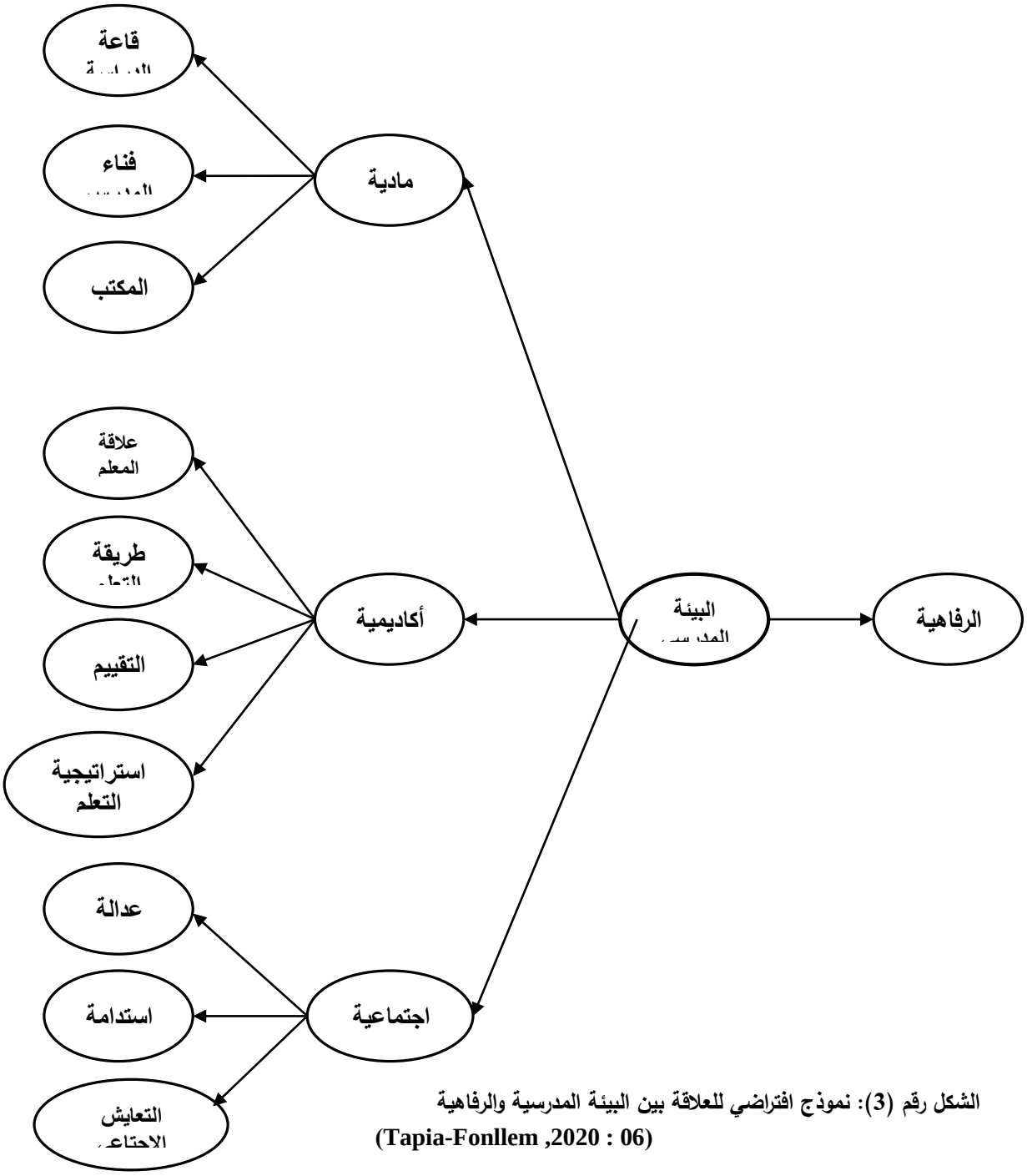
- **البيئة المدرســية بيئة تعلمية:** نقصــد بها القواعد الســلوكية المنظمة للعمل والعلاقات بين عناصــر التفاعل في الموقف التعليمي، وتكتسب أهميتها إذا تم الاتفاق عليها وإقرارها من قبل عناصر التفاعل (الإطار التنظيمي)، هي المكان الذي تمارس فيه عمليات التعلم بما فيه من خصـــائص فيزيقية [التهوية–الإضــاءة–الحرارة–المســاحة...] وما يحتوي عليه من أثاث وتجهيزات، ويشــمل أماكن أخرى مثل: ســاحة المدرســة والمعامل والمختبرات ومراكز مصــادر التعلم وأي مكان تتم فيه عمليات التعليم والتعلم (الصف الدراسي). **(وزارة التربية والتعليم، دس:154)**
- **البيئــة المدرســية بيئــة رفاهيــة:** غالبا ما يتم تفسير الرفاهية على أنها نمو ورضا إنساني؛ فهو يتأثر بشدة بالسياقات المحيطة بحياة الفرد، وعلى هذا النحو فرص لتحقيق الذات؛ تتضمن الرفاهة التحديات التي يواجهها الأفراد في محاولاتهم للعمل والإدراك إمكاناتهم بشكل كامل.

(Tapia-Fonllem ,2020 :04)

يرى **(Tapia-Fonllem ,2020)** أن العلاقة بين بيئة المدرسة والرفاهية مدعومة بشكل كافي بالبيانات التي جمعها في دراسته (البيئات المدرسية ورفاهية تلاميذ المدارس الابتدائية) كما اقترح نموذج افتراضي لذلك.

فقد تسهم البيئة المدرسية وما تحتويه من أنشطة تعليمية واجتماعية وغيرها من الأنشطة الجماعية في تحسين الصحة النفسية لدى التلاميذ، وذلك من خلال ممارستهم لمثل هذه الأنشطة وغيرها من الأنشطة التي تنمي التفاعل والسلوك الاجتماعي السوي لديهم، وفي إكسابهم المهارات الاجتماعية والشخصية والإدراكية واللغوي والتي بدورها تسهم في إضافة جو من البهجة والسرور في نفوس ممارسيها، مما يساعد

في نجاح مستقبلهم الشخصي والتربوي، كما أن السعادة النفسية والرضا التي يعيشها التلميذ ما هي إلا نتيجة لتفاعل البيئة المدرسية بمكوناتها المختلفة من الإدارة المدرسية، والمعلمين، والتلاميذ أنفسهم، فالبيئة النفسية والاجتماعية هي تلك البيئة التي تهيئ الفرصة الكافية للطلاب للنجاح في التوافق الداخلي بين دوافعهم ونوازعهم المختلفة وفي التوافق الخارجي في علاقاتهم ببيئتهم المحيطة بما فيها من موضوعات وأشخاص، وإن عدم الراحة النفسية يحول حياة الفرد داخل المدرسة إلى جحيم في جميع جوانبها، ومن أمثلة ذلك القلق الشديد والاكتئاب والضجر. **(محمد نور، 2020: 41)**



الشكل رقم (3): نموذج افتراضي للعلاقة بين البيئة المدرسية والرفاهية
(Tapia-Fonllem ,2020 : 06)

ويقسم زيتون (2003) بيئة الوسط المدرسي إلى:

- **البيئة الفيزيائية:** تتضمن المرافق والتجهيزات والمكتبة والملاعب والحديقة ونظافة المدرسة وموقع المدرسة والجو الصحي.
- **البيئة التربوية:** تتضمن الكتب المدرسية والمراجع والوسائل العلمية والمناشط التعليمية وأساليب التدريس والتعلم المختلفة التي تتصل بالتعلم الفردي أو التعلم الجماعي، كذلك الامتحانات وأساليب التقويم، والتفاعل اللفظي داخل الصف وإدارة الصف.
- **البيئة الاجتماعية:** وتتضمن التفاعل الاجتماعي في المدرسة، الانضباط والنظام في إدارة المدرسة، والعلاقة بين المدرسة والمنزل، التوجيه والإرشاد، العلاقة بين المدرسة والمجتمع.

4-4 مهام الوسط المدرسي:

تكون المدرسة مؤسسة اجتماعية لأنها نظام اجتماعي مهمتها تكوين مواطن المستقبل وتربيته عن طريق تعليمه وتأهيله، وتربيته عن طريق تنشئته اجتماعيا، أي عن طريق إكساب المتعلم/التلميذ معارف ومهارات من دونها لا يستطيع فهم العالم والتفاعل معه والتأثير فيه، وعن طريق تنشئته اجتماعيا بإعداده، لأن يمارس أدواره الاجتماعية باكتسابه كيف يعيش في الجماعة مع احترام القواعد الاجتماعية المشتركة، وتثمين قيم العدالة والحرية والمسؤولية. **(بوحناش،2018: 41)**

وحسب المشرع الجزائري وفي إطار غايات التربية المحددة في المادة (02) من القانون التوجيهي للتربية رقم 08-04 المؤرخ في 23 جانفي 2008، تضطلع المدرسة بمهام التعليم والتنشئة الاجتماعية والتأهيل.

- **تقوم المدرسة في مجال التعليم:** بضمان تعليم ذي نوعية يكفل التفتح الكامل والمنسجم والمتوازن لشخصية التلاميذ وتمكينهم من اكتساب مستوى ثقافي عام، وكذا معارف نظرية وتطبيقية كافية قصد الاندماج في مجتمع المعرفة، ومن ثم يتعين على المدرسة القيام على الخصوص بما يأتي **(لعمش،2010):**
  - ضمان اكتساب التلاميذ معارف مختلفة في مجالات المواد التعليمية وتحكمهم في أدوات المعرفة الفكرية والمنهجية.
  - اثراء الثقافة العامة للتلاميذ بتعميق عمليات التعلم ذات طابع العلمي والأدبي والفني.
  - تنمية قدرات التلاميذ الذهنية والنفسية والبدنية وكذا قدرات التواصل لديهم.

- تزويد التلاميذ بكفاءات ملائمة ومتينة ودائمة يمكن توظيفها بتبصر في وضعيات تواصل حقيقية وحل المشكل بما يتيح للتلاميذ التعلم مدى الحياة والمساهمة فعليا في الحياة الاجتماعية والثقافية والاقتصادية.
- التحكم في اللغة العربية باعتبارها اللغة الوطنية والرسمية، وأداة اكتساب المعرفة، وترقية اللغة الأمازيغية.
- تمكين التلاميذ من التحكم في لغتين أجنبيتين على الأقل للتفتح على العالم.
- ادماج تكنولوجيات الاعلام والاتصال الحديثة في محيط التلميذ، وفي أهداف التعليم وطرائقه والتأكد من استخدامها بفعالية.
- منح جميع التلاميذ إمكانية ممارسة النشاطات الرياضية والثقافية والفنية والترفيهية، والمشاركة في الحياة المدرسية والجماعية.

- **تقوم المدرسة في مجال التنشئة الاجتماعية:** إن ما يحدد بوضوح طبيعة العلاقات الاجتماعية ونوعيتها، هي تلك الحركية التي يتمتع بها الانسان، فبالإضافة إلى حفظ وتعزيز الاندماج في المجموعة المحلية والجهوية والوطنية، فإن الفرد يجب أن ينمي مواقفه وسلوكياته ليتمكن من العيش مع مواطني العالم. **(اللجنة الوطنية للمناهج،2009: 16)**

ومن ثم يتعين على المدرسة القيام على الخصوص بما يأتي **(لعمش،2010):**

- تنمية الحس المدني لدى التلاميذ وتنشئتهم على قيم المواطنة بتلقينهم مبادئ العدالة والإنصاف وتساوي المواطنين في الحقوق والواجبات والتسامح واحترام الغير والتضامن بين المواطنين.
- منح تربية تنسجم مع حقوق الطفل وحقوق الانسان وتنمية ثقافة ديمقراطية لدى التلاميذ وإكسابهم مبادئ النقاش والحوار وقبول رأي الأغلبية ونبذ التمييز والعنف وعلى تفضيل الحوار.
- توعية الأجيال الصاعدة بأهمية العمل.
- اعداد التلاميذ بتلقينهم آداب الحياة الجماعية وجعلهم يدركون أن الحرية والمسؤولية متلازمتان.
- تكوين مواطنين قادرين على المبادرة والإبداع والتكيف وتحمل المسؤولية في حياتهم الشخصية والمدنية والمهنية.

- **تقوم المدرسة في مجال التأهيل:** بتلبية حاجات الأساسية للتلاميذ وذلك بتلقينهم المعارف والكفاءات الأساسية التي تمكنهم من:

- إعادة استثمار المعارف والمهارات المكتسبة وتوظيفها.
- الالتحاق بتكوين عال أو مهني أو بمنصب شغل يتماشى وقدراتهم وطموحاتهم.

- الابتكار واتخاذ المبادرات.
- استئناف دراستهم أو الشروع في تكوين جديد بعد تخرجهم من النظام المدرسي وكذا الاستمرار في التعلم مدى الحياة بكل استقلالية.
- التكيف باستمرار مع تطور الحرف والمهن، وكذا مع التغيرات الاقتصادية والعلمية والتكنولوجية. **(شاهر،2009: 38)**

4-5 مراحل الوسط المدرسي التعليمية:

بما أن الباحث اختار الوسط المدرسي الجزائري لإجراء تشخيصه لاضطرابات نمائية عصبية رأى الحديث عن مراحل التعليم في الجزائر لمعرفة تقسيماته ومستوياته وكيف تتماشى مع خصائص ومراحل العمرية للتلاميذ.

في إطار غايات ومهام المدرسة، يصدر الوزير المكلف بالتربية الوطنية البرامج التعليمية لكل مستوى تعليمي كما يحدد الطرائق والمواقيت على أساس اقتراحات المجلس الوطني للبرامج؛ يكلف المجلس الوطني بإبداء الرأي وتقديم اقتراحات بشأن كل قضية لها علاقة بالبرامج والطرائق والمواقيت والوسائل التعليمية.

تشكل الأهداف والبرامج التعليمية الإطار المرجعي الرسمي والإلزامي لجميع النشاطات البيداغوجية الممنوحة في المؤسسات المدرسية العمومية منها والخاصة.

والمخطط رقم (00) يوضح مراحل التعليم في الوسط المدرسي الجزائري ومميزات مل مرحلة حسب التشريع المدرسي. المادة (27) من القانون التوجيهي للتربية رقم 08-04 المؤرخ في 23 جانفي 2008: تتكون منظومة التربية الوطنية من المستويات التعليمية الآتية: التربية التحضيرية-التعليم الأساسي (الابتدائي والمتوسط) -التعليم الثانوي العام والتكنولوجي.

التربية التحضيرية

تعريف: التربية ما قبل المدرسة التي تسبق التمدرس الالزامي
السن: الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين خمس وست سنوات للالتحاق بالتعليم الابتدائي
الهدف: تفتح شخصية الأطفال-توعيتهم بكيانهم الجسمي-غرس العادات الحسنة-تطوير ممارسات لغوية-مهارات حسية وحركية (اللعب)
القانون: المادة (38) إلى (43) من القانون التوجيهي للتربية رقم 08-04

تعريف: تعليم يسمح باكتساب المعارف والكفاءات الأساسية للدراسة

4-6 المشكلات السلوكية في الوسط المدرسي:

إن المشاكل السلوكية للتلميذ والتي ترتبط بالمدرسة وبنظام الصف قد تؤدي إلى افساد المحيط المدرسي، وعدم الاستجابة لأوامر الجماعة التربوية (الاداريون-العمال-الأساتذة....) وتعليماتهم، وعليه:

- **المشكلات السلوكية الصفية:** هي الأنماط السلوكية غير المرغوب بها والتي تظهر في التلميذ، وتمثل بوضوح سلوكا لا توافقيا من قبلهم، ويخل بنظام الصف المدرسي أو المدرسة أو يسيء لهؤلاء التلاميذ دينيا وخلقيا واجتماعيا، ومنه فالمشكلات السلوكية هي كل أشكال السلوك غير الاجتماعي التي تخرج عن السلوك المقبول، وتحول دون استفادة التلاميذ من العملية التربوية والتعليمية التي توفرها لهم المدرسة. **(مكناسي، قدور،2023: 165)**

والتساؤل المطروح متى يمكن الجزم بأن هناك مشكل سلوكي في الوسط المدرسي؟ والإجابة عن هذا التساؤل لا بد من توفر ثلاث معطيات وهي:

- **درجة تكرار السلوك:** عدد مرات تكرار السلوك غير المرغوب.
- **مدة حدوث السلوك:** المدة الزمنية لظهور السلوك غير المرغوب.
- **نوع وشدة السلوك:** خطورة السلوك وما يترتب عليه من آثار تهدد الوسط المدرسي.

هناك العديد من التصنيفات الخاصة بالمشكلات السلوكية، لاسيما النفسي التربوي، الذي يركز على وجود مشاكل في مجالات الحياة المختلفة للطفل، كالأسرة والتفاعل مع أفرادها، مشكل الانفعال) الصراخ وغيره...) مشكلات في المدرسة كالهروب المدرسي والتشتت وتدني مستوى التحصيل الدراسي، الصحبة السيئة وتعاطي المخدرات، مشكلات تكيفية غير امنة، عدم القدرة على الاتصال والتواصل وتكوين صداقات، الانسحابية والعدوانية والأنانية واعتماد السلوك الفوضوي، عدم القدرة على الاستفادة من البرامج التعليمية. (راحيس، 2021: 62)

ولقد سلط حياد حين (**2021**) الضوء على المشكلات السلوكية الصفية التي يتسبب فيها التلاميذ، واعتبر السلوكات الصفية سلوكات غير أكاديمية، تضم صنفين من السلوك؛ السلوك الانضباطي وهو مختلف التصرفات من أقوال وحركات وأفعال تصدر من التلاميذ ولا تعيق سير الدرس، وهي سلوكات طبيعية لا يمكن تجنبها.

السلوك غير الانضباطي: كالصراخ أو الضحك أو الأكل في غرفة الصف أو إيذاء الغير أو التكلم دون إذن وما إلى ذلك، ومن الأنماط السلوكية التي يقوم بها التلميذ نتيجة عدم اشباع حاجاته من الانتماء والقبول

والشعور بالأهمية: جذب الانتباه–ممارسة السلطة–اللجوء إلى الانتقام–إظهار العجز والذي تعود أسبابه إلى الطموح الزائد، الحساسية الزائدة، عدم القدرة على المنافسة. **(حيادحين،2021: 59)**

ويضيف الباحث إلى ما تم طرحه من مشكلات سلوكية، بعض المشكلات التي تهدد الوسط المدرسي بشكل كبير بالرغم أن غالبية التلاميذ تسلك سلوكا اجتماعيا مقبولا.

- **عدم التكيف المدرسي:** سوء العلاقات التفاعلية والتواصلية بين التلميذ والبيئة المدرسية.
- **التسرب والرسوب المدرسي:** يخص التلاميذ الذين ينقطعون عن الدراسة نهائيا دون اكمال مدة تعلمهم، أو إعادة السنة لسنوات معينة دون وجود سبب لذلك.
- **الغياب والتأخر الصباحي:** وهي هجرة التلاميذ لمقاعد الدراسة من حين إلى دون سابق إنذار، بالإضافة إلى اعتماده وصول متأخرا ليتسبب في طرده والغياب عن الدرس.
- **تخريب ممتلكات الوسط المدرسي:** اتلاف ممتلكات المدرسة، العبث بوسائل التعليمية، تخريب أثاث غرفة الصف، رمي الأوساخ وتخريب المساحات الخضراء.
- **إيذاء الأقران:** الضرب، السب والشتم، السرقة، التنمر، أخذ الممتلكات بالقوة،

4-7 صعوبات التعلم في الوسط المدرسي:

تعد فئة صعوبات التعلم من أكثر فئات التربية الخاصة انتشار حيث تعاني نسبة كبيرة من الأطفال الذين يتمتعون بمستوى طبيعي، وقد يكون مرتفعا من حيث القدرات والاستعدادات الجسمية والعقلية والحسية، إلا أن معدل تحصيلهم يكون أقل من ذلك بكثير، وهو ما يطلق عليه الفرق الواضح بين الإمكانات والقابليات، وبين ما يؤدونه بالفعل، مما يدفع البعض، إلى تفسير هذه الصعوبات بشكل خاطئ على أنها مظهر من مظاهر تدني الاستعداد العقلي. **(فرح سهيل،2012: 16)**

4-7-1 تعريف صعوبات التعلم: في عام 1981 تشكلت لجنة ممثلة من جميع المنظمات المهنية والمنظمات الأساسية التي تكونت في الستينيات ذات الاهتمام بصعوبات التعلم وأصدرت تعريفًا لها أعادت إصداره عام 1988 كتفاعل مع تعريف جمعية الأطفال والكبار الذين لديهم صعوبات تعلم) حاليا–الجمعية الأمريكية لصعوبات التعلم (LDA-1986)، ومع لجنة الممثليات الفدرالية فيما يخص امتداد صعوبات التعلم طوال الحياة، والجانب الاجتماعي لصعوبات التعلم، وجاء في التعريف:

مصطلح "صعوبات التعلم" مصطلح عام يشير إلى مجموعة اضطرابات غير متجانسة تظهر على شكل صعوبات واضحة في اكتساب واستخدام الاستماع أو التحدث أو القراءة أو الكتابة أو الاستدلال أو القدرات الرياضية وتكون هذه الاضطرابات متأصلة في الفرد، ويفترض أن تكون ناشئة عن خلل في النظام العصبي المركزي، وربما تظهر طوال حياة الفرد، وقد توجد مشكلات في سلوك التنظيم الذاتي وفي الإدراك الاجتماعي وفي التفاعل الاجتماعي مصاحبة لصعوبات التعلم إلا أن هذه المشكلات لا تعتبر بحد ذاتها صعوبات تعلم، ومع أن صعوبات التعلم قد تظهر متزامنة مع الإعاقات الأخرى (مثل الإعاقة الحسية أو التخلف العقلي أو الاضطراب الانفعالي الشديد) أو التأثيرات الخارجية (مثل الفروق الثقافية، أو التدريس غير ملائم أو غير كافي) إلا أنها ليست ناتجة عن هذه الحالات أو التأثيرات. **(أبونيان، 2020: 17)**

يُشار تربوياً إلى صعوبات التعلم على أنها عدم نمو القدرات العقلية طريقة منتظمة مما يؤدي إلى عجز أكاديمي يتمثل في عدم القدرة على القراءة أو الكتابة أو إجراء العمليات الحسابية وضعف عام في اللغة والتهجئة وهذا العجز لا يعود إلى ضعف القدرة العقلية أو السمعية أو البصرية والبعد التربوي يرى أن صعوبات التعلم هو نمط غير متساو في القدرة العقلية، فمن يعاني من صعوبة تعلم قد يكون أداؤه في المواد الدراسية هو أداء عادي ولكن لديه ضعف محدد في تعلم اللغة أو الرياضيات ولا يعود في أسبابه إلى عوامل الإعاقة أو البيئة، مثل التخلف العقلي أو الاضطرابات الانفعالية، ومن وجهة نظر تربوية فإنَّ هذه الصعوبات تنحصر فقط في فهم اللغة ونطقها وكتابتها، وصعوبة في الإدراك وإجراء العمليات الحسابية، وأبرز هذه الصعوبات الحبسة الكلامية **Aphasia**، وصعوبة القراءة **Dyslexia**، وصعوبة الكتابة **Dysgraphia** وصعوبة الرياضيات **Dyscalculia** وصعوبة التسمية **Dysnomia**. **(الكيلاني، دس: 78)** وهذا ما يعرف بالتفسير التربوي لصعوبات التعلم.

ويرى المختصون في علم النفس المعرفي أن الصعوبات هي نتاج خلل في عمليات التمثيل المعرفي، حيث لا يستطيع المتعلم الذي لديه صعوبة تعلم الانتباه للمثيرات المناسبة وهذا ناتج عن خلل في الإدراك وتكوين المفاهيم والتذكر وحل المشكلة وفشل في تطوير أساليب التفكير وتنظيم المعرفة مما يؤدي إلى عدم إخراج المدركات على صورة لفظية أو حركية، والانتباه كحالة مرتبطة بالوضع النفسي للمتعلم تحتاج إلى إدخال المعطيات الحسية عن طريق الحواس، كالبصر والسمع واللمس ومن ثم أخذها بالتحليل المنطقي الذي يتبعه سلوك لفظي أو حركي، وذوو صعوبات التعلم لا يمكنهم المرور بمرحلة إدخال المعطيات

ومعالجتها منطقياً مما يؤدي إلى قصور في التفكير. (**الكيلاني، 2016: 79**) وهذا ما يعرف بالتفسير النفسي لصعوبات التعلم.

يرى علم النفس العصبي أن الدماغ هو مركز السيطرة والتحكم في جسم الإنسان لأنه يقوم بإرسال الرسائل من خلال الأعصاب الناقلة إلى جميع أجزاء الجسم، والدماغ هو الذي يفسر المعلومات وبناء على ذلك يتم اتخاذ القرار، وهو الذي يتحكم في كل أجهزة الجسم عبر الجهاز العصبي المركزي أن أي تلف يصيب الدماغ سواء قبل أو خلال أو بعد الولادة قد يسبب العديد من حالات الإعاقة مثل الشلل الدماغي والتخلف العقلي، وصعوبات التعلم تتفاوت في أشكالها من فرد لآخر فالتلف في الشق الأيمن في الدماغ يؤدي إلى اضطراب في السلوك غير اللفظي مثل فهم العلاقات المكانية والإحساس بالصوت، وأي خلل في الشق الأيسر يؤدي إلى خلل في السلوك اللفظي المتعلق بالنطق واللغة وعمليات التحليل والتسلسل المنطقي والوعي بالوقت وتذكر المعلومات اللفظية، كما أن تلف المخيخ يؤدي إلى ضعف المهارات اليدوية مثل الكتابة وأخطاء في القراءة والنطق. (**الكيلاني، 2016: 79-80**).

4-7-2 تصنيف صعوبات التعلم: إن تعدد تصنيفات صعوبة التعلم يعكس كثرة اهتمامات الباحثين والعلماء واختلاف أغراضهم البحثية والعلمية في تفسير صعوبات التعلم لذلك نجد من يصنف هذا الأخير إلى:

الشكل رقم (5) مجالات تصنيف صعوبات التعلم (فرح سهيل، 2012 بتصرف)

ميدان صعوبات التعلم يتألف من حالات متنوعة، فقد أكد بعض الباحثين بأن مشكلات القراءة واللغة تعتبر جوهر صعوبات التعلم، في حين ذهب البعض إلى أن الصعوبة في الانتباه تعتبر الأساس الذي يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار، وبما أن تقييم وتشخيص الطفل الذي يحتمل وجود صعوبة في التعلم لديه يتطلب تحديد التباعد في الجوانب النمائية، كذلك التباعد بين القدرة الكامنة والتحصيل الأكاديمي لديه، ويتطلب أيضا تشخيص الأطفال في سن ما قبل المدرسة تشخيصا لصعوبة التعلم النمائية، في حين يتطلب تشخيص الأطفال في سن المدرسة تقييما لتحصيلهم الأكاديمي، وفي ضوء ذلك فإنه يمكن القول بأن صعوبات التعلم تقع تحت صنفين رئيسيين هما: صعوبات التعلم النمائية، وصعوبات التعلم الأكاديمية (تصنيف كيرك وكالفنت،1984) ويعتبر هذا التصنيف أكثر شيوعا، وقبولا بين العاملين في مجال صعوبات التعلم. **(المياح،2010: 19)**

- **الصعوبات النمائية:**

وهي تتعلق بنمو القدرات العقلية، المسؤولة عن التوافق الدراسي، للتلميذ وتوافقه الشخصي والمهني وبدورها تتفرع إلى صعوبات أولية) مثل صعوبة في الانتباه، صعوبة في الإدراك، صعوبة في الذاكرة وحل المشكلات) وتتثمل الصّعوبات النمائية فيما يلي:

- **صعوبة الانتباه:** وهي اضطرابات في فاعلية الانتباه والتفكير اللغة، وهي صعوبات أولية) انتباه، إدراك، ذاكرة) وصعوبات ثانوية) التفكير، واللغة الشفوية) ، وينتج عن صعوبة الانتباه مظاهر جانبية مثل الفشل في انهاء المهمات وعدم الاستماع والتشتت وعدم الاستمرارية في النشاط، وقلة التركيز والحركة الزائدة والخمول والكسل والانسحاب والاندفاعية.
- **صعوبة الإدراك:** وتشمل إعاقة في التناسق البصري الحركي والتمييز البصري والسمعي واللمسي والعلاقات المكانية، ولصعوبة الإدراك أعراض ثانوية مثل الخلط بين الأشكال الهندسية وكتابة الأرقام والحروف بطريقة معكوسة وعدم التمييز بين الشكل والخلفية) الإغلاق البصري) ، وعدم إدراك الشكل الكلي من خلال الأجزاء والخلط بين أصوات الحروف الناتج عن ضعف الذاكرة السمعية، وصعوبة في معرفة الكلمات ودلالاتها، وعدم فهم التعليمات وعدم القدرة على ترتيب أجزاء الصورة بناء على الذاكرة السّمعية.
- **الذاكرة:** تعتبر الذاكرة من أهم المهارات النمائية عند الإنسان والتي ترتبط بشكل مباشر بعملية التعلم وتتمثل صعوباتها في عدم التذكر سواء بعد وقت قصير أو طويل، كما ترتبط الذاكرة بالانتباه والإدراك لأن التلميذ الذي يعاني من صعوبة في الانتباه لن يستطيع الانتباه أو اختيار المثير أو المعلومة المناسبة ليحتفظ بها، كما أنّ التلميذ الذي لديه صعوبة في الإدراك البصري أو السمعي أو اللمسي الحركي، لن يستطيع إدراك وفهم المثيرات أو الخبرات المعروضة له بشكل صحيح ما سيؤدي إلى قصور محتم في عملية الفهم وفي نظم عمل الذاكرة.

وتعد صعوبات التعلم النمائية عاملا أساسيا يعيق عملية التحصيل الدراسي، وتتمثّل في العمليات العقلية التي يجب أن يلتزم بها الطّفل وإلا أثّرت عليه سلبا؛ كالانتباه والتشتّت أثناء الدّرس واللاّوعي أثناء شرح المعلم الدرس الذي ينتج عنه الكسل والخمول.

ومن بين أهمّ العمليات العقلية نجد الإدراك الذي يلعب دورا هاما في التعلّم؛ لأنّه عندما لا يدرك المتعلم جيدا الأشياء يصبح لا يميّز بين الأشكال الهندسية والأعداد ومخارج الحروف، وتحدث عنده اضطرابات في عدم القدرة عن استيعاب ما شاهده أو سمعه، ممّا يؤدي ذلك إلى انخفاض مستوى التّلميذ في المواد الدراسية أمّا الذاكرة فهي الأخرى تتمثّل صعوباتها في عدم التذكّر إذ يبقى الطفل عاجزا عن تذكر ما درسه واسترجاع المعلومات سواء في فترة زمنية وجيزة أم طويلة. **(عميرة،2024: 162-163)**

- **الصعوبات الأكاديمية**:

وتتعلق هذه الصعوبات بمواد التدريس كالقراءة والكتابة والحساب، وهذه الصعوبات تؤثر على التحصيل الدراسي للتلميذ ممّا تعسّر قدرته على التعلم، ومن بين هذه الصعوبات:

- **صعوبة تعلّم الكتابة:** وتبرز هذه الصعوبة أثناء فصل الحروف أو وصلها، إشباع الفتحة ألفا والضمة واوا والكسرة ياء، جعل التنوين أو التاء المربوطة تاء مفتوحة وربط التاء المبسوطة إلقاء حرف من الكلمة.

وتظهر الكتابة فيما يلي:

- عدم التمييز بين شكل الحروف (الفتحة، الضمة، الكسرة) .
- عدم تفريق الطفل بين فصل الحروف أو وصلها بحروف المد) الألف، الواو، الياء) ، والتاء المفتوحة أو المغلقة.
- عدم الاستعمال الصحيح لليد أثناء الكتابة.
- الخلط في ترتيب الحروف داخل الكلمة الواحدة.

- **صعوبة القراءة:** تعد القراءة من المهارات الأساسية التي تجعل الطفل يتعلم كيفية استقبال الحروف والكلمات والجمل شفاهة، وهي أكثر الصعوبات التعليمية التي يعاني منها الطفل ولتجنّب العسر القرائي لابد القيام بعمليات منها:

- تركيز الانتباه على الرموز المطبوعة والتحكم في حركة العين عبر الصفحة.
- إدراك الأصوات المصاحبة للحروف.
- فهم الكلمات وقواعد اللغة وبناء الأفكار والتصورات.
- مقارنة الأفكار الجديدة بما هو معروف بالفعل.

- تّزين الأفكار في الذاكرة

- **صعوبات التعلم في الرياضيات:** وتتمثل هذه الصعوبة في المشكلات التي تواجه التلميذ في قراءة وكتابة الرموز الرياضية، وعدم القدرة على إجراء الحقائق الرياضية مثل: الجمع والطرح والقسمة والضرب بالإضافة إلى الصعوبة في التعرف على قيم الخانات، والتسلسل التصاعدي والتنازلي للأرقام. وتظهر صعوبة الحساب فيما يلي:
  - عدم القدرة على القيام بعمليات حسابية كالجمع، الطرح، القسمة، والضرب.
  - صعوبة التمييز بين الترتيب التصاعدي والتنازلي.
  - عدم القدرة على إجراء عمليات حسابية.
  - عدم التمييز بين الأشكال الهندسية) المربع، المثلث، المستطيل) . **(عميرة،2024: 162-163)**

خلاصة:

الوسط المدرسي المتمثل في شقه المادي (غرف الصف، مرافق، وسائل...) وشقه الإنساني (الجماعة التربوية) وشقه التفاعلي (التفاعلات التربوية والتعليمية) يتشكل نتيجة لتفاعل العوامل والظروف التعليمية السائدة، ينتج عن هذه التفاعلات السلوك السوي (السلوك الانضباطي) والسلوك غير السوي (السلوك غير الانضباطي)، كما يعتبر بيئة اكتشاف لبعض صعوبات التعلم التي لم تكن تعرف قبل سن المدرسة.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

1-منهج البحث:

تفرض طبيعة المشكلة والدراسة على الباحث تبني منهج معين دون غيره وفقا للأهداف التي يحاول الوصول إليها، وللتحقق من فروض الدراسة الحالية تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي لملائمته للموضوع وأهداف الدراسة والتي تسعى الى التأكد من الخصائص السيكومترية الاختبار قيد الدراسة. ويعرف المنهج الوصفي بانه المنهج الذي يتناول دراسة أحداث ظواهر وممارسات قائمة موجودة متاحة للدراسة والقياس كما هي دون تحيز الباحث (**الاغا، 2000، ص: 43**).

2- حدود الدراسة:

2-1 الحدود البشرية: مجتمع الدراسة هو جميع عناصر ومفردات المشكلة أو الظاهرة المدروسة فهو كل من يقدم إمكانية تعميم النتائج عليه، ويمثل مجتمع دراستنا جميع الأفراد الذين ينتمون إلى البيئة المدرسية لولاية سطيف يتم اختيارهم عشوائيا ضمن تلاميذ تتراوح أعمارهم بين 6 و17 سنة من مدارس ولاية سطيف الخاصة والعمومية.

2-2 الحدود المكانية: تتم الدراسة على مستوى بعض الابتدائيات والمتوسطات والثانويات ووحدات الكشف والمتابعة التابعة لولاية سطيف.

2-3 الحدود الزمنية: طبقت الدراسة بين فترة جانفي 2020 الى غاية ماي 2024.

3- وصف أداة الدراسة:

K-SADS-PL5: هو عبارة عن مقابلة تشخيصية شبه منظمة تهدف الى جمع المعلومات من الطفل والمراهق في سن التمدرس (6 إلى 18 سنة) وكذلك الأولياء. يقدم الدليل تقديرا عياديا بما يتوافق والمعايير التشخيصية للـ DSM 5.(Arthur, 2017)

طور **Chambers.Puig-Antich** دليلK-SADS سنة 1985 بعد استوحاء الفكرة من النسخة المخصصة للراشد والصادرة سنة 1978.**(Fatih, 2016)**

عرف الدليل عدة تعديلات ليتطابق مع كل اصدار جديد للـ DSM، لتقوم بعدها Kaufman وزملاءها بتطوير نسخة جديدة سميت K-SADS-PL مع صدور النسخة الرابعة للـ DSM والتي تقيم الأعراض عند الطفل والمراهق في حالته الراهنة والماضية **(Mario, Juruena, 2012, P 56)**

استوجب صدور النسخة الخامسة للـ DSMسنة 2013 تعديل الدليل ليسمي **K-SADS-PL5**، حيث عرف دمج فرط النشاط الحركي المصحوب تشتت الانتباه ضمن مجموعة الاضطرابات النمائية العصبية.**(Arthur, 2017)**

للدليل قسم تمهيدي حول حياة الطفل وتاريخ نضجه وسوابقه المرضية، كما يتطرق للصحة الجسمية والعلاقات الوالدية والأخوية والمدرسية. هنا يجمع الباحث أكبر قدر من المعلومات التي تساعده في التشخيص.

أما الجزء الثاني فهو مقابلة للكشف تحتوي أسئلة مفتاحية مرتبة حسب كل اضطراب تتطابق مع المعايير التشخيصية للـ DSM5 حول الأعراض الراهنة والماضية والتي تنقط من 0 إلى 3، وعندما يتم تقييم عرض واحد على الأقل أنه نهائي في الملخص يتم استكمال تقييم الاضطراب في الملحق المقابل له.

في القسم الثالث تضم مقابلة التشخيص الملاحق الست أين تتضمن الوحدة الأولى الاضطرابات الاكتئابية وثنائية القطب أما الثانية تشمل الاضطرابات الذهانية والوحدة الثالثة فتضم الاضطرابات الحصرية والوسواس القهري والفوبية والصدمية. في حين تناولت الوحدة الرابعة الاضطرابات النمائية العصبية واضطرابات السلوك والتي تضم فرط النشاط الحركي المصحوب بتشتت الانتباه اما الخامسة تناولت اضطرابات السيرة الغذائية والتبعية للمخدرات والكحول أما الوحدة السادسة تناولت النموذج التلخيصي لكامل الدليل.**(Susanne Thummler, 2018)** .

4- عينة الدراسة وكيفية اختيارها:

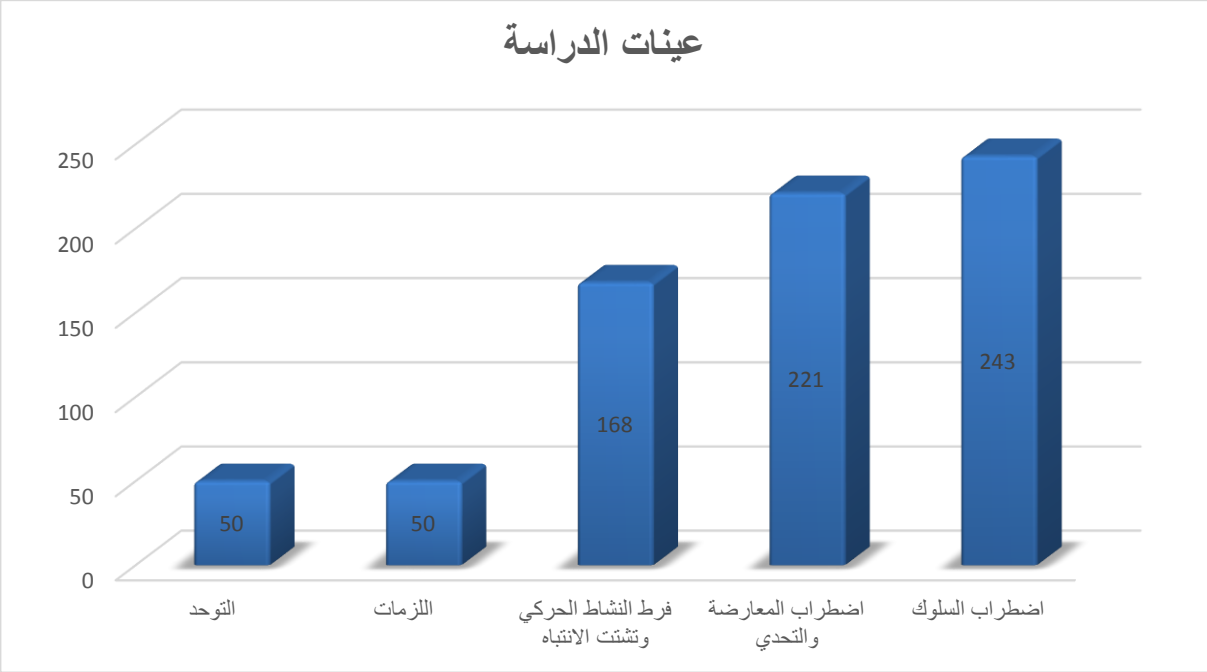
نظرا لكبر حجم المجتمع الأصلي للتلاميذ قمنا بتطبيق أداة الدراسة على عينة من التلاميذ موزعين على بعض مدارس ومتوسطات ووحدات الكشف والمتابعة بولاية سطيف مسحوبين بالطريقة العشوائية، حيث كانت خصائص العينة في كل اضطراب على النحو التالي:

الاضطراب	التوحد	اللزمات	فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه	اضطراب المعارضة والتحدي	اضطراب السلوك
العدد الإجمالي للعينة	**50**	**50**	**168**	**221**	**243**
السن	**6-11 سنة**	**6-17 سنة**	**6-13 سنة**	**6-17 سنة**	**6-17 سنة**
الطور التعليمي	**ابتدائي**	**ثانوي**	**متوسط**	**ثانوي**	**ثانوي**

الجدول رقم (1) يوضح خصائص العينات الفرعية للدراسة

انطلاقا من الجدول رقم () تبين أن أكثر العينات الفرعية حضورا في العينة الكلية هي عينة اضطراب السلوك حيث قدرت العينة بـ: **243** مفحوصا، وفي مرتبة ثانية نجد عينة ذوي اضطراب المعارضة والتحدي

حيث قدر عددهم بـ: **221**، وثالثا نجد عينة ذوي فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه بـ: **168** مفحوصا، أما ذوي التوحد واللزمات فقد قدر كل منهما 50 مفحوصا.



الشكل رقم (6) يمثل أحجام العينات الفرعية للدراسة

5-سيرورة التكييف:

الحصول على النسخة الأصلية:

من أجل تكييف الدليل كان لابدّ لنا من الحصول على النسخة الأصلية من الاختبار والدليل المرفق به، من أجل ترجمته ثمّ تكييفه، وكان ذلك للحصول على إذن صاحب النسخة الأصلية للترجمة والتكييف، بالإضافة إلى نسخة أخرى مكيفة إلى اللغة الفرنسية.

الترجمة العلمية للاختبار:

إنّ الهدف من هذه العملية هو الحصول على نسخة مختلفة من الاختبار تكون متكافئة من الناحية النظرية في الثقافة المستهدفة ألا وهي البيئة الجزائرية، بمعنى أن يكون الاختبار طبيعيا ومقبولا بنفس القدر الذي هو عليه في بيئته الأصلية، كما يكون مقبولا من الناحية العملية من حيث الإجراءات التطبيقية.

ويجب الإشارة إلى أنّ عملية نقل وترجمة الاختبارات إلى ثقافات أخرى ليس بالعملية السهلة، فاستخدام مترجم واحد كان مؤهلا ينتمي إلى التخصص أم لا قد لا يقدم النتائج المرجوة من سيرورة الترجمة، إذ من الممكن أن يستعمل مفردات وتعابير مفضلة لديه لا تتناسب والمفاهيم التي يستهدفها لاختبار وعليه كما يشير **Hambleton** (2005) وجب استخدام العديد من المترجمين لحماية أخطار استخدام مترجم واحد بتفضيلاته وخصوصيته اللغوية. لذا فمن الأفضل التركيز على الثقافة والمفاهيم في عملية الترجمة وليس

على التكافؤ اللغوي، ولتحقيق هذا كان علينا اتباع مجموعة من الخطوات كما سنوضحه لاحقا وقد تمّ تنقيح العديد من الدراسات المنقولة ثقافيا والتي أجرتها المنظمة العالمية للصحة لتؤدي إلى المبادئ التوجيهية التالية والتي حاولنا احترامها من خلال دراستنا.

- الترجمة المباشرة للدليل.
- لوحة الخبراء: الترجمة الرجعية أو العكسية.
- تحكيم الترجمة.
- الاصدار الأخير للنسخة المترجمة.

يجب أن تتوفّر مجموعة من الخصائص في المترجمين فضلا عن الكفاءة والمعرفة الجيّدة للغات المتقابلة في الترجمة وكذا الثقافة التي يترجم إليها الاختبار، حيث يكون لهذه الأبعاد دور أساسي في تحديد فعالية تكييف، بالإضافة إلى معرفتهم العلمية بالموضوعات التي يتناولها دليل المقابلة بمفاهيمه المتخصصة، هذا ما سيسهّل للمفحوص الاستجابة لبنود الاختبار بسلاسة وفق ما تحدّده الأبعاد السيكوثقافية للترجمة والنقل في الاختبار. وبهذه الإجراءات يمكن القول أنّ الشروط المذكورة سابقا تمهّد لصدق الدليل بصورة جيّدة.

وعلى هذا الأساس كان اختيار المحكمين والمترجمين يخضع لشروط هي:

- أن يكون المحكم ذو اختصاص يؤهله لعملية التحكيم وفق بعدي السياق الثقافي اللغوي (تحكيم لغوي) والسياق العلمي (تحكيم عيادي).
- أن يكون المحكم ذو درجة علمية عالية (أستاذ جامعي...)
- أن يتقن اللغة الأصلية للاختبار أو يتقن لغة الدليل الذي بحوزته والمستهدف للترجمة، وكذلك على اطلاع بالثقافة المحلية التي سيترجم إليها الدليل.
- أن يكون المحكم على اطلاع ودراية بمفهوم ودلالات الدليل.

وعليه لم يكن اختيار المحكمين اعتباطيا وإنما وفق الشروط السابقة

أنّ الأساتذة الذين اعتمدنا عليهم في عملية الترجمة والتكييف تتوفّر فيهم الشروط العلمية المخصوص عليها الهيئة الدولية للاختبار ITC لتكييف الاختبارات النفسية، فمن الواضح أنّ الفريق المحكّم هو فريق متعدّد التخصصات يجمع بين علم النفس (موضوع الاختبار) وعلوم اللغة (الترجمة)

الترجمة الأولية للدليل:

تمّ العمل على الترجمة ضمن فريق متعدّد التخصصات كما ذُكر سابقا وفقا للخطوات التالية:

- تقديم النسخة الأصلية للترجمة (الإنجليزية) من الدليل.
- تقديم النسخة الفرنسية للترجمة.

بعد عملية الترجمة الأولية قُدمت كلا النسختين للمحكمين لمطابقة النسخة المترجمة من الفرنسية والمترجمة من اللغة الأصلية (الإنجليزية) وفقا للنموذج التالي:

البنود				
اللغة الأصلية (الانجليزية)	**اللغة المترجم إليها (العامية)**	**اللغة الفرنسية**	**اللغة المترجم إليها (العربية)**	**التعديل والتصحيح.**

جدول رقم (2) يوضح نموذج تحكيم الترجمة

بعد قيام الأساتذة بتحكيم الترجمة والإشارة إلى البنود التي يجب تعديلها، قمنا بعملية تصحيح حسب ملاحظاتهم بهدف الحصول على نسخة نهائية.

يجدر الإشارة إلى أنه تمّ اعتماد النسخة الفرنسية كإضافة تساعد في تحديد المفاهيم المتعلقة بدلالات البنود خاصة العيادية منها باعتبار أنّ أغلب أعضاء فريق التكوين يتقنون اللغتين الانجليزية والفرنسية بالإضافة إلى أنهم يعبرون من خلال انتمائهم وتكوينهم من السياق الثقافي الجزائري (بيئة التكييف).

ب –الترجمة الراجعة:

بعد الانتهاء من عملية الترجمة الأولية قمنا بالترجمة إلى لغته الأصلية وهذا طبعا ضمن فريق العمل الخاص بالترجمة والتحكيم، ثّم القيام بمقارنة النسخة الأصلية بالنسخة المترجمة، فكانت نسبة التطابق محددة

تطبيق الدليل:

لا يمكن الوثوق في النتائج المتحصل عليها إلا إذا توفرت مجموعة من الشروط، إذ من الممكن أن تتأثر الدرجات التي سنحصل إليها بطريقة تقديم الاختبار، وكيفية شرح المطبقين للمفحوص الهدف من الاختبار والتعليمة الخاصة به.

لا يمكن الوثوق في النتائج المتحصل عليها من الاختبار إلا إذا توفرت مجموعة من الشروط، كانت قد حددتها الهيئة الدولية للاختبار ITCالتكييف الاختبارات النفسية (عباس عبد الرحمن،2014، ص183) فيما يلي:

- يجب أن تكون بيئة إجراء الاختبار متشابهة إلى حد كبير عبر المجموعات التي تجري الاختبار.
- محاولة توقع المشكلات التي يمكن أن تحدث أثناء إجراء الاختبارات، واتخاذ جميع الإجراءات المناسبة لمعالجة هذه المشكلات، مع تقديم الإرشادات المناسبة لمطبقي الاختبار.
- ضمان إدراك العناصر المتعلقة بالمواد المحفزة، الإجراءات الإدارية وطرق الاستجابة التي قد تخفض من صدق الاستنتاجات التي تم الحصول عليها عن طريق تفسير الدرجات.
- العمل على أن تكون لغة إرشادات الإداريين في اللغة المستهدفة هي نفسها في اللغة الأصلية.
- التأكد من أن دليل المقابلة يقدم وصفا دقيقا لكل أوجه الاختبار وطريقة إدارية في محيط ثقافي جديد.

- يجب ألا يكون مطبقي الاختبار فضوليين لا تربطهم أي علاقة بالمفحوصين، على أساس هذا اعتمدت الباحثة في تطبيقها للاختبار الخطوات التالية:

- اختيار مطبقي الاختبار حيث يجب أن تتوفّر فيهم الشروط التالية:

✓ الانتماء لثقافة المفحوصين.

✓ تتوفّر فيهم الخصائص العلمية الموافقة لفلسفة الاختبار (تخصص علم النفس).

✓ تلقوا تكوينا في كيفيات تطبيق الأداة.

ويظهر أنّ الشروط تتوفّر في مطبّقي الاختبار أين يمكن تفادي مشكلات التواصل اللغوي (اللهجة) والتي تعرقل عملية تطبيق الاختبار وعملية شرح التعليمة التي تعتبر واجهة الاختبار وفهمها يعتبر مؤشرا جيّدا لنجاح خصائص الاختبار المستهدفة من الدراسة.

كما أنّ تخصص المطبقين يندرج ضمن فلسفة الاختبار وتخصّصه، مما يمكّن الباحث من ضمان أوجه من المصداقية بتطبيق الاختبار، فضلا على أنّها على دراية بماهية الاختبار وذوي تجربة قبلية خاصة بتطبيق هكذا اختبارات.

- التعليمة: (المقدمة للمطبقين)

طلبنا من المطبقين (الباحثة ضمنهم) ضمان الشروط التالية:

- التأكد من أنّ جميع التلاميذ وأولياءهم قد فهموا عبارات الدليل.
- التأكد من أن جميع التلاميذ وأولياءهم لديهم الرغبة في الاجابة على الدليل.

6-الأساليب الاحصائية:

يتم معالجة المعطيات باستخدام البرنامج الاحصائي للعلوم الاجتماعية في الحاسوب Spss v^{22}والاعتماد على حزمة أموس Spss Amos v^{22} المتخصص في النمذجة البنائية لحساب التحليل العاملي التوكيدي، وقد تم الاعتماد على الاساليب الاحصائية التالية:

- **معادلة لاوشي:** لحساب الصدق الظاهري.
- **معامل ارتباط برسون:** لحساب الارتباط في صدق الاتساق الداخلي وصدق المحك وثبات اعادة الاداة.
- **معامل سبيرمان:** لحساب الارتباط في صدق الاتساق الداخلي والصدق التلازمي.
- **ألفا كرونباخ:** لقياس ثبات الاتساق الداخلي.
- **معامل ألفا الطبقي:** لقياس ثبات البنية الداخلية.
- **معامل الموثوقية المركبة:** لقياس ثبات البنية الداخلية.
- **أوميقا الموزونة:** لقياس ثبات البنية الداخلية.

- **التحليل العاملي التوكيدي:** للتحقق من البنية العاملية.
- **معامل جتمان، معامل رولون:** للتحقق من الثبات بطريقة التجزئة النصفية.
- **الانحدار اللوجستي الثنائي:** للتحقق من الصدق التنبؤي.

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج في ضوء الفرضيات

1-عرض النتائج في ضوء الفرضيات:

1-1 عرض نتائج الفرضية الأولى: يتمتع دليل الـ K Sads PL 5 لتشخيص فرط النشاط الحركي المصحوب بتشتت الانتباه في الوسط المدرسي الجزائري بالخصائص السيكومترية المقبولة.

خصائص صدق البنية الداخلية k-sads PL 5ADHD

صدق المحكمين:

جدول رقم (3): يوضح نتائج معامل لاوشي للصدق المحكمين

البنود	يقيس	لا يقيس	يقيس-لايقيس	
1	13	2	0,73333333	
2	14	1	0,86666667	
3	15	0	1	
4	12	3	0,6	
5	13	2	0,73333333	
6	15	0	1	
7	12	3	0,6	
8	15	0	1	
9	12	3	0,6	
10	11	4	0,46666667	
11	11	4	0,46666667	
12	13	2	0,73333333	
13	14	1	0,86666667	
14	12	3	0,6	
15	12	3	0,6	
			10,8666667	مجموع البنود
			Lawche	**0,72444444**

المصدر: من اعداد الباحثةباستخدام برنامج Excel 2013

يوضح الجدول رقم (3): بيانات صدق المحكمين بمعامل لاوشي ثم عرض الأداة على 15 أستاذ ومختص موزعين على عدة جامعات الوطن وقدموا لنا مجموعة من الاقتراحات والتعديلات، ثم قمنا بقياس صدق المحكمين بمعادلة لاوشي كما هي موضحة في الجدول رقم (04) وقد تحصلنا على صدق جيد ومنه نقول أن معظم آراء المحكمين جاءت أن الأداة تقيس ما وضع لقياسه ومنه الاختبار ينتمي الى مجال السمة المراد قياسها.

صدق الاتساق الداخلي لأداة k-sads PL 5ADHD

جدول رقم(4): يوضح قيم معامل الارتباط Spearman بين كل بند من بنود فقرات أداة k-sads PL5 ADHD في التشخيص الماضي والدرجة الكلية للأداة.

البنود والمحاور	بعد نقص الانتباه	بعد فرط النشاط والاندفاعية	k-sads PL 5 ADHD
	مستوى الدلالة (*0.05-**0.01)		
المحور الأول: بعد نقص الانتباه			
1- يقوم بأخطاء كثيرة تخص نقص الانتباه.	0.381**		0.273**
2- لا ينصت.	0.472**		0.288**
3- صعوبة في اتباع التعليمات.	0.293**		0.275**
4- صعوبة في تنظيم أعماله ونشاطاته.	0.475**		0.385**
5- لا يحب ويتجنب المهام التي تستلزم الانتباه.	0.384**		0.282**
6- يضيع أدواته.	0.480**		0.470**
7- نسيان متكرر في الحياة اليومية.	0.602**		0.505**
المحور الثاني: بعد فرط النشاط والاندفاعية			
8- لا يبقى في مكانه.		0.530**	0.426**
9- يجري ويتسلق في كل مكان.		0.415**	0.402**
10-صعوبة في اللعب الهادئ.		0.427**	0.390**
11-يتسرع في الاجابة عن الاسئلة.		0.351**	0.367**
12-صعوبة في انتظار دوره.		0.459**	0.345**
13-يقاطع الآخرين أو يفرض نفسه.		0.535**	0.566**
14-يتكلم كثيرا.		0.527**	0.550**
15-يتحرك كثيرا.		0.247**	0.201**
بعد فرط النشاط			0.793**
بعد الاندفاعية ونقص الانتباه			0.693**

المصدر: من اعداد الباحثةباستخدام برنامج Spss v 22

يُوضِّحُ الجدول رقم(4): قيم معامل الارتباط سبيرمان **Spearman** بين كل عبارة من عبارات الأداة الذي يقيس "**k-sads PL 5ADHD**" والدرجة الكلية للأداة التشخيص الماضي، عند مستوى الدلالة (*0.05-**0.01) تحصلنا على 7 بنود في المحور الأول بعد نقص الانتباه، تتمتع بصدق قوي، و8 بنود في المحور الثاني بعد فرط النشاط والاندفاعية تتمتع كذلك بصدق قوي، هذه البنود تتمتع بصدق الاتساق الداخلي بين كل عبارة من عبارات المحور والدرجة الكلية للأداة وهو ما يعكس صدق الأداة k-sads PL 5ADHD، بمعنى أنه يقيس ما صمم لقياسه.

جدول رقم(05): يوضح قيم معامل الارتباط Spearman بين كل بند من بنود فقرات أداة k-sads PL 5ADHD في التشخيص الحاضر والدرجة الكلية للأداة.

المصدر: من اعداد الباحثةباستخدام برنامج Spss v 22

البنود والمحاور	بعد نقص الانتباه	بعد فرط النشاط والاندفاعية	k-sads PL 5 ADHD
	مستوى الدلالة (*0.05-**0.01)		
المحور الأول: بعد نقص الانتباه			
1- يقوم بأخطاء كثيرة تخص نقص الانتباه.	0.301**		0.218**
2- لا ينصت.	0.445**		0.292**
3- صعوبة في اتباع التعليمات.	0.622**		0.523**
4- صعوبة في تنظيم أعماله ونشاطاته.	0.344**		0.338**
5- لا يحب ويتجنب المهام التي تستلزم الانتباه.	0.520**		0.453**
6- يضيع أدواته.	0.603**		0.537**
7- نسيان متكرر في الحياة اليومية.	0.608**		0.393**
المحور الثاني: بعد فرط النشاط والاندفاعية			
8- لا يبقى في مكانه.		0.473**	0.521**
9- يجري ويتسلق في كل مكان.		0.598**	0.580**
10-صعوبة في اللعب الهادئ.		0.546**	0.436**
11-يتسرع في الاجابة عن الاسئلة.		0.465**	0.339**
12-صعوبة في انتظار دوره.		0.462**	0.411**
13-يقاطع الآخرين أو يفرض نفسه.		0.616**	0.557**
14-يتكلم كثيرا.		0.315**	0.335**
15-يتحرك كثيرا.		0.281**	0.215**
بعد فرط النشاط			0.615**
بعد الاندفاعية ونقص الانتباه			0.876**

يُوضِّحُ الجدول رقم(5): قيم معامل الارتباط سبيرمان Spearman بين كل عبارة من عبارات الأداة الذي يقيس "**k-sads PL 5ADHD**" والدرجة الكلية للأداة في التشخيص الحاضر، عند مستوى الدلالة (*0.05-**0.01) تحصلنا على 7بنود في المحور الأول بعد نقص الانتباه، تتمتع بصدق قوي، و 8 بنود في المحور الثاني بعد فرط النشاط والاندفاعية تتمتع كذلك بصدق قوي، هذه البنود تتمتع بصدق الاتساق الداخلي بين كل عبارة من عبارات المحور والدرجة الكلية للأداة وهو ما يعكس صدق الأداة k-sads PL 5ADHD، بمعنى أنه يقيس ما صمم لقياسه.

الصدق التلازمي لأداة k-sads PL 5ADHD

جدول رقم (6): يوضح نتائج معامل سبيرمان للصدق التلازمي

		فرط النشاط كونر	الانتباه كونرز	Konarz
KSADSفرط النشاط	Corrélation de Pearson	,210**		
	Sig. (bilatérale)	,006		
	N	168		
KSADSالانتباه	Corrélation de Pearson		,356**	
	Sig. (bilatérale)		,000	
	N		168	
ksads	Corrélation de Pearson			,358**
	Sig. (bilatérale)			,000
	N			168

المصدر: من اعداد الباحثة باستخدام برنامج Spss v 22

يُوضِّحُ الجدول رقم(6): النتائج مدى ارتباط بين نتائج المفحوصين على الاختبار k-sads PL 5ADHD ونتائج نفس المفحوصين على اختبار كونرز الذي يقيس نفس السمة وقد ثبت صدقه من قبل وبما أن قيمة الارتباط 0.359 بين أداة KSDS وأداة كونرز دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.05 ومنه نقول إن الاختبار يتميز بصدق المحك لأنه كل الاختبارين يقيس خصائص قائمة بالفعل في وقت واحد وذلك بهدف تقدير الحالة الراهنة.

الصدق البنائي بطريقة التحليل العاملي التوكيدي:

جدول رقم (7): يوضِّحُ معايير المطابقة للنموذج العاملي التوكيدي لأداة k-sads PL 5ADHD.

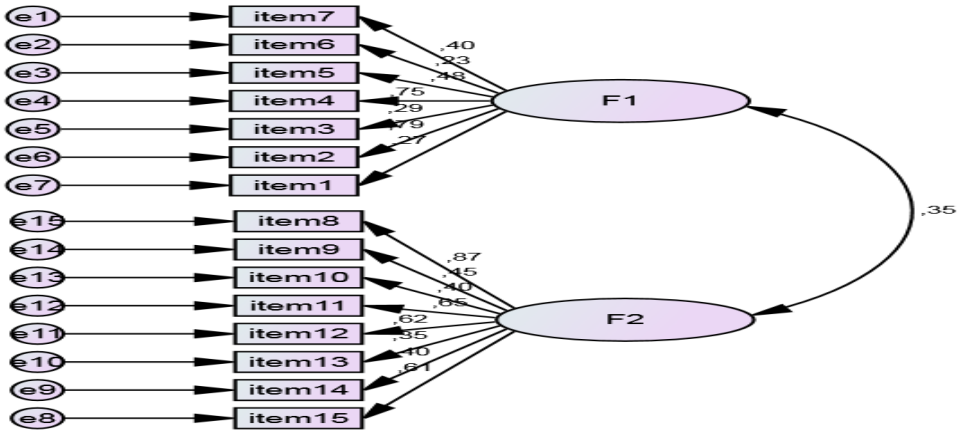
المؤشر	القيم المحسوبة له	قيم المؤشر النموذجية
مؤشرات المطابقة المطلقة Absolute Fit indices		
نسبة درجة الحرية لمربع كاي df/X^2	2.209	3≥ NC ≥0
مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي المعيارية SRMR	0.0953	0.08≥ SRMR ≥0.1
الجذر التربيعي لمتوسط خطأ الاقتراب RMSEA	0.085	0.08≥ RMSEA ≥0
مؤشرات الافتقار إلى الاقتصاد Parcimony Correction Indices		
محك المعلومات المتسق لأيكيك AIC	النموذج الحالي: 258.641 النموذج المستقل: 680.941	قيمة النموذج الحالي أصغر من قيمة المؤشر النموذج المستقل أو الصفري.

مؤشر الصدق التقاطعي المتوقع ECVI	النموذج الحالي: 1.540 النموذج المستقل: 4.053	قيمة المؤشر النموذج الحالي أصغر من قيمة المؤشر النموذج المستقل أو الصفري.
مؤشرات المطابقة المقارنة أو التزايدية Comparative/ incremental Fit Indices		
مؤشر المطابقة المقارن CFI	0.803	0.90≤ CFI
مؤشر المطابقة غير معيار يتاكر- لويس TLI	0.767	0.90≤ TLI

المصدر: من اعداد الباحثةباستخدام برنامج Spss Amos v 22

يُوضِّحُ الجدول رقم (05): نتائج معايير المطابقة للنموذج العاملي التوكيدي لأداة k-sads PL 5ADHD، ومن خلال النتائج المبينة أعلاه فإن أغلب مؤشرات المطابقة تدل على حسن مطابقة النموذج الموضح في الشكل رقم (01).

شكل رقم(7): يُوضِّحُ قيم البرمترات المعيارية للنموذج العاملي التوكيدي لأداة.



المصدر: من اعداد الباحثةباستخدام برنامج Spss Amos v 22

يتضح من خلال الشكل رقم(01): قيم البرمترات المعيارية standardize dregression weight أنّ جميع البنود تتشبع على عواملها بقيم مقبولة، وبالرغم من أنّ بعض البنود جاءت قيم تشبعها على عواملها منخفضة، إلا أنها كانت جميعا دالة عند مستوى 0.05، ويتضح هذا من خلال الجدول التالي الذي يمثل قيم البرمترات اللامعياريةunstandardze dregression weigh t ودلالتها أي باستعمال الوحدات الاصلية، هذا لأن الدلالة والبواقي تظهر فقط في حالة الوحدات الأصلية.

ثبات البنية العاملية لأداة k-sads PL 5ADHD

معامل ألفا الطبقية Stratified Alpha:

معامل ألفا الطبقيStratified Alpha في حالة حساب ثبات الدرجة الكلية على مقاييس متعددة الابعاد، والتي يمكن حسابها ببرنامج نظام تحليل البيانات spss v 22 ومن خلال المعادلة التالية (Feldt, 1989)

$$\alpha\ stratified = 1 - \frac{\sum_{i=1}^{k} \sigma_i^2\ (1 - \alpha_i)}{\sigma_x^2}$$

جدول رقم (08): يُوضِّحُ قيم معامل Stratified Alpha للأداةk-sads PL 5ADHD في التشخيص الماضي.

أداة k-sads PL 5 ADHD	ثبات α_i	التباين $\sum_{i=1}^{k} \sigma_i^2$
1- بعد نقص الانتباه	0.900	0.018
2- بعد فرط النشاط والاندفاعية	0.643	0.010
ثبات ألفا كرونباخ الكلي	**0.837**	
التباين الكلي		**0.18**
ثبات ألفا الطبقيStratified Alpha	**0.97**	

المصدر: من اعداد الباحثةباستخدام برنامج Spss v 22

يُوضِّحُ الجدول رقم(8): نتائج معامل ألفا الطبقي Stratified Alpha لأبعاد أداة k-sads PL 5ADHD في التشخيص الماضي، لعينة قدرت بـ 168تلميذ(ة)، وقد تحصلنا على قيمة ألفا الطبقي 0.97 وهي قيمة مرتفع وجيدة جدا، ومن نقول أنّ أداة k-sads PL 5ADHD يتميز بثبات مرتفع، إذن فمؤشر معامل ألفا الطبقي يؤكد ثبات البنية العاملية لأداة k-sads PL 5ADHD.

جدول رقم (9): يُوضِّحُ قيم معامل Stratified Alpha للأداةk-sads PL 5ADHD في التشخيص الحاضر.

أداة k-sads PL 5 ADHD **(168=N)**	ثبات α_i	التباين $\sum_{i=1}^{k} \sigma_i^2$
3- بعد نقص الانتباه	0.807	0.028
4- بعد فرط النشاط والاندفاعية	0.723	0.011
ثبات ألفا كرونباخ الكلي	**0.850**	
التباين الكلي		**0.038**
ثبات ألفا الطبقيStratified Alpha	**0.77**	

المصدر: من اعداد الباحثة باستخدام برنامج Spss v 22

يُوضِّحُ الجدول رقم(9): نتائج معامل ألفا الطبقي Stratified Alpha لأبعاد أداة k-sads PL 5ADHD في التشخيص الحاضر، لعينة قدرت بـ 168تلميذ(ة)، وقد تحصلنا على قيمة معامل ألفا الطبقي 0.77 وهي قيمة مرتفع وجيدة جدا، ومن نقول أنّ أداة k-sads PL 5ADHD يتميز بثبات مرتفع، إذن فمؤشر معامل ألفا الطبقي يؤكد ثبات البنية العاملية لأداة k-sads PL 5ADHD.

لموثوقية المركبة Composite Reliability:

تراعي الموثوقية المركبة اختلاف التشبعات بين البنود والعبارات، ومنه تؤكد على مدى ترابط الفقرات بين المتغيرات، بمعنى مدى مساهمة كل متغير في تفسير عامله، مع الأخذ في الحسبان قيمة الأخطاء، تقاس هذه المعادلة من خلال نتائج ومخرجات برنامج Spss Amos ومن خلال المعادلة التالية(Hair, 2010)

$$cr = \frac{(\sum_{i=1}^{n} Li)^2}{(\sum_{i=1}^{n} Li)^2 + \sum_{i=1}^{n} ei}$$

جدول رقم (10):يُوضّحُ قيم معامل Composite Reliability لأداة k-sads PL 5ADHD.

أداة **k-sads PL 5 ADHD** (168=N)	ثباتCr
ثبات الموثوقية المركبة الكلي Composite Reliability	0.80

المصدر: من اعداد الباحثة باستخدام برنامج Spss Amos v 22

يُوضّحُ الجدول رقم(10): نتائج معامل الموثوقية المركبة **Composite Reliability** لأبعاد أداة k-sads PL 5ADHD، لعينة قدرت بـ 168تلميذ(ة)، وقد تحصلنا على قيمة معامل الموثوقية المركبة Composite Reliability الكلية للأداة وقد بلغت0.80، وهي قيمة مرتفع وجيدة جدا، وتدل على ثبات الأداة ومنه نقول أنّ أداة k-sads PL 5ADHD يتميز بثبات مرتفع، إذن فمؤشر معامل الموثوقية المركبةComposite Reliability يؤكد ثبات البنية العاملية لأداة**k-sads PL 5ADHD.**

عامل أوميغا الموزونةWeighted Omega:

يعتمد معامل أوميغا الموزونة على تقدير وزن مساهمة كل فقرة في بعدها بنسبة الفقرة إلى تباين الخطأ (باقي التباين الذي لم تشترك به الفقرة مع بعدها) فمقدار تشبع الفقرة مقسوما على الخطأ أو التباين المتبقي يمثل الوزن الذي يقدر حجم مساهمة كل فقرة في تفسير بعدها، أو أهمية كل فقرة في تحديد المفهوم، فالمعادلة تراعي مدى اسهام كل فقرة في تحديد المفهوم الكامن بدلالة الأوزان التي اشتقت من نسبة الدرجة الحقيقية إلى الخطأ، تقاس هذه المعادلة من خلال نتائج ومخرجات برنامج Spss Amos ومن خلال المعادلة التالية: (Bacon, 1995)

$$\boldsymbol{\Omega\omega} = \frac{\sum_i \frac{\lambda_i^2}{1-\lambda_i^2}}{1 + \sum_i \frac{\lambda_i^2}{1-\lambda_i^2}}$$

ج

جدول رقم (11): يُوضّحُ قيم معامل أوميغا الموزونةWeighted Omega لأداة k-sads PL 5ADHD

أداة k-sads PL 5 ADHD (N=168)	ثباتΩω
ثبات أوميغا الموزونةWeighted Omega	0.82

المصدر: من اعداد الباحثةباستخدام برنامج Spss Amos v 22

يُوضِّحُ الجدول رقم(11): نتائج معامل أوميغا ال موزونةWeighted Omega لأبعاد أداة k-sads PL 5ADHD، لعينة قدرت بـ 168تلميذ(ة)، وقد تحصلنا على قيمة معامل أوميغا ال موزونةWeighted Omega الكلية للأداة وقد بل غت0.82، وهي قيمة مرتفع وجيدة جدا، وتدل على ثبات الأداة ومنه نقول أنّ أداة k-sads PL 5ADHD يتميز بثبات مرتفع، إذن فمؤشر معامل أوميغا الموزونة Weighted Omegaيؤكد ثبات البنية العاملية ل أداةk-sads PL 5ADHD.

جدول رقم (12): يُوضِّحُ مقارنة بين معامل ألفا الطبقي ومعامل الموثوقية المركبة ومعامل أوميغا الموزونة.

المقاييس	معاملα الثبات	معامل الثباتCr	معامل الثباتΩω
k-sads PL 5 ADHD	0.77	0.80	0.82

المصدر: من اعداد الباحثةباستخدام برنامج Spss Amos v 22

يُوضِّحُ الجدول رقم (12): القيم الكلية لمعاملات الثبات ألفا الطبقي ومعامل الموثوقية المركبة ومعامل أوميغا الموزونة للأداةk-sads PL 5ADHD، وجاءت جميع القيم مرتفعة بحيث تدل جميعها على ثبات الأداة، من خلال نتائج المعادلات الثلاثة نجد معادلة أوميغا الموزونة تتمتع بخصائص يفتقر اليها معامل الثبات المركب، ومنها أن استعمالها يسفر عن أقصى تقدير لمعامل الثبات الحقيقي، إذ تعتبر أكثر دقة من معامل (ألفا الطبقي) ومن معامل الموثوقية المركبة، وأن قيمتها لا تقل عن مربع أعلى تشبع لأهم مؤشر من مؤشرات المفهوم أو الأداة، بينما قد تكون نتائج استعمال المعادلات الأخرى

1-2 عرض نتائج الفرضية الثانية: يتمتع دليل الـ K Sads PL 5 لتشخيص اضطرابات المعارضة والتحدي في الوسط المدرسي الجزائري بالخصائص السيكومترية المقبولة.

أولا: الصدق

خصائص صدق البنية الداخلية لمقياس اضطرابات المعارضة والتحدي TOP

صدق المحكمين:

جدول رقم (13): يوضح نتائج معامل لاوشي للصدق المحكمين

البنود	يقيس	لا يقيس	يقيس-لايقيس
1	14	1	0,866667
2	13	2	0,733333
3	13	2	0,733333
4	12	3	0,6

5	14	1	0,866667	
6	15	0	1	
7	13	2	0,733333	
8	15	0	1	
9	14	1	0,866667	
10	13	2	0,733333	
11	14	1	0,866667	
12	15	0	1	
13	12	3	0,6	
14	11	4	0,466667	
15	15	0	1	
16	14	1	0,866667	
17	12	3	0,6	
18	13	2	0,733333	
19	15	0	1	
20	15	0	1	
21	14	1	0,866667	
22	13	2	0,733333	
			17,86667	مجموع البنود
			Lawche	0,812121

المصدر: من اعداد الباحثة باستخدام برنامج Excel 2013

يوضح الجدول رقم (13): بيانات صدق المحكمين بمعامل لاوشي ثم عرض المقياس على 15 أستاذ ومختص موزعين على عدة جامعات الوطن وقدموا لنا مجموعة من الاقتراحات والتعديلات، ثم قمنا بقياس صدق المحكمين بمعادلة لاوشي كما هي موضحة في الجدول رقم (13) وقد تحصلنا على صدق جيد ومنه نقول أن معظم آراء المحكمين جاءت أن الأداة تقيس ما وضع لقياسه ومنه الاختبار ينتمي الى مجال السمة المراد قياسها.

صدق الاتساق الداخلي لمقياس اضطرابات المعارضة والتحدي TOP:

رقــم	البنـد	قيمة الارتباط	الدلالة
01	تخريب وتدمير الممتلكات المادية.	0.444	0.000
02	الامتحان.	0.446	0.000
03	السرقة باستعمال العنف.	0.559	0.000
04	اشعال النار.	0.507	0.000
05	البقاء خارجا في الليل.	0.601	0.000
06	الهروب الليلي.	0.396	0.000
07	استعمال السلاح.	0.548	0.000
08	القوة الجسدية مع الأشخاص.	0.455	0.000
09	ممارسات جنسية بقوة.	0.499	0.000
10	سوء معاملة اتجاه الحيوانات.	0.392	0.000
11	الصدى: اجتماعي.	0.606	0.000
12	عائلي.	0.628	0.000
13	في المدرسة.	0.437	0.000
14	المدة.	0.487	0.000
15	نوع: بداية خلال الطفولة.	0.473	0.000
16	نوع: بداية خلال المراهقة.	0.413	0.000
17	حجج لصالح اضطراب السلوك حسب DSM5.	0.478	0.000
18	نوع: في المجموعة.	0.537	0.000
19	نوع: وحيد عدائي.	0.437	0.000
20	نوع: لا مبالي.	0.451	0.000
21	مشاعر إيجابية اجتماعية محدودة.	0.450	0.000
22	حدة.	0.452	0.000

جدول رقم(14): يوضِح معامل الارتباط Spearman بين كل بند من بنود مقياس اضطرابات المعارضة والتحدي TOP والدرجة الكلية للمقياس.

يُوضِّحُ الجدول رقم (14): قيم معامل الارتباط سبيرمان Spearmanبين كل عبارة من عبارات **مقياس** اضطرابات المعارضة والتحدي TOP والدرجة الكلية للمقياس، عند مستوى دلالة 0,05، تحصلنا على 22

بند تتمتع بصدق قوي، ومن سنعتمد على 22 بند لأن هذه البنود تتمتع بصدق الاتساق الداخلي بين كل عبارة من عبارات المحور والدرجة الكلية للمقياس وهو ما يعكس صدق المقياس، بمعنى أنه يقيس ما صمم لقياسه.

- **اختبار النموذج: (الصدق البنائي)**

تتضح جودة المطابقة بالنسبة لنموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس اضطرابات المعارضة والتحدي TOPفي الجدول التالي:

المؤشر	القيمة المحسوبة	محك القبول
مؤشرات المطابقة المطلقة Absolute Fit Indices		
نسبة درجة الحرية لمربع كاي DF/x^2	**2.385**	ما بين 1 و3.
مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي المعيارية SRMR	**0.0688**	- ينبغي أن تكون دون (0.1) - ويفضل أن تكون أصغر من (0.08)
الجذر التربيعي لمؤشر خطأ الاقتراب RMSEA	**0.079** **LO:0.070/HI:0.088**	- المؤشر بين 0.05 و0.08 يدل على مطابقة جيدة. - حدود الثقة يجب أن تتراوح ما بين 0 و0.08.
مؤشرات الافتقار إلى الاقتصادParcimony Correction Indices		
مؤشر الصدق التقاطعي المتوقع ECVI	**النموذج الحالي: 2.666** **النموذج المشبع: 2.300** **النموذج المستقل: 7.931**	يجب أن يكون قيمة مؤشر النموذج الحالي أصغر من قيمة النموذجين المشبع والمستقل.
محك المعلومات لأيكيك AIC	**النموذج الحالي: 586** **النموذج المشبع: 506** **النموذج المستقل: 1744**	يجب أن يكون قيمة مؤشر النموذج الحالي أصغر من قيمة النموذجين المشبع والمستقل.
مؤشرات المطابقة المقارنةComparative Fit Indices		
مؤشر المطابقة المقارنCFI	**0.80**	يجب أن تكون أعلى من 0.9
مؤشر تاكر–لويس TLI	**0.78**	يجب أن تكون أعلى من 0.9

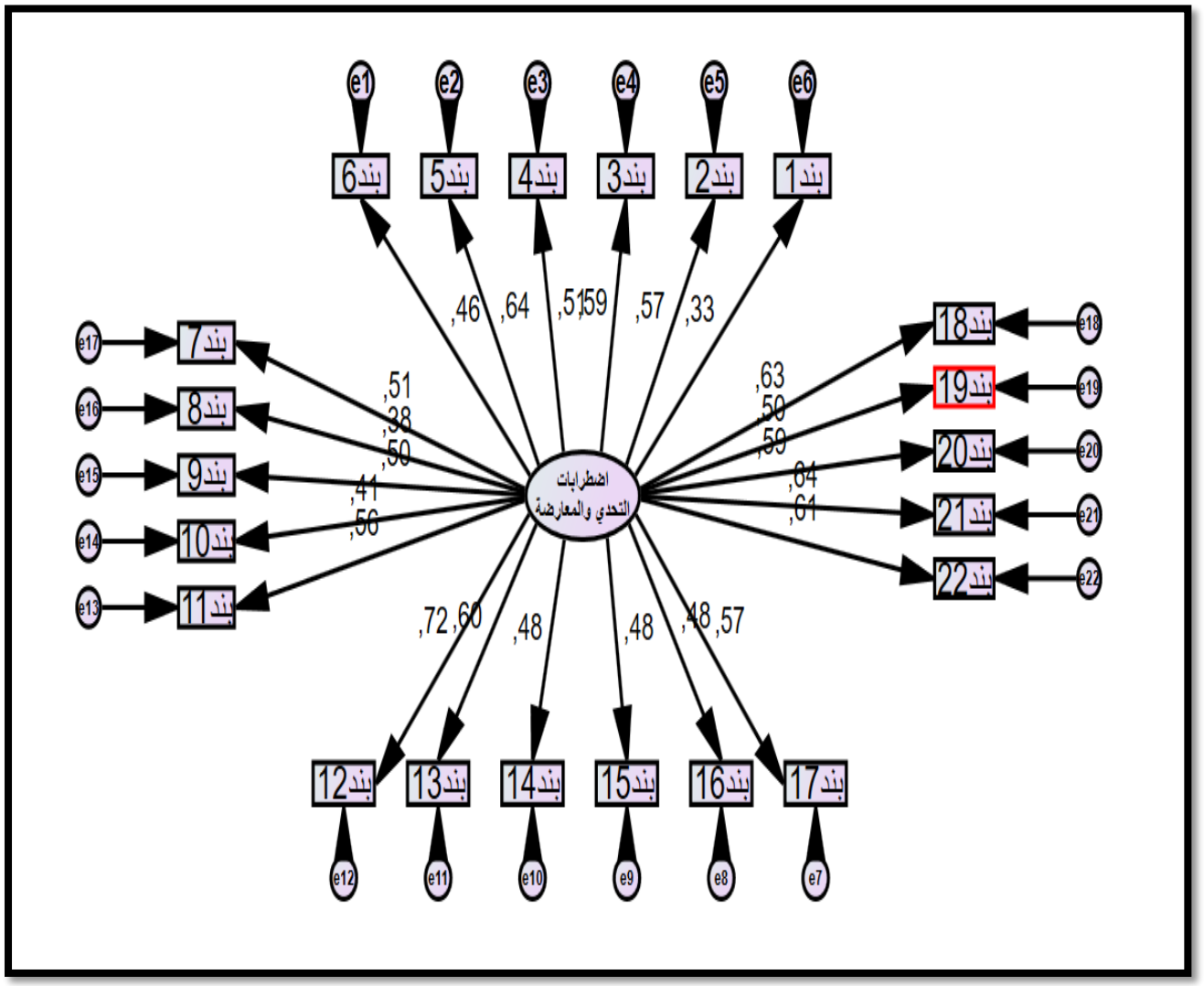
جدول (15) يوضح معايير المطابقة للنموذج العاملي التوكيدي لمقياس اضطرابات المعارضة والتحدي TOPقبل التعديل

بلغت قيمة RMSEA في النموذج الحالي: 0.079 وهي قيمة أقل من0.08 حيث أن قيمة مؤشر التربيعي لخطأ الاقتراب وجب ألا تتجاوز 0.1، أما أن تكون أقل من 0.08 فهي تدل على مطابقة جيدة بين النموذج المفترض hypothesized model والمعطيات observed data ،غير أن حدود الثقة تجاوزت الحد الأعلى للدرجة الموصى بها 0.08،وبالرغم من أن معظم المؤشرات كانت جيدة إلا أن مؤشر الصدق التقاطعي المتوقع ومحك المعلومات لأيكيك كانا أقل من نسبة القبول، حيث كانت قيمة النموذج الحالي

أكبر من قيمة النموذج المشبع مما يعني أن النموذج يفتقر إلى الاقتصاد في المعلومات، ومن الممكن أن بعض التعديلات على النموذج سترفع من قيمتهما.(**دعيش،2017**)

- **تقدير بارامترات النموذج قبل التعديل:**

وأتت قيم بارامترات النموذج الحالي كالتالي:



الشكل (8) يوضح قيم البرمترات المعيارية للنموذج العاملي التوكيدي لمقياس اضطرابات التحدي والمعارضة (قبل التعديل)

تعديل النموذج: حيث تعني هذه المرحلة أن يقوم الباحث بفحص البواقي ومؤشرات التعديل قصد الوقوف على مواطن الخلل في النموذج، وتبيان لهذا افتقر النموذج المفترض إلى مطابقة كافية. (**تيغزة،2012، ص.286**)

ويشير المخطط الأول إلى نموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس اضطرابات المعارضة والتحدي وذلك بشكله الخام أي قبل القيام بالتعديل، أين ظهرت تشبعاته مقبولة نسبيا، غير أن مؤشرات المطابقة

أتت أقل من محك القبول خصوصا مؤشرات الافتقار إلى الاقتصاد، مما استدعى منا فحص مؤشرات التعديل والتي كذلك اقترحت مجموعة من التعديلات الأخرى التي تظهر كالتالي:

المسارات			ق. التغاير	ق. اللامعيارية
e2	<-->	e3	21,331	,283
e19	<-->	e20	19,915	,238
e3	<-->	e21	17,524	-,192
e21	<-->	e22	15,589	,150

جدول (17) يوضح مؤشرات التعديل لنموذج إ.ت.م

من خلال فحص جدول مؤشرات التعديل يظهر أن أفضل تعديل مقترح كان بين بواقي البند **رقم** (e2)**5** وبواقي البند **رقم** (e3)**4**، حيث قدرت قيمة التغاير بين الباقيين عند أجراء التعديل بـ 21.252 وكانت أفضل نسبة من بين نسب التعديلات الأخرى المرتفعة، كذلك ومن خلال القيم اللامعيارية قدرت قيمة العلاقة بين الباقي رقم 2 والباقي رقم3 بـ 0.283 أين اعتبرت كأكبر قيمة بين الاقتراحات الأخرى، والتي يفترض أن تحدث تغييرا في النموذج، وتحسن من معايير مطابقته، كذلك تم اعتماد ثلاثة تعديلات في النموذج مثلما هو موضوع في الجدول أعلاه.

وبعد القيام بالتعديل أتت مؤشرات المطابقة للنموذج كالتالي:

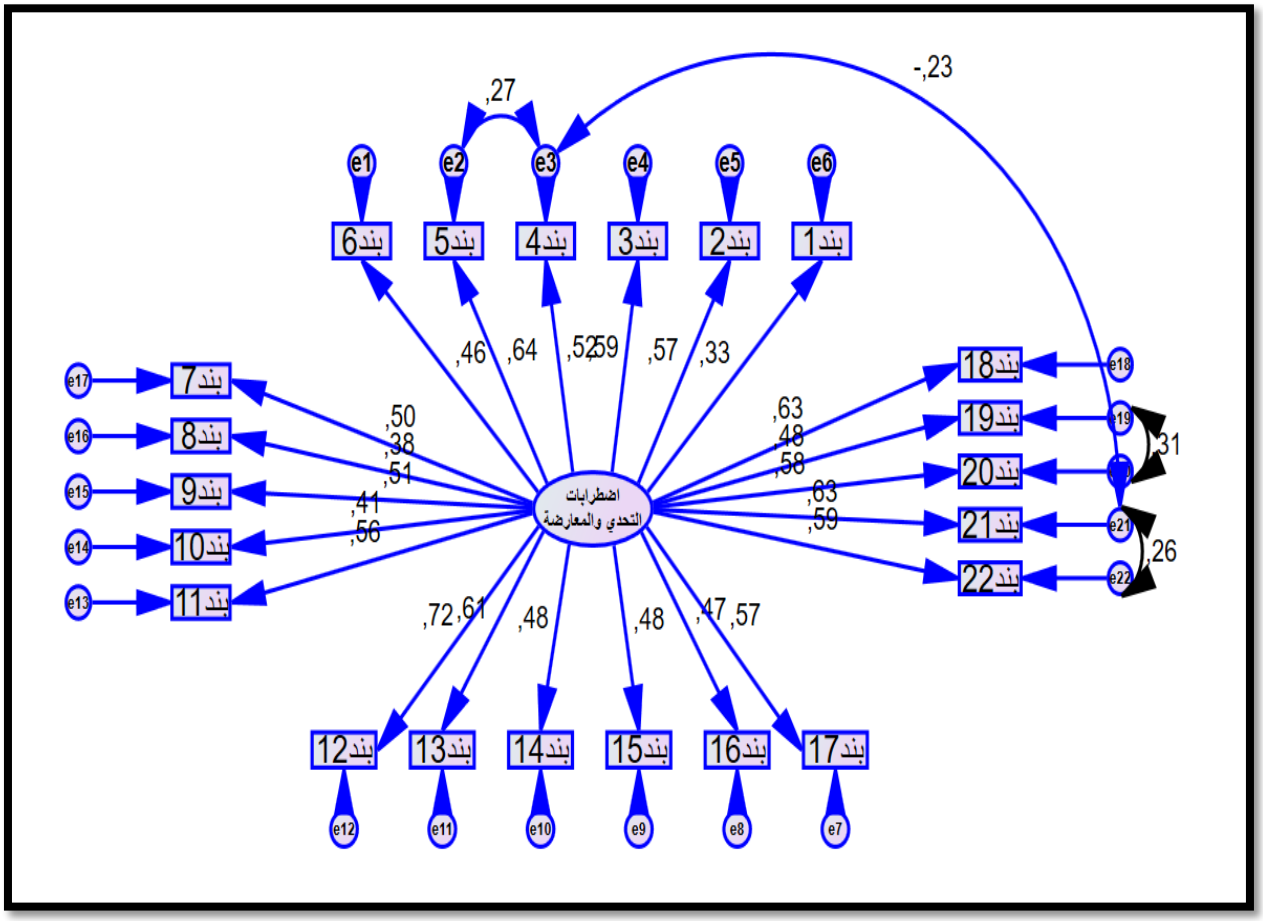
المؤشر	القيمة المحسوبة	محك القبول
مؤشرات المطابقة المطلقة Absolute Fit Indices		
نسبة درجة الحرية لمربع كاي DF/x^2	**2.090**	ما بين 1 و3.
مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي المعيارية SRMR	**0.0647**	- ينبغي أن تكون دون (0.1) - ويفضل أن تكون أصغر من (0.08)
الجذر التربيعي لمؤشر خطأ الاقتراب RMSEA	**0.070** **LO:0.061/HI:0.080**	- المؤشر بين 0.05 و0.08 يدل على مطابقة جيدة. - حدود الثقة يجب أن تتراوح ما بين 0 و0.08.
مؤشرات الافتقار إلى الاقتصادParcimony Correction Indices		
مؤشر الصدق التقاطعي المتوقع ECVI	**النموذج الحالي: 2.384** **النموذج المشبع: 2.300** **النموذج المستقل: 7.931**	يجب أن يكون قيمة مؤشر النموذج الحالي أصغر من قيمة النموذجين المشبع والمستقل.
محك المعلومات لأيكيك AIC	**النموذج الحالي: 524** **النموذج المشبع: 506** **النموذج المستقل: 1744**	يجب أن يكون قيمة مؤشر النموذج الحالي أصغر من قيمة النموذجين المشبع والمستقل.
مؤشرات المطابقة المقارنةComparative Fit Indices		
مؤشر المطابقة المقارنCFI	**0.84**	يجب أن تكون أعلى من 0.9
مؤشر تاكر–لويس TLI	**0.82**	يجب أن تكون أعلى من 0.9

جدول -18- يوضح معايير المطابقة للنموذج العاملي التوكيدي لمقياس الفعالية الذاتية المتوقعةGSE-10 بعد التعديل

يوضح الجدول قيم مؤشرات المطابقة بعد القيام بالتعديل، حيث تحسنت معايير المطابقة بالنسبة للنموذج أين أصبح **RMSEA** يساوي 0.07 بعد أن كان 0.079 بحدود ثقة أحسن، كذلك مؤشرات المطابقة المقارنة **CFI**و**TLI** شهدت ارتفاعا ملحوظا، كذلك بالنسبة لمؤشرات الافتقار إلى الاقتصاد **ECVI**و **AIC**بالرغم من كونها لازالت تحت مستوى القبول، وكتعليق نهائي على مؤشرات النموذج، فقد تحصل على مؤشرات مطابقة مقبولة إذا حكمنا على النموذج من خلال أهم المؤشرات ويتعلقك ذلك بكل من **RMSEA** و **SRMR** ،حيث جاءت تدل على مطابقة جيدة بين النموذج المفترض hypothesized model والمعطيات **observed data.**

- **تقدير بارامترات النموذج بعد التعديل:**

بعد عملية تقدير نسبة مطابقة النموذج للبيانات نأتي إلى تقدير النموذج وفحص قيم بارامتراته وتشبعات البنود على عواملها وكذا الارتباطات بين بواقي البنود، وذلك بعد القيام بالتعديل، حيث سيتم المقارنة بين تقديرات النموذج قبل التعديل وتقديرات النموذج بعد التعديل ويتضح هذا من خلال المخط التالي:



الشكل (9) يوضح قيم البرمترات المعيارية للنموذج العاملي التوكيدي لمقياس الفعالية الذاتية المتوقعة (بعد التعديل)

يوضح المخطط قيم بارامترات النموذج بعد القيام بالتعديل، فبالإضافة للتغير الذي حصل في مؤشرات التعديل، نلاحظ تغيرا أيضا في بعض بارامترات النموذج، بدآ من ظهور قيم جديدة في النموذج (تغاير بين البواقي)، إلى تغيرات في قيم تشبعات بعض البنود على العامل الكلي، وأتت التغيرات كالتالي:

- وجود ارتباط قوي بين بواقي البنود رقم 19 وبواقي البند رقم 20 والذي قدر بـ 0.31 وهي قيمة جد دالة عند 0.05، وقد يرجع هذا الارتباط القوي بين بواقي البندين إلى تقارب البندين من حيث الصياغة والمفهوم. كذلك جاءت باقي الارتباطات بين بواقي البنود والتي تم ادراجها من خلال اقتراح البرنامج في مؤشرات التعديل كلها دالة احصائيا.
- نلاحظ أيضا وجود تغيرات في بعض تشبعات البنود على العامل الكامن المتمثل في مقياس اضطرابات التحدي والمعارضة.

بالرغم من حدوث تغيرات في قيم تشبعات بعض البنود على العامل الكامن، إلا أنها لم تكن بالتغييرات الكبيرة، ومدام النموذج المعدل هو الذي أظهر مؤشرات جيدة وتطابقا بين النموذج التصوري والمعطيات مقارنة بالنموذج الغير المعدل، فوجب الأخذ بمؤشرات النموذج المعدل والتي أتت كالتالي:

يظهر من خلال المخطط قيم البرمترات ال معياريةstandardizedregressionweightأن جميع البنود تتشبع على عواملها بقيم مقبولة نسبيا، وبالرغم من أن بعض البنود جاءت قيم تشبعها على عواملها منخفضة خصوصا قيمة تشبع البند رقم 1 والتي قدرت بـ 0.33 حيث أتت هذه القيمة منخفضة، إلا أنها كانت جميعا دالة عند مستوى 0.05، ويتضح هذا من خلال الجدول التالي الذي يمثل قيم البرمترات اللامعياريةunstandardizedregressionweightودلال تها أي باستعمال الوحدات الأصلية:

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
بند6	<---	F1	1,000				
بند5	<---	F1	1,419	,230	6,164	***	
بند4	<---	F1	1,149	,208	5,519	***	
بند3	<---	F1	1,203	,203	5,939	***	
بند2	<---	F1	1,117	,192	5,826	***	
بند1	<---	F1	,815	,199	4,101	***	
بند7	<---	F1	1,244	,229	5,430	***	
بند8	<---	F1	1,069	,235	4,553	***	

بند9	<---	F1	1,059	,194	5,458	***	
بند10	<---	F1	,946	,197	4,792	***	
بند11	<---	F1	1,258	,217	5,795	***	
بند12	<---	F1	1,453	,223	6,528	***	
بند13	<---	F1	1,176	,195	6,027	***	
بند14	<---	F1	1,184	,223	5,312	***	
بند15	<---	F1	1,044	,198	5,273	***	
بند16	<---	F1	,956	,183	5,218	***	
بند17	<---	F1	1,131	,194	5,843	***	
بند18	<---	F1	1,138	,186	6,119	***	
بند19	<---	F1	1,048	,199	5,259	***	
بند20	<---	F1	1,073	,183	5,865	***	
بند21	<---	F1	1,053	,171	6,146	***	
بند22	<---	F1	1,158	,196	5,917	***	

F1: الفعالية الذاتية المتوقعة.
***: دالة جدا عند 0.01.

جدول (19) يوضح قيم البرمترات اللامعيارية للنموذج العاملي التوكيدي لمقياس اضطرابات التحدي والمعارضةTOP

يتضح من خلال الجدول التقديرات اللامعيارية لبرمترات النموذج، حيث تظهر جميع تشبعات البنود على عواملها دالة عند مستوى 0.01 ، هذا و تظهر النسبة الحرجة critical ratioنتائج جيدة تختلف عن 0 وهي تدلعلى قدرة العامل الكامن على التنبؤ بكل بند من بنوده، حيث كانت جميعا نسب دالة عند مستوى0.01، مما تؤكد على تشبع مقبول للبنود العشرة بعاملها الكامن (اضطرابات التحدي والمعارضة).

بعد تقدير مؤشرات المطابقة لنموذج مقياس اضطرابات التحدي والمعارضةTOP، ومن ثم فحص بارامترات النموذج من تشبعات البنود على عواملها، يتضح لنا أن النموذج الافتراضي مطابق للبيانات المأخوذة من عينة قدرها 221، وبالرغم من أن بعض تشبعات البنود أتت منخفضة كالبند **رقم 1** إلا أنها تعتبر دالة، ولا يمكن حذفها أو الاستغناء عنها باعتبارها بنودا موضوعة في المقياس الأصلي، وكحكم نهائي تشير معظم النتائج إلى وجود تطابق بين نموذج اضطرابات التحدي والمعارضةTOP الحالي والمقياس في صورته الأصلية.

ثانيا: الثبات

ثبات الاتساق الداخلي:

تم الاعتماد على معامل Alpha de Cronbachلحساب ثبات مقياس اضطراب التحدي والمعارضة عن طريق الاتساق الداخلي، باعتماد في تقدير هذا المؤشر على نظام تحليل البيانات spssv25 كما هو موضح في الجداول التالية:

جدول رقم (20) يوضح قيم معامل Alpha de Cronbachللاداة.

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,893	22

إذن بما ان قيمة α "Cronbach " = 0.959 معناه أن بنود الأداة تتميز ثابت كبير.

كذلك تم تقدير الثبات بمعادلة الموثوقية المركبةcomposite reliabilitycoefficient، والتي توظف مخرجات التحليل العاملي التوكيدي، وتحديدا البرمترات المعيارية للنموذج وكذا الخطأ المعياري لهذه القيم وفق المعادلة:

$$\text{composite reliability} = \frac{(\sum std\ loading)^2}{(\sum std\ loading)^2 + \sum \xi j}$$

حيث:

$\sum std\ loading$ = مجموع البرمترات المعيارية لكل محور للنموذج.

$\sum \xi j$ = مجموعة الأخطاء المعيارية لكل محور في النموذج. **(دعيش، 2017،)**

وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (21) يوضح قيم الموثوقية المركبة

المقياس	قيمة C.R
اضطراب التحدي والمعارضة.	**0.73**

من خلال الجدول يوضح أن قيم الموثوقية المركبة تعتبر قيما عالية، وتؤكد على أن المقياس يتمتع بخاصية الثبات حيث يؤكد Hairأن " القيمة التي تكون أعلى من 0.7 تعتبر قيمة جيدة، والتي تكون ما بين 0.6 و0.7 تعتبر قيما مقبولة ومأخوذا بها أيضا "، ويوضح الجدول التالي مقارنة بين نتائج معامل ألفا ونتائج الموثوقية المركبة:

المقياس	قيمة C.R	قيمة α

اضطراب التحدي والمعارضة.	**0.73**	.....

يظهر الجدول أن قيم معامل ألفا والموثوقية المركبة لمقياس اضطراب التحدي والمعارضة قيما جيدة، وكل هذا يضيف دليلا آخر على أن المقياس يتمتع بخاصية الثبات.

1-3 عرض نتائج الفرضية الثالثة: يتمتع دليل الـ K Sads PL 5 لتشخيص اضطرابات السلوك في الوسط المدرسي الجزائري بالخصائص السيكومترية المقبولة.

أولا: الصدق

جدول رقم (22): يوضح نتائج معامل لاوشي للصدق المحكمين

البنود	يقيس	لا يقيس	يقيس-لايقيس/15	
1	13	2	0.73	
2	14	1	0.86	
3	14	1	0.86	
4	13	2	0.73	
5	14	1	0.86	
6	13	2	0.73	
7	11	4	0.46	
8	10	5	0.33	
9	13	2	0.73	
10	13	2	0.73	
11	13	2	0.73	
12	12	3	0.6	
13	12	3	0.6	
14	13	2	0.73	
15	13	2	0.73	
16	14	1	0.86	
17	15	0	1	
18	14	1	0.86	
			13.2	**مجموع البنود**

			Lawche	0.733

المصدر: من اعداد الباحثة باستخدام برنامج Excel 2013

يوضح الجدول رقم (22): بيانات صدق المحكمين بمعامل لاوشي ثم عرض المقياس على 15 أستاذ ومختص موزعين على عدة جامعات الوطن وقدموا لنا مجموعة من الاقتراحات والتعديلات، ثم قمنا بقياس صدق المحكمين بمعادلة لاوشي كما هي موضحة في الجدول رقم (22) وقد تحصلنا على صدق جيد ومنه نقول أن معظم آراء المحكمين جاءت أن الأداة تقيس ما وضع لقياسه ومنه الاختبار ينتمي الى مجال السمة المراد قياسها.

صدق الاتساق الداخلي لمقياس الاضطرابات السلوكية TC:

رقـم	البنـد	قيمة الارتباط	الدلالة
01	**ينزعج بسهولة.**	0.482	0.000
02	**غاضب ومستاء.**	0.548	0.000
03	**سيء ومنتقم.**	0.467	0.000
04	**يزعج الآخرين.**	0.590	0.000
05	**يتهم الآخرين في أخطاءه.**	0.398	0.000
06	**المدة.**	0.562	0.000
07	**الصدى: اجتماعي.**	0.488	0.000
08	**عائلي.**	0.632	0.000
09	**مدرسي.**	0.458	0.000
10	**الأعراض: لصالح العوامل السابقة.**	0.500	0.000
11	**أعراض المعارضة موجودة مع: تجاه الوالدين.**	0.493	0.000
12	**تجاه أفراد من العائلة.**	0.400	0.000
13	**تجاه أفراد من المدرسة.**	0.497	0.000
14	**تجاه عامة الناس.**	0.582	0.000
15	**تجاه الأصدقاء.**	0.477	0.00
16	**معايير DSM5**	0.482	0.000
17	**حجج لصالح اضطراب السلوك التدميري.**	0.498	0.000
18	**حجج لصالح مشاكل علائقية: والدين طفل**	0.486	0.000

جدول رقم (23): يوضِح معامل الارتباط Spearman بين كل بند من بنود مقياس الاضطرابات السلوكية TCوالدرجة الكلية للمقياس.

يُوضِّحُ الجدول رقم(): قيم معامل الارتباط سبيرمان Spearmanبين كل عبارة من عبارات مقياس الاضطرابات السلوكية **TC**والدرجة الكلية للمقياس، عند مستوى دلالة 0,05، تحصلنا على 18بند يتمتع بصدق قوي، ومن سنعتمد على 18بند لأن هذه البنود تتمتع بصدق الاتساق الداخلي بين كل عبارة من عبارات المحور والدرجة الكلية للمقياس وهو ما يعكس صدق المقياس، بمعنى أنه يقيس ما صمم لقياسه.

- **اختبار النموذج: (الصدق البنائي)**

تتضح جودة المطابقة بالنسبة لنموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس الاضطرابات السلوكية TCفي الجدول التالي:

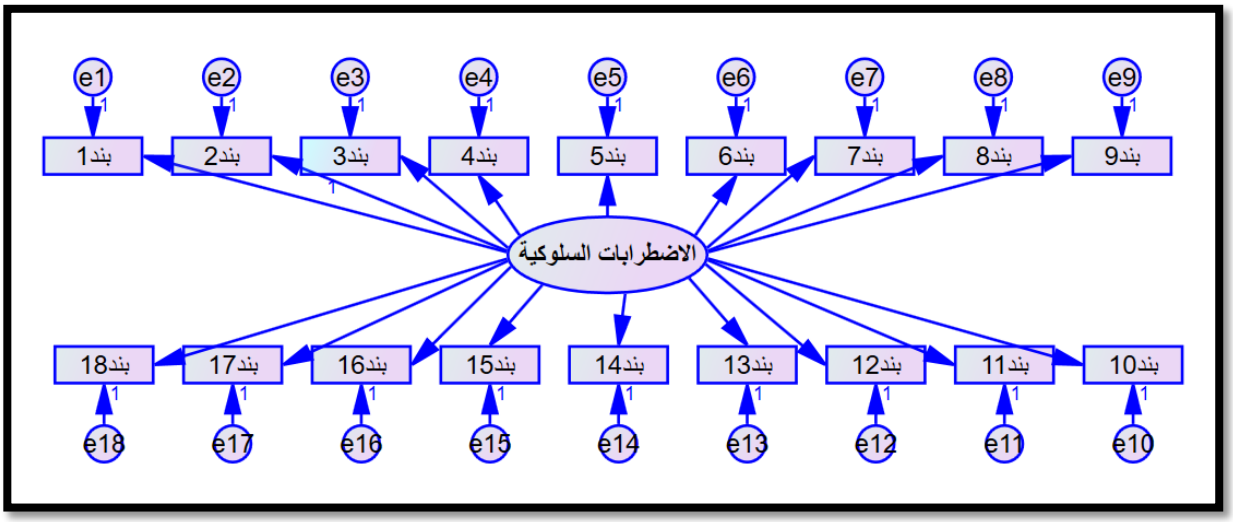
المؤشر	القيمة المحسوبة	محك القبول
مؤشرات المطابقة المطلقة Absolute Fit Indices		
نسبة درجة الحرية لمربع كاي DF/x^2	**2.829**	ما بين 1 و3.
مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي المعيارية SRMR	**0.0691**	- ينبغي أن تكون دون (0.1) - ويفضل أن تكون أصغر من (0.08)
الجذر التربيعي لمؤشر خطأ الاقتراب RMSEA	**0.087** **LO:0.077/HI:0.097**	- المؤشر بين 0.08و0.1 يدل على مطابقة مقبولة. - حدود الثقة يجب أن تتراوح ما بين 0 و0.08
مؤشرات الافتقار إلى الاقتصادParcimony Correction Indices		
مؤشر الصدق التقاطعي المتوقع ECVI	**النموذج الحالي: 1.875** **النموذج المشبع: 1.413** **النموذج المستقل: 6.276**	يجب أن يكون قيمة مؤشر النموذج الحالي أصغر من قيمة النموذجين المشبع والمستقل.
محك المعلومات لأيكيك AIC	**النموذج الحالي: 453** **النموذج المشبع: 342** **النموذج المستقل: 1518**	يجب أن يكون قيمة مؤشر النموذج الحالي أصغر من قيمة النموذجين المشبع والمستقل.
مؤشرات المطابقة المقارنةComparative Fit Indices		
مؤشر المطابقة المقارنCFI	**0.81**	يجب أن تكون أعلى من 0.9
مؤشر تاكر–لويس TLI	**0.79**	يجب أن تكون أعلى من 0.9

جدول (24) يوضح معايير المطابقة للنموذج العاملي التوكيدي لمقياس الاضطرابات السلوكيةTCقبل التعديل

بلغت قيمة RMSEAفي النموذج الحالي: 0.087 وهي قيمة أقل من0.09 حيث أن قيمة مؤشر التربيعي لخطأ الاقتراب وجب ألا تتجاوز 0.1، أما أن تكون أقل من 0.09 فهي تدل على مطابقة جد مقبولة بين النموذج المفترض hypothesized model والمعطيات observed data ،غير أن حدود الثقة تجاوزت الحد الأعلى للدرجة الموصى بها 0.08،وبالرغم من أن معظم المؤشرات كانت جيدة إلا أن مؤشر الصدق التقاطعي المتوقع ومحك المعلومات لأيكيك كانا أقل من نسبة القبول، حيث كانت قيمة النموذج الحالي أكبر من قيمة النموذج المشبع مما يعني أن النموذج يفتقر إلى الاقتصاد في المعلومات، ومن الممكن أن بعض التعديلات على النموذج سترفع من قيمتهما.(دعيش، 2017)

- **تقدير بارامترات النموذج قبل التعديل:**

وأتت قيم بارامترات النموذج الحالي كالتال



الشكل (10) يوضح قيم البرمترات المعيارية للنموذج العاملي التوكيدي لمقياس الاضطرابات السلوكية (قبل التعديل)

تعديل النموذج: حيث تعني هذه المرحلة أن يقوم الباحث بفحص البواقي ومؤشرات التعديل قصد الوقوف على مواطن الخلل في النموذج، وتبيان لماذا افتقر النموذج المفترض إلى مطابقة كافية. **(تيغزة، 2012، ص.286)**

ويشير المخطط الأول إلى نموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس الاضطرابات السلوكية وذلك بشكله الخام أي قبل القيام بالتعديل، أين ظهرت تشبعاته مقبولة نسبيا، غير أن مؤشرات المطابقة أتت أقل من محك القبول خصوصا مؤشرات الافتقار إلى الاقتصاد، مما استدعى منا فحص مؤشرات التعديل والتي كذلك اقترحت مجموعة من التعديلات الأخرى التي تظهر كالتالي:

المسارات			ق. التغاير	ق. اللامعيارية
E15	<-->	E16	21,282	,237
E4	<-->	E5	23,661	,288
E2	<-->	E7	12,977	,211

جدول (25) يوضح مؤشرات التعديل لنموذج إ.س

من خلال فحص جدول مؤشرات التعديل يظهر أن أفضل تعديل مقترح كان بين بواقي البند **رقم 15** (e15) وبواقي البند **رقم 16**(e16)، حيث قدرت قيمة التغاير بين الباقيين عند أجراء التعديل بـ 21.282 وكانت أفضل نسبة من بين نسب التعديلات الأخرى المرتفعة، كذلك ومن خلال القيم اللامعيارية قدرت قيمة العلاقة بين الباقي رقم 15والباقي رقم16 بـ 0.237 أين اعتبرت كأكبر قيمة بين الاقتراحات الأخرى، والتي يفترض أن تحدث تغييرا في النموذج، وتحسن من معايير مطابقته، كذلك تم اعتماد تعديلين اخرين في النموذج مثلما هو موضوع في الجدول أعلاه.

وبعد القيام بالتعديل أتت مؤشرات المطابقة للنموذج كالتالي:

المؤشر	القيمة المحسوبة	محك القبول
مؤشرات المطابقة المطلقة Absolute Fit Indices		
نسبة درجة الحرية لمربع كاي DF/x^2	**2.428**	ما بين 1 و3.
مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي المعيارية SRMR	**0.0641**	- ينبغي أن تكون دون (0.1) - ويفضل أن تكون أصغر من (0.08)
الجذر التربيعي لمؤشر خطأ الاقتراب RMSEA	**0.077** **LO:0.066/HI:0.088**	- المؤشر بين 0.05 و0.08 يدل على مطابقة جيدة. - حدود الثقة يجب أن تتراوح ما بين 0 و0.08.
مؤشرات الافتقار إلى الاقتصاد Parcimony Correction Indices		
مؤشر الصدق التقاطعي المتوقع ECVI	**النموذج الحالي: 1.647** **النموذج المشبع: 1.413** **النموذج المستقل: 6.276**	يجب أن يكون قيمة مؤشر النموذج الحالي أصغر من قيمة النموذجين المشبع والمستقل.
محك المعلومات لأيكيك AIC	**النموذج الحالي: 398** **النموذج المشبع: 342** **النموذج المستقل: 1518**	يجب أن يكون قيمة مؤشر النموذج الحالي أصغر من قيمة النموذجين المشبع والمستقل.
مؤشرات المطابقة المقارنة Comparative Fit Indices		
مؤشر المطابقة المقارن CFI	**0.858**	يجب أن تكون أعلى من 0.9
مؤشر تاكر–لويس TLI	**0.836**	يجب أن تكون أعلى من 0.9

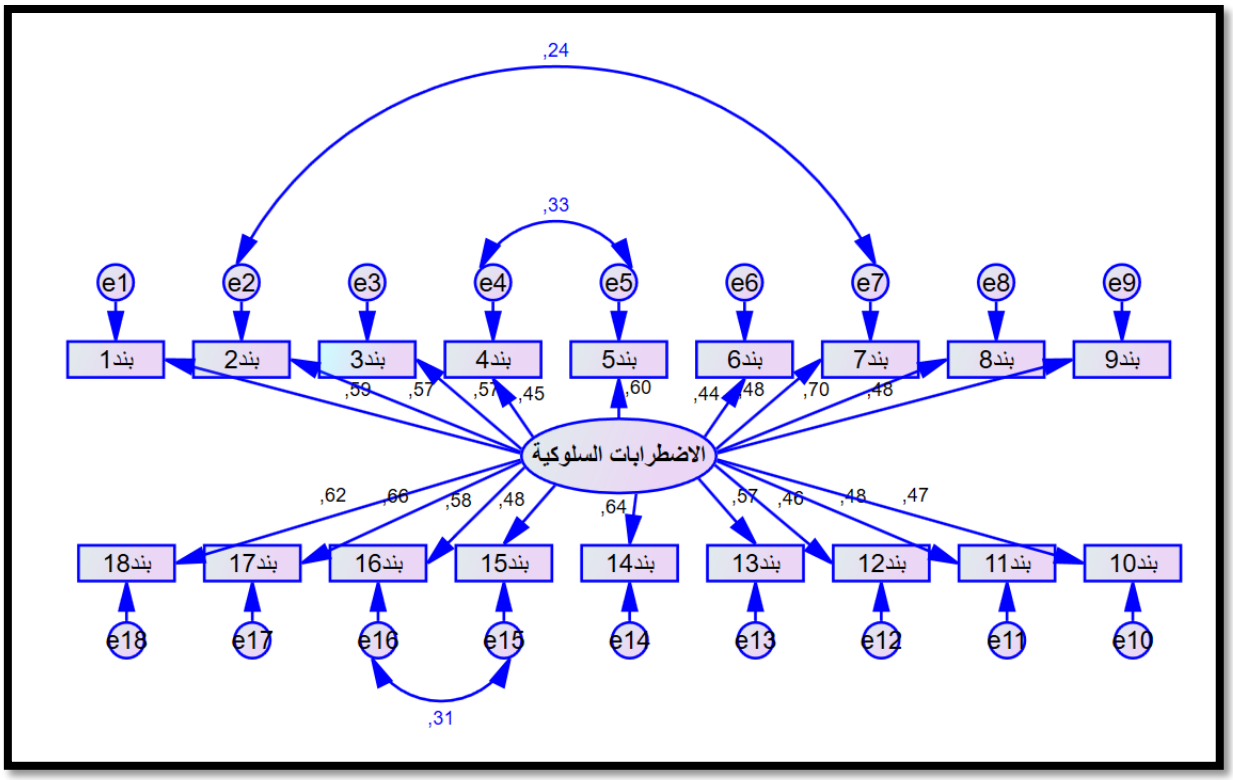
جدول (26) يوضح معايير المطابقة للنموذج العاملي التوكيدي لمقياس الاضطرابات السلوكية **TC** بعد التعديل

يوضح الجدول قيم مؤشرات المطابقة بعد القيام بالتعديل، حيث تحسنت معايير المطابقة بالنسبة للنموذج أين أصبح **RMSEA** يساوي 0.077 بعد أن كان 0.087 بحدود ثقة أحسن، كذلك مؤشرات المطابقة

المقارنة **CFI**و**TLI** شهدت ارتفاعا ملحوظا، كذلك بالنسبة لمؤشرات الافتقار إلى الاقتصاد **ECVI** و **AIC**بالرغم من كونها لازالت تحت مستوى القبول، وكتعليق نهائي على مؤشرات النموذج، فقد تحصل على مؤشرات مطابقة مقبولة إذا حكمنا على النموذج من خلال أهم المؤشرات ويتعلقك ذلك بكل من **RMSEA** و **SRMR** ،حيث جاءت تدل على مطابقة جيدة بين النموذج المفترض hypothesized model والمعطيات observed data.

- **تقدير بارامترات النموذج بعد التعديل:**

بعد عملية تقدير نسبة مطابقة النموذج للبيانات نأتي إلى تقدير النموذج وفحص قيم بارمتراته وتشبعات البنود على عواملها وكذا الارتباطات بين بواقيالبنود، وذلك بعد القيام بالتعديل، حيث سيتم المقارنة بين تقديرات النموذج قبل التعديل وتقديرات النموذج بعد التعديل ويتضح هذا من خلال المخط التالي:



الشكل (11) يوضح قيم البرمترات المعيارية للنموذج العاملي التوكيدي لمقياس الاضطرابات السلوكية (بعد التعديل)

يوضح المخطط قيم بارامترات النموذج بعد القيام بالتعديل، فبالإضافة للتغير الذي حصل في مؤشرات التعديل، نلاحظ تغيرا أيضا في بعض بارامترات النموذج، بدآ من ظهور قيم جديدة في النموذج (تغاير بين البواقي)، إلى تغيرات في قيم تشبعات بعض البنود على العامل الكلي، وأتت التغيرات كالتالي:

- وجود ارتباط قوي بين بواقي البنود رقم 4 وبواقي البند رقم 5 والذي قدر بـ 0.33 وهي قيمة جد دالة عند 0.05، وقد يرجع هذا الارتباط القوي بين بواقي البندين إلى تقارب البندين من حيث الصياغة والمفهوم. كذلك جاءت باقي الارتباطات بين بواقي البنود والتي تم ادراجها من خلال اقتراح البرنامج في مؤشرات التعديل كلها دالة احصائيا.
- نلاحظ أيضا وجود تغيرات في بعض تشبعات البنود على العامل الكامن المتمثل في مقياس الاضطرابات السلوكية.

بالرغم من حدوث تغيرات في قيم تشبعات بعض البنود على العامل الكامن، إلا أنها لم تكن بالتغييرات الكبيرة، ومدام النموذج المعدل هو الذي أظهر مؤشرات جيدة وتطابقا بين النموذج التصوري والمعطيات مقارنة بالنموذج الغير المعدل، فوجب الأخذ بمؤشرات النموذج المعدل والتي أتت كالتالي:

يظهر من خلال المخطط قيم البرمترات المعيارية standardized regression weightأن جميع البنود تتشبع على عواملها بقيم مقبولة نسبيا، وبالرغم من أن بعض البنود جاءت قيم تشبعها على عواملها منخفضة نسبيا خصوصا قيمة تشبع البند رقم 6 والتي قدرت بـ 0.44 حيث أتت هذه القيمة منخفضة، إلا أنها كانت جميعا دالة عند مستوى 0.05، ويتضح هذا من خلال الجدول التالي الذي يمثل قيم البرمترات اللامعيارية unstandardized regression weightودلالتها أي باستعمال الوحدات الأصلية:

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
بند1	<---	F1	1,000				
بند2	<---	F1	,944	,129	7,302	***	
بند3	<---	F1	,989	,134	7,353	***	
بند4	<---	F1	,858	,141	6,078	***	
بند5	<---	F1	1,156	,152	7,628	***	
بند6	<---	F1	,819	,138	5,932	***	
بند7	<---	F1	1,040	,161	6,442	***	
بند8	<---	F1	1,191	,140	8,519	***	
بند9	<---	F1	,861	,135	6,392	***	
بند10	<---	F1	1,044	,133	7,841	***	
بند11	<---	F1	,931	,114	8,176	***	

بند12	<---	F1	,959	,128	7,482	***	
بند13	<---	F1	,927	,144	6,444	***	
بند14	<---	F1	1,010	,126	8,042	***	
بند15	<---	F1	,974	,133	7,321	***	
بند16	<---	F1	,815	,13	6,180	***	
بند17	<---	F1	,896	,141	6,365	***	
بند18	<---	F1	,999	,158	6,314	***	

جدول (26) يوضح قيم البرمترات اللامعيارية للنموذج العاملي التوكيدي لمقياس الاضطرابات السلوكيةTC

F1: الاضطرابات السلوكية.
***: دالة جدا عند 0.01.

يتضح من خلال الجدول التقديرات اللامعيارية لبرمترات النموذج، حيث تظهر جميع تشبعات البنود على عواملها دالة عند مستوى 0.01 ، هذا و تظهر النسبة الحرجة critical ratioنتائج جيدة تختلف عن 0 وهي تدلعلى قدرة العامل الكامن على التنبؤ بكل بند من بنوده، حيث كانت جميعا نسب دالة عند مستوى0.01، مما تؤكد على تشبع مقبول للبنود الثماني عشر بعاملها الكامن (الاضطرابات السلوكية).

بعد تقدير مؤشرات المطابقة لنموذج مقياس الاضطرابات السلوكيةTC، ومن ثم فحص بارامترات النموذج من تشبعات البنود على عواملها، يتضح لنا أن النموذج الافتراضي مطابق للبيانات المأخوذة من عينة قدرها 243، وبالرغم من أن بعض تشبعات البنود أتت منخفضة كالبند **رقم 6** إلا أنها تعتبر دالة، ولا يمكن حذفها أو الاستغناء عنها باعتبارها بنودا موضوعة في المقياس الأصلي، وكحكم نهائي تشير معظم النتائج إلى وجود تطابق بين نموذج الاضطرابات السلوكيةTC الحالي والمقياس في صورته الأصلية.

ثانيا: الثبات

التأكد من ثبات الأداة:

تم الاعتماد على معامل Alpha de Cronbachلحساب ثبات مقياس الاضطرابات السلوكية عن طريق الاتساق الداخلي، باعتماد في تقدير هذا المؤشر على نظام تحليل البيانات spssv25 كما هو موضح في الجداول التالية:

جدول رقم (27) يوضح قيم معامل Alpha de Cronbachللاداة.

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,883	18

إذن بما ان قيمة α "Cronbach " = 0.959 معناه أن بنود الأداة تتميز ثابت كبير.

تم تقدير الثبات لهذا المقياس أيضا من خلال معادلة الموثوقية المركبةcomposite reliabilitycoefficient، والتي توظف مخرجات التحليل العاملي التوكيدي، وتحديدا البرمترات المعيارية للنموذج وكذا الخطأ المعياري لهذه القيم وفق المعادلة:

$$\text{composite reliability} = \frac{(\sum std\ loading)^2}{(\sum std\ loading)^2 + \sum \xi j}$$

حيث:

$\sum std\ loading$ = مجموع البرمترات المعيارية لكل محور للنموذج.

$\sum \xi j$ = مجموعة الأخطاء المعيارية لكل محور في النموذج. **(دعيش، 2017)**

وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (28) يوضح قيم الموثوقية المركبة.

المقياس	قيمة C.R
الاضطرابات السلوكية	**0.80**

من خلال الجدول يوضح أن قيم الموثوقية المركبة تعتبر قيما عالية، وتؤكد على أن المقياس يتمتع بخاصية الثبات حيث يؤكد Hairأن " القيمة التي تكون أعلى من 0.7 تعتبر قيمة جيدة، والتي تكون ما بين 0.6 و0.7 تعتبر قيما مقبولة ومأخوذا بها أيضا "

ويوضح الجدول التالي مقارنة بين نتائج معامل ألفا ونتائج الموثوقية المركبة:

المقياس	قيمة C.R	قيمة α
الاضطرابات السلوكية	**0.80**	.....

يظهر الجدول أن قيم معامل ألفا والموثوقية المركبة لمقياس الاضطرابات السلوكية قيما جيدة، وكل هذا يضيف دليلا آخر على أن المقياس يتمتع بخاصية الثبات.

4-1 عرض نتائج الفرضية الرابعة: يتمتع دليل الـ K Sads PL 5 لتشخيص اللزمات في الوسط المدرسي الجزائري بالخصائص السيكومترية المقبولة.

أولا: استكشاف البيانات:

إن أول خطوة قبل القيام بالتحليل الإحصائي لفقرات المقياس، هي القيام باستكشاف البيانات، أو بالأحرى معرفة أي مستوى من مستويات القياس تقع البيانات المحصل عليها، ونظرا لأهمية هذه العملية سنقوم:

أ- بالتعرف على التوزيع الذي تنتهجه البيانات (توزيع طبيعي، توزيع بواسوني...إلخ).

ب- التعرف على كيفية تدافع البيانات (عشوائيا، أو وجود نمط معين من التدافع).

اعتدالية التوزيع: (شابيرو ويلك، كولموجروف سميرنوف)

جدول رقم (29): يوضح قيم شابيرو ويلك وكولموجروف سميرنوف لاعتدالية توزيع بيانات الأفراد

	شابيرو ويلك			سميرنوف كولموجروف		
	إحصاءات	درجة الحرية	الدلالة الاحصائية	إحصاءات	درجة الحرية	الدلالة الاحصائية
الأداة	,072	50	,200*	,969	60	,137

من خلال الجدول رقم (29) نجد أن قيمة إحصاءات شابيرو ويلك قدرت بـ: 072,، وهو غير دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05، حيث بلغت قيمة دلالته الإحصائية *200,، في المقابل قدرت قيمة إحصاءات كولموجروف سميرنوف بـ: 969,، وهو غير دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05، حيث قدرت دلالته الإحصائية بـ: 137,، ومنه يمكن القول إن البيانات تتوزع توزيعا طبيعيا (معتدل).

عشوائية بيانات العينة: (اختبار التدافعات وولد وولفيتز)

جدول رقم (30): يوضح قيمة اختبار وولد وولفيتز للكشف عن عشوائية بيانات الأفراد

المؤشر المعتمد عليه	قيمة Z	عدد النتائج	الدلالة الإحصائية
الدرجات	-1,185	26	,118
	,407	32	,658

بتفحص الجدول رقم (30) الخاص باختبار التدافعات "وولد وولفيتز" الذي يستعمل لمعرفة مدى توزع بيانات العينة توزيعا عشوائيا، ويسمى اختبار الدورات في بعض الأحيان، لقد تم الكشف عن مدى عشوائية البيانات على مؤشر الدرجات باعتباره متغيرا محوريا، حيث أن الدلالة الإحصائية لكلتا عدد النتائج المحتملة غير دالة إحصائية، ومنه نقر بأن البيانات تتميز بالعشوائية في توزعها أو في تدافعاتها.

إن الاختيار العشوائي لعينة التقنين، وتوزع البيانات توزعا اعتداليا (طبيعيا) وذلك من خلال استخدام اختبار كولموجروف سميرنوف، وتوزع البيانات توزعا عشوائيا باستخدام اختبار "وولد وولفيتز"، إضافة إلى القيمة المرتفعة لألفا كرونباخ التي فاقت 0.70 للأداة ككل، يمكننا من التعامل مع البيانات بارامتريا.

1-الصدق:

أولا: الصدق بطريقة الاتساق الداخلي (الحاضر)

جدول رقم (31): يوضح ارتباط بنود محور الخاص بالحاضر

البنود	الحاضر			القرار الإحصائي	البنود	الحاضر			القرار الإحصائي
	قيمة بيرسون	الدلالة الإحصائية	df			قيمة بيرسون	الدلالة الإحصائية	df	
1	,278*	0,031	48	صادق	17	,434**	0,001	48	صادق
2	,377**	0,003	48	صادق	18	,404**	0,001	48	صادق
3	,403**	0,001	48	صادق	19	,330*	0,010	48	صادق
4	,339**	0,008	48	صادق	20	,415**	0,001	48	صادق
5	,312*	0,015	48	صادق	21	,498**	0,000	48	صادق
6	,334**	0,009	48	صادق	22	,535**	0,000	48	صادق
7	,411**	0,001	48	صادق	23	,563**	0,000	48	صادق
8	,506**	0,000	48	صادق	24	,436**	0,001	48	صادق
9	,447**	0,000	48	صادق	25	,520**	0,000	48	صادق
10	,453**	0,000	48	صادق	26	,447**	0,000	48	صادق
11	,532**	0,000	48	صادق	27	,445**	0,000	48	صادق
12	,411**	0,001	48	صادق	28	,580**	0,000	48	صادق
13	,506**	0,000	48	صادق	29	,500**	0,000	48	صادق
14	,359**	0,005	48	صادق	30	,586**	0,000	48	صادق
15	,368**	0,004	48	صادق	31	,598**	0,000	48	صادق
16	,294*	0,022	48	صادق	32	,653**	0,000	48	صادق

بالنظر إلى النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (31) نجد أن تقريبا كل بنود المحور الخاص بالحاضر متسقة داخليا (صادقة) أي قاست ما عدت لقياسه، وهذا نظرا للدلالة الإحصائية لمعامل الارتباط بيرسون التي قدرت بأنها أقل من مستوى الدلالة المعمول به 0.05 عند درجة حرية 48(N-2).

جدول رقم (32): يوضح ارتباط بنود محور الخاص بالماضي

البنود	الماضي			القرار الإحصائي	البنود	الماضي			القرار الإحصائي
	قيمة بيرسون	الدلالة الإحصائية	df			قيمة بيرسون	الدلالة الإحصائية	df	
1	,328*	0,011	48	صادق	17	0,218	0,095	48	صادق
2	,496**	0,000	48	صادق	18	,289*	0,025	48	صادق
3	,291*	0,024	48	صادق	19	,458**	0,000	48	صادق
4	,637**	0,000	48	صادق	20	,516**	0,000	48	صادق
5	,397**	0,002	48	صادق	21	,516**	0,000	48	صادق
6	,574**	0,000	48	صادق	22	,628**	0,000	48	صادق
7	,438**	0,000	48	صادق	23	,611**	0,000	48	صادق
8	,557**	0,000	48	صادق	24	,426**	0,001	48	صادق
9	,666**	0,000	48	صادق	25	,346**	0,007	48	صادق
10	,528**	0,000	48	صادق	26	,505**	0,000	48	صادق
11	,663**	0,000	48	صادق	27	,445**	0,000	48	صادق
12	,656**	0,000	48	صادق	28	,580**	0,000	48	صادق
13	,664**	0,000	48	صادق	29	,500**	0,000	48	صادق
14	,564**	0,000	48	صادق	30	,586**	0,000	48	صادق
15	,368**	0,004	48	صادق	31	0,218	0,095	48	صادق
16	,294*	0,022	48	صادق	32	,289*	0,025	48	صادق

بالنظر إلى النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (32) نجد أن تقريبا كل بنود المحور الخاص بالماضي متسقة داخليا (صادقة) أي قاست ما عدت لقياسه، وهذا نظرا للدلالة الإحصائية لمعامل الارتباط بيرسون التي قدرت بأنها أقل من مستوى الدلالة المعمول به 0.05 عند درجة حرية 48 (N-2).

ثانيا: الصدق التمييزي:

جدول رقم (33): يبين الإحصاء الوصفي للمجموعتين (عليا-دنيا)

المجموعتين / الأقوى، الأضعف	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الخطأ المعياري
المجموعة العليا	14	419,56	12,127	3,032
المجموعة الدنيا	14	339,69	22,267	5,567

من خلال الجدول رقم (33) نجد هناك مجموعتين (المجموعة العليا، المجموعة الدنيا)، وقد تم الحصول على المجموعتين باتباع الخطوات التالية:

أ- تمثيل كل فرد بدرجته الكلية على الأداة.

ب- ترتيب درجات الأفراد تنازليا.

ج- استخراج من كل مجموعة (دنيا-عليا) نسبة قطع قدرت بـ: 27% وهذا استنادا إلى المعيار السيكومتري لـ: Kelly حيث بلغ عدد كل مجموعة 16 فردا، 0.27 x 50= 13.5.

د- حساب الفرق بين المجموعتين (عليا، دنيا) من خلال اختبار فروق.

من خلال تقسيم درجات الأفراد إلى مجموعتين (عليا، دنيا) تبين أن هناك فروق، وذلك بالنظر إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين **العليا:** المتوسط الحسابي يساوي 419,56، والانحراف المعياري يساوي(12,127) **الدنيا:** المتوسط الحسابي يساوي 339,69، والانحراف المعياري يساوي 22,267.

إن بمجرد النظر إلى خصائص النزعة المركزية ومقاييس التشتت لكلتا المجموعتين نرى أن هناك فروقا، لكن هذا لا يكفي للجزم بوجود فروق في غياب الدلالة الإحصائية التي توجد في الجدول الموالي.

جدول رقم (34): يوضح قيمة (t) لحساب للصدق التمييزي

الإحصاءات	f	مستوى الدلالة	t	درجة الحرية	الدلالة الاحصائية
القيم	,391	,537	12,601	48	,000

بتفحص الجدول رقم (34) نجد أن قيمة f قدرت بـ: 391,، وهي غير دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05، حيث قدرت دلالتها الإحصائية بـ: 537. (أكبر من مستوى الدلالة المعمول به)، في حين نجد أن قيمة (t) بلغت 12,601، وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05، ودرجة حرية48 (N-2)، حيث بلغت دلالتها الإحصائية بـ: 000. (أقل من مستوى الدلالة المعمول به)، ومنه يمكن القول إن الأداة ميزت بين طرفي السمة المقاسة.

ثالثا: الصدق الذاتي

طريقة الصدق الذاتي: تعتمد هذه الطريقة على الدرجات التجريبية للاختبار بعد تخلصها من أخطاء القياس (عند حساب الثبات) تصبح درجات حقيقية، وبما أنها صارت درجات حقيقية يمكن اعتبارها محكا ينسب إليه صدق الاختبار وذلك بحساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات باعتباره معاملا للصدق (وهو الحد الأقصى لصدق الاختبار الذي نستطيع تقديره).

وانطلاقا مما سبق يمكن استخلاص معامل الصدق الذاتي بتطبيق القانون التالي:

معامل الصدق الذاتي = $\sqrt{,940}$

1-الاستبيان:

م ص = 0.96

2-الثبات:

*الثبات بطريقة الاتساق الداخلي:

جدول رقم (35): يوضح قيمة ألفا كرو نباخ للاتساق الداخلي الخاصة بالأداة (الحاضر)

قيمة الفا الكلية	قيمة ألفا استنادا إلى العناصر القياسية	المتوسط الحسابي	التباين	عدد البنود	القرار الإحصائي
0,94	0,943	357,72	1109,156	32	**صادق وثابت**

من خلال الجدول رقم (35) نجد أن قيمة ألفا الكلية قدرت بـ: 0,94، في حين قدرت قيمة ألفا كرونباخ في ضوء العناصر القياسية (البنود) بـ: 0,943، أما المتوسط الحسابي فقد قدر بـ: 357,72، في المقابل نجد أن التباين قدر بـ: 1109,156، وعليه وفق هذه البيانات المتحصل عليها نقرر أن السلم صادق وثابت في جزئه الخاص بالحاضر وهذا للمبررات التالية:

أ- قيمة ألفا المرتفعة حيث قدرت بـ: 0,94 **(معناها أن الاختبار صادق بنسبة 94%)**، حيث تجاوزت المحك الذي وضعه **(Anastasi, Urbina, 1997)** اللذان يريان أنه كلما فاقت قيمة ألفا كرونباخ 0.70، دل ذلك على أن الاختبار ثابت. **(بوقصارة، زياد، 2015، ص.36)**

ب-التباعد الشاسع الموجود بين المتوسط الحسابي والتباين يدل على وجود اختلافات كبيرة في استجابات الأفراد، وهذا مؤشر يدل على أحد أدلة الصدق (التمييز).

ج- وجود قيمة ألفا كرونباخ في ظل العناصر القياسية، هي محك يستعمل لتقدير أوزان البنود من ناحية قيمة الثبات **Rpbis** (قيمة ثبات البند في حالة حذفه).

إن إقرارنا بصدق الاختبار وثباته يعني ما يلي:

أ- أن هناك استقرار في النتائج مهما أعدنا تطبيق الاختبار وفي هذا الشأن يرى (Brown, 1997) أن استخدام ألفا كرونباخ يستفاد منه في التأكد من موثوقية الاختبار عند:

- عند تطبيقه في مناسبتين مختلفتين. (حساب تقدير الاعتمادية)؛
- عند تطبيقه بصورتين متكافئتين. (حساب تقدير الاعتمادية)؛
- التأكد من موثوقية الاتساق الداخلي. **(Brown,2002,p17)**

ب- أن الاختبار ميز بين طرفي الخاصية المقاسة.

أ- أن الاختبار ميز بين الخاصية المقاسة والخواص الأخرى المشابهة.

تقدير أوزان البنود استنادا إلى قيمة ألفا كرونباخ في ظل العناصر القياسية (الحاضر):

جدول رقم (36): يوضح تقدير أوزان بنود الأداة استنادا إلى قيمة Rpbis

البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Rpbis	القرار الإحصائي	البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Rpbis	القرار الإحصائي
1	2,980	0,892	0,939	ثابت ومميز	17	3,400	0,807	0,939	ثابت ومميز
2	3,080	0,869	0,939	ثابت ومميز	18	3,120	0,865	0,940	ثابت ومميز
3	3,150	0,880	0,939	ثابت ومميز	19	3,080	0,944	0,940	ثابت ومميز
4	3,350	0,777	0,940	ثابت ومميز	20	3,530	0,769	0,940	ثابت ومميز
5	3,180	0,813	0,939	ثابت ومميز	21	3,400	0,887	0,939	ثابت ومميز
6	3,350	0,820	0,939	ثابت ومميز	22	3,580	0,720	0,939	ثابت ومميز
7	3,130	0,982	0,940	ثابت ومميز	23	3,380	0,761	0,939	ثابت ومميز
8	3,350	0,799	0,939	ثابت ومميز	24	3,650	0,577	0,940	ثابت ومميز
9	3,220	0,865	0,939	ثابت ومميز	25	3,600	0,643	0,939	ثابت ومميز
10	3,120	0,922	0,939	ثابت ومميز	26	3,070	0,800	0,939	ثابت ومميز
11	3,300	0,766	0,940	ثابت ومميز	27	3,250	0,895	0,939	ثابت ومميز
12	2,900	0,817	0,940	ثابت ومميز	28	3,680	0,469	0,939	ثابت ومميز
13	3,300	0,889	0,939	ثابت ومميز	29	3,370	0,802	0,939	ثابت ومميز
14	3,580	0,671	0,940	ثابت ومميز	30	3,680	0,504	0,940	ثابت ومميز
15	2,930	0,899	0,940	ثابت ومميز	31	3,750	0,508	0,940	ثابت ومميز
16	3,330	0,774	0,940	ثابت ومميز	32	3,380	0,691	0,939	ثابت ومميز

بالنظر إلى المعطيات المبينة في الجدول رقم (39) يمكن القول إن جميع بنود السلم ثابتة ومميزة، بحيث أن قيمة Rpbis لجميع البنود أقل من قيمة ألفا كرونباخ في ظل العناصر القياسية التي تساوي 0,943، وهذا يعني أنه إذا حذف بند من هذه البنود سيكون هناك انخفاض في قيمة ألفا كرونباخ، مما يعني أن البنود ثابتة، ومميزة بالنظر إلى قيمة المتوسط الحسابي والانحراف المعياري فهما متباعدان بالنسبة لجميع البنود مما يدل أنه توجد اختلافات في استجابات أفراد العينة.

ثانيا: الثبات

جدول رقم (40): يوضح قيمة ألفا كرو نباخ للاتساق الداخلي الخاصة بالأداة (الماضي)

قيمة الفا الكلية	قيمة ألفا استنادا إلى العناصر القياسية	المتوسط الحسابي	التباين	عدد البنود	القرار الإحصائي
,879	,879	112,23	167,029	32	صادق وثابت

بتفحص الجدول رقم (40) يمكن القول إن الأداة ثابتة في جزئها الخاص بالماضي، وهذا بالنظر إلى قيمة ألفا الكلية التي تجاوزت 0.70 (,879)، ويمكن اعتبار المحور صادقا نظرا للتباعد الموجود بين المتوسط الحسابي 112,23، والتباين 167,029، حيث يدل التباعد بينهما على الاختلافات في الاستجابات.

تقدير أوزان البنود استنادا إلى قيمة ألفا كرونباخ في ظل العناصر القياسية (الماضي):

جدول رقم (41): يوضح تقدير أوزان بنود الأداة استنادا إلى قيمة Rpbis

البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Rpbis	القرار الإحصائي	البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Rpbis	القرار الإحصائي
1	2,930	0,821	0,939	ثابت ومميز	17	3,230	0,890	0,939	ثابت ومميز
2	3,080	0,889	0,939	ثابت ومميز	18	3,230	0,745	0,939	ثابت ومميز
3	3,030	0,688	0,940	ثابت ومميز	19	3,550	0,565	0,940	ثابت ومميز
4	3,180	0,725	0,939	ثابت ومميز	20	3,080	0,591	0,939	ثابت ومميز
5	2,920	0,743	0,940	ثابت ومميز	21	3,200	0,708	0,939	ثابت ومميز
6	2,930	0,686	0,939	ثابت ومميز	22	3,370	0,712	0,939	ثابت ومميز
7	3,300	0,788	0,939	ثابت ومميز	23	3,230	0,767	0,939	ثابت ومميز
8	2,820	0,873	0,939	ثابت ومميز	24	3,000	0,664	0,939	ثابت ومميز
9	3,050	0,811	0,939	ثابت ومميز	25	2,930	0,733	0,939	ثابت ومميز
10	2,780	0,922	0,939	ثابت ومميز	26	3,070	0,821	0,939	ثابت ومميز
11	3,170	0,806	0,940	ثابت ومميز	27	2,850	0,880	0,939	ثابت ومميز
12	3,430	0,810	0,939	ثابت ومميز	28	3,000	0,957	0,939	ثابت ومميز
13	2,850	0,577	0,939	ثابت ومميز	29	3,030	0,802	0,939	ثابت ومميز
14	3,130	0,676	0,940	ثابت ومميز	30	2,880	0,865	0,939	ثابت ومميز
15	3,400	0,764	0,940	ثابت ومميز	31	3,450	0,872	0,938	ثابت ومميز
16	3,280	0,783	0,939	ثابت ومميز	32	3,550	0,769	0,939	ثابت ومميز

بالنظر إلى المعطيات المبينة في الجدول رقم (41) يمكن القول إن جميع بنود السلم ثابتة ومميزة، بحيث أن قيمة Rpbis لجميع البنود أقل من قيمة ألفا كرونباخ في ظل العناصر القياسية التي تساوي 0,943، وهذا يعني

أنه إذا حذف بند من هذه البنود سيكون هناك انخفاض في قيمة ألفا كرونباخ، مما يعني أن البنود ثابتة، ومميزة بالنظر إلى قيمة المتوسط الحسابي والانحراف المعياري فهما متباعدان بالنسبة لجميع البنود مما يدل أنه توجد اختلافات في استجابات أفراد العينة.

*ثبات السلم بطريقة التجزئة النصفية:

جدول رقم (42): يوضح القيم المعبرة عن ثبات الأداة بطريقة التجزئة النصفية

ألفا كرونباخ	النصف الأول	القيمة	,920
		عدد البنود	32
	النصف الثاني	القيمة	,894
		عدد البنود	32
	العدد الكلي للبنود		64
الارتباط بين نصفي الاختبار			,588
قيمة سبيرمان المصحح	الطول المتساوي		,741
	الطول المتفاوت		,741
قيمة جتمان			,740

إن طريقة التعرف على ثبات الاختبار من خلال طريقة التجزئة النصفية تتطلب تقسيم بنوده إلى بنود زوجية وفردية، وفي حالة عدم تساوي نصفي الاختبار يستعمل معامل سبيرمان المصحح، وتعتمد هذه الطريقة (التجزئة النصفية) على إحصاءة التباين الخاصة بنصفي الاختبار، ومن خلال الجدول رقم (55) نجد أن العدد الإجمالي لبنود المقياس 64، حيث بلغ عدد بنود النصف الأول 32 بندا وقد بلغت قيمة ألفا كرونباخ الخاصة به ,920، في حين بلغ عدد بنود النصف الثاني 32 بنودا وقد بلغت قيمة ألفا كرونباخ الخاصة به ,894، وبالنظر إلى قيم ألفا كرونباخ الخاصة بالنصفين نجد أنها تجاوزت 0.70، مما يدل على أنهما متسقين داخليا، في المقابل نجد أنه يوجد ارتباط قوي بين نصفي الاختبار حيث قدر معامل الارتباط بـ: ,588، مما يدل على أن الاختبار ثابت بين نصفيه، وتدل كل من قيم "سبيرمان" المصحح في جانبه الطول المتفاوت (0.741) باعتبار أن الاختبار (السلم) متساو النصفين، وقيمة "جتمان" (0.740) أن السلم ثابت عند تجزئته إلى نصفين.

*الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق (الحاضر، الماضي)

الجدول رقم (43) يوضح قيمة بيرسون لحساب الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق

معامل الارتباط بيرسون				
الاحصاءات			الماضي	الحاضر
قيمة بيرسون	الماضي	قيمة معامل الارتباط	1	,990
		القيمة الاحتمالية		,001
		حجم العينة		50
	الحاضر	قيمة معامل الارتباط	-,990	
		القيمة الاحتمالية	,001	
		حجم العينة	50	

من خلال الجدول رقم (43) تبين أن قيمة بيرسون قدرت بـ: 990,-، في حين قدرت الدلالة الإحصائية للمعامل بـ:001, وهي قيمة إحصائيا لأنها أقل من مستوى الدلالة المعمول به 0.05، ومنه يمكن القول: أن الأداة تتميز بالاستقرار في نتائجها مهما أعدنا تطبيقها في ظرف وزمان مشابه.

5-1 عرض نتائج الفرضية الخامسة: يتمتع دليل الـ K Sads PL 5 لتشخيص طيف التوحد في الوسط المدرسي الجزائري بالخصائص السيكومترية المقبولة.

1-الصدق:

أولا: الصدق بطريقة الاتساق الداخلي (الحاضر)

جدول رقم (44): يوضح ارتباط بنود محور الخاص بالحاضر

البنود	الحاضر			القرار الإحصائي	البنود	الحاضر			القرار الإحصائي
	قيمة بيرسون	الدلالة الإحصائية	df			قيمة بيرسون	الدلالة الإحصائية	df	
1	,417**	0,001	48	صادق	9	,457**	0,000	48	صادق
2	,546**	0,000	48	صادق	10	,294*	0,023	48	صادق
3	,462**	0,000	48	صادق	11	,526**	0,000	48	صادق
4	,283*	0,029	48	صادق	12	,353**	0,006	48	صادق
5	,609**	0,000	48	صادق	13	,283*	0,028	48	صادق
6	,510**	0,000	48	صادق	14	,344**	0,007	48	صادق
7	,326*	0,011	48	صادق	15	,454**	0,000	48	صادق
8	,476**	0,000	48	صادق	16	,265*	0,041	48	صادق

بالنظر إلى النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (44) نجد أن تقريبا كل بنود المحور الخاص بالحاضر متسقة داخليا (صادقة) أي قاست ما عدت لقياسه، وهذا نظرا للدلالة الإحصائية لمعامل الارتباط بيرسون التي قدرت بأنها أقل من مستوى الدلالة المعمول به 0.05 عند درجة حرية 48(N-2).

جدول رقم (45): يوضح ارتباط بنود محور الخاص بالماضي

البنود	الماضي			القرار الإحصائي	البنود	الماضي			القرار الإحصائي
	قيمة بيرسون	الدلالة الإحصائية	df			قيمة بيرسون	الدلالة الإحصائية	df	
1	,445**	0,000	48	صادق	9	,522**	0,000	48	صادق
2	,580**	0,000	48	صادق	10	,487**	0,000	48	صادق
3	,500**	0,000	48	صادق	11	,352**	0,006	48	صادق
4	,586**	0,000	48	صادق	12	,312*	0,015	48	صادق
5	,598**	0,000	48	صادق	13	,511**	0,000	48	صادق
6	,653**	0,000	48	صادق	14	,487**	0,000	48	صادق
7	,687**	0,000	48	صادق	15	,412**	0,001	48	صادق
8	,691**	0,000	48	صادق	16	,571**	0,000	48	صادق

بالنظر إلى النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (45) نجد أن تقريبا كل بنود المحور الخاص بالماضي متسقة داخليا (صادقة) أي قاست ما عدت لقياسه، وهذا نظرا للدلالة الإحصائية لمعامل الارتباط بيرسون التي قدرت بأنها أقل من مستوى الدلالة المعمول به 0.05 عند درجة حرية 48 (N-2).

ثانيا: الصدق التمييزي:

جدول رقم (46): يبين الإحصاء الوصفي للمجموعتين (عليا–دنيا)

المجموعتين / الأقوى، الأضعف	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الخطأ المعياري
المجموعة العليا	14	419,56	12,127	3,032
المجموعة الدنيا	14	339,69	22,267	5,567

من خلال تقسيم درجات الأفراد إلى مجموعتين (عليا، دنيا) تبين أن هناك فروق، وذلك بالنظر إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين **العليا:** المتوسط الحسابي يساوي 419,56، والانحراف المعياري يساوي(12,127) **الدنيا:** المتوسط الحسابي يساوي 339,69، والانحراف المعياري يساوي 22,267.

جدول رقم (47): يوضح قيمة (t) لحساب للصدق التمييزي

الإحصاءات	f	مستوى الدلالة	t	درجة الحرية	الدلالة الاحصائية

القيم	,391	,537	12,601	48	,000

بتفحص الجدول رقم (47) نجد أن قيمة t قدرت بـ: ,391، وهي غير دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05، حيث قدرت دلالتها الإحصائية بـ: ,537 (أكبر من مستوى الدلالة المعمول به)، في حين نجد أن قيمة (t) بلغت 12,601، وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05، ودرجة حرية48 (N-2)، حيث بلغت دلالتها الإحصائية بـ: ,000 (أقل من مستوى الدلالة المعمول به)، ومنه يمكن القول أن الأداة ميزت بين طرفي السمة المقاسة.

ثالثا: الصدق الذاتي

طريقة الصدق الذاتي: تعتمد هذه الطريقة على الدرجات التجريبية للاختبار بعد تخلصها من أخطاء القياس (عند حساب الثبات) تصبح درجات حقيقية، وبما أنها صارت درجات حقيقية يمكن اعتبارها محكا ينسب إليه صدق الاختبار وذلك بحساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات باعتباره معاملا للصدق (وهو الحد الأقصى لصدق الاختبار الذي نستطيع تقديره).

وانطلاقا مما سبق يمكن استخلاص معامل الصدق الذاتي بتطبيق القانون التالي:

معامل الصدق الذاتي = $\sqrt{,940}$

1-الاستبيان:

م ص = 0.96

الصدق التنبؤي:

المتغير التابع: (النتيجة) الاتساق الكرونولوجي (الماضي، الحاضر): (0: متسق كرونولوجيا،1 غير مستق كرونولوجيا)

المتغيرات المتغيرات المستقلة: (السبب) (الدرجات على دليل المقابلة في بنودها المقسمة ما بين الماضي والحاضر)

أ- تصنيف أفراد العينة (التوحد)

الاتساق الكرونولوجي	التكرارات	النسبة المئوية
متسق كرونولوجيا	35	%70
غير متسق كرونولوجيا	15	%30

جدول رقم (48) يمثل تصنيف الأفراد وفقا لمعيار الكرونولوجي

من خلال الجدول أعلاه تبين لنا أن الفئة الغالبة في تصنيف أفراد العينة حسب درجاتهم في دليل المقابلة هي المتسقين كرونولوجيا، أي بنسبة مئوية قدرها 70%، في حين قدر أفراد العينة الغير متسقين كرونولوجيا بنسبة مئوية 30%.

نتائج التحليل الإحصائي عن طريق تطبيق نموذج الانحدار اللوجستي

أولا: اختبار النموذج (Block 0) دون إدخال المتغيرات المنبئة:

أ- جدول الترميز:

حدي المتغير الثنائي	القيم المرمزة
متسق كرونولوجيا	1
غير متسق كرونولوجيا	0

جدول رقم (49) يمثل ترميز الأفراد في الانحدار اللوجستي

يبين الجدول أعلاه ترميز المتغير التابع حسب الشرط المعمول به في الانحدار اللوجستي، وفي الدراسة الحالية قمنا بترميز المسارين الدراسيين (0: غير متسق كرونولوجيا، 1: متسق كرونولوجيا)

ب-جدول فحص مدى قدرة النموذج على التنبؤ بالمتغير التابع بدون إدخال المتغيرات المستقلة:

	قيمة الثابت	الخطأ المعياري	قيمة اختبار والد	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية	نسبة الترجيح
الثابت **BLOCK0**	0.231	0.086	7.224	1	0.233	1.260

جدول رقم (50) يمثل فحص مدى قدرة النموذج على التنبؤ

من خلال القيم الموجودة لكل من قيمة المتغير الثابت **Constante** التي تساوي 0.231، وتظهر أيضا أن قيمة اختبار **Wald** غير دالة إحصائيا حيث قدرت ب: 0.233، وهذا يعني عدم قدرة النموذج على التنبؤ بالمتغير التابع قبل إدخال المتغيرات المنبئة.

أ- جدول يبين نسبة التصنيف الصحيحة للاتساق الكرونولوجي (متسق، غير متسق) قبل إدخال المتغيرات المنبئة:

القيم المشاهدة		القيم المتنبئ بها		
		متغير الاتساق		نسبة التصنيف الصحيحة
		غير متسق	متسق	
	غير متسق كرونولوجيا	0	15	0.0
متغير الاتساق الكرونولوجي	متسق كرونولوجيا	0	35	100.0
النسبة المئوية الكلية				55.8

جدول رقم (51) يمثل نسبة التصنيف الصحيحة

يوضح الجدول أعلاه أن الأفراد صنفوا بنسبة 100% في فئة المتسقين كرونولوجيا، وهذا قبل إدخال المتغيرات المنبئة في النموذج، ويمكن القول إن مجموعة المتسقين كرونولوجيا تعتبر فئة المرجعية بالنسبة للنموذج.

جدول يبين قيمة كل متغير متنبأ قبل إدخاله في النموذج:

الأبعاد	الدرجة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
درجاتهم على دليل المقابلة	134.676	1	0.000

جدول رقم (52) يمثل قيمة كل متغير متنبأ قبل إدخاله في النموذج

يبين الجدول أعلاه أن الدلالة الإحصائية للمتغيرات المستقلة (المنبئة) جاءت كلها دالة إحصائيا، وهذا يعني أنه إذا أدخلت للنموذج في (**Block1**) ستحسن من مطابقته وقدرته على التنبؤ بالمتغير التابع الثنائي (متسق، غير متسق)

ثانيا: اختبار النموذج بعد إدخال المتغيرات المنبئة (Block1)

أ- اختبار جودة المطابقة للنموذج باستعمال اختبار Test de Hosmer-Lemeshow

	قيمة Khi2	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
Block1	11.700	8	0.156

جدول رقم (53) يمثل جودة المطابقة للنموذج

من خلال الجدول الذي يبين جودة المطابقة للنموذج، تبين أن قيمة **Khi-Chi-deux** تساوي 11,700 أما الدلالة الإحصائية له فتساوي 0.156 وهذا يعني أن البيانات المحصل عليها من العينة مطابقة للنموذج الذي تم تصوره من خلال الدراسات السابقة التي أكدت على قدرة درجات الأفراد في دليل المقابلة على التنبؤ بالمتسقين وغير المتسقين كرونولوجيا.

تقدير القوة التنبئية للنموذج:

	قيمة R-deux de Cox & Snell	قيمة R-deux de Nagelkerke
Block1	0.615	0.712

جدول رقم (54) يمثل تقدير القوة التنبئية للنموذج

من خلال الجدول أعلاه تبين أن قيمة **R-deux de Cox & Snell** قدرت ب: 0.654، أي النموذج له قدرة تبئية عالية قدرت ب:61 بالمئة في التنبؤ بالمتغير التابع الثنائي (متسق، غير متسق).

ب- جدول يبين التصنيف الصحيح للأفراد بعد إدخال المتغيرات المنبئة في النموذج:

القيم المشاهدة		القيم المتنبئ بها		
		متغير الاتساق الكرونولوجي		نسبة التصنيف الصحيحة
		غير متسق	متسق	
	غير متسق	10	5	71.1
متغير الاتساق الكرونولوجي	متسق	20	15	82.3
النسبة المئوية الكلية				55.8

جدول رقم (55) يمثل التصنيف الصحيح للأفراد بعد إدخال المتغيرات المنبئة

من خلال الجدول التالي تبين لنا أن النموذج استطاع أن يتنبأ بتصنيف متغير الاتساق الكرونولوجي (متسق، غير متسق) بنسبة جيدة قدرت ب نسبة مئوية قدرها 77.3، حيث تمكن النموذج من تصنيف 10 من أفراد العينة في صنف الغير متسقين كرونولوجيا، في حين صنف 5 من أفراد العينة في القائمة الخطأ، في المقابل تمكن النموذج من تصنيف 20 من أفراد العينة في قائمة المتسقين كرونولوجيا، أما 15 منهم فقد صنفوا في القائمة الخطأ.

2-الثبات:

*الثبات بطريقة الاتساق الداخلي:

جدول رقم (56): يوضح قيمة ألفا كرو نباخ للاتساق الداخلي الخاصة بالأداة (الحاضر)

قيمة الفا الكلية	قيمة ألفا استنادا إلى العناصر القياسية	المتوسط الحسابي	التباين	عدد البنود	القرار الإحصائي
,879	,879	112,23	167,029	16	صادق وثابت

من خلال الجدول رقم (56) نجد أن قيمة ألفا الكلية قدرت بـ: 0,94، في حين قدرت قيمة ألفا كرونباخ في ضوء العناصر القياسية (البنود) بـ: ,879، أما المتوسط الحسابي فقد قدر بـ: 112,23، في المقابل نجد أن التباين قدر بـ: 167,029، وعليه وفق هذه البيانات المتحصل عليها نقرر أن السلم صادق وثابت في جزئه الخاص بالحاضر.

تقدير أوزان البنود استنادا إلى قيمة ألفا كرونباخ في ظل العناصر القياسية (الحاضر):

جدول رقم (57): يوضح تقدير أوزان بنود الأداة استنادا إلى قيمة Rpbis

البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Rpbis	القرار الإحصائي	البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Rpbis	القرار الإحصائي
1	2,980	0,892	0,839	ثابت ومميز	9	2,800	0,879	0,839	ثابت ومميز
2	3,080	0,869	0,839	ثابت ومميز	10	3,080	0,787	0,840	ثابت ومميز
3	3,150	0,880	0,839	ثابت ومميز	11	3,550	0,675	0,939	ثابت ومميز
4	3,350	0,777	0,840	ثابت ومميز	12	3,530	0,700	0,840	ثابت ومميز
5	3,180	0,813	0,839	ثابت ومميز	13	3,170	0,668	0,840	ثابت ومميز
6	3,350	0,820	0,839	ثابت ومميز	14	3,550	0,675	0,839	ثابت ومميز
7	3,130	0,982	0,840	ثابت ومميز	15	3,400	0,718	0,839	ثابت ومميز
8	3,350	0,799	0,839	ثابت ومميز	16	2,700	0,830	0,839	ثابت ومميز

بالنظر إلى المعطيات المبينة في الجدول رقم (57) يمكن القول إن جميع بنود السلم ثابتة ومميزة، بحيث أن قيمة Rpbis لجميع البنود أقل من قيمة ألفا كرونباخ في ظل العناصر القياسية التي تساوي 0,943، وهذا يعني أنه إذا حذف بند من هذه البنود سيكون هناك انخفاض في قيمة ألفا كرونباخ، مما يعني أن البنود ثابتة، ومميزة بالنظر إلى قيمة المتوسط الحسابي والانحراف المعياري فهما متباعدان بالنسبة لجميع البنود مما يدل أنه توجد اختلافات في استجابات أفراد العينة.

جدول رقم (58): يوضح قيمة ألفا كرو نباخ للاتساق الداخلي الخاصة بالأداة (الماضي)

قيمة الفا الكلية	قيمة ألفا استنادا إلى العناصر القياسية	المتوسط الحسابي	التباين	عدد البنود	القرار الإحصائي

,927	,928	171,97	348,406	16	**صادق وثابت**

بتفحص الجدول رقم (58) يمكن القول إن الأداة ثابتة في جزئها الخاص بالماضي، وهذا بالنظر إلى قيمة ألفا الكلية التي تجاوزت 0.70 (,927)، ويمكن اعتبار المحور صادقا نظرا للتباعد الموجود بين المتوسط الحسابي 171,97، والتباين 348,406، حيث يدل التباعد بينهما على الاختلافات في الاستجابات.

تقدير أوزان البنود استنادا إلى قيمة ألفا كرونباخ في ظل العناصر القياسية (الماضي):

جدول رقم (59): يوضح تقدير أوزان بنود الأداة استنادا إلى قيمة Rpbis

البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Rpbis	القرار الإحصائي	البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Rpbis	القرار الإحصائي
1	2,780	0,922	0,939	ثابت ومميز	9	3,070	0,821	0,939	ثابت ومميز
2	3,170	0,806	0,940	ثابت ومميز	10	2,850	0,880	0,939	ثابت ومميز
3	3,430	0,810	0,939	ثابت ومميز	11	3,000	0,957	0,939	ثابت ومميز
4	2,850	0,577	0,939	ثابت ومميز	12	3,030	0,802	0,939	ثابت ومميز
5	3,130	0,676	0,940	ثابت ومميز	13	2,880	0,865	0,939	ثابت ومميز
6	3,400	0,764	0,940	ثابت ومميز	14	3,450	0,872	0,938	ثابت ومميز
7	3,280	0,783	0,939	ثابت ومميز	15	3,550	0,769	0,939	ثابت ومميز
8	2,730	0,936	0,939	ثابت ومميز	16	2,700	0,926	0,938	ثابت ومميز

بالنظر إلى المعطيات المبينة في الجدول رقم (59) يمكن القول إن جميع بنود السلم ثابتة ومميزة، بحيث أن قيمة Rpbis لجميع البنود أقل من قيمة ألفا كرونباخ في ظل العناصر القياسية التي تساوي 0,927، وهذا يعني أنه إذا حذف بند من هذه البنود سيكون هناك انخفاض في قيمة ألفا كرونباخ، مما يعني أن البنود ثابتة، ومميزة بالنظر إلى قيمة المتوسط الحسابي والانحراف المعياري فهما متباعدان بالنسبة لجميع البنود مما يدل أنه توجد اختلافات في استجابات أفراد العينة.

*ثبات السلم بطريقة التجزئة النصفية:

جدول رقم (60): يوضح القيم المعبرة عن ثبات الأداة بطريقة التجزئة النصفية

ألفا كرونباخ	النصف الأول	القيمة	,775
		عدد البنود	16

	النصف الثاني	القيمة	,778
		عدد البنود	16
	العدد الكلي للبنود		32
الارتباط بين نصفي الاختبار			,665
قيمة سبيرمان المصحح	الطول المتساوي		,885
	الطول المتفاوت		,886
قيمة جتمان			,882

إن طريقة التعرف على ثبات الاختبار من خلال طريقة التجزئة النصفية تتطلب تقسيم بنوده إلى بنود زوجية وفردية، وفي حالة عدم تساوي نصفي الاختبار يستعمل معامل سبيرمان المصحح، وتعتمد هذه الطريقة (التجزئة النصفية) على إحصاءة التباين الخاصة بنصفي الاختبار، ومن خلال الجدول رقم (60) نجد أن العدد الإجمالي لبنود المقياس 32، حيث بلغ عدد بنود النصف الأول 16 بندا وقد بلغت قيمة ألفا كرونباخ الخاصة به 775,، في حين بلغ عدد بنود النصف الثاني 16 بنودا وقد بلغت قيمة ألفا كرونباخ الخاصة به 778, ,، وبالنظر إلى قيم ألفا كرونباخ الخاصة بالنصفين نجد أنها تجاوزت 0.70، مما يدل على أنهما متسقين داخليا، في المقابل نجد أنه يوجد ارتباط قوي بين نصفي الاختبار حيث قدر معامل الارتباط بـ: 665,، مما يدل على أن الاختبار ثابت بين نصفيه، وتدل كل من قيم "سبيرمان" المصحح في جانبه الطول المتفاوت (882,) باعتبار أن الاختبار (السلم) متساو النصفين، وقيمة "جتمان" (885,) أن السلم ثابت عند تجزئته إلى نصفين.

*الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق (الحاضر، الماضي)

الجدول رقم (61) يوضح قيمة بيرسون لحساب الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق

معامل الارتباط بيرسون			
الاحصاءات		الماضي	الحاضر
قيمة بيرسون	الماضي	قيمة معامل الارتباط	1	,778
		القيمة الاحتمالية		,006

		حجم العينة		50
	الحاضر	قيمة معامل الارتباط	,778	
		القيمة الاحتمالية	,006	
		حجم العينة	50	

من خلال الجدول رقم (61) تبين أن قيمة بيرسون قدرت بـ: 778,، في حين قدرت الدلالة الإحصائية للمعامل بـ:006, وهي قيمة إحصائيا لأنها أقل من مستوى الدلالة المعمول به 0.05، ومنه يمكن القول: أن الأداة تتميز بالاستقرار في نتائجها مهما أعدنا تطبيقها في ظرف وزمان مشابه.

2-مناقشة نتائج الفرضيات في ضوء الدراسات السابقة:

2-1 مناقشة نتائج الفرضية الأولى: يتمتع دليل الـ K Sads PL 5 لتشخيص فرط النشاط الحركي المصحوب بتشتت الانتباه في الوسط المدرسي الجزائري بالخصائص السيكومترية المقبولة.

من خلال النتائج المعروضة اتضح ان المقياس ذو موثوقية قياسية دالة على مستوى بنوده، بدرجات متفاوتة لكنها تصب في خانة القابلية للتطبيق في البيئة الجزائرية، حيث ان اغلب الأدوات القياسية لفرط الحركة و تشتت الانتباه في محتوياتها عبر البيئة العربية كانت في عمومها تعتمد على مرجعيات كلاسيكية الجدولة العيادية كاختبار كونرز على سبيل المثال الذي كُيف على البيئة العربية و افرز نتائج إيجابية و دالة في عمومه ، لكن المتغيرات الحياتية جعلته لا يمس أحيانا الخصائص التشخيصية المواكبة لهذا الاضطراب كما ورد في الجداول العيادية لـDSM5 ، أي ان هناك حاجة ملحة لتكييف اختبارات و روائز ، ذات معطيات متزامنة مع واقع العرضية المرضية للاضطراب و هو ما توافر الأداة التكييفية K Sads . PL 5 محل البحث ، و مايثبت صلاحية الأداة هو تماشيها كرونولوجيا مع النسخ المراجعة لـ DSM5 حيث ان ذلك دليلا تلازميا لتماشي الأداة مع محددات التشخيص، و يؤكد Du Pau et al سنة 2015 ان معايير تقدير السلوك المبنية على الدليل التشخيصي الاحصائي تعتبر من بين اكثر الأدوات نجاعة و فعالية في القياس و هو ما تبناه دليل .K Sads PL 5.

من خلال التراث النظري يعتبر فرط الحركة و تشتت الانتباه من بين الاضطرابات المنتشرة بشكل حاد في البيئة المدرسية خصوصا لذا تصبح عاملا فاصلا بين التحصيل الجيد و إمكانية التسرب او الهدر المدرسي حيث يؤكد **Karand** سنة 2005 الى ان 60 % الأطفال المصابين بفرط الحركة يمكن لهذا الاضطراب ان يصاحبهم الى غاية سن المراهقة ، و هو ما يعتبر لزاما امام الباحثين لقياس الخصائص السيكومترية للأدوات و تكييفها مع معطيات الوقت الراهن بصفة تزمنية، حيث ان فرط الحركة يصبح فعلا اضطرابا حادا عند سوء تشخيصه مع إمكانية تعريضه لنمط علاجي غير فعال مع حالته كما

أشار Ashley سنة 2005 ، و يتوقف ذلك على نجاعة القياس و موثوقية الأداة و هو ما توصل اليه فيK Sads PL 5 الذي استهدف ثلاثية فرط النشاط/ الاندفاعية / و نقص الانتباه و كل قيم ارتباطه و صدقه كانت دالة و ثابتة . ولا شك ان في ذلك ارتباطا وثيقا مع خصائص العينة ومرحلتها العمرية التي كانت ضمن حدود الاعراض التي حددت في المرجع الأساسي لبناء أداة البحث الحالية، والتي مست جميع محاورها وخصائصها انفعاليا وسلوكيا مما أسهم في الرفع من مستوى النتائج المحصلة.

اما على مستوى الدراسات السابقة فهناك كم لا بأس به من البحوث التي قدمت محاولات جادة و اصيلة لقياس الخصائص السيكومترية لأدوات قياس اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه، حيث نجد على المستوى العربي دراسة فوزية خلفان سنة دراسة 2019 التي هدفت الى رصد الخصائص السيكومترية لمقياس فرط الحركة و تشتت الانتباه على عينة من الأطفال المتراوح أعمارهم بين 13-16 سنة و توصلت الى وجود اتساق داخلي و ثبات للأداة يمكن تطبيقها ، و اكد نبيل فهمي سنة 20218 في دراسة الخصائص السيكومترية لمقياس قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لم تراوحت أعمارهم بين 9-12 سنة ان المقياس يتمتع بصدق البناء التكويني و الصدق التمييزي و كذا الثبات عن طريق معامل ألفا كرونباخ ، و من بين الدراسات الاصيلة التي عملت على رصد دلالات الصدق و الثبات لمقياس تقدير اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه للأطفال و المراهقين في صورته المدرسية و الوالدية نجد دراسة الحسين و بحيث سنة 2017 و التي توصل من خلالها الى وجود دلالات بناء متميزة مع قيم صدق و ثبات مرتفعيتين جدا مما ساهم في إمكانية تطبيقه.

و بالنسبة للصعيد العالمي فنجد دراسة جريسات سنة 2010 من الخصائص السيكومترية لمقياس فرط الحركة و تشتت الانتباه و وجدت انه له ميزة سيكومترية جيدة من صدق و ثبات، اما بالنسبة لـ **Hallahan , Kauffman & Pullen** سنة 2015 فتوصلوا الى ان من اجل صلاحية أدوات تشخيص فرط الحركة و تشتت الانتباه فمن الاجدر عياديا تعديد مصادر الملاحظة لتقدير سلوك ذو كفاءة تشخيصية وهو ما يتوافر في دليل K Sads PL 5 حيث انه أداة متعددة المصادر القياسية مما ساهم في الرفع من مستوى قيم صلاحيتها القياسية و ساعد في ثبوتية إمكانية تطبيقها.

و بالرجوع الى التأسيس التشخيصي المقارن نجد مقياس كونرز سنة 1998 الذي يعتبر دالا تشخيصيا من ناحية نتائجه المتحصل عليها كونه مقياس يحتوي أيضا على 14 محورا بما في ذلك الاعراض المتعلقة باضطراب فرط الحركة المصنفة في DSM حيث ان ذلك يثبت المرجعية المحكية للأدوات التشخيصية التي تعتمد على الدليل التشخيصي الاحصائي لشموليته العرضية بالاضطرابات النفسية كانت او السلوكية و هو ما ساهم من الرفع من مستوى نجاعة دليل K Sads PL 5 حيث انه يستهدف السلوكية و الانفعالية المجدولة في DSM5 بشكل مباشر ، و من بين المؤشرات الدالة على صلاحية الأداة لقياس فرط الحركة هو ثراء البيئة المدرسة الجزائرية بالسلوكيات التي استهدفها المقياس كانت ذات تناغم مع

المحددات المرجعية المجدولة عياديا ، و عليه يمكن الحكم بصلاحية الأداة على مستوى محور فرط الحركة و تشتت الانتباه .

2-2 مناقشة نتائج الفرضية الثانية: يتمتع دليل الـ K Sads PL 5 لتشخيص اضطرابات المعارضة والتحدي في الوسط المدرسي الجزائري بالخصائص السيكومترية المقبولة.

استخدمت الباحثة عدة طرق لقياس الخصائص السيكومترية للأداة وذلك من أجل التأكد من صحتها وقوتها، ومنه الى قدرتها على استخدام الأداة مرة أخرى في دراسات متخصصة واهداف أخرى غير الأهداف الموضوعة في الدراسة الحالية، ومنه قاست الطالبة الباحة ثبات اداة اضطراب التحدي والمعارضة بعدة طرق مختلفة أولها معامل الفا كرونباخ وقد اسفرت نتائجه على تقدير ثبات مرتفع وقوي جدا ب نسية 0.893، وهي قيمة جيدة جدا وموثوقة أيضا، ثم استخدمت طرق اكثر تطورا في قياس الثبات وهو معامل الموثوقية المركبة، والذي يهتم باختلاف التشبعات بين البنود والعبارات ومنه يؤكد على مدى ترابط الفقرات بين المتغيرات، بمعنى مدى مساهمة كل متغير في تفسير عامله مع الاخذ في الحسبان قيمة الأخطاء، واسفرت نتيجته كذلك على ثبات مرتفع وقوي جدا بنسبة 0.73.

ثم قامت الباحثة بعد ذلك بحساب صدق الأداة، وبدأت بصدق المحكمين بحيث وزعت الأداة بصورتها الأولية على 15 أستاذ واستاذة متخصصين في ميدان علم النفس العيادي والمدرسي وأساتذة القياس وغيرهم من مختلف الجامعات، وقد ابدو آرائهم من الناحية المنهجية ومن الناحية اللغوية ومن حيث المضمون وقد تم الاخذ بعين الاعتبار جميع ملاحظاتهم المؤسسة علميا، وبعد حساب صدق المحكمين بمعادلة لاوشي توصلنا الى نتيجة 0.81 ومن صدق المحكمين قوي ومقبول، ثم قامت بحساب الاتساق الداخلي للأداة بمعامل سبيرمان، وقد تحصلت على صدق جميع البنود ومن ستعتمد على 22 بند، ومن أجل التأكد اكثر من صدق الأداة قامت الطالبة الباحثة كذلك بحساب الصدق عند طريق التحليل العاملي التوكيدي وتحصلت على مؤشرات مطابقة جيدة، ومنه اكدت صحة النموذج المقترح من طرفها.

كل هذه النتائج والتي تعتبر قوية جدا وتدل على صدق وثبات الأداة وصلاحيتها للتطبيق توافق مع مختلف الدراسات المشابهة منها دراسة "اليوا" وآخرون 2017 حيث قاموا بتكييف هذه الأداة وبعدة طرق مشابهة للطريق المستخدمة في الدراسة الحالة وتوصلوا الى شروط سيكومترية قوية وجيدة.

وفي مضمار آخر نجد دراسة غانيزادا وآخرون التي أكدت أن النسخة الإيرانية للدليل تتميز بصدق وثبات عالي.

بينما نجد نفس النتيجة في بيئة أخرى حيث أكد أوشياما وزملاءه أن النسخة اليابانية لديها صلاحية سيكومترية جيدة وقوة تشخيصية كذلك.

3-2 مناقشة نتائج الفرضية الثالثة: يتمتع دليل الـ K Sads PL 5 لتشخيص اضطرابات السلوك في الوسط المدرسي الجزائري بالخصائص السيكومترية المقبولة.

لأن مقياس الاضطرابات السلوكية لديها نفس الخصائص قامت الطالبة الباحثة بنفس الطريقة ال استخدمت في مقياس اضطراب التحدي والمعارضة، وذلك عدة طرق لقياس الخصائص السيكومترية للأداة من أجل التأكد من صحتها وقوتها، ومنه الى قدرتها على استخدام الأداة مرة أخرى في دراسات متخصصة واهداف أخرى غير الأهداف الموضوعة في الدراسة الحالية، ومنه قاست الطالبة الباحة ثبات اداة الاضطرابات السلوكية، بعدة طرق مختلفة أولها معامل الفا كرونباخ وقد اسفرت نتائجه على تقدير ثبات مرتفع وقوي جدا بنسبة 0.883 ، وهي قيمة جيدة جدا وموثوقة أيضا، ثم استخدمت طرق اكثر تطورا في قياس الثبات وهو معامل الموثوقية المركبة، والذي يهتم باختلاف التشبعات بين البنود والعبارات ومنه يؤكد على مدى ترابط الفقرات بين المتغيرات، بمعنى مدى مساهمة كل متغير في تفسير عامله مع الاخذ في الحسبان قيمة الأخطاء، واسفرت نتيجته كذلك على ثبات مرتفع وقوي جدا بنسبة 0.733.

ثم قامت الباحثة بعد ذلك بحساب صدق الأداة، وبدأت بصدق المحكمين بحيث وزعت الأداة بصورتها الأولية على 15 أستاذ واستاذة متخصصين في ميدان علم النفس العيادي والمدرسي وأساتذة القياس وغيرهم من مختلف الجامعات، وقد ابدو آرائهم من الناحية المنهجية ومن الناحية اللغوية ومن حيث المضمون وقد تم الاخذ بعين الاعتبار جميع ملاحظاتهم المؤسسة علميا، وبعد حساب صدق المحكمين بمعادلة لاوشي توصلنا الى نتيجة 0.733 ومن صدق المحكمين قوي ومقبول، ثم قامت بحساب الاتساق الداخلي للأداة بمعامل سبيرمان، وقد تحصلت على صدق جميع البنود ومن ستعتمد على 18 بند، ومن أجل التأكد اكثر من صدق الأداة قامت الطالبة الباحثة كذلك بحساب الصدق عند طريق التحليل العاملي التوكيدي وتحصلت على مؤشرات مطابقة جيدة، ومنه اكدت صحة النموذج المقترح من طرفها.

كل هذه النتائج والتي تعتبر قوية جدا وتدل على صدق وثبات الأداة وصلاحيتها للتطبيق توافق مع مختلف الدراسات السيكومترية في هذا الجانب التشخيصي والمترولوجي.

2-4 مناقشة نتائج الفرضية الرابعة: يتمتع دليل الـ K Sads PL 5 لتشخيص اللزمات في الوسط المدرسي الجزائري بالخصائص السيكومترية المقبولة.

تعتبر النتائج المعروضة سابقا فيما يتعلق باللزمات نتائجا ذات موثوقية إحصائية دالة، خاصة وان اللزمات تعتبر من بين أكثر الاضطرابات ندرة في القياس لدى شريحة الأطفال وبشكل محدد في البيئة العربية عموما وفي الجزائر على وجه الخصوص، حيث ان اللزمات تعتبر عاملا ذو بعد تواصلي بالدرجة الأولى ويؤثر بشكل مباشر على علائقية الطفل داخل محيطه الاجتماعي مما قد يؤثر سلبا على ضبط سلوكياته وسلامة انفعالاته. لذا يعمل تكييف هذه الأداة البحثية على رصد الخصائص السيكومترية القاعدية في القياس التي تعمل على موثوقية تطبيق مقياس KSADS-PL-5 على مستوى محور اللزمات.

واستمدت النتائج دعمها القياسي من التأسيس النظري بالدرجة الأولى، حيث ان اللزمات عند الأطفال حسب **Lekman** سنة 2006 تكون في على شكل تشنجات او أصوات مصحوبة بحركات مفاجئة في حين يرى EFRON سنة 2018 انها عبارة عن حركات نطقية او فعلية مفاجئة ومتكررة بشكلي نمطي، وهو ماتم التركيز عليه في التكييف للأداة البحثية.

خاصة وان هذا الاضطراب يكون ذو انتشارية غير واضحة المعالم في البيئة المدرسية، لكن يمكن الاستئناس بدراسة Gadow سنة 2002 والتي أكد من خلالها ان هناك نسبا متفاوتة للمصابين بهذه الزمات عند الأطفال في البيئة المدرسية تراوحت بين 22% لمن هم دون سن التمدرس و7.8% للمتمدرسين في الطور الابتدائي.

كل هذه الدعائم البحثية – رغم ندرتها – تؤكد اجبارية التركيز على إيجاد أدوات قياسية متخصصة لاضظراب اللزمات وما له من توابع سلبية على المستوى الشخصي والبين شخصي، ضف الى ذلك ان لعامل القياس بعدا تشخيصيا في ضبط الأطر العلاجية والتكفلية لأي اضطراب كما يرى بهذا الصدد Robertson سنة 2010 ان اضطراب اللزمات عنصر حسي يساهم في بناء استراتيجيات علاجية نفسية جديدة محتملة خاصة لدى الأطفال.

بالرجوع الى الدراسات السابقة ومما اسفرت عنه نتائج التكييف للمقاييس والاختبارات ذات نفس أسس الصلاحية نجد ان هناك ندرة – حسب الاطلاع–للأدوات التي استهدفت اضطراب اللزمات

حيث نجد على الصعيد العربي دراسة عمرو وعيسى سنة 2018 التي ترجمت وكيفت مقباس بال العالمي للزمات التي بنت نتائجه انه يتمتع بدرجة عالية من الثبات والصدق عن طريق اعتماده على معادلتي ألفا كرونباخ وسبيرمان، في حين ان دراسة فاطمة طه سنة 2023 التي رصدت الخصائص السيكومترية لمقياس اللزمات لدى الأطفال المتراوحة أعمارهم بين 4–7 سنوات توصلت الى ان الأداة قابلة للتطبيق وذات درجة صدق وثبات مرتفعين باستعمال التحليل العاملي الاستكشافي.

اما على الصعيد الأجنبي فنجد دراسة **Christopher** سنة 1999 حول تقييم مقياس اللزمات اللاارادية المستند الى الفيديو والتي استوفت معايير الموثوقية للقياس بقيمة 0.94 على مستوى معامل سبيرمان واستهدف فيها اللزمات الحركية والصوتية على حد سواء، حيث ان هذه النتائج تعتبر عاملا جادا في دعم نتائج الدراسة الحالية من خلال استهداف خصائص الاضطراب من ناحية التصنيف المرضي.

اما دراسة Woods et al سنة 2005 نجد ان الدراسة الموسومة بقياس التحفيز الاولي للأطفال و المراهقين الذين يعانون من اللزمات اللاارادية توصلت الى ان الأداة تتصف بالخصائص السيكومترية الملائمة للتطبيق خاصة ما تعلق بالاتساق الداخلي المقدر بـ 0.81 ، و ما عمل على تدعيم هذه الدراسة لخصائص السيكومترية لـ KSADS–PL–5 هو عامل هو العامل العمري للشريحة المستهدفة المتراوحة بين 5–16 سنة أي انها عينة ذات نفس الخائص من الناحية النفسية و الانفعالية، و نفس النتائج تقريبا نجدها

في دراسة Steinberg سنة 2006 التي اكد من خلالها في دراسته حول تكييف مقيا بيل العالمي المعتمد على المقابلة الشبه منظمة المعتمدة في محاورها على اللزمات اللاارادية –صوتية –حركية – وجد ان الأداة قيمة ألفا كروميخ محددة بقيمة 0.79 لمن هم فوق العشر سنوات .

و ما يؤكد صلاحية النتائج الحالية أيضا لـ KSADS–PL–5 هو دراسة Chang سنة 2009 المتعلقة بقياس الخصائص السيكومترية لاداة موجزة لتقييم شدة اللزمات عند الأطفال المتراوحة أعمارهم بين 7–16 سنة بالولايات المتحدة الامريكية، حيث توصلت الدراسة الى ان الأداة ذات موثوقية في التطبيق حيث كانت قيمة ألفا كروميخ مقدرة بـ 0.79 ، في حين ان نتائج دراسة Li.Yسنة 2021 لمقياس اللزمات في نسخته الصينية فقد كانت قيمة الاتساق الداخلي لها مقدرة بـ 0.89 و معامل ارتباط مقدر بـ0.85 اما معامل ألفا كروميخ فكان 0.84 و هي قيمة تؤكد على موثوقية الأداة ، و ما يوكد على ان النتائج الحالية للبحث محل التكييف KSADS–PL–5 من خصائص سيكومترية هو استهدافها لنفس الخصائص البنائية من الناحية العرضية المستوحاة من الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات النفسية للمتلازمات.

حيث انه عند الرجوع للجانب التشخيصي نجد ان DSM 5 سنة 2013 ركز على المحكات الأربعة لاضطراب اللزمات عند الأطفال صنفها الى: حركية وصوتية، حدد معدل التكرار والديمومة، ظهور الاضطراب قبل 18 سنة، عدم اقتران هذه اللزمات بتناول العقاقير التي يمكن ان تكون انعكاسا لها. جل هذه الاعراض تعتبر عاملا ساهم في موثوقية النتائج المتحل عليها فيKSADS–PL–5 ، كون العينة محل البحث خضعت الى معاينة منهجية راعت تلك المحكات وعليه اعتبر محول اللزمات قياسيا صادقا وثابتا بقيم نستطيع الوثوق في تطبيقها للحصول على نتائج دالة إكلينيكيا اثناء التشخيص.

5–2 مناقشة نتائج الفرضية الخامسة: يتمتع دليل الـ K Sads PL 5 لتشخيص التوحد في الوسط المدرسي الجزائري بالخصائص السيكومترية المقبولة

إن عملية تحليل فقرات دليل **KSADS–PL–5**، والكشف القياسي عن الخصائص المترولوجية للدليل ككل بقسميه (الحاضر، الماضي) أسفرت عن النتائج التالية، وهذا تبعا للطرق التي استخدمها الباحث كالتالي:

أولا: الصدق (باعتبار كلما كان كانت الأداة صادقة كل ما كانت ثابتة)

استخدم الباحث طريقة الاتساق الداخلي وهذا بعد استكشاف البيانات عن طريق اختباري كولموجروف سميرنوف وشابيرو ويلك، حيث دلت أن الدراسة تتجه نحو استخدام الإحصاء البارامتري أو الإحصاء المشروط حيث تعتبر الاعتدالية أحد شروطه، أما فيما يخص النتيجة دلت النتائج عن طريق معامل ارتباط بيرسون أن دليل **KSADS–PL–5** لوحدة التوحد بقسميه يتميز باتساق بنوده مع الدرجة الكلية للدليل أي

أن هذا الاخير متسق مع المحك الداخلي (الدرجة الكلية)، وفي معنى قياسي آخر الدليل قاس ما أعد لقياسه لا أكثر ولا أقل ولا غير.

وكمؤشر آخر للصدق وهو التمييز بين طرفي السمة المقاسة أن الدليل ميز بين الفئة العليا والفئة الدنيا تبعا للدرجات المتحصل عليها والدليل والاحصائي على ذلك قيمة اختبار "ت" التي قدرت بـ: 12,601 حيث كانت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05، وبالتالي فالاختبار لديه القدرة على التفريق بين الإصابات الخفيفة والإصابات الشديدة لوحدة طيف التوحد.

إضافة الى ذلك استخدم الباحث الصدق الذاتي الذي يعبر عن الدرجات التجريبية للاختبار بعد تخلصها من أخطاء القياس (عند حساب الثبات) تصبح درجات حقيقية، وبما أنها صارت درجات حقيقية يمكن اعتبارها محكا ينسب إليه صدق الاختبار، وذلك بحساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات باعتباره معاملا للصدق (وهو الحد الأقصى لصدق الاختبار الذي نستطيع تقديره).

وتحقيقا لهدف أسمى للبحث العلمي وهو التنبؤ، تم تقسيم أفراد العينة (التوحديين) إلى أفراد متسقين كرونولوجيا (تحصلوا على علامات نفسها بين الحاضر والماضي) وأفراد آخرين غير متسقين كرونولوجيا (لم يتحصلوا على علامات نفسها بين الحاضر والماضي)، وقد دلت النتائج قدرة تنبئية جيدة انطلاقا من استعمال الانحدار اللوجستي.

وعليه يمكن تلخيص نتائج الخصائص المترولوجية لدليل **KSADS-PL-5** لطيف التوحد في جانب الصدق أن الدليل يمتلك وفقا لدراستنا أربع ميزات صادقة وهي: (الاتساق الداخلي، التمييز، محكا تجريبيا، محك تنبؤيا).

ثانيا: الثبات

في هذا المنحى استخدم الباحث مؤشرات خاصة بثبات دليل **KSADS-PL-5** خاصة ببنوده، وأخرى خاصة بالدليل ككل لوحدة طيف التوحد، وقد استعمل الباحث طريقة ألفا كرونباخ (الاتساق الداخلي) التي تعبر في الحقيقة عن الصدق والثبات معا، وفي طريقة أخرى قدر الباحث أوزان البنود تبعا لقيمة ألفا كرونباخ في حالة حذفها، أي قيمة البند إذا حُذف. هل قيمة ألفا كرونباخ ترتفع أم تنخفض؟

وقد دل التحليل القياسي أن دليل **KSADS-PL-5** لوحدة طيف التوحد قد تميز بثبات مرتفع نسبيا للدليل بقسميه الحاضر والماضي، وفي مضمار آخر بنود الدليل عند تقدير أوزانها ساهمت في ارتفاع معامل كرونباخ، أي أنها بنود تساعد على اختلاف استجابات الأفراد لأن الثبات في الحقيقة مبني على الاختلاف.

وكمؤشر آخر على الثبات هو تجزئة دليل **KSADS-PL-5** لوحدة طيف التوحد إلى بنود فردية وبنود زوجية حيث بلغت قيمة جتمان ,882، والارتباط بين نصفي الاختبار بلغ ,665، وهذا دليل على أن الاختبار متسق عند تقسيمه إلى نصفين سواء كانا متساويين أو غير متساويين.

وفي جانب آخر لحساب الثبات (طريقة التطبيق وإعادة التطبيق) حيث قام الباحث بحساب الثبات تبعا للتقسيم الكرونولوجي الافتراضي (الحاضر، الماضي) حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بيرسون 778, وهي قيمة معتبرة تبعا لمحك هذا المعامل.

ومنه نستنتج أن دليل **KSADS-PL-5** لوحدة طيف التوحد يتميز بخصائص مترولوجية ثلاث فيما يخص الثبات (الاتساق، التجزئة النصفية، التطبيق وإعادة التطبيق)

و تأتي هذه الدراسة بنتائجها لتتموضع في اطار عام ضمن حركة القياس التي يشهدها اضطراب التوحد في محاولة الحد إن صح القول من بعض الإشكالات المرتبطة بالتشخيص و التقييم فعلى الرغم من الكم الهائل من المقاييس المتوفرة على المستوى العالمي ، إذ نجد عديد الدراسات التي قامت ببناء أدوات لتشخيص أو تقييم طيف التوحد والتي تختلف في طبيعتها و طبيعة الابعاد المرتبطة بالتوحد التي تقيسها ،وقد نسجل مثلا على اختلاف هذه المقاييس محدودية في تناول الأبعاد و الأعراض العيادية دون التعمق و التمحيص في تحديدها فإن الـ K Sads PL 5 يوفر خاصية الاستقصاء العيادي ليس فقط من خلال منح العلامة لوجود العرض من عدمه أو تحديد شدته لكن دليل المقابلة يمنح الفاحص العيادي التوغل أكثر تجاه الحالة و أولياءه عن طريق الأسئلة الفرعية التي يوفرها الدليل ، ليصل الفاحص إلى الدلالات العيادية المطلوبة و التي تميز طفلا مصابا بالتوحد عن آخر ،وهنا بالإمكان التحدث عن فردانية كل حالة و التي تميز المنهج العيادي عموما .

وبالرجوع إلى التراث الأدبي للموضوع نجد أن العديد من الدراسات السابقة ذات الصلة بالموضوع المذكورة في مستهل بحثنا العلمي نجد العديد منها من استخدم نفس الأساليب المستخدمة في الكشف عن جودة الخصائص المترولوجية لدليل K Sads PL 5 لوحدة طيف التوحد و من ضمنها نجد دراسات محلية و أجنبية و عربية، و في جانب الدراسات الأجنبية نجد دراسة " كاثرين لورد" بالولايات المتحدة الأمريكية التي أجريت على عينة أجريت الدراسة على عينة قدرها 1100 طفل ومراهق تتراوح أعمارهم بين 2 و18 عامًا وتوصلت إلى خصائص سيكومترية مقبولة حيث قدر الثبات الداخلي من معامل ألفا كرونباخ بلغ 0.90. بينما بلغ الثبات بين المقيمين من معامل التوافق بين المقيمين (kappa) 0.80. اما المصداقية التنبؤية : أظهرت تحليل التمييز دقة عالية في التنبؤ بالتوحد.

وفي دراسة أخرى بنفس المكان نجد دراسة إيريك شوبلر وآخرون 1988 لمقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS):بالولايات المتحدة الأمريكية على 150 طفل تم تشخيصهم بالتوحد مقارنة بأطفال يعانون من اضطرابات أخرى خلصت الدراسة لثبات داخلي من معامل ألفا كرونباخ الذي بلغ 0.79، أما الثبات بين المقيمين بلغ 0.85.في حين أظهرت المصداقية التزامنية مقارنة مع أدوات تشخيص أخرى مثل ADI-R توافقًا جيدًا.

أما في إيطاليا نجد دراسة " كارلو" وآخرون شملت الدراسة 23 طفلًا ومراهقًا مصابين بالتوحد و14 طفلًا ومراهقًا في مجموعة التحكم المعرضة لخطر الذهان السريري(CHR-P) ، تتراوح أعمارهم بين 8 و17 عامًا. تم استخدام الأداة في سياق ثقافي إيطالي، مع مراعاة الفروق الثقافية في تقييم الأعراض النفسية.خلصت الدراسة إلى نتائج ثبات مقبولة من خلال معاملات الفا كرونباخ والاتساق الداخلي وقد: تم التحقق من الصدق التنبؤي من خلال مقارنة نتائج الأداة مع أدوات تشخيصية أخرى مثل ADOS-2 و.ADI-R في حين أظهر الصدق التقاربي تقاربًا عاليًا مع الأدوات التشخيصية الأخرى، مما يعزز من دقة الأداة في تقييم التوحد والاضطرابات الذهانية.

وتمتد حركة القياس لترجمة وتكييف هذه المقاييس في الوطن العربي وعلى سبيل المثال لا الحصر نذكر دراسة الصقور وظاظا 2006 التي قدمت معايير الأداء لمقياس جيليام لتقدير التوحد على البيئة الأردنية، ودراسة ذيب 2013 التي حددت الخصائص السيكومترية للصورة السورية من نفس المقياس السابق الذكر، كما حدد عبيد 2022 الخصائص السيكومترية للصورة الفلسطينية.

أما في البيئة الجزائرية نحصل أيضا على بعض التكييفات من بينها دراسة الهواري وبلميهوب 2020 التي هدفت إلى التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير التوحد الطفولي والتي توصلت إلى مؤشرات مرتفعة

وأمام بعض إشكالات تقييم وتشخيص التوحد في المجتمع الجزائري خصوصا الوسط المدرسي من ندرة الأدوات وضعف التكوين يظهر دليل المقابلة المكيف كضرورة ملحة لما له من إيجابيات تم ذكرها سابقا حيث لم نجد في البيئة العربية وحتى المحلية تكييفا لهذا الدليل ولكن بالمقابل تكييفات عديدة على المستوى العالمي للدليل الذي يتناول اضطراب التوحد.

وقد أظهرت اضطرابات طيف التوحد (ASD) زيادة في معدل انتشارها ولم تعد تعتبر حالة نادرة خاصة في الجزائر. لقد كانت المقابلة التشخيصية للتوحد المنقحة (ADI-R) والجدول العام لملاحظة تشخيص التوحد (ADOS-G) من الأدوات التقييمية الذهبية لتشخيص اضطراب طيف التوحد، ولكن لم تحدد أي من هذه الأدوات المصاحبة له. أضاف جدول كيدي الجديد للاضطرابات العاطفية والفصام في سن المدرسة وإصدار مدى الحياة (K-SADS-PL-2009) ملحقًا لتقييم اضطراب طيف التوحد.

وهذا السبب جعل العديد من الدراسات الأخرى تستخدم طرقا أخرى أكثر حداثة وأكثر مرونة، ومن بين هذه الدراسات نجد دراسة " روساريو" التي اشتملت على عينة قوامها 146 طفلًا ومراهقًا تتراوح أعمارهم بين 7 و17 عامًا حيث اعتمد الباحثون سيرورات التكيف اللغوي والثقافي من ترجمة الأداة إلى الإسبانية وتكييفها مع السياق الثقافي المحلي. كما اعتمد التكيف تعديل بنود الأداة لتتوافق مع معايير التشخيص في-DSM 5.

اما بالنسبة للصدق البنيوي فقد تم إجراء تحليل العوامل، وكشفت النتائج عن بنية عاملية تتماشى مع الهيكل النظري للأداة. وفيما يخص الصدق التنبؤي فقد تم التحقق من خلال مقارنة تشخيصات KSADS-PL-5بتشخيصات أخرى، وأظهرت الأداة قدرة تنبؤية عالية لتحديد الاضطرابات النفسية.

إن KSADS-PL-5 أداة موثوقة وفعالة في تقييم التوحد، وتتمتع بخصائص سيكومترية قوية من حيث الثبات والصدق. هذه الدراسات تقدم دعمًا قويًا لاستخدام KSADS-PL-5 في السياقات العيادية والبحثية لتشخيص التوحد بشكل دقيق وموثوق في الوسط المدرسي الجزائري، لذا فمقارنة بالدراسة الحالية واستقراء لجميع الدراسات العالمية التي كيفت الدليل إلى لغاتها الأصلية فإن جميع الدراسات أظهرت ثباتًا عاليًا سواء في الاتساق الداخلي أو بين المقيمين. حيث كان في الغالب متوسط قيمة كابا 0.84 في الدراسات الثلاث، مما يشير إلى موثوقية عالية. أما متوسط قيمة ألفا كرونباخ غالبا مايتجاوز 0.90، مما يشير إلى ثبات داخلي مرتفع. كما أظهرت جميع الدراسات أظهرت صدقًا عاليًا سواء في الصدق التنبؤي أو التقاربي أو حتى التمييزي. من خلال استخدام أدوات تشخيصية معترف بها (مثل ADOS-2 و (ADI-R) في التحقق من الصدق.

وإن كانت هذه الدراسات مقارنة بالدراسة الحالية عبرت عن خصائص سيكومترية مقبولة بتباينات طفيفة فمعظم الدراسات قد طبقت الدليل على عينات مختلفة في الحجم والفئات العمرية كما يجب التنويه أن التكييف الثقافي لدليل المقابلة يختلف باختلاف السياق الثقافي ومفهمة العرضية داخل كل ثقافة يطبق فيها الدليل. وان كانت الدراسة الحالية طبقت الدليل على عينة مباشرة لخصوصية واحدة وهي تشخيص اضطراب طيف التوحد فمن الدراسات ما اتجه للتمييز بين التوحد واضطرابات أخرى خاصة عند المراهقين كخطر الذهان، مع التحقق من وجود أعراض ذهانية دون العتبة لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

على هذا تشير النتائج إلى أن أداة KSADS-PL-5 تتمتع بخصائص سيكومترية قوية ومتماسكة عبر مختلف الثقافات والسياقات. ومع ذلك، فإن الاختلافات في حجم العينة والسياق الثقافي تسلط الضوء على أهمية التكيف الثقافي والمحلي عند استخدام هذه الأداة لتشخيص التوحد.

واستنادا إلى الخلفية القياسية لموضوع الدراسة والذي انصب على الخصائص السيكومترية التي تعد خطوة من خطوات التكييف هناك بعض العلل القياسية ان صح التعبير جعل من هذا الدليل الخاص بوحدة طيف التوحد تتميز بخصائص سيكومترية جيدة وفي هذا الإطار نجد بشير معمرية 2007 يؤكد على أن هناك عوامل مؤثرة تجعل من أدوات القياس تتميز بالموثوقية والثبات العالي منها:

- استقلالية بنود الأداة عن بعضها البعض.
- موضوعية تصحيح الأداة.
- زمن الاختبار.
- طول الأداة. **(معمرية،2007، ص.90)**

وبالنظر إلى هذه العوامل التي تم ذكرها من طرف "معمرية" نجد أنها تتوفر في دليل KSADS-PL-5 لوحدة طيف التوحد مما جعلها تتميز بخصائص متروليجية جيدة.

الاستنتاج العام للدراسة:

تؤكد النظرية الحديثة للصدق أن مفهوم هذا الأخير عبارة عن وحدة؛ وأن جميع تلك الأنواع التي شكلت مفهومه ما هي إلا ' جوانب ' للصدق وليست أنواعا له، كان هذا الطرح خلف تغيير مفهومه، أين أصبح الباحث ملزما بإعطاء أكبر قدر من الأدلة (تيغزة،2008) وتحقيق أكبر قدر من جوانب الصدق حتى يثبت صدق مقياسه، ومنه التنويع في إعطاء الدلائل بالنسبة للمقياس الواحد وكذلك كان الحال مع الثبات أين يكون الباحث ملزما بتقديم أكثر من دليل لإثبات صدق مقياسه، هذا ما تناوله الدليل الإرشادي الخامس للقياس. لذلك تم تناول مجموعة مختلفة من الاختبارات الإحصائية وذلك بالنسبة للمقياس الواحد سعيا نحو إعطاء أكبر قدر من الأدلة المثبتة لصدق المقاييس المتناولة، مراعين في ذلك خصوصية المقياس ومدى توفر العينة المطبقة عليه، فبالنسبة لدليل مقابلات اضطرابات التحدي والمعارضة والاضطرابات السلوكية وكذا التوحد ولخصوصيتها التطبيقية ومن ثم توفر حجم عينة كاف لتطبيق اختبارات النمذجة بالمعادلات البنائية تم اختبار صدقها من خلال نماذج التحليل العاملي التوكيدي، سعيا نحو تقدير مدى مطابقة النموذج التوكيدي المتصور لصاحب الدليل مع البيانات المستمدة من الواقع فيما يسمى بالصدق البنائي، ومن ثم تدعيمه بأدلة صدق أخرى من صدق اتساق وصدق تمايزي، كذلك كان الحال بالنسبة لثبات الدليل للمقابلات الثلاث فقد تم الاعتماد على مخرجات (تشبعات) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لتقدير الثبات من خلال معادلة الموثوقية المركبة و من ثم دعم نتائجها بمعامل الفا كرونباخ.

أما فيما يخص دليل المقابلة المخصص لتشخيص اضطراب طيف التوحد وكذلك دليل اللزمات فلم تكن العينة متوفرة بالقدر الذي كان عليه في الاضطرابات الأخرى وان كانت الطرق المعتمدة في حساب الخصائص السكومترية لهذه الأداة مختلفة اجمالا فإن هذا أشر لدلات التنوع الاحصائي في نظريات القياس النفسي ما يشير لامتداد المقاربات الادماجية و الانتقائية التي يمتاز بها علم النفس العيادي إلى ساحة القياس النفسي ،هذا التنوع يرجع وبدون شك إلى الخصوصية العيادية لكل اضطراب سواء من حيث سيميولوجيته أو سببيته فضلا عن إشكالات التكييف المرتكزة في جانب كبير منها على الخصوصية الثقافية و كذا انتشارية الاضطرابات على اختلاف الأماكن المنتقاة لتطبيق الدليل واختلاف أعمارهم الجدير ذكره ها هنا و على اختلاف طرق المعالجة الإحصائية لدليل مقابلة كل اضطراب فإن النتائج المتوصل إليها تشير إلى قوة الأداة في التشخيص المستوحاة و المستندة أساسا على الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الذي يشجع النهج التجريبي ما يعزز التشخيص باعتباره محورًا لعملية اتخاذ القرار العيادي.

على هذا الأساس نجد أن أغلب أدوات القياس مستوحاة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية **DSM 5** ما يسمح للمارس في الوسط العيادي والمدرسي باستخدام أدوات التشخيص المرتكزة على المقابلات العيادية المنظمة وشبه المنظمة في أرحية تامة لاعتبارات براغماتية من خلال استثمار

الوقت والجهد، كذلك لتحررها الثقافي فعالمية دليل الـ K Sads Pl5 تغنيه عن القيود التي يفرضها المجتمع والثقافة وحتى نمطية البيئة التفاعلية في الوسط المدرسي الجزائري.

إن الاضطرابات النمائية العصبية المتضمنة جملة الأعراض التي يتناولها دليل المقابلة قيد التكييف تطرح في العادة إشكاليات صعوبة التشخيص التقييم لتشابه الأعراض و تداخلها وكون بعض الأعراض أساسية تصاحبه أخرى فرعية ،كالتداخل بين التوحد و فرط النشاط و تشتت الانتباه ،والامتزاجية الكبيرة بين اضطراب السلوك و اضطراب المعارضة و التحدي أذ تشترك أعراض الاضطرابات النمائية في جملتها المفصلة (الاضطرابات الخمس) في واحدة أو أكثر من الخلل في المهارات المعرفية و العاطفية و السلوكية الأمر الذي يؤثر على الآداء التكيفي في المدرسة و الأسرة و المجتمع ،و عليه كما يشير إليه **Des Portes** من المهم عدم الاستهانة بالأداة المستخدمة في التشخيص و التعجيل بتفعيل سيرورة التقييم و التدخل فنهج التشخيص العيادي الدينامي من أهم السيرورات الفعالة في التقييم و العلاج و التي على شاكلة الـ **K Sads Pl5** تقيم الوضع الحالي و الماضي للحالة باستجواب الوالدين و دراسة الملفات الخاصة بالطفل ؛حيث تمنح هذه السيرورة التشخيصية بتقييم جميع أبعاد نمو الطفل العاطفية و الحركية و المعرفية والعلائقية .لذا يعتبر دليل المقابلة المكيف في هذه الدراسة من الأدوات الأساسية التي تساعد في التقييم العيادي و المدرسي للمصابين بالاضطرابات النمائية العصبية لشموليتها للأبعاد السيميولوجية و التحليل العرضي في الوقت الراهن و كذلك ماضي الحالة بعدف إعطاء دلالة عيادية للعرض في الوسط المدرسي الجزائري .

وعليه فإن الدراسة توفر دليلا للمقابلات العيادية وفقا لمعايير عالمية يمنح خصوصية منفعية للممارس المدرسي العيادي في ظل النقص الحاصل في العيادة النفسية لوحدات الكشف و المتابعة بهدف الحد من الإشكاليات الواقعة في التشخيص الذي يشكل أمرا عسيرا للممارسين في مجال علم النفس العيادي و المدرسي عموما لاعتبارات عدة ،وتزيد هذه المهمة العيادية تعقيدا على عكس الراشدين عند تناول الأطفال و المراهقين ،حيث تتفاعل الجوانب البيولوجية و المعرفية والنفسية و الثقافية و الاجتماعية في إرصان هذا التعقيد ،لذلك فإن التشخيص النفسي للأطفال هو عملية ديناميكية و قابلة للتعديل ،كما أنها آنية ،أين تكون الأركان النفسية في حالة بنائية و هيكيلة تمتاز بالتحول و التطور المستمر ،وبهذا يشير موضوع التشخيص في مراحل الطفولة إلى مسألة الخطر التدريجي المرتبط بإمكانية الخطأ والفصل أكثر من مسألة الحالة المرضية في حدّ اتها ،إذ تمثل جوانب استمرار الاضطرابات النفسية من الطفولة إلى البلوغ قضية نمائية حقيقة ،وعليه من الصعب الحكم على الاضطرابات و تقدير شدتها إذا لم يتم تناول الطفل عن طريق وساطة الوالدين أو الأوصياء لذا يمكن القول أن مسألة التشخيص عند الطفل و المراهق عموما ما تتشابك مع الجوانب الاجتماعية و الأسرية ،هذه الأخيرة مصدر تحديد حجم المعاناة .

وفي خضم المشكلات المرتبطة بالتشخيص تطرح الأدوات الغربية إشكالات ترتبط بالتكييف والقياس

فتكييف المقابلات السريرية المنظمة، مثل مقابلة الاضطرابات العاطفية والسلوكية للأطفال-K-SADS) (PL-5، يتضمن تحديات متعددة تتعلق بالترجمة اللغوية التي عادة ما تفتقر لقوة الدلالات لذا فالدراسة الحالية من خلال مصادر الدليل الأصلي ومن خلال تعدد المترجمين في التخصص(علم النفس العيادي ،الارطفونيا ،الطب العقلي والطب العقلي للأطفال **حاولت** الحفاظ على المعنى الدقيق للأسئلة والمعايير التشخيصية عند الترجمة من اللغتين الانجليزية و الفرنسية إلى العربية إلى أخرى و انتهجت التأكد من أن المصطلحات والمفاهيم المستخدمة تتوافق مع السياقات الثقافية العربية.

وعلى المنحى القياسي النفسي عمدت الدراسة أيضا من خلال مقاربة شمولية تنوعت بين القياس الكلاسيكي والحديث إلى التحقق من الخصائص السيكومترية للدليل المكيف في الوسط المدرسي الجزائري وبهذا خلصت الباحثة إلى التحقق الفعلي أن مختلف المقابلات المكيفة تقيس بالفعل الاضطرابات المستهدفة بدقة . كما ضمنت الدراسة الثبات من خلال التأكد من أن النتائج قابلة للتكرار عبر تقييمات متعددة ومختلفة في نفس السياق المدرسي الجزائري.

هذا ولم تعرف النسخة المكيفة من الدليل صورتها الحالية إلا من خلال تجاوز بعض العقبات و التحديات ،حيث لم تجد الباحثة أية نسخة مكيفة أو مطابقة في الوسط الجزائري أو العربي، فضلا عن حداثة هذا الدليل الذي يتطلب تطبيقه لإي الممارسة العيادية تكوينا خاصا سواء من الناحية التقنية أو المضمون العيادي لاختلاف المعايير التشخيصية تارة وتشابهها بل تطابقها تارة أخرى على اختلاف الاضطرابات التي يتناولها الدليل ،لهذا كانت الحاجة إلى التكوين الشخصي للباحثة في هذا النوع من المقابلات فضلا إل : الحاجة لتدريب المقيمين على فهم سيرورة التشخيص من خلال هذا الدليل.

وما يجب ذكره أيضا تلك الصعوبة المرتبطة بجمع البيانات من مراحل تعليمية مختلفة قد يستهدفها هذا الدليل والتأكد من أن العينة المشاركة في التقييم تمثل المجتمع بشكل دقيق.

وعلى الرغم ما ذكر من عقبات من الممكن أنها أخلت بشكل نسبي في مصداقية التكييف والتأثير على حساب الخصائص السيكومترية، إلا أن الدراسة الحالية لم تختلف عن الدراسات السابقة الأجنبية إذ يتمتع الدليل في الوسط المدرسي الجزائري بكفاءة تشخيصية مترولوجية مقبولة جدا من خلال صدقه وكذا ثباته بالإضافة إلى قدرته التنبؤية في الحد الفاصل بين الماضي والحاضر.

الخاتمة:

يعتمد بناء التشخيص على التقنية التي تستلزم أدوات ومراحل متعددة و في تصنيف الاضطرابات النفسية التي تتمظهر عموما عند الأطفال في الأوساط المدرسية تتعد التشخيصات التي لا تحقق الاجماع باعتبار لا نستطيع قياس الا ما هو قابل للقياس، فالتشخيص في مجال الصحة النفسية للطفل و المراهق عموما ،والاضطرابات النمائية العصبية في صورة طيف التوحد و اضطرابات السلوك و اللزمات و فرط النشاط الحركي و اضطرابات المعارضة و التحدي تستلزم تكوينا عميقا و مكثفا في علم النفس المرضي و علم النفسي العيادي و علم النفس المدرسي ، و كذا تحكم في مختلف وسائل التشخيص التي كانت فيما مضى شبه منعدمة و ليس لها مصداقية.

و لهذه الأسباب اعتبرت المقابلات السريرية التشخيصية المنظمة وشبه المنظمة الحل والمخرج امام هذه الصعوبات وقد نالت انتشارا واسعا بقدرتها على اختزال الوقت والحد من مصادر التباين وكذا التدقيق في التشخيص وعليه ساهمت الدراسة الحالية في تكييف المقابلات التشخيصية النصف منظمه لجدول كيدي للاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق **k sads pl 5** والذي يتوافق مع المعايير التشخيصية للدليل الاحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية في صورته الخامسة وتحديدا الوحدة الرابعة المتعلقة بتشخيص الاضطرابات النمائية العصبية ، لما لهذه الاداة **k sads pl 5** من منهجية عيادية تتوافق والسيرورة التقييمية المتبناة ،حيث انه يأخذ بعين الاعتبار التمظهرات الحالية والماضية لكل عرض والتركيز على حدتها من خلال تنقيط شدة البند وهذا بهدف اعطاء دلالات عيادية كافية لوصف كل عرض.

نبعت هذه المساهمة بالنظر لأهمية الدليل وفعاليته من خلال استقراء عديد الدراسات الفرنسية والإسبانية البرتغالية الكورية التركية وحتى البرازيلية، أين كانت نتائج الدراسات في حساب السيكو مترية جيده الى ممتازة.

قائمة المراجع:

1. إبراهيم سعد أبونيان (2020)، صعوبات التعلم ودور معلمي التعليم العام في تقديم الخدمات، الطبعة الأولى، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض.
2. ابراهيم هياق (2017)، الشراكة المجتمعية كآلية لتحسين المردود التربوي في المدرسة الجزائرية –الواقع والآفاق– جامعة بسكرة. مجلة البحوث التربوية والتعليمية، المجلد 06، العدد 11، ص: 145–160
3. أحمد خالدي (2018)، التطور التاريخي للمؤسسة المدرسية في الجزائر :مراحل ومحطات بارزة، عصور الجديدة–المجلد–7 العدد 27.
4. أمحمد بوزيان تيغزة (2012)؛ التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي مفاهيمهما ومنهجيتهما، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
5. آمنة حسين إبراهيم زيد الكيلاني (2016)، صعوبات التعلم نظريات وحلول، مجلة الجزائرية للطفولة والتربية، المجلد 04، ال عدد02، ص: 75–94
6. بريكي سناء النقل الثقافي للمقاييس النفسية. مقياس الذكاء النقال الثقافي للمقاييس النفسية مقياس الذكاء الروحي المتكامل SISانموذجا لـ: **yosiamram** وchristopher Dryer قسم علم النفس كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة محمد بوضياف المسيلة.
7. بن نويوة سليم، (2019)، مقاربة كرونونفسية، بيولوجية لبناء التعلمات الأساسية–دراسة كرونوبيوسيكولوجية على عينة من تلاميذ وأساتذة السنة الثالثة ابتدائي ببلدية سطيف، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة قسنطينة2.
8. بوحناش نادية (2018)، الأسرة، المدرسة والمجتمع :من يصلح من؟ مجلة العلوم الإنسانية – المركز الجامعي على كافي تندوف – الجزائر العدد 05.
9. تامر فرح سهيل (2012)، صعوبات التعلم بين النظرية والتطبيق، د.ط، عمادة البحث العلمي والدراسات العليا، جامعة القد س المفتوحة، رام الله، فلسطين.
10. تكييف وبناء الاختبارات النفسية والتربوية محاضرة رقم كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم العلوم الاجتماعية تخصص ارشاد وتوجيه جامعة محمد خيضر بسكرة
11. حسن شحاته، زينب النجار (2003)، معجم المصطلحات التربوية والنفسية، الطبعة الأولى، دار المصرية اللبنانية، القاهرة.
12. حياد حين عبد القادر (2021)، المشكلات السلوكية الصفية ماهيتها وأسبابها وطرق علاجها والتعامل معها. دفاتر البحوث العلمية، المجلد 09 العدد 01، ص: 54–83
13. دعيش محمد أمين، (2017) بناء سلم تنبئي لقابلية الإصابة بالأمراض التنفسية، رسالة دكتوراه غير منشورة،

14. راحيس إبراهيم (2021)، السلوكات الخاطئة الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية من وجهة نظر الأساتذة) دراسة ميدانية على تلاميذ السنة الرابعة والخامسة ابتدائي) ، مجلة الرواق للدراسات، الاجتماعية والإنسانية، المجلد 07، العدد 02، ص: 58-73.

15. سارة عميرة (2024)، صعوبات التعلم وطرق معالجتها، مجلة دراسات المجلد 12، العدد 02، ص: 155-170.

16. سعد لعمش (2010)، الجامع في التشريع المدرسي الجزء الأول، د ط، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، عين مليلة، الجزائر.

17. سعد لعمش (2010)، الجامع في التشريع المدرسي الجزء الثاني، د ط، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، عين مليلة، الجزائر.

18. سلطان عبد الله المياح (2010)، صعوبات التعلم التعريف، التدريس، الأساليب، الطبعة الأولى، دار الزهراء، الرياض.

19. شاهر (2009)، دروس في التشريع المدرسي الجزائري، المدرسة العليا للأساتذة، القبة، الجزائر.

20. عبد الناصر سناني (دس)، المدرسة وجهود الإصلاح التربوي "ما مدى مساهمة ثقافة المدرسة في بلورة عملية الإصلاح، الموقع الالكتروني: تاريخ الاسترجاع 2024/05/03 على18:29 https://platform.almanhal.com/Files/2/112779 .

21. عدى دليلة تكييف اختبار خومي لتقييم اللغة ال شفهية(ELO على اللغة العربية الممارسة في البيئة الجزائرية، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية العدد 26جامعة تيزي وزو.

22. عزي حسين، إسهام المدرسة في إكساب القيم التربوية لدى التلميذ في مرحلة المراهقة المبكرة) –دراسة ميدانية لعينة من تلاميذ متوسطات مدينة بوسعادة–مجلة حقائق للدراسات النفسية والاجتماعية العدد 08

23. فراس سليتي (2008)، استراتيجيات التعلم والتعليم – النظرية والتطبيق–الطبعة 01، عالم الكتب الحديث، إربد، جدارا للكتاب العالمي للنشر والتوزيع، عمان.

24. فرحات بن ناصر، سليم عمرون (2015)، واقع العلاقات الإنسانية في الوسط المدرسي من وجهة نظر أساتذة التعليم المتوسط، دراسة ميدانية ببعض متوسطات مدينة المسيلة، دراسات النفسية والتربوية العدد 15.

25. كمال عبد الحميد زيتون (2003)، التدريس نماذجه ومهاراته، الطبعة الأولى، عالم الكتاب، القاهرة.

26. اللجنة الوطنية للمناهج (2009)، المرجعية العامة للمناهج، وفق القانون التوجيهي 08-04، وزارة التربية الوطنية، الجزائر.

27. لخضر لكحل، كمال فرحاوي، (2009)، أساسيات التخطيط التربوي –النظرية والتطبيق–المعهد الوطني لتكوين مستخدمي التربية وتحسين مستواهم، وزارة التربية الوطنية، الجزائر.

28. محمد مكناسي، كمال قدور (2023)، الوقاية من المشكلات السلوكية الصفية من خلال ممارسة الأنشطة التربوية الحرة، مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، المجلد 08، العدد 02، ص: 161-179.

29. محمد نور أحمد الطيب (2020)، دور البيئة المدرسية في تعزيز السعادة النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية (دراسة ميدانية بمدارس محلية الخرطوم) ، مجلة العلوم النفسية والتربوية، المجلد 06، العدد 03، ص: 39-60.

30. هاميلتون رونالد وآخرون تكييف الاختبارات التربوية والنفسية للتقييم عبر الثقافات ترجمة هالة ابورمداط1 مكتبة عبيكان السعودية.

31. وزارة التربية والتعليم (دس)، دليل المعلم الجديد للتدريس الفعال، تطوير: مشروع الملك عبد الله عبد العزيز لتطوير التعليم العام.

32. Agnès Cassé et Thierry Garin 2017 : troubles du spectre de l'autisme. Science humaines N 291

33. Anne sophie julien 2015: développement et validation de questionnaire de l'instruments. Centre de recherché Quebec CHU

34. Benoît Hammarrenger 2916 : troubles d'opposition avec ou sans provocation. AQNP.ca

35. Bernard Chouvier et Patricia Attigui 2016 : l'entretien clinique. 2 ème édition , Armand colin

36. Clara Groulx- Swennen 2017 : les variables familiales associées au trouble oppositionnel avec provocation chez les enfants. Université de Sherbrooke

37. Conseil Supérieur de Santé 2011 : enfant et adolescent : troubles des conduites dans leur contexte. Édition BE

38. David J Hawes et all 2023 : oppositional défiant disorders. Natur Reviews deseanse primers

39. David Martino et Tommy Hedderly 2019 : tic and stéréotypies : a comparatives clinical review. Parkinsonisme and related disorders. ELSEVIER vol 59(pp 117-124)

40. Denis Lafortune 2007 : expliquer, dépister et traiter médicalement les troubles du comportement des enfants et des adolescents. Dans nouvelle pratique sociale. Vol 19N 2 ÉRUDIT

41. Fapia-Fonllem (2020), School Environments and Elementary School Children's Well-Being in Northwestern Mexico, Frontiers in Psychology, Volume 11.

42. Fatiha Unal et all 2018 : reliability and validité of thé schedule for affective disorders and 35- schizophrénia for school-age children présent and lifetime version -DSMT .turkish adaptation. Turkish journal of psychiatry

43. Fergani Louhab et Benmsili 2021 : aperçu sur la problématique des tests psychologiques dans la société algérienne , regard de deux cliniciens. مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية المجلد 16 العدد 04

44. Gérard Poussin 2017 : la pratique de l'entretien clinique. 5 ème édition, Dunod

45. Haddar Yazid 2023 : guide diagnostique des troubles neuro- développement. 1 er ed Deboek

46. Hartmann 2023 : tic chez l'enfant, conduite à tenir. Journal de pédiatrie ELSEVIER vol 36. (Pp 259-263)
47. Haut Autorité de Santé 2018 : recommandations de bonnes pratiques « trouble du spectre de l'autisme : signes d'alertes, reper diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent.
48. Hélene Givron et all 2021 :Validation de la version francpphone du questionnaire d'attitudes envers les competences communicationnelles et leur apprentissage (CSAS) chez les etudiants en medicine belges. Éd SIFEM num 22 pp 125-138
49. Isabelle Hoppenot 2022 : troubles du neuro développement ; l'enjeu majeur du repérage. Vidal.fr
50. Jean- Nicolas 2013 : pourquoi l'es dans la lune ? Apport des nouveaux modèles neuro psychologiques en analyse des caractéristiques cognitives et motivationnelles du TDAH. Université du Québec a Trois-Rivières
51. Jean-Yves Nau 2005 : troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent : que doit faire la médecine ?. Revue médical suisse N36
52. J-M- Cloos 2006 : l'entretien diagnostique structuré en psychiatrie. El Sevier
53. Joséphine Elia 2023 : troubles des conduites. Manuel MSD
54. Kamel Gana et all 2021 : adaptation trans-culturelle de test et échelles de mesure psychologiques : guide pratique basé sur les recommandation de la commission international des tests et le standards de prating du testing l'APA. Edition Elsevier.
55. Katie Qu'y et Argyris Stringaris 2012 : oppositional défiant disorders.LACAPAP
56. Laurie Simard 2018 : impact d'un trouble de l'attention avec ou sans huper activité(TDAH) sur les capacités motrices des adolescents Université Laval Québec Canada
57. M.S Ritika Rocque 2016 : oppositional défiant désordre. International journal of mursig éducation and rescarch
58. Maeva Roulin 2021 : définition des neurodéveloppement et contexte d'évaluation ; dans : le diagnostic des troubles du neuro développement chez l'adulte. Cairn.info pp 19-89.
59. Mansori- k et all 2021 : effet of maternal smoking during pregnacy on Tourette syndrome and chronic tic disorders among of Spring : a systematic review a d meta-analysis, obstetrics and gynecology science. Vol 1
60. Martina FRanchini 2016 : le diagnostic précoce des troubles du spectre autistique TSA : contribution des études sur l'orientation social et l'attention conjointe. Dans devenir N 3 col28 (pp 117-190)
61. M-Cristina Victorio 2023 : tics et syndrome de Gilles de la Tourette chez l'enfant et l'adolescent. Manuel MSD
62. Melani Lapalme et Michel Déry 2009 : nature et gravité du trouble de l'opposition avec provocation et du trouble de conduite selon su'ils surviennent ensembles ou séparément chez l'enfant. Canadian journal of psychiatry vol 54 N 9
63. Nadia Chaban et Chloé Peter 2023 :le trouble du spectre d'autisme : repérage, diagnostic et intervention précoce. Revue suisse de pédagogie spécialisée vol 13
64. Nadine Proia-Lelouey 2017 : l'entretien en psychologie clinique, une approche multidimensionnelle. 3 ème ed in PRESS.
65. Olivier Moyano 2005 : le trouble des conduites : une médicalisation de la délinquance ?les cahiers dynamique N36

66. Robert J Vallerand 1983 : vers une methode de validation trans- culturelle de questionnaire psychologiques: implication pour la recherche en langue française. Canadian psychology vol 30 num 4 pp 662-680

67. Sébastien Ponnon et all 2023 : prévalence des troubles mentaux chez l'enfant : face à l'augmentation de la souffrance psychique, une offre de soins en crise. Dans le silence des symptômes.

68. Serban Ionescu 2015 : 15 approches de la psychopathologie. ARMAND COLIN

69. Susanne Bédard et Claude Lariviere 2013: processus de validation du questionnaire IPC 65 : outil de mesure de l'interdisciplinaire en pratique Clinique. Santé publique éd SFSP vol 25 pp 763-773

70. Thümmler S et Askenazy F 2018 : k-SADS-PL -DSM5, FRENSH version

71. -INSERM 2005 : troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Édition INSERM

قائمة الملاحق

ملحق رقم (1) يمثل أداة الدراسة المترجمة للغة الفرنسية:

K-SADS-PL 2016

SUPPLÉMENT N°4

TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAUX, DISRUPTIFS ET DES CONDUITES

Version Française 2018

TABLE DES MATIÈRES

Déficit de l'attention/hyperactivité 1
Trouble oppositionnel avec provocation 8
Trouble des conduites 12
Tics 17
Troubles du spectre de l'autisme 22

2013 Supplément n°4 : Troubles neurodéveloppementaux, disruptifs et trouble des conduites
2018 (version française) Déficit de l'attention / Hyperactivité Page 2

SI l'enfant est sous médicaments destinés à soigner un TDA/H, évaluer son comportement lorsqu'il n'est pas sous traitement.

REMARQUE : NE PAS COTER POSITIVEMENT SI LES SYMPTÔMES S'EXPLIQUENT SEULEMENT PAR UN EDC, UN TROUBLE BIPOLAIRE, UNE DYSTHYMIE, UN TROUBLE ANXIEUX, UN ABUS DE SUBSTANCE, UNE PSYCHOSE OU UN TSA

1. Fait beaucoup de fautes d'inattention

Fais-tu beaucoup de fautes d'inattention à l'école ?
As-tu souvent des problèmes lors des évaluations parce que tu ne lis pas bien les consignes ?
Laisses-tu souvent des questions sans réponses par distraction ?
Oublies-tu de répondre aux questions d'un côté de la feuille ?
À quelle fréquence ce type de choses arrivent-elles ?
Ton professeur t'a-t-il déjà dit que tu devrais faire plus attention aux détails ?

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : Fait occasionnellement des fautes d'inattention. Le problème n'a qu'un impact minime sur le fonctionnement.
( )	( )	( )	3 - Clinique : Fait souvent (4 à 7 jours/semaine) des fautes d'inattention. Le problème a un impact significatif sur le fonctionnement.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

2. N'écoute pas

T'est-il difficile de te souvenir de ce que tes parents et tes professeurs te disent ?
Tes parents ou tes professeurs se plaignent-ils que tu ne les écoutes pas quand ils te parlent ?
Te déconnectes-tu quand les gens parlent ?
As-tu des problèmes car tu n'écoutes pas ?

Cotation en fonction des dires des interlocuteurs et de vos propres observations.

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : N'écoute pas occasionnellement. Le problème n'a qu'un impact minime sur le fonctionnement.
( )	( )	( )	3 - Clinique : N'écoute pas souvent (4 à 7 jours/semaine). Le problème a un impact significatif sur le fonctionnement.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

3. Difficultés à suivre les instructions

Tes professeurs se plaignent-ils que tu ne suis pas les instructions ?
Quand tes parents ou tes professeurs te disent de faire quelque chose, t'est-il parfois difficile de te souvenir de ce qu'ils t'ont dit de faire ?
Cela t'amène-t-il des problèmes ?
Perds-tu des points à tes évaluations parce que tu ne suis pas les consignes ou parce que tu ne termines pas le travail ?
Oublies-tu de faire tes devoirs ou de les rendre ?
As-tu des ennuis à la maison parce que tu ne termines pas ta part de tâches ou d'autres choses que tes parents te demandent de faire ? À quelle fréquence ?

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : Difficultés occasionnelles à suivre les instructions. Le problème n'a qu'un impact minime sur le fonctionnement.
( )	( )	( )	3 - Clinique : Difficultés fréquentes (4 à 7 jours/semaine) à suivre les instructions. Le problème a un impact significatif sur le fonctionnement.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

2013 Supplément n°4 : Troubles neurodéveloppementaux, disruptifs et trouble des conduites

2018 (version française) — Déficit de l'attention / Hyperactivité — Page 3

4. Difficulté à organiser ses travaux et activités

À l'école, ton bureau ou ton casier sont-ils très mal rangés ?
À cause de cela t'est-il difficile de retrouver les choses dont tu as besoin ?
Ton professeur se plaint-il que tes devoirs ne sont pas propres ou qu'ils ne sont pas bien organisés ?
Quand tu remplis ta feuille, commences-tu habituellement au début et continues-tu les problèmes dans l'ordre ou aimes-tu sauter d'un problème à l'autre ?
Oublies-tu souvent des problèmes ?
T'est-il difficile d'être prêt pour l'école le matin ?

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : Manque occasionnellement d'organisation. Le problème n'a qu'un impact minime sur le fonctionnement.
( )	( )	( )	3 - Clinique : Manque souvent d'organisation (4 à 7 jours/semaine). Le problème a un impact significatif sur le fonctionnement.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

5. N'aime pas ou évite les tâches qui demandent de l'attention

Détestes-tu ou n'aimes-tu pas faire des choses qui demandent beaucoup de concentration/d'effort ?
Comme certaines tâches, des travaux scolaires ou lire un livre ?
Y a-t-il certains types de devoirs que tu détestes faire plus que d'autres ? Lesquels ? Pourquoi ?
Essaies-tu de te débarrasser de tes devoirs de _____ ?
Combien de fois par semaine environ ne fais-tu pas tes devoirs de _____ ?

REMARQUE : CHEZ L'ENFANT OU L'ADOLESCENT SOUFFRANT DE TDA/H, LA CAPACITÉ À SE CONCENTRER SUR DES TÂCHES À FORTE RÉCOMPENSE COMME LES JEUX VIDÉO OU SUR ORDINATEUR PEUT NE PAS ÊTRE ALTÉRÉE.

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : Évite parfois les tâches qui demandent de l'attention et/ou dit qu'il ne les aime pas beaucoup. Le problème n'a qu'un impact minime sur le fonctionnement.
( )	( )	( )	3 - Clinique : Évite souvent les tâches qui demandent de l'attention et/ou dit qu'il ne les aime pas. Le problème a un impact significatif sur le fonctionnement.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

6. Perd ses affaires

Perds-tu souvent des affaires ? Tes crayons à l'école ? Tes devoirs ? Des choses dans la maison ?
À quelle fréquence cela arrive-t-il ?

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : Perd parfois ses affaires. Le problème n'a qu'un impact minime sur le fonctionnement.
( )	( )	( )	3 - Clinique : Perd souvent ses affaires (une fois par semaine ou plus). Le problème a un impact significatif sur le fonctionnement.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

7. Oublis fréquents dans la vie quotidienne

Oublies-tu souvent tes devoirs à la maison, tes livres ou ton manteau dans le bus ?
Oublies-tu accidentellement tes affaires dehors ?
À quelle fréquence ces choses arrivent-elles ?
Quelqu'un s'est-il déjà plaint que tu oublies trop de choses ?

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : Oublis occasionnels. Le problème n'a qu'un impact minime sur le fonctionnement.
( )	( )	( )	3 - Clinique : Oublis fréquents (4 à 7 jours/semaine). Le problème a un impact significatif sur le fonctionnement.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

2013 Supplément n°4 : Troubles neurodéveloppementaux, disruptifs et trouble des conduites
2018 (version française) Déficit de l'attention / Hyperactivité

8. Ne tient pas en place

Tenez compte de toutes les formes d'agitation : tapoter avec les doigts, mâchouiller un objet, se tortiller, incapacité à rester tranquille, ne pas tenir en place, etc.

Les gens te disent-ils souvent de rester tranquille, d'arrêter de bouger, d'arrêter de gigoter sur ton siège ? Tes professeurs ? Tes parents ? As-tu parfois des problèmes parce que tu gigotes sur ta chaise ou que tu joues avec de petits objets quand tu es à ton bureau ? T'est-il difficile de garder les bras et les jambes tranquilles ? À quelle fréquence ?

Pour les parents, concernant les enfants : *Quand vous emmenez votre enfant dans un lieu de culte ou au restaurant, devez-vous emporter beaucoup de jeux ou de jouets ?*
Concernant les adolescents : *Quand votre enfant était plus jeune, pouviez-vous l'emmener dans un lieu de culte ? Au restaurant ? Ces difficultés étaient-elles supérieures à ce que l'on attend d'un enfant de cet âge ?*

Tenir compte du fait que ces symptômes tendent à s'améliorer avec l'âge. Vérifier si ce symptôme était présent quand l'enfant était plus jeune.

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : Joue parfois avec ses mains ou ses pieds ou se tortille parfois sur sa chaise. Le problème n'a qu'un impact minime sur le fonctionnement.
( )	( )	( )	3 - Clinique : Joue souvent (4 à 7 jours/semaine) avec ses mains ou ses pieds ou se tortille sur sa chaise. Le problème a un impact significatif sur le fonctionnement.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

REMARQUE : COTER SELON LES RENSEIGNEMENTS COMMUNIQUÉS PAR LES INTERLOCUTEURS OU VOS PROPRES OBSERVATIONS.

9. Court ou grimpe partout

As-tu des problèmes parce que tu cours dans les couloirs à l'école ? Ta maman doit-elle souvent te rappeler de marcher au lieu de courir quand vous êtes ensemble ? Tes parents ou ton professeur se plaignent-ils que tu escalades des choses que tu ne devrais pas escalader ? Quel genre de choses ? À quelle fréquence cela arrive-t-il ?
Adolescents : *Te sens-tu très agité ? Comme si tu devais bouger sans cesse ou qu'il t'était difficile de rester en place ?*

Cotation en fonction des dires des interlocuteurs (parents, enseignants) et de vos propres observations.

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : Court ou grimpe parfois. Le problème n'a qu'un impact minime sur le fonctionnement. (Peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience chez les adolescents)
( )	( )	( )	3 - Clinique : Court ou grimpe souvent (4 à 7 jours/semaine). Le problème a un impact significatif sur le fonctionnement (peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience chez les adolescents)

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

10. Toujours « sur la brèche » ou « monté sur ressorts »

Les gens te disent-ils que ton moteur est toujours en marche ? T'est-il difficile de ralentir ? Peux-tu rester longtemps au même endroit ou es-tu sans cesse en mouvement ? Combien de temps peux-tu rester assis à regarder la TV ou à jouer à un jeu ? Les gens te disent-ils souvent de ralentir ?

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : Parfois, impact minimal sur le fonctionnement
( )	( )	( )	3 - Clinique : Se comporte souvent comme s'il était « monté sur ressort » (4 à 7 jours/semaine). Impact significatif sur le fonctionnement.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

11. Difficulté à jouer tranquillement

Tes parents ou tes professeurs te disent-ils souvent de faire moins de bruit quand tu es en train de jouer ? T'est-il difficile de jouer calmement ?

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : A parfois du mal à jouer tranquillement. Le problème a un impact minimal sur le fonctionnement.
( )	( )	( )	3 - Clinique : A souvent du mal à jouer tranquillement (4 à 7 jours/semaine). Le problème a un impact significatif sur le fonctionnement.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

Identité du sujet :_____ Date :_____ Évaluateur : _____

2013 Supplément n°4 : Troubles neurodéveloppementaux, disruptifs et trouble des conduites
2018 (version française) Déficit de l'attention / Hyperactivité Page 5

12. Se précipite pour répondre aux questions

À l'école, donnes-tu parfois les réponses à voix haute avant qu'on ne te donne la parole ?
Parles-tu sans attendre ton tour à la maison ?
Réponds-tu à des questions que tes parents posent à tes frères et sœurs ?
À quelle fréquence ?

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : Se précipite parfois pour répondre. Le problème a un impact minimal sur le fonctionnement.
( )	( )	( )	3 - Clinique : Se précipite souvent pour répondre (4 à 7 jours/semaine). Le problème a un impact significatif sur le fonctionnement.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

13. Difficulté à attendre son tour

T'est-il difficile d'attendre ton tour dans un jeu ?
Et dans une file à la cafétéria ou devant un distributeur de boissons ?

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : A parfois du mal à attendre son tour. Le problème a un impact minimal sur le fonctionnement.
( )	( )	( )	3 - Clinique : A souvent du mal à attendre son tour (4 à 7 jours/semaine). Le problème a un impact significatif sur le fonctionnement.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

14. Interrompt les autres ou s'impose

As-tu des problèmes parce que tu n'attends pas ton tour pour parler à l'école ?
Tes parents, tes professeurs ou des enfants que tu connais se plaignent-ils que tu les interromps quand ils sont en train de parler ?
Des enfants se plaignent-ils que tu interromps leurs jeux ? Ceci arrive-t-il souvent ?

Cotation en fonction des dires des interlocuteurs (parents, enseignants) et de vos propres observations.

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : Interrompt parfois les autres
( )	( )	( )	3 - Clinique : Interrompt souvent les autres (4 à 7 jours/semaine).

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

15. Parle trop

Les gens disent-ils que tu parles trop ?
As-tu des problèmes à l'école parce que tu parles quand il ne faut pas ?
Des gens de ta famille se plaignent-ils que tu parles trop ?
Marmonnes-tu ou fais-tu sans cesse du bruit ?

Ne pas coter positivement les tics vocaux.

Cotation en fonction des dires des interlocuteurs (parents, enseignants) et de vos propres observations.

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : Parle parfois trop
( )	( )	( )	3 - Clinique : Parle souvent trop

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

Identité du sujet :_____ Date :_____ Évaluateur : _____

2013 Supplément n°4 : Troubles neurodéveloppementaux, disruptifs et trouble des conduites
2018 (version française) — Déficit de l'attention / Hyperactivité — Page 6

Codes pour les items restants : 0 = Pas d'information 1 = Non 2 = Oui

	Critères	EA parent	EPG parent	EA enfant	EPG enfant	Réeap. EA	Réeap. EPG
16. **Durée :** *Depuis combien de temps as-tu des difficultés à ___ (faire la liste des symptômes qui ont été reconnus) ?*	6 mois ou plus	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
17. **Age de début :** *Quel âge avais-tu quand tu as commencé à avoir ces problèmes ? Avais-tu ces problèmes à l'école maternelle ? À l'école primaire ? Au collège ?* **Précisez :**	Quelques symptômes présents avant l'âge de 12 ans	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
18. **Retentissement (doit être présent dans deux contextes différents)**		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
A. Social (avec les pairs) :		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
B. Familial :		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
C. À l'école		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

19. ***Critères du DSM-5* : Arguments en faveur d'un déficit de l'attention avec hyperactivité**	Réeap. EA	Réeap. EPG
	0 1 2	0 1 2

A. Mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, caractérisé par (1) et/ou (2) :

1. Inattention : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/ professionnelles.

   a. Fait beaucoup de fautes d'inattention
   b. Difficulté à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
   c. N'écoute pas
   d. Difficulté à suivre les instructions
   e. Difficulté à organiser ses travaux et activités
   f. N'aime pas ou évite les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu
   g. Perd ses affaires
   h. Facilement distrait
   i. Oublis fréquents dans la vie quotidienne

2. Hyperactivité et impulsivité : Six (ou plus des neuf symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois.
   REMARQUE : Seulement cinq symptômes sont nécessaires pour les grands adolescents (17 ans et plus) et les adultes.

   a. Remue souvent les mains ou les pieds, se tortille sur sa chaise
   b. Difficulté à rester assis
   c. Court ou grimpe partout
   d. Difficulté à jouer tranquillement
   e. Souvent « sur la brèche » ou « monté sur ressorts »
   f. Parle trop
   g. Se précipite pour répondre aux questions
   h. Difficulté à attendre son tour
   i. Interrompt les autres ou s'impose

B. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité étaient présents avant l'âge de 12 ans ;
C. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité sont présents dans deux contextes différents (école et domicile par ex.)
D. Retentissement cliniquement significatif ;
E. Les symptômes ne surviennent pas seulement pendant un trouble psychotique et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, par ex.).

REMARQUE : Les troubles du spectre de l'autisme ne sont plus considérés comme incompatibles avec un diagnostic de TDA/H.

Identité du sujet :_____ Date :_____ Évaluateur : _____

2013 Supplément n°4 : Troubles neurodéveloppementaux, disruptifs et trouble des conduites

2018 (version française) Déficit de l'attention / Hyperactivité Page 7

20. Présentation inattentive prédominante Remplit le critère A (1) mais pas les critères A (2) pour les 6 derniers mois.	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
21. Présentation hyperactive/impulsive prédominante Remplit le critère A (2) mais pas le critère A (1) pour les 6 derniers mois.	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
	Réap. EA	**Réap. EPG**
22. Présentation combinée Les deux critères, A (1) et A (2), sont remplis pour les 6 derniers mois.	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
23. Autre déficit de l'attention/hyperactivité spécifié Symptômes importants d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité qui ne remplissent pas les critères du déficit de l'attention avec hyperactivité.	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )

Identité du sujet :_____ Date :_____ Évaluateur : _____

2013 Supplément n°4 : Troubles neurodéveloppementaux, disruptifs et trouble des conduites
2016 (version française) Trouble oppositionnel avec provocation Page 8

REMARQUE : UN ENFANT NE PEUT REMPLIR LES CRITÈRES DU DSM-5 POUR LE TOP (TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION) S'IL REMPLIT CEUX DU TDDE (TROUBLE DISRUPTIF AVEC DYSRÉGULATION ÉMOTIONNELLE). SI L'ENFANT REMPLIT LES CRITÈRES DU TDDE, IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE COMPLÉTER CE SUPPLÉMENT, MAIS IL POURRAIT ÊTRE REMPLI DANS LE CADRE DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES.

Lors de l'évaluation d'un TOP, n'oubliez pas que l'élément principal de ce trouble est la récurrence d'un comportement négatif, provocateur, désobéissant et hostile envers les figures représentant l'autorité, qui persiste pendant au moins 6 mois et survient plus souvent que chez d'autres enfants du même âge ou niveau de développement. Si les symptômes de TOP ne se manifestent qu'à la maison, envisager un diagnostic de trouble de la relation parent/enfant.

1. Facilement agacé

Es-tu « soupe au lait » ?
Les gens t'agacent-ils ou t'énervent-ils beaucoup ?
Quel genre de choses t'énervent-elles ?
Es-tu vraiment contrarié quand tes parents te disent de ne pas faire quelque chose que tu as envie de faire ? Comme quoi par exemple ?
Quelles autres choses t'agacent-elles ?
Que fais-tu quand tu te sens vraiment contrarié ou irrité ?
À quelle fréquence dirais-tu que cela arrive ?

P ( ) E ( ) T ( )

0 - Pas d'information.
1 - Absent.
2 - Subclinique : Facilement agacé ou parfois susceptible, mais moins d'une fois par semaine.
3 - Clinique : Souvent agacé ou susceptible. Plus souvent agacé que les autres enfants du même âge.

PASSÉ : P ☐ E ☐ T ☐

2. En colère ou plein de ressentiment

Te fâches-tu ou es-tu souvent de mauvaise humeur avec tes parents ?
Et avec tes professeurs ? Tes frères ? Tes sœurs ? Tes amis ?
Les autres te disent-ils que tu es souvent de mauvaise humeur ? Qui ?
À quelle fréquence cela arrive-t-il ?

Parent : *Votre enfant vous en veut-il souvent quand vous lui demandez d'obéir ou de répondre à vos demandes ?*

P ( ) E ( ) T ( )

0 - Pas d'information.
1 - Absent.
2 - Subclinique : Parfois en colère ou plein de ressentiment ; moins d'une fois par semaine.
3 - Clinique : En colère ou plein de ressentiment au moins une fois par semaine. Plus souvent que les autres enfants du même âge.

PASSÉ : P ☐ E ☐ T ☐

3. Méchant et vindicatif

Quand quelqu'un te fait quelque chose d'injuste, essaies-tu de te venger ou prépares-tu un projet de vengeance ? Mets-tu ton plan à exécution ? Donne-moi des exemples.
Qu'arriverait-il si ton frère ou un ami faisait quelque chose pour t'embêter ou te mettre en colère ? Ferais-tu quelque chose pour te venger ?
Ceci est-il déjà arrivé ? À quelle fréquence ?
Y a-t-il des moments où des gens te font quelque chose et où tu laisses passer ?
Cela arrive-t-il souvent ?

P ( ) E ( ) T ( )

0 - Pas d'information.
1 - Absent.
2 - Subclinique : Laisse parfois passer les choses ; se venge parfois (1 à 3 fois par semaine).
3 - Clinique : Méchant ou vindicatif plus d'une fois par semaine ; plus souvent méchant que les autres enfants du même âge.

PASSÉ : P ☐ E ☐ T ☐

REMARQUE : NE PAS COTER POSITIVEMENT LES SYMPTÔMES DE TOP S'ILS NE SURVIENNENT QU'AU COURS D'UN ÉPISODE THYMIQUE OU SOUS L'INFLUENCE D'ALCOOL OU DE SUBSTANCES ILLICITES.

Identité du sujet :_____ Date :_____ Évaluateur : _____

2013 **Supplément n°4 : Troubles neurodéveloppementaux, disruptifs et trouble des conduites**
2018 (version française) Trouble oppositionnel avec provocation Page 9

4. Embête les autres délibérément

Fais-tu des choses ou les gens disent-ils que tu fais des choses exprès pour les embêter ou les agacer ?
Tes parents ?
Éprouves-tu du plaisir à provoquer ta mère/ton père ? Tes professeurs ?
Tes frères/sœurs ? Tes copains ?
À quelle fréquence aimes-tu faire cela ?
De quel genre de choses se plaignent-ils ? Penses-tu que c'est vrai ?
Es-tu insupportable, casse-pied ?

La taquinerie d'un frère ou d'une sœur ne compte pas.

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : Embête délibérément les autres à l'occasion.
( )	( )	( )	3 - Clinique : Embête souvent les autres délibérément (au moins une fois par semaine).

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

6. Accuse les autres de ses propres erreurs

Quand tu as des ennuis, est-ce que c'est parfois de ta faute ?
Si tu sais que tu as fait quelque chose de mal et que tu es pris, le reconnais-tu ? Prétends-tu que c'est un autre qui l'a fait ? Accuses-tu quelqu'un d'autre ?
Est-ce généralement ta faute ou celle de quelqu'un d'autre ?
Penses-tu que la plupart de tes ennuis sont causés par les autres ou que c'est de ta faute ?

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : Accuse parfois les autres ou nie être responsable de ses propres erreurs.
( )	( )	( )	3 - Clinique : Accuse souvent les autres ou nie être responsable de ses propres erreurs.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

Coder pour les items restants : 0 = Pas d'information 1 = Non 2 = Oui

	Critères	EA parent	EPG parent	EA enfant	EPG enfant	Récap. EA	Récap. EPG
8. Durée : *Depuis combien de temps as-tu des problèmes (faire la liste des symptômes reconnus) ?*	6 mois ou plus	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
7. Retentissement		0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
A. Social (avec les pairs) :		0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
B. Familial :		0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
C. À l'école		0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )

Identité du sujet :_____ Date :_____ Évaluateur : _____

2013 **Supplément n°4 : Troubles neurodéveloppementaux, disruptifs et trouble des conduites**
2018 (version française) Trouble oppositionnel avec provocation Page 10

Codes pour les items restants : 0 = Pas d'information 1 = Non 2 = Oui

	EA parent	EPG parent	EA enfant	EPG enfant	Réeap. EA	Réeap. EPG
8. Arguments en faveur d'un facteur précipitant (préciser) :	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
9. Les symptômes de TOP sont-ils présents dans les cadres suivants :						
A. Avec les parents ?	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
B. Avec d'autres adultes de la famille (grands-parents, tantes, oncles, etc.) ?	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
C. À l'école ?	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
D. Dans les contextes publics (entraineurs de sport, police, professionnels de santé, etc.) ?	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
E. Avec les pairs ?	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()

10. *Critères du DSM-5* : Arguments en faveur d'un trouble oppositionnel avec provocation

A. Ensemble d'une humeur colérique/ irritable, d'un comportement querelleur / provocateur, ou d'un esprit vindicatif persistant pendant au moins 6 mois durant lesquels sont présents au moins 4 (ou plus) symptômes des catégories suivantes, et se manifestant au cours d'interactions avec au moins un sujet extérieur à la fratrie.

0 1 2 () () () | 0 1 2 () () ()

Humeur colérique / irritable :
1. Se met souvent en colère
2. Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres.
3. Est souvent fâché ou plein de ressentiment.

Comportement querelleur / provocateur :
4. Conteste souvent les personnes en position d'autorité ou, pour les enfants et adolescents, ce que disent les adultes.
5. S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux règles ou aux demandes des personnes en position d'autorité.
6. Embête souvent les autres délibérément.
7. Fait souvent porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite.

Esprit vindicatif :
8. S'est montré méchant ou vindicatif au moins 2 fois durant les 6 derniers mois.

B. La perturbation du comportement est associée à une détresse de l'individu ou d'autrui dans son entourage social proche ou a entraîné une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Les comportements ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble psychotique, d'un trouble de l'humeur ou d'un abus de substance. Le trouble ne répond pas aux critères du trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle.

REMARQUE : Le trouble des conduites n'est plus incompatible avec un diagnostic de TOP.

REMARQUE : CONSIDÉRER LE CRITÈRE (A) COMME REMPLI QUE SI LE COMPORTEMENT SURVIENT PLUS SOUVENT QUE CHEZ LES AUTRES ENFANTS DE MÊME ÂGE ET NIVEAU DE DÉVELOPPEMENT.

Préciser (état actuel) :
_____ Léger (un seul contexte)
_____ Moyen (2 contextes)
_____ Grave (3 contextes ou plus)

Préciser (passé) :
_____ Léger (un seul contexte)
_____ Moyen (2 contextes)
_____ Grave (3 contextes ou plus)

Identité du sujet :_____ Date :_____ Évaluateur : _____

2013 **Supplément n°4 : Troubles neurodéveloppementaux, disruptifs et trouble des conduites**
2018 (version française) Trouble oppositionnel avec provocation Page 11

Codes pour les items restants : 0 = Pas d'information 1 = Non 2 = Oui

	Réoap. EA	Réoap. EPG
	0 1 2	0 1 2
11. Arguments en faveur d'un trouble du comportement disruptif, non spécifié Si les critères d'un trouble des conduites ou d'un TOP ne sont pas réunis mais que des symptômes sont présents (présence de multiples symptômes avec retentissement clinique par ex.).	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )
12. Arguments en faveur de problèmes relationnels parents/enfant Envisager ce diagnostic si les symptômes ne sont présents qu'avec les parents (et pas les amis, professeurs ou autres proches) et que les symptômes ne sont pas sévères. Cependant, si les parents posent bien des limites stables OU si les symptômes de TOP sont très sévères, envisagez un diagnostic de TOP.	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )

Identité du sujet :_____Date :_____Évaluateur : _____

L'élément principal du trouble des conduites est un comportement persistant et répété qui ne respecte pas les droits fondamentaux des autres ou les principales règles sociales qui s'appliquent normalement à son âge. Trois comportements doivent avoir été présents pendant les douze mois précédents, dont l'un au moins pendant les six derniers mois.
Garder à l'esprit les diagnostics différentiels : trouble bipolaire, EDC, TDA/H (déficit de l'attention/hyperactivité), psychose, abus de substances.

Si les symptômes ne surviennent que pendant un épisode thymique, envisagez de NE PAS retenir les deux diagnostics. Toutefois, en cas de dépression ou dysthymie persistantes, il est parfois impossible de démêler les deux et l'on peut alors poser les deux diagnostics.

1. Vandalisme, destruction de biens matériels

Casses-tu parfois exprès les objets appartenant à d'autres ? Comme par exemple des vitres ? T'arrive-t-il de taper, de donner des coups de pied dans les portes, de briser des vitres, de détruire des biens de l'école ? As-tu déjà détruit des meubles, des murs, le sol, des portes, etc. à la maison ou à l'école ? Et quand tu étais très fâché ? À quelle fréquence détruis-tu la propriété d'autrui ?

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : Rares destructions délibérées du bien d'autrui (casse le jouet d'un autre enfant par ex.) OU une ou deux destructions importantes du bien d'autrui.
( )	( )	( )	3 - Clinique : Trois épisodes ou plus (modérées à sévères) de vandalisme ou de destruction de biens.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

2. Effraction

Au cours des six derniers mois, as-tu ou un de tes amis a-t-il pénétré par effraction dans une voiture ? Dans des maisons ? Des magasins ? Des entrepôts ? D'autres bâtiments ? Combien de fois à peu près as-tu pénétré par effraction dans une maison, une voiture, un magasin ou un autre bâtiment ? As-tu ou un de tes amis a-t-il fait l'une des choses suivantes : pénétrer par effraction dans des maisons, des voitures, d'autres véhicules ; des maisons ou des bâtiments abandonnés, un/des magasin(s), un/des bâtiment(s) ?

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : A accompagné des amis qui pénétraient par effraction dans une maison, une voiture, un magasin ou un bâtiment sans participer activement.
( )	( )	( )	3 - Clinique : A pénétré une fois ou plus par effraction dans une maison, une voiture, un magasin ou un bâtiment.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

3. Vol avec violence

As-tu ou un de tes amis a-t-il volé quelqu'un ? Arraché leur sac à main ? Braqué quelqu'un ? Combien de fois ?

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : A accompagné des amis lors de vols avec violence mais sans participer activement.
( )	( )	( )	3 - Clinique : Vol avec violence, vol à l'arraché, extorsion, vol à main armée, etc., à une ou plusieurs occasions.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

4. Mettre le feu

As-tu déjà mis le feu quelque part ? Pourquoi as-tu mis le feu ? Jouais-tu avec des allumettes et as-tu provoqué un incendie par accident ou l'as-tu fait exprès ? Était-tu en colère ? Essayais-tu de causer beaucoup de dégâts ou de te venger de quelqu'un ? Quel est le plus gros dégât que tu aies causé en mettant le feu ? Combien d'incendies environ as-tu déclenché ?

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : Joue avec un briquet ou des allumettes, sans intention de faire des dégâts, et incendie non déclenché par colère.
( )	( )	( )	3 - Clinique : A délibérément déclenché un ou deux incendies pour nuire ou par colère.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

Identité du sujet : _____ Date : _____ Évaluateur : _____

6. Reste souvent dehors la nuit

À quelle heure es-tu censé rentrer à la maison le soir ?
Restes-tu souvent dehors plus tard qu'il ne t'est permis ?
Quelle est l'heure la plus tardive à laquelle tu sois rentré ?
Es-tu déjà resté dehors toute la nuit ?
Combien de fois as-tu fait cela ?

REMARQUE : NE COTER POSITIVEMENT LES NUITS DÉCOUCHÉES QUE SI ELLES COMMENCENT AVANT L'ÂGE DE 13 ANS.

P ( ) E ( ) T ( )

0 - Pas d'information.
1 - Absent.
2 - Subclinique : A passé toute la nuit dehors, ou est resté dehors plusieurs heures après l'heure où il aurait dû rentrer, 1 à 2 reprises (malgré l'interdiction parentale).
3 - Clinique : a passé la nuit dehors, ou est resté dehors plusieurs heures après l'heure où il aurait dû rentrer, à plusieurs reprises (3 fois ou plus).

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

8. Fugue la nuit

As-tu déjà fait une fugue ? Pourquoi ?
Se passait-il quelque chose à la maison que tu essayais de fuir ?
Combien de temps es-tu resté hors de chez toi ?
Combien de fois as-tu fait cela ?

REMARQUE : NE PAS COTER POSITIVEMENT SI L'ENFANT PASSE LA NUIT DEHORS POUR ÉVITER UN ABUS PHYSIQUE OU SEXUEL.

P ( ) E ( ) T ( )

0 - Pas d'information.
1 - Absent.
2 - Subclinique : N'a découché qu'une seule nuit, ou a fugué plusieurs fois pendant des périodes de temps plus brèves.
3 - Clinique : A découché 2 nuits ou plus, ou une fois pendant au moins deux nuits ou plus longtemps.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

7. Usage d'une arme

As-tu déjà utilisé un objet pour frapper/blesser quelqu'un ?
As-tu déjà porté une arme ?
As-tu déjà utilisé ou menacé d'utiliser :
____ un couteau de cuisine ou un canif ?
____ un révolver ?
____ une brique, une pierre ?
____ un tesson de bouteille ?
____ une batte ?
Et en autodéfense ?

P ( ) E ( ) T ( )

0 - Pas d'information.
1 - Absent.
2 - Subclinique : A menacé d'utiliser une arme mais ne l'a jamais fait.
3 - Clinique : A utilisé une arme pouvant sérieusement blesser autrui (bâton, brique, bouteille cassée, couteau, ou arme à feu, par ex.).

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

8. Cruauté physique envers des personnes

As-tu déjà battu/frappé quelqu'un sans raison ?
À quel point ?
Était-ce juste parce que l'autre personne était différente de toi ou à cause de son apparence ?
Cette personne a-t-elle été blessée ?

REMARQUE : NE PAS CONSIDERER LES RIVALITÉS BANALES DANS LA FRATRIE

P ( ) E ( ) T ( )

0 - Pas d'information.
1 - Absent.
2 - Subclinique : Cruauté physique à une ou deux occasions. Pas de blessure significative.
3 - Clinique : Cruauté physique envers une personne à trois occasions ou plus ; ou à une occasion avec blessure grave délibérée.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

9. Activité sexuelle sous la contrainte

As-tu déjà forcé quelqu'un à t'embrasser ou à te toucher au niveau de tes parties intimes ?
As-tu déjà forcé un autre enfant à te toucher au travers de tes vêtements ?
Quelqu'un t'a-t-il déjà dit que tu avais forcé un autre enfant/une autre personne à aller plus loin que ce qu'il/elle voulait ? Que t'a-t-elle dit ?

P ( ) E ( ) T ( )

0 - Pas d'information.
1 - Absent.
2 - Subclinique : a contraint ou tenté de contraindre une personne à participer à des actes sexuels 'superficiels' (c.-à-d. attouchement non génital) à une ou plusieurs occasions.
3 - Clinique : a contraint une personne à participer à des activités sexuelles (caresses génitales, cunnilingus, rapports vaginaux et/ou anaux) à une ou plusieurs occasions.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

Identité du sujet : _____ Date : _____ Évaluateur : _____

2013 **Supplément n°4 : Troubles neurodéveloppementaux, disruptifs et trouble des conduites**
2018 (version française) Trouble des conduites Page 14

10. Cruauté envers les animaux

Certains enfants aiment faire du mal aux animaux ou les torturer. As-tu déjà blessé ou essayé de blesser exprès un animal ? Qu'as-tu fait ? Combien de fois environ as-tu fait du mal à un animal exprès au cours des six derniers mois ?

REMARQUE : NE PAS COTER LES PARTIES DE CHASSE TRADITIONNELLES. FAIRE ATTENTION AU CONTEXTE (RURAL, FERME, ETC.)

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : A fait preuve de légère cruauté envers un animal (p. ex. a donné un coup de pied à un chien)
( )	( )	( )	3 - Clinique : A tué ou torturé un animal à une ou plusieurs reprises, ou a régulièrement causé des blessures modérées à sévères à un animal.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

Codes pour les items restants : 0 = Pas d'information 1 = Non 2 = Oui

Critères		EA parent	EPG parent	EA enfant	EPG enfant	Réeap. EA	Réeap. EPG
11. Retentissement							
A. Social (avec les pairs) :		0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
B. Familial :		0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
C. À l'école		0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
12. Durée : *Pendant combien de temps as-tu _____ (faire la liste des symptômes de conduites reconnus) ?*	6 mois ou plus	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()

REMARQUE : D'APRÈS LE DSM-5 : « Le diagnostic de trouble des conduites ne doit être appliqué que lorsque le comportement en question est symptomatique d'un dysfonctionnement sous-jacent de la personne et pas juste une réaction à un contexte social. »

13. Type à début pendant l'enfance *Quel âge avais-tu quand tu as commencé à _____ (faire la liste des items reconnus) ?*	Début d'au moins un problème de conduite avant l'âge de 10 ans.	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
14. Type à début pendant l'adolescence *As-tu fait une de ces choses avant l'âge de 10 ans ?*	Pas de problème de conduite avant l'âge de 10 ans	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()

Identité du sujet :_____ Date :_____ Évaluateur : _____

2013 **Supplément n°4 : Troubles neurodéveloppementaux, disruptifs et trouble des conduites**
2018 (version française) Trouble des conduites Page 15

Codes pour les items restants : 0 = Pas d'information 1 = Non 2 = Oui

	Réeap. EA	Réeap. EPG
16. Arguments en faveur d'un trouble des conduites *Critères du DSM-5*	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()

A. Ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet, comme en témoigne la présence d'au moins trois des 15 critères suivants au cours des 12 derniers mois, et d'au moins un de ces critères au cours des 6 derniers mois.

Agression envers des personnes et des animaux
1) Brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes
2) Commence souvent des bagarres.
3) A utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui (p. ex. un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu).
4) A fait preuve de cruauté physique envers des personnes
5) A déjà fait preuve de cruauté physique envers des animaux.
6) A commis un vol en affrontant la victime (p. ex. agression, vol de sac à main, extorsion d'argent, vol à main armée)
7) A contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles

Destruction de biens matériels
8) A délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants.
9) A délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu).

Fraude ou vol
10) A pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui.
11) Ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations (c.-à-d. « amaque» les autres).
12) A volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime (p. ex. vol à l'étalage sans destruction ou effraction, contrefaçon).

Violations graves de règles établies
13) Reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans.
14) A fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial, ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période.
15) Fait souvent l'école buissonnière, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans.

B. La perturbation du comportement entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.
C. Si la personne a 18 ans ou plus, le trouble ne répond pas aux critères de personnalité antisociale.

Préciser (état actuel) : avec des émotions prosociales limitées _____ **Préciser (passé) :** avec des émotions prosociales limitées _____

Critères : Manifeste au moins deux des caractéristiques suivantes pendant au moins 12 mois et dans différents contextes et situations relationnelles : 1) Absence de remords ou de culpabilité ; 2) Dureté (insensibilité) - manque d'empathie ; 3) Insouciance de la performance à l'école, au travail ou dans d'autres activités importantes ; 4) Superficialité ou déficience des affects.

Préciser la sévérité (état actuel) : Léger _____ Moyen _____ Grave _____

Préciser la sévérité (passé) : Léger _____ Moyen _____ Grave _____

Critères :
Léger : peu ou pas de problèmes de conduites dépassant en nombre ceux requis pour le diagnostic ; ces problèmes n'occasionnent que peu de mal à autrui (mensonges, école buissonnière, par ex.) ;
Moyen : sévérité intermédiaire (vol sans confrontation avec la victime, vandalisme, par ex.) ;
Grave : de nombreux problèmes de conduite dépassant en nombre ceux requis pour le diagnostic, ou problèmes de conduites occasionnant un dommage considérable à autrui (contraindre quelqu'un à avoir des relations sexuelles, cruauté physique, usage d'une arme, voler en affrontant la victime, pénétrer par effraction, par ex.)

Identité du sujet :_____ Date :_____ Évaluateur : _____

2013 **Supplément n°4 : Troubles neurodéveloppementaux, disruptifs et trouble des conduites**
2018 (version française) Trouble des conduites Page 16

Codes pour les items restants : 0 = Pas d'information 1 = Non 2 = Oui

	Réeap. EA	Réeap. EPG
16. Type en groupe Prédominance des problèmes de conduite survenant dans une activité de groupe avec les pairs.	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
17. Type solitaire agressif La plupart des activités du trouble des conduites est initiée par la personne elle-même (et non par un groupe)	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
18. Type indifférencié Les symptômes de trouble des conduites ne peuvent être classé ni comme « type en groupe » ni comme « type solitaire agressif ».	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
19. Avec des émotions prosociales limitées Au moins 2 des symptômes suivants : ____1. Absence de remords ou de culpabilité ____2. Manque d'empathie ____3. Insouciance de l'acte ____4. Superficialité ou déficience des affects	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
20. Sévérité (à spécifier) : 0 Léger : Il n'existe que peu ou pas de problèmes de conduite dépassant en nombre ceux requis pour le diagnostic ; de plus, les problèmes de conduite n'occasionnent que peu de mal à autrui (mensonge, absentéisme, rester dehors tard la nuit sans permission par ex.). 1 Moyen : le nombre de problèmes de conduite ainsi que leur impact sur autrui sont intermédiaires, entre « léger » et « grave » (vol sans affronter la victime, vandalisme, par ex.). 2 Grave : nombreux problèmes de conduite dépassant en nombre ceux requis pour le diagnostic ; ou bien les problèmes de conduite occasionnent un dommage considérable à autrui (contraindre quelqu'un à avoir des relations sexuelles, cruauté physique, usage d'une arme, voler en affrontant la victime, pénétrer par effraction, par ex.).	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )

Identité du sujet :_____ Date :_____ Évaluateur : _____

2013 **Supplément n°4 : Troubles neurodéveloppementaux, disruptifs et trouble des conduites**
2018 (version française) Tics moteurs simples et complexes Page 17

Critères pour les items : 0 = Pas d'information 1 = Non 2 = Oui

REMARQUE : POUR QU'UN SYMPTÔME SOIT COTÉ POSITIVEMENT, IL DOIT SURVENIR PLUSIEURS FOIS PAR JOUR, OU DE FAÇON INTERMITTENTE PENDANT UN AN OU PLUS, ET NE PAS ÊTRE IMPUTABLE À UN AUTRE TROUBLE NEUROLOGIQUE.

TICS MOTEURS SIMPLES (cotation basée sur les compte-rendus et l'observation clinique).	**EA parent**	**EPG parent**	**EA enfant**	**EPG enfant**	**Réeap. EA**	**Réeap. EPG**
1. **Clignement des yeux** *Clignes-tu beaucoup des yeux comme ceci sans raison* (faire une démonstration) ?	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
2. **Autres tics de la face** *D'autres parties de ton corps bougent-elles parfois de façon inattendue comme ceci ?* Faire une démonstration de grimaces faciales, froncement du nez, faux bâillement	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
3. **Hochements de tête** *Hoches-tu parfois la tête, la secoues-tu parfois ou la tournes-tu parfois sur le côté sans raison ?* (Faire une démonstration)	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
4. **Haussement des épaules** *Qu'en est-il de tes épaules ? Tes épaules bougent-elles parfois de façon inattendue comme ceci ?* (Hausser ou rouler les épaules)	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
5. **Mouvements des bras** *Agites-tu parfois les bras ou lances-tu parfois les bras en avant comme pour atteindre quelque chose qui n'est pas là ?* (Faire une démonstration)	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
6. **Contractions de l'estomac** *Ton estomac se contracte-t-il parfois sans raison particulière ?*	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
7. **Mouvements des jambes** *Tapes-tu parfois des pieds ou donnes-tu parfois des coups de pied sans très bien savoir pourquoi ? Tapes-tu parfois des pieds sous ton banc sans avoir projeté de les bouger ?*	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()

Identité du sujet : _____ Date : _____ Évaluateur : _____

2013 **Supplément n°4 : Troubles neurodéveloppementaux, disruptifs et trouble des conduites**
2018 (version française) Tics moteurs simples et complexes Page 18

Codes pour les items restants : 0 = Pas d'information 1 = Non 2 = Oui

	EA parent	EPG parent	EA enfant	EPG enfant	Réeap. EA	Réeap. EPG
8. Autres *As-tu remarqué d'autres types de mouvements dont je ne t'ai pas parlé ?* Précisez :	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
9. Récapitulatif des éléments précédents Des tics moteurs simples sont survenus plusieurs fois par jour ou de façon intermittente pendant un an ou plus.	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
TICS MOTEURS COMPLEXES						
1. Toucher ou taper sur des objets *Touches-tu parfois ton propre corps, ton nez, ton oreille ou ressens-tu le besoin de toucher d'autres personnes ou des objets... comme devoir toucher le téléphone chaque fois que tu passes à côté, toucher les murs ou tous les meubles de ta chambre ?* *Tapotes-tu souvent ton bureau avec ton crayon ou tes doigts ?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
2. Sauter ou faire des pirouettes *Quand tu marches dans le couloir de l'école, ressens-tu parfois le besoin de sauter sur un pied ou de tourner sur toi-même au lieu de marcher tout droit ?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
3. Échopraxie *Ressens-tu parfois le besoin d'imiter les actes des autres comme repousser tes cheveux en arrière ou te frotter le nez ? Autre chose ?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
4. Se faire mal *Ressens-tu parfois le besoin de te frapper le visage, de te tirer les cheveux ou de te mordre la main ?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
6. Autre *As-tu remarqué d'autres types de mouvements dont je ne t'ai pas parlé ?* Précisez :	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
8. Récapitulatif des éléments précédents Des tics moteurs complexes sont survenus plusieurs fois par jour ou de façon intermittente pendant un an ou plus.	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )

Identité du sujet :_____Date :_____Évaluateur : _____

2013 **Supplément n°4 : Troubles neurodéveloppementaux, disruptifs et trouble des conduites**
2018 (version française) Tics vocaux simples et complexes Page 19

Codes pour les items restants : 0 = Pas d'information 1 = Non 2 = Oui

TICS VOCAUX SIMPLES	EA parent	EPG parent	EA enfant	EPG enfant	Réeap. EA	Réeap. EPG
1. **Renifler, tousser, s'éclaircir la gorge** *Est-ce que parfois tu renifles, tu tousses ou t'éclaircis la voix alors que tu n'as pas de rhume ? Est-ce que tu le fais sans arrêt ?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
2. **Renifler (comme un cochon), grogner** *Fais-tu parfois des bruits avec ton nez ou ta gorge comme ceci ?* (faire une démonstration)	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
3. **Autre** *Fais-tu d'autres types de bruits ? Claques-tu la langue, les lèvres, fais-tu des bruits d'éclatement ?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
4. **Récapitulatif des éléments précédents** Les tics vocaux simples surviennent plusieurs fois par jour ou de façon intermittente pendant un an ou plus.	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
TICS VOCAUX COMPLEXES						
1. **Répéter ses propres paroles et phrases** *Remarques-tu parfois que tu dois répéter ce que tu dis, pas parce que quelqu'un ne t'a pas entendu mais parce que cela ne sonnait pas juste ou peut-être même sans raison ?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
2. **Répéter le discours de l'autre** *T'es-tu déjà retrouvé à répéter sans aucune raison des choses que d'autres personnes avaient dites ?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
3. **Coprolalie (obscénités)** *Est-ce que des vilains mots font parfois irruption sans raison au milieu d'une de tes phrases ou te retrouves-tu à marmonner de vilaines choses sans pouvoir t'arrêter ?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
4. **Insultes, injures raciales** *Te retrouves-tu parfois à dire des méchancetés à des gens sur leur apparence ou autre chose alors que tu ne le pensais pas vraiment ?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )

Identité du sujet :_____Date :_____Évaluateur : _____

2013 **Supplément n°4 : Troubles neurodéveloppementaux, disruptifs et trouble des conduites**
2018 (version française) Tics vocaux simples et complexes Page 20

Codes pour les items restants : 0 = Pas d'information 1 = Non 2 = Oui

	EA parent	EPG parent	EA enfant	EPG enfant	Réeap. EA	Réeap. EPG
6. **Autre** *Y a-t-il d'autres choses que tu te retrouves parfois en train de dire ?* *As-tu peur d'avoir une crise comme cela ?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
8. **Récapitulatif des éléments précédents** Les tics vocaux surviennent plusieurs fois par jour ou de façon intermittente pendant un an ou plus.	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
7. **Retentissement**	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
A. Social (avec les pairs) :						
B. Familial :	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
C. À l'école	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )

8. **Arguments en faveur d'un Syndrome de Gilles de la Tourette** — 0 1 2 ( ) ( ) ( ) | 0 1 2 ( ) ( ) ( )
Critères DSM-5

A. Présence de tics moteurs multiples et d'un ou de plusieurs tics vocaux, à un moment quelconque au cours de l'évolution de la maladie mais pas nécessairement de façon simultanée (un tic est un mouvement ou une vocalisation soudain, rapide, récurrent et non rythmique).
B. La fréquence des tics peut croître et décroître, mais ils persistent depuis plus d'une année après leur première apparition.
C. Début avant l'âge de 18 ans.
D. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (stimulants par ex.) ou à une autre affectation médicale (maladie de Huntington, encéphalite post-virale par ex.).

Identité du sujet :_____Date :_____Évaluateur : _____

2013 **Supplément n°4 : Troubles neurodéveloppementaux, disruptifs et trouble des conduites**
2018 (version française) Tics Page 21

Codes pour les items restants : 0 = Pas d'information 1 = Non 2 = Oui

	Récap. EA	Récap. EPG
	0 1 2	0 1 2
9. Arguments en faveur des tics moteurs ou vocaux persistants (chroniques)	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )

Critères du DSM-5

A. Présence soit de tics moteurs soit de tics vocaux, uniques ou multiples, au cours de la maladie, mais pas à la fois moteurs ou vocaux.
B. La fréquence des tics peut croître et décroître, mais ils persistent depuis plus d'une année après leur première apparition.
C. Début avant l'âge de 18 ans.
D. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (stimulants par ex.) ou à une autre affectation médicale (maladie de Huntington, encéphalite post-virale par ex.).
E. Les critères du syndrome de Gilles de la Tourette n'ont jamais été remplis.

Précisez (état actuel) : avec tics moteurs exclusivement : ____ avec tics vocaux exclusivement: _____
Précisez (passé) : avec tics moteurs exclusivement: _____ avec tics vocaux exclusivement : _____

	Récap. EA	Récap. EPG
	0 1 2	0 1 2
10. Arguments en faveur des tics provisoires	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )

Critères du DSM-5

A. Tics moteurs et/ou vocaux, uniques ou multiples.
B. Les tics sont présents depuis moins d'une année depuis leur première apparition.
C. Début avant l'âge de 18 ans.
D. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (stimulants par ex.) ou à une autre affectation médicale (maladie de Huntington, encéphalite post-virale par ex.).
E. Les critères du syndrome de Gilles de la Tourette ou des tics vocaux ou moteurs persistants n'ont jamais été remplis.

Précisez (état actuel) : avec tics moteurs exclusivement : ____ avec tics vocaux exclusivement : _____
Précisez (passé) : avec tics moteurs exclusivement: _____ avec tics vocaux exclusivement: _____

	0 1 2	0 1 2
	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )

11. **Tics non spécifiés**

Critères DSM-5

Cette catégorie s'applique aux présentations cliniques où prédominent les symptômes caractéristiques de tics, mais qui ne remplissent pas les critères des tics spécifiques. On y trouve, par ex., les tics durant plus de 4 semaines et les tics débutant après l'âge de 18 ans.

Identité du sujet :_____ Date :_____ Évaluateur : _____

REMARQUE : Evaluer les symptômes ayant débuté dans la petite enfance.

1. **Déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle**

Parent :

Quand il était plus jeune, votre enfant vous montrait-il des jouets et d'autres choses qui l'intéressaient ou jouait-il seul, en se référant peu ou pas du tout à vous ?

Actuellement, si quelque chose de positif arrive à votre enfant, comme avoir de bonnes notes à une évaluation ou réussir autre chose, va-t-il spontanément le partager avec vous ?
Va-t-il partager les bonnes nouvelles avec des amis ?

Enfant

S'il t'arrive quelque chose de positif, comme avoir de bonnes notes à l'école ou une autre réussite, gardes-tu cela pour toi ou le racontes-tu à ta maman, ton papa ou à quelqu'un d'autre ?

REMARQUE : NE PAS COTER POSITIVEMENT SI IMPUTABLE À UNE AUTRE PATHOLOGIE TELLE QUE ANXIÉTÉ, PSYCHOSE, DÉPRESSION, TROUBLE DU COMPORTEMENT, OU COMPORTEMENT NORMAL POUR UN ADOLESCENT.

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : Cherche parfois à partager mais pas souvent ou pas spontanément.
( )	( )	( )	3 - Clinique : Ne cherche pas spontanément à partager ses joies, ses intérêts ou ses réussites avec autrui, ou en parle qu'en lien avec ses préoccupations.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

2. **Déficits du développement, du maintien et de la compréhension de relations appropriés au niveau du développement.**

Ceci peut prendre des formes différentes selon l'âge. Les très jeunes enfants peuvent n'avoir que peu ou pas d'intérêt pour créer de relations amicales. Les enfants plus âgés peuvent se montrer intéressés par l'amitié mais manquer de compréhension pour les conventions des interactions sociales.

Parent :

Votre enfant a-t-il de bon(s) copain(s) de son âge ?
Votre enfant retrouve-t-il d'autres enfants après l'école et le week-end ?
Votre enfant s'entend-il mieux avec des enfants plus jeunes ou avec des adultes qu'avec des enfants de son âge ?
Préfère-t-il rester seul ?
Votre enfant a-t-il envie d'avoir des relations sociales mais échoue-t-il à nouer des relations avec d'autres enfants ?
Votre enfant veut-il se faire des amis mais dit-il qu'il ne sait pas pourquoi les autres enfants ne veulent pas être son ami(e) ?
Votre enfant est-il capable de comprendre comment les autres enfants réagissent dans les situations sociales ?
Interprète-t-il mal les réactions des enfants de son âge dans les situations sociales ou ne sait-il pas s'ajuster à celles-ci ?
Est-ce qu'on profite de lui ?
Votre enfant ne sait-il être avec d'autres enfants que selon ses propres conditions ?

Enfant

Aimes-tu être avec d'autres enfants de ton âge ou préfères-tu rester seul la plupart du temps ?
As-tu un meilleur ami ?
Vous retrouvez-vous après l'école ou le week-end ?

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : Quelques relations interpersonnelles, généralement en situation de groupe ou principalement dans certains domaines d'intérêt restreints.
( )	( )	( )	3 - Clinique : Incapacité à développer des relations avec ses pairs appropriées au niveau du développement. Incapacité à interpréter les réactions des pairs en situation sociale.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

REMARQUE : PONDERER LES DIRES DE L'ENFANT PAR DES INFORMATIONS SECONDAIRES. NE PAS COTER POSITIVEMENT SI LE PROBLÈME EST EXCLUSIVEMENT DÛ À UNE AUTRE PATHOLOGIE DE TYPE TDA/H, ANXIÉTÉ SOCIALE, SCHIZOPHRÉNIE OU PERSONNALITÉ SCHIZOÏDE.

Identité du sujet : _____ Date : _____ Évaluateur : _____

3. **Hyper- ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour des aspects sensoriels de l'environnement.**

Parent : *Votre enfant est-il particulièrement sensible aux stimulations sensorielles ? Est-il sensible aux étiquettes dans les vêtements ou au contact de différentes matières ? Votre enfant est-il très réactif à un changement de lumière ou aux bruits de la maison ?*
À l'inverse, votre enfant semble-t-il inconscient des aspects de l'environnement autour de lui ? Votre enfant semble-t-il parfois insensible à la douleur ou à des changements extrêmes de température ?
Y a-t-il des choses que votre enfant aime toucher ou sentir ?

Enfant : *Détestes-tu porter certains vêtements parce que les étiquettes ou la matière te dérangent vraiment ?*

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : Légère hyper- ou hyporéactivité aux stimuli sensoriels.
( )	( )	( )	3 - Clinique : Forte et gênante hyper- ou hyporéactivité aux stimuli sensoriels.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

4. **Déficits moteurs dans l'habilité et la coordination de mouvements, non restreint à la communication sociale.**

Parent : *Votre enfant a-t-il une bonne coordination ? A-t-il des difficultés pour jouer au ballon ou pour pratiquer d'autres activités sportives ? Comment est son adresse manuelle ? A-t-il des problèmes pour tenir son stylo ou son crayon ? Pour utiliser des ciseaux ? Comment est son équilibre ?*

P	E	T	
( )	( )	( )	0 - Pas d'information.
( )	( )	( )	1 - Absent.
( )	( )	( )	2 - Subclinique : Légers déficits moteurs.
( )	( )	( )	3 - Clinique : Déficits moteurs modérés à sévères.

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

REMARQUE : POUR TOUTES LES QUESTIONS CI-DESSUS, NOTER SI LE TROUBLE A COMMENCÉ LORSQUE L'ENFANT ÉTAIT TRÈS JEUNE (AVANT LA MATERNELLE), OU RÉCEMMENT. CONCERNANT LES TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME, CES COMPORTEMENTS DOIVENT AVOIR DÉMARRÉ LORSQUE L'ENFANT ÉTAIT JEUNE. TENIR COMPTE DE L'ÉVENTUELLE PRÉSENCE D'UN TOC, D'UNE PHOBIE SOCIALE SÉVÈRE, D'UN RETARD MENTAL, D'ANTÉCÉDENTS D'ABUS OU DE NÉGLIGENCE GRAVE, OU D'UNE POSSIBLE EXPLICATION DES SYMPTÔMES PAR UNE QUESTION CULTURELLE.

Identité du sujet : _____ Date : _____ Évaluateur : _____

Codes pour les items restants : 0 = Pas d'information 1 = Non 2 = Oui

	EA parent	EPG parent	EA enfant	EPG enfant	Réeap. EA	Réeap. EPG
6. **Déficit social et troubles de la communication fréquents chez les patients avec trouble du spectre de l'autisme**	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
a. Conversation unilatérale *Votre enfant parle-t-il souvent sans arrêt d'une chose, presque comme s'il tenait un discours plutôt qu'une conversation ?* *Des gens ont-ils déjà dit qu'il avait l'air d'un « petit professeur » ?*						
b. Déficits du discours pragmatique *Votre enfant a-t-il des difficultés à comprendre les subtilités du langage, comme savoir quand prendre la parole dans une conversation ou comprendre ce que quelqu'un veut dire quand il est sarcastique ou fait une analogie (par ex « Elle est sourde comme un pot ») ?*	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
c. Anomalies de la prosodie ou de la modulation de la voix *Y a-t-il quelque chose d'inhabituel dans l'intonation de votre enfant ? Sa voix est-elle monotone ? Exagérément chantante ? A-t-il peu de contrôle sur le volume de sa parole ou a-t-il une manière particulière d'accentuer son discours ?*	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
d. Recherche incessante et inadaptée du contact avec autrui *Votre enfant poursuit-il de manière insistante le contact avec les autres, même si ceux-ci ne semblent pas intéressés par le fait de lui parler ou d'être avec lui ?* *Lui est-il difficile de comprendre les signaux sociaux des autres ?*	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()

REMARQUE : COTATION EN FONCTION DES RAPPORTS ET DE L'OBSERVATION.

8. **Caractéristiques des patients avec autisme de haut niveau** a. Isolement social *Depuis tout petit, votre enfant préférait-il rester seul ? Et maintenant, semble-t-il ne pas s'intéresser aux amis et aux autres contacts sociaux ?*	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
b. Écholalie *Votre enfant répète-t-il sans arrêt des phrases qu'il a entendues ou des phrases sans signification ?*	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()

REMARQUE : COTATION EN FONCTION DES RAPPORTS ET DE L'OBSERVATION.

Identité du sujet :_____ Date :_____ Évaluateur : _____

2013 **Supplément n°4 : Troubles neurodéveloppementaux, disruptifs et trouble des conduites**
2018 (version française) Troubles du spectre de l'autisme Page 25

Codes pour les items restants : 0 = Pas d'information 1 = Non 2 = Oui

	EA parent	EPG parent	EA enfant	EPG enfant	Réeap. EA	Réeap. EPG
7. Antécédents du développement						
A. Symptômes présents dans la petite enfance.	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
B. Déficit du discours pragmatique	0 1 2 / ( ) ( ) ( ) /	0 1 2 / ( ) ( ) ( ) /	0 1 2 / ( ) ( ) ( ) /	0 1 2 / ( ) ( ) ( ) /	0 1 2 / ( ) ( ) ( ) /	0 1 2 ( ) ( ) ( )
8. Retentissement						
A. Social (avec les pairs) :	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
B. Familial :	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
C. À l'école	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )

Identité du sujet :_____ Date :_____ Évaluateur : _____

Codes pour les items restants : 0 = Pas d'information 1 = Non 2 = Oui

	Récap. EA			Récap. EPG		
9. Arguments en faveur des troubles du spectre de l'autisme	0	1	2	0	1	2
Critères du DSM-5	( )	( )	( )	( )	( )	( )

A. Déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés, soit au cours de la période actuelle, soit dans les antécédents :

1. Déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle allant, par exemple, d'anomalies de l'approche sociale et d'une incapacité à la conversation bidirectionnelle normale, à des difficultés à partager les intérêts, les émotions et les affects, jusqu'à une incapacité d'initier des interactions sociales ou d'y répondre.
2. Déficits des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales, allant d'une intégration défectueuse entre la communication verbale et non verbale, à des anomalies du contact visuel et du langage du corps, à des déficits dans la compréhension et l'utilisation des gestes, jusqu'à une absence totale d'expressions faciales et de communication non verbale.
3. Déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations allant, par exemple, de la difficulté à ajuster le comportement à des contextes sociaux variés, à des difficultés à partager des jeux imaginatifs ou à se faire des amis, jusqu'à l'absence d'intérêt pour les pairs.

B. Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants :

1. Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage (par ex. stéréotypies motrices simples, écholalie, activités d'alignement des jouets ou de rotation des objets, phrases idiosyncrasiques).
2. Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés (par ex. détresse extrême provoquée par des changements mineurs, difficulté à gérer les transitions, nécessité de prendre le même chemin ou de manger les mêmes aliments tous les jours).
3. Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but (attachement à des objets insolites ou préoccupations à propos de ce type d'objets, intérêts excessivement circonscrits ou persévérants par ex.).
4. Hyper- ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement (par ex. indifférence apparente à la douleur ou à la température, réactions négatives à des sons ou des textures spécifiques, actions de flairer et toucher excessivement les objets, fascination visuelle pour les lumières ou les mouvements.

C. Les symptômes doivent être présents dès la petite enfance (mais ils ne sont pas nécessairement pleinement avant que les demandes sociales n'excèdent les capacités limités de la personne, ou ils peuvent être masqués plus tard dans la vie par des stratégies apprises).

D. Les symptômes occasionnent un retentissement cliniquement significatif en termes de fonctionnement actuel social, scolaire/professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E. Ces troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel ou un retard global du développement. Le handicap intellectuel et le trouble du spectre de l'autisme sont fréquemment associés. Pour permettre un diagnostic de comorbidité entre un trouble du spectre de l'autisme et un handicap intellectuel, l'altération de la communication sociale doit être supérieure à ce qui serait attendu pour le niveau de développement général.

Précisez :

_____ Avec déficit intellectuel associé
_____ Sans déficit intellectuel associé
_____ Avec altération du langage associée
_____ Sans altération du langage associée
_____ Associé à une pathologie médicale ou génétique connue ou à un facteur environnemental.
_____ Associé à une autre trouble développemental, mental ou comportemental.

Précisez la sévérité :

_____ Niveau 1 – Nécessitant de l'aide (par ex. déficit des interactions sociales, échec des conversations bidirectionnelles avec les autres).
_____ Niveau 2 – Nécessitant une aide importante (p. ex. utilise des phrases simples, intérêts spécifiques et restreints, communication non verbale nettement bizarre).
_____ Niveau 3 – Nécessite une aide très importante (par ex. enfant n'utilisant que quelques mots intelligibles et qui initie rarement ou de façon inhabituelle les interactions).

Identité du sujet :_____ Date :_____ Évaluateur : _____

الملحق رقم (2) يمثل أداة الدراسة الاصلية باللغة الإنجليزية:

KSADS-PL DSM-5 November 2016:

SUPPLEMENT # 4:
NEURODEVELOPMENTAL, DISRUPTIVE, AND CONDUCT DISORDERS SUPPLEMENT

TABLE OF CONTENTS

Attention Deficit Hyperactivity Disorder.....1
Oppositional Defiant Disorder.....8
Conduct Disorder.....12
Tic Disorders.....18
Autism Spectrum Disorders.....23

Subject

Date / / 20

Interviewer

2016

Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement

Attention Deficit Hyperactivity Disorder *page 1 of 27*

(If child is on medication for ADHD, rate behavior when not on medication)

NOTE: DO NOT RATE SYMPTOMS POSITIVELY IF THEY ARE EXCLUSIVELY ACCOUNTED FOR BY MDE, BIPOLAR DISORDER, DYSTHYMIA, AN ANXIETY DISORDER, SUBSTANCE ABUSE, PSYCHOSIS, OR ASD.

1. Makes a lot of Careless Mistakes

Do you make a lot of careless mistakes at school?
Do you often get problems wrong on tests because you didn't read the instructions right?
Do you often leave some questions blank by accident?
Forget to do the problems on both sides of a handout?
How often do these types of things happen?
Has your teacher ever said you should pay more attention to detail?

P	C	S	
( )	( )	( )	**0** - No Information.
( )	( )	( )	**1** - Not Present.
( )	( )	( )	**2** - Subthreshold: Occasionally makes careless mistakes. Problem has only minimal effect on functioning.
( )	( )	( )	**3** - Threshold: Often (4-7 days/ week) makes careless mistakes. Problem has significant effect on functioning.

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

2. Doesn't Listen

Is it hard for you to remember what your parents and teachers say?
Do your parents or teachers complain that you don't listen to them when they talk to you?
Do you "tune people out"?
Do you get into trouble for not listening?

Rate based on data reported by informant or observational data.

P	C	S	
( )	( )	( )	**0** - No Information.
( )	( )	( )	**1** - Not Present.
( )	( )	( )	**2** - Subthreshold: Occasionally doesn't listen. Problem has only minimal effect on functioning.
( )	( )	( )	**3** - Threshold: Often (4-7 days/ week) doesn't listen. Problem has significant effect on functioning.

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

3. Difficulty Following Instructions

Do your teachers complain that you don't follow instructions?
When your parents or your teacher tell you to do something, is it sometimes hard to remember what they said to do?
Does it get you into trouble?
Do you lose points on your assigments for not following directions or not completing the work?
Do you forget to do your homework or forget to turn it in?
Do you get in to trouble at home for not finishing your chores or other things your parents ask you to do? How often?

P	C	S	
( )	( )	( )	**0** - No Information.
( )	( )	( )	**1** - Not Present.
( )	( )	( )	**2** - Subthreshold: Occasionally has difficulty following instructions. Problem has only minimal effect on functioning.
( )	( )	( )	**3** - Threshold: Often (4-7 days/ week) has difficulty following instructions. Problem has significant effect on functioning.

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

Subject ☐☐☐☐☐☐☐

2016 **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement**

Attention Deficit Hyperactivity Disorder *page 2 of 27*

4. Difficulty Organizing Tasks

Is your desk or locker at school a mess?
Does it make it hard for you to find the things you need?
Does your teacher complain that your assignments are messy or disorganized?
When you do your worksheets, do you usually start at the beginning and do all the problems in order, or do you like to skip around?
Do you often miss problems?
Do you have a hard time getting ready for school in the morning?

P	C	S	
( )	( )	( )	**0** - No Information.
( )	( )	( )	**1** - Not Present.
( )	( )	( )	**2** - Subthreshold: Occasionally disorganized. Problem has only minimal effect on functioning.
( )	( )	( )	**3** - Threshold: Often (4-7 days/ week) disorganized. Problem has significant effect on functioning.

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

5. Dislikes/Avoids Tasks Requiring Attention

Do you hate or dislike doing things that require a lot of concentration/ effort?
Like certain assignments, homework or reading a book?
Are there some kinds of school work you hate doing more than others?Which ones? Why?
Do you try to get out of doing your ___ assignments?
About how many times a week do you not do your ___ homework?

NOTE: IN CHILDREN/TEENS WITH ADHD, ABILITY TO SUSTAIN ATTENTION TO VERY REWARDING ACTIVITES LIKE COMPUTER OR VIDEO GAMES MAY NOT BE IMPAIRED.

P	C	S	
( )	( )	( )	**0** - No Information.
( )	( )	( )	**1** - Not Present.
( )	( )	( )	**2** - Subthreshold: Occasionally avoids tasks that require sustained attention, and/ or expresses mild dislike for these tasks. Problem has only minimal effect on functioning.
( )	( )	( )	**3** - Threshold: Often (4-7 days/ week) avoids tasks that require sustained attention, and/ or expresses moderate dislike for these tasks. Problem has significant effect on functioning.

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

6. Loses Things

Do you lose things a lot? Your pencils at school? Homework assignments? Things around home?
About how often does this happen?

P	C	S	
( )	( )	( )	**0** - No Information.
( )	( )	( )	**1** - Not Present.
( )	( )	( )	**2** - Subthreshold: Occasionally loses things. Problem has only minimal effect on functioning.
( )	( )	( )	**3** - Threshold: Often loses things (e.g., once a week or more). Problem has significant effect on functioning.

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

Subject ☐☐☐☐☐☐☐

2016 **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement**

Attention Deficit Hyperactivity Disorder *page 3 of 27*

P C S

7. Forgetful in Daily Activities

Do you often leave your homework at home, or your books or coats on the bus?
Do you leave your things outside by accident?
How often do these things happen?
Has anyone ever complained that you are too forgetful?

( ) ( ) ( ) **0 -** No Information.
( ) ( ) ( ) **1 -** Not Present.
( ) ( ) ( ) **2 -** Subthreshold: Occasionally forgetful. Problem has only minimal effect on functioning.
( ) ( ) ( ) **3 -** Threshold: Often (4-7 days/ week) forgetful. Problem has significant effect on functioning.

PAST: ☐ ☐ ☐ (P C S)

8. Fidgets

Consider restlessness, tapping fingers, chewing things, squirming, "ants in pants", etc.

Do people often tell you to sit still, to stop moving, or stop squirming in your seat? Your teachers? Parents?
Do you sometimes get into trouble for squirming in your seat or playing with little things at your desk?
Do you have a hard time keeping your arms and legs still? How often?

For parents about children: *When you take your child to church or to a restaurant, do you have to bring a lot of games or toys?*
About adolescents: *When your child was younger, were you able to take him/her to church? Restaurants?*
Were these difficulties beyond what you would expect for a child his/her age?

P C S

( ) ( ) ( ) **0 -** No Information.
( ) ( ) ( ) **1 -** Not Present.
( ) ( ) ( ) **2 -** Subthreshold: Occasionally fidgets with hands or feet or squirms in seat. Problem has only minimal effect on functioning.
( ) ( ) ( ) **3 -** Threshold: Often (4-7 days/ week) fidgets with hands or feet or squirms in seat. Problem has significant effect on functioning.

PAST: ☐ ☐ ☐ (P C S)

Take into account that these symptoms tend to improve with age. Carefully check if this symptom was present when the child was younger.

NOTE: RATE BASED ON DATA REPORTED BY INFORMANT OR OBSERVATIONAL DATA.

9. Runs or Climbs Excessively

Do you get into trouble for running down the hall in school?
Does your mom often have to remind you to walk instead of run when you are out together?
Do your parents or your teacher complain about you climbing things you shouldn't?
What kinds of things? How often does this happen?

Adolescents: *Do you feel restless a lot? Feel like you have to move around, or that it is very hard to stay in one place?*

Rate based on data reported by informant (parent/teacher) or observational data.

P C S

( ) ( ) ( ) **0 -** No Information.
( ) ( ) ( ) **1 -** Not Present.
( ) ( ) ( ) **2 -** Subthreshold: Occasionally runs about or climbs excessively. Problem has only minimal effect on functioning. (In adolescents, may be limited to a subjective feeling of restlessness).
( ) ( ) ( ) **3 -** Threshold: Often (4-7 days/ week) runs about or climbs excessively. Problem has significant effect on functioning. (In adolescents, may be limited to a subjective feeling of restlessness).

PAST: ☐ ☐ ☐ (P C S)

2016 **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement**

Attention Deficit Hyperactivity Disorder *page 4 of 27*

10. On the Go/Acts like Driven by Motor

Do people tell you that your motor is always running?
Is it hard for you to slow down?
Can you stay in one place for long, or are you always on the go?
How long can you sit and watch TV or play a game?
Do people tell you to slow down a lot?

P	C	S	
( )	( )	( )	**0** - No Information.
( )	( )	( )	**1** - Not Present.
( )	( )	( )	**2** - Subthreshold: Occasionally, minimal effect on functioning.
( )	( )	( )	**3** - Threshold: Often (4-7 days/week) acts as if "driven by a motor." Significant effect on functioning.

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

11. Difficulty Playing Quietly

Do your parents or teachers often tell you to quiet down when you are playing?
Do you have a hard time playing quietly?

P	C	S	
( )	( )	( )	**0** - No Information.
( )	( )	( )	**1** - Not Present.
( )	( )	( )	**2** - Subthreshold: Occasionally has difficulty playing quietly. Problem has only minimal effect on functioning.
( )	( )	( )	**3** - Threshold: Often (4-7 days/ week) has difficulty playing quietly. Problem has significant effect on functioning.

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

12. Blurts Out Answers

At school, do you sometimes call out the answers before you are called on?
Do you talk out of turn at home?
Answer questions your parents ask your siblings? How often?

P	C	S	
( )	( )	( )	**0** - No Information.
( )	( )	( )	**1** - Not Present.
( )	( )	( )	**2** - Subthreshold: Occasionally talks out of turn. Problem has only minimal effect on functioning.
( )	( )	( )	**3** - Threshold: Often (4-7 days/week) talks out of turn. Problem has significant effect on functioning.

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

13. Difficulty Waiting Turn

Is it hard for you to wait your turn in games?
What about in line in the cafeteria or at the water fountain?

P	C	S	
( )	( )	( )	**0** - No Information.
( )	( )	( )	**1** - Not Present.
( )	( )	( )	**2** - Subthreshold: Occasionally has difficulty waiting his/her turn. Problem has only minimal effect on functioning.
( )	( )	( )	**3** - Threshold: Often (4-7 days/week) has difficulty waiting his/her turn. Problem has significant effect on functioning.

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

2016 ■ **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement** ■

Attention Deficit Hyperactivity Disorder *page 5 of 27*

	P	C	S	
14. Interrupts or Intrudes				
Do you get into trouble for talking out of turn at school?	( )	( )	( )	**0** - No Information.
Do your parents, teachers, or any of the kids you know complain that you cut them off when they are talking?	( )	( )	( )	**1** - Not Present.
Do kids complain that you break in on games? Does this happen a lot?	( )	( )	( )	**2** - Subthreshold: Occasionally interrupts others.
Rate based on data reported by informant (parent/teacher) or observational data.	( )	( )	( )	**3** - Threshold: Often (4-7 days/ week) interrupts others.
				PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

	P	C	S	
15. Talks Excessively				
Do people say you talk too much?	( )	( )	( )	**0** - No Information.
Do you get into trouble at school for talking when you are not supposed to?	( )	( )	( )	**1** - Not Present.
Do people in your family complain that you talk too much?	( )	( )	( )	**2** - Subthreshold: Occasionally talks excessively.
What about humming or always making noises?	( )	( )	( )	**3** - Threshold: Often talks excessively.
Do not rate vocal tics positively.				**PAST:** ☐ P ☐ C ☐ S
Rate based on data reported by informant (including parent/ teacher) or observational data.				

Codes for Remaining Items: 0 = No Information 1 = No 2 = Yes

	Criteria	Parent CE	Parent MSP	Child CE	Child MSP	Summary CE	Summary MSP
16. Duration	6 months or more	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
For how long have you had trouble (list symptoms that were positively endorsed)?		( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )
17. Age of onset	Some symptoms present before age 12.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
How old were you when you started to have these problems?		( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )
Did you have these problems in kindergarten? First Grade? Middle school?							
Specify: _____							
18. Impairment (Must be present in two settings)		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
A. Socially (with peers):		( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )
B. With family:		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
		( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )
C. In school:		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
		( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )

■ Subject ☐☐☐☐☐☐☐ ■

2016 ■ **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement** ■

Attention Deficit Hyperactivity Disorder *page 6 of 27*

Codes for Remaining Items: **0** = No Information **1** = No **2** = Yes

	Summary CE	Summary MSP
19. DSM-5 Criteria: Evidence of ADHD	0 1 2	0 1 2
	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )

A. A persistent pattern of inattention and/ or hyperactivity-impulsivity that interferes with functioning or development, as characterized by (1) and/or (2):

I. Inattention: Six (or more) of the following symptoms have persisted for at least 6 months to a degree that is inconsistent with developmental level and that negatively impacts directly on social and academic/occupational activities.

a. Makes a lot of Careless Mistakes
b. Difficulty Sustaining Attention on Tasks or Play Activities
c. Doesn't Listen
d. Difficulty Following Instructions
e. Difficulty Organizing Tasks
f. Dislikes/Avoids Tasks Requiring Attention
g. Loses Things
h. Easily Distracted
i Forgetful in Daily Activities

II. Hyperactivity / Impulsivity: Six or more of the following nine symptoms have persisted for at least 6 months:

a. Fidgets
b. Difficulty Remaining Seated
c. Runs or Climbs Excessively
d. Difficulty Playing Quietly
e. On the Go/Acts as if Driven by a Motor
f. Talks Excessively
g. Blurts Out Answers
h. Difficulty Waiting Turn
i. Often Interrupts or Intrudes

NOTE: For older adolescents and adults (age 17 and older), only five symptoms are required.

B. Some symptoms that caused impairment present before the age of 12;
C. Several symptoms must be present in two or more situations (e.g. school and home);
D. Clinically significant impairment;
E. Symptoms do not occur exclusively during the course of psychotic disorder and not better accounted for by another mental disorder (e.g., Mood Disorder, Anxiety Disorder, Dissociation, Personality Disorder).

NOTE: Autism Spectrum Disorder is no longer a rule out for the diagnosis of ADHD.

20. Predominantly Inattentive Presentation	0 1 2	0 1 2
	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )

Meets criterion A (I), but not criterion A (II) for past six months.

21. Predominantly Hyperactive-Impulsive Type	0 1 2	0 1 2
	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )

Meets criterion A (II), but not criterion A (I) for past six months.

■ Subject ☐☐☐☐☐☐☐☐ ■

2016 ■ **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement** ■

Attention Deficit Hyperactivity Disorder *page 7 of 27*

Codes for Remaining Items: 0 = No Information 1 = No 2 = Yes

	Summary CE	Summary MSP
22. Combined Type Both criteria A (I) and A (III) are met for past six months.	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
23. Other Specified Attention Deficit Hyperactivity Disorder Prominent symptoms of inattention or hyperactivity-impulsivity that do not meet criteria for Attention Deficit Hyperactivity Disorder .	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )

■ Subject ■

2016 **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement**

Oppositional Defiant Disorder *page 8 of 27*

NOTE: A CHILD CANNOT MEET DSM-5 CRITERIA FOR ODD IF THEY MEET CRITERIA FOR DMDD. IF CHILD MEETS CRITERIA FOR DMDD, THIS SUPPLEMENT DOES NOT NEED TO BE COMPLETED, BUT MAY BE COMPLETED FOR RESEARCH PURPOSES..

When assessing for ODD, keep in mind that the essential feature of this disorder is a recurrent pattern of negativistic, defiant, disobedient, and hostile behavior toward authority figures that persists for at least 6 months and occurs more frequently than is typically observed in individuals of comparable age and developmental level. If ODD symptoms are only evident in the home setting, consider a parent-child relationship diagnosis.

P C S

1. Easily Annoyed

Do you have a short fuse?
Do people bug you and get on your nerves a lot?
What kinds of things bug you or set you off?
Do you get really annoyed when your parents tell you that you can't do something you want to do? Like what?
What other things really get on your nerves?
What do you do when you are feeling annoyed or bugged?
How often would you say this happens?

( ) ( ) ( ) **0** - No Information.
( ) ( ) ( ) **1** - Not Present.
( ) ( ) ( ) **2** - Subthreshold: Easily annoyed or touchy on occasion, but less than once a week.
( ) ( ) ( ) **3** - Threshold: Easily annoyed or touchy. Annoyed more often than a typical child his/ her age; at least one time per week.

PAST: ☐ ☐ ☐ P C S

P C S

2. Angry or Resentful

Do you get angry or cranky with your parents a lot?
How about your teachers? brothers? sisters? friends?
Do other people tell you that you get cranky a lot? Who?
How often does it happen?

Parent: *Is your child often resentful when you ask him/her to follow your rules or requests?*

( ) ( ) ( ) **0** - No Information.
( ) ( ) ( ) **1** - Not Present.
( ) ( ) ( ) **2** - Subthreshold: Occasionally angry or resentful;. less than one time per week
( ) ( ) ( ) **3** - Threshold: Angry or resentful at least once per week. Angry more often than a typical child his/ her age.

PAST: ☐ ☐ ☐ P C S

P C S

3. Spiteful and Vindictive

When someone does something unfair to you, do you try or plan to try to get back at them? Do you go through with the plan? Give me some examples?
What if your brother or a friend did something to get you into trouble or make you mad. Would you do something back to them?
Has this happened before? How often?
Are there times when people do something to you and you let it slide?
Does this happen a lot?

( ) ( ) ( ) **0** - No Information.
( ) ( ) ( ) **1** - Not Present.
( ) ( ) ( ) **2** - Subthreshold: Sometimes lets things slide/ occasionally gets back at people. (1-3 times a week)
( ) ( ) ( ) **3** - Threshold: Spiteful and/or vindictive once a week or more; Spiteful more often than a typical child his/ her age.

PAST: ☐ ☐ ☐ P C S

NOTE: DO NOT RATE ODD SYMPTOMS POSITIVELY IF SYMPTOMS OCCUR EXCLUSIVELY DURING A MOOD EPISODE,OR EXCLUSIVELY WHEN USING ALCOHOL OR ELICIT SUBSTANCES.

Subject ☐☐☐☐☐☐☐

2016 ■ **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement** ■

Oppositional Defiant Disorder *page 9 of 27*

	P	C	S
4. Annoys People on Purpose	( )	( )	( )
Do you or do people say you do things on purpose to annoy or bug them? Your parents? Do you enjoy pushing your mom/dad's buttons? Teachers? Siblings? Peers? How often do you like to do this? What kinds of things do they complain about? Do you think that it's true? Are you a "pain in the neck"?	( )	( )	( )
Do not score teasing of a sibling.	( )	( )	( )

0 - No Information.
1 - Not Present.
2 - Subthreshold: Occasionally has deliberately done things to annoy other people.
3 - Threshold: Often does things to annoy other people. (at least once per week)

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

	P	C	S
5. Blames Others for Own Mistakes	( )	( )	( )
When you get into trouble, is it ever your fault? If you know that you did something wrong and you got caught, do you admit to it? Pretend that someone else did it? Blame someone else? Is it usually your fault or someone else? Do you think most of your troubles are caused by other people or are they your own fault?	( )	( )	( )
	( )	( )	( )

0 - No Information.
1 - Not Present.
2 - Subthreshold: On occasion blames others or denies responsibility for own mistakes.
3 - Threshold: Often blames others or denies responsibility for own mistakes .

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

Codes for Remaining Items: 0 = No Information 1 = No 2 = Yes

Criteria	Parent CE	Parent MSP	Child CE	Child MSP	Summary CE	Summary MSP
6. Duration	6 months or more	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
For how long have you had trouble (list symptoms that were positively endorsed)?						
7. Impairment		0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
A. Socially (with peers):						
B. With family:		0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
C. In school:		0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )

■ Subject ☐☐☐☐☐☐☐ ■

2016 **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement**

Oppositional Defiant Disorder *page 10 of 27*

Codes for Remaining Items: 0 = No Information 1 = No 2 = Yes

	Parent CE	Parent MSP	Child CE	Child MSP	Summary CE	Summary MSP
8. Evidence of Precipitant (Specify):	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
9. Are ODD symptoms present in the following environments:						
A. With parents	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
B. With other adult family members (e.g. grandparents, aunts, uncles, etc.)	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
C. In school	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
D. In community settings (e.g. coaches, police, heathcare provider, etc.)	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
E. With peers	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

10. DSM-5 Criteria:Evidence of Oppositional Defiant Disorder — Summary CE: 0 1 2 | Summary MSP: 0 1 2

A. A pattern of angry/ irritable mood, argumentative/ defiant behavior, or vindictiveness lasting at least 6 months, as evidenced by four (or more) symptoms from any of the following categories, and exhibited with at least one individual who is not a sibling.

Angry/Irritable Mood:

1. Often loses temper.
2. Often touchy or easily annoyed.
3. Often angry and resentful.

Argumentative/Defiant Behavior:

4. Often argues with authority figures or, for children and adolescents, with adults.
5. Often actively defies or refuses to comply with adults' requests from authority figures or with rules.
6. Often deliberately annoys others.
7. Often blames others for his/her mistakes or behavior.

Vindictiveness:

8. Often spiteful or vindictive at least twice within the past 6 months.

B. The disturbance in behavior causes distress in the individual or others, causes clinically significant impairment in social, academic, or occupation functioning.
C. The behaviors do not occur exclusively during a Psychotic, Substance Use, or Mood Disorder. Criteria are not met for Disruptive Mood Dysregulation Disorder.

NOTE: Conduct Disorder is no longer a rule out for the diagnosis of ODD.

NOTE: Consider criterion (A) met only if the behavior occurs more frequently thank is typically observed in individuals of comparable age and developmental level.

Specify (current): _____Mild (one setting) _____Moderate (two settings) _____Severe (three+ settings)

Specify (past): _____Mild (one setting) _____Moderate (two settings) _____Severe (three+ settings)

Subject

2016 ■ **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement** ■

Oppositional Defiant Disorder *page 11 of 27*

Codes for Remaining Items: **0** = No Information **1** = No **2** = Yes

	Summary CE	Summary MSP
11. Evidence of Unsepcified Disruptive Behavior Disorder If criteria is not met for CD or ODD, but symptoms are present. For example, there are multiple symptoms present, in addition to clinical impairment.	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
12. Evidence of Parent-Child Relational Problems Consider this diagnosis if symptoms are present with parent(s) only (and not with friends, teachers, coaches and other relatives) and symptoms are not severe. However, if parents are consistent with limit setting OR if oppositional/ defiant symptoms are very severe, consider giving ODD diagnosis.	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )

■ Subject [| | | | | | |] ■

2016 **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement**

Conduct Disorder *page 12 of 27*

The essential feature of Conduct Disorder is a repetitive and persistent pattern of behavior in which the basic rights of others or major age-appropriate social rules are violated. Three behaviors must have been present during the past 12 months with at least one present in the past 6 months. **Keep in mind differential diagnoses of bipolar disorder, MDE, ADHD, psychosis, substance abuse.**

If symptoms occur only during mood disorders, consider NOT giving both diagnoses. However, in persistent depression/ dysthymia, it may be impossible to disentangle and you might consider giving both diagnoses.

1. Vandalism, Destroyed others' Property

Do you ever break other people's things on purpose? Like breaking windows? Kicking in doors, smashing windows, destroying school property? Have you ever destroyed furniture, walls, floors, doors, etc. at home or school?
How about when you were very angry?
How often do you destroy others' property?

P	C	S	
( )	( )	( )	**0** - No Information.
( )	( )	( )	**1** - Not Present.
( )	( )	( )	**2** - Subthreshold: Minor acts of deliberate destruction of other people's property on rare occasions (e.g., breaks another's toy on purpose) OR one or two occasions of significant destruction of property.
( )	( )	( )	**3** - Threshold: Three or more instances of moderate to severe vandalism/destruction of property.

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

2. Breaking and Entering

In the past six months, have you or any of your friends broken into any cars? Houses? Any stores? Warehouses? Other buildings?
About how many times have you broken into a house, car, store, or other building?
Have you or any of your friends done any of the following:
Broken into houses; cars; other vehicles; abandoned houses or buildings; a store(s); a building(s)?

P	C	S	
( )	( )	( )	**0** - No Information.
( )	( )	( )	**1** - Not Present.
( )	( )	( )	**2** - Subthreshold: Has been with friends who broke into a house, car, store, or building, but did not actively participate.
( )	( )	( )	**3** - Threshold: Has broken into a house, car, store, or building 1 or more times.

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

3. Aggressive Stealing

Have you or any of your friends robbed anyone?
Snatched their purse?
Held them up?
How often?

P	C	S	
( )	( )	( )	**0** - No Information.
( )	( )	( )	**1** - Not Present.
( )	( )	( )	**2** - Subthreshold: Has been with friends who aggressively stole, but did not actively participate.
( )	( )	( )	**3** - Threshold: Mugging, purse-snatching, extortion, armed robbery, etc. on 1 or more occasions.

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

Subject ☐☐☐☐☐☐☐

2016 [redacted] **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement** [redacted]

Conduct Disorder *page 13 of 27*

4. Firesetting

Have you set any fires?
Why did you set the fire?
Were you playing with matches and did you start the fire by accident, or did you start it on purpose?
Were you angry?
Were you trying to cause a lot of damage or to get back at someone?
What's the most damage you ever caused by starting a fire?
About how many fires have you set?

P	C	S	
( )	( )	( )	**0** - No Information.
( )	( )	( )	**1** - Not Present.
( )	( )	( )	**2** - Subthreshold: Match/lighter play. No intent to cause damage, and fire(s) not started out of anger.
( )	( )	( )	**3** - Threshold: Set 1 or more fires with the intent to cause damage, or out of anger.

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

5. Often Stays out at Night

What time are you supposed to come home at night?
Do you often stay out past your curfew?
What is the latest you ever stayed out?
Have you ever stayed out all night?
How many times have you done that?

NOTE: ONLY RATE POSITIVE INCIDENTS OF STAYING OUT IF IT BEGINS BEFORE THE AGE OF 13.

P	C	S	
( )	( )	( )	**0** - No Information.
( )	( )	( )	**1** - Not Present.
( )	( )	( )	**2** - Subthreshold: Stayed out all night, or several hours past curfew, on 1-2 isolated occasions (despite parent's prohibitions).
( )	( )	( )	**3** - Threshold: Stayed out all night, or several hours past curfew, on several occasions (3 or more times).

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

6. Ran Away Overnight

Have you ever run away? Why?
Was there something going on at home that you were trying to get away from?
How long did you stay away?
How many times did you do this?

NOTE: DO NOT SCORE POSITIVELY IF CHILD RAN AWAY TO AVOID PHYSICAL OR SEXUAL ABUSE.

P	C	S	
( )	( )	( )	**0** - No Information.
( )	( )	( )	**1** - Not Present.
( )	( )	( )	**2** - Subthreshold: Ran away overnight only one time, or ran away for shorter periods of time on several occasions.
( )	( )	( )	**3** - Threshold: Ran away overnight 2 or more times or once for at least 2 or more nights (lengthy period of time).

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

[redacted] Subject ☐☐☐☐☐☐☐ [redacted]

	P	C	S
7. Use of a Weapon	( )	( )	( )
Have you ever used an object or item to hit/ hurt someone?	( )	( )	( )
Have you ever carried a weapon?	( )	( )	( )
Have you ever used or threatened to use:			
____kitchen knife or pocket knife	( )	( )	( )
____gun			
____brick, rocks			
____broken bottles			
____bat			
What about in self defense?			

0 - No Information.
1 - Not Present.
2 - Subthreshold: Has threatened use of a weapon, but has never used one.
3 - Threshold: Used a weapon that can cause serious harm on 1 or more occasions (e.g., knife, brick, bat, broken bottle, gun).

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

	P	C	S
8. Physical Cruelty to Persons	( )	( )	( )
Have you ever beaten someone up for no reason?	( )	( )	( )
How bad?			
Was it just because the other person was different than you or because of the way they looked?	( )	( )	( )
Did they get hurt?			
NOTE: DO NOT COUNT TRIVIAL SIBLING RIVALRY.	( )	( )	( )

0 - No Information.
1 - Not Present.
2 - Subthreshold: Has been physical cruelty on one or two occasions. No significant injuries.
3 - Threshold: Has been physically cruel to an individual on 3 or more occasions, or on one occasion intentionally causing significant injury.

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

	P	C	S
9. Forced Sexual Activity	( )	( )	( )
Have you ever forced anyone to kiss you or touch you in your private parts?	( )	( )	( )
Have you every forced another kid to touch you outside your clothes?	( )	( )	( )
Has anyone ever said you forced another kid/person to go farther than they wanted? What did they say?			
	( )	( )	( )

0 - No Information.
1 - Not Present.
2 - Subthreshold: Forced or attempted to force someone to participate in mild sexual activity (e.g., non-genital fondling) on one or more occasions.
3 - Threshold: Forced someone to participate in severe sexual activity (e.g., genital fondling, oral sex, vaginal intercourse and/ or anal intercourse) on one or more occasions.

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

2016 ■ **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement** ■

Conduct Disorder *page 15 of 27*

10. Cruelty to Animals

Some kids like to hurt or torture animals. Have you hurt or tried to hurt an animal on purpose? What did you do?
About how many times have you hurt an animal on purpose in the last six months?

NOTE: DO NOT SCORE TRADITIONAL HUNTING OUTINGS. PAY CAREFUL ATTENTION TO THE COMMUNITY SETTING (RURAL, FARM, ETC.).

P	C	S
( )	( )	( )
( )	( )	( )
( )	( )	( )
( )	( )	( )

0 - No Information.
1 - Not Present.
2 - Subthreshold: Has repeatedly been mildly cruel to an animal (e.g., kick dog).
3 - Threshold: Has killed or tortured an animal on one or more occasions, or repeatdly caused moderate to severe injuries to an animal.

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

Codes for Remaining Items: **0** = No Information **1** = No **2** = Yes

Criteria		Parent CE	Parent MSP	Child CE	Child MSP	Summary CE	Summary MSP
11. Impairment							
A. Socially (with peers):		0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
B. With family:		0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
C. In school:		0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
12. Duration *For how long did you (list positively endorsed conduct symptoms)?* **NOTE: PER THE DSM-5, "the Conduct Disorder diagnosis should be applied only when the behavior in question is symptomatic of an underlying dysfunction within the individual and not simply a reaction to the immediate social context."**	6 months or more	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
13. Childhood Onset Type *How old were you when you first started to (list positively endorsed items)?*	Onset of at least one conduct problem prior to age 10	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
14. Adolescent Onset Type *You didn't do any of these things before you were 10?*	No conduct problems prior to age 10	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )

■ Subject ☐☐☐☐☐☐☐ ■

2016 **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement**

Conduct Disorder *page 16 of 27*

Codes for Remaining Items: **0** = No Information **1** = No **2** = Yes

	Summary CE	Summary MSP
15. Evidence of Conduct Disorder	0 1 2	0 1 2
DSM-5 Criteria	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )

A. A repetitive persistent pattern of behavior in which the basic rights of others or major age-appropriate societal norms or rules are violated, as manifested by the presence of three (or more) of the following criteria in the past 12 months with at least one criterion present in the past 6 months:

Aggression to People and Animals
1. Often bullies, threatens or intimidates others
2. Often initiates physical fights
3. Has used a weapon that can cause serious physical harm to others (e.g., a bat, brick, broken bottle, knife, gun)
4. Has been physically cruel to people
5. Has been physically cruel to animals
6. Has stolen while confronting a victim (e.g., mugging, purse snatching, extortion, armed robbery)
7. Has forced someone into sexual activity

Destruction of Property
8. Has deliberately engaged in fire setting with the intention of causing serious damage
9. Has deliberately destroyed others' property (other than by firesetting)

Deceitfulness or Theft
10. Has broken into someone else's house, building or car
11. Often lies to obtain goods or favors or to avoid obligations (i.e., "cons" others)
12. Has stolen items of nontrivial value without confronting a victim (e.g., shoplifting but without breaking and entering, forgery)

Serious Violation of Rules
13. Often stays out at night despite parental prohibitions, beginning before age 13 years
14. Has run away overnight at least twice while living in parental or parental surrogate home (or once without returning for a lengthy period)
15. Is often truant from school, beginning before age 13 years

B. The disturbance in behavior causes clinically significant impairment in social, academic, or occupational functioning.

C. If the individual is age 18 years or older, criteria are not met for Antisocial Personality Disorder.

Specify (Current): With Limited Prosocial Emotion _____ **Specify (Past):** With Limited Prosocial Emotion _____

Criteria: Displays at least two of the following characteristics persistently over at least 12 months and in multiple relationships and settings: 1) Lack of remorse or guilt; 2) Callous, lack of empathy; 3) Unconcerned about performance at school, work, or in other important activities; 4) Shallow or deficient affect.

Specify Severity (Current): Mild _____ Moderate _____ Severe _____
Specify Severity (Past): Mild _____ Moderate _____ Severe _____

Criteria: Mild: Few problems in excess of those required for the diagnosis; problems cause relatively minor problems to others (e.g. lying, truancy); Moderate: Intermediate severity (e.g., stealing without confronting a victim, vandalism); Severe: Many problems in excess of those required for the diagnosis, or problems cause considerable harm to others (e.g, forced sex, physical cruelty, use of weapon, stealing while confronting victim, breaking and entering).

Subject

Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement

2016 ■ **Conduct Disorder** *page 17 of 27* ■

Codes for Remaining Items: **0** = No Information **1** = No **2** = Yes

	Summary CE	Summary MSP
16. Group Type Predominance of conduct problems occur as group activity with peers.	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
17. Solitary Aggressive Type Most conduct disorder activities initiated by the person (not as group activity).	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
18. Undifferentiated Type Conduct symptoms cannot be classified as either group or solitary aggressive type.	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
19. Callous and Unemotional At least 2 of the following: ____ Lack of Remorse or Guilt ____ Lack of Empathy ____ Unconcerned about Performance ____ Shallow or Deficient Affect	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
20. Severity (Code):	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )

0. Mild; Few if any conduct problems in excess of those required to make the diagnosis and conduct problems only cause minor harm to others (e.g., lying, truancy, staying out late).
1. Moderate; Number of conduct problems and effect on others intermediate between mild and severe (e.g., stealing without confronting victim, vandalism).
2. Severe; Many conduct problems in excess of those required to make diagnosis or conduct problems cause considerable harm to others (e.g., forced sex, use of a weapon, stealing while confronting victim, breaking and entering).

■ Subject | | | | | | | | ■

2016 ■ **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement** ■

Simple and Complex Motor Disorders *page 18 of 27*

Criteria for Items: 0 = No Information 1 = No 2 = Yes

NOTE: FOR SYMPTOMS TO BE RATED POSITIVELY THEY MUST OCCUR MANY TIMES A DAY, OR HAVE OCCURRED INTERMITTENTLY FOR ONE YEAR OR LONGER AND NOT BE BETTER ACOUNTED FOR BY ANOTHER NEUROLOGICAL DISORDER

SIMPLE MOTOR (Rate based on report and observation)	Parent CE	Parent MSP	Child CE	Child MSP	Summary CE	Summary MSP
1. Eye Blinking *Do your eyes blink a lot like this for no reason?* (demonstrate)	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
2. Other Facial Tics *Do other parts of your face sometimes move unexpectedly like this?* (demonstrate facial grimaces, nose scrunching, and opening mouth as if to yawn)	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
3. Head Jerks *Do you sometimes nod your head, shake your head, or turn your head to the side for no special reason?* (demonstrate)	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
4. Shoulder Jerks *What about your shoulders, do your shoulders sometimes move unexpectedly like this (shrug shoulder or roll shoulder)?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
5. Arm Movements *Do you sometimes flap your arms or throw your arms out as if to hit something that isn't there?* (demonstrate)	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
6. Stomach Twitches *Does your stomach sometimes move for no special reason?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
7. Leg Movements *Do you ever stomp your feet or kick your legs out and you're not sure why you do it?* *Do you sometimes bang your legs up under your desk when you weren't planning on moving them?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )

■ Subject ■ ■

2016 **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement**

Simple and Complex Motor Disorders *page 19 of 27*

Code for Remaining Items: 0 = No Information 1 = No 2 = Yes

	Parent CE	Parent MSP	Child CE	Child MSP	Summary CE	Summary MSP
8. Other *Are there any other types of movements that you notice that I haven't asked you about?* Specify:	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
9. Summation of all above Simple motor tics occur many times a day or have occurred intermittently for 1 year or longer.	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
COMPLEX MOTOR						
1. Touching/Tapping Things *Do you ever touch your own body, your nose, your ear, or feel like you have to touch other people, or other things... like having to touch the phone every time you walk by it, touch walls, or all the furniture in your room?* *Do you often tap your pencil or your fingers against your desk?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
2. Hopping/Spinning *When you are walking down the hall at school, do you sometimes find that you have to hop or spin rather than keep walking straight?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
3. Echokinesis *Do you ever find that you have to imitate other people's actions like pushing your hair back or rubbing your nose? Anything else?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
4. Hurts Self *Do you ever feel like you have to hit yourself in the face, pull your hair or bite your hand?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
5. Other *Are there any other types of movements that you notice that haven't asked you about?* Specify.	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
6. Summation of all above Complex motor tics occur many times a day, or have occurred intermittently for 1 year or longer.	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )

Subject [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

2016 ■ **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement** ■

Simple and Complex Vocal Disorders *page 20 of 27*

Code for Remaining Items: 0 = No Information 1 = No 2 = Yes

SIMPLE VOCAL PHONIC	Parent CE	Parent MSP	Child CE	Child MSP	Summary CE	Summary MSP
1. Sniffing/ Coughing/ Throat Clearing *Do you ever sniff, cough, or clear your throat when you don't have a cold? Does this happen over and over again?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
2. Snorting/ Grunting *Do you ever make noises through your nose or in your throat like this?* (demonstrate)	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
3. Other *Are there any other types of sounds that you make that I haven't asked you about? What about tongue clicking, lip smacking, or making popping sounds?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
4. Summation of all above Simple vocal tics occur many times a day or intermittently for a year or longer.	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
COMPLEX VOCAL PHONIC						
1. Repeat Own Words/ Sentences *Do you ever notice that you have to repeat yourself, not because someone didn't hear you, but because it didn't sound right, or maybe for no special reason at all?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
2. Repeat Others Speech *Do you find yourself sometimes repeating things other people have said for no special reason at all?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
3. Coprolalia (Obscene Words) *Do bad words ever pop out of your mouth in the middle of a sentence for no reason, or do you find yourself saying bad things under your breath and find you can't stop yourself?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
4. Insults/Racial Slurs *Do you sometimes find yourself saying bad things to people about how they look or something else about them when you didn't really mean it?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )

■ Subject ☐☐☐☐☐☐☐☐ ■ ■

2016 **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement**

Simple and Complex Vocal Disorders *page 21 of 27*

Code for Remaining Items: **0** = No Information **1** = No **2** = Yes

	Parent CE	Parent MSP	Child CE	Child MSP	Summary CE	Summary MSP
5. Other *Are there any other things you sometimes find yourself saying?* *Are you afraid you might have one of these attacks?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
6. Summation of all above Vocal tics occur many times a day or intermittently for a year or longer.	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
7. Impairment A. Socially (with peers):	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
B. With family:	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
C. In school:	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
8. Criteria for Tourette's Disorder					0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )

DSM-5 Criteria

A. Both multiple motor and one or more vocal tics have been present at some time during the illness, although not necessarily concurrently. (A tic is a sudden, rapid, recurrent, nonrhythmic, stereotyped motor movement or vocalization).
B. The tics may wax and wane in frequency, but have persisted persisted for more than 1 year since first tic onset.
C. Onset before age 18 years.
D. The disturbance is not exclusively due to the effects of a substance (e.g., stimulants) or a general medical condition (e.g., Huntington's Disease or post-viral encephalitis).

Subject

2016 **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement**

Tic Disorders *page 22 of 27*

Code for Remaining Items: **0** = No Information **1** = No **2** = Yes

	Summary CE	Summary MSP
	0 1 2	0 1 2

9. Evidence of Persistent (Chronic) Motor or Vocal Tic Disorders () () () () () ()

DSM-5 Criteria

A. Single or multiple motor or vocal tics have been present during the illness, but not both motor and vocal.
B. The tics may wax and wane in frequency, but have persisted for more than 1 year since first tic onset.
C. The onset is before age 18 years.
D. The disturbance is not exclusively due to the direct physiological effects of a substance (e.g., stimulants) or a general medical condition (e.g., Huntington's disease or post-viral encephalitis).
E. Criteria have never been met for Tourette's Disorder.

Specify (Current): With motor tics only: _____ With vocal tics only: _____

Specify (Past): With motor tics only: _____ With vocal tics only: _____

10. Evidence of Provisional Tic Disorder () () () () () ()

DSM-5 Criteria

A. Single or multiple motor and/ or vocal tics.
B. The tics have been present for less than 1 year since first onset.
C. Onset before age 18 years.
D. The disturbance is not exclusively due to the direct physiological effects of a substance (e.g. stimulants) or a general medical condition (e.g., Huntington's disease or post-viral encephalitis).
E. Criteria have been met for Tourette's Disorder or Chronic Motor or Vocal Tic Disorder.

Specify (Current): With motor tics only: _____ With vocal tics only: _____

Specify (Past): With motor tics only: _____ With vocal tics only: _____

11. Tic Disorder Not Otherwise Specified () () () () () ()

DSM-5 Criteria

This category is for disorders characterized by tics that do not meet criteria for a Specific Tic Disorder. Examples include tics lasting less than 4 weeks or tics with an onset after age 18 years.

Subject

2016 **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement**

Autism Spectrum

Note: Assess symptoms with an onset in early childhood.

1. Deficits in Social-Emotional Reciprocity

Parent: *As a young child, did your child show you toys and other things that interested him/ her or did he/ she play on his/ her own with little or no referencing to you?*

If something good happens to your child now, like a good grade at school or having some other success, will your child spontaneously share it with you? Will he/ she share the good news with friends?

Child: *If something good happens to you, like you get a good grade at school or have some other success, do you keep it to yourself, or do you tell mom, dad or someone else?*

NOTE: DO NOT RATE POSITIVE IF IT IS ACCOUNTED FOR BY OTHER CONDITIONS SUCH AS ANXIETY, PSYCHOSIS, DEPRESSION, BEHAVIOR DISORDERS OR NORMAL TEENAGE BEHAVIORS.

P	C	S	
( )	( )	( )	**0** - No information.
( )	( )	( )	**1** - Not present.
( )	( )	( )	**2** - Subthreshold: Sometimes seeks to share, but not frequently or spontaneously.
( )	( )	( )	**3** - Threshold: Does not spontaneously seek to share enjoyment, interests or achievements with other people, or only shares when related to preoccupation.

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

2. Deficits in Developing and Maintaining Relationships Appropriate to Developmental Level

This may take different forms at different ages. Very young children may have little or no interest in establishing friendships. Older children may have an interest in friendship but lack understanding of the conventions of social interaction.

Parent: *Does your child have any good friends his/ her age?*
Does your child get together with other children after school and on weekends?
Does your child do better with younger kids or with adults than with kids his/ her own age?
Does he/ she prefer to be by him or herself?
Does your child wish to be social but fails to make relationships with peers?
Does your child want to make friends, but says he/ she does not know why other children do not want to be his/ her friend?
Is your child able to understand how other kids react in social situations? Or does he/ she misinterpret or not "tune in" to peers' reactions in social situations?
Is he/ she taken advantage of?
Can your child only be with other kids on his/ her terms?

Child: *Do you like to be with other kids your age or would you rather be by yourself most of the time?*
Do you have a best friend?
Do you get together after school or on the weekends?

NOTE: BE CAREFUL TO WEIGH CHILD'S REPORT WITH COLLATERAL INFORMATION. DO NOT RATE THIS AS POSITIVE IF IT IS EXCLUSIVELY DUE TO OTHER CONDITIONS SUCH AS ADHD, SOCIAL ANXIETY, SCHIZOPHRENIA, OR SCHIZOID PERSONALITY.

P	C	S	
( )	( )	( )	**0** - No information.
( )	( )	( )	**1** - Not present.
( )	( )	( )	**2** - Subthreshold: Some personal relationships, mostly in group situations or primarily in restricted interest areas.
( )	( )	( )	**3** - Threshold: Failure to develop peer relationships appropriate to developmental level. Unable to interpret peer reactions in social situations.

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

Subject ☐☐☐☐☐☐☐

2016 ■ **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement** ■

Autism Spectrum

3. Hyper-or-Hypo-Reactivity to Sensory Input or Unusual Interest in Sensory Aspects of Environment

Parent: *Is you child especially sensitive to sensory inputs? Is he/ she sensitive to tags in clothes or the feel of different fabrics? Is your child very reactive to a change in lighting or sounds in the home? Alternatively, does you child seem oblivious to aspects of the environment around him/ her? Does your child sometimes seem oblivious to pain or extreme changes in temperature? Are there any things your child likes to touch or smell?*

Child: *Do you hate wearing certain clothing because the tags or fabric really bother you?*

P	C	S	
( )	( )	( )	**0** - No information.
( )	( )	( )	**1** - Not present.
( )	( )	( )	**2** - Subthreshold: Mild hyper- or hypo-reactivity to sensory inputs
( )	( )	( )	**3** - Threshold: Notable and impairing hyper- or hypo-reactivity to sensory inputs

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

4. Motor Deficits in Performance of Skilled Movement not Limited to Social Communication

Parent: *Is your child coordinated? Does he/ she have trouble playing with a ball or doing other sport-like activities? How is his/ her manual dexterity? Does he/ she have trouble holding a pen or pencil? Using scissors? How is his/ her balance?*

P	C	S	
( )	( )	( )	**0** - No information.
( )	( )	( )	**1** - Not present.
( )	( )	( )	**2** - Subthreshold: Mild motor deficits.
( )	( )	( )	**3** - Threshold: Moderate to severe motor deficits.

PAST: ☐ P ☐ C ☐ S

NOTE: FOR ALL THE ABOVE QUESTIONS, NOTE WHETHER THEY STARTED WHEN THE CHILD WAS YOUNG (e.g., BEFORE PRESCHOOL), OR CURRENTLY. FOR AUTISM SPECTRUM DISORDERS, ALL THESE BEHAVIORS SHOULD HAVE STARTED WHEN THE CHILD WAS YOUNG. TAKE INTO ACCOUNT WHETHER THE CHILD HAS OCD, SEVERE SOCIAL PHOBIA, MENTAL RETARDATION, A SEVERE HISTORY OF ABUSE OR NEGLECT, OR IF THERE ARE CULTURAL ISSUES THAT CAN BETTER ACCOUNT FOR THE SYMPTOMS.

■ Subject ☐☐☐☐☐☐☐ ■

2016 ■ **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement** ■

Autism Spectrum *page 25 of 27*

Codes for Remaining Items: 0 = No Information 1 = No 2 = Yes

	Parent CE	Parent MSP	Child CE	Child MSP	Summary CE	Summary MSP
5. Communication and Social Deficits Common Among Patients with Autism Spectrum Disorders						
A. One Sided Verbosity	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
Does your child often go on and on talking about one thing, almost like he/ she is giving a speech rather than having a conversation? Have people ever said he seems like a "little professor"?						
B. Speech Pragmatic Deficits	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
Does your child have trouble understanding the more subtle aspects of language, like how to take turns when having a conversation, or knowing what someone means when they use sarcasm or make analogies (e.g., "She's as heavy as a house"?						
C. Abnormalities in Voice Modulation/ Prosody	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
Is there anything unusual about your child's intonation? Is his/ her voice monotone? Overly sing-songy? Does he/ she have poor volume control or unusual patterns of emphasis in speech?						
D. Incessant and Insensitive Pursuit of Others	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
Does your child relentlessly pursue contact with others, even when they don't seem interested in talking or being with him/her? Does he/ she have a hard time reading others' social cues?						
NOTE: RATE BASED ON REPORT AND OBSERVATION.						
6. Features of Patients with High Functioning Autism						
A. Social Isolation	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
From the time your child was young, did your child prefer to be alone? What about now, does he/ she seem uninterested in friends and other social contacts?						
B. Echolalic Speech	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()	0 1 2 () () ()
Does your child repeat phrases he/ she has heard other's say, or nonsensical phrases over and over?						
NOTE: RATE BASED ON REPORT AND OBSERVATION.						

■ Subject ☐☐☐☐☐☐☐ ■

2016 ■ **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement** ■

Autism Spectrum *page 26 of 27*

Codes for Remaining Items: 0 = No Information 1 = No 2 = Yes

	Parent CE	Parent MSP	Child CE	Child MSP	Summary CE	Summary MSP
7. Developmental History A. Symptoms present in early childhood.	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
B. Speech Pragmatic Deficits *Does your child have trouble understanding the more subtle aspects of language, like how to take turns when having a conversation, or knowing what someone means when they use sarcasm or make analogies (e.g.,"She's as heavy as a house"?*	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
8. Impairment A. Socially (with peers):	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
B. With family:	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )
C. In school:	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )	0 1 2 ( ) ( ) ( )

■ Subject ■

2016 ■ **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement** ■

Autism Spectrum Disorder *page 27 of 27*

Codes for Remaining Items: 0 = No Information 1 = No 2 = Yes

9. Evidence of Autism Spectrum Disorders

	Summary CE			Summary MSP		
DSM-5 Criteria	0	1	2	0	1	2
	( )	( )	( )	( )	( )	( )

A. Persistent deficits in social communication and social interaction across multiple contexts, as manifest by the following, currently or by history:

1. Deficits in social-emotional reciprocity, ranging for example, from abnormal social approach or failure of back and forth conversation, to reduced sharing of interests, emotions, affect; to failure to initiate or respond to social interactions.
2. Deficits in nonverbal communicative behaviors used for social interaction, ranging from poorly integrated verbal and nonverbal communication, to abnormalities in eye contact and body-language, or deficits in understanding and use of gestures; to a total lack of facial expression and non-verbal communication.
3. Deficits in developing, maintaining, and understanding relationships, ranging from difficulties adjusting behavior to suit different social contexts,to difficulties in sharing imaginative play and in making friends; to absence of interest in peers.

B. Restricted, repetitive patterns of behavior, interests, or activities as manifested by at least two of the following:

1. Stereotyped or repetitive speech, motor movements, or use of objects; (such as simple motor stereotypies, echolalia, repetitive use of objects, lining up of toys or flipping objects, or idiosyncratic phrases).
2. Insistence on sameness, inflexible adherence to routines, or ritualized patterns of verbal or nonverbal behavior (e.g. extreme distress at small changes, difficulties with transitions, need to take the same route or eat the same food every day).
3. Highly restricted, fixated interests that are abnormal in intensity or focus; (such as strong attachment to or preoccupation with unusual objects, excessively circumscribed or perseverative interests).
4. Hyper- or hypo-reactivity to sensory input or unusual interest in sensory aspects of environment; (such as apparent indifference to pain/heat/cold, adverse response to specific sounds or textures, excessive smelling or touching of objects, visual fascination with lights or movement.

C. Symptoms must be present in early childhood (but may not become fully manifest until social demands exceed limited capacities, or may become masked by learned behavior or other mitigating measures).

D. Symptoms cause clinically significant impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.

E. These disturbances are not better explained by intellectual disability or global developmental delay. Intellectual disability and autism spectrum disorder frequently co-occur; to make comorbid diagnoses of autism spectrum disorder and intellectual disability, social communication should be below that expected for general developmental level.

Specify:

_____ With accompanying intellectual impairment _____ Without accompanying intellectual impairment
_____ With accompanying language impairment _____ Without accompanying language impairment
_____ Associated with a known medical or geneic condition or environental factor
_____ Associated with another neurodevelopmental, mental, or behavioral disorder

Specify Severity:

_____ Level One - Requiring Support (e.g. decreased social interactions, to-and-fro conversations with others fail).
_____ Level Two - Requiring Substantial Support (e.g., speaks simple sentences, limited, narrow, special interests, odd non-veral communication).
_____ Level Three - Requiring Very Substantial Support (e.g., child with few intelligible words, rarely initiates interaction, makes unusual approaches).

■ Subject ☐☐☐☐☐☐☐ ■

2016 **Neurodevelopmental, Disruptive, and Conduct Disorders Supplement**

Autism Spectrum Disorder *page 27 of 27*

Codes for Remaining Items: 0 = No Information 1 = No 2 = Yes

9. Evidence of Autism Spectrum Disorders

	Summary CE			Summary MSP		
DSM-5 Criteria	0	1	2	0	1	2
	( )	( )	( )	( )	( )	( )

A. Persistent deficits in social communication and social interaction across multiple contexts, as manifest by the following, currently or by history:

1. Deficits in social-emotional reciprocity, ranging for example, from abnormal social approach or failure of back and forth conversation, to reduced sharing of interests, emotions, affect; to failure to initiate or respond to social interactions.
2. Deficits in nonverbal communicative behaviors used for social interaction, ranging from poorly integrated verbal and nonverbal communication, to abnormalities in eye contact and body-language, or deficits in understanding and use of gestures; to a total lack of facial expression and non-verbal communication.
3. Deficits in developing, maintaining, and understanding relationships, ranging from difficulties adjusting behavior to suit different social contexts,to difficulties in sharing imaginative play and in making friends; to absence of interest in peers.

B. Restricted, repetitive patterns of behavior, interests, or activities as manifested by at least two of the following:

1. Stereotyped or repetitive speech, motor movements, or use of objects; (such as simple motor stereotypies, echolalia, repetitive use of objects, lining up of toys or flipping objects, or idiosyncratic phrases).
2. Insistence on sameness, inflexible adherence to routines, or ritualized patterns of verbal or nonverbal behavior (e.g. extreme distress at small changes, difficulties with transitions, need to take the same route or eat the same food every day).
3. Highly restricted, fixated interests that are abnormal in intensity or focus; (such as strong attachment to or preoccupation with unusual objects, excessively circumscribed or perseverative interests).
4. Hyper- or hypo-reactivity to sensory input or unusual interest in sensory aspects of environment; (such as apparent indifference to pain/heat/cold, adverse response to specific sounds or textures, excessive smelling or touching of objects, visual fascination with lights or movement.

C. Symptoms must be present in early childhood (but may not become fully manifest until social demands exceed limited capacities, or may become masked by learned behavior or other mitigating measures).

D. Symptoms cause clinically significant impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.

E. These disturbances are not better explained by intellectual disability or global developmental delay. Intellectual disability and autism spectrum disorder frequently co-occur; to make comorbid diagnoses of autism spectrum disorder and intellectual disability, social communication should be below that expected for general developmental level.

Specify:

_____ With accompanying intellectual impairment _____ Without accompanying intellectual impairment
_____ With accompanying language impairment _____ Without accompanying language impairment
_____ Associated with a known medical or genetic condition or environental factor
_____ Associated with another neurodevelopmental, mental, or behavioral disorder

Specify Severity:

_____ Level One - Requiring Support (e.g. decreased social interactions, to-and-fro conversations with others fail).
_____ Level Two - Requiring Substantial Support (e.g., speaks simple sentences, limited, narrow, special interests, odd non-veral communication).
_____ Level Three - Requiring Very Substantial Support (e.g., child with few intelligible words, rarely initiates interaction, makes unusual approaches).

Subject

الملحق رقم (3) يمثل ترخيص ترجمة وتكييف دليل المقابلة:

translation authorization request Boîte de réception

Rachda O... 18/04/2021

à Joan.Kaufman

Ms
Considering the importance of your work K SADS Pl 5, I have the honor to ask you allow me to transtat it from English to Arabic
Knowing that I am
-clinical psychologist with my own consulting and psychological therapy practice
-I hold :
_bachelor's degree (bac+4) in clinical psychology
_a master's degree (bac+6) in psychotherapy
_a doctorate in school psychology
I work with a team made up of : psychiatrist, clinical psychologists, psychopedagogues, translators and teachers mastering SPSS and validation methods.
Counting on your help, as much as your collaboration, please believe, teacher in my sincere greetings

De : **Kaufman, Joan**
<Joan.Kaufman@kennedykrieger.org>
Date: dim. 18 avr. 2021, 20:33

Subject: Re: translation authorization request
To: Rachda Oumlili
<rachda.oumlili@gmail.com>

Masquer les messages précédents

Dr. oumlili racheda né Saad Hellah -
Thank you for your interest in the KSADS-PL. We have created a web-based version of the KSADS that has many advantages over the paper-and-pencil version of the instrument. I have attached a copy of our manuscript describing the development and characteristics of the web-based KSADS-COMP. You can also try a demo at www.ksads-comp.com

Programming the KSADS-COMP in foreign languages has costs -- but if you think you might have the resources, I much prefer the new web-based version of the instrument.

All the best, Joan

Joan Kaufman, Ph.D
Director of Research
Center for Child and Family Traumatic Stress
Kennedy Krieger Institute
Professor of Psychiatry
Johns Hopkins School of Medicine
1741 Ashland Avenue, Room 434
Baltimore, MD 21205
Telephone: 443-923-5953
Fax: 443-923-5925
E-Mail: joan.kaufman@kennedykrieger.org
https://www.amazon.com/Broken-Three-Times-Story-America/dp/0199399158
www.ksads-comp.com

From: Rachda Oumlili <rachda.oumlili@gmail.com>
Sent: Sunday, April 18, 2021 7:48:27 AM
To: Kaufman, Joan
Subject: translation authorization request

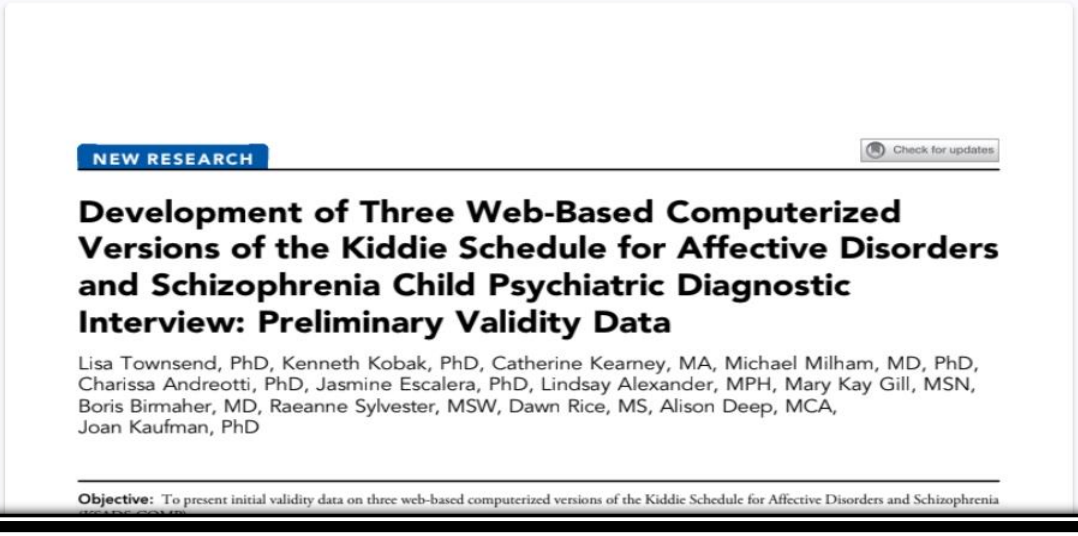
KKI SECURITY ALERT: This email is from an external source. Do not click on any links or open attachments unless you recognize the sender and know the content is safe.

Ms
Considering the importance of your work K SADS PI 5, I have the honor to ask you allow me to transtat it from English to Arabic
Knowing that I am
-clinical psychologist with my own consulting and psychological therapy practice
-I hold :
_bachelor's degree (bac+4) in clinical psychology
_a master's degree (bac+6) in psychotherapy
_a doctorate in school psychology
I work with a team made up of : psychiatrist, clinical psychologists, psychopedagogues, translators and teachers mastering SPSS and validation methods.
Counting on your help, as much as your collaboration, please believe, teacher in my

sincere greetings.
Dr oumlili racheda né Saad Hellah

Disclaimer:

The materials in this e-mail are private and may contain Protected Information. Please note that e-mail communication is not encrypted by default. You have the right to request further emails be encrypted by notifying the sender. Your continued use of e-mail constitutes your acknowledgment of these confidentiality and security limitations. If you are not the intended recipient, be advised that any unauthorized use, disclosure, copying, distribution, or the taking of any action in reliance on the contents of this information is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error, please immediately notify the sender via telephone or return e-mail.



NEW RESEARCH

Check for updates

Development of Three Web-Based Computerized Versions of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Child Psychiatric Diagnostic Interview: Preliminary Validity Data

Lisa Townsend, PhD, Kenneth Kobak, PhD, Catherine Kearney, MA, Michael Milham, MD, PhD, Charissa Andreotti, PhD, Jasmine Escalera, PhD, Lindsay Alexander, MPH, Mary Kay Gill, MSN, Boris Birmaher, MD, Raeanne Sylvester, MSW, Dawn Rice, MS, Alison Deep, MCA, Joan Kaufman, PhD

Objective: To present initial validity data on three web-based computerized versions of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة ذات المنحى السيكومتري إلى قياس الخصائص السيكومترية لدليل K–SADS–PL5 في وحداته المتعلقة بالتوحد، واللزمات، وفرط النشاط وتشتت الانتباه، واضطراب المعارضة والتحدي، واضطراب السلوك. لتحقيق الهدف تم اختيار خمسة عينات فرعية من الأفراد اشتملت على (التوحد، ن= 50)، (اللزمات، ن= 50)، (فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه، ن= 168)، (اضطراب المعارضة والتحدي، ن= 221)، (اضطراب السلوك، ن= 243)، تتراوح أعمارهم بين 6–17 سنة اختيرا من الابتدائيات والمتوسطات والثانويات ووحدات الكشف والمتابعة التابعة لولاية سطيف. تم استخدام مجموعة أساليب النمذجة بالمعادلات البنائية للتحقق من الصدق البنائي والثبات. توصلت الدراسة إلى تمتع دليل **K- SADS PL 5** لتشخيص اضطرابات التوحد، واللزمات، وفرط النشاط وتشتت الانتباه، واضطراب المعارضة والتحدي، واضطراب السلوك في الوسط المدرسي الجزائري بخصائص سيكومترية مقبولة.

الكلمات المفتاحية: التكييف؛ K-SADS PL 5؛ الاضطرابات النمائية العصبية؛ اضطرابات السلوك.

Abstract:

This psychometric-oriented study aimed to measure the psychometric properties of the K-SADS-PL5 manual in its units related to autism, tics, hyperactivity and attention deficit disorder, oppositional and defiant disorder, and conduct disorder. To achieve this goal, five sub-samples of individuals were selected, which included (autism, n= 50), (crises, n= 50), (hyperactivity and attention deficit disorder, n= 168), (oppositional and defiant disorder, n= 221), (conduct disorder, n = 243). The sample aged between 6-17 years, selected from primary, middle, and secondary schools and tutoring and examination units of the state of Setif. A set of structural equation modeling methods was used to examine the construct validity and reliability. The study concluded that the K-SADS PL 5 manual for diagnosing autism, tics, hyperactivity and attention deficit disorder, oppositional and defiant disorder, and conduct disorder in the Algerian school setting has acceptable psychometric properties.

Keywords : Adaptation; K-SADS PL 5; Neurodevelopmental disorders; conduct disorders.