وزارة التعليـــــم العالـــي والبحـــث العلمـــي

كليـــــة العلـــــوم الاجتماعيـــة **شـعبـة الأرطـــــوفـــــونـــيا**

قسم علم النفس والارطوفـونيـــا **تخصص امراض اللغة والتواصل**

مذكرة معدة استكمالا لمتطلبات نيل شهادة الماستر تحت عنوان:

تقييم التواصل الاجتماعي المبكر لدى الطفل الجزائري

دراسة وصفية مقارنة بين الطفل ذو النمو السوي والطفل المضطرب تواصل-اجتماعيا في سن 4 إلى 30 شهر

من إعداد الطالبة:

بوطويل خديجة

الأستاذ المؤطر:

أ. د. حدبي محمد

السنـــــة الجامعـــــية:

2020-2019

إهـــــــداء

أهدي ثمرة جهدي، وعصارة كدي، ولباب نصبي إلى:

أعز اثنين، أبي –رحمه الله- وأمي أدام الله عليها ستر العفو والعافية

"لـــــؤي".... مدرستي التي لن أزال أتعلم منها

صغيراي... اللذان وُلدا كبارا ... عبد المحسن، جهينة رقية

كل أفراد أسرتي

كل الصغـــــــــار...

الذين رغم غياب كلماتهم، لم تغب محبتنا لهم وعنهم.

شكـــــر وتقـــــدير

أتقدم بأسمى عبارات الشكر والتقدير إلى سيدي و أستاذي **أ. د. حدبي محمد** الذي شملني بعلمه أستاذا، و بتوجيهاته مؤطرا، فوضح لي ما عمي عني، ونبهني على ما أغلقه قصور فهمي.

كما أشكر كل الأولياء الذين شاركوني لحظات أطفالهم، وجميع الصغار الذين تركوا بصمتهم في هذه الدراسة، دون أن أنسى الممارسين الذين فتحوا لي أبواب مراكزهم وعياداتهم، وساهموا بشكل كبير في جمع العينة، فبالرغم من بعد الشقة ونأي الدار إلا أنهم لم يبخلوا بالجهد والوقت لتحقيق ما أنيط بهم من عمل، وهم -موزعين على الولايات التي شملتها الدراسة- :

- من وهران: د.**وجداوي ليليا** (طبيبة أطفال).
- من العاصمة: د.**سعداوي ليلى**(طبيبة أعصاب)، المختصون : **مدني كوثر**(أخصائية نفسانية عيادية)، **صراي يسرى**(أخصائية نفس-عصبية)، **محمدي فاطمة** (مديرة روضة).
- من سطيف: **سيد أحمد باية** (مربية خاصة)، **آيت حسن صورية** (مديرة روضة).
- من تقرت: د.**مصطفاوي عائشة** (طبيبة أطفال)، **بن عياش فاطمة** (مديرة روضة)

كما لا أنسى مساهمات :

- فريق البحثPersonalized Interactive Urban Maps for Autism (**PIUMA**) ، ممثيلين في **Stefania Brighenti** (متخصصة في علم النفس العصبي للتوحد-إيطاليا).الذين أسهموا بشكل كبير في بناء التوجه البحثي من خلال ملاحظاتهم الدورية وتتبعهم لسير الدراسة.
- **Selene Schintu** عضو وحدة علم الأعصاب السلوكي من جامعة جورج واشنطن، التي ساعدتني فى تحصيل النسخ الأصلية والمحدّثة (الاصدارات الأمريكية) من الاختبارات المستعملة.
- **أسماء الميرغني** مديرة شركة للتدريب والاستشارات الإحصائية (جمهورية مصر العربية)، التي كان لها الفضل في المرافقة التقنية الاحصائية خاصة فيما يتعلق باستعمال برنامج الـ SPSS.

قائمة المختصرات

المصطلح باللغة العربية	الاختصار	المصطلح المقابل باللغة الانجليزية
سلالم التواصل الاجتماعي المبكر	ESCS	Early social communication scales
الهيئة العليا للصحة	HAS	la Haute Autorité de Santé
اضطراب طيف التوحد	ASD	Autism Spectrum Disorder
اضطراب التواصل(البراغماتي) الاجتماعي	SPCD	Social (Pragmatic) Communication Disorder
النمو السوي	TD	Typical Development
اضطراب النمو الشامل غير المحدد	PDD-NOS	Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified
تأخر نمائي	DD	Developmental Delay
الجمعية الأمريكية للطب العقلي	AAP	Association American Psychiatric

فـــــــــهرس

إهـــــــداء II

شكـــــــر وتقـــــــدير III

قائمة المختصرات..... IV

فـــــــــهرس V

فهرس الجـــــداول..... X

فهرس الأشكـــــال..... XI

مقـــــــــــدمة..... 1

الفصل الأول: النمو التواصل- اجتماعي المبكر..... 6

تمهـــيد..... 6

1. تعريف النمو المبكر..... 7
2. تعريف التواصل..... 8
3. الخلفية النظرية المفسرة للنمو التواصل-اجتماعي..... 9
4. *Jerome S. Brune*..... 9
5. النموذج البياجي الجديد لـ Fischer K. W..... 12
6. Elizabeth Bates..... 13

أولا: النمو التواصل اجتماعي المبكر السوي..... 14

1. المستويات النمائية 14
2. الوظائف التفاعلية..... 20
3. الأدوار التفاعلية..... 23

ثانيا: النمو التواصل اجتماعي المضطرب.....25

1. تصنيف اضطرابات التواصل الاجتماعي حسب اللوحات العيادية: 27
   1.1.اضطراب اللغة المحدد.....27
   1.2.اضطراب التواصل الاجتماعي.....27
   1.3.اضطرابات طيف التوحد..... 28
2. خصائص النمو التواصل الاجتماعي عند ذوي الاضطرابات النمائية العصبية ذات العلاقة.....30
3. الأنماط الاجتماعية للاضطرابات النمائية العصبية ذات العلاقة 31
4. الهدف من دراسة النمو التواصل-اجتماعي المضطرب.....33

الفصل الثاني: تقييم مهارات التواصل-اجتماعي المبكر 39

تمهيد:.....39

أولا: التقييم المبكر وقدرات التواصل الاجتماعي المبكر 40

1. مفهوم التقييم المبكر.....40
2. مستويات التقييم المبكر.....41
3. الوسائل القياسية لمهارات التواصل الاجتماعي (القدرات البراغماتية) بشكل عام.....41
4. الكشف المبكر عن اضطرابات التواصل الاجتماعي، أهميته وطرقه.....43
5. الوسائل القياسية لقدرات التواصل الاجتماعي المبكر.....48

ثانيا: اختبار تقييم التواصل الاجتماعي المبكر(ECSP) 50

1. الخلفية النظرية للاختبار.... 51
2. أصل الاختبار و ميدان استعماله.....51
3. بنية الاختبار..... 52

الفصل الثالث: منهجـية البحـــث.....58

تمهيد:.....58

1. دواعي اختيار الموضوع..... 58
2. الهدف من البحث..... 59
3. الاشكالية والفرضيات..... 59
4. تحديد المصطلحات الاجرائية:..... 61
5. صـــعوبـات البحـث..... 62
6. منهج الدراسة..... 64
7. أدوات الدراسة..... 65
7.1.بطارية التقييم المعرفي والاجتماعي-الانفعالي..... 66
7.2.ADOS Todller..... 68
7.3.اختبار تقييم التواصل الاجتماعي المبكرECSP 70
7.4.البرنامج الاحصائي SPSS..... 76
8. العيـــــنة 76
8.1.تمثيل العينة للمجتمع الأم: 77
8.2.خصائص العينة و برتوكول تصنيفها: 77
9. الإطار الزماني والمكاني لاجراء الدراسة..... 82
10.المراحل الإجرائية للدراسة..... 83
11.الضوابط الأخلاقية للدراسة..... 88
الفصل الرابع: نتائج البحـــــث..... 92
تمهيد..... 92
أولا: عرض النتائج..... 92
1. عرض الخصائص التصنيفية للعينة الكلية..... 92

2. عرض نتائج المرحلة تقييم التواصل الاجتماعي المبكر بواسطة الـ ECSP.. 100

1.1.عرض نتائج المجموعة الأولى (النمو السوي) 100

1.2.عرض نتائج المجموعة الثانية (النمو غير السوي) ..... 102.

1.3.عرض نتائج المقارنة بين المجموعات 103

ثانيا: تحليل النتائج 109

1. تحليل النتائج حسب المراحل الإجرائية..... 109

1.1.مرحلة ما قبل تكوين المجموعات..... 109

1.2.مرحلة تكوين المجموعات..... 109

1.3.مرحلة التقييم بواسطة ECSP: 110

2. تحليل النتائج حسب الفرضيات التحتية للدراسة..... 111

ثالثا: مناقشة النتائـــج..... 112

خـــــــــاتمة 114

قـائـــــمة المـــراجع 117

أولا: المصادر المرجعية 117

ثانيا: المصادر النظرية العامة..... 122

الملاحـــــــــــــــق..... 138

الملحق (1): المقارنة السيميائية والمهارية بين مختلف الاضطرابات التواصل-اجتماعية 139

الملحق (2):بعض الدراسات التي اهتمت بمظاهر الشذوذ النمائي التواصل-اجتماعي المبكر 141

الملحق (3):جدول يمثل الوسائل التقييمية للتواصل الاجتماعي بشكل مستهدف أو ضمني والتي تشمل المرحلة ما قبل اللسانية أو جزءا منها الممكن استخدامها للكشف المبكر عن الصعوبات التواصل اجتماعية 142

الملحق (4):بطارية BECS : الوصف، الاجراء والصلاحية 144

الملحق (5): اختبار ADOS-TODLLER: الوصف والاجراء 151

الملحق (6):مقارنة وصفية ما بين المجموعة السوية(G1) وغير السوية (G2) في وفق نتائج مرحلة تكوين المجموعات 154

الملحق(7): توزيع المستويات النمائية المثلى (المعبر عنها بالنقاط) للعينة السوية على المستويات العمرية وفق الـ ECSP 156

الملحق (8): توزيع الوحدات العمرية المكونة للعينة السوية حسب المستويات النمائية المثلى للـ ECSP مع تضليل مجال الاستجابة 157

الملحق (9): توزيع الوحدات العمرية المكونة للعينة السوية حسب المستويات النمائية المثلى للـمجال التفاعل الاجتماعي في ECSP مع تضليل مجال الاستجابة 159

الملحق (10):توزيع الوحدات العمرية المكونة للعينة السوية حسب المستويات النمائية المثلى للـمجال الانتباه المشترك في ECSP مع تضليل مجال الاستجابة 161

الملحق (11):توزيع الوحدات العمرية المكونة للعينة السوية حسب المستويات النمائية المثلى للـمجال التفاعل الاجتماعي في ECSP مع تضليل مجال الاستجابة 163

الملحق(12): مقارنة بين القيم الوصفية لنتائج اختبار الـECSP للمجموعة الأولى والثانية 165

الملحق(13): مقارنة بين القيم الوصفية لنتائج اختبار الـECSP للمجموعة التحتية الأولى والثانية من المجموعة 166

الملحق (14):توزع الحالات العمرية النمائية للمجموعة الثانية حسب المستويات العمرية (الكرونولوجية) 167

الملحق (15):توزع الحالات العمرية النمائية للمجموعة الثانية حسب تصنيف ADOS TODLLER: 168

فهرس الجـــــداول

جدول 1 مستويات النمو التواصل-اجتماعي حسب نموذج فيشر 15
جدول 2 السلالم التحتية المكونة لاختبار ECSP 55
جدول 3 مصفوفة رباعية المدخل تمثل الاطار الزمني والمكاني والتطبيقي للمشروع في المرحلة الزمنية الأولى.....82
جدول 4 توزيع استخدام وسائل الدراسة حسب شمولها للمجالات العمرية لـECSP 84
جدول 5توزيع العينة الكلية حسب المجموعات العمرية (الكرونولوجية) لـECSP 93
جدول 6عدد ونسبة كل مجموعة تحتية شملتها الدراسة.....94
جدول 7 توزيع الحالات على المجموعات التحتية حسب معامل التجانس 95
جدول 8 توزيع الحالات على المجموعات التحتية للفعينة غير السوية بدلالة عشريات معامل التجانس.....96
جدول 9 توزيع استجابات العينة للسلالم التحتية في BECS ذات العلاقة باشروط التجميع على المجموعات البحثية.....97
جدول 10توزع العينة غير السوية حسب نتائج اختبار الADOS-TODLLER 99
جدول 11تزع مصنفات الADOS حسب الفئة العمرية 99
جدول 12الفئات العمرية النمائية للعينة السوية موزعة حسب الفئة العمرية لها 100
جدول 13 التوزيع العمري لاستجابات العينة السوية للميادين التحتية حسب الدرجة المحصل عليها وقارنتها بالمستوى الملائم للمستوى حسب تقسيم الـECSP 101
جدول 14الانحراف المعياري المتعلقة بالمستوى الأمثل والعمري الزمني للمجموعة السوية 101
جدول 15 قيم ألفا لكرونباخ لقياس الاتساق الداخلي لاختبار الECSP 102
جدول 16مقارنة بين نتائج المجموعة الأولى والثانية.....103
جدول 17 المقارنة بين الفئتين التحتيتين للمجموعة الأولى بنتائج المجموعة السوية 105
جدول 18مقارنة نسبية بين المستوى النمائي والكرونولوجي لكل فئة عمرية من المجموعة الثانية.....106
جدول 19التوزع التكراري لمستويات المجموعة التحتية الأولى النمائية بدلالة الفئة العمرية 107
جدول 20التوزع التكراري لمستويات المجموعة التحتية االثانية النمائية بدلالة الفئة العمرية 108
جدول 21 مقارنة نوعية لأداء المجموعات البحثية بالنسبة لاختبار ECSP.....110
جدول22 الميزات اتلفارقية بين مختلف الاضطرابات المتأثرة بالشذوذ النوعي في النمو التواصل اجتماعي.....139
جدول 23 مقارنة بين مجموعة اضطرابات ذات العلاقة من حيث نتائج دراسات سابقة استخدمت ECSP أو ESCS كوسيلة بحثية 140
جدول 24 عرض لأهم الدراسات التي اهتمت بسيميائية الشذوذ النمائي التواصل-اجتماعي المبكر.....141
جدول 25 تصنيف وعرض اهم الاختبارات الموجهة لتقييم التواصل اجتماعي.....142
جدول 26 خصائص مستويات النمو حسب المراحل الحس-حركية عند بياجيه التي اعتمدتها BECS.....148
جدول 27 أنواع ملامح النمو التي تميزها BECS أثناء تحليل الميادين التحتية.....149
جدول 28 تصنيف نقاط متوسط النمو في بطارية BECS 150
جدول 29 قيم المجالات التفسيرية لنتائج اختبار ADOS TODDLER 153
جدول 30 مقارنة وصفية احصائية بينG2 و G2.....154
جدول 31مقارنة نتائج الADOS TODLLER بدلالة الفئات العمرية والمجموعات اللاسوية.....155
جدول 32توزيع المستويات النمائية المثلى للعينة السوية على المستويات العمرية وفق الECSP 156
جدول 33توزيع الوحدات العمرية للعينة السوية حسب المستويات النمائية المثلى للECSP.....157
جدول 34 توزيع الوحدات السوية عمريا حسب المستويات النمائية المثلى لمجال التفاعل الاجتماعي.....159
جدول 35 توزيع الوحدات العمرية السوية حسب المستويات النمائية المثلى لجال الانتباه المشترك.....161
جدول 36 توزيع الوحدات العمرية السوية حسب المستويات النمائية المثلى لتنظيم السلوك.....163

جدول 37 مقارنة وصفية احصائية بين المجموعات المكونة للدراسة 165
جدول 38 مقارنة وصفية لنتائج اختبار الECSP بين المجموعة الأولى والثانية 166
جدول 39 التوزع التكراري والنسبي للمستويات النمائية للمجموعة الثانية حسب المستويات العمرية.....167
جدول 40 التوزع النمائي لوحدات المجموعة الثانية بدلالة تصنيف الADOS-TODLLER 168

فهرس الأشكـــــال

رسم توضيحي 1 مكعب بياني يمثل السلالم التحتية لمقياس ECSP.....52
رسم توضيحي2 بروتوكول تكوين المجموعات اتحتية للعينة الأولية 81
رسم توضيحي 3 مخطط سهمي يمثل تتابع المراحل الكبرى لاجراء الدراسة 83
رسم توضيحي 4 أعمدة بيانية تمثل توزيع العينة نسبيا على الجنس والولاية 93
رسم توضيحي 5توزيع العينة الكلية على الفئات العمرية والمجموعات البحثية 94
رسم توضيحي 6 تجميع الحالات المكونة للعينة البحثية بدلالة معامل تجانس النمو لبطارية الـ BECS.....96
رسم توضيحي 7 منحنى بياني يمثل توزيع الحالات التحتية للعينة غير السوية بدلالة عشريات معامل التجانس 97
رسم توضيحي 8 توزع العينة الكلية على المستويات النمائية(التفاعل الاجتماعي، الانتباه المشترك، تنظيم السلوك) للBECS مقسمة على المجموعات البحثية 98
رسم توضيحي 9 منحنى بياني يمثل مقارنة متوسط استجابات عينة المجموعتين.....104
رسم توضيحي 10 منحنى بياني مقارن بين نتائج المجموعات البحثية لاختبار ECSP 105
رسم توضيحي 11 مقارنة نسبية للمستوى النمائي للمجموعة الثانية بدلالة الفئة العمرية.....107

مقـــــــــــدمة

مع ظهور توصية الهيئة العليا للصحة (HAS) [1] (2005) ، (2008) ، (2012) باستخدام مقياس : تقييم التواصل الاجتماعي المبكر(ECSP -Échelle de la Communication Sociale Précoce) ، خدمة للأطفال الصغار المعرضين لخطر الإصابة باضطرابات نمائية عصبية تؤثر على نموهم التواصلي بشقيه اللفظي وغير اللفظي، تزايد الاهتمام بالتعرف وتوثيق المظاهر المحدِدة الأولى لـلاضطرابات النمائية العصبية التي تمس القدرات التواصل-اجتماعية ، وتطوير أدوات عالية الأداء لتحديدها وقياسها ، ومساعدة المهنيين المدربين لتفسيرها. (VERNET, 2015) فقد أصبح هذا الاهتمام مستخدمًا على نطاق واسع ابتداء من العقد الماضي داخل علم الأعصاب السلوكي والعلوم العصبية النمائية. (Salley, Colombo, 2015)

لكن، و بالرغم من كون الدراسات بين الثقافات قد قدمت معلومات قيمة عن قدرات الرضع، الذين يتمكنون منذ الاسابيع الاولى من ادراك الخصائص الصوتية لأي لغة كانت، ثم يبدأ هذا الادراك في الانحسار تدريجيا في اللغة الأم بعد سن 10 أشهر و تتفرد لاحقا في سن 12 شهر ، مع اعتبار أن القدرات الادراكية يشترك فيها كل أطفال العالم حيث تمكنهم منذ الولادة من التمييز الصوتي بشكل فطري (بوزيد باعة، 2012)، إلا أنه لا توجد دراسات أثبتت -إلى الان- عن عالمية نمو القدرات التواصل اجتماعية في نفس المرحلة العمرية.

وطنيا، نلاحظ قلة الدراسات الجزائرية في هذا المجال وإن كانت تلقى اهتماما متزايدا في كبرى المراكز البحثية العالمية ، والتي تتعلق بكيفية وسبل تقييم هذه الاضطرابات بربطها مع المعيار (السوي)، فقد أصبح الاهتمام بنمو القدرات الاجتماعية مستخدمًا على نطاق واسع خلال العقد الماضي داخل علم الأعصاب السلوكي والعلوم العصبية النمائية. (Salley, Colombo, 2015)

ولتناول هذا الموضوع ، قسمنا بحثنا إلى ميدانين اثنين: اهتم الأول بالجانب النظري الذي جعلناه بدوره مكونا من جزئين:

[1] Haute Autorité de santé

ففي الجزء الأول منه، سنحاول بداية رسم ملامح هذا المجال النمائي المهم بشقيه السوي والمضطرب ، وهذا لنتمكن من تحديد ميداننا العلمي هنا والذي يتعلق بـمظلة سيميائية تغطي بدورها مجموعة اضطرابات قائمة بذاتها. بعبارة أخرى: هي دراسة لعرض سريري تشترك فيه مجموعة من الاختلالات بنسب متفاوتة. ولهذا العرض مجموعة من التمظهرات تؤدي إلى شذوذ نمو قدرات التواصل الاجتماعي أو تأخر ظهورها، وهي متضمنة في جداول الأعراض التي يزيد تنوعها من الصعوبة الكامنة في كشفها التشخيصي . لذلك سنرى إلى أي مدى يمكن إجراء تشخيص مبكر والكشف عن أنماط اللاسواء.

في هذا السياق أيضا. سنبحث في ماهية المهارات المتعلقة بمجال التواصل الاجتماعي في شكله السوي محاولين تحديد العوامل التي تساهم في تطويره. فمن سن مبكرة، يتعامل الأطفال مع المنبهات الاجتماعية، مثل الوجوه والعينين وحركات الجسم (Chita-Tegmark, 2016)(Bram , Kuiper, 2017) ، هذا الاهتمام الاجتماعي يحدد ثالوث التواصل المبكر، الذي يمكن وصفه بأنه:

- "تنسيق الاهتمام أثناء التفاعل مع الآخرين" و الذي يصطلح عليه بتنظيم السلوك التفاعلي،
- "الدافع للمشاركة مع الآخرين" وهو الانتباه المشترك،
- و "الاهتمام في سياق إدخال المعلومات الاجتماعية" والمتمثل في التفاعل الاجتماعي (Salley & Colombo, 2015).

وأي خلل في أحد هذه الميادين التحتية يمكن أن يؤدي إلى إعاقات مبكرة في الاهتمام الاجتماعي من جراء حرمان الطفل من مدخلات المعلومات الاجتماعية ، والتي بدورها يمكن أن تؤدي إلى تعطيل نمو النضج العصبي للدماغ ومشاكل حادة في السلوك (Mundy & Neal, 2000)

أما في الجانب المضطرب، فسنتعرض لمجمل الأهداف من دراسة النمو التواصل-اجتماعي اللاسوي، وسنحاول تصنيفه حسب مختلف اللوحات العيادية المرتبطة به، مبرزين خصائصه في كل جدول سيميائي نمائي-عصبي ذو علاقة، وفي هذه النقطة لا بد من التنبيه على أننا اكثرنا من الاعتماد على الدراسات التي حددت مظاهر اختلال نمو التواصل اجتماعي عند ذوي اضطراب طيف التوحد(ASD) ، باعتباره الاضطراب الأكثر ارتباطا بالشذوذ النمائي في هذا المجال كون الصعوبة في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة تكمن في قلب اضطراب طيف التوحد (Landa R.، 2007)، وليس لإظهار الخصوصية وانما لما يتميز به من حدة الاختلالات النمائية المرتبطة بموضوع دراستنا.

أما الفصل الثاني فسيحدد كيفيات تقييم هذه الكفاءة التواصلية لدى الأطفال الصغار وفق تناوليه نفس-عصبية نمائية اجتماعية، وما هي أهداف قياسها والأدوات التي يمكن الاعتماد عليها. ممهدين لتقديم

"إختبار التواصل الاجتماعي المبكر" (Échelle de la Communication Sociale Précoce -ECSP) بعرض الوسائل القياسية لمهارات التواصل الاجتماعي بشكل عام، ثم تضييق العرض بالبحث عن تلك المتعلقة بالكشف المبكر عن اضطراباته فقط.

في الجانب التطبيقي لهذه المذكرة، قمنا بدراسة النمو التواصل اجتماعي المبكر عند مجموعة من الأطفال مكونة من 115 طفل ينتمون إلى المجال العمري المندرج في المرحلة ما قبل اللسانية من 4 إلى 30 شهر، تم اختيارهم عشوائيا (عينة طبيعية) من أربع ولايات جزائرية: الجزائر العاصمة، وهران، سطيف، تقرت، ثم تصنيفهم حسب مدى سواء أو اضطراب مسارهم النمائي التواصل-اجتماعي، ولكون الاختبار الأساسي وسيلة الدراسة لم يسبق العمل به اكاديميا فقد تأكدنا من مدى معايرة ECSP على الوسط الجزائري ، لنتمكن في الأخير من تحقيق الهدف الأساسي للبحث والمتمثل في **دراسة تقييم التواصل الاجتماعي المبكر لدى الطفل الجزائري باستخدام مقياس التواصل الاجتماعي المبكر(ECSP) دراسة وصفية مقارنة موجهة للطفل ذو النمو السوي والمضطرب تواصل-اجتماعيا في سن 4 إلى 30 شهر** وبالتالي مدى قدرة الاختبار على الكشف وتقييم النمو المضطرب لمهارات التواصل الاجتماعي عند الطفل الجزائري في سن مبكرة.

الجانب النظـــري

الفصـــــــل الأول:

النمـــــو التـــواصل-اجتـــماعي المبكر

تمهـــيد:

عادة ما نعتبر التواصل مجرد تبادل للمعلومات على أساس اللغة اللفظية، ولكنه في الحقيقة تبادل وفق طرائق غير اللفظية أيضًا كالإيماءات وتعبيرات الوجه والمواقف... (Dansart, 2000). فمنذ الولادة، يميل الأطفال للتواصل مع الأشخاص الذين يهتمون بهم، حيث يظهرون ذلك مباشرة بعد الأيام الأولى من الولادة (Bullowa, 1979) . فمن بين أربعة آلاف لغة منطوقة في العالم، يبدأ الرضع بالتعرف على الأصوات الخاصة بلغتهم (Dehaene-Lambertz, 2002)، وتبدأ أصواتهم بالتمايز بما يوافق اللغة الأم مقابل اللغات الأجنبية الأخرى في حوالي أربعة أشهر(Bosch, 2003) . كما تتمحور التبادلات الأولى للطفل حول علاقة ثنائية بينه وبين الكبار، وتظهر جليا ابتداء من سن ثلاثة أشهر، حيث يكون الطفل أكثر مشاركة في هذه التبادلات بالابتسامات الاجتماعية والمناغاة.

و في حوالي التسعة أشهر، يفهم الطفل أن إنتاجه للصوت، إيماءاته وتعبيرات وجهه لها تأثير على الآخر (Burack, 2001). ثم تصبح إنتاجاته عبارة عن رسائل مقصودة في مرحلة "ما قبل اللغويات المقصودة" (Gerber, 2003)، وبشكل تدريجي تصبح العمليات التفاعلية ذات شكل ثلاثي (الشيء-الطفل-البالغ) التي يتم التعامل معها خصوصا بتطوير مهارات التأشير المتعلقة بالانتباه المشترك (Bruinsma Y. K., 2004).

إلى أن تظهر الوظيفة الرمزية تدريجيا (Gerber, 2003) ،مستندة على اللعب من خلال " التظاهر" (Lewis, 2003)، و تقليد السلوكيات (Nadel, 2006) كما يبدأ في استخدام الكلمات و تحديد الأشياء أو الأحداث بأسمائها من خلال ثلاثية : الدال- المدلول- المرجع، ولا يفتأ أن يصنع التجميعات الأولى للكلمات، لتتوسع لاحقا مفرداته تدريجياً. (Jagodowicz, 2012, p. 16).

انطلاقا من المرتكزات السابقة الذكر، سنحاول في هذا الفصل دراسة التواصل الاجتماعي المبكر في شكليه السوي والمضطرب، انطلاقا من تحديد تعريف دقيق له ابتداء، ثم تعيين الخلفية النظرية المفسرة له ذات العلاقة بمتغيرات هذا البحث.

1. تعريف النمو المبكر:

يمر الطفل بعدة اطوار وصولا إلى مرحلة الشباب تسمى بمراحل النمو (Growth Stages) والمتمثلة في: الطفولة المبكرة، المتوسطة ثم المراهقة. يشمل نمو الطفولة المبكرة (Early childhood development -ECD) التطور البدني والاجتماعي والعاطفي والمعرفي والحركي (WHO, 2016) ، غير أنه يوجد تفاوت كبير في تحديد الفترة السنية التي توصف بـ "المبكرة"، فحسب:

- **منظمة الصحة العالمية** (2016) : ما بين 0-8 سنوات من العمر
- **Garro** (2016) : تتراوح من1 إلى 6 سنوات
- **UNICEF** (2017): السنوات الأولى من الحياة، من الحمل إلى سن الثالثة.
- **K., & Phillips, D McCartney,** (2006)**:**من 2-7 سنوات تمثل الطفولة المبكرة، التي تسبقها مرحلة الطفولة.
- **Allen, K. E., & Marotz, L. R** (1989)**:** 3-8 سنوات، وتسمى المرحلة السابقة لها ابتداء من الولادة بمرحلة الرضاعة

في حين أننا اخترنا المدى العمري المقدم من طرف **التصنيف التشخيصي للصحة العقلية واضطرابات النمو في مرحلة الطفولة والطفولة المبكرة (DC: 0-3)**[1] (2005)وكانت آخر مراجعة له سنة (2016)[2]. يركز هذا التصنيف في فهمه للاضطرابات التي تصيب الطفل في هذه الفترة العمرية على أهمية علاقته بوالديه (البعد العلائقي الاجتماعي)، كما تم دمج فهم الظواهر العقلية للرضع في نهج بيولوجي / نفسي اجتماعي ونمائي ،بحيث يدعم الأطباء في تشخيص وعلاج مشاكل الصحة العقلية في السنوات الأولى، وان كانت توجد بعض الدعاوى بأنه يجب تحسين موضوعية معايير التشخيص إذا كان هذا النظام سيتم استخدامه في إعدادات البحث (Guédeney N. G., 2003) ، لم يفرق DC:0-3 R ما بين مرحلة الطفولة (المتعارف عليها في بعض التصنيفات السابقة بمرحلة الرضاعة) وبين الطفولة المبكرة بأن دمجهما في المرحلة السنية من الميلاد إلى غاية 3سنوات. وهذا هو المجال العمري الذي اعتمدناه في هذه الدراسة لوصف المدى الزمني لمرحلة النمو المبكر لدى الطفل.

[1] the Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Zero to Three–Revised (DC:0–3R; ZERO TO THREE)

[2] يعد Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Zero to Five(DC-0-5) الصادر سنة 2016 النسخة المنقحة لـ (DC: 0-3R ؛ من صفر إلى ثلاثة سنوات الصادرة في عام 2005)، يعد قرار تمديد تشخيصات الطفولة المبكرة لتشمل الأطفال حتى سن 5 سنوات من أبرز الاختلاف بين الطبعتين، كما أشار في مقدمته إلى مراجعة بعض الاضطرابات المحددة حديثًا مثل: اضطراب فرط النشاط في مرحلة الطفولة المبكرة ، واضطراب النمو العصبي الناشئ عن التواصل الاجتماعي غير النمطي (Zeanah, C. H., & Lieberman, A., 2016).

2. تعريف التواصل:

يعتبر (Bruner J. , 1984) أن التواصل هو " كيفية جعل نوايا المرء واضحة بأن يريد شيئًا أو يرغب في لفت الانتباه إلى نفس التركيز الذي يسكنه اهتمامه هو، أو يرغب في إيقاف بعض العمل الذي يجري تنفيذه من قبل غيره. كما أنه يمكّنه من التعرف على كيفية تشفير طلباته بشكل تعبيري للآخرين. والدخول في مثل هذا التواصل يشكل دخولًا ليس فقط في مجتمع المتحدثين ولكن أيضًا في مجموعة من الاتفاقيات والظروف الثقافية. التي تحدد متى يكون من المناسب أن نسأل أو نشير أو نحتج وكيف يجب على المرء أن يفعل ذلك؟ ".

بينما عرّفه (Harding, 1983) بكونه عملية معرفية تستلزم ثلاثة شروط:

- **البعد الانفعالي** :بأن يكون مؤثرا
- **البعد اللغوي-الاجتماعي** بأن يكون ذا دلالة متعاقد عليها بين مجموع المتواصلين
- **البعد القصدي**: ويتمتع صاحبه بالقصدية.

يتداخل البعدان الأولان فيما بينهما، حيث يتطلب المفهوم الثاني من المتواصل معه الاستدلال على المعنى. ينطوي هذا الاستدلال التواصلي على تفسير سلوك الآخر من قبل العنصر المشارك في التفاعل المستمر، والذي يتفاعل مع هذا السلوك (حسب البعد الأول) وفقًا لتفسيره الخاص.

يتعلق المفهوم الثالث بجانب الفعل المتعمد الذي يحدد قدرة الشركاء المتواصلين فيما بينهم على استخدام سلوكهم عن عمد كوسيلة لإبلاغ الآخرين عن شيء ما.

و تعرف (Bates C. V., 1975) الاتصال المتعمد على أنه "مجموعة السلوكيات التي يدرك فيها المتحدث الآثار التي ستحدثها الإشارة التواصلية على المستقبل؛ ويستمر المتحدث في هذا السلوك حتى يتم الحصول على التأثير أو إعلان الفشل ". كما اعتبر (PRIZANT & WETHERBY, 1987) أن اكتساب الاتصال المقصود ينطوي على تطوير التآزر في المجالات الاجتماعية والتواصلية والمعرفية ككل. كما يعتبر ركيزة أساسية في ظهور اللغة اللفظية لاحقا في شكلها اللساني-الوظيفي (Laakso, 1999). لهذا لا نعتبر التواصل مجرد مجموعة مهارات لغوية وحسب، ذلك أن "استخدام اللغة وتفسيرها في التواصل مهمة صعبة تتطلب قدرات استدلالية وتعتمد على أشكال مختلفة من المعرفة. ففي الاستخدام اليومي للغة كثيرا ما نعتبر المعنى البراغماتي للكلام ليس ما يقال حرفيا. وبالتالي ، فإن تفسير الكلام يتطلب تجاوز ما يقال من أجل تحديد النوايا التواصلية للمتكلم. ويتطلب هذا النوع من التفسير عملية

استنتاجية تستند إلى المعرفة السياقية أو أرضية مشتركة من المفترض أن يتشاركها المحاورون. أما بالنسبة للأطفال فإنهم يبدؤون في المشاركة في التفاعلات التواصلية في وقت مبكر جدًا من الحياة ، على الرغم من أن التطور البراغماتي الكامل لا يتحقق إلا خلال سنوات الدراسة" (Airenti, 2017). كما أن ظهور التواصل المتعمد عند الأطفال لابد أن يسبقه اكتسابهم للسلوك القصدي[1] قبل أن يتقنوا الاتصال المتعمد بوقت طويل ؛لذلك لا يصبح التواصل المتعمد ممكنًا إلا عندما يطور الطفل نظرية العقل (Bretherton , Bates, 1979).

إن مصطلح "التواصل هو الأوسع نطاقا [من بين ثلاثي: التواصل- اللغة -الكلام] حيث يشير إلى جميع أشكال إرسال واستقبال الرسائل، ليس فقط باستخدام الفعل الشفهي، ولكن بطرق أخرى أيضا، مثل الإيماءات ولغة الجسد...إلخ، في حين تتضمن اللغة إنشاء مجموعة لا حصر لها من الرسائل التي لم يتم نقلها من قبل من خلال مجموعة من الكلمات بطرق تحكمها القواعد والتي تسمح بتشكيل الجمل للتعبير عن المعنى للآخرين" (Paul, 2007).

وترى عايدة قاسم (1997) أن التواصل الاجتماعي هو قدرة الفرد على التحرك نحو الآخرين، واقباله عليهم، وحرصه على التعاون معهم، والاتصال بهم، والانشغال بهم، والاهتمام بأمورهم، والعمل على جذب اهتمامهم واهتمامه بهم، ومشاركتهم انفعاليا والتواصل معهم، والسرور لتواجده بينهم" (كفاء المشاري، ابراهيم الأنصاري، 2016).

3. الخلفية النظرية المفسرة للنمو التواصل-اجتماعي:

في خضم سعي الباحثين المتزايد لفهم مشاكل اللغة في اضطراب طيف التوحد والاضطرابات الشبيهة، مع عدم وجود مسار تفسيري واحد، حيث نلاحظ تزايد الدراسات ذات التوجه النفس عصبي (Stefanatos, 2011)، بما في ذلك دراسة المنطقة اللغوية القشرية (Knaus, 2010)، والبحث في تشوهات سمك القشرة (Khundrakpam, 2017) ... ليصل الامر لدراسة القدرات الاجتماعية-اللغوية من خلال التعرف على طبيعة بنى المشابك العصبية لدى هذه الفئة على غرار دراسة (Sato, 2019) معززة قوة حضور مصطلح "الدماغ الاجتماعي" (Social brain)[2] في السنة الأولى من عمر الطفل (Elsabbagh, 2016) المرتكز على هذا النوع من المقاربات.

[1] والذي يظهر ابتداء من مرحلة الاستجابات المعرفية البسيطة حسب فيشر التي سنتعرف عليها لاحقا.

[2] اقترحت (Sato, 2019) أن هناك مجموعة محدودة من المناطق القشرية المختصصة في الإدراك الاجتماعي من أهمها اللوزة والثلم الصدغي العلوي. وقد تلقت فكرة وجود "دماغ اجتماعي" لدى البشر متخصص في التفاعلات الاجتماعية دعمًا كبيرًا من الدراسات المبنية على IMR-F،

غير أن هذا لا يعد السبيل الحديث والمتجدد الوحيد، بل يزاحمه (بنفس القوة من حيث الدلائل التجريبية وحضور التناولية في البحوث العلمية) أحد الأساليب العلمية لهذه المشكلة المعقدة ، والذي يتمثل في أحد الاستراتيجيات الواعدة في تكييف منظور التفاعل الاجتماعي النمائي مع التواصل المبكر وتطور اللغة في حالة هذه الاضطرابات (Adamson L. B.-H., 2014).

هذا المنظور مستوحى من النظريات الأساسية لنمو الرمز (Vygotsky, 1978)؛ (Werner, 1963)؛ (Adamson B. &., 1997) عند الطفل السوي، التي اشتغلت باكتساب اللغة المبكرة في سياق التفاعل بين مقدم الرعاية و الطفل. تؤكد مظاهرها الأخيرة (على سبيل المثال : (Bruner J.، 1983) (Jeste, 2009) على أهمية المشاركة التفاعلية المستندة على ثلاثية (المستوى، الوظيفة، الدور) التفاعلي التي يمكن للأطفال من خلالها إشراك مقدمي الرعاية لتوجيه اكتساب اللغة المبكرة.

بالرجوع إلى أهم الأطر النظرية المرتبطة بالنمو التواصل-اجتماعي المبكر، نجد أن فترة نهاية السبعينات وسنوات الثمانينات قد شهدت ثورة نظرية حاولت تفسير الظواهر الملاحظة على الطفل في سن مبكرة والمتعلقة بالقدرة على التواصل في حين أن اللغة لم تظهر بعد، وفي ظل عدم قدرة النظريات الكبرى – حينها- على تقديم تفسيرات واضحة لآليات اكتساب الطفل لهذه المهارات الحيوية ، نشأت الحاجة إلى وضع نماذج نظرية تفي بالغرض، غير أن هذه الأخيرة لم تكن وليدة العدم، بل استفادت من التراكم العلمي الذي كان في أوجه فيما يتعلق خاصة بالدراسات النمائية للرضع، ومن هنا نميز ثلاثة اسهامات كبرى تزامنت معا، كما أن كل واحدة دعمت طرح الأخرى وان كان بطريقة غير مباشرة مما سهل جمعها في نموذج واحد لاحقا على غرار نموذج (Kaczmarek, 2002) ، (Mundy P. D., 2003)، (Goldstein, H., & Morgan, L., 2002)...إلخ اللذين اهتموا على التوالي بفهم التواصل الاجتماعي في اطاره الانساني بالنسبة للأول، أو النمائي بالنسبة للثاني ، أو النمائي-المرضي بالنسبة للثالث. كما أن الملاحظ على هذه النماذج على اختلاف توجهاتها واتفاق هدفها لوضع نظام يفهم البنية الداخلية للتواصل الاجتماعي قد اعتمدت بشكل أساسي في بناء خلفيتها النظرية على أعمال كل من Bruner، Fischer و Bates:

يسود اعتقاد أن التطور غير النمطي الذي يشمل الأنظمة الإدراكية والوجهة والحركية والاجتماعية يسبق النمط الظاهري للتوحد الناشئ (Elsabbagh, 2016).

3.1. Jerome S. Bruner[1]:

أثرت أعماله بشكل جلي في علم النفس النمائي، خاصة فيما يتعلق بالمعرفة الاجتماعية (social cognition) (Grazzani, 2019)، حيث نبذت فكرة كون العقل "معالجا للمعلومات" فقط واعتباره ذا أسس تفاعلية (Bruner J. S., 1990).

كما أكد أن التعلمات اللغوية المبكرة عبارة عن تمرين على كيفية استخدام اللغة وليست ذات تأسيس بنيوي فقط (Bruner J. , 1985)، لذا دعى إلى دراسة اللغة انطلاقا من البنى غير اللغوية وصولا إلى التواصل اللغوي من خلال التركيز على طريقة استخدامها بدلاً من شكلها كونها تتمتع ببنية مرنة، كما كان أول من درس تجريبيا الانتباه المشترك في سياق تبادلي بين الأم والرضيع، وركز على كشف الثوابت في اللعب المتبادل كوسيلة لفهم تطور الهياكل المعيارية للغة. كما أشار إلى أن الرضيع حتى وهو لا يزال في سن أربعة أشهر فقط ، يتتبع (نظرًا لظروف غير مشتتة) خط نظر الأم ، وبعد ذلك بوقت قصير يفعل ذلك بسهولة أكبر، مما عزز اعتقاد أن وظيفة الانتباه المشترك ذات طبيعة فطرية بالنسبة للطفل والأم معا (Bruner J. S., 1975) ، ومن هنا بدأ اهتمامه بطريقة تعلم الطفل للغة الأم منطلقا من كون "الانسان كائنا بيولوجيا في الأصل وثقافيا في الوسائل التي يجيد بها التعبير. ففي حين أن القدرة الذكائية ذات جذور بيولوجية عميقة وتاريخ تطوري ملحوظ، إلا أن ممارسة هذه الصفة تعتمد على الإنسان من حيث تكييف نفسه، لذلك فإن التمثيل والتفكير الموجود ليس في جيناته ولكن في ثقافته " (Bruner J. , 1985, pp. 31-47) .

يمكن اعتبار نظريةBruner ذات طابع نفس-معرفي-اجتماعي، وهذا ما يظهر من خلال نقده للسلوكية ومشاركته في الثورة المعرفية في منتصف القرن العشرين وتحوله إلى علم النفس الثقافي في السنوات الأخيرة من حياته (Takaya K. , 2013, p. 16).فقد تأثر بأعمال Jean Piaget من حيث أن المعرفة عند الطفل تتخذ أشكالا مختلفة في كل مرحلة ، وان كان قد خالفه بانحيازه إلى رأي Vygotsky و Luria بأن اعتقد أن النمو هو نتيجة "التثقف" ولا يحدث بشكل تلقائي (Takaya K. , 2013).

حدد سنة (1959) ثلاث وظائف يلعبها الادراك "الذي يتم النظر إليه من وجهة النظر الوظيفية ، على أنه استراتيجية يستخدم بموجبها الكائن الحي المعلومات التي يوفرها التحفيز لتحقيق أهداف معينة ، أو لتحقيق

[1] **Jerome Seymour Bruner:**
(ولد في 1 أكتوبر 1915 ،وتوفي يوم 5 يونيو 2016 ، بنيويورك) ، عالم نفس أمريكي ومعلم، طور نظريات حول الإدراك والتعلم والذاكرة ، وغيرها من جوانب الإدراك لدى الأطفال الصغار التي كان لها تأثير قوي على النظام التعليمي الأمريكي ، نشر برونر على نطاق واسع من أهم كتبه المتعلقة بموضوعنا : دراسة التفكير(A Study of Thinking 1956,) بالاشتراك مع Jacqueline J. Goodnow and George A. Austin، والتواصل كلغة (Communication as Language ,1982)، وحديث الطفل (Child's Talk,1983)

التوازن بين الأهداف المختلفة" تتمثل في المبادرة التفاعلية، الاستجابة التفاعلية والمحافظة على السلوك التفاعلي.

3.2. النموذج البياجي الجديد لـ (Fischer K. W.) [1]:

تعد نظرية المهارات (Theory of Skill Levels) لـه فريدة من نوعها بين النظريات البياجيه الجديدة في تركيزها على الجوانب الاجتماعية والبيئية للتطور المعرفي (Demetriou, 2016, pp. 41-45) ، التي ربطت بين نظرية Piaget و Vygotsky من خلال اهتمامها بفهم العلاقات الكامنة بينهما (Bidell, 1988)، فهو يعتبر أن الطفل يكتسب مهارة في سياق معين ويجب أن يعمل على مدها تدريجيًا إلى سياقات أخرى (Fischer K. W., 1987).مع أنه أقر بالدور الرئيسي للعوامل البيولوجية في التطور المعرفي (Fischer K. W., 1991)،إلا انه لم ينكر استفادته من نظرية J. Bruner. (Fischer K. W., 1980)

يفترض (Fischer) وجود أنظمة معرفية ثابتة تحكم العلاقات بين الناس والأشياء، ويعزو إلى البيئة دورًا حاسمًا في ظهور و تنظيم مهارات الأطفال. كما يقسم (Fischer, K. W., & Silvern, L., 1985) "نمو الطفل إلى ثمانية مستويات على الأقل خلال الفترة بين الولادة والبلوغ ، أربعة منها في المرحلة المبكرة. يمتد النمو في كل مستوى إلى أبعد من المهام المعرفية التقليدية. فإلى جانب التغييرات المعرفية، تأتي التغييرات في الشخصية والسلوك الاجتماعي، والقدرات الإدراكية... وقد اجمع الدارسون(حينها – حسبه-) على وجود أربعة مستويات رئيسة- كإعادة تنظيم للذكاء الحسي الحركي - خلال العامين الأولين من الحياة على النقيض من المراحل الست التي وصفها بياجيه. كما أن ظهور كل من هذه المستويات يرتبط ارتباطًا وثيقًا بالسن، على الأقل بالنسبة للأطفال من الطبقة المتوسطة في الثقافات الغربية[حسبه[2]]:

- **المستوى 1 (Sensorimotor JAtions) :** من 2-4أشهر من العمر ، القدرة على التكيف الذكي لانجاز فعل واحد ، مثل النظر إلى الوجه أو الإمساك بخشخيشة. حسب بياجيه يفترض أن هذا المستوى هو حد بداية التكيف الذكي والطوعي للأفعال.

---

[1] **Kurt W. Fischer**:
(1943 - 2020) كان معلمًا ومؤلفًا وباحثًا في مجال علم الأعصاب والتعليم. حتى تقاعده في عام 2015 ، كان أستاذا ومديرا لـ (the Mind, Brain, and Education Program) في كلية الدراسات العليا للتعليم بجامعة هارفارد. شرح نموذجه النظري بقوله: " تحاول نظرية التطور المعرفي ، التي تسمى نظرية المهارة ، توفير أدوات للتنبؤ بتسلسل وتزامن النمو في أي مجال وفي أي مرحلة من مراحل النمو من خلال دمج المفاهيم السلوكية والمعرفية النمائية... ". (Fischer K. W., 1980)

[2] سيكون الهدف من إعادة معايرة الاختبار ECSP استنادا إلى نتائج المجموعة البحثية الأولى هو البحث في مدى تلاؤم هذه المراحل مع السيرورة النمائية للطفل الجزائري منطلقين من الفرضية الجزئية الأولى لهذه المذكرة.

- **المستوى2 (Sensorimotor relations of a few JAtions) :**من 7-8 أشهر ، تَنتُج قدرة على بناء علاقة بسيطة بين الإجراءات. على سبيل المثال: يمكن للرضع التمييز بين وسيلة ما وبين نهايتها، كما هو الحال عندما يستخدمون ما يرونه لتوجيه كيفية الزحف عبر منصة ما.
- **المستوى3 (Sensorimotor systems of several JAtions):** الذي يظهر بين 11 و 13 شهرًا ، يمكن للرضع بناء علاقة معقدة من الإجراءات التي تشمل مكونات حسية متعددة في نظام معرفي واحد. إحدى السمات المميزة لمثل هذا النظام هي أنه يمكن للأطفال أن يفهموا أن الشيء أو الحدث أو الشخص لديه بعض الخصائص الثابتة ، مثل أن صوت الخشخشة يصدر نوعًا معينًا من الصوت بغض النظر عن الإجراء المستخدم لرجها.
- **المستوى 4 (Representations):** يحدث في السنة الثانية تغير مهم يرتبط خاصة مع ظهور التمثيل وهو عملية ترميز للأشياء أو الأحداث أو الأشخاص بشكل مستقل عن أي استعمال، كما يتطور الكلام ، مع زيادة في المفردات الجديدة وبداية نطق الكلمات المتعددة ؛ يتغير اللعب من خلال التظاهر بشكل كبير ، ويزداد تواتره...تضع التمثيلات التي تظهر في هذا المستوى الرابع الأساس لفهم العلاقات المعقدة بشكل متزايد " (Fischer, K. W., & Silvern, L., 1985).

3.3. Elizabeth Bates (1975)[1] :

التي قامت سنة (1975) بدراسة بداية التواصل المتعمد عند الرضيع قبل بداية قدرة الكلام لديه [2]، وتتبعته إلى أول استخدامات الكلام، كما اهتمت على وجه الخصوص بالتطورات المعرفية والاجتماعية التي تُعِدُّ الطفل لاكتشاف التواصل.

ففي دراسة طولية لها حول (الطفلة Serena) أشارت إلى أن الأطفال يتفاعلون بشكل فطري مع حالات فسيولوجية داخلية معينة عن طريق إنتاج سلوكيات معينة (على سبيل المثال ، الابتسام ، البكاء) والتي يكمن دورها في تلبية الاحتياجات المادية (مثل البكاء) و/أو الحفاظ على التفاعل الاجتماعي (مثل الابتسامة) (Bates C.، 1975)، دافعت عن كون النظرية اللغوية هي التي تشكل الأساس في فهم تطور

[1] **: Elizabeth Ann Bates**
من مواليد 26 يوليو 1947 ،توفيت 13 ديسمبر 2003 ، أستاذة العلوم المعرفية في جامعة كاليفورنيا ، سان دييغو ، متخصصة في: اكتساب لغة الأطفال ، اللغويات النفسية ، الحبسة والأسس العصبية اللغة.

[2]استندت فيها على نظرية الأفعال الكلامية للفيلسوف (Austin, 1975)، التي تنتمي إلى النظريات التداولية من الدرجة الثالثة، والتي تقضي بأن الأقوال اللغوية تعكس نمطا ونشاطا اجتماعيا.فهو يرى أن وظيفة اللغة الأساسية ليست ايصال المعلومات والتعبير عن الأفكار، انما هي مؤسسة تتكفل بتحويل الاقوال التي تصدر ضمن معطيات سياقية إلى أفعال ذات صبغة اجتماعية. له كتاب نشر عقب وفاته تحت عنوان" How to Do Things with Word " - كيف تنجز الأشياء بالكلمات" تضمن خلاصة أفكاره الثورية حينها.

اللغة من خلال ربطها بـ:" أمرين ، الأول المعرفة والآخر بالنظريات الاجتماعية... " (Bates E. B.- S., 1982).

أولا: النمو التواصل اجتماعي المبكر السوي

بناء على القواعد النظرية التي أعدها كل من:

- J. S. Bruner (1959) الذي أكد على أهمية الوضعية التفاعلية قبل اللغوية في المرحلة المبكرة، ووصف الأدوار التفاعلية.
- Fischer, K. W (1985) الذي حدد المستويات النمائية من حيث المجالات العمرية و وصف طبيعة استجابات الطفل بناء على مخطط ذهني مميز للمرحلة.
- Bates E. (1975) التي قدمت مفهوما ثوريا حول وظائف التفاعل المختلفة التي تسمح بنجاح العملية التواصلية اجتماعيا، خاصة فيما يتعلق بوضعية اللعب الاجتماعي والاشتراك.

بنى (Seibert, 1982) نموذجا ثلاثي المدخل للنمو الاجتماعي وفق تناولية معرفية- براغماتية، ليتطور لاحقا مع الزمن الى غاية انهاء (Mundy P. D., 2003) لبحثه مع حفاظه على قاعدته الأساسية والمتمثلة في الثالوث التفاعلي (المستوى، الوظيفة، الدور):

1. المستويات النمائية :

تتوزع استجابات الأطفال التواصل اجتماعية في المرحلة البياجية الحس حركية بداية من تكوُّن الفعل المعرفي لدى الطفل (نهاية مرحلة ردود الأفعال الانعكاسية) على 4مستويات نمائية (Guidetti & Tourrette, 2011)

جدول 1 مستويات النمو التواصل-اجتماعي حسب نموذج فيشر

المستوى			سن الابتداء بالأشهر	المجال العمري للمستوى بالأشهر	المرحلة البياجية
0	المنعكس	réflexif	ابتداء من الولادة		I
1	البسيط	simple	2	7-3	II III
2	المعقد	complexe	7	13-8	IV
3,0	التعاقد الايمائي	Conventionnel gestuel	9	21-14	V
3,5	التعاقد اللفظي	Conventionnel verbal			
4	الرمزي	symbolique	18	بعد 22 شهر	VI

1.1. المخطط الذهني البسيط والمعقد:

يعتمد المواليد الجدد على القدرات الاجتماعية التواصلية التي تحتوي على مكونات فطرية أولا، ثم متعلمة تتطور تدريجيا. لذلك تعد استجابة الأمهات -باعتبارها جانبًا حيويًا من التفاعل بين الأم والرضيع- مؤشرًا قويًا لاكتساب القدرات الاجتماعية والتواصلية الأولى(Caldas, 2018) . فخلال الأشهر الستة الأولى، يتم تفسير المظاهر العاطفية مثل: البكاء، الابتسامات، والبكاء، تعبيرات الوجه... التي تظهر تلقائيا (بشكل طوعي) أو لا إراديا، على أنها إشارات يريد بها الطفل التعبير عن الراحة أو الانزعاج، ويثير من خلالها ردود فعل من حوله . يدرك الوليد هذه ردود من حوله تجاه الإشارات التي يظهرها، في شكل تعبيرات وجهية وجسدية وصوتية ... ويكتشف تدريجيًا أن سلوكه يمكن أن يكون له تأثيرات على من حوله (Nader-Grosbois, 2014).

خلال الثلاثي الأول، يصبح التواصل البصري هو وسيلة التواصل المفضلة للرضيع مع والدته، والذي يلعب دورا مهمًا في إنشاء روابط التعلق من خلال النظر إلى الشخص البالغ. لذا يشجع الطفل البالغ على البقاء قريبًا، لبدء أو استجابة أو تمديد التواصل القائم. هذا التواصل البصري هو نقطة البداية الدنيا لتأسيس الاهتمام المشترك بين الطفل وأمه (Nader-Grosbois, 2014). بالإضافة إلى ذلك، فإن التصويت المبكر للطفل يعبر بشكل أساسي عن الحالات الداخلية والعاطفية (Beilin, 1975)كما يدل اهتمامه بالآخرين من خلال الإيماءات والأفعال الصوتية، البسيطة، والقليل من التمايز والتلقائية. تتمثل هذه المرحلة التواصلية في "المستوى الطوعي البسيط" الذي يظهر حوالي شهرين ويهيمن بين 3-7 أشهر. (Seibert, 1982) حسب المرحلة التحفيزية التي اقترحتها (Bates, 1975) .

أما لاحقا، فيبدأ الطفل بتعديل سلوكه تدريجيًا ليتوافق مع سلوك والدته، ويبدأ في إتقان الإشارات التي تشير إلى المشاركة أو الحفاظ على شكل من أشكال "الحوار الزائف". يتم تأسيس المعاملة بالمثل بين الشريكين بالإضافة إلى التزامن الزمني المحدد (مثل ترتيب فترات الراحة بين الدورات). تلعب الألعاب الاجتماعية التفاعلية دورًا كبيرًا في إنشاء قواعد المحادثة الأولية الأولى هذه (Nader-Grosbois, 2014).يجدر التنبيه على أنه وخلال الأشهر الستة الأولى من الحياة ، لا تتوافق الإشارات التي يستخدمها الطفل بعد مع ما يسمى "العلامات اللسانية" ، لأن هذه الإشارات الأولية خاصة بالأم والطفل ، وقيمتها السيميائية يعتمد التواصل بها على السياق الذي تظهر فيه (LEPOT-FROMENT, 1979). (1991)

1.2. المخطط الذهني التعاقدي:

للتعاقد في العملية التواصلية أهمية قصوى ،فلكي يتواصل شخصان، لا يجب عليهما فقط مشاركة الإشارات اللفظية و غير اللفظية التي يستخدمونها ، ولكن يجب عليهم أيضًا الوصول إلى نية التواصل من خلال استبدال الكلمة بفكرة(Dimitrova, 2012) ، ويسمى هذا المخطط أيضا بـ"التقليدي" .(Camaioni, 2002)

نمائيا، يستعمل الرضع آليات تعاقدية إيمائية ولفظية (الممثلة للمستويات التحتية لهذا المخطط الذهني) للإشارة إلى أهداف محددة باستخدام قنوات تواصل-اجتماعية مرتبط بطوبولوجيا مستهدفة معينة ونمط معين من اهتمام الأم Rodrigo وآخرون (2004) ،ولشرح ذلك سنستعرض كل مستوى تحتي على حدى مع الاشارة إلى كون (Bates E. B., 1980) أول من وضع هذا التقسيم الثنائي:

- **الإيمائي**: ترتبط الإيماءة واللغة ارتباطًا وثيقًا أثناء تطوير مهارات الاتصال لدى الطفل. وتسبق الإيماءات في الغالب وتحدد طريقة تطور اللغة حتى انه قد وجدت علاقة بين إيماءات معينة وفئات كلمات محددة (Kraljević, 2014)، كما أن له علاقة بتطور الادراك (Blake, J., & Dolgoy, S. J., 1993). ويعتبر اللعب الاجتماعي هو السياق الرئيس لاكتساب الإشارة الإيمائية للإنسان (Hall, 2013) وأشباهه في السن المبكرة(Fröhlich, 2017) ، (Hobaiter, C., & Frohlich, M., 2018) .

تعد الإيماءات نافذة على عمليات التفكير المصاحبة للغة، ولغات الإشارة مساوية للغة المنطوقة بكل ميزاتها (Kersken, 2019) .و نميز عدة أنواع منها (Dimitrova, 2012, pp. 18-30):

- **الإيماءات الظاهرة (deictics):** استعملت Bates, E مصطلحي: الايماءات الأدائية (performatives) (1975) والايماءات المفيدة (instrumental gestures) (1979)، من أمثلة هذا النوع: العرض، الاعطاء، التأشير (Dimitrova, 2012) كما تساهم بشكل مباشر في تثبيت خطاب المتحدث والمرسل إليه ، وهي ذات صلة وثيقة بالمكتسبات القبلية المكانية خاصة للفئة العمرية من 12 إلى 36 شهر (Ayala, Santana, & Rodri, 2005).
- **الرمزية(Iconic gestures):** تتعلق بالتمثيل وبإيماءات اليد الفارغة وهي المسؤول الأول عن نمو البراكسيا ، التي تظهر في عمر12 شهرًا تقريبا، خاصة عندما يستخدم الأطفال جزءًا من الجسم "كما لو" كان شيئًا آخر (على سبيل المثال استخدام السبابة كفرشاة أسنان). في وقت لاحق، خلال السنة الثانية للطفل، يبدأ الطفل في إنتاج إيماءات باستخدام يده الفارغة. يمثل إنتاج الإيماءات الرمزية انتقالًا مهمًا في نمو الطفل فهو يدل على عدم حاجة الطفل إلى الاعتماد على الواقع الملموس للإشارة إلى الأشياء في الوسط الخارجي. لذلك تصبح الحاجة إلى "المرجع" الملموس أقل كما ينتقل إلى التجريد بشكل تدريجي (Dimitrova, 2012, p. 25).
- **الايماءات التعاقدية(Conventional gestures):** هي إيماءات لها شكل حركي وتعني معنى إما محددًا ثقافيًا مثل: الإيماء بـ "نعم"، أو محددًا في سياق تفاعلي معين مثل مداعبة الشعر ليعني "جميل". ينتج الأطفال هذه الإيماءات في أثناء التواصل للتعبير عن حالة داخلية، كجزء من روتين اجتماعي مثل: قول "وداعًا" قبل مغادرة شخص ما، أو كرد على الآخرين مثل :التجاهل بالايماء بـ "لا أعرف". يستخدم الأطفال هذه الإيماءات للتواصل مع الآخرين قبل وقت طويل من حصولهم على ما يعادلها لفظيا، وتبقى لاحقا (حتى في مرحلة الرشد) جزءًا لا يتجزأ من ذخيرة الإيماءات المستخدمة. (Dimitrova, 2012, p. 26). عند دراسة نمو مهارات التواصل-اجتماعي المبكر يتم إستهداف هذا النوع بالدرجة الأولى كون أن المصطلحات الاجتماعية هي أكبر فئة في المفردات التعبيرية المبكرة للطفل (Kraljević, 2014).

يتأثر هذا المستوى بأي خلل يمس النمو العام للطفل حتى في حالة السلامة النفس-عصبية من الاضطرابات المحددة سريريا (كوجود اختلالات نمائية غير نوعية مع سلامة عضوية)، في هذا السياق وضح (Suttora, C., & Salerni, N., 2012) أن الأطفال المولودين في أوانهم لديهم ايماءات تواصلية (ترتبط ببنى لغوية محددة) أكثر بكثير من الأطفال الخدج وأولئك الذين يتميزون بانخفاض الوزن

عند الولادة. أما بالنسبة للاضطرابات المرتبطة سريريا بقصور التفاعل الاجتماعي (Ramos-Cabo, 2019) ، فقد أظهرت العديد من الدراسات أن:

- الإيماءات يمكن أن تتنبأ بالقدرات اللغوية في ASD حسب عدة دراسات ، خاصة الإيماءات الأدائية ، والتي أثبتت أنها متنبئ موثوق به حول نمو اللغة لاحقا في حالة ASD (Özçalışkan, 2016) وقد تم تحديد هذا النوع من الإيماءات أيضًا على أنه الأكثر ضعفًا بشكل واضح في ASDحسب (Mastrogiuseppe، 2015)، وهي نتيجة تتوافق مع تأخر/ضعف اللغة أيضا وإن كان هذا أقل حدة وملاحظا في وقت لاحق مقارنة مع الـ ASD.
- تعد أشكال الاتصال غير اللفظي ، مثل الإيماءات ، ذات أهمية كبيرة في مجال اضطرابات النمو، خاصة في ASD حيث يعد الاتصال غير النمطي ميزة تشخيصية أساسية (Mastrogiuseppe, 2015) ففي حين أن الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون يستخدمون فرص التواصل الإيمائي للتعويض عن ضعفهم اللفظي (Stefanini, 2008)فإن ذوي الاضطرابات التواصل اجتماعية النوعية تتأثر قدراتهم في هذا المستوى خاصة فيما يتعلق بـ: البدء الاجتماعي ، التأثير الإيجابي ، التقليد ، اللعب والكلام التلقائي (Koegel R. L., 2009) كما تشير الدراسات التي تبحث في مسار المهارات الاتصالية غير اللفظية في ASD والاضطرابات الشبيهة به في مجال التواصل الاجتماعي المبكر، إلى وجود اختلافات كمية ونوعية على حد سواء عند مقارنة مسار التطور العصبي. حيث نلاحظ انخفاض معدل الإيماء في ASD و PDD Nos مقارنة بالمعيار بشكل واضح وإن كان متفاوتا (Mundy P.، 1987)، (Mastrogiuseppe، 2015)، (LeBarton E. S., 2016)، (Özçaliskan, 2016)

حقيقة أن هذه الأنواع من الإيماءات قد تكون ما يكمن وراء ضعف التواصل الاجتماعي (Goodhart, 1993) يجعلها تشكل أداة قوية للتدخلات المبكرة. تشير الدراسات السابقة إلى أن التدخل بالإيماءات يحسن المفردات لدى الأطفال ذوي النمو السوي (LeBarton E. S.-M., 2015)، مما قد يشير إلى أن إدراج الإيماءات الأدائية في برامج التدخل المبكرة لـ ASD يمكن أن يكون مفيدًا للغاية (Ramos-Cabo, 2019).

- **اللفظي:** خلال الفترة الممتدة من 18إلى 24 شهر ، ينخفض استخدام الإيماءات ويصبح عرضيًا إلى حد ما في حوالي سن الـ 24 شهرًا لإفساح المجال لوضع الاتصال اللغوي (Nader-Grosbois, 2014). تتزايد المفردات بسرعة، وتسمى هذه الفترة بفترة انفجار المفردات أو انفجار التسمية (Poulin-Dubois, 1994)وتتوافق مع بداية مرحلة الموقع، التي اقترحتها

(Bates C. V., 1975) ، وكذلك تقريبًا في نهاية "المستوى اللفظي التقليدي" و بداية "المستوى الرمزي" (Seibert، 1982)، هنا يبدأ تشكل المجموعات اللفظية الأولى المكونة من كلمتين (أو حتى ثلاث كلمات) وانتاج عبارات تدعمها القواعد النحوية(Tourrette C. &., 1994) لتعبر عن العلاقات الدلالية المتنوعة بشكل متزايد.

عموما، بين 10 و 24 شهرًا، يتمكن الطفل المعياري من التواصل عبر الإشارات التقليدية (الإيمائية والصوتية) ليطور استخدام الكلمات والجمل وليساهم في إثراء قدرته على التعبير عن معانيها. (Camaioni, 2002)

1.3. المخطط الذهني الرمزي:

يعد امتدادا للمخطط الذهني التعاقدي الايمائي ، فبالرجوع إلى الأدبيات العلمية، نجد أن تناول موضوع "الانتقال من التواصل التقليدي إلى التواصل الرمزي" كان تناولا كلاسيكيًا في النظريات النمائية مثل نظريات Piaget و Vygotski و Werner و Kaplan و Bruner... الخ. فقد درس Piaget انتقال الأطفال من الذكاء الحسي الحركي إلى الذكاء التمثيلي ، وأكد Brune على أهمية دعم الأمهات لأطفالهن في تنمية الجوانب الاجتماعية التفاعلية ، ووضع Vygotski مفهوم منطقة النمو القريبة (Camaioni, 2002)، وكل هذه المفاهيم أكدت على وجود علاقة ثلاثية بين الإيماءة الرمزية واللعب وتنمية اللغة بالإشارة عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 18-31 شهرًا (Hall, 2013) مع اختلاف المصطلحات التي استخدمتها كل نظرية. لذلك لطالما اعتبر اللعب الرمزي سياقًا خصبًا للنمو التواصلي (Vygotsky، 1978) (1962)(Bruner J. , 1983)

مجموع هذه النظريات ، افترض أن هناك صلة نمائية بين اللغة والإدراك المبكر والتواصل. كما تعارض مع النظرية التوليدية التي تؤكد على فطرية واستقلالية اللغة عن الجوانب الأخرى لتطور الفكر (Fodor, 1983)(Chomsky, 1981) ، في نفس الوقت يؤكد قطاع هام من "نظريات الرمز"[1] أن اكتساب اللغة هو عملية نشطة يقوم فيها الأطفال ببناء معرفتهم وبناء معاني مشتركة بناءً على تجاربهم مع الأشياء وفي التفاعل مع الناس. وبالتالي هناك انتقال تدريجي للغاية من التواصل من خلال الأصوات

[1] (The Symbol Theory's) : هي مجموعة من النظريات التي اهتمت نظام الرموز الواجب تعلمه في إطار اكتساب اللغة. نميز ثلاث مدارس رئيسة للتنظير حول كيفية تحقيق هذا الإتقان:
- "التفاعلي" ، الذي يحدد مكان تعلم اللغة في سياق استخدامه ؛
- "المعرفي" ، الذي يضع تعلم اللغة كجزء من التطور الرمزي بشكل عام ؛
- و "المستقل" ، الذي يؤكد استقلالية دراسة الكفاءة النحوية عن استخدام اللغة والمبادئ العامة للتطور المعرفي.
لتفصيل أكثر، أنظر (Johnson, 1996).

والإيماءات إلى إنتاج وفهم الكلمات كرموز تمثل الأشياء والأحداث. وبالتالي، يمكن تصور التواصل وتنمية اللغة كعملية مستمرة تتضمن:

- الانتقال من الاتصال غير المقصود إلى الاتصال المقصود (Camaioni,1993)
- الانتقال من الاتصال التقليدي إلى الاتصال الرمزي (Camaioni,2001).

ففي دراسة لـ (Quinn, S., & Kidd, E., 2019) بحثت في تفاعل من مقدمي الرعاية وأطفالهم البالغين من العمر 18 شهرًا يشاركون في 20 دقيقة من اللعب الرمزي ومقارنته بالتفاعل أثناء اللعب الوظيفي، تميز اللعب الرمزي بتواتر ومدة أكبر للانتباه المشترك واستخدام أكبر للإيماءات خاصة الرمزية منها باستعمال أشياء في متناول اليد. تشير النتائج إلى أن اللعب الرمزي يوفر سياقًا غنيًا لتبادل المعاني الاجتماعية واللغوية، وبالتالي قد يساهم في تطوير المهارات الهامة الكامنة وراء النمو التواصلي. في نفس الوقت، وحسب (Singer, 2019) يعد هذا المستوى حساسا بالنسبة لنمو التخيل عند الطفل، والأكثر تأثرا في حال التعرض المفرط للتلفاز.

نمائيا، يستطيع الأطفال- حتى قبل أن يبدؤوا بالكلام- التواصل باستخدام الإيماءات والتلفظ. من خلال المخطط الذهني التعاقدي السابق، فيدركون مجموعة متنوعة من النوايا التواصلية مثل السؤال والاتصال والاحتجاج والترحيب. أما في حدود السنة الثانية من العمر، فيستخدم الأطفال الكلمات كرموز تمثل الأشياء والأحداث أثناء المحادثات العائلية، ثم يصبحون قادرين تدريجيا على دمج الكلمات في جمل. (Camaioni, 2002) هذا التدرج المهاري محكوم بنماذج هرمية خطية تتضمن " تحليل المسارات النمائية للصيغ والأفعال الاتصالية وترتبط ارتباطا وثيقا بمقدار التفاعل البيني (طفل-بالغ) (Camaioni, 2002).

2. الوظائف التفاعلية:

حسب (Bruner J. S., 1974) يجب أن يأخذ أي بحث ميداني حول اكتساب اللغة في الاعتبار الطريقة التي ينتقل بها الطفل من التواصل ما قبل الكلام إلى استخدام اللغة المناسبة، لأنه يمكن إظهار أن العديد من السمات التنظيمية الرئيسة للنحو، والدلالات...، و حتى الفونولوجيا لها سلائف مهمة في الافعال التواصلية عند الرضع. يتم فحص هذه المتطلبات المسبقة في أربعة مجالات مختلفة:

- طريقة الأم في تفسير نية الرضيع التواصلية
- تطوير الآليات المرجعية المشتركة

- قواعد استحضار المساعدة
- طريقة الرضيع في تحليل سلوك الأم التفاعلي.

ومع تطور الدراسات وظهور أدلة مؤكدة لما وضحه Bruner، تم تحديد ثلاثة وظائف تفاعلية كبرى يستخدمها الطفل ابتداء من سن جد مبكر، وتتمثل في وظيفة:

1.4.التفاعل الاجتماعي (Social interaction-IS):

يشير إلى السلوكيات التي يكون الغرض الرئيسي منها لفت الانتباه إلى الذات في إطار التبادلات خلال اللعب.هذه التبادلات لديها خاصية كونها غير موجهة فهي تحدث كجزء من: الألعاب الإيمائية، الصوتية، الاجتماعية، اللفظية أو ألعاب تبادل الأشياء أو الأدوار (Bruner J. S., 1974).

وقد أكد (Braten, 2007)على اهمية الرضاعة المشتركة وحركات المشاركين التي تتطور لاحقا إلى المحاكاة والمحادثة بالمفهوم الثقافي العام

1.5.الانتباه المشترك (joint attention -JA) :

يسمى أيضا بـ: الاهتمام المشترك، أو التجربة المشتركة لشيء أو نشاط ما، وهو التركيز المشترك بين شخصين (أو أكثر) على شيء أو حدث ما (Panganiban, 2017, p. 1). ويتمثل دوره في:

- هو أحد أقدم مؤشرات التفاعل الاجتماعي، وهو مقدمة مهمة للغة (Panganiban, 2017)
- يساهم JA في تكوين الشراكة الاجتماعية بين الطفل والآخر، كما له تعلق بالظهور المعجم(التواصل الرمزي) لديه . (Bruinsma Y. K., 2004)
- يلعب دورا محوريا في تطوير اللغة، حيث كان (Tomasello, 1986) من أوائل من تفطن لهذا الأمر، كما قد حقق الجمع بين مناهج JA لكل من (Mundy P.، 2007) فيما يخص الترميز التجريبي لأفعال البدء والاستجابة الخاصة بالرضع، وبين أوصاف لسلوكيات الرضع والأمهات أثناء المشاركة الاجتماعية الفارق في دراسة التغييرات النمائية في مسارات الرضع والأمهات لتحقيق JA وصولا إلى وجود لغة وظيفية صحيحة (Panganiban, 2017).
- نظرية العقل (Charman, 200).

وحسب (Landa R. , 2007) يرتبط نموJA بقدرات التواصل المبكر بشكل وثيق، فغالبًا ما تظهر مهاراته خلال العامين الأول والثاني من الحياة (Panganiban, 2017)، حيث نلاحظ:

- **في عمر 9-10 شهور** ، يدرك الرُضّع أن اتجاه تحديق الاخرين وإيماءاتهم يشير إلى شيء مهم، فيحولون انتباههم إلى الشيء الذي "يُشار إليه" من خلال هذه السلوكيات مع الشركاء الاجتماعيين، وبالتالي يتم إنشاء حالة من الاهتمام المشترك مع الآخر. هذه القدرة مهمة لتعلم أن الكلمة تشير إلى شيء معين[1]. في النمو النموذجي ، يتأثر الرضع بشدة بإشارات JA للآخرين، فيبدؤون بربط كل كلمة جديدة بشيء ما إذا كان المتحدث ينظر إلى هذا الشيء أكثر مما لو كان انتباهه غير موجه إلى ذلك الشيء، مما يؤكد على مساهمة الـ JA -كمهارة متعلقة بالفهم الاجتماعي- لتفسير الكلمات الجديدة ابتداء من هذه المرحلة العمرية (Baldwin, 2001)
- **في نفس الفترة تقريبا، من 9 أشهر و إلى غاية 15 شهرًا** ، وجد أن الأطفال يتقدمون من مشاركة الاهتمام مع الآخرين ، إلى متابعة اهتمام شخص آخر ، وتوجيه انتباه وسلوك شخص آخر ، النظرة ، تتبع النقاط ، وتقليد نوعين مختلفين من الإجراءات باستخدام الأشياء ، الإيماءات، واستيعاب اللغة وإنتاجها (Carpenter, 1998)
- في **سن 12 شهرًا**، يُظهر الرضع عددًا من السلوكيات الجديدة التي يبدو أنها تشير إلى فهم ناشئ حديثًا لأشخاص آخرين ككائنات متعمدة يمكن مشاركة انتباهها إلى الأشياء الخارجية ومتابعتها وتوجيهها بطرق مختلفة (Carpenter, 1998)، في هذه الفترة، يميل الرضع إلى تمييز أنفسهم عن الشخص الآخر. وقد أطلق (Trevarthen, 1978) مفهوم (Secondary intersubjectivity)[2]المرتبط بأنماط الاتصال بين الأم والطفل والوعي الذاتي الناشئ لدى الرضيع الذي يتزامن في نهايته مع ظهور أفعال المعنى (Hubley, 1978). غالبًا ما يعرض الرضع هذا المفهوم من خلال الأفعال الاجتماعية المبكرة المتمثلة في تقليد البالغين، فـ:
- **في سن 13 شهر**، تكون المبادرة بـ JA أقل تعقيدا لكنه يتولد غالبا عن مبادرة الأم التي تركز على الشيء المنتبه إليه تشاركيا والطفل (Loy, 2018) وهذا راجع إلى كون ان ظهوره يكون وفق المعايير النمائية قرب نهاية العام الأول (Wittemeyer, 2008)

---

[1] تعتبر البنية الأولية لثلاثية (الدال، المدلول، المرجع)

[2] مفهوم يترجم حرفيا إلى (الذاتية الثانوية) وهو إحساسًا داخلي بالذات يتطور في سياق علائقي (Fogel, 2007)، يمر نموه عند الرضيع بـ 4 محطات:

1. يثبت الرضيع انتباهه **مؤقتا وبشكل غير دائم** على الام عند قيامها بعملها مادامت في مجاله البصري .
2. تزامنا مع ظهور مفهوم الذات والوعي بالآخر، يصبح الانتباه مستقرًا وديناميكيًا ، حيث ينتبه الرضيع **باستمرار** لسلوكه وسلوك والدته.
3. هذا يؤدي إلى ظهور إطار اتصال مستقر لـ JA ، فيزيد زمنياو يكون للذات وللأعمال الأخرى في نفس الوقت (مبادرة / استجابة/ ومحافظة على الـ JA في نفس الوقت) تزامنا مع القدرة على احداث تغييرات في سلوك الأم (المبادرة بتنظيم السلوك التي تعد اللبنة الأساسية لتكون الضمير "أنت" لاحقا).
4. دمج وانتشار الهدف Secondary inter-subjective.(Trevarthen, 1978)

- **ابتداء من الشهر 17**، تصبح المبادرة المشتركة للرضيع أكثر تكرارًا وتؤدي إلى "نوبات" JA، وترتبط مع تزايد المفردات لديه (Loy, 2018).

يلعب قصور نمو JA دورا مهما في تطوير اللغة للأطفال غير المعياريين (Mundy P. e., 1987)، وتحديداً الأطفال الذين يعانون من ASD (Panganiban, 2017). فكما لا يعتبر شذوذ نمو الانتباه المشترك في سن مبكرة من أهم العلامات التي يعتمد عليها في التشخيص المبكر للـ ASD فقط، بل يعد مؤشرا نمائيا وهدف تدخل محتمل (Bruinsma Y. K., 2004)

وقد اعتبر (Panganiban, 2017) مقاييس التواصل الاجتماعي المبكر (ESCS) المعيار الذهبي المقبول عمومًا لتقييم الانتباه المشترك، والذي يعد اختبار تقييم التواصل الاجتماعي المبكر (ECSP) النسخة المحدثة منه، و الاختبار الذي سنقوم بتقنينه في هذا البحث حسب ما تقتضيه قدرات الطفل الجزائري.

1.6.تنظيم السلوك:

يتدخل في تفاعلات هدفها تعديل سلوك الآخرين، فإما أن يسعى الطفل إلى تعديل سلوك الكبار (على سبيل المثال ، كأن يطلب المساعدة للحصول على شيء مرغوب فيه أو تشغيل شيء ميكانيكي) أو يوافق على تعديل سلوكه الخاص بناء على طلب الكبار (نحو إعطاء شيء ، ووقف العمل ...).

اعتبره (Bruner J. S., 1974) الجسر الواصل بين التواصل و اللغة، فهو القدرة التي تسمح للطفل بتجنيد المساعدة في أثناء القيام بالنشاط المشترك؛ كما يساهم لاحقا في التحويل المنظم للتعليق على الموضوع في الكلام إلى التنبؤ الصحيح.

3. الأدوار التفاعلية:

تتجلى الأدوار التواصلية التي يتبناها الطفل في المواقف التي تنفذ خلال التقييم ، فيمكن للطفل أن يلعب ثلاثة أدوار(ما عدا المقياس التحتي لـتنظيم السلوك الذي يحتوي على دورين فقط) في كل من هذه الوظائف التفاعلية من خلال انقسام سلوكيات الطفل إلى واحد أو أكثر من هذه الوظائف وفقا للغرض السائد من كل تبادل.

- فيمكنه أن يبدأها
- أن يستجيب لها من خلال الرد على توجيهات الكبار

- أن يحافظ علي وضعية التبادل التفاعلي (باستثناء مقياس "تنظيم السلوك").

تجتمع هذه الأدوار (الأبعاد) لتكون "الكفاءة الاجتماعية" (Usher, 2015)، التي تتجلى وظيفيا مما يجعل لكل دور أهميته، وضرورته.

ثانيا: النمو التواصل اجتماعي المضطرب

ظهر مصطلح "اضطراب النمو العصبي" بصدور الدليل التشخيصي الخامس DSM 5 سنة 2013،الذي جعل من الممكن فحص مشكلة تشخيص الاضطرابات النمائية الشاملة PDD (كما كانت تسمى سابقا) من زاوية جديدة. فالصيغة السلوكية الحالية للـ ASD على الخصوص كما هي محددة في DSM5 ، متأخرة زمنيا. حيث ترتبط فترة ظهور الاضطراب بالفترة من 30 إلى 72 شهر بطريقة متداخلة مع اضطرابات النمو الفكري TDI (من الولادة إلى 60 شهرًا) و اضطراب نقص الانتباه مع أو بدون فرط النشاط TDA/H (60 شهرًا إلى 120 شهرًا). إذا قمنا بمطابقة هذه النوافذ مع تلك الخاصة بتطور العمليات الخلوية والوظيفية الرئيسية للتطور العصبي ، فإننا نجد أنفسنا ، بالنسبة لـ ASDالذي يعد أكثر اضطراب اتصالا باختلال النمو التواصل-اجتماعي وحضورا من حيث الكم البحثي المسخر لدراسته، في فترة محورية وهي فترة الميلين المحوري[1] ، وهي الفترة التي تتغطى نهايات التوليف العصبي[2]. في نفس هذا النطاق الزمني تظهر مهارات الإنتاج والبدء لبعض الوظائف النفسية النمائية (Pry, 2019, pp. 145-151) فعلى:

- **المستوى المعرفي** : يظهر اللعب الرمزي، وتتشكل ذكريات السيرة الذاتية (Autobiographical memory) في الكلام وصياغة واعية للذات.
- **المستوى العاطفي**: نجد التعبيرات الأولى عن التعاطف تجاه الآخرين والقدرة على التعبير عن عواطفهم بحرية،
- **المستوى اللغوي**: بدء الإنتاج اللغوي المنظم وتعلم لغة واحدة أو أكثر.

غير أنه لظهور هذه المهارات المختلفة لا بد من مهارات تنسيق لم تكن مرتبطة من قبل: فبالنسبة للغة المنطوقة مثلا، لابد من قدرات تنسيق الفهم اللفظي للمفردات المعجمية (stock lexical) والعضلات الفمية (70 عضلة). كما أن لظهور التعاطف ونظرية العقل يجب على الطفل وضع علاقة بين فهم العواطف ووجهات النظر ... إلخ. أما في حالة ما لم تتم ترتيبات التنسيق هذه ، أو تمامها في وقت متأخر أو بشكل غير نمطي ، تظهر تراكيب نمائية مختلة يعبر عنها في التصنيفات الدولية بـ "العيوب" ، "الشذوذ" أو حتى "التغيير" التي تعكس وجود انحرافًات أو انعداما لتطور هذه المهارات مقارنة بالتطور المعياري للمجالات اللغوية والعاطفية والمعرفية. (Pry, 2019)

[1] période charnière qui est celle de la myélinisation des axones
[2] la fin de la synaptogénèse

كما يعد التشخيص المبكر لاضطرابات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال قبل سن 24 شهرًا مشكلة صحية عامة رئيسية. مما دفع عددا من الباحثين إلى تقييم المعرفة المتعلقة بالاستراتيجيات التشخيصية وبالتالي الأساليب العلاجية الجديدة للأعمار الأصغر في مسار النمو، فقد طور على - سبيل المثال- (Vantalon, 2019) وحدة مخصصة لتقييم الأطفال دون سن 24 شهرًا الذين يعانون من اضطراب التواصل الاجتماعي في خدمة الطب النفسي للأطفال والمراهقين.

تعد الأدوات السريرية الجديدة ضرورية لتقييم أعراض التوحد بشكل أفضل ولكن أيضًا الأداء المعرفي أو المهارات الحركية أو مهارات الاتصال أو الحسية أو المزاج. كل هذه الأدوات تفتح آفاقًا جديدة فيما يتعلق بمعرفتنا بمشكلات المهارات المبكرة لدى الأطفال. غير أن هذه الأهمية تصطدم بعوائق (منهجية) ترتبط خصوصا بالاختلاف الملاحظ في الأدبيات حول آليات اطلاق الحكم بالتأخر فضلا عن الاضطراب، فحسب الجزء Cمن قانون تعليم الأفراد المعاقين (IDEA) بالولايات المتحدة (والذي يعد من الأدلة التشخيصية المعتمدة عالميا) يتم اطلاق وصف التأخر في حالة وجود ما لا يقل عن 25 ٪ من المهارات المفترض للطفل اكتسابها في العمر الزمني Xأو من خلال الانحراف المعياري 1.5 أقل من مستوى العمر الزمني أيضا (Garro, 2016).

أما فيما يتعلق بأعراض الطفولة المبكرة خاصة بالنسبة لـ ASD، توجد بعض الاختلافات المظهرية بين الذكور والإناث والتي تلاحظ بشكل أحسن في الطفولة المبكرة، كما توجد قلة من الأدلة على الاختلافات الجنسية في عجز الاتصال الاجتماعي في كل من الشباب والأعمار الأكبر. |وانخفاضً في أعراض التواصل الاجتماعي عند كبار السن مقارنة بالأفراد الأصغر سنًا المصابين بـ ASD (Tillmann, 2018).

في نفس السياق، سمحت الدراسات التجريبية التي تتم فيها مقارنة الأطفال المصابين اضطرابات التواصل الاجتماعي ممثلة في اضطراب طيف التوحد بالأطفال المتأخرين عقليا من الذين لا يعانون من ASD، أو الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نمو محددة PDD، أو حتى أولئك الذين يتمتعون بنمو نموذجي TDبتحديد العلامات التي من المحتمل أن تفرق بين هذه الفئات، حيث أن الأشهر القليلة الأولى (الى غاية عمر3 أشهر) من النمو في ASD لا يمكن تمييزها عن TD في أغلب الأحيان ، كما أن أقرب شذوذ في ASD سيكون حسيًا وحركيًا بدلاً من كونه اجتماعيا (Thomas M. S.-S., 2016). أما لاحقا فالعناصر الأكثر توجيها (من الناحية التشخيصية) للتوحد تكون هي الصعوبات من حيث:

- الاهتمام المشترك (Baron-Cohen, 1992) (McEvoy, 1993) (Mundy P. S., 1994)

- الميل الضعيف للنظر إلى الوجه ، وعدم الاستجابة للدعوة بالاسم الأول وغياب ألعاب التظاهر . (Hertzig, 1989)(Osterling, 1994)

وقد وجدت دراسات الأفلام العائلية(Adrien J. L., 1993) (1991) علامات تدل بوضوح على التوحد، والتي تختلف باختلاف العمر المعني:

- **ففي العام الاول** ، يسود فقر التواصل وقلة عدد الابتسامات الاجتماعية ونقص استعمال تعابير الوجه.
- **في عمر السنتين**، لا يزول فقر التواصل، مع انخفاض في القيمة التعبيرية-العاطفية، كما تبرز الصور النمطية والمواقف الغريبة والاهتمام المحدد لتمييز الأشخاص المصابين بالتوحد عن الأطفال الآخرين (Rogé B. , 2002).

1. تصنيف اضطرابات التواصل الاجتماعي حسب اللوحات العيادية:

وصفت (Murphy, 2019) وآخرون، الأطفال الذين يعانون من ضعف التواصل الاجتماعي بكونهم مجموعة غير متجانسة وتشمل بدورها مجموعات سريرية وغير سريرية.

تتمثل المجموعات السريرية في فئات مختلفة:

1.1.اضطراب اللغة المحدد: الذي عرف حسب DSM 5 بـ "اضطراب اللغة النمائية"، ففي دراسة مقارنة قام بها على (Helland & Helland, 2017) توصل إلى وجود تأثير كبير للقدرات اللغوية البراغماتية على الوظيفة الاجتماعية وفي حل النزاعات الشخصية مع الأقران بالنسبة للأطفال الذين يعانون من اضطراب اللغة المحدد و ان كان بقدر أقل حدة مما هو الحال عليه في اضطراب طيف التوحد. وحسب (R.'Handley, K. Radley, J. Lum, 2016) فإن الصعوبات الاجتماعية تمثل مجالًا رئيسيًا للقلق لدى الأطفال الذين يعانون من الضعف اللغوي المحدد.

1.2.اضطراب التواصل الاجتماعي(social (pragmatic) communication disorder (SPCD): كاضطراب قائم بذاته، ويسمى أيضا بـ "البراغماتي" هو فئة تشخيصية جديدة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية ، الإصدار الخامس (Lauren B) (Swineford, 2014) وقد تم تضمين هذا الاضطراب ضمن اضطرابات التواصل ، وهو شرط جديد للصعوبات المستمرة في الاستخدامات الاجتماعية للتواصل اللفظي وغير اللفظي. ونظرًا لأن عجز الاتصال الاجتماعي هو أحد مكونات اضطراب طيف التوحد (ASD) ، فمن

المهم ملاحظة أنه لا يمكن تشخيص SPCD في وجود اهتمامات محدودة و سلوكيات تكرارية ونمطية (الممثلة للمحك التشخيصي الثاني لـASD) (AAP، 2013). يتم تعريف SPCD بالعجز الأساسي في الاستخدام الاجتماعي للتواصل غير اللفظي واللفظي حسب المعايير التشخيصية المثبتة في DSM 5. يتميز الأفراد المصابون بـ SPCD بصعوبة في استخدام اللغة لأغراض اجتماعية ، ومطابقة التواصل بشكل مناسب مع السياق الاجتماعي ، واتباع قواعد سياق الاتصال (على سبيل المثال ، المحادثة ذهابًا وإيابًا) ، وفهم اللغة غير الحرفية (مثل النكات ، والتعابير ، والاستعارات) ، ودمج اللغة مع السلوكيات التواصلية غير اللفظية. لوضع هذا التشخيص يجب تطوير مهارات لغوية كافية قبل أن يتم الكشف عن هذه العيوب البراغماتية عالية المستوى ، لذلك لا ينبغي إجراء تشخيص للـ SPCD حتى يبلغ الأطفال 4-5 سنوات من العمر (وهو نفس السن المطلوب للتشخيص بضعف اللغة المحدد). يمكن أن يحدث اضطراب التواصل الاجتماعي مع اضطرابات التواصل الأخرى في DSM-5 (بما في ذلك اضطراب اللغة واضطراب صوت الكلام واضطراب الطلاقة البادئ في الطفولة واضطراب التواصل غير المحدد) ، ولكن لا يمكن تشخيصه في وجود اضطراب طيف التوحد (Lauren B Swineford, 2014)

1.3. اضطرابات طيف التوحد (ASD): كما هو محدد في اللوحة العيادية المثبتة DSM-V (AAP, 2013)،وكما هو موصوف في ICD 10 (WHO, 1996)،وفي دراسة لـ (F. Larkin, 2017) وآخرون الذين بينوا أن المصابين بطيف التوحد ينتجون عددًا أقل بكثير من الإشارات التواصلية "النموذجية" ذات الطابع الاجتماعي والمزيد من الإشارات المصنفة على أنها متقطعة أو مقولبة أو نمطية ، حتى عندما تمت إزالة العناصر غير اللفظية (كتصويب النظر) من الاعتبار. كما لوحظ أن قصور الكفاءة الحوارية لم تكن مرتبطة بالقدرة اللغوية العامة بل ارتبطت بمدى القدرة البراغماتية مما يستلزم ان على الفاحصين تقييم القدرة اللغوية في حالة طيف التوحد في بيئات اجتماعية غير منظمة. كما يتميز المنهج الاجتماعي غير النموذجي في الـ ASD حسب(Vallée-Ouimet, 2016) بصعوبة كبيرة في بدء أو الحفاظ على أو إنهاء الوضعية التواصلية، وبالتأثير الاجتماعي المخفض في نفس الوقت.

يجدر التنبيه إلى أن الأطفال الذين يواجهون صعوبات في التواصل الاجتماعي لا يقتصرون على أولئك الذين تشملهم تشخيصات DSM-5 و ICD 10 و المتمثلة في الاختلالات المذكورة سابقا، فقد ثبت أيضًا أن التواصل الاجتماعي وصعوبات اللغة البراغماتية مرتبطة بـ**مجموعات سريرية أخرى**، لا سيما أولئك الذين يعانون من:

1.4. متلازمة ريت (Rett syndrome): فحتى بين الفتيات اللواتي يحتفظن بالقدرة الجزئية على الكلام لاحقا بعد انحدار قدراتهن الحركية ،المعرفية واللغوية ، فإن العيوب الاجتماعية التواصلية موجودة من قبل الانحدار وتستمر بعد هذه الفترة (Marschik P. B.-P., 2012) و (2014)، بل وتكون واضحة قبل بداية تقهقر قدرة الطفلة المنتمية إلى هذه الفئة في الفترة ما بين 9 و 12 شهرًا من العمر(Bartl-Pokorny, 2013) .

1.5.متلازمة X الهش (FXS -fragile X syndrome): تعتبر دراسة (Marschik P. B.-P., 2014) الأولى في موضوعها، حيث تشير النتائج إلى أن الأطفال الذين يعانون من FXS قد يكون لديهم مجموعة محدودة من أشكال التواصل والوظائف التفاعلية ابتداء من سن 9 إلى 12 شهرًا.

1.6.اضطراب تشتت الانتباه المصحوب/ بدون فرط الحركة(ADHD) الذين يملكون نفس الملمح التواصلي لذوي الـ ASD في سن التمدرس حسب (Bishop DV, 2001).

1.7.اضطراب السلوك التي تغير من السلوك الاجتماعي للمراهقين وتمس شبكة معالجة المعلومات الاجتماعية في الدماغ مما يساهم في ظهور اضطرابات المزاج و القلق خلال فترة المراهقة (McClure EB et al., 2005) (Donno R P. G., 2010) كما هو الحال ممن يعانون من السلوك التخريبي (Gilmour J, 2004) .

1.8.الفصام حيث يتم تعطيل التفاعل الاجتماعي والتواصل ومعالجة الانفعال والبوابة الحسية والوظيفة التنفيذية بشكل شبيه لما نجده في ASD (Cheung, 2010) (Langdon R, 2002)

1.9.Williams Syndrome: يظهر معظم المصابين صعوبات اجتماعية وتواصلية. لدرجة أن يتم تصنيف نصفهم تقريبًا بواسطة خوارزمية ADOS على أنهم مصابون بـ "طيف التوحد". كونهم يعانون من صعوبات في الإشارة والإيماءات والظهور والتواصل البصري، مع وجود العديد من الصعوبات أيضًا في البدء والاستجابة للانتباه المشترك ودمج النظرة مع السلوكيات الأخرى (Klein-Tasman، 2007).

أما المجموعات غير السريرية فتتمثل في الأطفال الخجولين حسب دراسة (Coplan RJ, 2009) و (Mewhort-Buist TA, 2013) ,كما أن هناك أيضًا مؤشرات على أن اضطرابات التواصل الاجتماعي لا يتم تشخيصها بشكل كبير ، خاصة عند الأطفال ذوي الوضع الاجتماعي الاقتصادي المنخفض وفق ما أثبته (Bishop DVM, McDonald D, 2009) و (Donno R P. G., 2010) .

2. خصائص النمو التواصل الاجتماعي عند ذوي الاضطرابات النمائية العصبية ذات العلاقة:

ركزت الدراسات حول هذا الموضوع على اضطراب طيف التوحد كنموذج بحثي كونه يحمل الصورة الأكمل للاضطراب التواصل الاجتماعي، مما يؤدي إما إلى تثاقل نموها، أو اضطرابه، او نموه بشكل عادي مما يسبب شرخا بين الميدانين يؤدي في نهاية المطاف إلى مظاهر الاضطراب النمائي العصبي. وهذا راجع إلى كون ASD و أشباهه من الاضطرابات النمائية العصبية المؤثرة على النمو التواصل-اجتماعي يتميز الواحد منها بكونه يؤثر على أنظمة متعددة ، ولأن الأطفال المصابين لديهم احتياجات مختلفة في نقاط مختلفة في عملية تطورهم ، فمن غير المحتمل أن تكون طريقة التدخل الواحدة كافية على النحو الأمثل لجميع الأطفال من نفس الفئة التشخيصية (Beglinger, 2005) التي تنقسم إلى :

- **تأخر اكتساب المهارة في مجال محدد:** ويقصد به تأثر البعد الزمني للاكتساب ، مع وجود محك تباييني يؤكد سلامة الميادين الاخرى كما نجده مثلا: في بعض حالات ذوي التأخر الحسي الحركي، حيث يعانون من تأخر في المهارات الحركية العامة أو الدقيقة أو كليهما فقط مع سلامة بقية الميادين المعرفية ، في حين نجد نفس الفئة العمرية ممن يعانون من ASD ، أنهم يعانون من مشاكل على المستوى نمو المهارات الحركية والمعرفية-الاجتماعية على حد سواء (Provost, 2007)
- **عدم تجانس نمو الميدان** (الذي يحتوي بدوره على مجالات تحتية) مع باقي الميادين الارتقائية، بأن يكون الملمح النمائي للميدان غير متجانس، مما يعتبر مؤشرا على خطورة الاضطراب، فكلما كان عدم التجانس أكبر كلما انخفض مستوى النمو أكثر (Bernard M. A.-G., 2016)، علما أن الأطفال الأصغر سناً (من 4 إلى 24 شهرا) الذين يعانون من ASD يظهرون عدم تجانس اجتماعي وعاطفي أكبر. بالإضافة إلى ذلك، هناك اختلافات في مجالات "العلاقة العاطفية" و "التفاعل الاجتماعي" حيث أن مستويات الشذوذ تكون أعلى عند الأطفال الصغار في حين أن عدم تجانس نمو "التقليد الإيمائي" يكون ذا مستوى أعلى في الأطفال الأكبر سنا (Adrien J. L.-G., 2016).

يشار إلى أن اظهار ذوي الاضطرابات التواصل اجتماعية لمستويات منخفضة جدًا من السلوكيات الاجتماعية البسيطة لبدء التفاعلات والحفاظ عليها. يتحسن بعد تلقيها ما لا يقل عن 30 - 40 ساعة علاجية أسبوعية حسب مستوى شدة الاختلال السلوك-اجتماعي (Sherer, 2005)

3. الأنماط الاجتماعية للاضطرابات النمائية العصبية ذات العلاقة:

يتخذ ضعف التفاعل الاجتماعي عند الأطفال أشكالًا مختلفة (Mundy P. C., 2007) ، (Klin, 2009). كما أن التنوع في أسلوب التفاعل الاجتماعي يؤدي إلى إلى تنوع في احتياجات التدخل والذي يرتبط أيضا بمعدل الذكاء، الكثافة الزمنية للتدخل العلاجي، و التبكير به ونوع الشريك الاجتماعي (بالغ، شقيق، قرين)...إلخ (Beglinger، 2005)، (Mirenda, 1986)، (Hauck, 1995).

ولا ترتبط هذه الأنماط بـ ASDأو SPCD فقط، بل أيضا تلاحظ أيضا في الاعاقات الذهنية التي تتميز غالبا بثبات النمط الاجتماعي (Beadle-Brown, 2002) خلافا لذوي الأداء الذكائي العالي من التوحديين(HF-ASD) أو المصابين بـ ،SPCD (Beglinger، 2005)[1].

درس (Wing L. &., 1979) الإعاقات الشديدة في التفاعل الاجتماعي والتشوهات الوظيفية المصاحبة عند الأطفال دراسة وبائية تصنيفية و قام بتمييز الأفراد المصابين باختلال قدرات التواصل الاجتماعي بناءً على أسلوب تفاعلهم الاجتماعي.وقد وصف بشكل منهجي ثلاثة أنواع فرعية اجتماعية مختلفة ، و دعى كل واحد منها بالنمط الاجتماعي (social style) في محاولة منه لوضع نظام تصنيف يعتمد على جودة التفاعل الاجتماعي:

3.1. **النمط النشط و الغريب (Active-but-odd):** يسعى الطفل بنشاط إلى التفاعل مع الآخرين، وإن كان ذلك بطريقة غير معتادة (Wing L. &., 1979)، يلاحظ هذا النوع بشدة عند ذوي الاداء العالي من المتوحدين HF-ASD، ويكمن الخلل الاساسي في القدرة على تنظيم السلوك، كما يتمتع غالبا بأعراض ADHD مصاحبة و وضعف الأداء التنفيذي ، وتعتبر التدخلات المبنية على التنظيم الذاتي للسلوك الأحسن على الاطلاق مثل: الجداول البصرية... (Beglinger، 2005).

3.2. **النمط السلبي (passive):** لا يبدأ الطفل السلبي التفاعل الاجتماعي، ولكنه يستجيب بشكل مناسب للمبادرات الاجتماعية للآخرين (Wing L. &., 1979)، قد ينتج القلق الاجتماعي للتعويض عن عدم القدرة على بدء التفاعلات الاجتماعية كما قد توجد أسباب مختلفة كامنة وراء الافتقار إلى المبادرة الاجتماعية، مثل: نقص الدافع الاجتماعي أو نقص الكفاءة الاجتماعية. يستفيد هؤلاء عموما من التدخلات المبنية على تنمية الادراك الاجتماعي وزيادة الدافعية للتواصل (Beglinger، 2005).

[1] أنظر الملحق (1)

3.3.**النمط المنعزل (aloof):** لا يبحث الطفل المنعزل عن أي تفاعلات اجتماعية، ولا يستجيب الطفل اجتماعيًا لمبادرات الآخرين (Wing L. &., 1979)

يظهر النمط الاجتماعي المسيطر في مرحلة الطفولة المتأخرة والمراهقة بشكل واضح جدا ، وان كانت بوادره الأولى تظهر بشكل مبكر. عموما، يرتبط نمط التفاعل الاجتماعي النشط ولكن الغريب بشكل إيجابي بشدة أعراض ASD أو SPCD .

علاوة على ذلك، ارتبط أسلوب التفاعل الاجتماعي النشط ولكن السلبي بشكل سلبي بالصحة النفسية الاجتماعية للأطفال وإيجابيًا بمشاكل الأداء التنفيذي (نظرية العقل). يفسر أسلوب التفاعل الاجتماعي جزءًا من عدم التجانس بين هؤلاء الأطفال مما يحتم تصميم تدخلات فردية (Scheeren, 2012).

عموما، يتم تحديد النمط الاجتماعي من خلال الملاحظة العيادية للطفل أثناء وضعيات تفاعلية مختلفة، كما توجد بعض الوسائل المبنية على معطيات إبيديميولوجية تسهل على الفاحص تحديد الأسلوب المهيمن وبالتالي التمكن من اقتراح تدخلات علاجية أكثر ملاءمة للحالة أهمها على الاطلاق: **جدول العوائق والسلوك والمهارات HBS**[1] لـ (Wing L. , 1980) وهو مقابلة سريرية مصممة لاستخلاص التفاصيل المتعلقة بالعديد من جوانب النمو ، بما في ذلك التفاعل الاجتماعي ، والتواصل غير اللفظي واللفظي ، واللعب التخيلي ؛ وتشوهات السلوك . يستعمل HBS لذوي: ذهان الطفولة المبكرة و تأخر النمو العقلي (Wing L. , 1980)، ASD و SPCD (Beglinger، 2005) ، متلازمة X الهش (Hatton, 2006)، متلازمة داون (Carr, 1988)، اضطراب الشخصية الفصامية عند الأطفال (Tantam, 1988)... إلخ . من مميزات الـ HBS أنه يساهم في تحديد شدة متلازمة ضعف التفاعل الاجتماعي والتواصل والتطور الخيالي (Wing L. , 1980).

ومما يؤخذ على هذا الجدول انه لا يصلح إلا ابتداء من الطفولة المتوسطة، مما يفوت فرصة التدخل المبكر، لذلك تم تصميم استبيان مجموعات Wing الفرعية المشار إليه اختصارا بـ (WSQ) [2]لـ (Castelloe, 1993) ، الذي لا يشترط سنا معينا للإجراء، وهو عبارة عن استبيان موجه لأولياء الأمور أو المدرسين لتحديد النوع الفرعي الاجتماعي للطفل، يحتوي WSQ على 13 وصفا (فقرة) لكل من الأنواع الفرعية الثلاثة (نشط لكن غريب ، سلبي ، منعزل) و 13 وصفا للسلوكيات الاجتماعية التواصلية النموذجية .يقيّم الآباء أو المعلمون مدى جودة وصف كل عبارة لسلوك الطفل في الأنشطة اليومية على

[1] The MRC Handicaps, Behaviour & Skills (HBS) schedule

[2] the Wing Subgroups Questionnaire

مقياس ليكرت من 7 نقاط تتراوح من 0 (مطلقًا) إلى 6 (دائمًا) (Beglinger، 2005) . غير أنه يوجد تباين في النتائج التي المحصل عليها عند المقارنة بين الاستبيانات المملوءة من طرف الأولياء وتلك التي أجاب عنها المهنيون الصحيون المتابعون للحالات محل الفحص (Castelloe, 1993). كما يستبعد WSQ الأطفال كمصدر مباشر للمعلومات. وهذا ما يعزز الحاجة إلى الاستفادة من أنواع الأدوار التفاعلية المشار إليها سابقا في النمو التواصل الاجتماعي السوي، خاصة تلك المتعلقة بدور الاستجابة والمبادرة لتحديد النمط التفاعلي الغالب على الطفل بشكل مبكر.

4. الهدف من دراسة النمو التواصل-اجتماعي المضطرب:

ككل دراسة علمية-نمائية لموضوع محدد، توجد لها أهداف كبرى ، تتمثل في:

- **الكشف المبكر:**

تختلف نتائج الأطفال من طفل إلى آخر وقد تعتمد بشكل كبير على العمر الذي يبدأ فيه التدخل ، لأن الأطفال الذين يبدؤون التدخل قبل أو في سن الثالثة لديهم نتائج أفضل بكثير مقارنة بالأطفال الأكبر سنًا. (Bruinsma I. K., 2004) ، وقد أتاح هذا النوع من الدراسات للممارسين تشخيص الأطفال المصابين بـ ASD عندما يكونون صغارًا في عمر سنتين (Lord، 1995). وبسبب وفرة الدراسات التي ميزت خصائص النمو المضطرب أصبح من الممكن لطبيب الأطفال أن يكشف مبكرا عن الاضطرابات التي تصيب النمو التواصل-اجتماعي مما أعطاه الدور الأكثر الأهمية مقارنة مع باقي غير المتخصصين في العلوم العصبية، كما تؤكد البحوث عالميا استقرار التشخيص المبكر المبني على الدراسة النمائية للحالة بمرور الوقت. (Corsello, 2005)

- **الوقاية:**

للحد من تفاقم التأخر النمائي في ميدان التواصل الاجتماعي أو القضاء النهائي عليه قبل حلول موعد وضع التشخيص النهائي، وهذا من خلال **التدخل الوقائي المبكر،** حيث" تشير مجموعة متزايدة من الدراسات إلى أن التدخل المكثف المبكر قد يعزز بشكل كبير النتائج حتى لأولئك للأطفال المصابين بـ ASD. وقد وثقت الدراسات التي أجريت على آثار التدخلات ذات التوجه السلوكي [خاصة] مع أطفال في سن ما قبل المدرسة تأثيرات إيجابية قصيرة وطويلة المدى. تراوحت هذه النتائج من العلاج الجزئي إلى العلاج شبه الكامل للأعراض (تشير الأرقام الأكثر تفاؤلاً تلاشي كامل للأعراض بنسبة 50٪ تقريبًا مع

التدخل المبكر المكثف)... كما تشير إلى أن ما لا يقل عن 85 إلى 90٪ منهم يمكنهم تعلم استخدام الكلام الوظيفي إذا بدأ التدخل في السنوات الأولى" (Landa R.، 2007).

- **التشخيص**:

أشارت مراجعة DSM IV (AAP, 2000)إلى مظلة تشخيصية هامة تمثلت في الاضطرابات التي أول ما تشخص تشخص في سن الرضاعة، الطفولة أو المراهقة (Disorders usually First in Infancy, Childhood, or Adolescence Diagnosed) إشارة منها إلى أهمية ملاحظة الشذوذ النمائي في تشخيص هذا النوع من الاضطرابات، كما اعتبر في نسخته الخامسة المعيار النمائي ركيزة أساسية في تكوين الجداول العيادية لمختلف الاضطرابات الارتقائية العصبية والتي يعبر عنها غالبا بالمعيار (C)سواء كان بالنسبة لـ: اضطراب النمو الذهني، اضطرابات التواصل بكل أنواعها، اضطراب الطيف التوحدي بكل تدرجاته، الاضطرابات الحركية حيث يشترط في كلها وجود تمظهر نمائي شاذ لم يسبق بفترة سوية (AAP, 2013) .

كما أن هذه المظلة التي تتوافق في المجمل مع مظلة الاضطرابات النمائية العصبية حسب DSM 5 تشكل مجموعة غير متجانسة من الإضطرابات العصبية النمائية التي تؤثر على وظائف نفس عصبية مختلفة مرتبطة بالمهارات: الاجتماعية-العاطفية ، اللغوية ، الإدراكية ، الحركية ، التنفيذية...إلخ. كما تشرح الأسس الوظيفية العصبية النمائية للنمو التواصل-اجتماعي أهمية النضوج العصبي الذي يرتبط بدوره بمستوى اللدونة الدماغية القوية المميز للمراحل المبكرة، ولكون أي مشروع علاجي لا بد أن يأخذ في الاعتبار "سلسلة النمو" الناتجة عن خصوصيات الاتصال المبكرة التي تعدل الإدراك البيئي وتؤثر على مسار النضج الدماغي. وبالتالي ، يكون معالج اللغة والكلام على الخط الأمامي من أجل تحديد سيميولوجية الاضطراب انطلاقا من النمو السوي (Bonnet-Brilhault, 2017).

كما أن الدراسات النمائية للاضطرابات التطورية العصبية تتيح حسب (Corsello, 2005) اجراء تشخيص فارقي نوعي ضمن نفس المظلة التشخيصية أيضا، بل وحتى بين الاضطرابات التي تشترك في عدد من الأعراض ويصعب غالبا التفريق بينها، فبالإضافة إلى ASD ، هناك 4 تشخيصات أخرى مدرجة ضمن فئة الاضطرابات التي تمس النمو التواصل اجتماعي بشكل مباشر[1]، تتمثل في : اضطراب التفكك الطفولي، متلازمة ريت، SCPD، اضطراب النمو الشامل غير المحدد.

[1]أنظر الملحق (1): الميزات الفارقية بين مختلف الاضطرابات المتأثرة بالشذوذ النوعي في النمو التواصل الاجتماعي

- **التقييم:**

من المتعارف عليه أن تقييم المصابين بالاضطرابات يجعل من الممكن تدريب من حولهم لتزويدهم بالوسائل لفهمهم بشكل أفضل (ROGÉ, 2016)، وفي نفس الوقت يمنح التوجه النمائي القدرة على الإجابة عن الأسئلة الجوهرية التي يستهدفها أي تقييم عندما يتعلق الأمر بالأطفال في سن مبكرة: من؟، ماذا؟ وكيف نقيم؟.(La Greca, A. M., & Lemanek, K. L., 1996)

أثناء التقييم، يجب استخدام علامات قابلة للقياس يمكن استخدامها في الممارسة الروتينية، والتي تقوم على الملاحظة المباشرة ومخاوف الوالدين (Elder, 2017)،(Oswald, 2017) . وبسبب هشاشة ثبات القرائن السلوكية المبكرة ،توجه الباحثون إلى مراعاتها في مسارها النمائي، من أجل الاحتفاظ بمفهوم اضطراب النمو العصبي. لذلك يجب توعية ممارسي الخط الأمامي بنمو الطفل السوي والعلامات المبكرة لاضطرابات التواصل الاجتماعي المبكرة ، كما يحتاج الآباء أيضًا إلى معرفة الأساسيات التي تسمح لهم بتفسير المظاهر غير النمطية بشكل أفضل ، بحيث تؤدي مخاوفهم إلى رد الفعل عن طريق طلب المساعدة المناسبة وفي الوقت المناسب (de Bildt, 2015). والتي تتم من خلال التقييم المبكر. كما يجب أن يكون التقييم في حد ذاته ذا طبيعة تنبؤية، لذلك اهتمت دراسات مختلفة بالقيمة التنبؤية لأدوات التشخيص في فترة النمو المبكر من خلال مراقبة زيادة الانحراف عن مستوى النمو المعياري (Guthrie, 2013) فالتقييم المبكر مدعوم من طرف الاستقرار التشخيصي القوي إلى حد ما (Zwaigenbaum, 2016) مما يجعل من الممكن تسهيل التعرف المبكر والتوجيه الصحيح للأطفال نحو التدخلات المناسبة (Rogé B. , 2019) .

- **تصميم البرامج العلاجية المناسبة:**

يتفق الخبراء الذين يعملون مع الأطفال المصابين بالاضطرابات النمائية العصبية على أن التدخل المبكر أمر بالغ الأهمية. فهناك إجماع مهني حول بعض الجوانب الحاسمة للتكفل وفق الأدلة التجريبية لاستراتيجيات التدخل المحددة والمنظمة (Paulais, 2018) ، نذكر من هذه الجوانب: الكثافة، ومشاركة الأسرة ، والتركيز على التعميم. ومع ذلك ، هناك العديد من البرامج التي تم تطويرها لهؤلاء الأطفال والتي تختلف فلسفة تصميمها: كالسلوكية، النمائية، البيئية ...إلخ، وعند استعراضنا لهذه البرامج مع التركيز بشكل خاص على الفئة العمرية من الولادة إلى 3 سنوات. والتي جعلت من النمو التواصل اجتماعي قاعدة أساسية في بنائها، نجد على سبيل المثال :

- علاج الاستجابة المحورية (PRT)[1] (Koegel R. L., 2012).
- نموذج دنفر(Denver Model) للتدخل المبكر (ذو قاعدة نمائية سلوكية) (Rogers, S. J., & Dawson, G., 2010) .
- برنامج VB-MAPP[2] للسلوك اللغوي بناء على مقاربة سلوك-لغوية-نمائية(Sundberg, 2008) ، هذا الاخير الذي أسس لصلاحية هذا النوع من البرامج ليس لاضطراب طيف التوحد فحسب باعتباره الاضطراب الاكثر حدة من حيث الشذوذ النمائي التواصل-اجتماعي، بل ألحق به كل الاضطرابات النمائية الشاملة ذات العلاقة، مما عزز ابتداء من صدوره سنة 2008 استعماله بناء على المستوى المهاري وليس الطبيعة السيميائية للاضطراب.

كما توجد بعض الأساليب العلاجية القائمة على النموذج DIR / Floortime[3] لـ (Greenspan, S. I., & Wieder, S., 2006) ، التي تركز على تطوير عناصر محددة من النمو التواصل الاجتماعي المبكر متمثلا في البعد الإيمائي والاستجابة له كجزء من برنامج التدخل ، حيث أظهرت نتائج تطبيقها تغييرات كبيرة في نمو الدماغ من خلال دراسات التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي MRI-F (Voos, 2013) وفي مستوى معدل الذكاء والسلوك التكيفي (Dawson, 2010) بعد التدخل المبكر.

- **التنبؤ بالمسار النمائي اللغوي**:

قام عدد من الباحثين بدراسة مهارات التواصل الاجتماعي المبكر بهدف تحديد جداول أو نطاقات (منحنيات) نمائية تتنبأ بقدرة الطفل على تطوير قدرته التواصلية اللفظية وغير اللفظية نحو الدراسة التي قام بها Karen Toth وزملاؤه (2006) إلى أن الأطفال ASD الذين بدى أن لديهم مهارات أقوى في مجال الانتباه المشترك فإنه تتكون لديهم لغة أفضل تبدأ أولى مظاهرها في سن 3-4 سنوات، لكن في نفس الوقت أشاروا إلى تعذر تحديد وقت معين لبداية ظهور القدرات البراغماتية لدى هؤلاء الأطفال بشكل قاطع بسبب الطبيعة غير الثابتة و اللامتجانسة للاضطراب المدروس، لذا استعاضوا عن ذلك بإنشاء منحنيات تم وضعها بناء على دراسة : 60 طفلا: 42 منهم يعانون من ASD، و 18من (PDD-NOS)، تراوحت أعمارهم ما بين 34 و 52 شهرًا وتمت متابعتهم حتى سن 65 إلى 78 شهرًا. (20٪) منهم بلغ مستوى لغتهم التعبيرية 36 شهرا، ولملاحظة مهارات الانتباه المشترك، التقليد واللعب لديهم تم الاستعانة بـ:

[1] Pivotal Response Treatment for Autism Spectrum Disorders
[2] VB-MAPP Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program: a language and social skills assessment program for children with autism or other developmental disabilities.
[3] The Developmental, Individual Difference, Relationship-based

- مقياس التواصل الاجتماعي المبكر **ESCS** لـ Mundy وآخرون (2003) الذي اعتمد بدوره على أعمال (J. Seibert , A. Hogan , P. Mundy, 1982) الذي سيشار إليه لاحقا بشيء من التفصيل.
- مقياس مولين للتعليم المبكر MSEL [1] (Mullen, 1997) الذي يهدف إلى قياس الوظيفة المعرفية للرضع والأطفال في سن ما قبل المدرسة.

أجري هذان الاختباران لأطفال في سن 3-4 سنوات، للحصول على تقييم شامل للقدرات المعرفية وكذلك درجات مفصلة لقدرات اللغة الاستقبالية والتعبيرية، زيادة على اجراء اختبار فاينلاند للسلوك التكيفي (Sparrow et al.،1984) والذي تم تنفيذ النسخة المسحية منه (المجال التواصلي فقط) على كل أفراد العينة. وقد خلصت الدراسة لتصميم منحنيات تشمل حد النمو العادي لمهارات التواصل الاجتماعي (الانتباه المشترك، التقليد، اللعب).

هذا بالنسبة للتنبؤ مقارنة مع المعيار، في حين وجدت دراسات أخرى تنبأت بالمسار النمائي لهذا النوع من الاضطرابات بدلالة نتائج أطفال أكبر سنا ينتمون إلى نفس الفئة التشخيصية، كما فعل (Landa R. J.- M., 2007) مقارنة بين الأطفال الذين شخصوا مبكرا باضطراب طيف التوحد ما بين 12-14 شهرا وأولئك الذي شخصوا بعد 14 شهر، من اجل استخراج ملامح تنبؤية تسمح بتخمين المسار النمائي للمجموعة الأولى لاحقا.

[1] مقاييس ميلر للتعلم المبكر (**Mullen Scales of Early Learning**):
اختبار يقيم النمو المعرفي للأطفال من الولادة إلى سن 68 شهرًا. يستغرق اجراؤه حوالي 15 إلى 60 دقيقة ، اعتمادًا على عمر الطفل. الأساس النظري له هو نموذج النمو العصبي للرضع ، والذي بموجبه يجب تقييم الطفل في خمسة المجالات: الحركية العامة ، الاستقبال الرأسي (التمييز البصري والذاكرة في المقام الأول) ، الحركية الدقيقة ، اللغة الاستقبالية ، واللغة التعبيرية. يمكن دمج بيانات هذه المجالات(كلها ماعدا مقياس الحركية العامة) في النتيجة الإجمالية المركبة للتعليم المبكر يمثل ما يسمى بالقدرة الفكرية العامة.

الفصـــــــل الثاني:

تقييم النمو التـواصل-اجتـــماعي المبكر

تمهيد:

توفر الكفاءات التفاعلية التي تتطور في السنوات الأولى من الحياة أساسًا لجميع التطورات الاجتماعية والتواصلية الأخرى. "غير أنه لا يمكن اعتبار اكتسابها العادي - وخاصة في حالة ذوي الاحتياجات الخاصة- أمرا مفروغا منه. فإذا كان من الممكن تحديد التأخيرات في النمو الاجتماعي والتواصل في وقت مبكر من الحياة والتغيرات التي طرأت على كيفية تفاعل البيئة الاجتماعية مع الطفل ، فقد يؤدي التدخل إلى تسهيل النمو الاجتماعي بشكل فعال. ومع هذا هناك حاجة إلى نموذج لوصف وأداة لتقييم الكفاءات التفاعلية لتحقيق هذا الأمر. " (Seibert, 1982). ففي حين يتفق معظم المتخصصين على العلامات الأساسية لاضطراب التواصل الاجتماعي في حالته التوحدية (أي عندما يعد عرضا فيصليا في اللوحة العيادية لـ ASD) أو البراغماتية (المتصلة بـ SPCD وان كان اتفاقهم أقل مقارنة مع الحالة السابقة) كون الأعراض تكون أشد وضوحا من لو كانت أعراضا في حالة الضعف اللغوي المحدد مثلا (Paul, 2007) ، فلا تزال هناك مشاكل في تحديد العلامات المبكرة التي يمكن أن تكون غير واضحة حيث أنها كثيرا ما تمثل انحرافات طفيفة عن التطور الطبيعي.

نتيجة لذلك ، قد لا يتم التعرف عليها من قبل الآباء وحتى من قبل العياديين غير المتخصصين في اضطرابات النمو ذات الطابع المعرفي-الاجتماعي. لذلك تم اللجوء إلى استخدام طرق مختلفة لتقييم و تسجيل العلامات المبكرة كـ: الملاحظة السلوكية، استبيانات لجمع المعلومات من الآباء، استخدام أدوات الفحص لإجراء تشخيص مبكر واختبار صلاحيتها من خلال استقرار التشخيص بمرور الوقت...إلخ (Rogé B. , 2002, pp. 21-30)

هذه الأهمية العيادية قوبلت لفترة طويلة بوجود مجموعة واسعة من الاختبارات لتقييم المهارات اللفظية المرتبطة بالبحث في المرحلة اللسانية ، ولم يكن هذا هو الحال بالنسبة لمهارات الاتصال المبكر. لذا وعلى مدى السنوات العشرين الماضية، كان الباحثون مهتمين حقًا بالتواصل غير اللفظي ودراسة العلاقة الكامنة بين العمليات التواصلية غير اللفظية وتلك اللفظية في مرحلة الطفولة المبكرة المشاركة في ظهور اللغة. وقد ساهم الاهتمام بالأطفال المصابين بالتوحد والاضرابات النمائية الشاملة (كما كان يصطلح عليه سابقا) أيضًا في هذا التوجه ، لا سيما مع تطوير اختبارات التتبع والفحص. غير أنه لا يمكن أن تكون التقييمات التي أجريت في السنوات الأولى من الحياة مهتمة بالتواصل دون فهم النمو الكامل للطفل ،

خاصة أن جوانب التطور متشابكة في هذه الفترة من الحياة ، ولهذا تم تصميم هذه الاختبارات بشكل أساسي لتحديد الصعوبات أو الاختلالات المحتملة من خلال ربط السلوكيات التي تمت ملاحظتها في الطفل بالمعايير الإحصائية لمجموعة متحكم فيها سيكومتريا. يجب التحقق من صحتها ، خاصة فيما يتعلق بمحتواها وإمكانية التنبؤ بها. (Tourrette C. , 2014, p. 171).

و لنتمكن من فهم ما سبق بشكل جيد سنتعرض في هذا الفصل لثلاثة نقاط هامة:

- **أولها**: هو عرض استقرائي للوسائل الموجودة عالميا والتي جعلت مهارات التواصل اجتماعي هدفا تقييميا لها أو تلك التي أدرجته في الميدان اللغوي.
- أما **الثانية** فبحثت أهمية الكشف المبكر عن هذه النوعية من الاضطرابات النمائية
- وتتعرض **الجزئية الثالثة** لسلم التواصل الاجتماعي المبكر.

أولا: التقييم المبكر وقدرات التواصل الاجتماعي المبكر

1. مفهوم التقييم المبكر:

هو مجموعة من طرق جمع البيانات التي تتم في البيئات الطبيعية والتي تؤكد على إشراك الأطفال الصغار في مهام وظيفية هادفة (Garro, 2016)، ويعرف التقييم في هذه المرحلة العمرية بـ "التقييم الحقيقي للأطفال الصغار"[1] (Puckett, M. B., & Black, J. K., 2000)، وقد تولد سعي الباحثين لتحقيقه من الحاجة الميدانية إلى وضع معايير تقييم واضحة لتوجيه قرارات التقييم (Lee, 2013)مما أدى إلى الارتكاز على مجموعة من المبادئ الضرورية حسب (Bagnato, 2006) و (Garro, 2016):

- **السياق البيئي:** أن يتم تقييم الأطفال بشكل عام في سياق العوامل البيئية.
- **الطفل كمصدر مباشر للمعلومات:** فالتقييم هو عملية تعاونية ، والتي لا تنطوي فقط على التواصل مع العائلات ومقدمي الرعاية الآخرين، فلابد من اشراك الطفل بذاته أيضا.
- **المرونة:** بأن يَتكون من طرق وإجراءات متعددة يمكن تعديلها بناءً على احتياجات الطفل المعني ومصالحه الفضلى.

[1] authentic assessment for young children

- **المرجعية المعيارية:** خاصة مع الأطفال الأصغر سنًا اعتمادًا على الغرض من التقييم. على سبيل المثال، إذا ظهر طفل صغير لديه علامات تأخير في نمو اللغة وكان والديه يبحثان عن خدمات التدخل المبكر، فمن المرجح أن يكون التقييم باستخدام مقياس مرجعي مفيد جدا.
- **الاستمرارية**: يجب أن يكون تقييم الطفولة المبكرة عملية مستمرة مع نقاط بيانات متعددة. بالالتزام بهذا المبدأ، ندرك أن تقييم الأطفال الصغار يمكن إجراؤه لمجموعة متنوعة من الأغراض بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر: التصنيف / التشخيص (إذا لزم الأمر)؛ مراقبة التقدم الفردي، التدخل / تطوير البرنامج، وتقييم البرنامج...إلخ

2. مستويات التقييم المبكر:

يتم الفحص المبكر وفق أحد المستويات الثلاث التالية (Jagodowicz, 2012, p. 31):

- **الفحوص الوقائية المعممة:** التي لا تستهدف فئة معينة، بل توجه لعموم الأطفال وتنفذ أثناء الفحوص الدورية للرضيع والطفل الصغير بطريقة آلية.
- **الفحوص الوقائية الانتقائية:** تستهدف عموما فئة الأطفال المعرضين للخطر بدرجة أعلى من أقرانهم، ويقصد بهم من لديهم في تاريخهم العائلي مصابون باضطرابات نمائية عصبية وبالتالي المجموعات المنتخبة ، على أساس مخاطر محددة.
- **الفحوص الرصدية المحددة:** وهو برامج للمراقبة الطبية و النمو-معرفية للأطفال المشتبه بكونهم سيواجهون مشاكل نمائية لاحقة، ممن لديهم سوابق مرضية في مرحلة ما قبل، أثناء، بعد الولادة

3. الوسائل القياسية لمهارات التواصل الاجتماعي (القدرات البراغماتية) بشكل عام:

يمكن تعريف البراغماتية كمستوى لساني متقدم من حيث التعقيد(وان كان يترافق مع كل مراحل النمو اللغوي التواصلي) على أنها الطريقة التي تستخدم بها اللغة للتواصل في سياق اجتماعي معين. على الرغم من عدم وجود تقييم موحد ، إلا أن المتخصصين يجدون أنفسهم يواجهون ضعفًا في المهارات اللغوية البراغماتية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النمو العصبي أو الاصابات الدماغية.

يسبب اختلال استخدام اللغة مشاكل في التفاعلات الاجتماعية ، والتي لها آثار سريرية في الحياة اليومية. ومع ذلك، لا يزال إلى الآن لا يوجد حاليًا ما يكفي من أدوات الفحص التي تتصف بالسرعة والسهولة في الاستخدام لتصنيف هذه العيوب في كل مراحل الطفولة.

بالنسبة للطفولة المتوسطة والمتأخرة على سبيل المثال طور P.Gentilleau-Lambina وزملاؤه (2019) مخططا لفحص العجز عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-12 سنة. يستكشف سبعة مجالات للبراغماتية (التعمد ، وإدارة التبادل ، وتنظيم المعلومات ، واستراتيجيات التكيف ، واللغة الضمنية التحادثية، والمهارات غير اللفظية ، والجوانب اللغوية)، حيث يختار الآباء واحدة من أربع إجابات محتملة لوصف عدد المرات التي يوضح فيها طفلهم كل نوع من أنواع السلوك باستخدام الخيارات التي تتراوح ما بين "نادرًا و" كثيرًا".

بالمقابل، يجد السريريون أنفسهم أمام مشكلة حقيقية في ظل كون عدد كبير من الأطفال المعايدين يتمتعون بقدرات تواصل اجتماعية لا ترقى إلى مستوى نمائي يعادل 6سنوات، بل وفي المجمل أغلبهم يعاني من قصور واضح في البنى الأساسية التي ترتكز عليها المجالات السبعة سالفة الذكر، لذا عمد عدد من الدارسين إلى انجاز بحوث استقرائية لحصر الاختبارات المتوفرة عالميا والتي تهتم بمجال تقييم التواصل الاجتماعي منذ الطفولة مثل دراسة Lauren B. Swineford وآخرون (2014) الذي عد سبعة مقاييس قسمها إلى نوعين:

- **اختبارات تعتمد على التقييم الشامل:** أي أنها تقيم القدرات التواصل اجتماعية من خلال ارتباطها بمختلف المجالات اللغوية الأخرى.
- **اختبارات مجدولة:** أي أنها تنقسم ثنائيا إلى سليمة أو مرضية، أي من خلال ارتباطها بمفاهيم السواء و الشذوذ.

بدورنا، عند استقراء الاختبارات المتوفرة (على الصعيد العالمي مع الاشارة إلى أن أغلبها غير معروفة في الوسط العيادي الجزائري) والمتعلقة بنفس الموضوع مضافة إلى ما سبق وجدنا اختبارات أخرى أدرجناها في الملحق (2) وقد أعدنا تصنيفها - لما يقتضيه موضوع دراستنا -إلى مجموعتين :

- **طيفية :** أي أن الهدف الأساسي من الاختبار هو الكشف أو تشخيص ASD، فيبنى الاختبار وتتوزع فقراته وفق المعايير التشخيصية لـه.
- **نمائية:** هدفها ذو طابع نمائي يهتم بمقارنة النتيجة المحصل عليها بحد معياري سوي معين يتلاءم مع المرحلة العمرية النمائية ليتم تحديد درجة الانحراف عن المستوى العادي.

4. الكشف المبكر عن اضطرابات التواصل الاجتماعي، أهميته وطرقه:

أكدت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (AAP, 2006) أنه يجب أن يكون الترصد النمائي أحد مكونات كل زيارة رعاية طبية وقائية. حيث يجب استخدام أدوات الفحص النمائية الموحدة حتى بالنسبة للأطفال الذين يبدو أنهم أقل عرضة لاضطراب النمو في الزيارات 9 و 18 و 30 شهرًا ، غير أن الدراسات تؤكد عدم قدرة و محدودية استعمال الأطباء لهذه الخوارزميات، فحسب (Marks K. P., 2011) أن أطباء الأطفال قلما يستعملون هذه القوائم خاصة في حالة الرضع الذين لا يعانون من أعراض قوية الظهور. مما يعزز عدم التدخل والتوجيه المبكر إلى ممارسين أكثر تخصصا في الاضطرابات النمائية العصبية عموما ،كما اعتبرت نفس الدراسة نصف أطباء الأطفال تقريبًا غير مؤهلين للكشف المبكر عن الاضطرابات الذهنية، التواصل-اجتماعية أو العاطفية ، على الرغم من أن غالبية الرضع من هذه الفئة عادة ما يكون أداؤهم أقل بكثير من المتوسط ولديهم العديد من عوامل الخطر التكيفية، المعرفية، النفسية والاجتماعية التي تؤدي غالبا بالفاحص إلى التنبؤ بمسار ارتقائي شاذ.

فمن جهة، عزز هذا الحاجة الميدانية لأن يكون الممارسون في العلوم العصبية هم المسؤولين المباشرين عن عملية الكشف المبكر عن الاضطرابات التطورية باختلاف أشكالها (HAS, 2005).

ومن جهة أخرى ، نوعية مخلفات هذه الاضطرابات خاصة الاجتماعية والاقتصادية حتمت الاهتمام بالعلاج المبكر الفعال الذي يغير المسار الطويل الأمد للاضطراب فيكون له فوائد محتملة كبيرة للأفراد والأسر والمجتمع. إذ أن تزايد معدلات انتشار الاضطرابات ذات العلاقة خاصة ASD، عزز الحاجة إلى اتخاذ اجراءات استباقية للحد من آثاره لاحقا فمثلا في الولايات المتحدة الأمريكية، يكلف التكفل بالمصاب بـ ASD ما بين 1 و 4 ملايين دولار أمريكي للفرد الواحد خلال مساره العلاجي المتوافق مع متوسط العمر الوطني (Pickles, 2016) ، فإذا أخذنا بعين الاعتبار أنه في عام 2014، بلغ معدل الانتشار العام لـ ASDحسب أحدث إحصاء قامت به شبكة رصد التوحد والعجز النمائي(ADDM)[1] 16.8 لكل 1000 (واحد من كل 59) طفل يبلغ من العمر 8 سنوات، و الذكور أكثر عرضة بأربع مرات من الإناث ، مع غياب تام لاحصائيات مستقلة لـلاضطراب البراغماتي حيث أنه كان عدد الأطفال الذين يستوفون تعريف حالة DSM-5 الذي تم تحديده حديثًا لـ ASD متشابهين مع أولئك الذين يستوفون تعريف حالة DSM-IV-TR ، في حين يتجاوز عدد الحالات المتوافقة مع DSM IV-TR عدد

[1]شبكة مراقبة التوحد والإعاقات النمائية (ADDM-Network Autism and Developmental Disabilities Monitoring) هي مجموعة من البرامج التي تمولها مراكز مكافحة الأمراض والوقاية (The Centers for Disease Control and Prevention's -CDC) لتقدير عدد الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد (ASD) والإعاقات النمائية الأخرى الذين يعيشون في مناطق مختلفة من الولايات المتحدة.

DSM-5 بنسبة أقل من 5٪ و بتداخل حوالي 86٪ بين التعريفين للحالتين. وبالرغم من أن ذكر المخاوف النمائية في عمر 36 شهرًا تم توثيقه لـ 85 ٪ من هؤلاء الأطفال ، إلا أن 42 ٪ فقط حصلوا على تقييم شامل في هذا السن أو قبله. وكان المتوسط العمري لأقرب تشخيص في سن 52 شهرًا (Baio, 2018) . وفي حين يستمر هذا القصور التواصل-اجتماعي عند معظم الشباب ASD الذين يفتقرون إلى فهم الإشارات الاجتماعية الأساسية والفروق الدقيقة في التواصل خاصة عندما ترتفع التوقعات المجتمعية وتتراجع خدمات الدعم (Wisner-Carlson, 2020) علما أنه لابد من الأخذ بعين الاعتبار ازدياد انتشار اضطراب طيف التوحد (ASD) بشكل كبير في العقود الأخيرة (Newton, 2020)، مما يدعم الادعاء بوجود وباء للتوحد (Chiarotti, F., & Venerosi, A., 2020).

في هذا الاطار جاءت التوصيات الناتجة عن عمل الهيئة العليا للصحة (HAS, 2005) ، (2008) و (2012) لتؤكد جميعها على أهمية التشخيص والتدخل المبكر، كما تؤكد المؤلفات العلمية التي كانت بمثابة الأساس لهذا العمل بالفعل على العدد المتزايد من التشخيص المبكر المستقر في حالة استعمال هذه الآلية، خاصة في ظل عدم وجود علامات بيولوجية أو فيزيولوجية موثوقة تؤكد أو تنفي التشخيص، لذلك نظر الباحثون في ظهور علامات مبكرة بشكل متصاعد ،ففي المتوسط يكون التشخيص مستقر نسبياً ابتداء من سن ثلاث سنوات. في حين يبرز السؤال حول استقرار التشخيص عند الأطفال الأصغر سنا. (Rogé B. , 2019, pp. 5-12)، فقد بينت (Sacrey & Bryson, 2016) أن الكشف المبكر في سن 6 أشهر يبقى ثابتا إلى غاية وضع التشخيص النهائي في سن 36 شهرا في أغلب الحالات التي تعاني من اضطراب طيف التوحد. ونحن هنا إذ نأخذ بعين الاعتبار الدراسات التي أجريت حول الكشف المبكر لاضطرابات التواصل الاجتماعي المتعلقة باضطراب طيف التوحد دون الاضطراب البراغماتي أو الضعف اللغوي المحدد، لسببين:

الأول: أن الاختلال النمائي التواصل اجتماعي في حالة ASD هو الحالة الأكثر اكتمالا من حيث شمول العجز لكل الجوانب البراغماتية، على عكس الاضطرابين الباقيين الذين يمسهما الاختلال التواصل الاجتماعي بشكل أقل مقارنة مع ASD.

الثاني: اجماع الدراسات على تقدم ظهور الاعراض الأولى لاختلال النمو التواصل اجتماعي في حالة الطيف التوحدي، حيث تشير بعض الدراسات إلى المرحلة الجنينية، على عكس الاضطراب البراغماتي الذي تظهر بوادره مع بداية المرحلة التحاورية اللفظية، والضعف اللغوي المحدد مع بداية المرحلة الرمزية في نهاية المرحلة الحس-حركية.

تسمح المراقبة المنهجية لـ ASD بتقدير معدل الانتشار وتحديد المصادر المحتملة للتغير بمرور الوقت والمناطق الجغرافية. ففي الوقت الحاضر، تتوفر تقديرات انتشار ASD في جميع أنحاء العالم، إما من أنظمة المراقبة باستخدام قواعد البيانات الصحية والتعليمية الموجودة أو من الدراسات السكانية التي أجريت على وجه التحديد (Chiarotti, F., & Venerosi, A., 2020)وغيرها من مصادر المعلومات. بالنسبة لما اصطلح عليه بعلم الكشف المبكر(early detection science) حسب , S.J.Rogers) (M.R.Talbott, 2016 ارتكزت الدراسات على تقنيتين بحثيتين أساسيتين:

3.1.**الدراسات بأثر رجعي(Retrospective studies)**:

تجمع المعلومات استنادا على التصريحات الوالدية (المقابلة الوالدية، ملء استمارات) و تحليل الفيديوهات المنزلية حول مرحلة سنية سابقة. وعلى أساس هذا النوع من الدراسات ، تم الإبلاغ عن مسار شاذ بشكل نمطي يشمل الانحدار المهاري الملاحظ من طرف الآباء ، والذي يتميز بتناقص المهارات الاجتماعية و / أو مهارات الاتصال في العامين الثاني والثالث من الحياة ، مما يؤثر على ما يصل إلى 50 ٪ من الأطفال ASDعلى نحو الدراسات التي أجريت ابتداء من أعمال (Lotter, 1966)، (Kurita, 1985) و (Ozonoff, 1998) إلى غاية أعمال (Jin, 2018)الذي استخدم استبيان التواصل الاجتماعي كأداة محددة لاضطراب التواصل الاجتماعي بشكل عام، ليحدد عينة مسحية مقدرة بـ 711 طفلًا . تم تحديد 203إصابة بـ ASD بناءً على معايير DSM-5. ، مما جعل معدل انتشار ASD 8.3 لكل 10000 في مدينة شنغهاي الصينية . في حين أن أحدث دراسة من الناحية الزمنية وأكبرها من حيث العينة المسحية التي بلغت أكثر من مليونين و 195ألف موضوع في آسيا بينت أن نسبة الانتشار (في آسيا دائما) هي 0.36٪ (Qiu, 2020) . وقد أظهرت أغلب هذه الدراسات أن استعمال تحليل فيدوهات كانت قد صورت لأطفال ثبت فيما بعد اصابتهم بأحد الاضطرابات النمائية العصبية المؤثرة على نمو التواصل الاجتماعي يعتبر مصدرا محوريا.

ومن أجل ضمان المقارنة النمائية بين مختلف المجموعات انقسمت عينات هذه الدراسات غالبا إلى (3-4) مجموعات تحتية تمثلت في أطفال ذوي:

- النمو السويTD(typical development)
- تأخر نمائي ,DD (developmental delay)
- اضطراب التوحد AD (autistic disorder)

- اضطراب النمو الشامل غير المحدد PDD-NOS (pervasive developmental disorder-not otherwise specified)

يعتبر البحث الذي أجراه (Adrien JL, 1993) الرائد في المجال ، حيث درس 12 طفلاً AD تتراوح أعمارهم بين 2 و16 سنة ، حاصل النمو(development quotient- DQ) لديهم من 12-105 درجة ، استعمل مقاطع فيديو يتراوح طولها من 10 إلى 80 دقيقة سجلت من قبل الوالدين في حفلات عيد الميلاد الأول والثاني لأطفالهم ، وقد خلص البحث إلى وجود مظاهر شائعة الحصول في السنة الأولى من العمر لدى AD مثل: الضعف في التفاعل الاجتماعي، انعدام وجود الابتسامة الاجتماعية، قلة استخدام التعابير الوجيه المناسبة ، نقص في الانتباه المشترك مع قابلية سريعة للتشتت، ظهور4 صوامت فقط.

في حين كانت العناصر الملاحظة والأكثر شيوعًا في السنة الثانية عند الطفل المصاب بـ AD كونه: يتجاهل الناس، يفضل الوحدة ، يعاني من فقر في التفاعل الاجتماعي، انعدام الابتسامة الاجتماعية ، انعدام الاتصال بالعين ، نقص في استعمال تعابير الوجه المناسبة، هدوء عام ، قلة النشاط ، نقص الانتباه مع سرعة في التشتت ، مواقف غير عادية ، عدم القدرة على التعبير عن العواطف.

كما يجب التنويه إلى أن من بين أهم الدراسات التي اشتغلت على الأدبيات (Study of the literature) هي دراسة (L. Zwaigenbaum, 2013) ،إضافة إلى دراسات اخرى اهتمت بمظاهر الشذوذ النمائي التواصل الاجتماعي جمعنا أهمها في ملحق منفصل [1].

3.2.الدراسات الطولية (Longitudinal studies):

تتميز هذه النوعية من البحوث بكونها تعتمد على " التقييم المباشر والطولي للأطفال، وتجنب مضاعفات التذكر والتحيز في العينات السلوكية المرتبطة باستخدام أشرطة الفيديو المنزلية" (Landa R.، 2007)، مما يجعلها أكثر موضوعية.

عموما، اهتم هذا النوع من الدراسات برصد وتدوين الاختلافات الواضحة في مسارات السلوكيات الاجتماعية والتواصلية المبكرة سواء لـ AD أو DDوPPD-NOS . هذه الدراسات أسفرت أيضًا عن رؤى حول كيفية ظهور المظاهر المبكرة لـ لطيف التوحد والاضطرابات الشبيهة له ، حيث تمت ملاحظة

[1] أنظر الملحق (3):جدول يمثل الوسائل التقييمية للتواصل الاجتماعي بشكل مستهدف أو ضمني والتي تشمل المرحلة ما قبل اللسانية أو جزءا منها الممكن استخدامها للكشف المبكر عن الصعوبات التواصل اجتماعية

سلسلة متصلة متكونة من مجموعة أوسع من مجرد العجز في الاتصال الاجتماعي ،كان أهمها ملاحظة عدم تجانس كبير فيما يتعلق بالعلامات المبكرة والمسار النمائي العام في الميادين الارتقائية الأخرى..

ارتبطت هذه الدراسات بثنائية الاحتمال العالي والمنخفض للإصابة باضطراب نمائي عصبي لاحقا، وهذه الثنائية هي ما سمح للباحثين اختيار العينة التي سيتم تتبعها طوليا لاحق حيث عقد مقارنة بين الأطفال ذوي الخطورة العالية والمخاطر المنخفضة الذين يعانون من SPCD أو ASD وبين أولئك الذي يتمتعون بمسار نمائي سوي باستعمال القوائم الارتقائية. ويقصد بهذه الثنائية :

- **الاطفال ذوي الخطورة العالية للاصابة باضطراب طيف التوحد (ASD- High Risk) التي يرمز لها اختصارا بـ(HR)** : وتضم الأطفال المشتبه باصابتهم بنوع من أنواع الـ PDD بشكل عام و ASD بشكل خاص ممن لديهم أشقاء أكبر سنا سبق تأكيد تشخيصهم باضطراب طيف التوحد.
- **الأطفال ذي الخطورة المنخفضة للاصابة باضطراب طيف التوحد (ASD–Low Risk) التي يرمز لها اختصارا بـ (LR)** : هم الأطفال الذين يشك في مدى سلامة نموهم التواصل-اجتماعي والتكيفي دون أن يكون لديهم في تاريخهم العائلي المرضي أفراد مصابون بأحد الاضطرابات ذات العلاقة.

تم اللجوء إلى هذا التصنيف كفعل احترازي نظرًا لمعدلات التكرار المرتفعة في الأشقاء الأصغر سنًا ذوي الخطورة العالية للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد ، وإن كانت الطبيعة التمثيلية لمن يتأكد تشخيصهم من هذه الفئة مقارنة مع عموم الأطفال ASDغير معروفة إلى الأن إلى الان ولا مهيمنة مقارنة مع LR . ولعل السبب يمكن في السلوك الوالدي لآباء الأطفال HR وليد في مدى ظهور الأعراض المبكرة المرتبطة بالنمو التواصل اجتماعي (Bradbury, 2014) .كما تشير مجموعة أبحاث أيضًا في سياق عرض أهمية استعمال الطفل كمصدر أول للمعلومات (Landa R.، 2007) إلى أن آباء الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد يثيرون مخاوف بشأن نمو الأطفال اللاحقين في وقت أبكر من الآباء لأول مرة أو آباء الأطفال الذين ينمون بطريقة معتادة، حتى أنه -حسبها دائما- تم تمييز أعراض أقل تتعلق بالتواصل من الأطفال ذوي HR ، وقدرات معرفية أعلى بكثير مما لدى ذوي LR. هذا ما قاد إلى نتيجة كان مفادها أن التقسم الثنائي لـ HR وLR قد يكون مرتبطًا بزيادة حساسية الآباء عالية المخاطر للإشارات المبكرة للغة والتأخير المعرفي .

في نفس الوقت، وجدت بعض الدراسات التي جمعت بين المنهجين، الطولي والرجعي خاصة في البحوث التي اعتمدت على التصوير الوظيفي للدماغ في سن مبكرة نحو دراسة (Mosconi, 2009) و دراسة (Schumann, 2010).

5. الوسائل القياسية لقدرات التواصل الاجتماعي المبكر:

اهتمت البحوث العلمية التي انشغلت بالاضطرابات ذات العلاقة باستعمال الوسائل المناسبة ، سواء كان القصد من هذه الدراسات البحث في العوارض أو اثبات نجاعة علاج معين. وهذا راجع إلى أهمية القياس الذي يضفي على البحوث صبغة موضوعية، تجعلها معتبرة علميا.

تكمن أهمية استعمال وسائل قياسية تسبر أغوار هذا الميدان كونها تكون عادة أكثر صدقا في الكشف عن التغييرات الطفيفة في التواصل الاجتماعي مقارنةً بالاختبارات التشخيصية لـASD أو عن تلك التي تكشف عن درجات خطر الاصابة به (Kim, 2019) ، وهذا راجع بالدرجة الأولى إلى طبيعة مهارات هذا الميدان والتي يصعب فصلها عن بقية الميادين المعرفية خاصة من جهة ، وتأثر الميدان بعدد من الاضطرابات المختلفة كما سبق بيانه في الفصل الأول من هذه المذكرة.

تمكن الأدوات المستخدمة في الأساس لتقييم ASD (ذات بنية سيميولوجية) ، أو تلك التي تسمح ب مقارنة نمو الأطفال ضمن مجموعة نظرائهم (ذات بنية معيارية نمائية) (Morales-Hidalgo, 2017)، وتلك المستخدمة بشكل شائع في تقييم ضعف اللغة البراغماتية والاضطرابات ذات الصلة في تقييم خصائص التواصل الاجتماعي التي تحدد SPCD أيضا . فهي توفر العناصر الأساسية لتقييم SPCD وفي تصميم معايير الفحص والتشخيص الموحدة لـ SPCD (Yuan, H., & Dollaghan, C., 2018). وان كان هذا لا يعني الاكتفاء باستعمال هذه الاختبارات كون الاضطرابين مختلفين في الماهية| والمآل (Hinojosa, 2019) وإن كانا متفقين في التميز بالقصور الاجتماعي والاختلال البراغماتي ، والسبب في هذا كما عبر عنه(Simms, 2017) في قوله:" عندما يشير السلوك التوحدي إلى اضطراب غير التوحد الكلاسيكي" فتشارك الميدان المراد تقييمه لا يعني بالضرورة تماثلا في الهدف من التقييم أو النتائج المحصل عليها.

كذلك تستخدم نفس فئة المقاييس المشار إليها أيضا لذوي ADHD (Yáñez-Téllez, 2019) ، والصدمات الجمجمية الشديدة ومتوسطة الشدة عند الأطفال (Keck, 2017)...إلخ من الاضطرابات المؤثرة.

تعدد استعمال هذا النوع من الوسائل القياسية لاضطرابات مختلفة ليس غريبا، فعلى سبيل المثال: سبق أن استعمل اختبار (The children's communication checklist: CCC-2) (Bishop, 2003). للمصابين بمتلازمة داون مما سمح بملاحظة النمو الشبه-معياري للتواصل اجتماعي لديهم إلى غاية سن السادسة حيث يضعف التواصل العملي بشكل كبير ،مما يدعوا المعالجين إلى إدراج ميدان التواصل البراغماتي في البرنامج العلاجي إلى جانب محتوى اللغة وشكلها (Smith, 2017)، وهذا لم يتعارض مع كونه صمم في الأساس لدراسة أمرين :

- هو قدرة التواصل العام (GCC)[1] لتحديد الأطفال الذين من المحتمل أن يكون لديهم مشاكل تواصل مهمة سريريًا ،
- مستوى انحراف التفاعل الاجتماعي (SIDC)[2] الذي يساهم تحديد الأطفال الذين يتمتعون بملمح تواصلي ينتمي إلى الـ ASD. (Bishop, 2003).

وبنظرة استقرائية للاختبارات المستعملة (عالميا) يمكننا تصنيفها إلى فئتين من حيث اهتمامها بالتواصل الاجتماعي ككيان مهاري متمايز عن بقية الميادين وان كان يتداخل معها[3]:

- **الوسائل القياسية للتواصل الاجتماعي بشكل متضمن**: ويقصد بها تلك التي لا تهدف إلى قياس هذا الميدان بشكل مباشر، إنما تقيمه بهدف قياس وظيفة / قدرة أخرى، ونميز هنا مجموعتين من الأدوات القياسية:
  - **غير النوعية:** تستعمل في الاساس لعملية الكشف و/أو التوجيه من طرف أطباء الأطفال خاصة ومن كان في مثل حكمهم، لكونهم - غالبا- نقطة الاتصال الأولى في حالة وجود مخاوف والدية بشأن نمو أو سلوك طفلهم ، أو حتى في سياق الفحوص الطبية الروتينية، تساعد هذه الاختبارات على تسليط الضوء على الأعراض المبكرة للاضطراب والمشاركة في تشخيصه وإدارته (Disabilities, 2001) ، ففي دراسة لـ Velez, G. M. وآخرون (2018) بين اهتمام أطباء الأطفال القائم تجاه أربع أدوات لفحص الأطفال: PEDS[4]، و PSC[5] ، وFPS[6] ، و M_CAT[7]، بالنسبة لهذا الأخير يمكن استخدام حتى نسخة المقابلة

[1] The General Communication Composite
[2] The Social Interaction Deviance Composite
[3] أنظر الملحق (3):جدول يمثل الوسائل التقييمية للتواصل الاجتماعي بشكل مستهدف أو ضمني والتي تشمل المرحلة ما قبل اللسانية أو جزءا منها الممكن استخدامها للكشف المبكر عن الصعوبات التواصل اجتماعية
[4]تقييم الآباء للحالة النمائية (Parents' Evaluation of Developmental Status) لـ(Glascoe, 2006)
[5]قائمة فحص أعراض الأطفال(Pediatric Symptom Checklist) لـ (Michael & Michael , 1999)
[6]الفحص الاسري النفسي-اجتماعي(Family Psychosocial Screening)
[7]اختبار التوحد للأطفال المعدل أثناء الطفولة الصغيرة (Modified Children Autism in Toddlers):

منه (M-CHAT / F) حسب (Dumont-Mathieu, 2017). كما أثبت (Branson, 2008) استخدام مقدمي رعاية الأطفال المجتمعيين والصحيين الفحص النمائي الشامل جنبًا إلى جنب مع معايناتهم في مجال تخصصهم الأصلي . هذا الأخير يعتبر الأكثر فعالية في الجزائر مما جعله توصية في مناهج طب الأطفال في كليات الطب في الجزائر، حيث يتم استخدام CLAMS [1] (Hoon Jr, 1993) و تقييم سلوك الانسحاب العلائقي للطفل أثناء فحص الأطفال باستخدام مقياس ADBB[2] (Guédeney A. C., 2001) .

- **النوعية في السياق السميائي في المرحلة ما قبل اللسانية**: تتصف أغلب هذه الاختبارات باعتمادها على جداول عيادية لاضطربات تتميز بالعجز أو القصور النوعي في التواصل، كما تشكل (الاختبارات الكشفية ، التشخيصية، التقييمية) لاضطراب طيف التوحد والاضطرابات الشبيهة به العدد الأكبر المنتمي لهذه الفئة.

- **الوسائل القياسية للتواصل الاجتماعي بشكل مستهدف**: هي التي تقيس القدرات التواصل اجتماعية المبكرة بشكل منفصل عن القدرات الأخرى.

ثانيا: اختبار تقييم التواصل الاجتماعي المبكر(ECSP)

تمهيد:

يقيِّم هذا الاختبار ، الذي ينطبق على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3 و 30 شهرًا ، قطاعًا لا يؤخذ في الاعتبار في الاختبارات المستخدمة عادةً في هذه الفئة العمرية والمتمثل في ميدان المهارات التواصلية في بعده الاجتماعي.

[1] clinical linguistic auditory milestone scale in early cognitive assessment

[2] إنذار استغاثة الطفل (**L'échelle Alarme Détresse du Bébé**) لـ (Guedeney, A., & Fermanian, J., 2001)

1. الخلفية النظرية للاختبار:

صمم ECSP على أساس نتائج العمل المتعلق بنمو القدرات التواصلية لكل من Jerome S. Bruner و Elizabeth Bates (Guidetti, M.,& Tourrette, C.، 2009)، وبناء على المنظور البياجي-الجديد لـ Fisher وفق النموذج الذي أعده Seibert, J. M., Hogan, A. E., & Mundy, P. C سنة (1982) والذي سبقت الاشارة إليه في الفصل الأول من هذه الدراسة.

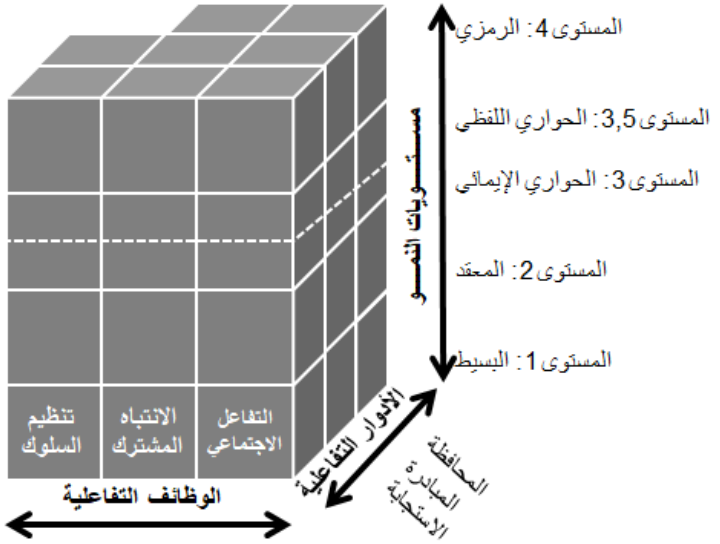
2. أصل الاختبار و ميدان استعماله:

نشر ECSP (Guidetti, M., & Tourrette, C.) لأول مرة في عام 1993 ثم تم تحديثه سنة (2009)، والذي لا يعد مجرد ترجمة فرنسية وتكييف لمقياس ESCS (مقاييس التواصل الاجتماعي المبكر) الذي أعد النسخة الأكاديمية منه من طرف (Seibert, 1982) بل نسخة معدلة بشكل جوهري منه أيضا (Mundy P. D., 2003)، عند المقارنة ما بين النسختين الأصليتين من ECSP وESCS نلاحظ أن كليهما قد اهتم بتقييم المهارات الاجتماعية ومهارات الاتصال في مرحلة الطفولة المبكرة ، وباعتبار أن ESCS هو الاختبار الأصل، فإنه يظهر بشكل جلي تمخض النسخة النهائية (التجارية) منه عن الدراسة الأصل لـ "مجموعة من المقاييس المصممة-وقتها- لتقييم المهارات الاجتماعية ومهارات الاتصال التي يكتسبها الطفل عادةً في الأشهر الثلاثين الأولى من حياته. [بأن] يتم النظر في مزايا وعيوب الطرق البديلة لجمع معلومات التقييم، بدءًا من مقابلة مقدم الرعاية إلى الاختبار المنظم.[وقد] نوقش بإسهاب أحد أهم جوانب الاختبار المنظم، دور المختبر كشريك تفاعلي للرضيع.[وقد قدمت هذه الدراسة] بيانات موثوقية تشير إلى أن الأداء التواصل-اجتماعي للطفل مستقر للغاية بمرور الوقت مع نفس الشريك ، ولكن هناك اختلافات جوهرية مع شركاء مختلفين مما أثر على ممارسات التقييم والتدخل" (Seibert, 1987).

تم استخدام اختبار ECSP على نطاق واسع لتقييم الأطفال الذين يعانون من اختلالات تأخرية أو تواصلية ، وكذلك في البحث عن آليات ظهور اللغة. كما يمكن تطبيق الاختبار بعد 30 شهرًا أيضًا في حالة الأطفال الذين يعانون من تأخر أو خلل في المجال الاتصالي، كما تشير (Tourrette C. , 2014) أنه يمكن استعمال ECSP مع البالغين أيضا ،من أولئك الذين يعانون من قصور في انشاء وضعيات تواصلية مناسبة في جميع المواقف التي لا يحدث فيها بشكل تلقائي.

3. بنية الاختبار:

يتميز هيكل ECSP بثلاثة أبعاد: **الوظائف** التواصلية و**الأدوار** التي يتحملها الطفل و**مستوى** تطور هذه المهارات.



رسم توضيحي 1 مكعب بياني يمثل السلالم التحتية لمقياس ECSP

البعد 1: الوظائف التواصلية

يتم تقييم الوظائف التواصلية على ثلاثة مستويات: التفاعل الاجتماعي والاهتمام المشترك وتنظيم السلوك. حيث يحدث سلوك الطفل بغرض شغل إحدى هذه الوظائف، وذلك اعتمادًا على الغرض المراد من التواصل:

- يشير **التفاعل الاجتماعي (IS)** إلى السلوكيات التي يتمثل غرضها الرئيسي في لفت الانتباه إلى الذات في إطار التبادلات المرحة خلال اللعب ، والتي تحمل خاصية كونها غير موجهة فهي تحدث كجزء من الألعاب (الألعاب الإيمائية أو الصوتية أو اللفظية الاجتماعية أو ألعاب التقليد أو ألعاب التبادل والأدوار) Mundy وآخرون (2003, p. 21) .

- يحدث **الاهتمام المشترك (AC)** في تفاعلات تهدف إلى مشاركة الانتباه مع الآخر، على سبيل المثال ، عندما يحاول أحد أفراد العملية الاتصالية (الطفل أو الفاحص) توجيه انتباه الآخر نحو شيء معين من خلال التصويب Mundy وآخرون (2003, p. 16) .
- يتدخل **تنظيم السلوك (CR)**، الذي يتوافق مع مهارات الطلب، في التفاعلات التي تهدف إلى تعديل سلوك الآخرين، فإما أن يسعى الطفل إلى تعديل سلوك الكبار (على سبيل المثال ، كأن يطلب المساعدة للحصول على شيء مرغوب فيه أو تشغيل شيء ميكانيكي) أو يوافق على تعديل سلوكه الخاص بناء على طلب الكبار (على سبيل المثال إعطاء شيء ، ووقف العمل ...) (Mundy P. D., 2003, p. 18).

البعد 2: الأدوار التواصلية

في كل من وظائف التفاعل هذه ، يمكن للطفل أن يلعب ثلاثة أدوار مختلفة ومتكاملة: يمكنه أن:

- يبدأها (initier) ويرمز له بـ (I)
- يستجيب لها(répondre) ويرمز له بـ (R) : يتم رصدها من خلال :
  - تتبع العين كمقياس للاستجابة للانتباه المشترك عند الرضع المعرضين لخطر التوحد. (Navab, 2012)
- يحافظ عليها (maintenir) ويرمز له بـ (M)

باستثناء ما يتعلق بتنظيم السلوك، الذي يشمل فقط البدء والاستجابة.

البعد 3: مستويات النمو

هناك أربعة مستويات للتطور النمائي:

- يشير **المستوى 1 (المستوى البسيط)** إلى ظهور إجراءات بسيطة وغير متمايزة وبداية النشاط المتعمد للطفل الذي يتفاعل مع الآخرين. والذي نميزه عادة خلال الأشهر الأولى من حياة الطفل.
- يتميز **المستوى 2 (المستوى المعقد)** بظهور أفعال معقدة ومتميزة. و يقابل الفترة ما بين 4 و 6 شهور.

- **يغطي المستوى 3 (المستوى التعاقدي)** الفترة من 7 إلى 24 شهرًا. يمثل هذا المستوى تقدمًا أساسيًا في مهارات التواصل لدى الطفل الذي يتعلم اصطلاحات التواصل الإيمائي والصوتي ، ويفهم كيفية استخدام الأشياء لجذب انتباه الآخر أو استخدام الآخرين للحصول على شيء ما. يتم التمييز بين :
  - المستوى الإيمائي التعاقدي (المستوى 3.0 ، بين 7 و 16 شهرًا)
  - والمستوى اللفظي التعاقدي (المستوى 3.5 ، بين 17 و 24 شهرًا) والذي يتم الوصول إليه بمجرد أن يستخدم الطفل كلمات بسيطة ومعزولة (الأسماء الأشياء ، أفعال العمل) في مرافقة أو في مكان لفتات.

ومع ذلك ، يتم استخدام هذه الكلمات في وجود الأشياء. وبالتالي ، يمثل هذا المستوى الأخير تقدمًا لفظيًا واضحًا في مهارات الطفل التفاعلية.

- **المستوى 4 (المستوى الرمزي)** يتراوح من 25 إلى 30 شهرًا. وينتج عن ظهور الوظيفة الرمزية المدعومة بالتمثيلات العقلية وبالتالي يمثل تقدمًا حاسمًا من خلال استعمال الرموز الاجتماعية واللغوية في التواصل.

تندرج العناصر(الفقرات) الـ 108 التي تشكل سلسلة المهارات المراد ملاحظتها في ECSP تحت 23 حالة تؤدي إلى سلوكيات تفاعلية، تنطوي على تبادل الأشياء المختلفة : الميكانيكية أو الاجتماعية ، والتفاعلات المادية ، والأعمال المشتركة.

كل من هذه المواقف يعطي الطفل الفرصة لأخذ زمام المبادرة في التعامل مع الكبار أو التفاعل معهم. و إذا لم يحدث ذلك، فإن الشخص البالغ هو الذي يبدأ التفاعل ويطلب الرد من طرف الطفل.

الغرض من تدوين الاستجابات هو تحديد المستوى النمائي للطفل في كل سلسلة من السلاسل 8 المكونة للاختبار والتي تمثل مجموعة اختبارات تحتية تجمع بين البعد الوظيفي والدور التفاعلي و تتطور بدورها حسب المستوى النمائي.

يمثل الجدول (2)، وتدل الخانات المظللة بالرمادي على المقاييس التحتية المكونة لاختبار ECSP التي تمثل ثنائيات تتشكل من خلال ترابط الوظيفة والدور على الشكل التالي:

جدول 2 السلالم التحتية المكونة لاختبار ECSP

الوظيفة:	**التفاعل الاجتماعي**	**الانتباه المشترك**	**تنظيم السلوك**
الدور:	**(IS)**	**(AC)**	**(RC)**
الاستجابة(R)	RIS	RAC	RRC
المبادرة(I)	IIS	IAC	IRC
المحافظة على(M)	MIS	MAC	/

RIS= الاستجابة للتفاعل الاجتماعي، RAC = الاستجابة لطلب الانتباه المشترك، RRC= الاستجابة لتنظيم السلوك، IIS= المبادرة بالتفاعل الاجتماعي، IAC=المبادرة بطلب الانتباه المشترك، IRC= المبادرة بطلب تنظيم السلوك،MIS = المحافظة على وضعية التفاعل الاجتماعي، MAC= المحافظة على وضعية الانتباه المشترك.

الجانب التطبيقي

الفصـــــــل الثـالث:

منهـــجية البـــــــــــحث

تمـهيد:

يضم هذا الفصل النقاط المنهجية الموضوعة لدراسة مشكلة البحث ، انطلاقا من تحديد أسباب اختيار الموضوع وأهداف البحث التي يرمي إلى تحقيقها، ورسم حدود واضحة للمشكلة، وصولا إلى تحديد التعاريف الاجرائية الكبرى و أهم الصعوبات التي واجهتنا أثناء التطبيق، كما شمل وصف المنهج المستعمل، وصف العينة، الاطار الزمني-المكاني للبحث، الوسائل القياسية والخطوات الاجرائية المتخذة.

1. دواعي اختيار الموضوع:

لقد بدأ الاهتمام بموضوع هذا البحث بناء على التساؤلات التي تولدت بعد انهاء مذكرة التخرج لمستوى الليسانس (2016-2017)، والتي بحثت في فعالية استخدام القوائم الارتقائية في اعداد الخطة التربوية الفردية لذوي اضطراب طيف التوحد واستخدمت بطارية التقييم المعرفي والاجتماعي-الانفعالي BECS كوسيلة قياسية لها، فقد أثار المجال الاجتماعي الانفعالي انتباه الطالبة، حيث لاحظت أن كل القصور النمائي لدى العينة المكونة من 16 حالة تركز في ثالوث: الانتباه المشترك ، التفاعل الاجتماعي ، تنظيم السلوك، إضافة إلى :التقليد، اللعب التخيلي مقارنة بـ : التعبير الانفعالي، العلاقات العاطفية وباقي الميادين المعرفية السبعة ، في حين كان مستوى الميادين اللغوية (تقليدا ،فهما وتعبيرا) تابعة دوما لمستوى المجموعة المذكورة أولا.

كما تأكد هذا الاهتمام بالدرجة الأولى نتيجة العنت الميداني الذي نواجهه كمعالجي اللغة والكلام ، ففي حين تشهد الجزائر وعيا متزايدا من طرف الأولياء ومتولي الرعاية جعل العديد منهم يتقدمون بطلبات للتقييم الأرطوفوني سواء كانوا ممن ينتمون إلى مجموعة الأطفال ذوي خطورة احتمال الاصابة باضطرابات التواصل الاجتماعي العالية (High-Risk- HR)أو المنخفضة (Low-Risk- LR)، أو حتى دون أن تكون هنالك حاجة سريرية لذلك و ليكون الهدف منها وقائيا ورقابيا فقط ،إضافة إلى تزايد وجود معالجي اللغة والكلام في مؤسسات ومراكز استقبال الطفولة الصغيرة [1] وهو وسط يغلب عليه العنصر السوي، مما ولّد حاجة ملحة لوجود وسائل تقييمية مناسبة .

[1] وهو أحدث مسمى القانوني-جزائري لرياض الأطفال حسب المرسوم التنفيذي رقم 08-287 المؤرخ في 17 سبتمبر 2008،المحدد لشروط انشاء مؤسسات ومراكز استقبال الطفولة الصغيرة وتنظيمها وسيرها ومراقبتها.

2. الهدف من البحث:

- التعرف على العلامات المبكرة لنمو التواصل الاجتماعي في مظهره السوي بشكل تفصيلي وبالتالي الفهم الأمثل للوظيفة التفاعلية للغة في مرحلة الطفولة الأولى قبل ظهور التواصل اللفظي.
- التمكن من تحديد أي اختلال قد يطرأ على المسار النمائي التواصلي للطفل في المراحل المبكرة.
- إيجاد أداة تقييمية مناسبة وفاعلة للوسط العيادي الجزائري تمكن من الكشف المبكر عن الاضطرابات المتعلقة بالقواعد الأولى المشكِّلة للتواصل بنوعيه اللفظي وغير اللفظي .
- دراسة الوظيفة الاتصالية للغة في بعدها ما قبل اللساني غير اللفظي، وهو مجال على أهميته قلما تتم دراسته تفصيليا في المسار الجامعي في تخصص اضطرابات اللغة والتواصل.
- المساهمة في عملية تشخيص اضطراب الطيف التوحدي واضطراب التواصل البراغماتي المحدد، والتشخيص الفارقي لمختلف الاضطرابات التي تشهد عجزا في مهارات التواصل-اجتماعي.
- التمكن من بناء بروتوكولات علاجية تستهدف المستوى البراغماتي ما قبل لساني بناء على تحديد نقاط القوة والضعف لدى الطفل.

3. الاشكالية والفرضيات:

نظرًا لتزايد الاهتمام البحثي بالنمو التواصل-اجتماعي للأطفال في سن مبكر، والتي تمت دراستها على نطاق واسع، سواء عند الأطفال ذوي النمو السوي أو أولئك الذين يعانون من نمو تواصل-اجتماعي شاذ مثل المصابين بالقلق الاجتماعي أو اضطراب طيف التوحد ، حيث لا يشمل هذا الاهتمام فقط تحديد الفروق الفردية في الاهتمام الاجتماعي للأطفال ، بل يشمل أيضًا تقييم كيف يمكن أن يؤثر التدريب أو التدخل المبكر على تطور التواصل-الاجتماعي ، والذي يستدعي أساليب فاعلة لتقييم التواصل-الاجتماعي بطريقة تعكس السلوكيات الاجتماعية في الحياة الحقيقية.

و من أجل التمكن من توفير ذلك، من المهم أن تفي الأدوات التي تقيم التواصل-الاجتماعي لدى الأطفال بمعايير متعددة:

1. يجب أن تكون الأدوات حساسة، من أجل التقاط الاختلافات الفردية الصغيرة
2. ينبغي أن تكون الأدوات قادرة على جذب الانتباه الاجتماعي بشكل مستقل عن:

- معدل الذكاء
- درجة فهم التعليمات
- مستوى الاستجابات اللفظية

من أجل أن تكون صادقة، وفي نفس الوقت قادرة على مقارنة التواصل-الاجتماعي عبر مجموعات من الأطفال الذين يختلفون في مستوى الأداء الفكري. ويفضل أن يكون للأدوات صلاحية إيكولوجية عالية، من أجل استنباط النتائج لقدرات الحياة الاجتماعية الحقيقية ومسارات النمو المختلفة بأن تكون لها القدرة على التمييز بين الأطفال ذوي القدرات المتفاوتة.

في هذا الاتجاه، تعد الدراسة التي أجريت تحت إدارة Mundy سنة 1982 الرائدة في النظر إلى التواصل الاجتماعي كوظيفة متضمنة لوظائف تحتية يؤدي اختلالها إلى تعذر انجاز الوظيفة الكلية،حيث تم حينها مقارنة الأطفال مصابين باضطراب التوحد مع **العينات الطبيعية** ومن ثمة انجاز مقاييس مهارات الاتصال غير اللفظي ومهارات اللعب لتسمح في نهاية المطاف بالتعرف على حالات العجز في السلوكيات غير اللفظية.) (Mundy S. ,., 1986)، ليتم بعدها إصدار Early social communication scales التي يشار إليه اختصارا بـ ESCS سنة 1986.

وبالاعتماد على أعمال Mundy تم لاحقا تطوير نموذج نظري دعي بنموذج النمو الفردي القائم على العلاقات (DIR)[1] الذي طوره Stanley Greenspan والذي عرف فيما بعد تحت اسم DIR-Floortime ليتحول لاحقا إلى أحد أفضل البرامج العلاجية للاضطرابات النمائية الشاملة .

وللدلالة على أهمية ECSP نشير أنه لم يستخدم فقط لقياس القدرات التواصل-اجتماعية لذوي الاضطرابات الوظيفية أو العصبية النمائية، بل وقد شمل استعمالها كذلك الاضطرابات الناتجة عن إصابات جمجمية مثل الدراسة الأمريكية التي أجريت تحت اشراف (Rietdijk, 2020)، كما أنه يستعمل للمقارنات ما بين مختلف الاضطرابات الطفولية مختلفة المنشأ مثل الدراسة البريطانية التي قارنت ما بين نمو اللغة من خلال دراسة سيرورة نمو القواعد غير اللفظية الأولى عند ذوي التوحد والمصابين بمتلازمة داون. (Mason-Appsa, 2018) .

وفي ظل غياب أي أداة قياسية سبق اثبات صلاحيتها السيكومترية في الوسط العيادي الجزائري ، تولد مشكل يقضي بتعذر امكانية تقييم القدرات التواصل- الاجتماعية لذوي الاضطرابات النمائية العصبية ذات العلاقة بالميدان المقيم، ونذكر على سبيل الخصوص الأطفال المصابين باضطراب:

[1] Developmental, Individual Difference, Relationship-Based Model.

- طيف التوحد بمختلف مستويات شدته.
- اضطراب التواصل الاجتماعي (البراغماتي)
- اضطراب الضعف اللغوي المحدد

وهؤلاء الأطفال يكونون الفئة الأكثر طلبا للتكفل الأرطوفوني ميدانيا خاصة في العيادات الخاصة كما هو ملاحظ في الوسط العيادي الجزائري. ولذلك كان لابد من طرح التساؤل **عن مدى قدرة اختبار ECSP على قياس القدرات التواصل-اجتماعية لدى الطفل الجزائري الذي يعاني من شذوذ نمائي براغماتي في المرحلة قبل اللسانية**. ولضمان دراسة أمثل لهذه الاشكالية، تم تقسيمها إلى تساؤلات جزئية:

- **هل يمر النمو التواصل اجتماعي لدى الطفل الجزائري عبر نفس السيرورة النمائية التي بني عليها اختبار ECSP ؟**
- **هل هذا الاختبار صالح للبيئة الجزائرية في شقه السوي وفق معايير دالة احصائيا ؟**
- **هل يمكن الكشف مبكرا عن الاضطرابات النمائية العصبية المتعلقة بالنمو التواصل الاجتماعي المبكر باستعمال ECSP ؟**

وللتحقيق حول هذه الأسئلة المنهجية، قمنا بداية بالانطلاق من **افتراض عام** ذو اتجاه موجب يقضي **بأن لـ ECSP: قدرة مثبتة الدلالة إحصائيا على تقييم القدرات التواصل-اجتماعية لدى الطفل الجزائري الذي يعاني من شذوذ نمائي براغماتي في المرحلة قبل اللسانية.** وقد قسمنا هذا المنطلق بدوره إلى مجموعة فرضيات تحتية موجبة الاتجاه تتمثل في :

- **الفرضية التحتية الأولى:** يمر الطفل الجزائري بنفس المراحل التواصل-اجتماعية نمائيا وفق نفس المجالات العمرية التي بني على أساسها ECSP
- **الفرضية التحتية الثانية:** يتميز اختبار ECSP بمواصفات الاختبار الجيد في البيئة الجزائرية مما يجعله صالحا للاستعمال في الوسط العيادي المحلي حسب ما تثبته المعايير الاحصائية ذات الدلالة المعتبرة سيكومتريا.
- **الفرضية التحتية الثالثة:** يمكن الكشف مبكرا عن الاضطرابات النمائية العصبية المتعلقة بالنمو التواصل الاجتماعي المبكر باستعمال ECSP

4. تحديد المصطلحات الاجرائية:

تم وضع الحدود الاجرائية بناء على قاعدة وظيفية ، مما يجعلنا نعرف -في هذه الدراسة-:

- **التواصل الاجتماعي**: عملية معرفية ذات دلالة متعاقد عليها اجتماعيا مقصودة ومؤثرة في أطراف الاتصال
- **النمو المبكر:** مجموع المهارات التي يكتسبها الطفل عادة في 3 سنوات الأولى من حياته
- **التفاعل الاجتماعي:** القدرة على التعامل مع الشريك التفاعلي إما بدنيا أو بتبادل الأدوار
- **الانتباه المشترك:** هو القدرة على مشاركة الاهتمام مع الشريك التفاعلي أو مراقبة انتباه الشريك.
- **تنظيم السلوك:** القدرة على استحضار عمل داعم للحصول على المساعدة الشريك الاجتماعي أو استجابة له بتقديم المساعدة له.
- **اضطراب التواصل الاجتماعي:** العجز أو القصور الوظيفي في استعمال اللغة في بعدها الاجتماعي التواصلي.

5. صــعوبـات البحـث:

أثناء إنجاز الدراسة، واجهتنا صعوبات ومشاق مختلفة تعلقت بشكل أساسي بطبيعة موضوع الدراسة والتي يمكننا حصرها في المحاور التالية :

أولا: أصالة الموضوع من حيث استعمال الأداة الأساسية للدراسة:

تتمظهر هذه الحداثة في:

1. **عدد الدراسات المقدمة:** بالاعتماد على محركات البحث الرقمية المعتمدة علميا من طرف مركز البحث في الاعلام العلمي والتقني CERIST[1] (www.cerist.dz) ، إضافة إلى بوابة المقالات الجزائرية (ASJP)[2] لم يستعمل إلى الآن عربيا. بالرغم من أن الدراسات الفرنكوفونية و الأنجلو- سكسونية المعتمدة على ECSP في تزايد مستمر.
2. **عدد الاختبارات المكافئة:** لا توجد أداة مكافئة فرنكوفونية له (مع وجود الـ ESCS (1982) كأداة أنجلو- سكسونية وان كانت أقل أداء، و BCP (2019)[3] كوسيلة أحدث منه لم يعمم استعمالها عياديا بعد، وهذا هو السبب في كون أن الاتحاد الفرنسي للطب النفسي FFP[4] (2005) قد أوصى بـ ECSP ضمن مجموعة الاختبارات الموصى بها من أجل التقييم

[1] CENTRE DE RECHERCHE SUR L'INFORMATION SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE
[2] Algerian Scientific Journal Platform
[3] Bilan de Communication Précoce
[4] Fédération Française de Psychiatrie

التشخيصي للغة والتواصل و خاصة لأولئك الأطفال الذين لديهم لغة قليلة أو معدومة. كذلك من قبل الهيئة العليا للصحة HAS (2010) التي أشارت إلى قدرة الاختبار على وضع ملمح وصفي للقدرات البراغماتية خاصة عند الأطفال الذين لديهم القليل أو عديمي اللغة الملفوظة.

و قد أدى هذا التناول الحديث إلى صعوبة كبرى في وجود دراسات سابقة يمكن الاعتماد عليها خاصة فيما يتعلق بالمعايرة وتصنيف المجموعات التحتية ، مما أدى إلى لزوم إيجاد برتوكول بحثي من العدم فيما يخص المرحلة الثانية من هذه الدراسة، والاستمداد من برتوكول الكشف المبكر الذي أعده (Jagodowicz, 2012) من اجل تنفيذ المرحلة الأولى الخاصة بفرز وتجميع المجموعات التحتية. وهذا ما شكل عبئا اضافيا استنزف الكثير من الوقت الذي كان موجها بداية لزيادة عدد العينة البحثية التي كان مقررا أن تتجاوز 250 حالة أثناء وضع مشروع الدراسة ليتم الاكتفاء لاحقا بـ115 حالة بحثية فقط .

ثانيا: البعد الجغرافي

يعتبر الاتساع الجغرافي غير معتبر في الاختبارات العابرة للثقافات، كونها خالية من معايير ثقافية أو جغرافية- بيئية، حيث لا يشتمل الاختبار ECSP على خصوصية ثقافية-اجتماعية من الناحية النظرية، حيث أنه لم يستعمل في غير البيئتين الأمريكية والفرنسية -فيما يخص البحوث العلمية – إلا في البيئة الإيطالية (Molina, 1995) , (2016)، ولم يتم الى الان اجراء دراسة الصلاحية العالمية له لكن ظهور بعض الفجوات المعيارية الطفيفة عند تطبيقه على الأطفال الايطاليين مقارنة مع نظرائهم الفرنسيين (Nader-Grosbois, 2006)، حتم علينا معاملته كأي اختبار يتم تكييفه وتقنينه في بيئة مختلفة عن البيئة الأصلية التي بني فيها.

من هذا المنطلق، يعد اتساع الرقعة الجغرافية المشمولة في هذه الدراسة ميزة لصالحها، لكن هذا كوّن صعوبة خاصة في التنقل من أجل اجراء الاختبارات المختلفة واعادة الإجراء ، حيث توجب السفر من وهران إلى: العاصمة 6 مرات، تقرت 3 مرات، إلى سطيف 4 مرات، زيادة على التنقل الدائم في أرجاء ولاية وهران مما كون ضغطا ماديا وجهدا بدنيا مضاعفا.

ثالثا: حجم العينة

تعتبر 115 وحدة التي تشكل العينة الكلية عددا كبيرا نوعا ما في مجال الدراسات الأرطوفونية الجامعية والذي تحتاج غالبا إلى فرق بحثية لإنجازه في الوقت المحدد وبالكفاءة المرجوة، وهذا ما ولد صعوبة كبرى للطالبة حيث أنها وان كانت قد لقيت مساعدة من قبل مجموعة من المختصين من أجل

تنفيذ الشق القياسي للدراسة ، إلا أنه لم يتجاوز نسبة11,30 % (تمثل 13 حالة من مجموع العينة).مما ولد الحاجة إلى استعمال وقت أطول بلغ موسمين جامعيين كاملين إضافة إلى فترة الحجر الذي تزامن مع جائحة فيروس كوفيد 19 المستجد.

رابعا: طبيعة العينة

للمجال العمري لعينة الدراسة خصوصية تتعلق أساسا بنقطتين أساسيتين:

1. صعوبة التعامل مع الفئة العمرية أقل من سنة من حيث اعتماد الاستجابات، لذلك عموما يكرر الفاحص اجراء الفقرة ويحاول ملاحظة المهمة المراد قياسها عدة مرات، خاصة أن هؤلاء الأطفال غالبا لا يتم التعامل معهم بشكل كثير التكرار في الحياة الممارساتية لـSLP .
2. صعوبة فصل الاضطرابات المتعلقة بالميدان المدروس في سن مبكرة خاصة في حالة وجود أعراض:
   - ASDأو PDD-NOS منخفضة الشدة
   - تأخر النمو-اللغوي المبكر عالي الشدة
   - التأخر في النمو الذهني العام غير المصحوب باختلالات في النمو الحركي

6. منهج الدراسة:

تم اختيار المنهج الوصفي الاحصائي المقارن كمقاربة منهجية للدراسة، فهو منهج ذو طابع كمي تصويري معياري (أي يدرس الظاهرة احصائيا مقارنة مع معايير محدد في الوضعية السوية).

يهدف الشق الوصفي الاحصائي إلى قياس الظاهرة موضوع الدراسة و التي تكون ذات طابع ترتيبي أو من الطراز العددي كما هو الحال في هذه الدراسة، وذلك باستخدام الحساب مما يسمح بالحصول على نتائج دقيقة وموضوعية. ويتم من خلال رصد حالة موضوع الدراسة سواء كانت وضعا فيزيقيا أو خصائص مادية أو معنوية لأفراد أو مجموعات أو نشاطا انسانيا . و يعرف على كونه طريقة لوصف الظاهرة المدروسة وتصويرها كميا عن طريق جمع معلومات محددة عن المشكلة وتصنيفها وتحليلها اخضاعها للدراسة الدقيقة. ويلجأ الباحث إلى استخدام هذا المنهج حينما يكون على علم بأبعاد وجوانب الظاهرة المراد دراستها نظرا لوفرة المادة المعرفية حولها، وذلك من خلال الدراسات

الاستطلاعية والوصفية التي سبق وأجريت عنها (الموالدي، 2018) كما هو الحال في موضوع بحثنا هذا.

بينما يتدخل الشق المقارن في ابراز أوجه التشابه والاختلاف بين الظواهر المستهدفة وفق خطوات دقيقة محددة سابقا من أجل الوصول إلى حقيقة علمية معينة، ويتدخل هذا المنهج في بحثنا من حيث أنه يتيح دراسة السواء والاضطراب النمائي التواصل اجتماعي من حيث أنه يسمح بفهم الاختلال التطوري بالنسبة للمعيار السوي، مما يتيح فهم انحراف هذا القصور الارتقائي و تصنيفه وبالتالي التعامل استباقيا وبشكل مبكر معه في عملية التكفل الأرطوفوني.

7. أدوات الدراسة:

ولأنه لا بد من اختيار أدوات وتقنيات علمية ترافق المنهج المختار وتتلاءم معه، حيث تسهم في جمع البيانات والمعلومات و تتلاءم مع موضوع البحث (الموالدي، 2018) ، ولكون مجال العلوم العصبية النمائية يختص بتقنياته وأدواته الخاصة والتي تتناسب مع طبيعة الموضوعات والمشكلات التي تندرج تحته ، فقد تم اختيار الأدوات التي انقسمت من حيث استعمالها إلى قسم تم استخدامه في عملية انتقاء العينة الأساسية للدراسة وتمثلت في اختباري BECSو ADOS Todller، و إلى اختبار ECSP الذي استخدم في الدراسة الرئيسة . تجدر الاشارة إلى أنه تم تدوين استجابات الحالات باستخدام تقنية الفيديو كون تطبيق كل الوسائل المختارة كان بالتعامل المباشر مع الطفل من خلال اللعب التفاعلي الموجه، ثم إعادة تحليلها لاحقا وتفريغ النتائج في أوراق تدوين الاستجابات الخاصة بكل اختبار على حدى.

هذا الاختيار نبع من أن "مقابلة السريرية مع الآباء ... لا تصف ولا تضيء بما فيه الكفاية الصعوبات التي يواجهها أطفالهم للمساهمة في إنشاء وتوطيد التفاعل العلاجي مع الفاحص ، والذي يعتمد بشكل عام على الملاحة بالمشاركة. لذلك يمكننا ملاحظة اختلاف كبير بين ما يشعر به الآباء ويلاحظونه، وبين ملاحظاتنا وتقييماتنا الخاصة. إلى جانب عامل الإحجام الراجع إلى الإنكار والآليات الأخرى لدحض الواقع القاسي للاضطرابات ، يمكن أن يكون هذا التناقض هو مصدر الخلافات وسوء الفهم الدائم الذي يضر بالطفل وعائلته"(ADRIEN, 1993) ، وإن كان لا ينفي ثبوت أهمية التقارير الوالدية (في مجال التزويد بالملاحظات النمائية المرتبطة بموضوع دراستنا هذه)التي تقدم نسبة ثبات عالية في الدراسات المسندة على عينات بحثية كبيرة من حيث العدد (Fenson, 1994)، على خلاف دراستنا هذه التي يعد عددها محدودا جدا بالنسبة للبحوث الاحصائية.

وخروجا من هذا المشكل قمنا بإلغاء الاستفادة من نتائج اختبار M-Cat F/R (بعد تطبيقه على أكثر من 28طفل) محافظة على التجانس الاجرائي لطريقة تمرير الاختبارات في الجانب التطبيقي من هذه الدراسة ، لنعتمد في الأخير على استغلال المعطيات المستخرجة من استخدام الاختبارات الثلاثة التالية:

7.1. بطارية التقييم المعرفي والاجتماعي-الانفعالي:

بطارية الـ Batterie d'Évaluation Cognitive et Socio-émotionnel:BECS ، من اعداد (Jean-Louis Adrien)، ظهر أول إصدار سنة 1994، وصدر التنقيح سنة 1999م، وقد اعتمدنا على آخر إصدار لسنة 2007 ، أعدت هذه البطارية في الأساس لتقييم تطور الأطفال المصابين بـ ASDللمساهمة في التشخيص ودراسة التطور (Adrien J. L., 2008) (COURTEAU S., 2008) ، غير أنه استخدم لاحقا وبشكل واسع لكل الاضطرابات ذات العلاقة سواء كانت ذات منشأ عصبي-تطوري مثل: PDD-NOS (GATTEGNO M. P., 2008)، تأخر النمو الذهني (NADER-GROSBOIS N., 2008) (GATTEGNO M. P., 2008)، أو عضوي مثل: متلازمة X الهش (GATTEGNO M. P., 2008) ،متلازمة داون (DIRANI-AKOURY L., 2008)، متلازمةPhelan-McDermid (GATTEGNO M. P., 2008)،التصلب الدرني (tuberous sclerosis) (DIRANI-AKOURY, 2008)،الصلب المشقوق (spina-bifida) (Gattegno, 2008)، الضمور المخيخي الولادي(congenital cerebellar atrophy) (KREMER, 2008)...،أو في حالة العوق المتعدد (Boukeras, 2008).

تقيس هذه البطارية السن النمائي من 4أشهر الى غاية 24شهرا، ويتوجه هذا الاختبار للفئة العمرية [2-10] سنوات من التوحديين وأمثالهم من ذوي الاضطرابات ذات العلاقة. تحتوي البطارية على 16 اختبارا تحتيا ، يغطي الواحد منها ميدانا معرفيا أو اجتماعيا-انفعاليا، موزعين على مجالين:

المجال المعرفي: ويشتمل على 7 اختبارات تحتية

1. صورة الذات (ISO)
2. اللعب الرمزي(JS)
3. مخططات العلاقة مع الأشياء (SCH)
4. السببية العملية (CO)

المجال الاجتماعي الانفعالي: يتكون من 9 اختبارات تحتية

1. تنظيم السلوك (RC)
2. التفاعل الاجتماعي (IS)
3. الانتباه المشترك (AC)
4. اللغة التعبيرية (LE)

5. الوسيلة والهدف (MB)
6. العلاقات المكانية (RS)
7. ديمومة الموضوع (PO)
5. اللغة المفهومة (LC)
6. التقليد الجسدي (IG)
7. التقليد اللفظي (IV)
8. العلاقات المؤثرة (RA)
9. التعبير العاطفي (EE)

(Adrien J. L., 2007)

مدى صلاحية البطارية للبيئة الجزائرية :

تعتبر البطارية من الوسائل التقييمية الصالحة للبيئة الجزائرية والتي تعبر القيم المستخرجة منها حقيقة على النمو المعرفي والاجتماعي-الانفعالي في المرحلة الحس-حركية للطفل التوحدي الجزائري، وللتدليل على ذلك:

- **الصلاحية العالمية للبطارية**: بناء على نتائج أطروحة (Bernard M. A., 2015) ، والتي تمت بمشاركة عينة مكونة من: 121طفل عادي (58ولد و63 بنت) في سن [4أشهر-24شهر]، 301 طفل توحدي (240 ذكر و61 أنثى أي بما يقارب 4ذكور مقابل بنت واحدة) متوسط شدة التوحد CARS=39,5 يترواح سنهم الزمني بين [17شهر-14سنة] مع التأكد من تشخيص 52طفل في عمر أقل من 3سنوات. وقد شاركت الجزائر بما مجموعه 52طفل في هذه الدراسة التي دامت من سنة [2000-2014] من خلال قسم علم النفس بجامعة البليدة 2 ومخبر (*Techniques et applications en psychothérapie*) التابع لجامعة تلمسان.

- **الصلاحية الجزائرية لبطارية BECS**: قامت الباحثة (عياد، 2015) بالتأكد من صلاحية البطارية بالنسبة للطفل الجزائري باستخدام عينة مكونة من 12طفل عادي و23طفل توحدي (9إناث و14ذكر) من مختلف ولايات الجزائر تتراوح أعمارهم ما بين [18 شهر-10سنوات] متوسط شدة اصابتهم بالتوحدCARS=43,8 ، وقد خلصت الباحثة إلى التأكد من إمكانية استخدام BECS مع الطفل التوحدي الجزائري.

الهدف من استخدام هذا الاختبار:

أولا: استمدادا من نظام الكشف المبكر الذي أعده Johanna Jagodowicz (2012) تم إعداد برتوكول بحثي[1] حدد الهدف الأول من استخدام هذه البطارية، المتمثل في الحكم على مدى سواء النمو المعرفي والاجتماعي الانفعالي العام، والذي يتضمن أيضا النمو التواصل اجتماعي من خلال رصد مدى سواء أو العجز المرتبط بـ:

- مدى ملائمة السن النمائي للمرحلة النمائية الموافقة للسن الزمني للطفل.
- مدى تجانس النمو أو عدم تجانسه والذي يدل على الايقاع النمائي السوي أو الشاذ، حيث تكون درجة عدم التجانس دليلا على مستوى شدة الاختلال (Bernard M. A.-G., 2016).
- فحص مستوى النمو التواصل اجتماعي من خلال قياس مستوى النمو في الميادين: الانتباه المشترك، التفاعل الاجتماعي، تنظيم السلوك مما يساهم في تحديد إذا ما كان عدم التجانس النمائي راجع إلى اختلال نمو الميادين ذات العلاقة بالدراسة أو ميادين أخرى (Guidetti, M., Rossini, E., & Thommen, E., 2016).

ثانيا: استخدام الاختبار في الدراسة الاحصائية لاختبار ECSP المتعلقة بالصدق التلازمي كما سيتم توضيحه في "المفاهيم القياسية والاحصائية المستعملة في الدراسة"[2].

7.2. ADOS Todller:

هو وحدة(Modul) تحتية ينتمي إلى مقياس الملاحظة لتشخيص اضطراب طيف التوحد (ADOS-2) من اعداد (Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., & Risi, S., 2012) ، يعد كأداة لتقييم التواصل والتفاعل الاجتماعي واللعب و الاستخدام الخيالي لأغراض تشخيصية. تسمح الأنشطة القياسية لـ ADOS-2 بمراقبة السلوكيات المهمة لتشخيص اضطراب طيف التوحد. (Rogé B. , 2015, p. 121) .تم انشاء النسخة الأولى منه سنة 1999 من طرف (Lord C, Rutter M, DiLavore P, Risi S.)، أما الإصدار الثاني منه في الولايات المتحدة فقد كان في عام (2012) . وبالنسبة إلى النسخة الفرنسية المتاحة الآن لـ .Rogé B وآخرون فقد نشرت سنة (2015).

يعد **ADOS Todller** أداة نوعية ومحددة موجهة للأطفال في الطفولة المبكرة الذين يعانون من أعراض مبكرة لاضطراب طيف التوحد وخاصة ما يتعلق بضعف التواصل البصري الذي يعد من أوائل العلامات ظهورا في هذا النوع من الاضطرابات العصبية التطورية (Rouyer, 2017, p. 321) كما أنه موصى به وبشدة في الممارسة السريرية مع الاضطرابات ذات العلاقة (Hedley,

[1] أنظر عنصر "إجراءات الدراسة" من هذا الفصل.
[2] للتعرف على طريقة استعمال البطارية وأساليب التنقيط والحساب يرجى الاطلاع على الملحق (4).

(2016 ، فحسب (Bernadette Rogé إن أعظم ابتكار جلبه ADOS-2 في نسخته الثانية هو إدخال وحدة Toddler Module، والذي يسمح بتقييم أطفال من سن 12- 30 شهر الموجهة للأطفال الصغار جدًا أو الأكبر الذين لا يملكون إلى كلمات قليلة أو الأكبر سنا من غير الناطقين تماما. يسمح للفاحص بتمرير هذا الاختبار التشخيصي بشكل دقيق الأطفال الصغار جدًا. والذي يستغرق عادة من 30 إلى 45 دقيقة، كما تعمل هذه الوحدة على تحسين الكشف عن الأطفال الصغار المعرضين لخطر الإصابة باضطراب طيف التوحد. كما يشكل ADI-R و ADOS حاليًا معيار أداة التشخيص في جميع بروتوكولات البحث التي تنطوي على فرق على المستوى الدولي. وقد تم بالفعل نشر الإصدارات الفرنسية من ADI-R و ADOS سنة 2011 و2015 على التوالي. حيث تعد التقنيتان متكاملتين للغاية وتشكلان أدوات جيدة للتشخيص المدعوم من مصادر مختلفة المعلومات حسب ما أشار إليه Le Couteuret al سنة (2008) كما أوصت بها HAS (2005) لتحديد التشخيص .[1](Rogé B. , 2015)

ملاحظة:

- تم الاعتماد في ترجمة الدرجات الخامة على المعايرة الموحدة (Standardized *calibrated* CSS-*severity scores*) التي اجراها Hedley وآخرون (2016) وليست تلك المثبتة في الدليل المرفق بالاختبار(2012) كون هذه الاخيرة قد ثبت أنها تتأثر بالعمر والتطور ومستوى اللغة.
- عند تطبيق الاختبار في هذه الدراسة، تم استيفاء الشروط المحدّثة المطلوبة من طرف (Rynkiewicz, 2018)
- يجب فهم المصطلحات الواردة كتفسير لنتائج اختبارADOS-2على النحو التالي_ (ROGÉ, 2018):
  - **التوحد**: يشير فقط إلى التشخيص باضطراب التوحد الكلاسيكي(المعادل لمتلازمة كانر أو المستوى2 و 3 من الطيف حسب DSM-5)
  - **طيف التوحد غير التوحدي**[2]: يشمل جميع اضطرابات طيف التوحد (متلازمة أسبرجر ، PDD-NOS ...) ماعدا ما تقدم في المصطلح السابق.
  - **خارج الطيف**: يتعلق بأي تشخيص غير منتمي إلى طيف التوحد.

[1]للتعرف على طريقة استعمال الاختبار وأسلوب التنقيط والحساب يرجى الاطلاع على الملحق (5).
[2]هذه ترجمة حرفية لمصطلح "TSA non autistique"والذي يقصد به شكل المتلازمة على خلاف مصطلح "TSA" الذي يدل على الشكل المكتمل للاضطراب.

ولأنه بالإمكان أن تؤدي بعض الاضطرابات ، مثل اضطراب الكلام أو اضطراب نقص الانتباه إلى زيادة الدرجة المحصل عليها في بعض الأحيان أثناء عدم وجوده في الطيف (Lord, 2015)،لذلك أدرجنا الحالات التي:

- ليس لديها أي عرض معتبر في تشخيص ASD (النقطة المعيارية= 0) في المجموعة البحثية الأولى
- التي دخلت ضمن نطاق مصطلح " خارج الطيف" (النقطة المعيارية= 1إلى 10) أو "طيف التوحد غير التوحدي" (النقطة المعيارية = 11إلى 15) في الحالة الأولى من المجموعة الثانية.
- التي استوفت العتبة المحددة للتشخيص بـ ASD (النقطة المعيارية= 16 فأكثر) في الحالة الثانية من المجموعة الثانية.

7.3.اختبار تقييم التواصل الاجتماعي المبكرECSP :

هو أداة معدة لتقييم مهارات التواصل الاجتماعي لدى الطفل الصغير (3-30 شهرًا) من اعداد (Guidetti, M., & Tourrette, C., 2009) ، كما يستعمل عياديا للأطفال الأكبر سنا الذين تأخروا نمائيا أو يعانون من خلل التواصل ، مهما كان السبب (الاضطرابات الحسية ، التخلف العقلي، ASD ...) يتيح (ECSP) التقييم المنفصل لـ3 وظائف و 3 أدوار تفاعلية مقسمة حسب 4 مستويات نمائية كما هو موضح سابقا في الفصل الثاني من الشق النظري من هذه المذكرة.

مكونات حقيبة الاختبار:

- **الدليل:** عبارة عن كتاب مقاس A4، يحتوي على 89 صفحة، يشتمل على 5 فصول.
- **وسائل الإجراء:** عبارة عن حقيبة تشتمل على مجموعة من الألعاب والوسائل واسعة الاستعمال اجتماعيا عند الأطفال من نفس المجال العمري[1]. تصنف في 5 مجموعات (Guidetti, M., & Tourrette, C., 2009, p. 25):

1. **الوسائل الاجتماعية**:
   - رضَّاعة بلاستيكية
   - كأس شرب خاص بالرضع (Timbale)
   - فرشاة شعر
   - مشط
   - فرشاة أسنان
   - قبعة أطفال
   - هاتف بعجلات
   - نظارات شمسية للأطفال

[1]أنظر الملحق

- مرآة
- ملعقة صغيرة

2. العاب ميكانيكية:

- ديك ميكانيكي
- صوص ميكانيكي

ملاحظة: في الحقيبة المستعملة في هذه الدراسة كان يوجد فأر وكلب ميكانيكيان.

3. ألعاب:

- كرة
- دمية
- 3 كريات ping-pong
- 3سيارات أحدها يصدر ضوضاء
- شخشيخة
- عروسة قراقوز

4. كتب مصورة وملصقات:

- 3 كتب مصورة (أحدها يصدر صوت خشخشة)
- 3ملصقات (كلب، قطة، حصان)

5. **أغراض مختلفة**:

- علبتان بلاستيكيتان مع غطاءيهما (أحداهما شفافة)
- منديل المائدة

- **شبكة تدوين الاستجابات:** على خلاف اختبار ADOS-Toddler وBECS ، لا تحتوي شبكة تدوين الاستجابات في الـECSPعلى شبكة تفصيلية للملاحظة (تخصص فيه الصفحة الأخيرة لتدوين تعليقات الفاحص ف-بصفة عامة- أثناء الاجراء)، لذلك يقوم الفاحص مباشرة بتدوين استجابات الطفل من خلال الشطب على الخانة المناسبة. تضم الشبكة المكونة من 8صفحات: 277 بند تفاعلي. حيث أن كل وضعية تفاعلية تخدم عدة سلالم تحتية،

الوضعيات الاختبارية :

يتم الاختبار من خلال تنفيذ الفاحص لـ 23 حالة تفاعلية وممتعة وجذابة تقدم للطفل، تسمح بتحفيز السلوكيات التفاعلية والتواصلية التي سيتم فهرستها في وقت واحد على 3 محددات معا تتمثل في: وظيفة التواصل ، الدور في التبادل ومستوى النمو. تتمثل هذه الوضعيات في:

- الترحيب بالطفل
- عرض لعبة ميكانيكية
- عرض غرض اجتماعي
- مناداة الطفل باسمه
- عرض لعبة
- تأدية أغنية مصحوبة بحركات شعائرية
- جذب والتحكم في انتباه الطفل
- تفاعل جسدي
- تغطية وجه الطفل بالمنديل
- ايهام البالغ للطفل (فعل الخدعة)
- استبدال شيء أثناء لعبة التظاهر
- الطلب من الطفل تحديد أجزاء من الجسم وأشياء من المحيط
- النظر إلى كتاب مصور مع الطفل
- يجد أشياء مخبئة
- تقديم علبة شفافة ومغلقة تحتوي على شيء
- تعديل سلوك الطفل
- التلاعب بعروسة القراقوز باليد
- اعطاء تعليمات بسيطة
- طلب المساعدة للخروج من موقف غير محبذ
- طلب الإذن
- الاستجابة لدعوة مقدمة من الطفل
- التوديع (Guidetti, M., & Tourrette, C., 2009, p. 24)

ضوابط مكان الاجراء:

عند إجراء الاختبار لا يشترط ترتيب معين للتعليمات على أن تبدأ بالترحيب وتنتهي بالتوديع، حيث أن الهدف منها هو ايجاد وسط محفز لطفل يحثه على التفاعل مع البالغ. ينظم ECSP أثناء الفحص ككل الاجراءات الاختبارية المطبقة على الرضع (beby-test) أن يجرى في مكان هادئ، يحتوي على كرسي وطاولة ملائمين لحجم الطفل+ كرسي منخفض للفاحص، بالنسبة للأطفال الصغار جدا يمكن الاستعانة بكرسي خاص (baby-relax).

توضع الملصقات على يسار ،يمين وخلف الطفل، وكل الألعاب يجب أن تكون ضمن مجاله البصري دون أن يستطيع الوصول إليها (بأن تكون على الرف مثلا) والتي يأخذ منها الفاحص حسب الحاجة، كما لا يمكن أن يتجاوز زمن الاجراء مدة 50 دقيقة كحد أقصى، على أن يتحدد الحد الأدنى حسب عمر الطفل ودرجة يقظته. (Guidetti, M., & Tourrette, C., 2009, p. 24)

المعلومات التي يسمح الاختبار باستخراجها:

عند تصنيف السلوكيات التي ينتجها الطفل على مستويات النمو لكل وظيفة وكل سلسلة من العناصر. لذلك من المهم التمييزبين مصطلحات مهمة تظهر لنا عند استخلاص النتائج النهائية:

- **المستويات المثلى** لكل سلسلة من العناصر ، لكل مقياس (أو وظيفة) وللحدث بأكمله. يتوافق المستوى الأمثل مع أعلى مستوى من الكفاءة التواصلية التي عبر عنها الطفل.

- **المستوى المتوسط** لكل مقياس والاختبار بأكمله ، والذي يتوافق مع المتوسط الجبرية للمستويات المثلى التي تم الحصول عليها لكل سلسلة من العناصر على مقياس معين أو للاختبار بأكمله

- يتطابق **المستوى الوسيط** للاختبار بأكمله مع المستوى المركزي في السلسلة المرتبة للمستويات المثلى.

- يمكننا أيضًا تحديد **المستوى الأساسي** لكل سلسلة من العناصر، والذي يتوافق مع المستوى الذي تمت فيه إضافة جميع العناصر. وبالتالي فإن هذا المستوى أقل بشكل عام من المستوى الأمثل لهذه السلسلة (بما أنه يكفي أن ينجح عنصر واحد في مستوى أعلى ليعزى إلى هذا المستوى الأمثل) ويعكس المهارات المكتسبة بالفعل واستقرارها. و إستنادا على القواعد السابقة، يسمح ECSP بتحديد:

- السن النمائي لمهارات التواصل الاجتماعي (AD-Com) لدى الطفل.

- السن النمائي لمهارات : التفاعل الاجتماعي (AD-IS)، الانتباه المشترك (AD-AC)، تنظيم السلوك (AD-RC) كل على حدى لدى الطفل.
- ملمح النمو التواصل-اجتماعي (Com-Profil) مما يعطي تصورا مرئيا لنقاط القوة والضعف.

طريقة استعمال شبكة تدوين الاستجابة:

من خلال تحليل مشاهد الفيديو المصورة أثناء الاجراء، نستعمل الشبكة التي تحتوي على البنود الـ277 ، كل واحد منها مرقم و مُرَمَّز، ولهذا الأمر دلالة خاصة ذات عاقة باستعمال ورقة التنقيط لاحقا ، مثلا:

الوضعية التفاعلية: تقديم صندوق شفاف ومغلق يحتوي على O (يضم البنود من181-187)

البند:181 □□ (1 IRC 1) يبكي ، يهتاج ، يشكو (لأن O بعيد عن متناوله). يدل:

- **(181)** ترتيب البند في الشبكة
- **(□□)** عدد المرات التي يجب أن يتكرر فيها السلوك ليتحقق البند، توجد بنود تكتمل بمربع واحد، وبعضها تحتاج إلى 3 تكرارات.
- **(1 IRC 1)** البند الأول من الاختبار التحتي " المبادرة بطلب تنظيم السلوك " من المستوى الأول.
- **(O)** تدل على شيء (object) كما تحتوي بنود أخرى على رمز (E) الذي يدل على الطفل، و(A) للدلالة على البالغ (الفاحص)

عند الانتهاء من تدوين استجابات الطفل، يتم الانتقال إلى استعمال ورقة التنقيط.

طريقة التنقيط:

تتكون من صفحة واحدة، تحتوي على:

- **جدول** يضم كل البنود مرتبة حسب الاختبارات التحتية وموزعة على المستويات النمائية (على خلاف ما هو حاصل في شبكة تدوين الاستجابة التي ترتب البنود حسب الوضعيات التفاعلية)[1]، حيث يتم التضليل على كل بند مكتمل.
- **دليل فك الترميز** الخاص بالجدول ، والمتمثلة في:

[1] أنظر الوثيقة الثالثة من الملحق (5)

* : عدد تكرار البند لاكتماله > :لتحقق البند، لابد على الطفل من أن يحقق أحد البنود من المستوى الأعلى، مثلا: لتحقق IRC 6 لابد من تحقيق أحد متطلبات IRC 7 ( ): لتحقق البند، لابد على الطفل من تحقيق عدد معين من البنود التحتية لنفس البند، مثلا: لتحقيق البند MIS10 من المستوى 3,5 لابد من تحقق بند تحتي واحد على الأقل، أما لتحقق البند IRC8 من نفس المستوى فلا بد من تحقق بندين تحتيين.

- **مساحات خاصة بتدوين النتائج** المحصل عليها، وتنقسم إلى قسمين:

(1) خاص بكل وظيفة تفاعلية على حدى، لتحديد النقطة الخام ، المستوى الأمثل

(2) خاص بالاختبار ككل، لتحديد: المستوى الأمثل، الوسيط والمتوسط، النقطة الخام الكلية.

لاحقا وبالاعتماد على الجداول المعيارية[1] يتم تحويل النقاط الخام (النقطة الكلية و النقاط الخاصة بكل وظيفة تفاعلية) إلى السن النمائي الموافق لها.

ملاحظة:

أثناء اجراء الاختبار، لاحظنا تفاعلا افضل من طرف الأطفال[2] من المجموعتين عند تنفيذه وفق معايير (Early social communication scales -ESCS) التي سبق الاشارة إليها كنسخة أصلية للـ ECSP. وتتمثل هذه الشروط التي وضعها (Mundy P. D., 2003, p. 3) في:

- تفصل الطاولة ما بين الطفل والفاحص في وضعية التقابل، غير أن الفاحص يحيد قليلا نحو اليسار للسماح بتسجيل الفيديو للطفل
- . يجب أن يركع (وضعية الفارس أو التربيع) المختبر على الأرض بدلاً من الجلوس على كرسي ليبقى على مستوى الطفل أثناء الاختبار
- يجب وضع ملصقين على جانبي الطفل. يجب أن يكون أحد الملصقات على كل جانب ضمن رؤية الطفل (عند 60 درجة تقريبًا من خط الوسط للطفل) ويجب أن يكون الملصق الآخر خلف الطفل قليلاً، بعيدًا عن رؤيته (عند 150 درجة تقريبًا من خط الوسط للطفل).
- يجب أن تكون كاميرا الفيديو موجّهة لتمكين تسجيل رؤية من ثلاثة أرباع إلى الوجه الكامل للطفل، بينما يتم أيضًا التقاط أوامر الفاحص ولو بشكل جزئي.

[1] ولهذا قمنا في هذه الدراسة بإعادة معايرة هذه الجداول
[2] خاصة من تزامن الإجراء لديهم مع بوادر قلق الشهر الثامن.

- يمكن اختبار الأطفال بحضور والديهم أو بدونهم وقد يتم اختبارهم جالسين في حضن الوالدين، أو الجلوس على كرسي.
- إذا كان الطفل سيجلس على حضن أحد الوالدين، فيجب أن تكون الطاولة عالية بما يكفي ليتناسب الطفل معها بشكل مريح تحت الطاولة.
- إذا كان الطفل سيجلس بمفرده، فيجب أن تكون الطاولة منخفضة بما يكفي بحيث يمكن للطفل الوصول عبر الطاولة للألعاب (يوصى باستخدام كراسي منخفضة للأطفال وطاولات منخفضة للأطفال)

7.4. البرنامج الاحصائي SPSS:

هو أحد التطبيقات الإحصائية التي تعمل تحت مظلة ويندوز، وهو عبارة عن مجموعة من القوائم والأدوات التي يمكن عن طريقها إدخال البيانات التي يحصل عليها الباحث العلمي عن طريق الاستبيانات أو المُقابلات أو المُلاحظات ، ومن ثم القيام بتحليلها ، ويعتمد النظام الإحصائي Spss على المعلومات الرقمية، ويتميز البرنامج بقدرته الكبيرة على مُعالجة البيانات التي يتم مدُّه بها.

ملاحظة:

تم استعمال تقنية استعمال الفيديو لتسجيل استجابات الأطفال وهي تقنية تم استخدامها في العديد من البحوث التي توجهت لدراسة النمو التواصل-اجتماعي المبكر (L. Zwaigenbaum, S. Bryson, N. Garon, 2013) ، بحكم أن الاختبارات (BECS, ADOS-2 Toddler , ECSP) المستعملة تتميز بكونها:

- تتعامل مع الطفل مباشرة كمصدر للمعلومات من خلال دراسة مباشرة لاستجاباته.
- كل هذه الاختبارات تتعرض لقياس مستوى النمو التواصل الاجتماعي سواء كجملة كلية أو من خلال دراسته من خلال التعرض لسلالمه التحتية.

وهذا لضمان النوعية المثلى لتدوين استجابات أفراد العينة.

8. العيـــــنة:

عينة البحث عبارة عن عينة قصدية ، ويستخدم هذا النوع من العينات للحصول على معلومات من شريحة محددة قادرة على توفير المعلومات، إما بسبب موقعهم، أو لأن بعض المعايير التي وضعها

الباحث (كما هو الحال في هذه الدراسة) تتوفر فيهم، حيث يتم اختيار وحدات العينة (الأفراد) بناء على الخبرات في الموضوع المدروس. (الموالدي، 2018).

8.1.تمثيل العينة للمجتمع الأم:

استهدفت أغلب الدراسة مواليد سنة 2018 بعدد بلغ 95 حالة، والتي تمثل نسبة 0,95 من الألف من المجتمع الأم، حيث تميزت سنة 2018 للمرة الخامسة على التوالي بعدد ولادات حية تجاوزت عتبة المليون من بين **42,6 مليون جزائري تم إحصاؤه في 1 جويلية من نفس السنة** حسب احصائيات الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار في دراستها لديموغرافيا الجزائر (ANDI, 2019) حيث صرح الديوان الوطني للإحصائيات ببلوغ المواليد لذات السنة عدد 1038 ألف ولادة حية (ONS, 2018) التي تمثل هذه الأخيرة المجتمع الأم لموضوع الدراسة.

في حين أنه لتمثيل هذا المجتمع الجزائري احصائيا وبالاعتماد على معادلة Steven Thompson لتحديد حجم العينة[1] بناء على العلاقة الرياضية التالية[2]:

$$n = \frac{N \times p(1-p)}{\left[\left[N-1\times\left(d^2 \div z^2\right)\right]+ p(1-p)\right]}$$

فإنه من أجل تعميم نتائج هذه الدراسة يجب أن تكون العينة في حدود 5 % من مجتمع الدراسة (THOMPSON, 2012)، أي ما يعادل 385 طفلا، وهذا ما لم يستوفه هذا البحث، حيث اقتصر على استغلاله لـ 115 وحدة بحثية فقط، من بينها 76 حالة هي التي شاركت في عملية المعايرة لا غير.

إلا أن عددا من الدراسات بينت أن هذا التناسب غير مشترط لكون تحديد حجم العينة بهذه الطريقة غير ممكن عمليا في حالة كون المجتمع الأم ذو حجم كبير يتعدى مئات الآلاف بسبب قيود التكلفة والوقت، و لذلك ليس بالضرورة حسب عدة أن يتزايد حجم العينة بشكل متناسب مع تزايد حجم المجتمع، ورغم سهولة تحديد حجم العينة بهذه الطريقة، إلا أنها تراعى التكلفة والوقت على حساب دقة النتائج. (خليفي رزقي ، شيقارة هجيرة، 2017)

8.2. خصائص العينة و برتوكول تصنيفها:

هدف هذا البحث إلى دراسة النمو التواصل اجتماعي في حالتيه السوية والمضطربة ولذلك توجب وضع عينتين بحثيتين:

[1] تمت الاستعانة بموقع http://www.raosoft.com/samplesize.html لحساب حجم العينة المعتبر احصائيا

[2] (N)مجتمع الدراسة ، (z) الدرجة المعيارية المقابلة لمستوى الدلالة 0.95 وتساوي 1.96 ،(d) نسبة الخطأ وتساوي 0.05 ، (p) نسبة توفر الخاصية والمحايدة = 0.50.

المجوعة الأولى: ذات النمو السوي

تم وضع ضوابط صارمة لاختيار أفراد العينة من أجل التأكد من سلامة الوحدات النمائية تمثلت في معايير: كرونولوجية، موجبة وسالبة:

1) **خاصية السن:** أن تنتمي الوحدة إلى المجال العمري الزمني 3 أشهر إلى غاية 30 شهر.
2) **مجموعة خواص مستخرجة من نتائج تطبيق بطارية الـ BECS (معايير موجبة) :**
   - **خاصية سلامة إيقاع النمو المعرفي و الاجتماعي الانفعالي العام:** بأن يتناسب مستوى النمو المعبر عنه بالنقطة المتوسطة للنمو المحصل عليها بعد تطبيق بطارية الـ BECS مع المخطط الذهني البياجي المناسب للفئة العمرية الزمنية التي ينتمي إليها الطفل (ND^{*}).
   - **خاصية تجانس النمو:** أن لا يتعدى معامل تجانس النمو (IHG) العشري الثالث (3 ^{eme} décile).
   - **خاصية سلامة نمو القدرات المرتبطة بـ: التفاعل الاجتماعي، الانتباه المشترك، تنظيم السلوك** من خلال تناسب نتائج الوحدات في هذه السلالم التحتية مع المخطط الذهني الموازي للمرحلة العمرية الزمنية.
3) **انتفاء مجموعة خواص مرتبطة ببعض الاضطرابات النمائية العصبية التي تؤثر على نمو قدرات التواصل الاجتماعي لاحقا (معايير سالبة)**، تتمثل في علامات عياديه مبكرة لـ :
   - اضطراب طيف التوحد
   - اضطراب التواصل الاجتماعي البراغماتي
   - اضطرابات التواصل المحددة

وهذا من خلال تطبيق اختبار ADOS Todller.

المجموعة الثانية: ذات النمو المضطرب

احتكم اختيار الوحدات المكونة لهذه المجموعة إلى معايير: كرونولوجية، موجبة وسالبة أيضا، يؤكد مجموعها على أن الطفل يحمل خصائص سريرية مرتبطة بمظاهر مبكرة لأحد الاضطرابات التي يعد اختلال النمو التواصل-اجتماعي معيارا تشخيصيا(مثل حالة اضطراب طيف التوحد واضطراب التواصل الاجتماعي أو اختلالا وظيفيا فيها (نحو الاختلال البراغماتي-اللساني في حالة تأخر اللغة).

1) **خاصية السن:** أن تنتمي الوحدة إلى المجال العمري الزمني (intervalle de l'âge chronologique) 3 أشهر إلى غاية 30 شهر.

2) **مجموعة خواص مستخرجة من نتائج تطبيق بطارية الـ BECS (معايير موجبة) :** على أن تنتمي المفردة إلى أحد الحالتين التاليتين:

الحالة الأولى: تأخر نمائي تواصل-اجتماعي

بأن يكون مستوى أحد أو أكثر من الميادين التحتية المشكلة للنمو التواصل اجتماعي (التفاعل الاجتماعي، الانتباه المشترك، تنظيم السلوك) أقل من مستوى المخطط الذهني الموافق للعمر الكرونولوجي (* ND) و يعبر عن هذه الحالة بالمعادلة التالية: ND *>IS /AC/RC ، كما أن ملمح النمو (IHG) أقل أو يساوي العشري الثالث، ويعبر عن هذا الشرط بالمعادلة التالية: IHG≤3 ^{eme} décile مما يعني وجود إيقاع نمائي مستقر و متأخر يؤدي لاحق –غالبا- إلى تاخر في النمو اللغوي (المظهر الابتدائي لاضطراب اللغة).

الحالة الثانية: تأخر نمائي تواصل اجتماعي واضطراب ايقاع النمو

بأن يكون مستوى أحد أو أكثر من الميادين التحتية المشكلة للنمو التواصل أقل من مستوى المخطط الذهني الموافق للعمر الكرونولوجي (* ND) و يعبر عن هذه الحالة بالمعادلة التالية: IS ND *>/AC/RC ، كما أن ملمح النمو (IHG) أكبر من العشري الثالث، ويعبر عن هذا الشرط بالمعادلة التالية: IHG> 3 ^{eme} décile مما يعني وجود إيقاع نمائي مضطرب و متأخر يؤدي لاحق –غالبا- إلى اضطراب حاد في النمو التواصل الاجتماعي بالمقارنة مع نمو الميادين المعرفية الأخرى (المظهر الابتدائي لاضطراب طيف التوحد و اضطراب التواصل الاجتماعي).

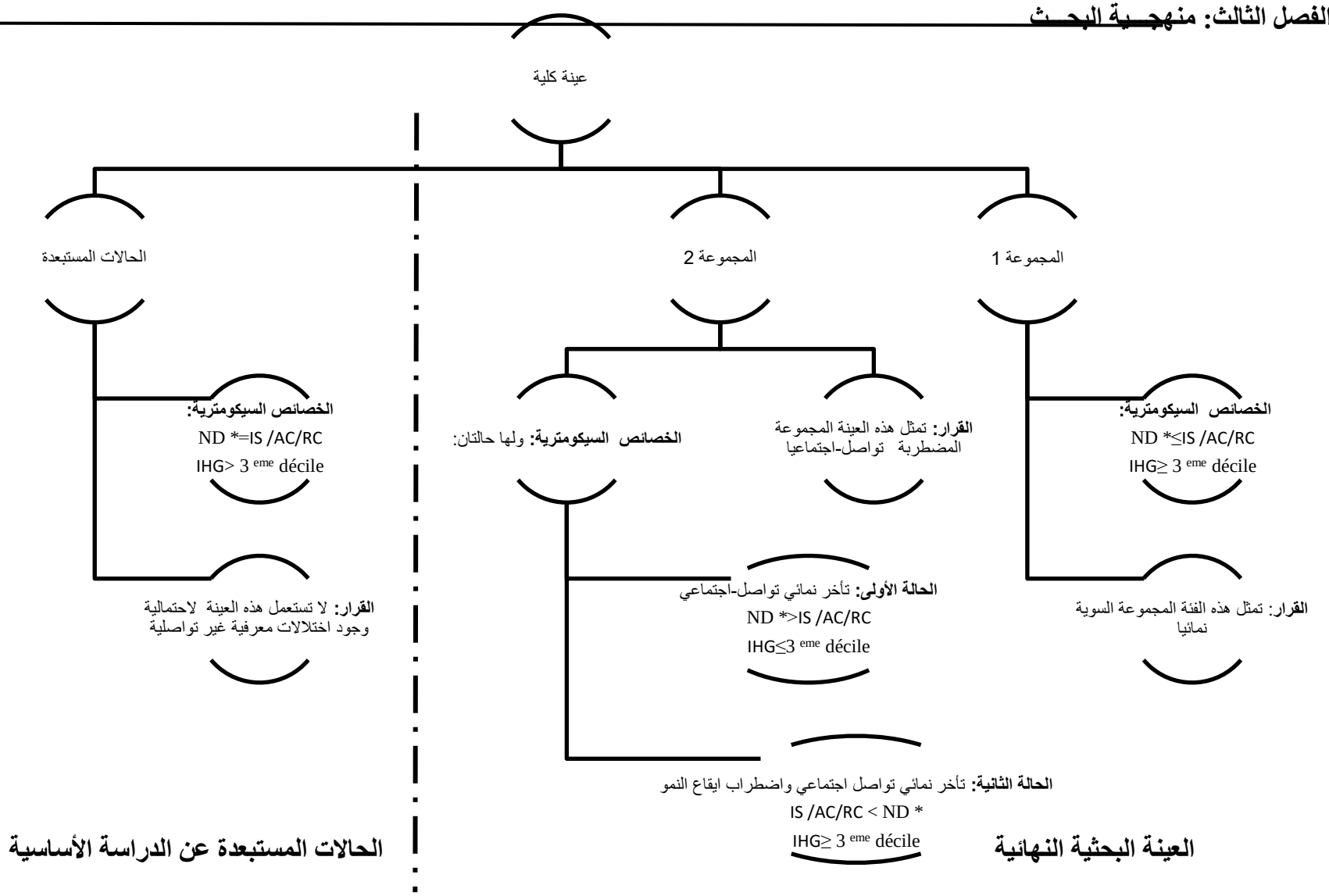
بالنسبة للفئة العمرية الأكبر من 24 شهر زمنيا ، ومن خلال تطبيق اختبار ADOS Todller، لا بد لادراج المفردة في العينة المضطربة من الحصول على:

- أقل من 9 درجات (لا توجد أو توجد بقلة مخاوف اصابة باضطراب طيف التوحد) لضم المفردة في الحالة الأولى من المجموعة الثانية. - من 10 درجات فأكثر (توجد مخاوف اصابة باضطراب طيف التوحد) لإلحاق المفردة في الحالة الثانية من نفس المجموعة.	بالنسبة للأطفال غير الناطقين تماما

-أقل من 7 درجات (لا توجد أو توجد بقلة مخاوف اصابة باضطراب طيف التوحد) لضم المفردة في الحالة الأولى من المجموعة الثانية. - من 8 درجات فأكثر (توجد مخاوف اصابة باضطراب طيف التوحد) لإلحاق المفردة في الحالة الثانية من نفس المجموعة	بالنسبة للأطفال الناطقين قليلا (كلمات متفرقة لا ترقى لتكون جملة مكونة من كلمتين)

في المجمل تنقسم هذه العينة التحتية بدورها إلى مجموعتين مرتبة حسب الشدة: تمثل الحالة الأولى دلائل سيكومترية مبكرة للتأخر نمو اللغة وتمثل الحالة الثانية دلائل سيكومترية مبكرة لـ ASD أو SCPD.

3) **انتفاء مجموعة خواص مرتبطة ببعض الاضطرابات النمائية العصبية التي تؤثر على نمو القدرات العقلية (معايير سالبة)**، تتمثل في كون معامل التجانس العام أكبر من العشري الثالث(IHG> 3 ^{eme} décile) بالرغم من ملائمة مستوى الميادين التحتية المكونة لمجال التواصل الاجتماعي (IS =* ND /AC/RC). و في هذه الحالة يستبعد الطفل من كلتي المجموعتين المكونتين لعينة الدراسة الأساسية في هذا البحث.



رسم توضيحي2 بروتوكول تكوين المجموعات اتحتية للعينة الأولية

9. الإطار الزماني والمكاني لاجراء الدراسة:

تم التأطير الزمني والمكاني للدراسة وفق مرحلتين زمنيتين:

1) تمثلت المرحلة الأولى حسب ما هو موضح في الجدول (01) في تجميع تمريرات الاختبار تم اجراؤه سابقا من طرف الطالبة بصفتها كممارسة أرطوفونية ، و كذلك تم الاستعانة ب4 ممارسين الأرطوفونيين آخرين (لضمان أكبر تغطية جغرافية وعددية ممكنة) خبيرين في تطبيق الوسائل المستخدمة في الدراسة، وقد تمت هذه التغطية في الفترة الممتدة من **04 مارس 2018إلى غاية 07 أفريل 2019.** وقد تم عرض تفصيلي لنتائج هذه المرحلة في ملحق خاص بهذه المذكرة.

جدول 3 مصفوفة رباعية المدخل تمثل الاطار الزمني والمكاني والتطبيقي للمشروع في المرحلة الزمنية الأولى

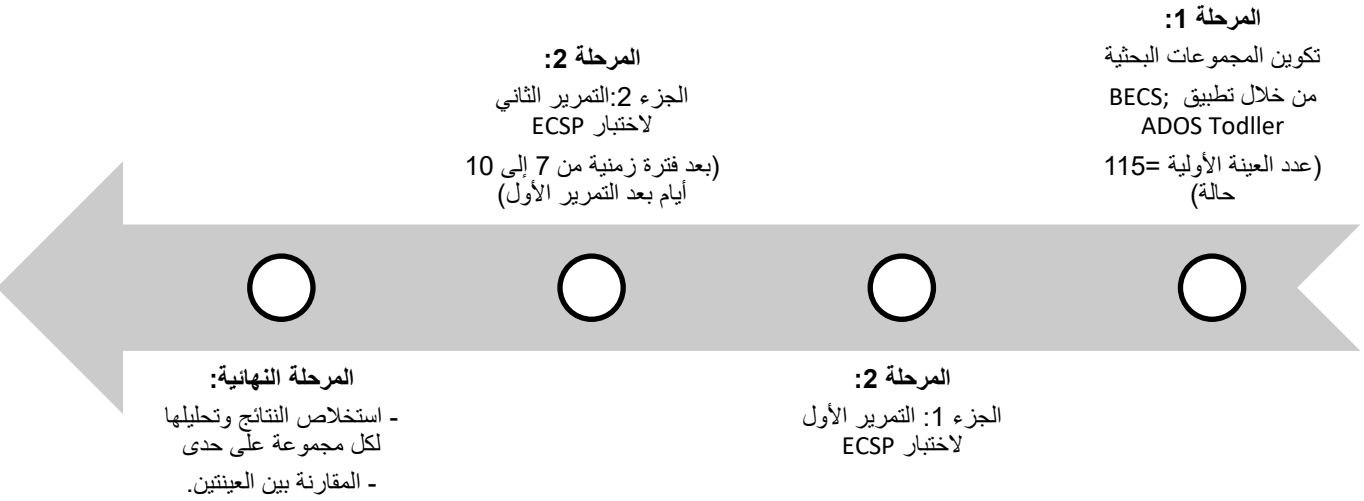
	إجراء من طرف **1. الطالبة (40 حالة)** **2. ممارسين ارطوفونيين اخرين (13 حالة)**		
مورد العينة من حيث زمن الاجراء الميداني: **04 مارس 2018- 07 أفريل 2019**	**يوجد 53 إجراء جاهز** **(تمثل نسبة 55,78 من المعلومات الخامة المراد جمعها في هذه الدراسة)**	**دراسة الموضوع من حيث المكان:** **1. عيادتان أرطوفونيتان خاصتان** **2. عيادة طبية متخصصة في طب الأطفال .** **3. روضة أطفال**	
	جغرافيا: **1. وهران (16 حالة) 2. العاصمة (12حالة) 3. تقرت (10حالات) 4. سطيف (15حالة)**		

2) تمت المرحلة الثانية من الدراسة و التي انتهى من خلالها استكمال عدد العينة المتبقى والذي تم تطبيقه كليا من طرف الطالبة والتي حدت زمنيا ابتداء من بداية السداسي الثالث إلى الرابع من السنة الجامعية 2019-2020 إلى غاية 25 مارس 2020.

أما مكانيا، فقد حرصت الدراسة على ضمان أكبر توزع جغرافي ممكن داخل الوطن، من خلال اختيار أفراد العينة من : العاصمة (وسط الجزائر)، وهران (الغرب)، سطيف (الشرق)، تقرت (الجنوب) و قد تم الاجراء والمتابعة من طرف الباحثة باستغلال مؤسسات تهتم برعاية الأطفال تمثلت في : عيادة طب الأطفال، عيادتان أرطوفونيتان، روضة أطفال.

10. المراحل الإجرائية للدراسة:

تم اجراء الدراسة على مرحلتين سابقتين لعملية استخلاص النتائج من حيث التعامل مع الحالات المكونيين للعينة، على أن تنقسم المرحلة الثانية بدورها إلى مرحلتين تحتيتين.



رسم توضيحي 3 مخطط سهمي يمثل تتابع المراحل الكبرى لاجراء الدراسة

1. **المرحلة الأولى:** تكوين المجموعات البحثية

1) **الهدف:** استهدفت العينة الأولية والتي تم انتقاؤها عشوائيا أطفالا ينتمون إلى المجال العمري من 4أشهر إلى 30 شهر، والتي شملت في نهاية المطاف 115 طفل يمثلون العينة الابتدائية قبل الفرز المبني على نتائج الفحص السيكومتري . الهدف الاساسي لإجراء المرحلة هو تكوين عينتين:
   - تتميز الأولى بعدم وجود مظاهر مبكرة للاضطرابات النمائية العصبية التي تمس النمو التواصل-اجتماعي وتمثل العينة السوية التي سيتم من خلالها لاحقا معايرة اختبار ECSP.

- تتميز الثانية بوجود اختلالات في ايقاع النمو المعبر عنه بمعامل التجانس، أو تلك التي تأثر أحد الميادين التواصل اجتماعية (التفاعل الاجتماعي، الانتباه المشترك، تنظيم السلوك) والذي قد يشير مبكرا إلى وجود اضطراب نمائي عصبي قد يتمثل في أحد الاضطرابات التالية: اضطراب اللغة، الاضطراب البراغماتي، اضطراب الطيف التوحدي.

2) **الإجراء**: من خلال تطبيق مجموعة اختبارات (والتي تم تعريفها سابقا عند التعرض إلى أدوات الدراسة) تغطي نفس المراحل العمرية التي يشملها ال ECSP حسب ما هو موضح في الجدول (01). وقد تم هذا على جزئين:

- بالنسبة للأطفال المنتمين للفئة العمرية من 4 أشهر إلى غاية 24 شهر : تمرير بطارية BECS ، على أن تتميز الحالة التي يتم قبولها بتحقق الشروط المذكورة سابقا في وصف العينة سواء السوية أو المضطربة نمائيا.
- بالنسبة للأطفال المنتمين للفئة العمرية +24 شهرا، فإنه يجب الحصول على المستوى 4 في اختبار الBECS + الحصول على الدرجة 0 في اختبار ADOS- Toddler أي الدلالة على الخلو الكلي للحالة من أعراض اضطراب طيف التوحد بالنسبة للمجموعة البحثية السوية، أوتحقق المعايير المذكورة سابقا في وصف العينة المضطربة نمائيا.

جدول 4 توزيع استخدام وسائل الدراسة حسب شمولها للمجالات العمرية لـECSP

BECS	ADOS- Toddler	ECSP
x		المستوى1 و 2: أقل من 6 أشهر
x		المستوى 3: 7-16 شهرا
x		المستوى 3,5: 17-24 شهرا
x	x	المستوى 4: 25-30 شهرا

في نهاية المطاف، تم الحصول على عينة اجمالية ممثلة لعينة الدراسة النهائية - بعد استبعاد 5 حالات (واحدة من كل من : وهران، سطيف ، و3 من العاصمة) لم تستوفي الشروط الاجرائية اللازمة- والتي تتكون من 115 طفل : 74 ذكر (M) و 41 أنثى(F)، منهم: 64 حالة من وهران(O)، 31 حالة من العاصمة(A)، 14 حالة من سطيف(S) و6 حالات من تقرت(T). تم تصنيف هذه الحالات حسب المجموعات: 75 حالة تمثل المجموعة الأولى (G1) و40 حالة في المجموعة الثانية (G2) (22طفل

في الحالة الأولى(C1) و 18 طفل في الحالة الثانية (C2). يمثل التوزيع المثبت في الملحق (4) تفاصيل خصائص العينة النهائية من حيث توزعها حسب المجموعة، المجال العمري، الجنس والمجموعة البحثية .

2. **المرحلة الثانية:** تطبيق وإعادة تطبيق ECSP

1) **الهدف:** تطبيق اختبار ECSP

2) **الإجراء**: تم تطبيق الاختبار على 115 حالة (لم يتم الاجراء على الحالات الـ5 المستبعدة) ثم تمت إعادة الاجراء بعد ما معدله 7 إلى 10 أيام.

يجدر بنا التنبيه إلى انه لم تتم ترجمة كراس الاختبار إلى اللغة العربية في هذه الدراسة، للأسباب التالية:

- كونه تفاعليا ولا يَشترط تعليمات لفظية محددة ذات بُنَى لسانية معينة.
- بسبب انتشار وباءCOVID-19 المتزامن مع المرحلة الاجرائية الثانية، تعذر تمرير النسخة المترجمة إلى الخلف، وكذلك عدم التمكن من الوصول إلى محكمين مناسبين الراجع إلى إجراءات الحجر المنزلي.
- ولاعتبار أن الترجمة غير أساسية من وجهة نظر فريق إعداد ECSP-كما بينوا ذلك في مشورتهم المقدمة بطلب من الطالبة عبر البريد الالكتروني بتاريخ03/12 /2020 عن طريق العنوان البريدي لدار النشر Euro-test ، فإننا استغنينا عن هذا الاجراء.

(Guidetti, M., & Tourrette, C., 2009, p. 25)

3. **المرحلة الثالثة:** المرحلة الاحصائية

وقد شملت محطتين:

1) **معايرة احصائية (standardisation statistique) لاختبار ECSP** وفق نتائج المجموعة الأولى المكونة من وحدات ذات نمو تواصل اجتماعي سوي. (Huteau, 2013)

للتأكد من استيفاء اختبار الـECSP لشروط الاختبار الجيد، قمنا بدراسة:

- **تقنين الاختبار:**

ويعرف على أنه "توحيد عملية ادارة وتصحيح الاختبارات: التعليمات، شروط التطبيق والتصحيح يجب أن تحترم" (حبال، 2017) والذي يستخدم كمرادف للمعايرة بأن" يقنن على عينة ممثلة للمجتمع الذي يستخدم فيه بهدف الحصول على معايير معينة" (حبال، 2017) (معمرية، 2007).

- **صدق الاختبار:**

وهو أن يقيس الاختبار ما صمم لقياسه، وهذا من خلال عدة طرق اخترنا منها :

- **قياس الصلاحية المتزامنة (Concurrent Validity)**: وتسمى أيضا بالصدق التلازمي، وهو احد نوعي صدق المحك (حبال، 2017). تعتبر من الاساليب الاحصائية التي تهتم بقياس الصلاحية بشكل خارجي، من خلال دراسة مدى ارتباط تدبيرين، أو إلى أي مدى يقيس التدبير ما ينوي قياسه بدلالة تدبير آخر يرتبط به (Kreutzer, 2011) فهي الدرجة التي تتوافق فيها قيم القياس للمقياس المراد اختباره مع معيار متعلق باختبار آخر سبقت صلاحيته (Keating, 2019) ، كما يتم التحقق منها من خلال قياس مستوى التوافق (معامل Kappa) بين القائمة المرجعية والاختبار موضوع المعايرة ، وكذلك عن طريق حساب الحساسية والنوعية ومعدلات الدقة (Dimitropoulou, 2019) . ولذلك قمنا دراسة صدق اختبار ECSP بدلالة نتائج بطارية BECS مثبتة الصلاحية سابقا وطنيا (عياد، 2015) ودوليا (Bernard M. A., 2015) لاستعمالها في الوسط العيادي الجزائري، حيث أن بطارية BECS تقيس الميادين التحتية الكبرى لاختبار ECSP، بشكل نمائي ذو قاعدة معرفية بياجية لكن بشكل مجمل، لذلك تم حساب معامل كابا باستخدام الميادين التحتية الكبرى للـ ECSP معبرين عنها بالمستوى الدال على الفئة العمرية المنتمية إليه، و باستعمال 3 ميادين تحتية (من 16 ميدانا يمثل مجموع مجالات البطارية) في بطارية BECS بدلالة نفس الفئات العمرية للـ ECSP.
- **صدق الاتساق الداخلي**: "هذه الطريقة تقوم على أساس أن كل بند يحسب ارتباطه بدرجات الجزء أو القسم بالنسبة لكل المبحوثين...تهدف إلى معرفة إذا كانت الاجابات في مجملها بالنسبة للبنود بعينها متسقة بطريقة معقولة مع اتجاهات السلوك أو الشخصية التي تفترضها الدرجات وهناك من يصنف هذا النوع في صدق المحتوى" (حبال، 2017).

- **ثبات الاختبار**:

الذي يعبر عن مدى استقرار النتائج في حالة إذا تم إعادة اجراء الاختبار مرة أخرى، أي أنه استقرار درجات الفرد الواحد على نفس الاختبار في حالة تكرار الاجراء لنفس الفرد (حبال، 2017) ، والذي يتم قياسه بعدة طرق، نستعمل منها:

- **قياس الاتساق باستعمال طريقة التجزئة النصفية :** "بأن يجزأ الاختبار إلى قسمين، حيث يحصل كل فرد على درجة عن كل قسم من الاختبار ،حيث يصبح لكل جزء درجات خاصة به، ثم نقوم بحساب معامل الارتباط بين الدرجات على جزئين لنحصل على درجة ثبات الاختبار" (حبال، 2017) وهذا من خلال استعمال طريقة التناسق الداخلي باستخدام معادلة ألفا لكرونباخ.
- **قياس الاستقرار من خلال تقنية اعادة الاختبار(Test-retest reliability)**: بأن يعاد تطبيق نفس الاختبار على نفس الأفراد بعد فاصل زمني معين بين التطبيقين، ثم يحسب معامل الارتباط بينهما ومعامل الاستقرار. على ان لا تكون المدة الفاصلة بين التطبيقين قصيرة جدا لاجتناب عوامل الذاكرة، التعلم والتعب، ولا طويلة جدا لتفادي تغير قدرات المفحوص (حبال، 2017). ويتم تقييم موثوقية الاختبار وإعادة الاختبار باستخدام معاملات الارتباط داخل الفئة (Levin, 2019). وقد أكمل115 مشاركا بروتوكول إعادة الاختبار ("ECSP-1"، "ECSP-2").

قامت الطالبة[1] بإجراء الاختبار لجميع المشاركين مع تدوين معلومات الحالة الديموغرافية . تم تكرار جميع مقاييس النتائج بنفس الترتيب في كلا الاختبارين. الأطفال الذين طلبوا حضور أمهاتهم اسىتخدموا هذا الحق في كلا الاختبارين لضمان تكرار كل الظروف التي وجدت في الاجراء الأول. و قد تم الإجراء من قبل الطالبة التي سبق لها أن تلقت تدريبا خاصا وخبرة ميدانية في استخدامه بلغت السنتين. ومن أجل تقدير تناسق أداء وحدات العينة على المقاييس المختارة بين الاختبارين، مع تقليل أخطاء التسجيل، بأن تم التحقق من الدرجات التي تم جمعها خلال الاختبارات باستخدام أشرطة الفيديو.

2) **دراسة معيارية لنتائج المجموعة الثانية** التي تشمل وحدات ذات نمو تواصل اجتماعي مضطرب من خلال مقارنة نتائجها مع نتائج المجموعة البحثية الأولى. وهذا من خلال المقارنة النسبية والوصفية للمجموعة الثانية، بشقيها المتأخر والمضطرب كل مجموعة على حدى ثم بشكل كلي.

[1] علما أنها استفادت من مساعدة أخصائين مؤهلين في انجاز اختبار الـBECS بسبب كبر العينة.

11. الضوابط الأخلاقية للدراسة:

نظرا لوجود مشاكل منهجية وأخلاقية في البحث في مجال الأطفال عموما (Smyth, 1999) ولخصوصية الفئة العمرية التي اهتمت بها الدراسة، تحتم وجود مستند أخلاقي يدعم الاختيارات الاجرائية التي قمنا بها، لا سيما أثناء التعامل مع المفحوصين ، خاصة في ظل عدم وجود ميثاق أخلاقي خاص بالبحوث العلمية الموجهة للأطفال في عمر الطفولة الصغيرة في الجزائر، ووجود معضلات تواجه الباحثين البالغين العاملين مع الأطفال من حيث كون البحث مع الأطفال مختلفًا عن البحث مع البالغين بشكل رئيس لكون الأطفال مختلفين بطبيعتهم (Punch, 2002)، وهذا ما أدى إلى بقاء عدة نقاط فيصلية خاضعة لوجهة نظر الباحث حيث يختار موقفه من بين عدة مواقف أخلاقية عرضت في دراسات عالمية نحو دراسة (Fargas-Malet, 2010) ، وتتمثل هذه النقاط في:

- **الموافقة على المشاركة:** يوجد اجماع عالمي على وجوب أخذ موافقة الولي للتمكن من المشاركة في الدراسة بعد الاطلاع على كل المراحل الاجرائية والتعهد بالسرية ...إلى غيرها من الضوابط، لكن يوجد كذلك توجه أخلاقي يمس الطفل، الذي بني على قناعة بأن الأطفال ، مثل البالغين ، هم مواطنون لديهم وجهات نظرهم الخاصة، ولديهم الكفاءات والحق في الاستماع إليهم، وهم قادرون على التحدث عن أنفسهم كلٌ حسب مستواه إذا تم استخدام الأساليب المناسبة (Fargas-Malet, 2010)، لذلك حرصنا على أخذ موافقة الأطفال أيضا وهذا بعرضنا عليهم امكانية اللعب معنا، مستخدمين الإيماء الحركي(مثل: حركة طلب العناق) والتودد اللفظي (مثل استعمال عبارات لطلب اللعب).وعليه، فإنه في حالة الرفض إما أن يرجأ إلى وقت آخر أو تستبعد الحالة نهائيا (وقد حصل هذا مرتين).
- **تصوير الجلسات التقييمية:** وقد سبق ذكر عدد من الباحثين ممن شجعوا استعمال هذه التقنية، إضافة إلى الدراسة الأخلاقية التي قام بها (Zappella, 2015) كما أنها طريقة معتمدة في عدة تخصصات (Marschik P. B., 2011)
- **الملاحظة بالمشاركة:** هناك تقليد طويل من استعمال الملاحظة كطريقة للبحث حول الأطفال الصغار ، لا سيما في مجالات التعلم في السنوات الأولى (Clark, 2005) وعلم النفس النمائي (Hill, 1997). فحسب(Thomas N. &., 1998) يمكن التغلب على المشاكل الأخلاقية في البحوث التي تنطوي على الاتصال المباشر مع الأطفال باستخدام نهج تشاركي بالاستناد الى مفهوم "الطفل الاجتماعي"، كنهج يتيح إقامة اتصال مع الأطفال بشكل فعال ، كما يمكن لهذا

النهج أن يساعد أيضًا في تعزيز صدق وثبات الأدوات المراد اختبار صلاحيتها وموثوقيتها (Thomas N. &., 1998).

- **ترتيب الأنشطة لجمع البيانات**: بهدف إقامة علاقة مع الطفل ، تم السماح للطفل بالقيام ببعض الانشطة من اختياره حتى يعتاد على المكان لفترة من الزمن (تراوحت ما بين 5-10 دقائق) إما بعرضنا عليه مجموعة أنشطة (من خارج متطلبات الاختبار) يعرفها الطفل بالفعل استنادا إلى توصية (Cameron, 2005) أو القيام بفعل روتيني بالنسبة إليه (Mauthner, 1997)، أما مع الأطفال الأكبر سنا فتم التمهيد قبل الاجراء بفترة من "التواصل الحر"، مما سهل الاستقرار السلوكي والانفعالي للطفل وفهم الفاحص لأسلوب تواصل الحالة التي أمامه. مع المبالغة في التشجيع بعد الاستجابة (Cameron, 2005)كما يمنح استخدام مزيج من المواد والتقنيات الأطفال الوقت الكافي للتفكير في ما يرغبون في توصيله ، حتى لا يشعروا بالضغط لإعطاء إجابة سريعة (Punch, 2002) ، بالإضافة إلى منحهم الاختيار والتحكم في كيفية التعبير عن أنفسهم، ومساعدتهم في التحدث عن قضايا أكثر تعقيدًا وحساسية وتجريدًا (Thomas N. &., 1998) .
- **تبليغ الأولياء:** فيما يتعلق بالثقة في البحث مع الأطفال الصغار، نتفهم وجود فضول عند الوالدين نابع عن اهتمامهم بأطفالهم لذا يميلون غالبا إلى سؤال طفلهما أو الباحث عن محتوى المقابلة (Masson, 2004). لذلك قمنا قبل بداية الاجراء، بإبلاغ الأولياء أنهم سيحصلون على تقارير تحتوي على نتائج الفحوص التي تم اجراؤها لأطفالهم، لكن وضعنا أمام معضلة أخلاقية بالنسبة للأطفال الذين ثبت أن لديهم شذوذا في النمو التواصل-اجتماعي، حيث يرجح إصابتهم إما بـ ASD أو SCPD بشكل شبه مؤكد، وانتظارهم إلى غاية صدور النتائج النهائية (فترة الانتظار ستكون تجاوزت 24شهرا) مما يفوت عليهم فرصة التدخل المبكر، لذا تم تزويدهم برسائل توجيه للفحص الرصدي المحدد مرفقة بنتائج اختبار BECS وADOS-Todller فقط، باعتبار ان صلاحية اختبار الـ ECSP لم تنتهي دراستها بعد –حينها-.وهذا الاجراء هو اجتهاد شخصي حيث لم نجد أي مستند علمي سابق نبه عليه أو منع منه.
- **المكافآت:** يوجد اختلاف حاد بين الباحثين حول اخلاقية تقديم المكافآت العينية أو المالية للمشاركين في الدراسات العلمية، بين موافق (Kay, 2003) ورافض (Cree, 2002)، لذلك ورغبة منا في التعبير عن امتناننا للمشاركين في الدراسة قمنا بتقديم "تذكارات رمزية" للأولياء ومجموعة ألعاب تربوية للأطفال بعد نهاية البحث دون أن نعلمهم عنها قبل مباشرة اجراء التقييمات(Cree, 2002) أو أثناءها تقليدا لاختيار (Bushin, 2007) .

إن معرفتنا بالأطفال في السنوات الأولى من حياتهم يمكن أن تتقدم بشكل كبير من خلال تعزيز الدراسات المستندة إلى نتائج المراجعات المنهجية خاصة في المجالات متعددة التخصصات وتطبيقها في المجال الطبي والشبه طبي، بالإضافة إلى مدى صلة كيفية تقييم الأدلة وتطبيقها(Ang, 2018) ، لذلك تم الاعتماد في بناء الدراسة على البنى المنهجية المتعلقة بهذه الفئة العمرية مع مراعاة خصوصياتها خاصة من حيث القدرات والوسائل والضوابط الأخلاقية بالرغم من تعقد و عدم وضوح هذه الأخيرة نتيجة قلة الدراسات التي تناولتها بالبحث.

الفصـــــــل الرابـــع:

نتائـــــــــج البـــــــــحث

تمهيد:

يبحث هذا الفصل في تفسير النتائج المحصل عليها بعد عرضها بشكل وصفي و إحصائي مفصل، ثم مناقشتها ونقدها على ضوء الفرضيات البحثية التحتية المشار إليها سابقا في الفصل المنهجي. كما تجدر الاشارة إلى تغليب الجانب الكمي في عرض مخرجات البحث نتيجة لكبر حجم العينة –نوعا ما- وتبعا للمنهج العلمي الاحصائي الوصفي المقارن الذي تم اعتماده كمنهج لهذه الدراسة، دون اغفال توضيح بعض الملاحظات النوعية حول النتائج المحصل عليها سواء لكونها تتدخل في صلب البحث او لاعتبارها تلميحات لمواضيع علمية ذات علاقة لعله يتم تناولها بالدراسة لاحقا.

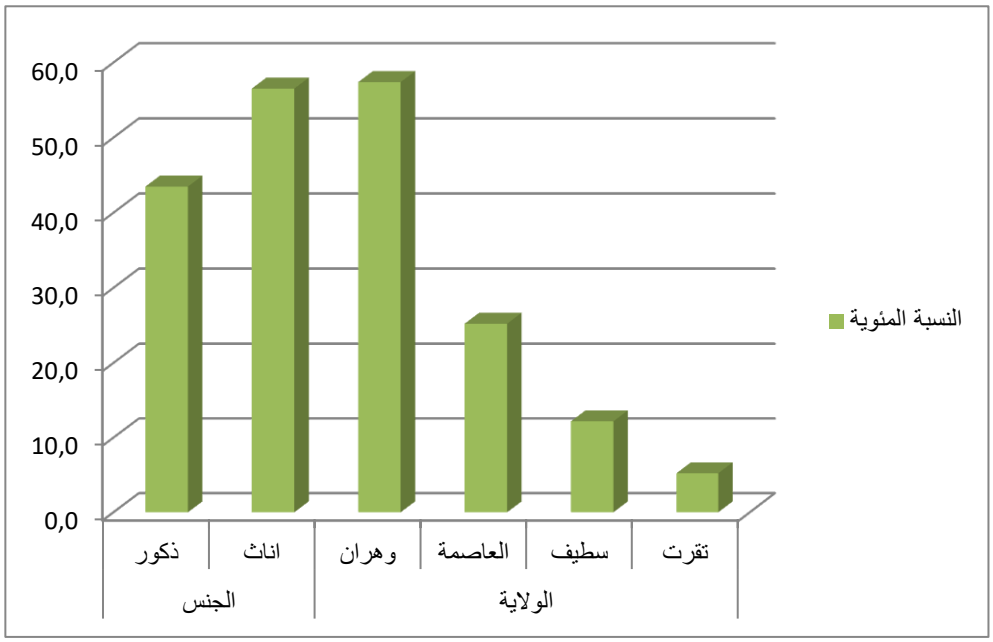
أولا: عرض النتائج

في هذا القسم سنستعرض النتائج القياسية المحصل عليها مع تغليب للجانب الكمي تبعا للمنهج المستعمل . حيث يشمل عرض النتائج الكلية للدراسة (حيث سيفرد للنتائج الخامة جدول تفصيلي في ملحق خاص) بداية بعرض خصائصها التصنيفية، ثم مدى تطبيق شروط التجميع في المجموعات التحتية باستعمال معامل الاعتماد إيتا، وصولا إلى عرض الخصائص النمائية ومقارنتها كما بين السواء والشذوذ النمائي، وبين الانماط الشاذة أيضا.

1. عرض الخصائص التصنيفية للعينة الكلية:

شملت العينة الكلية (n=115) 50 ذكر (43,5%) و 65أنثى (56,5%).توزعت جغرافيا على 4 ولايات جزائرية، 66 حالة منها في وهران(57,4 %) ، 29 من العاصمة (25,2 %)، 14من سطيف (12,2%)، و 6 من تقرت (5,2 %).

بلغ متوسط عمرها 15 شهرا و19 يوما (451,57 يوما)، كما بلغ الحد العمري الأدنى 4 أشهر ويوم واحد (121 يوما) ،والحد العمرى الأعلى29 شهر و19 يوم (889 يوما).



رسم توضيحي 4 أعمدة بيانية تمثل توزيع العينة نسبيا على الجنس والولاية

في نفس الوقت، تم تصنيف الوحدات البحثية من الناحية العمرية الكرونولوجية في العينة الكلية (n=115) حسب المستويات العمرية التي بني عليها اختبار الـ ECSP، لتتوزع في النهاية كما هو مبين في الجدول (5).

جدول 5توزيع العينة الكلية حسب المجموعات العمرية (الكرونولوجية) لـECSP

		التكرار	النسبة
التصنيف حسب الفئة العمرية	أقل من 6أشهر	37	32,2
	شهرا 7-16	26	22,6
	شهرا 17-24	22	19,1
	شهرا 25-30	30	26,1

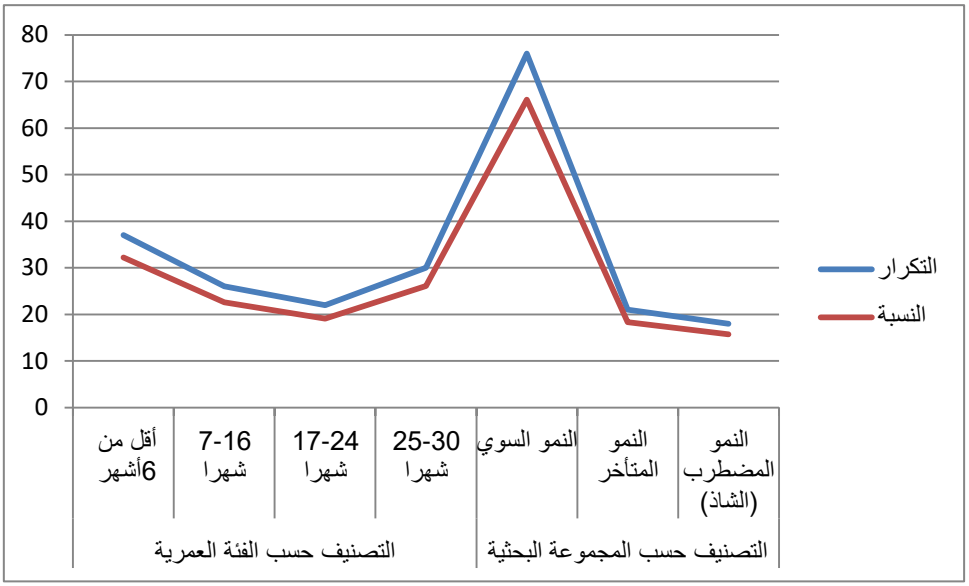
1.1.التصنيف حسب المجموعات البحثية:

بناء على الشروط التي سبق ذكرها في الفصل السابق، تم تصنيف العينة (n=115). توزعت على 3 مجموعات تحتية كما هو مبين في الجدول (6).

جدول 6عدد ونسبة كل مجموعة تحتية شملتها الدراسة

		التكرار	النسبة
التصنيف حسب المجموعة البحثية	النمو السوي	76	66,1
	النمو المتأخر	21	18,3
	النمو المضطرب (الشاذ)	18	15,7

وعند استعراض الجدولين السابقين بصريا، كما في الشكل (5)، نلاحظ توزعا عمريا متجانسا ما بين المجموعات العمرية، مقارنة مع تفاضل عددي للمجموعات البحثية لصالح السواء ثم التأخر.



رسم توضيحي 5توزيع العينة الكلية على الفئات العمرية والمجموعات البحثية

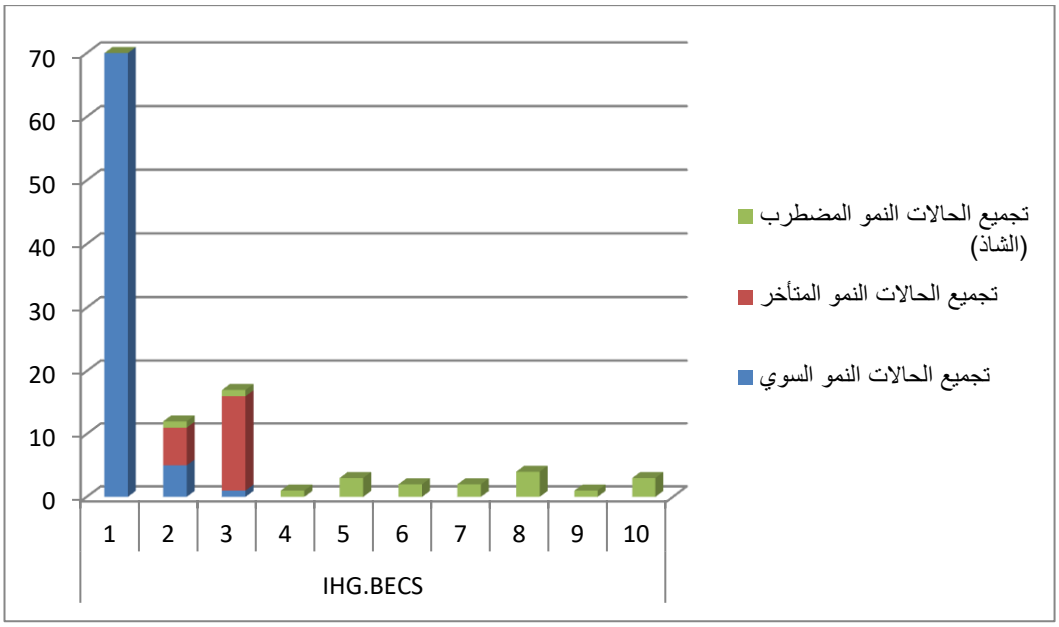
1.1.1. التجميع بالاعتماد على معامل التجانس: اعتبرت الدراسة معامل التجانس (IHG) المحصل عليه بعد تطبيق بطارية الـBECS، حيث بلغ مستوى الاعتماد عليه في تكوين المجموعات وفق دلالة عملية موجبة و قوية (Eta=0,927).

جدول 7 توزيع الحالات على المجموعات التحتية حسب معامل التجانس

		تجميع الحلات			
		النمو السوي	النمو المتأخر	النمو المضطرب (الشاذ)	المجموع
IHG.BECS	1	70	0	0	70
	2	5	6	1	12
	3	1	15	1	17
	4	0	0	1	1
	5	0	0	3	3
	6	0	0	2	2
	7	0	0	2	2
	8	0	0	4	4
	9	0	0	1	1
	10	0	0	3	3
المجموع		76	21	18	115

في نفس السياق، أظهر الاعتماد على معامل التجانس قدرته على وضع وصف للمجموعات التحتية للفئة غير السوية، حيث تركزت في حالة التأخر النمائي في العشري الثالث الذي يعتبر داخل المعيار العادي، بينما توزعت في حالة شذوذ المسار النمائي على كافة العشريات ماعدا الأول منها.

كما أظهر العرض البصري للجدول أعلاه، وجود آثار نمو مضطرب ابتداء من العشري الثاني كما هو موضح في الشكل (6)، مما يدل على أن الالتزام بشرط التجانس النمائي كمعيار وحيد للفصل بين الحالات لا يعد كافيا.

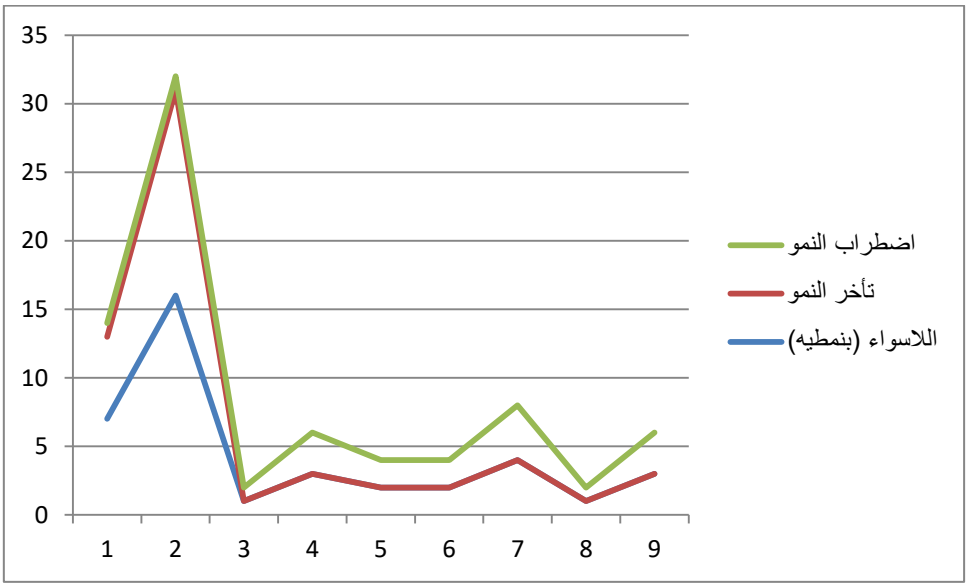


رسم توضيحي 6 تجميع الحالات المكونة للعينة البحثية بدلالة معامل تجانس النمو لبطارية الـ BECS

في نفس الوقت، تبين نتائج الجدول (8) إلى كون عشريات معامل التجانس عامل فعال في تقسيم الأنماط التحتية للاسواء النمائي التواصل-اجتماعي المبكر ابتداء من العشري الثالث، حيث يشير العرض البياني الموضح في الشكل(7) أسفله.

جدول 8 توزيع الحالات على المجموعات التحتية للفعينة غير السوية بدلالة عشريات معامل التجانس

		اضطراب النمو	تأخر النمو	اللاسواء (بنمطيه)
عشريات معامل التجانس	2	**1**	**6**	7
	3	**1**	**15**	16
	4	**1**	0	1
	5	**3**	0	3
	6	**2**	0	2
	7	**2**	0	2
	8	**4**	0	4
	9	**1**	0	1
	10	**3**	0	3
	المجموع	**18**	21	39



رسم توضيحي 7 منحنى بياني يمثل توزيع الحالات التحتية للعينة غير السوية بدلالة عشريات معامل التجانس

1.1.2. التجميع بالاعتماد على مستوى النمو في السلالم التحتية ذات العلاقة:

بدراسة توزع الاستجابات في الجدول (9)، نلاحظ الاعتماد على مستوى الاستجابات في الميادين التحتية ذات العلاقة بالدراسة في الـBECS، و المتمثلة في السلم التحتي لـ: التفاعل الاجتماعي، الانتباه المشترك، تنظيم السلوك.

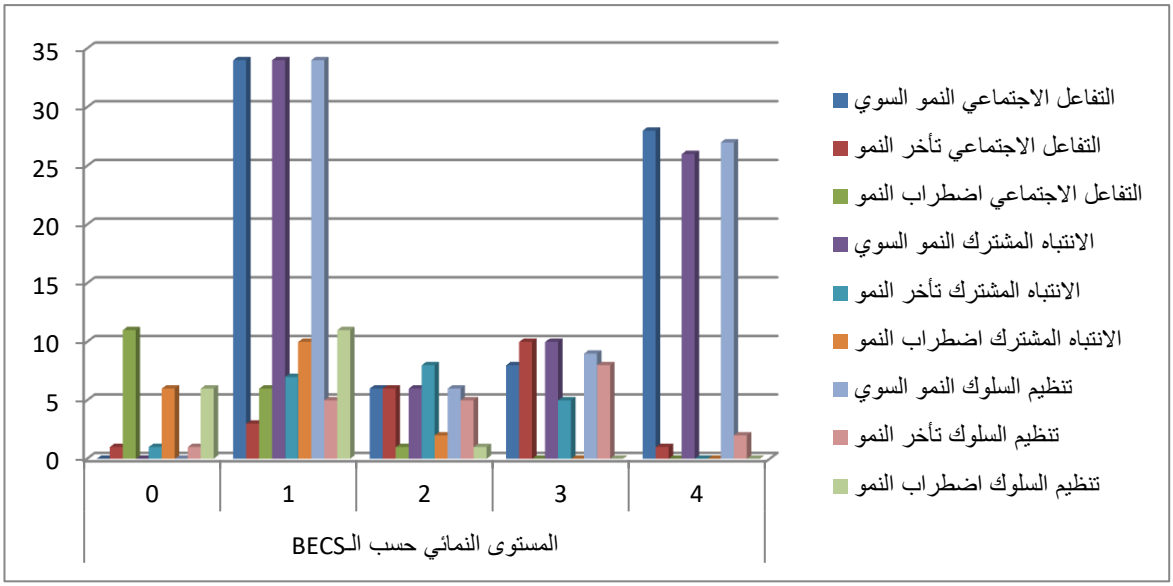
جدول 9 توزيع استجابات العينة للسلالم التحتية في BECS ذات العلاقة باشروط التجميع على المجموعات البحثية

		المستوى النمائي حسب الBECS					
			1	2	3	4	المجموع
التفاعل الاجتماعي	النمو السوي	0	34	6	8	28	76
	تأخر النمو	1	3	6	10	1	21
	اضطراب النمو	11	6	1	0	0	18
الانتباه المشترك	النمو السوي	0	34	6	10	26	76
	تأخر النمو	1	7	8	5	0	21
	اضطراب النمو	6	10	2	0	0	18
تنظيم السلوك	النمو السوي	0	34	6	9	27	76
	تأخر النمو	1	5	5	8	2	21
	اضطراب النمو	6	11	1	0	0	18

حيث نسجل:

- **التفاعل الاجتماعي:** بلغ معامل الاعتمادية ايتا (Eta=0,635) مما يجعله تابعا بشكل متوسط . .
- **الانتباه المشترك:** بلغ معامل الاعتمادية ايتا (Eta=0,541) مما يجعله تابعا بشكل متوسط.
- **تنظيم السلوك:** بلغ معامل الاعتمادية ايتا (Eta=0,483) مما يجعله تابعا بشكل قريب من متوسط .

ومن خلال العرض البياني في الشكل (8)، يظهر اضطراب التفاعل الاجتماعي بشكل واضح عند الحالات ذوي المستوى من 0إلى 1 مقارنة ببقية المستويات، أما فيما عدا ذلك فلا يوجد توزع واضح.



رسم توضيحي 8 توزع العينة الكلية على المستويات النمائية(التفاعل الاجتماعي، الانتباه المشترك، تنظيم السلوك) للـBECS مقسمة على المجموعات البحثية

ملاحظات مهمة:

- يجب التنبيه على اظهار الدراسة بأن سلامة معامل التجانس لدى الحالة (أي دخوله ضمن نطاق العشريات الثلاثة الاولى) لا يعني بالضرورة عدم وجود تأخر نمائي ، حيث تم تصنيف 15 حالة ضمن المجموعة التحتية الأولى المنتمية لمجموعة النمو غير السوي بالرغم من كونها تتمتع بمعامل تجانس يتناسب مع العشري الثالث.

- بلغ معامل الارتباط Lambda[1] ما بين التجميع والجنس (=0)، وما بين التجميع والتموقع الجغرافي (=0) وما بين التجميع و السن الزمني (=0.060) مما ينفي تدخل هذه المتغيرات في الخصائص المميزة لتصنيف العينة حسب المجموعات التحتية.

1.2.تصنيف المجموعة الثانية حسب نتائج اختبار ADOS Todller:

بعد اجراء اختبار ADOS Todller على كل الوحدات التي تجاوزت أعمارهم الزمنية متطلبات اختبار الـ BECS المحدد بسنتين، تكونت المجموعة الثانية من 61,5% من الحالات التي تملك جدولا عياديا غير مكتمل لاضطراب طيف التوحد المصطلح عليها بطيف التوحد لا توحدي (TSA non autistique)، و 38,5 %ممن اكتملت الاعراض لديهم حسبما هو موضح في الجدول (10).

جدول 10توزع العينة غير السوية حسب نتائج اختبار الـADOS-Todller

		التكرار	النسبة
اختبارADOS-Todller	طيف التوحد غير التوحدي	24	61,5
	توحد	15	38,5
	المجموع	39	100,0

في نفس الوقت، تم توزيع المجموعة الثانية عمريا بدلالة نتائج إختبار الـADOS[2]، حيث نلاحظ في الجدول أسفله وجود فئة التوحد والتوحد غير التوحدي في كلا المجموعتين.

جدول 11تزع مصنفات الـADOS حسب الفئة العمرية

		طيف التوحد غير التوحدي	التوحد
المجموعة البحثية الثانية G2	أقل من 6 أشهر	1	2
		3	0
	16-7 شهرا	7	5
	24-17 شهرا	6	4
	30-25 شهرا	7	4

[1]معامل يقيس الاعتمادية بين متغيرين اسميين.
[2]أنظر الملحق : (6)

2. عرض نتائج المرحلة تقييم التواصل الاجتماعي المبكر بواسطة الـ ECSP[1]:

تم إجراء تمريرين لاختبار الـECSP:

- بلغ متوسط العمر الزمني في **التمرير الأول** 15 شهرا ويومان (452,226 يوما) محصورة ما بين سن 4 أشهر و يومان(من 122 يوما) إلى غاية 30 شهر و8أيام (908 أيام)، و بانحراف معياري يقدر بـ 9 أشهر و7أيام (276,316يوما).
- في حين بلغ متوسط العمر الزمني في **التمرير الثاني** 15 شهرا و8أيام (460,748 يوما) محصورة ما بين سن 4 أشهر و يومان(من 122 يوما) إلى غاية 30 شهر و17أيام (917 أيام)، و بانحراف معياري يقدر بـ 9 أشهر و8أيام (277,801 يوما).
- حُدّ متوسط **الفرق الزمني** بين التمريرين يقارب 8 أيام (= 7,974) ،حيث قدر المدى بـ3أيام (ما بين 7 و10 أيام) وانحراف معياري يساوي يوما واحدا (=0,893) .

2.1.عرض نتائج المجموعة الأولى (النمو السوي)

2.1.1. ملائمة الاستجابات الكلية للمسار النمائي للـ ECSP:

بالنظر إلى تركز استجابات العينة وتوزعها حسب ثنائية (العمر الزمني، مستوى التواصل اجتماعي الأمثل) نجد ما يلي :

جدول 12الفئات العمرية النمائية للعينة السوية موزعة حسب الفئة العمرية لها

المجال العمري المحصل عليه بناء على استجابات العينة السوية[2] (اليوم;الشهر)	المستوى	السن الملائم للمستوى حسب تقسيم الـ ECSP
4;1 à 5 ;11	1	أقل من 6أشهر
4 ;12 à 5 ;24	2	
6 ;29 à 16 ;12	3	شهرا 16-7
16 ;25 à 23 ;20	3,5	شهرا 24-17
25 à 29 ;15	4	30-25شهرا

[1] أنظر أيضا: الملحق (6) و(7)
[2]للاطلاع على النتائج التفصيلية لتوزيع استجابات العينة السوية حسب العمر الزمني، أنظر الملحق (8)

نلاحظ تداخلا بين المستوى الأول والثاني في الاستجابات الجزائرية، مما يمنع من القدرة على الفصل بين المستويين عمريا، وهي نفس الملاحظة الموجودة في النسخة الفرنسية.

أما بالنسبة للميادين المكونة للاختبار التواصل الاجتماعي المبكر ECSP، فقد تحصلنا على النتائج المدرجة في الجدول (13)[1].

جدول 13 التوزيع العمري لاستجابات العينة السوية للميادين التحتية حسب الدرجة المحصل عليها وقارنتها بالمستوى الملائم للمستوى حسب تقسيم الـECSP

السن الملائم للمستوى حسب تقسيم الـ ECSP	التوزيع العمري لاستجابات العينة السوية حسب الدرجة المحصل عليها (mois ;jour)			الدرجة الحصل عليها
	مجال تنظيم السلوك	مجال الانتباه المشترك	مجال التفاعل الاجتماعي	
أقل من 6أشهر	**4 ; 5 à 5 ; 24**	**4 ; 5 à 5 ; 24**	**4 ; 5 à 5 ; 16**	1
	4 ; 15 à 5 ; 27	**4 ; 15 à 5 ; 27**	**4 ; 5 à 5 ; 27**	2
شهرا 7-16	7 ; 3 à 16 ; 16	7 ; 3 à 16 ; 16	7 ; 3 à 16 ; 16	3
شهرا 17-24	17 ; 5 à 23 ; 29	17 ; 5 à 23 ; 29	17 ; 5 à 23 ; 29	3,5
25-30شهرا	25 ;3 à 30 ; 12	25 ;3 à 30 ; 12	25 ;3 à 30 ; 12	4

وكما هو الحال بالنسبة للمستوى النمائي التواصلي الكلي، فإنه يوجد تداخل ما بين استجابات المستوى الأول والثاني.

في نفس الوقت، بملاحظة قيم الانحراف المعياري للمجموعة السوية المتعلقة سواء بالمستوى الأمثل أو عمر الزمني حسب ما هو موضح في الجدول أسفله، نجد تناسبا للمرحلة العمرية مع المستوى الأمثل المناسب لها.

جدول 14الانحراف المعياري المتعلقة بالمستوى الأمثل والعمري الزمني للمجموعة السوية

	N	Moyenne	**Ecart type**	Variance
المجموعة العمرية حسب تقسيم الـECSP	76	2,595	**1,2108**	1,466
المستوى النمائي الأمثل للحالة	76	2,7632	**1,07308**	1,151

[1] يمكن الاطلاع على النتائج التفصيلية في الملحق (9، 10، 11)

2.1.2. قياس الاتساق الداخلي للاختبار:

تم تسجيل اتساق داخلي للعناصر المتدخلة في ثبات الاختبار (مستوى التفاعل الاجتماعي، مستوى الانتباه المشترك، مستوى تنظيم السلوك، المستوى النمائي الأمثل) مقدر بواسطة معامل ألفا لكرونباخ يساوي **0,994** .

جدول 15 قيم ألفا لكرونباخ لقياس الاتساق الداخلي لاختبار الـECSP

	ثبات الاستجابة بين التمريرين الاول والثاني لـ	معامل ألفا لكرونباخ	ثبات الاستجابة بين التمريرين الاول والثاني لـ	معامل ألفا لكرونباخ
السلالم التحتية	الاستجابة للتفاعل الاجتماعي(RIS)	0,998	ميدان التفاعل الاجتماعي (IS)	,995
	المبادرة بالتفاعل الاجتماعي(IIS)	0,999	ميدان الانتباه المشترك(AC)	,991
	المحافظة على التفاعل الاجتماعي (MIS)	0,899	ميدان تنظيم السلوك(RC)	,991
	الاستجابة للانتباه المشترك (RAC)	0,999	المستوى الأمثل (NO)	,991
	المبادرة بالانتباه المشترك (IAC)	0,989	المستوى المتوسط (NM)	
	المحافظة على الانتباه المشترك (MAC)		المستوى الوسيط	
	الاستجابة لتنظيم السلوك (RRC)			
	المبادرة بتنظيم السلوك(IRC)			

2.2.عرض نتائج المجموعة الثانية (النمو غير السوي)

ضمت المجموعة الثانية التي يرمز إلها بـ G2الحالات التي لم تتمتع بشروط الحكم بالسواء، وقد بلغت 39 حالة قسمت بدورها إلى قسمين:

- **المجموعة التحتية الأولى**: ورمز إليها بـ $G2_1$ ، والتي تمثل نسبة 53,8 % (21 حالة) تمثل الحالات التي تتميز بتأخر في النمو التواصل الاجتماعي مع معامل تجانس في حدود المقبول.
- **المجموعة التحتية الثانية :** ورمز إليها بـ $G2_2$ ، والتي تمثل نسبة 46,2 % (18 حالة) تمثل الحالات التي تتميز بتأخر في النمو التواصل الاجتماعي مع معامل تجانس في حدود المقبول.
- حُدّ متوسط **الفرق الزمني** بين التمريرين يقارب 8 أيام (=7,8462) ،حيث قدر المدى بـ3أيام (ما بين 7 و10 أيام) وانحراف معياري يساوي يوما واحدا (=0,87475) .

2.3. عرض نتائج المقارنة بين المجموعات:

2.3.1. المقارنة بين نتائج المجموعة الأولى والثانية[1]:

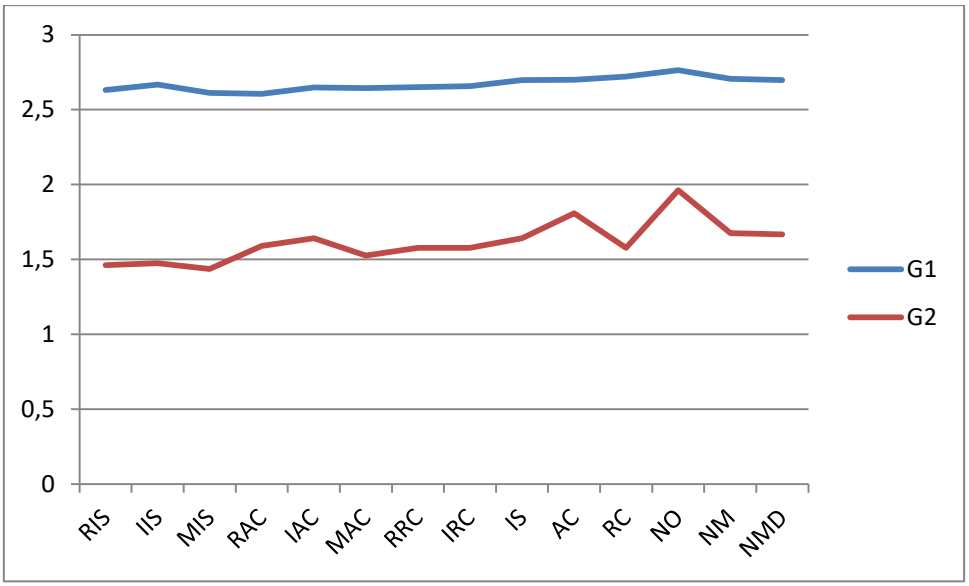
عند مقارنة متوسط استجابات عينة المجموعتين موزعة حسب: السلالم التحتية المكونة لاختبار الـ ECSP، الميادين الكبرى ، المستوى الأمثل، متوسط استجابات كل حالة على حدى ، وسيط استجابات كل حالة على حدى المدرجة في الجدول (15)، نلاحظ:

جدول 16مقارنة بين نتائج المجموعة الأولى والثانية

	RIS	IIS	MIS	RAC	IAC	MAC	RRC	IRC	IS	AC	RC	NO	NM	NMD
G1	2,6316	2,6678	2,6118	2,6053	2,648	2,6447	2,6513	2,6579	2,6974	2,7007	2,7204	2,7632	2,7061	2,6974
G2	1,4615	1,4744	1,4359	1,5897	1,641	1,5256	1,5769	1,5769	1,641	1,8077	1,5769	1,9615	1,6752	1,6667

وفي استعراض بصري للنتائج نلاحظ - بناء على ماهو مبين في الشكل (9) – أن: المجموعة الثانية متخلفة عن المستوى المعياري فيما يقارب مستوى واحد، مع وجود ملمح نمائي متجانس في حدود المقبول.

[1]أنظر الملحق (12)



رسم توضيحي 9 منحنى بياني يمثل مقارنة متوسط استجابات عينة المجموعتين

2.3.2. المقارنة بين المجموعة الأولى والقسمين التحتيين للمجموعة الثانية[1]:

انطلاقا من دراسة متوسطات استجابات كل مجموعة بحثية لنتائج تطبيق الـECSP موزعة على : السلالم التحتية، الميادين الثلاثة، المستوى النمائي الأمثل، المتوسط الحسابي، الوسيط المدونة ضمن الجدول أسفله، و من خلال المقارنة البصرية لهذه النتائج كما هو ملاحظ في الشكل (10)، نلاحظ مايلي:

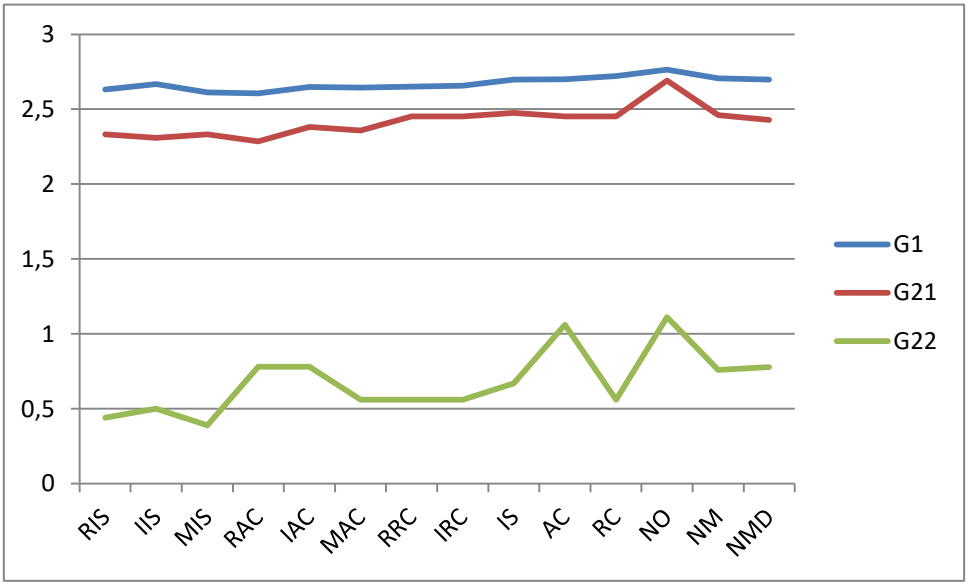
- بالنسبة للمجموعة السوية (G1): تجانس في النمو في كل السلالم التحتية وتناسبها مع المستوى الأمثل والمتوسط.
- بالنسبة للمجموعة المتأخرة نمائيا ($G2_1$): تأخر مقارنة بـ G1، لكن مع ملاحظة نفس التجانس النمائي في الميادين التحتية، أما بالنسبة لارتفاع المستوى الأمثل، فهذا لا يؤخذ بعين الاعتبار بسبب طبيعة تنقيط الـECSP، الذي يعد أعلى مستوى محصل عليه في السلالم التحتية كمستوى أمثل.
- بالنسبة للمجموعة الشاذة نمائيا ($G2_2$)

[1] للاطلاع على النتائج التفصيلية مجدولة، أنظر الملحق (13)

جدول 17 المقارنة بين الفنتين التحتيتين للمجموعة الأولى بنتائج المجموعة السوية

	RIS	IIS	MIS	RAC	IAC	MAC	RRC	IRC	IS	AC	RC	NO	NM	NMD
G1	2,6316	2,6678	2,6118	2,6053	2,6480	2,6447	2,6513	2,6579	2,6974	2,7007	2,7204	2,7632	2,7061	2,6974
$G2_1$	2,3333	2,3095	2,3333	2,2857	2,3810	2,3571	2,4524	2,4524	2,4762	2,4524	2,4524	2,6905	2,4603	2,4286
$G2_2$	,44	,50	,39	,78	,78	,56	,56	,56	,67	1,06	,56	1,1111	,7593	,7778

رسم توضيحي 10 منحنى بياني مقارن بين نتائج المجموعات البحثية لاختبار ECSP



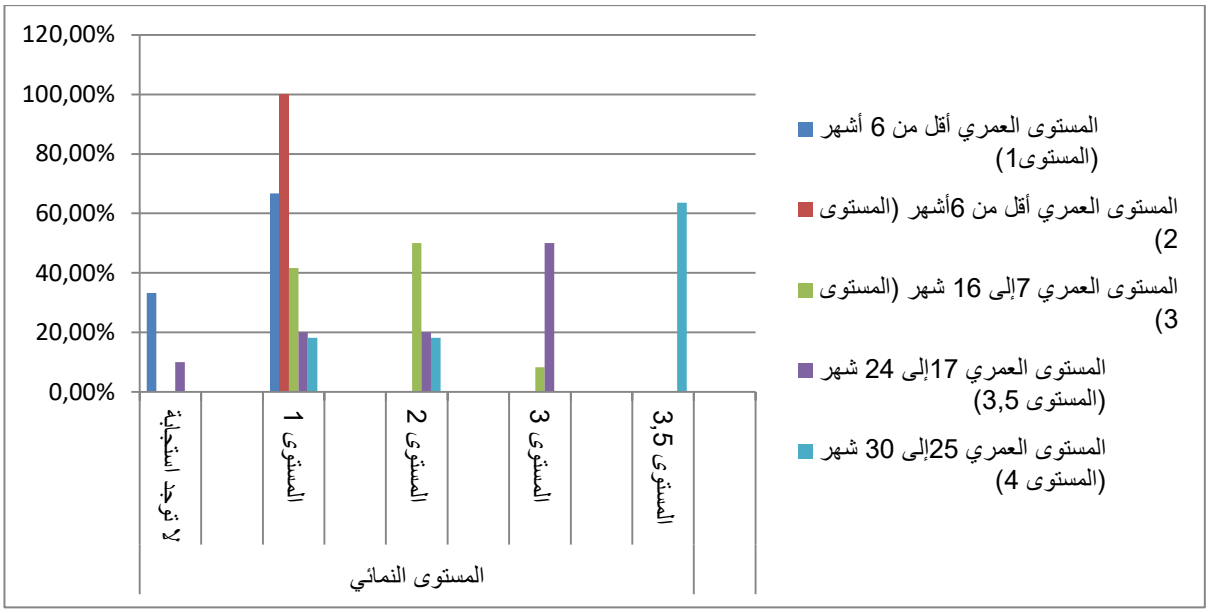
2.3.3. مقارنة المستوى النمائي الأمثل بين المجموعات التحتية للمجموعة الثانية وبين المعيار:

بمقارنة المستوى النمائي لعينة المجموعة الثانية بينها وبين المعيار، تمت ملاحظة وجود تأخر نمائي حاد في تطور قدرات التواصل الاجتماعي لهذه الفئة بدلالة العمر الزمني لها. وبالنظر إلى القيم المثبتة في الجدول أسفله، والعرض البصري لنتائج المقارنة العمرية الزمنية والنمائية ، نلاحظ :

- أظهرت 33,3% من وحدات (G2) ممن يبلغون من العمر أقل من 6 أشهر تركزها في مرحلة سابقة للمستوى الأول، بشكل يتناسب مع مرحلة المنعكسات عند بياجيه .
- عدم وصول أي من الحالات الى المستوى النمائي الرابع المتناسب مع المخطط الذهني الرمزي ، مما يفسر مشاكل ظهور اللغة التفاعلية في هذا السن سواء عند ذوي التوحد النمطي أو غير النمطي ($G2_2$) أو ($G2_1$).

جدول 18مقارنة نسبية بين المستوى النمائي والكرونولوجي لكل فئة عمرية من المجموعة الثانية

		المستوى النمائي					
		لا توجد استجابة	المستوى 1	المستوى 2	المستوى 3	المستوى 3,5	المجموع
المستوى العمري (الكرونولوجي)	أقل من 6 أشهر (المستوى1)	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	أقل من 6أشهر (المستوى 2)	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	7إلى 16 شهر (المستوى 3)	0,0%	41,7%	50,0%	8,3%	0,0%	100,0%
	17إلى 24 شهر (المستوى 3,5)	10,0%	20,0%	20,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	25إلى 30 شهر (المستوى 4)	0,0%	18,2%	18,2%	0,0%	63,6%	100,0%



رسم توضيحي 11 مقارنة نسبية للمستوى النمائي للمجموعة الثانية بدلالة الفئة العمرية

بالنسبة للمجموعة ($G2_1$)، توزعت الاستجابات ابتداء من المستوى 1و2 إلى غاية المستوى 4 بفارق مستوى واحد.

جدول 19التوزع التكراري لمستويات المجموعة التحتية الأولى النمائية بدلالة الفئة العمرية

		المستوى النمائي				
		1,00	2,00	3,00	3,50	Total
الفئة العمرية	1 و2	2	0	0	0	2
	3,00	0	5	1	0	6
	3,50	0	1	5	0	6
	4,00	0	0	0	7	7
المجموع		2	6	6	7	21

بالنسبة للمجموعة ($G2_2$)، ظهر مستوى آخر يتمثل في مستوى ما قبل الفعل المعرفي التواصل-اجتماعي والمعبر عنه في الجدول أسفله بالمستوى 0

جدول 20التوزع التكراري لمستويات المجموعة التحتية االثانية النمائية بدالالة الفئة العمرية

		المستوى النمائي			Total
		0,00	1,00	2,00	
الفئة العمرية	1 و2	1	3	0	4
	3,00	0	5	1	6
	3,50	1	2	1	4
	4,00	0	2	2	4
المجموع		2	12	4	18

ثانيا: تحليل النتائج

1. تحليل النتائج حسب المراحل الإجرائية:

1.1.مرحلة ما قبل تكوين المجموعات:

أظهرت مخرجات البحث في مرحلة تكوين المجموعات عن صرامة في تطبيق الشروط التصنيفية والذي تجلى في مدى الدلالة العملية لاستخدام معامل التجانس (IHG) كمعيار تصنيفي بالدرجة الأولى، خاصة أن استجابات العينة للميادين التحتية الخاصة بـ: التفاعل الاجتماعي، الانتباه المشترك، تنظيم السلوك قد كانت ذات دلالة عملية متوسطة القوة، على خلاف معامل التجانس الذي أعطى معامل اعتمادية قويا جدا.

وقد أشارت النتائج إلى:

- قدرة معامل التجانس العام IHG في بطارية الـBECS على اعطاء توجه قوي في عملية الكشف المبكر سواء عن التأخر النمائي التواصل اجتماعي او الاضطراب التواصل اجتماعي النمائي المبكر، وهذا بسبب معامل الارتباط القوي والموجب بنتائج اختبار الـADOS-Todller .
- الارتباط المتوسط للمستوى النمائي للميادين التحتية الخاصة بـ: التفاعل الاجتماعي، الانتباه المشترك، تنظيم السلوك باستعمال بطارية الـBECS يقود الى الاعتقاد بعدم كفاية تقييم هذه الميادين ببطارية الـ BECS، ولذلك لابد للفاحص الممارس من استغلال نتائجها على ضوء عشريات معامل التجانس.

1.2.مرحلة تكوين المجموعات:

يقود النظر إلى المقارنة التي عقدت بين المجموعة السوية و اللاسوية من جهة، وبين المجموعة السوية، المتأخر والمضطربة من جهة أخرى إلى الاعتقاد بعدم إمكانية اعطاء صورة حقيقية لدراسة اللاسواء التواصل اجتماعي بمعزل عن أنماطه التحتية (التي اكتفت هذه الدراسة بنمط التأخر والاضطراب النمائي).

1.3.مرحلة التقييم بواسطة ECSP:

عند اجراء مقارنة نوعية لأداء المجموعات البحثية أثناء مرحلة التقييم بواسطة الـECSP، نلاحظ تداخلا بين خصائص $G2_1$ و$G2_2$ عند عقد مقارنة بينها وبين G1.في الجدول (21) وزعنا هذه الملاحظات حسب العناصر المكونة للـECSP والنتائج المستخلصة من تطبيقه.

جدول 21 مقارنة نوعية لأداء المجموعات البحثية بالنسبة لاختبار ECSP

عنصر المقارنة		المجموعة السوية نمائيا	المجموعة النتأخر نمائيا	المجموعة الشاذة نمائيا
السلالم التحتية	الاستجابة للتفاعل الاجتماعي(RIS)	تجانس في المستويات التحتية و نتائج الميادين الكلية، مما يدل على كون ميدان التواصل اجتماعي لدى هذه الفئة يكون كوحدة غير مستقلة العناصر داخليا. تأخر في النمو لدى $G2_1$ ، مع المحافظة على نفس هيئة الملمح.		تباين في نمو المستويات التحتية ، حيث لوحظ تدني هام في القدرة على المحافظة على وضعية التفاعل.
	المبادرة بالتفاعل الاجتماعي(IIS)			
	المحافظة على التفاعل الاجتماعي (MIS)			
	الاستجابة للانتباه المشترك (RAC)			
	المبادرة بالانتباه المشترك (IAC)			
	المحافظة على الانتباه المشترك (MAC)			
	الاستجابة لتنظيم السلوك (RRC)			
	المبادرة بتنظيم السلوك(IRC)			
مجال	**التفاعل الاجتماعي**			ميدان وسيط بين المجالين الباقيين
	الانتباه المشترك			ارتفاع في مستوى القدرات مقارنة بالمتوسط
	تنظيم السلوك			تدني حاد في القدرة
المستوى الأمثل (أعلى مستوى مسجل)		متناسب مع مستويات الاستجابات في السلالم التحتية	لا يعكس المستوى الحقيقي للطفل، كونه يكون أعلى بشكل واضح من المستويات التحتية	يتناسب مع مستويات الميادين التحتية
المستوى المرجعي (المناسب للعمر الزمني)			غياب المستوى الرمزي المتناسب مع الفئة العمرية من 25-30 شهرا.	

2. تحليل النتائج حسب الفرضيات التحتية للدراسة:

2.1.الفرضية التحتية الأولى:

تم إثبات مرور الطفل الجزائري بنفس المراحل التواصل-اجتماعية نمائيا وفق نفس المجالات العمرية التي بني على أساسها ECSP، وهذا من خلال اثبات التتالي المرحلي للاستجابات بدلالة الفئة العمرية للطفل الجزائري في جداول مفصلة.

2.2.الفرضية التحتية الثانية:

يتميز اختبار ECSP بمواصفات الاختبار الجيد في البيئة الجزائرية مما يجعله صالحا للاستعمال في الوسط العيادي المحلي حسب ما تثبته المعايير الاحصائية ذات الدلالة المعتبرة سيكومتريا، وهذا لاعتبار النقاط التالية:

- **تقنين الاختبار:** لم يتم حذف أي عنصر من اختبار الـECSP أو تعديل أي بند من بنوده نتيجة ثباته وصدقه القويين، غير أنه –عمليا- تم اختيار شروط تطبيق النسخة الأمريكية كونها كانت أكثر عملية ، خاصة أن الأطفال أعطوا مستوى تفاعلي أحسن نتيجة الراحة التي احسوا بها مقارنة بتطبيق شروط الاجراء وفق النسخة الفرنسية.
- **صدق الاختبار: من خلال قياس الصلاحية المتزامنة وقد ثبت** بالطريقتين:

- بالرجوع إلى المعيار، والمتمثل في الفئة العمرية: حيث بلغ معامل سبيرمان-براون(Coefficient de Spearman-Brown) 0,977 ، مما يجعل الاختبار يتمتع بارتباط قوي جدا موجب الاتجاه.
- بمقارنة المستوى الأمثل للـECSP مع المجال النمائي للنقطة المتوسطة لاختبار BECS بدلالة الفئة العمرية للوحدات العينة السوية، ثبت تمتع الاختبارين بنفس القدرة على اظهار مستوى نمائي متناسب مع المجال العمري الزمني.

إضافة إلى ثبوت صدق الاتساق الداخلي للـECSP بواسطة حساب معامل ألفا لكرونباخ، والذي أعطى كذلك معامل ارتباط قوي جدا موجب الاتجاه(0,977).

- **ثبات الاختبار**: من خلال حساب معامل ألفا ، الذي تم تقديم نتائجه التي أكدت الدلالة الاحصائية للاختبار. وأيضا بواسطة **قياس الاستقرار من خلال تقنية اعادة الاختبار(ألفا لكرونباخ =0,973).**

2.3.الفرضية التحتية الثالثة:

تم الكشف مبكرا عن الاضطرابات النمائية العصبية المتعلقة بالنمو التواصل الاجتماعي المبكر باستعمال ECSP، حيث تم الكشف مبكرا عن ما مجموعه 39 حالة (كلها مصنفة باستعمال الـ ADOS-Todller)، غير أنه لابد من دراسة طولية للقدرة التنبؤية للاختبار، و مدى ثبات التشخيص المدعوم بنتائج الـECSP بعد بلوغ الطفل المعايير العمرية لتحصله على تشخيص نهائي غالبا ما يكون في حدود بداية المرحلة اللسانية.

ثالثا: مناقشة النتائـــــج

بالنظر إلى النتائج المتوصل إليها والتي سبق عرضها وتحليلها اعلاه، يمكن مناقشتها على ضوء النقاط التالية:

1. إثبات مرور الطفل الجزائري على نفس المراحل النمائية للتواصل الاجتماعي المقررة في نموذج Seibert, J. M., Hogan, A. E., & Mundy, P. C المعد سنة 1982 ، والذي بني عليه لاحقا اختبارا الـ ECSP وESCS ، بانحراف معياري للمستوى الأمثل (**1,07308**=) في الحالة السوية مقارب للانحراف المعياري للسن الزمني (**1,2108**=). كما بلغ معامل الارتباط الرتبي لسبيرمان بين المستوى الأمثل والفئة العمرية للمجموعة ككل ($\rho = 0,701$) مما يجعله ارتباطا قويا ذا دلالة احصائية موجبة الاتجاه عند مستوى الدلالة 0,01 ، في حين يقوى جدا هذا الارتباط عند اعتبار المجموعة السوية فقط ليصل $\rho = 0,972$ عند نفس مستوى الدلالة.
2. الصلاحية السيكومترية لاستعمال اختبار الـ ECSP في الوسط الجزائري ، حيث ثبت:

- صدق اختبار الـ ECSP من خلال قياس الصلاحية المتزامنة مع بطارية الـ BECS مثبتة الصلاحية سابقا(معامل سبيرمان-براون=0,977)، كما بلغ الاتساق الداخلي له حسب معامل ألفا لكرونباخ 0,994 مما يؤكد تمتع اختبار الـECSP بصدق قوي جدا.
- ثباته القوي جدا من خلال قياس الاستقرار باستعمال تقنية اعادة الاختبار ، حيث بلغ معامل ألفا =0,973.

3. تباين نمو الميادين التحتية للتواصل الاجتماعي في الحالة السوية والمتأخرة كوحدة غير مستقلة العناصر داخليا، أظهر قياس التشتت تسجيل المجموعة التحتية الثانية من المجموعة اللاسوية أقل تباين(σ^2 =20,)، مما يدعم التجانس الداخلي لنتائج عناصرها وتركزها حول المتوسط، على عكس المجموعة التحتية المتأخرة، التي سجلت تباينا أعلى بكثير يقدر بـ (σ^2=787,) مما يشير إلى تمايز نتائج عناصرها وتشتت تمركزها مقارنة بالمتوسط، مما يوحي أن هناك نمطا معينا لا يتم تجاوزه في الحالة المضطربة، على عكس الحالة المتأخرة التي لا تتميز بنمط معين يمكن ربطه بمتوسط ذات المجموعة. كما سجل تباين متقارب عند مقارنة تباين المجموعتين البحثيتين الأساسيتين : السوية (σ^2

=1,26) و اللاسوية (σ^2 =1,15)، مما يدل على عدم القدرة على ابراز الخصائص المنحرفة عن السواء في حالة دراستنا لميدان التواصل اجتماعي المبكر احصائيا دون فصل الأنماط التحتية المضطربة له. في نفس الوقت تدعم نتائج دراسة التباين في الحالة السوية المسار النمائي الطبيعي، كونه لا يخضع للمتوسط بل للتطور العمري.

4. تتشابه الفئة المتأخرة مع السوية في ارتفاع تجانس نمو ميادين التواصل الاجتماعي المبكر داخليا، مما يدل على كون هذا الميدان لدى هذه الفئة يكون كوحدة غير مستقلة العناصر داخليا، وأن التأخر يكون في مدة الاكتساب وليس في نمطه أو طبيعته. يدعم نمط ملمح النمو المتاخر هذا الاستنتاج كونه يتمتع بنفس تضاريس مخطط النمو الطبيعي، ويتميز عنه بفرق المستوى فقط فيما يتعلق بالميادين التحتية دون المستوى الامثل

5. تتشابه الحالتان المتأخرة و المضطربة، في غياب المستوى الرمزي، وهو المستوى الذي يسمح بالانتقال الوظيفي (كونه ليس انتقالا كليا ولكن تغيرا للنمط التواصلي المهيمن فقط) من اللغة غير اللفظية إلى إنتاج وفهم الكلمات كرموز تمثل الأشياء والأحداث.

6. سمحت الدراسة بالكشف مبكرا عن 39 حالة، 18 منها تميزت بجدول عيادي متكامل لاضطراب طيف التوحد، لكن يبقى اثبات هذه النتيجة مرهونا الذي يستوجب دراسة طولية لهذه الحالات لدراسة ثبات التشخيص ، والقدرة التنبؤية لاختبار الـECSP.

خـــــــــــاتمة

إن الاشتغال بميدان تقييم اضطرابات النمو التواصل-اجتماعي المبكر بمختلف أنماطها، يحتم ايجاد آلية صالحة للفحص الاكلينيكي من جهة ، والتحكم في معايير السواء من جهة أخرى، ولذلك جاءت هذه الدراسة لتثري الخدمة السريرية في الوسط العيادي الجزائري بإضافة مقياس مهم كاختبار التواصل الاجتماعي المبكر(ECSP). حيث بحثت في مدى صلاحية استخدامه في الوسط العيادي الوطني، لدى أطفال جزائريين يبلغون من العمر من 4أشهر إلى 30 شهر بمتوسط عمري بلغ 15 شهرا و5أيام ، وفق مقاربة وصفية احصائية مقارنة، بناء على نتائج تقييم قدرات عينة إجمالية بلغت 115 حالة (50 ذكر و 65أنثى)، موزعة على الجهات الأربع للجزائر(66 حالة منها في وهران، 29 من الجزائر العاصمة، 14من سطيف، 6 من تقرت)، تم تصنيفها وفق معايير تصنيفية وضعت لهذا الغرض بالاستناد إلى معايير صارمة اعتمدت خاصة على معامل التجانس باستعمال بطارية التقييم المعرفي و الاجتماعي الانفعالي (BECS) حيث بلغ معامل الاعتمادية (Eta=0,927)مما يؤكد الدلالة العملية لهذه الشروط،، مما سمح بعقد مقارنة بين النتائج التقييمية لقدرات التواصل الاجتماعي المبكرة بين هذه المجموعات.

تم تقسيمها على مجموعتين:

- تتمتع الأولى البالغة 76 حالة ومتوسط عمري يبلغ 13 شهرا و25 يوما ، بنمو تواصل-اجتماعي نموذجي، تم اثباته من خلال اثبات سلامة الملمح النمائي بواسطة BECS من جهة، وانتفاء وجود أي أعراض تشير إلى الاصابة باضطراب عصبي نمائي ذو علاقة بواسطة استخدام اختبار الـADOS من جهة أخرى.
- أما الثانية فتتضمن حالات تعاني من شذوذ نمائي تواصل-اجتماعي بمجموع حالات وصل إلى 39 حالة ومتوسط عمري بلغ 17 شهرا و13 يوما، انقسمت بدورها داخليا بالاعتماد على نتائج مقياس الملاحظة لتشخيص اضطراب طيف التوحد (ADOS 2)إلى:
  - 21 حالة تميزت بتأخر في النمو التواصل الاجتماعي مع تجانس نمائي في حدود المقبول تميزت كلها بوجود أعراض مبكرة لطيف التوحد غير التوحدي.
  - 18 حالة تمثل الحالات التي تتميز باضطراب في النمو التواصل الاجتماعي مع معامل عدم تجانس مرتفع، 15 وحدة منها تتمتع بسيميائية مبكرة لاضطراب طيف التوحد.

لوحظ أثناء مرحلة تكوين هذه المجموعات:

- قدرة معامل التجانس المستخرج بواسطة بطارية الـ BECS على وضع وصف للأنماط الفرعية للفئة النمائية غير السوية، مما يجعله معيارا معتبرا، وان كان غير كاف لوحده، كون سلامة معامل التجانس تحتاج إلى عدم وجود تأخر نمائي تواصل اجتماعي في اكتساب المهارات المناسبة للمرحلة العمرية.
- امكانية الكشف مبكرا عن اضطرابات التواصل الاجتماعي من النمط التوحدي والنمط التوحدي غير النموذجي في عمر أقل من 6 أشهر، وان كان هذا بحاجة إلى إثبات من خلال دراسة ثبات التشخيص الأولي الموضوع في هذا العمر.

وقد خلصت النتائج النهائية المتعلقة بفرضيات الدراسة إلى:

- مرور الطفل الجزائري بنفس المراحل النمائية التي بني عليها المقياس، مع لزوم اجراءات مسحية أكثر تعمقا للتأكد من القدرة التنبؤية للاختبار لاحقا.
- اثبات تمتع اختبار التواصل الاجتماعي المبكر (ECSP) بمواصفات الاختبار الصالح.
- اعتبار عدم الدلالة الاحصائية للتوزع الجغرافي، الجنس في هذه الدراسة، مما ينفي تدخل هذه المتغيرات النتائج المحصل عليها، والذي يرجع إلى اعتبار كون المرحلة ما قبل اللسانية عديمة الخواص الفارقية ثقافيا، حيث لم تسجل أي فروق دالة بين المناطق الاربعة محل الدراسة من جهة، والى عدم وجود فوارق معتبرة إحصائيا ترتبط بالجنس من جهة أخرى.

في نفس الوقت، ظهرت ملاحظات جوهرية تساهم في الممارسة السريرية للمختص الأرطوفوني، خاصة مع تحقق فرضية العمل الأولى، والتي أثبتت مرور النمو التواصل اجتماعي لدى الطفل الجزائري عبر نفس السيرورة النمائية التي بني عليها اختبار ECSP . كما سلطت الضوء على فوارق نمائية هامة بين المجموعات البحثية التحتية، ليس فقط فيما يتعلق بالسواء وعدمه، بل وفي الأنماط التحتية للشذوذ النمائي التواصل اجتماعي حيث:

- ظهر تداخل عمري بين المستويين الأول والثاني(العمر أقلمن 6أشهر)، حيث لا يمكن تحديد سن معينة لانتقال الطفل الجزائري من مستوى الاستجابات البسيطة إلى الاستجابات المعقدة كما هو الحال عند الأطفال الأمريكان والفرنسيين، مما يعزز الاعتقاد بعالمية المراحل النمائية محل الدراسة.
- تم وجود تداخل بين الخصائص التواصل-اجتماعية بين المجموعة السوية ، المجموعة المتأخرة نمائيا، وتلك التي تميزت بنمو مضطرب، مما يجعل المقارنة بين السواء واللاسواء بشكل مجمل عديم المعنى، فعند مقارنة الملمح النمائي بين السواء واللاسواء، لا يمكن تمييز خصائص واضحة، فقد أظهرت المقارنة الكلية بين المجموعتين وجود مجرد تخلف زمني في الاكتساب يعادل في المتوسط مستوى واحدا. في حين تنتفي هذه الملاحظة عند مقارنة الانماط التحتية للاسواء مع المعيار.
- يحافظ الطفل المتأخر نمائيا على نفس التجانس النمائي للميادين التواصل-اجتماعية التحتية، بشكل يشابه ذلك الملاحظ في النمو المعياري، إلا فيما يتعلق بمتوسط المستوى الأمثل، حيث لا يعبر هذا الاخير عن المستوى الحقيقي للطفل، على عكس حالة الاضطراب النمائي والنمو السوي.
- يتمتع المصابون باضطراب بنمائي تواصل اجتماعي بملمح نمائي غير متجانس .
- تظهر عند ثلث المصابين باضطراب نمائي تواصل اجتماعي البالغين من العمر أقل من 6 أشهر، مرحلة قبلية (عبرنا عنها بالمرحلة صفر) والتي تتناسب مع مرحلة المنعكسات عند بياجيه، وهذا ما لا يتم ملاحظته عند المتأخرين نمائيا، في حين يشترك النمطان اللاسويين في عدم ظهور المرحلة الرمزية مما يفسر عدم قدرتهم على انشاء لغة تفاعلية في سن اقل من 30 شهرا.
- يتميز المضطربون نمائيا في الميدان محل الدراسة بارتفاع مستوى قدراتهم التواصل اجتماعية الخاصة بالانتباه المشترك مقارنة بالمتوسط ، وتدني حاد في القدرة على تنظيم السلوك، مما

يفسر ظهور اضطراب السلوك التكيفي لانعدام المرونة في التأثير على السلوك وبواسطته. وهذا غير وارد سواء في النمط النمائي السوى أو المتاخر، اللذان يتميزان بتجانس عالي لنمو الميادين التواصل اجتماعية الكبرى.

قاد إلى الاعتقاد بلزوم دراسة هذا المجال بطريقة أحادية-النمط مقارنة بالمعيار، وليس كما كان يعتقد بأن كل نمط نمائي شاذ يمكن ضمه إلى بقية الأشكال غير السوية، حيث وضحت النتائج أن أوجه التشابه والاختلاف اكثر تعقيدا وتداخلا مما لو تمت المقارنة الوضع الطبيعي بالشاذ بشكل مجمل.

أيضا، قد ظهر -بشكل جلي – كم هائل من المشاكل البحثية التي لم يتم التعرض لها سابقا، ذات العلاقة بالموضوع، والتي لم يتمكن هذا البحث من تغطيتها، أو أنها تمخضت عنه، نخص بالذكر منها:

- دراسة المستويات الداخل-توحدية (inter-autistic) لمقارنة نمو الميدان المدروس بين مستويات الشدة الثلاثة للاضطراب، كون اضطراب طيف التوحد يحتوي بدوره على مجموعة من الاضطرابات مختلفة الشدة والطبيعة وان كانت تشترك في كونها ترجع إلى التشخيص ثنائي المعيار (اضطراب التفاعل الاجتماعي/ الاهتمامات المحدودة والتكرارية والروتينية و الأفعال النمطية)
- دراسة الخصائص المميزة للميدان المدروس في حالة SCPD عن ASDالتي أغفلها هذا البحث، باعتباره ضم النوعين في حالة النمو المضطرب، خاصة أن الآليات التشخيصية الفارقية بين هذين الاضطرابين لا تزال غير ناضجة إلى الآن، وهذا بسبب أن فصل SCPD عن ASD لا يزال حديثا نسبيا، لذلك لابد من التعرف على الاختلافات التواصل-اجتماعية المبكرة المميزة لكل اضطراب على حدى، مما يساهم لاحقا في وضع الاجراءات المناسبة بشكل أبكر.
- دراسة القيمة التنبؤية لاختبار الـECSP، والملامح النمائية الناتجة عنه في حالة تطبيقه على الأشكال النمائية غير السوية في حالة تجاوز الحالة لعمر 30 شهر، حيث سبق ان تمت الإشارة –كما أثبت في دليل الاختبار أيضا- إلى قدرته على التعامل مع هذه الفئة ، لكن دون تحديد نطاق عمري معين.

في الختام، توصي هذه الدراسة بـ:

- إيلاء إهتمام أكبر لموضوع تقييم التواصل الاجتماعي المبكر من خلال دراسة الأنماط الاسوية بدلالة النمو المعياري، خاصة أن هذا البحث يعتبر من أوائل الدراسات التي اهتمت بالموضوع على الصعيد العربي والوطني.
- توجيه المختصين الارطوفونيين و النفس-نمائيين إلى أخذ نموذج Seibert, J. M., Hogan, A. E., & Mundy, P. C بعين الاعتبار عند التعامل مع الاطفال في سن مبكرة او ذوي القدرات التواصلية المنخفضة كموجه لهم في اعداد الحصيلة المتخصصة أثناء التقييم.
- توصية المختصين ذوي العلاقة (الارطوفونيين، علماء النفس-نمو و النفس-عصبي) بالاستفادة من اختبار الـ ECSP ونتائجه سواء أثناء الممارسة العيادية أو في إطار البحث العلمي.

قـائـــــمة المـــراجع

أولا: المصادر المرجعية

باللغة العربية:

1. بشير معمرية. (2007). *القياس النفسي وتصميم أدواته للطلاب والباحثين في علم النفس والتربية; الطبعة الثانية*. الجزائر: منشورات دار الحبر.
2. حبال ,ي .(2017) *:تقنين اختبار كاتل للذكاء -المقياس الثالث -على تلاميذ السنة أولى ثانوي* .أطروحة دكتوراه في العلوم، تخصص قياس وتقويم ,جامعة وهران ,2قسم علم النفس.
3. خليفي رزقي ، شيقارة هجيرة. (ديسمبر, 2017). منهجية تحديد نوع وحجم العينة في البحوث العلمية. *معارف- مجلة علمية دولية محكمة، 12*(23)، 280-294.
4. عواطف عطيل الموالدي. (2018). مناهج البحث السوسيولوجي وطرق استخدامها. *مجلة البحوث والدراسات، 15*(02).
5. عياد ,ف .(2015) *:النمو المعرفي والاجتماعي-العاطفي للطفل الجزائري المصاب بالتوحد باستعمال بطارية BECS.* مذكرة ماجستير ,جامعة سعد دحلب-البليدة ,2قسم علم النفس ,الجزائر.

باللغات الأجنبية:

6. Adrien, J. L. (1993). Blind Ratings of Early Symptoms of Autism Based upon Family Home Movies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 23*, 617-626.
7. Adrien, J. L. (2007). *BECS: Batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle.* ECPA.
8. Adrien, J. L. (2008). *BECS: Batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle: Pratiques psychologiques et recherches cliniques auprès des enfants atteints de TED.* De Boeck Supérieur.
9. al., A. B. (2005). *Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme.* recommandation, Fédération française de psychiatrie.
10. ANDI. (2019, 07). *Démographie 2018*. Consulté le 03 07, 2020, sur ANDI: http://www.andi.dz/index.php/ar/statistique/demographie-algerienne-2017
11. Ang, L. (2018). Methodological reflections on the use of systematic reviews in early childhood research. *Journal of early childhood research, 1*(16), 18-31.
12. Bernard, M. A. (2015). *Étude internationale du développement cognitif et socio-émotionnel d'enfants atteints d'autisme à l'aide de la BECS .* Doctoral dissertation, Sorbonne, Paris.

13. Bernard, M. A.-G. (2016). L'hétérogénéité du développement cognitif et socio-émotionnel d'enfants atteints de trouble du spectre de l'autisme en lien avec la sévérité des troubles. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 64*(6), 376-382.

14. Boukeras, A. (2008). Évolution cognitive et socio-émotionnelle d'enfants poly-handicapés bénéficiant de soins intensifs institutionnels. Dans J. L. Adrien, *BECS: Batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle: Pratiques psychologiques et recherches cliniques auprès des enfants atteints de TED* (pp. 233-256). De Boeck Supérieur.

15. Bushin, N. (2007). Interviewing with children in their homes: Putting ethical principles into practice and developing flexible techniques. *Children's geographies, 3*(5), 235-251.

16. Cameron, H. (2005). Asking the tough questions: a guide to ethical practices in interviewing young children. *Early Child Development and Care*, 597-610.

17. Catherine Lord, Michael Rutter, Pamela C DiLavore, Susan Risi, Katherine Gotham, Somer L Bishop, Rhiannon J Luyster, Whitney Guthrie. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition: ADOS-2.* USA: Pearson.

18. Clark, A. (2005). 'Listening to and involving young children: a review of research and practice. *Early Child Development and Care, 6*(175), 489–505.

19. COURTEAU S., B. R.-B. (2008). Étude de l'évolution cognitive et socio-émotionnelle d'enfants avec TED bénéfi ciant de soins intensifs en hôpital de jour et d'une thérapie spécifi que, la thérapie d'échange et de et de développement. Dans J. L. Adrien, *BECS: Batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle: Pratiques psychologiques et recherches cliniques auprès des enfants atteints de TED* (pp. 193-210). De Boeck Supérieur.

20. Cree, V. E. (2002). Research with children: sharing the dilemmas. *Child & family social work, 1*(7), 47-56.

21. Dimitropoulou, D. K. (2019). Concurrent validity of the Movement Assessment Battery for Children Checklist-2. *European Psychomotricity Journal*, 19-38.

22. DIRANI-AKOURY L., W. M. (2008). Évolution cognitive et socio-émotionnelle d'enfants avec TED et d'enfants avec trisomie 21 bénéfi ciant de thérapie d'étayage affectif et cognitif (TECA). Dans J. L. Adrien, *BECS: Batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle: Pratiques psychologiques et recherches cliniques auprès des enfants atteints de TED* (pp. 215-230). De Boeck Supérieur.

23. DIRANI-AKOURY, L. (2008). La BECS et le bilan de développement d'un enfant atteint d'une sclérose tubéreuse de Bourneville. Dans J. L. Adrien, *BECS: Batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle: Pratiques psychologiques et recherches cliniques auprès des enfants atteints de TED* (pp. 53-60). De Boeck Supérieur.

24. Fargas-Malet, M. M. (2010). Research with children: Methodological issues and innovative techniques. *Journal of early childhood research, 2*(8), 175-192.

25. Fenson, L. e. (1994). Variability in early communicative development. *Monographs of the society for research in child development*, i-185.

26. GATTEGNO M. P., C. E. (2008). La BECS, base de l'élaboration du projet d'intervention : le programme de développement personnel (pidp) pour un enfant avec trouble envahissant du développement non spécifié. Dans J. L. Adrien, *BECS: Batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle: Pratiques psychologiques et recherches cliniques auprès des enfants atteints de TED* (pp. 93-140). De Boeck Supérieur.

27. Gattegno, M. &. (2008). Le bilan de développement psycho-éducatif (PEP-R) et cognitivo-émotionnel (BECS) d'un enfant avec spina-bifida occulta et programme de développement personnel. Dans J.-L. Adrien, *BECS : Batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle: Pratiques psychologiques et recherches cliniques auprès des enfants atteints de TED* (pp. 63-91). De Boeck Supérieur.

28. GATTEGNO, M. P. (2008). La BECS et le bilan de développement d'enfants avec syndrome génétique: le syndrome de Phelan-McDermid. Dans J. L. Adrien, *BECS: Batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle: Pratiques psychologiques et recherches cliniques auprès des enfants atteints de TED* (pp. 41-52). De Boeck Supérieur.

29. GATTEGNO, M. P. (2008). La BECS et le bilan de développement d'un enfant avec syndrome de l'X fragile. Dans J. L. Adrien, *BECS: Batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle: Pratiques psychologiques et recherches cliniques auprès des enfants atteints de TED* (pp. 23-39). De Boeck Supérieur.

30. GATTEGNO, M. P. (2008). Le bilan de développement d'un enfant avec autisme et retard mental, programme de développement personnel et étude de la trajectoire développementale. Dans J. L. Adrien, *BECS: Batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle: Pratiques psychologiques et recherches cliniques auprès des enfants atteints de TED* (pp. 147-168). De Boeck Supérieur.

31. Guidetti, M., & Tourrette, C. (2009). *Échelle de communication sociale précoce.* Euro-tests Edition.

32. Guidetti, M., Rossini, E., & Thommen, E. (2016). L'évaluation de la communication sociale précoce dans l'autisme: intérêt de l'ECSP. *Rééducation Orthophonique*(265), 191-204.

33. Hedley, D. N. (2016). ADOS-2 Toddler and Module 1 standardized severity scores as used by community practitioners. *Research in Autism Spectrum Disorders, 32*, 84-95.

34. Hill, M. (1997). Research review: participatory research with children. *Child and Family Social Work*, 171–83.

35. Huteau, M. (2013). *Psychologie différentielle - Cours, exercices et QCM* (éd. 4). DUNOD.

36. Hutter, J. (2019). *Bilan de Communication Précoce (BCP).* University of Geneva .

37. Jagodowicz, J. (2012). *Le développement précoce : quels indicateurs pour prévenir d'un trouble?* Thèse de doctorat, École doctorale Cognition, comportements, conduites humaines (Boulogne-Billancourt, Hauts-de-Seine).

38. Kay, H. ,. (2003). At the Edge: Negotiating Boundaries in Research with Children and Young People. *Qualitative Social Research, 4*.

39. Keating, X. D.-P. (2019). Reliability and Concurrent Validity of Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ): A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 4128.

40. KREMER, A. (2008). Le bilan de développement d'un enfant atteint d'une atrophie cérébelleuse congénitale et programme de développement personnel. Dans J. L. Adrien, *BECS: Batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle: Pratiques psychologiques et recherches cliniques auprès des enfants atteints de TED* (pp. 117-140). De Boeck Supérieur.

41. Kreutzer, J. S. (2011). *Encyclopedia of clinical neuropsychology.* SpringerLink (Online service).

42. L. Zwaigenbaum, S. Bryson, N. Garon. (2013). Early identification of autism spectrum disorders. *Behavioural Brain Research, 251*, 133-146.

43. Levin, I. L. (2019). Test-retest reliability and minimal detectable change for measures of balance and gait in adults with cerebral palsy. *Gait & posture*(72), 96-101.

44. Lord C, Rutter M, DiLavore P, Risi S. (1999). *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS).* USA: Western Psychological Services.

45. Lord, C. R. (2015). *ADOS-2. Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo-2. Manual (T. Luque, adaptadora).* Madrid: TEA Ediciones.

46. Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., & Risi, S. (2012). *Autism diagnostic observation schedule ADOS manual.* Western Psychological Services.

47. Marschik, P. B. (2011). Methodological note: video analysis of the early development of Rett syndrome—one method for many disciplines. *Developmental Neurorehabilitation, 6*(14), 355-357.

48. Mason-Appsa, S. H.-P. (2018). Longitudinal predictors of early language in infants with Down. *Research in Developmental Disabilities*, 37-51.

49. Masson, J. (2004). The legal context. Dans V. L. S. Fraser, *Doing Research with Children and Young People* (pp. 43–58). London: The Open University.

50. Mauthner, M. (1997). Methodological aspects of collecting data from children: Lessons from three research projects. *Children & society*, 16-28.

51. Molina, P. G. (2016). Evaluating early communicative development. Dans O. Mironiuk-Gracz, & K. Byczewska-Konieczny, *Proceedings of the 17th conference on developmental psychology* (pp. 103-108). .: Jagiellonian University.

52. Mundy, P. D. (2003). *Early social communication scales (ESCS).* (U. o. Miami, Éd.) Coral Gables.

53. Mundy, S. ,. (1986). DEFINING THE SOCIAL DEFICITS OF AUTISM: THE CONTRIBUTION OF NON-VERBAL COMMUNICATION MEASURES. (E. Sonuga-Barke, Éd.) *The journal of child psychology and psychiatry, 27*, 657-669.

54. NADER-GROSBOIS N., S. I. (2008). Étude des profi ls multidimensionnels d'enfants à déficience intellectuelle et à trouble autistique. Dans J. L. Adrien, *BECS: Batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle: Pratiques psychologiques et recherches cliniques auprès des enfants atteints de TED* (pp. 169-192). De Boeck Supérieur.

55. Nader-Grosbois, N. (2006). Comment évaluer le développement sociocommunicatif précoce? Dans *Le développement cognitif et communicatif du jeune enfant* (pp. 209-250).

56. *ONS*. (2018). Consulté le 03 07, 2020, sur http://www.ons.dz/-Demographie-

57. Punch, S. (2002). Research with children: the same or different from research with adults? *Childhood, 3*(9), 321-341.

58. Rietdijk, R. P. (2020). Protocol for a clinical trial of telehealth-based social communication skills training for people with traumatic brain injury and their communication partners. *Brain Impairment, 21*(1).

59. Rogé, B. (2015). *Autisme, comprendre et agir.* Dunod.

60. ROGÉ, B. (2018). *MISE À JOUR ADOS : LE KIT TODDLER (NOUVEAUX MODULES ADOS-2 ET MATÉRIEL TODDLER).* Hogoref.

61. Rogé, B. e. (2015). *Manuel de la version française de l' Echelle d'Observation pour le Diagnostic de l'autisme ADOS-2.* France: Hogrefe.

62. Rouyer, V. (2017). REPÉRAGE PRÉCOCE DES ENFANTS À RISQUE D'AUTISME. Dans B. Bayle, *Psychiatrie et psychopathologie périnatales* (p. 321). Dunod.

63. Rynkiewicz, A. K.-K. (2018). Competent users and standards of use for Autism Diagnostic Interview–Revised (ADI-R) and Autism Diagnostic Observation Schedule, (ADOS-2). *PSYCHIATRIA I PSYCHOLOGIA KLINICZNA-JOURNAL OF PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY, 4*(18), 399-404.

64. Santé, H. A. (2010). *Autisme et autres troubles envahissants du développement: État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques,psychopathologiques et recherche fondamentale.* Argumentaire, Haute Autorité de Santé.

65. Smyth, R. L. (1999). Research in children: ethical and scientific aspects. *The Lancet*(354), SII21-SII24.

66. Thomas, N. &. (1998). The ethics of participatory research with children. *Children & society, 5*(12), 336-348.

67. THOMPSON, S. K. (2012). *Sampling* (éd. 3 ed). WILEY.

68. Zappella, M. E.-P. (2015). What do home videos tell us about early motor and socio-communicative behaviours in children with autistic features during the second year of life—an exploratory study. *Early human development, 10*(91), 569-575.

ثانيا: المصادر النظرية العامة

باللغة العربية:

69. صليحة بوزيد باعة. (2012). *آثار ازدواجية اللغة على النمو المعرفي للطفل في مرحلة التعليم ما قبل المدرسي*. أطروحة دكتوراه علوم، جامعة فرحات عباس، الأرطوفونيا، سطيف.

70. عايدة علي قاسم. (1997). *مدى فعالية برنامج ارشادي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال المعاقين عقليا*. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، كلية التربية، القاهرة.

71. كفاء المشاري، ابراهيم الأنصاري .(2016) .تأثير برنامج ألعاب مائية على تنمية التواصل والتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين بدولة الكويت .*مجلة أسيوط لعلوم وفنون التربية الرياضية*.938-913 ,

باللغات الأجنبية:

72. Helland, W. A., & Helland, T. (2017). Emotional and behavioural needs in children with specific language impairment and in children with autism spectrum disorder: The importance of pragmatic language impairment. *Research in Developmental Disabilities, 70*, 33-39.

73. Mundy & Neal. (2000). Neural plasticity, joint attention, and a transactional social-orienting model of autism. *International Review of Research in Mental Retardation, 23*, 139-168.

74. Salley & Colombo. (2015). Conceptualizing Social Attention in Developmental Research. *Social Development, 25*, 689.

75. AAP. (2000). *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MENTAL DISORDERS (DSM VI R).* Washington, DC.

76. AAP. (2006). Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics, 118*, 405-420.

77. AAP. (2013). *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MENTAL DISORDERS(DSM 5).* Washington, DC.

78. Adamson, B. &. (1997). Language and the curriculum in Hong Kong: Dilemmas of triglossia. *Comparative Education, 2*(33), 233-246.

79. Adamson, L. B.-H. (2014). Early language acquisition in autism spectrum disorders: A developmental view. Dans *Comprehensive guide to autism* (pp. 1061-1080).

80. Adrien JL, L. P. (1993). Blind ratings of early symptoms of autism based upon family home movies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 6*, 17–26.

81. Adrien, J. L. (1991). Autism and family home movies: preliminary findings. *Journal of autism and developmental disorders, 1*(21), 43-49.

82. Adrien, J. L. (1993). Blind ratings of early symptoms of autism based upon family home movies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 3*(32), 617-626.

83. Adrien, J. L.-G. (2016). Profils de développement dans le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA), avec ou ou sans déficience intellectuelle sévère. Implications pour l'évaluation et l'intervention. *Devenir, 4*(28), 255-272.

84. Airenti, G. (2017). Pragmatic Development. Dans L. Cummings, *Research in Clinical Pragmatics* (pp. 3-28). Springer.

85. Allen, K. E., & Marotz, L. R. (1989). *Developmental profiles: Birth to six.* Delmar.

86. Ayala, M., Santana, R., & Rodri. (2005). *Estudio longitudinal de la producción de deícticos en castellano en niños de 12 a 36 meses durante las actividades cotidianas.*

87. B. P., Mervis, C. B., Lord, C & ,.Phillips, K. D. Klein-Tasman .(2007) .Socio-communicative deficits in young children with Williams syndrome: performance on the Autism Diagnostic Observation Schedule .*Child Neuropsychology*.467-444 ،(13)*5* ،

88. Bagnato, S. J. (2006). Of helping and measuring for early childhood intervention: Reflections on issues and school psychology's role. *School Psychology Review, 35(4)*, 615-620.

89. Baio, J. W. (2018). *Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United S*.

90. Baldwin, D. A. (2001). Links between social understanding and early word learning: Challenges to current accounts. *Social Development*, 309-329.

91. Baron-Cohen, S. A. (1992). Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack and the CHAT. *British journal of psychiatry*(161), 839-839.

92. Bartl-Pokorny, K. D.-F. (2013). Early socio-communicative forms and functions in typical Rett syndrome. *Research in Developmental Disabilities, 10*(34), 3133-3138.

93. Bates, C. V. (1975). THE ACQUISITION OF PERFORMATIVES PRIOR TO SPEECH. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, 205-226.

94. Bates, E. B. (1980). Vocal and gestural symbols at 13 months. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development, 4*(26), 407-423.

95. Bates, E. B.-S. (1982). Social bases of language development: A reassessment. *In Advances in child development and behavior, 16*, 7-75.

96. Beadle-Brown, J. M. (2002). Changes in social impairment for people with intellectual disabilities: A follow-up of the Camberwell cohort. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 32(3)*, 195-206.

97. Beglinger, L. &. (2005). Concurrent validity of social subtype and IQ after early intensive behavioral intervention in children with autism: A preliminary investigation. *Journal of autism and developmental disorders, 35(3)*, 295-303.

98. Beilin, H. (1975). *Studies in the cognitive basis of language development.* Academic Press.

99. Bernard, M. A.-G. (2016). L'hétérogénéité du développement cognitif et socio-émotionnel d'enfants atteints de trouble du spectre de l'autisme en lien avec la sévérité des troubles. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 6*(64), 376-382.

100. Bidell, T. (1988). Vygotsky, Piaget and the dialectic of development. *Human Development, 31(6)*, 329-348.

101. Bishop DV, B. G. (2001). Parent and teacher report of pragmatic aspects of communication: use of the children's communication checklist in a clinical setting. *Dev Med Child Neurol*, 809–818.

102. Bishop DVM, McDonald D. (2009). Identifying language impairment in children: combining language test scores with parental report . *Int J Lang Commun Disord*, 6–15.

103. Bishop, D. V. (2003). *The children's communication checklist: CCC-2.* Harcourt Assessment.

104. Blake, J., & Dolgoy, S. J. (1993). Gestural development and its relation to cognition during the transition to language. *Journal of Nonverbal Behavior, 2*(17), 87-102.

105. Bonnet-Brilhault, F. (2017). L'autisme: un trouble neuro-développemental précoce. *Archives de Pédiatrie, 24(4)*, 384-390.

106. Bosch, L. &.-G. (2003). Simultaneous bilingualism and the perception of a language-specific vowel contrast in the first year of life. *Language and speech, 46(2-3)*, 217-243.

107. Bradbury, K. (2014). *A Comparison Between High-Risk and Low-Risk Children with Autism Spectrum Disorder.* A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Arts at , University of Connecticut.

108. Bram , Kuiper. (2017). Cognitive behavioural therapy and mindfulness based stress reduction may be equally effective in reducing anxiety and depression in adults with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 47-55.

109. Branson, D. V. (2008). Community childcare providers' role in the early detection of autism spectrum disorders. *Early Childhood Education Journal, 6*(35), 523-530.

110. Braten, S. &. (2007). From infant intersubjectivity and participant . *From mirror neurons to empathy*(68), 21.

111. Bretherton, I., Bates, E., Benigni, L., Camaioni, L., & Volterra, V. (1979). Relationships between cognition, communication, and quality of attachment. . Dans *The emergence of symbols: Cognition and communication in infancy* (pp. 223-269).

112. Bruinsma, I. K. (2004). The effect of early intervention on the Social and Emotional Development of Yooung Children (0-5) with Autism. Dans *Encyclopedia on Early Childhood Development.*

113. Bruinsma, Y. K. (2004). Joint attention and children with autism: A review of the literature. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews, 10(3)*, 169-175.

114. Bruner, J. (1983). *Child's Talk: Learning to Use Language.*

115. Bruner, J. (1984). Interaction, Communication, and Self. *Journal of the Am erican Academy of Child Psychiatry, 23*, 1-7.

116. Bruner, J. (1985). Child's talk: Learning to use language. *Child Language Teaching and Therapy, 1(1)*, 111-114.

117. Bruner, J. (1985). *The role of interaction formats in language acquisition. In Language and social situations.* New York, NY: Springer.

118. Bruner, J. S. (1959). The economy of perceiving. *Acta Psychological, 15*, 341-342.

119. Bruner, J. S. (1974). From communication to language. *A psychological perspective. Cognition, 3(3)*, 255-287.

120. Bruner, J. S. (1975). The ontogenesis of speech acts. *Journal of child language*, 1-19.

121. Bruner, J. S. (1990). *Acts of meaning* . Harvard university press.

122. Bullowa, M. (1979). *Before speech: The beginning of interpersonal communication.* CUP Archive.

123. Burack, J. A. (2001). *The development of autism: Perspectives from theory and research.* Routledge.

124. Caldas, I. F. (2018). The socio-communicative development of preterm infants is resistant to the negative effects of parity on maternal responsiveness. *Frontiers in psychology, 9*, 43.

125. Camaioni, L. &. (2002). Trajectoires développementales et individuelles de la transition vers la communication symbolique. *Enfance, 3*(54), 259-275.

126. Carpenter, M. N. (1998). Social cognition, joint attention, and communicative competence from 9 to 15 months of age. *Monographs of the society for research in child development*, 174.

127. Carr, J. (1988). Six weeks to twenty-one years old: A longitudinal study of children with Down's syndrome and their families: Third Jack Tizard Memorial Lecture. *Journal of child psychology and psychiatry, 29(4)*, 407-431.

128. Castelloe, P. &. (1993). Subclassification of children with autism and pervasive developmental disorder: a questionnaire based on Wing's subgrouping scheme. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 23(2)*, 229-241.

129. Charman, T. B.-C. (200). Testing joint attention, imitation, and play as infancy precursors to language and theory of mind. *Cognitive development*, 481-498.

130. Cheung, C. Y. (2010). Autistic disorders and schizophrenia: related or remote? An anatomical likelihood estimation. *PloS one, 8*(5), e12233.

131. Chiarotti, F., & Venerosi, A. (2020). Epidemiology of Autism Spectrum Disorders: A Review of Worldwide Prevalence Estimates Since 2014. *Brain Sciences, 5*(10), 274.

132. Chita-Tegmark, M. (2016). Attention Allocation in ASD: a Review and Meta-analysis of Eye-Tracking Studies. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders , 3*, 209-223.

133. Chomsky, N. (1981). Knowledge of language: Its elements and origins. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. B, Biological Sciences, 1077*(295), 223-234.

134. Coplan RJ, W. M.-s. (2009). pragmatic language, and socioemotional adjustment in early childhood. *Infant Child Dev, 18*, 38-54.

135. Corsello, C. (2005). Early Intervention in Autism. *Infants & Young Children*, 74-85.

136. Dansart, P. (2000). *Langage et communication chez la personne autiste: Etat de la question et propositions pour une étude en langue française.* Mémoire de DEA, Tours.

137. Dawson, G. R. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*, e17-e23.

138. de Bildt, A. S. (2015). Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) algorithms for toddlers and young preschoolers: Application in a non-US sample of 1,104 children. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 7*(45), 2076-2091.

139. Dehaene-Lambertz, G. &. (2002). Le langage dans la première année de la vie, nouvelles perspectives. (P. Edition et communication médicales, Éd.) *Médecine & enfance, 22*(7), 393-399.

140. Demetriou, A. S. (2016). *Neo-Piagetian theories of cognitive development: Implications and applications for education.* Routledge.

141. Dimitrova, N. (2012). *Développement de la communication intentionnelle gestuelle à partir des usages culturels des objets dans l'interaction triadique enfant-objet-adulte .* Doctoral dissertation, Faculté des sciences sociales et politiques, Université de Lausanne.

142. Disabilities, C. o. (2001). The pediatrician's role in the diagnosis and management of autistic spectrum disorder in children. *Pediatrics, 5*(107), 1221-1226.

143. Donno R, P. G. (2010). Social communication deficits in disruptive primary-school children. *Br J Psychiatry*, 82–90.

144. Dumont-Mathieu, T. (2017). Use of the M-CHAT follow-up interview (M-CHAT/F) by paediatricians during well-child care visits is feasible, valid and reliable. *BMJ Evidence-Based Medicine, 4*(22), 156-156.

145. Elder, J. H. (2017). Clinical impact of early diagnosis of autism on the prognosis and parent–child relationships. *Psychology research and behavior management*.

146. Elsabbagh, M. &. (2016). Autism and the social brain: the first-year puzzle. *Biological psychiatry, 2*(80), 94-99.

147. F. Larkin, J. H. (2017). Collaborative competence in dialogue: Pragmatic language impairment as a window onto the psychopathology of autism. *Research in Autism Spectrum Disorders, 43-44*, 27-39.

148. Fischer, K. W. (1980). A theory of cognitive development: The control and construction of hierarchies of skills. *Psychological review*, 477-531.

149. Fischer, K. W. (1987). Generalizations about generalization: How a theory of skill development explains both generality and specificity. International Journal of Psychology, , . *22(5-6)*, 643-677.

150. Fischer, K. W. (1991). Constraining nativist inferences about cognitive capacities. Dans G. R. Carey S., *The epigenesis of mind: Essays on biology and cognition* (pp. 199-235). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

151. Fischer, K. W., & Silvern, L. (1985). Stages and individual differences in cognitive development. *Annual Review of Psychology, 36*, 613-648.

152. Fodor, J. A. (1983). *The modularity of mind.* MIT press.

153. Fröhlich, M. M. (2017). Gestural development of chimpanzees in the wild: the impact of interactional experience. *Animal Behaviour*(134), 271-282.

154. Garro, A. (2016). Early Childhood Assessment: An Integrative Framework. Dans *Early Childhood Assessment in School and Clinical Child Psychology* (pp. 1-24). New York: Springer,.

155. Gerber, S. (2003). A developmental perpective on language assessement and intervention for children on the autistic spectrum. *Topics in language disorders*.

156. Gilmour J, H. B. (2004). Social communication deficits in conduct disorder: a clinical and community survey. *J Child Psychol Psychiatry*, 67–78.

157. Goldstein, H., & Morgan, L. (2002). *Social interaction and models of friendship development.*

158. Goodhart, F. &.-C. (1993). How many ways can the point be made? Evidence from children with and without autism. *First Language, 13*(38), 225-233.

159. Grazzani, I. &. (2019). Language games and social cognition: Revisiting Bruner. *Integrative Psychological and Behavioral Science, 53(4)*, 602-610.

160. Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2006). *Engaging autism: Using the floortime approach to help children relate, communicate, and think.* Da Capo Lifelong Books.

161. Guédeney, A. C. (2001). L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (adbb). *La psychiatrie de l'enfant, 1*(44), 211-231.

162. Guédeney, N. G. (2003). The Zero-to-Three diagnostic classification: A contribution to the validation of this classification from a sample of 85 under-threes. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Associat, 4*(24), 313-336.

163. Guidetti, M., & Tourrette, C. (2011). *ECSP: échelle d'évaluation de la communication sociale précoce.* Éditions Eurotests.

164. Guidetti, M., & Tourrette, C. (1993). *Évaluation de la Communication Sociale Précoce. Manuel ECSP.* Paris: eap.

165. Guidetti, M., & Tourrette, C. (2009). *Échelle de communication sociale précoce.* Paris: Euro-tests Edition.

166. Guthrie, W. S. (2013). Early diagnosis of autism spectrum disorder: stability and change in clinical diagnosis and symptom presentation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 5*(54), 582-590.

167. Hall, S. R. (2013). Associations among play, gesture and early spoken language acquisition. *First Language, 3*(33), 294-312.

168. Harding, C. G. (1983). Setting the stage for language acquisition: Communication development in the first year. *The transition from prelinguistic to linguistic communication*, 93-111.

169. HAS. (2005). *Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme.*

170. HAS. (2008). *Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme.*

171. HAS. (2012). *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent.*

172. Hatton, D. D. (2006). Autistic behavior in children with fragile X syndrome: prevalence, stability, and the impact of FMRP. *American journal of medical genetics Part A, 140(17)*, 1804-1813.

173. Hauck, M. F. (1995). Social initiations by autistic children to adults and other children. *Journal of autism and developmental disorders, 25(6)*, 579-595.

174. Hertzig, M. E. (1989). Affect and cognition in autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 195-199.

175. Hinojosa, A. B. (2019). Sensibilidad y especificidad de los criterios diagnósticos DSM-5 en el trastorno del espectro autista en una muestra de niños y adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.

176. Hobaiter, C., & Frohlich, M. (2018). The development of gestural communication in great apes. *Behavioral Ecology and Sociobiology*.

177. Hoon Jr, A. H. (1993). Clinical adaptive test/clinical linguistic auditory milestone scale in early cognitive assessment. *The Journal of pediatrics, 1*(123), S1-S8.

178. Hubley, P. (1978). *Secondary intersubjectivity: Confidence, confiding and acts of meaning in the first year. Action, gesture and symbol: The emergence of language.* 183-227.

179. J. Seibert , A. Hogan , P. Mundy. (1982). Assessing interactional competencies: The early social-communication scales. *Infant Mental Health Journal, 3*, 244-258.

180. Jagodowicz, J. (2012). *Le développement précoce : quels indicateurs pour prévenir d'un trouble?* Thèse de doctorat, École doctorale Cognition, comportements, conduites humaines (Boulogne-Billancourt, Hauts-de-Seine).

181. Jeste, S. S. (2009). Event related potentials in the understanding of autism spectrum disorders: an analytical review. , 39(3), . *Journal of autism and developmental disorders, 3*(39), 495.

182. Jin, Z. Y. (2018). Prevalence of DSM-5 autism spectrum disorder among school-based children aged 3–12 years in Shanghai, China. *Journal of autism and developmental disorders, 7*(48), 2434-2443.

183. Kaczmarek, L. A. (2002). *Assessment of social-communicative competence: An interdisciplinary mode.* (Co., Éd.) Paul H Brookes.

184. Karen Toth, J. M. (2006). Early Predictors of Communication Development in Young. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 993–1005.

185. Keck, C. S. (2017). Pragmatic skills after childhood traumatic brain injury: Parents' perspectives. *Journal of communication disorders*(69), 106-118.

186. Kersken, V. G. (2019). A gestural repertoire of 1-to 2-year-old human children: in search of the ape gestures. *Animal cognition, 4*(22), 577-595.

187. Khundrakpam, B. S. (2017). Cortical thickness abnormalities in autism spectrum disorders through late childhood, adolescence, and adulthood: a large-scale MRI study. *Cerebral Cortex, 3*(27), 1721-1731.

188. Kim, S. H. (2019). Measuring treatment response in children with autism spectrum disorder: Applications of the Brief Observation of Social Communication Change to the Autism Diagnostic Observation Schedule. *Autism, 5*(23), 1176-1185.

189. Klin, A. L. (2009). Two-year-olds with autism orient to non-social contingencies rather than biological motion. *Nature, 459(7244)*, 257-261.

190. Knaus, T. A.-F. (2010). Language laterality in autism spectrum disorder and typical controls: a functional, volumetric, and diffusion tensor MRI study. *Brain and language, 2*(112), 113-120.

191. Koegel, R. L. (2009). Improving social initiations in young children with autism using reinforcers with embedded social interactions. *Journal of autism and developmental disorders, 9*(39), 1240-1251.

192. Koegel, R. L. (2012). *The PRT pocket guide.* Baltimore: Brookes.

193. Kraljević, J. K. (2014). Gestural development and its relation to a child's early vocabulary. *Infant Behavior and Development, 2*(37), 192-202.

194. Kurita, H. (1985). Infantile autism with speech loss before the age of thirty months. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry,* , 191-196.

195. L. Zwaigenbaum, S. B. (2013). Early identification of autism spectrum disorders. *Behavioural Brain Research, 251*, 133-146.

196. La Greca, A. M., & Lemanek, K. L. (1996). Assessment as a process in pediatric psychology. *Journal of Pediatnc Psychology, 21*(2), 137-151.

197. Laakso, M. L. (1999). Early intentional communication as a predictor of language development in young toddlers. *First Language*, 207-231.

198. Landa, R. (2007). Early communication development and intervention for children with autism . *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 16-25.

199. Landa, R. J.-M. (2007). Social and communication development in toddlers with early and later diagnosis of autism spectrum disorders. *Archives of general psychiatry, 7*(64), 853-864.

200. Langdon R, C. M. (2002). Disturbed communication in schizophrenia: the role of poor pragmatics and poor mind-reading. *Psychol Med*, 1273-1284.

201. Lauren B Swineford, A. T. (2014). Social (pragmatic) communication disorder: a research review of this new DSM-5 diagnostic category. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*.

202. LeBarton, E. S. (2016). Associations between gross motor and communicative development in at-risk infants. *Infant Behavior and Development*(44), 59-67.

203. LeBarton, E. S.-M. (2015). Experimentally induced increases in early gesture lead to increases in spoken vocabulary. *Journal of Cognition and Development, 2*(16), 199-220.

204. Lee, S. W. (2013). Adapting cognitive task analysis to explore young children's thinking competence. *Journal of Research in Childhood Education, 27(2)*, 208-223.

205. LEPOT-FROMENT, C. (1979). Guidance parentale et développement de la communication chez l'enfant. 1. L'instauration du dialogue. *Langage (Le) et l'Homme Bruxelles*, 17-23.

206. Lepot-Froment, C. (1991). *The rational infant. Learning in infancy: by TGR Bower.* New York: WH Freeman & Company.

207. Lewis, V. (2003). Play and language in children with autism. *Autism, 7(4)*, 391-399.

208. Lotter, V. (1966). Epidemiology of autistic conditions in young children. *Social psychiatry*, 124-135.

209. Loy, M. M. (2018). Developmental changes in infants' and mothers' pathways to achieving joint attention episodes. *Infant Behavior and Development, 50*, 264-273.

210. Marks K. P., G. F. (2011). Enhancing the Algorithm for Developmental–Behavioral Surveillance and Screening in Children 0 to 5 Years. *Clinical Pediatrics, 50*, 853-868.

211. Marschik, P. B.-P. (2012). Profiling early socio-communicative development in five young girls with the preserved speech variant of Rett syndrome. *Research in Developmental Disabilities, 6*(33), 1749-1756.

212. Marschik, P. B.-P. (2014). Development of socio-communicative skills in 9-to 12-month-old individuals with fragile X syndrome. *Research in Developmental Disabilities, 3*(35), 597-602.

213. Marschik, P. B.-P.-F. (2014). Three different profiles: Early socio-communicative capacities in typical Rett syndrome, the preserved speech variant and normal development. *Developmental Neurorehabilitation, 1*(17), 34-38.

214. Mastrogiuseppe, M. C. (2015). Gestural communication in children with autism spectrum disorders during mother–child interaction. *Autism, 4*(19), 469-481.

215. McCartney, K., & Phillips, D. (2006). *The Blackwell handbook of early childhood development* . Blackwell Publishing Ltd.

216. McClure EB et al. (2005). Deficits in social cognition and response flexibility in pediatric bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, 1644-1651.

217. McEvoy, R. E. (1993). Executive function and social communication deficits in young autistic children. *Journal of child psychology and psychiatry, 4*(34), 563-578.

218. Mewhort-Buist TA, N. E. (2013). What are you really saying? Associations between shyness and verbal irony comprehension. *Infant Child Dev*, 80-97.

219. Mirenda, P. L. (1986). Effects of adult interaction style on conversational behavior in students with severe communication problems. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 17(2)*, 126-141.

220. Morales-Hidalgo, P. H.-M. (2017). EDUTEA: A DSM-5 teacher screening questionnaire for autism spectrum disorder and social pragmatic communication disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 3*(17), 269-281.

221. Mosconi, M. W.-H.-S. (2009). Longitudinal study of amygdala volume and joint attention in 2- to 4-year-old children with autism. *Archives of general psychiatry, 5*(66), 509-516.

222. Mundy, P. C. (2007). The modifier model of autism and social development in higher functioning children. *Research and practice for persons with severe disabilities: the journal of TASH, 32(2)*, 124.

223. Mundy, P. D. (2003). *Early social communication scales (ESCS).* (U. o. Miam, Éd.) Coral Gables.

224. Mundy, P. e. (1987). Nonverbal communication and play correlates of language development in autistic children. *Journal of autism and developmental disorders , 3*(17), 349-364.

225. Mundy, P. S. (1994). Joint attention, developmental level, and symptom presentation in autism. *Development and Psychopathology, 3*(6), 389-401.

226. Murphy, S. (2019). Evaluating 'enhancing pragmatic language skills for young children with social communication impairments' (E-PLAYS): protocol for a feasibility randomised controlled trial study. *Pilot and Feasibility Studies*.

227. Nadel, J. &. (2006). Imitation: Some cues for intervention approaches in autism spectrum disorders. Dans *Social and communication development in autism spectrum disorders: Early identification, diagnosis and intervention.*

228. Nader-Grosbois, N. (2014). *Développement cognitif et communicatif du jeune enfant: du normal au pathologique.* De Boeck Supérieur.

229. Navab, A. G.-L. (2012). Eye-Tracking as a measure of responsiveness to joint attention in infants at risk for autism. *Infancy, 4*(17), 416-431.

230. Newton, C. R. (2020). Epidemiology of autism. *New Oxford Textbook of Psychiatry*, 260.

231. Osterling, J. &. (1994). Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes. *Journal of autism and developmental disorders, 3*(24), 247-257.

232. Oswald, D. P. (2017). Parental report of the diagnostic process and outcome: ASD compared with other developmental disabilities. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 2*(32), 152-160.

233. Özçaliskan, S. (2016). Do gestures follow speech in bilinguals' description of motion? *Bilingualism, 3*(19), 644.

234. Özçalışkan, Ş. A. (2016). Early deictic but not other gestures predict later vocabulary in both typical development and autism. *Autism, 6*(20), 754-763.

235. Ozonoff, S. &. (1998). Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. *Journal of autism and developmental disorders, 1*(28), 25-32.

236. P.Gentilleau-Lambina, J.Niclia, A.F.Richard, L.Macchiac, C.Barbeaud, S.Nguyene, F.Medjkanef, M.P.Lemaîtrea. (2019). Assessment of conversational pragmatics: A screening tool for pragmatic language impairment in a control population of children aged 6–12 years. *Archives de Pédiatrie, 26*, 214-219.

237. Panganiban, J. L. (2017). *Measuring Joint Attention in Children with Autism Spectrum Disorder Through Structured and Unstructured Play.* UCLA.

238. Paul, R. (2007). *Communication and its development in autism spectrum disorders.*

239. Paulais, M. A. (2018). Étude de l'évolution cognitive, socio-émotionnelle et des comportements autistiques d'enfants avec autisme et autre trouble envahissant du développement bénéficiant d'une intervention structurée, la méthode Applied Behavior Analysis (ABA). *Annales Médico-psychologiques, 176*(9), 847-856.

240. Peter Mundy, Christine Delgado, Jessica Block, Meg Venezia, Anne Hogan, & Jeffrey Seibert. (2003). *A Manual for the Abridged :EARLY SOCIAL COMMUNICATION SCALES (ESCS) .* University of Miami .

241. Pickles, A. L.-F. (2016). Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long-term follow-up of a randomised controlled trial. *The Lancet*(388), 2501-2509.

242. Poulin-Dubois, D. &. (1994). Infant categorization and early object word meaning. *Early child development in the French tradition*, 207-225.

243. PRIZANT, B., & WETHERBY, A. (1987). Communicative Intent: A Framework for Understanding Social-Communicative Behavior in Autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 26*, 472-479.

244. Provost, B. L. (2007). A comparison of motor delays in young children: autism spectrum disorder, developmental delay, and developmental concerns. *Journal of autism and developmental disorders, 2*(37), 321-328.

245. Pry, R. (2019). Après-propos: Diagnostic du TSA : obstacles et perspectives. *Enfance, 1*(1), 145-151.

246. Puckett, M. B., & Black, J. K. (2000). *Authentic assessment of the young child: Celebrating development and learning.* Prentice-Hall Order Processing Center.

247. Qiu, S. L. (2020). Prevalence of autism spectrum disorder in Asia: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research, 284*, 112679.

248. Quinn, S., & Kidd, E. (2019). Symbolic play promotes non-verbal communicative exchange in infant–caregiver dyads. *British Journal of Developmental Psychology, 1*(37), 33-50.

249. R.'Handley, K. Radley, J. Lum. (2016). Promoting Social Communication in a Child With Specific Language Impairment. *Communication Disorders Quarterly, 37*.

250. Ramos-Cabo, S. V. (2019). Gesture and language trajectories in early development: An overview from the autism spectrum disorder perspective. *Frontiers in psychology*(10), 1211.

251. Rodrigo, M. J., González, A., de Vega, M., Muñetón-Ayala, M., & Rodríguez, G. (2004). From gestural to verbal deixis: a longitudinal study with Spanish infants and toddlers. *First Language, 1*(24), 71-90.

252. Rogé, B. (2002). Le diagnostic précoce de l'autisme : données actuelles. *Enfance, 54*(1), 21-30.

253. ROGÉ, B. (2016). ADOS-2: La référence internationale en matière. Dans HOGREFE, *CALENDRIER 2017 DES FORMATIONS CLINIQUES : TROUBLES DYS, AUTISME, PERSONNALITÉ, TDAH…* (p. 42). HOGREFE.

254. Rogé, B. (2019). Diagnostic et intervention précoce dans les TSA : des enjeux de société. *Enfance, 1*(1), pp. 5-12.

255. Rogers, S. J., & Dawson, G. (2010). *Early Start Denver Model for young children with autism.* New York: Guilford.

256. S.J.Rogers , M.R.Talbott. (2016). Early Identification and Early Treatment of Autism Spectrum Disorder. *International Review of Research in Developmental Disabilities, 50*, 233-275.

257. Sacrey, L.-A., & Bryson, S. (2016). The Autism Parent Screen for Infants: Predicting risk of autism spectrum disorder based on parent-reported behavior observed at 6–24 months of age. *Autism, 22*, 322-334.

258. Salley, Colombo. (2015). Conceptualizing Social Attention in Developmental Research. *Social Development*.

259. Sato, W. &. (2019). The atypical social brain network in autism: advances in structural and functional MRI studies. *Current Opinion in Neurology, 4*(32), 617-621.

260. Scheeren, A. M. (2012). Social interaction style of children and adolescents with high-functioning autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders, 42(10)*, 2046-2055.

261. Schumann, C. M. (2010). Longitudinal magnetic resonance imaging study of cortical development through early childhood in autism. *Journal of Neuroscience, 2*(30), 4419-4427.

262. Seibert, J. M. (1982). Assessing interactional competencies: The early social-communication scales. *Infant mental health Journal, 3(4)*, 244-258.

263. Seibert, J. M. (1987). Assessing social and communication skills in infancy. *Topics in Early Childhood Special Education, 2*(7), 38-48.

264. Sherer, M. R. (2005). Individual behavioral profiles and predictors of treatment effectiveness for children with autism. Journal of consulting and clinical psychology. *3*(73), 525.

265. Simms, M. D. (2017). When autistic behavior suggests a disease other than classic autism. *Pediatric Clinics, 1*(64), 127-138.

266. Singer, J. L. (2019). A Cognitive-Affective Theory of the Development of Imagination: Family Mediation and Television Influences. Dans *Organizing Early Experience* (pp. 92-115). Routledge.

267. Smith, E. N. (2017). Assessing pragmatic communication in children with Down syndrome. *Journal of communication disorders*(68), 10-30.

268. Stefanatos, G. A. (2011). The ontogenesis of language impairment in autism: a neuropsychological perspective. *Neuropsychology Review, 3*(21), 252.

269. Stefanini, S. R. (2008). The relationship between spontaneous gesture production and spoken lexical ability in children with Down syndrome in a naming task. *Gesture, 2*(8), 197-218.

270. Sundberg, M. L. (2008). *VB-MAPP Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program: a language and social skills assessment program for children with autism or other developmental disabilities: guide.* Mark L. Sundberg.

271. Suttora, C., & Salerni, N. (2012). Gestural development and its relation to language acquisition in very preterm children. *Infant Behavior and Development*, 429-438.

272. Takaya, K. (2013). *Jerome Bruner: Developing a sense of the possible.* New York: Springer.

273. Tantam, D. (1988). Lifelong Eccentricity and Social Isolation: II: Asperger's Syndrome or Schizoid Personality Disorder? *British Journal of Psychiatry, 153(6)*, 783-791.

274. *the Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Zero to Three–Revised (DC:0–3R; ZERO TO THREE).* (2005).

275. Thomas, M. S.-S. (2016). The over-pruning hypothesis of autism. *Developmental Science, 2*(19), 284-305.

276. Tillmann, J. A.-B. (2018). Evaluating sex and age differences in ADI-R and ADOS scores in a large European multi-site sample of individuals with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders, 7*(48), 2490-2505.

277. Tomasello, M. &. (1986). Joint attention and early language. *Child development*, 1454-1463.

278. Tourrette, C. &. (1994). Mise au point d'une nouvelle épreuve pour évaluer la compétence à communiquer dans les premières années. *Psychologie et psychométrie, 2*(15), 27-45.

279. Tourrette, C. (2014). *Évaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement.* Dunod.

280. Trevarthen, C. H. (1978). *Action, gesture, and symbol: The emergence of language.*

281. UNICEF. (2017). *Early childhood development: For every child, early moments matter*. Consulté le 05 12, 2020, sur UNICEF: https://www.unicef.org/early-childhood-development

282. Usher, L. V. (2015). Social competence with an unfamiliar peer in children and adolescents with high functioning autism: Measurement and individual differences. *Research in Autism Spectrum Disorders*(17), 25-39.

283. Vallée-Ouimet, J. (2016). *La sensibilité sociale d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme en interaction avec leur grand-parent.* Montréal: Université du Québec.

284. Vantalon, V. S. (2019). Les troubles de la communication sociale chez les enfants de moins de 2 ans: nouveaux outils diagnostiques, nouvelles stratégies thérapeutiques, prévention. *French Journal of Psychiatry*, S37-S38.

285. Velez, G. M. M., Cappas-Ortiz, N. M., Montalvo-Santiago, A. M., Torres-González, Y. M., Alicea-Vélez, O. E., Rivera-Hernández, J. F., & Pérez-Torres, E. M. (2018). Pediatricians' Openness Toward Collaborations with Primary Care Psychologists. *Revista Puertorriqueña de Psicología, 1*(29), 120-129.

286. VERNET, S. (2015). *INTERET ET LIMITES DE L'ECSP (ECHELLE D'EVALUATION DE LA COMMUNICATION SOCIALE PRECOCE) DANS LE DIAGNOSTIC PRECOCE DE TROUBLES ENVAHISSANTS DU DEVELOPPEMENT.* Ecole d'orthophonie: UNIVERSITE DE POITIERS.

287. Voos, A. C. (2013). Neural mechanisms of improvements in social motivation after pivotal response treatment: two case studies. *Journal of autism and developmental disorders, 1*(43), 1-10.

288. Vygotsky, L. S. (1962). *Thought and language.* trans: Hanfmann & G. Vakar.

289. Vygotsky, L. S. (1978). *Socio-cultural theory.* Mind in society.

290. Werner, H. &. (1963). *Symbol formation.*

291. WHO. (1996). *Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders.* Cambridge: Cambridge University Press.

292. WHO. (2016). *Early child development*. Récupéré sur WHO: https://www.who.int/topics/early-child-development/en/

293. Wing, L. &. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of autism and developmental disorders, 9(1)*, 11-29.

294. Wing, L. (1980). The MRC handicaps, behaviour & skills (HBS) schedule. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 62(S285)*, 241-248.

295. Wisner-Carlson, R. P. (2020). Autism Spectrum Disorder Grows Up. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 2*(29), xiii-xvi.

296. Wittemeyer, K. (2008). *Développement de la communication dans l'autisme: effets d'un programme d'intervention précoce et individualisé.* Toulouse 2.

297. Yáñez-Téllez, M. G.-T. (2019). Social cognition in children with attention-deficit and hyperactivity disorder: a literature review. *Archivos de Neurociencias, 2*(24), 43-58.

298. Yuan, H., & Dollaghan, C. (2018). Measuring the diagnostic features of social (pragmatic) communication disorder: An exploratory study. *American journal of speech-language pathology, 2*(27), 647-656.

299. Zeanah, C. H., & Lieberman, A. (2016). Defining relational pathology in early childhood: the Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood DC: 0–5 approach. *Infant Mental Health Journal, 5*(37), 509-520.

300. Zwaigenbaum, L. B. (2016). Stability of diagnostic assessment for autism spectrum disorder between 18 and 36 months in a high-risk cohort. *Autism Research, 7*(9), 790-800.

الملاحـــــــــــــــــق

الملحق (1): المقارنة السيميائية والمهارية بين مختلف الاضطرابات التواصل-اجتماعية

جدول22 الميزات اتلفارقية بين مختلف الاضطرابات المتأثرة بالشذوذ النوعي في النمو التواصل اجتماعي

الاضطراب	طبيعة الاختلال النمائي التواصل اجتماعي		الميزة النمائية الفارقية زيادة على النمائي التواصل اجتماعي	ملاحظات
اضطراب طيف التوحد- ASD	اضطراب نوعي في مـــهارات التفـــاعل الاجتمـــاعي		السلوكيات التكرارية والاهتمامات المحدودة	في حالة متلازمة اسبرجر مع وجود النمطيات فإنه يشخص كـ ASD منخفض الشدة، وفي حالة مصاحبته لمتلازمة الموهوب فإنه يصنف كـ ASDعالي الأداء
واضطراب التفكك الطفولي Childhood Disintegrative CDD -Disorder			فترة من التطور الطبيعي في أول سنتين من الحياة ، يليه تراجع في عدد من مجالات المهارات قبل سن 4 سنوات، كما قد نجد اضطرابات على مستوى ضبط المثانة والأمعاء	اضطراب نادر جدًا ، حيث يبلغ معدل انتشاره 0.6 لكل 100،000 (Chakrabarti, Fombonne, 2001)غير معلوم السبب إلى الآن.
متلازمة ريتRS			نمو سوي إلى غاية ما يقارب سن السنتين يليه تقهقر حاد في كل المجالات خاصة الحركية	اضطراب ذو منشأ جيني
اضطراب التواصل الاجتماعي SPCD			عدم وجود السلوكيات التكرارية و الاهتمامات المحدودة	
اضطراب النمو المنتشر غير المحدد PDD-NOS	الضعف النوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة	.	مصحوب: بضعف نوعي في الاتصال أو أنماط مقيدة ومتكررة ونمطية للسلوكيات والاهتمامات والأنشطة	"التوحد تقريبًا" أو "التوحد غير النمطي" (Towbin, 1997)
اضطراب النمو الشامل المحدد PDD		لا يتطلب ضعفًا نوعيًا في الاتصال	يتطلب هذا التشخيص عدم وجود تأخير لغوي كبير سريريًا قبل سن 3 سنوات ، ولا تأخيرات معرفية	

جدول 23 مقارنة بين مجموعة اضطرابات ذات العلاقة من حيث نتائج دراسات سابقة استخدمت ECSP أو ESCS كوسيلة بحثية

الاضطراب / الميدان		التفاعل الاجتماعي			الانتباه المشترك		تنظيم السلوك			الخلاصة
		RIS	IIS	MIS	RAC	IAC	MAC	RRC	IRC	
ASD (Tardif, 2007)		↙	↙↙	↙	↙↙	↙↙	↙↙	↙	↙	أداء منخفض جدا في الميادين المشار إليها بشكل مضاعف
Down's syndrome (Mundy P. S., 1988)		↗↗	↗↗	↗↗	↔	↔	↔	↙	↙↙	يؤدي إلى مصاعب على مستوى اللغة التعبيرية راجعة إلى التاخر الحاد في النمو الرمزي لديهم
الاعاقة الحسية	البصرية (Tourrette C. , 2014)	↙	↙	↙	↙↙↙	↙	↙	↙	↙	1من 3أطفال من ذويالاعاقة الحسية البصرية فقط لم يكن لديه تأخير في التواصل
	السمعية (Tourrette C. , 2014)	↔	↔	↔	↙↙	↙↙	↙↙	↙	↙	
تأخر النمو (Mundy P. S., 1984)		↙	↙	↙	↙	↙	↙	↙	↙	/

↔= مستوى أداء مناسب للعمر العقلي ، ↙= مستوى اداء منخفض عن المتوسط المناسب للعمر العقلي،↗= مستوى اداء مرتفع عن المتوسط المناسب للعمر العقلي

الملحق (2):بعض الدراسات التي اهتمت بمظاهر الشذوذ النمائي التواصل-اجتماعي المبكر

جدول 24 عرض لأهم الدراسات التي اهتمت بسيميائية الشذوذ النمائي التواصل-اجتماعي المبكر

الباحث	السن المستكشف	الدراسة
(Clifford SM, Dissanayake C, 2008)	24-0 شهرا	من خلال تحليل مقاطع فيديو في حدود 10 دقائق لكل مقطع ، تغطي المجالات العمرية التالية: 0-5 ، 6-11 ، 12-17، 18-24 شهرًا، تم الوصول إلى كونAD يبدأ لديهم تقليل البدء في الاهتمام المشترك، ضعف جودة الانتباه ، ونقص المبادرة والطلب ، ضعف التواصل بالعين، قلة الاستجابة للاسم ابتداء من 0- 11شهر، على خلاف DD الذي لا يلاحظ إلا ابتداء من 12-24 شهرًا.
(Ozonoff S, Iosif AM, Young GS, Hepburn S, Thompson M, Colombi C, et a, 2011)	24-6 شهر	درس تواتر 4 سلوكيات اجتماعية مشفرة يقوم بها الطفل السوي : ينظر إلى الناس ، يبتسم للناس ، اللغة والتصويب (الاشارة بالسبابة) لإظهار أو طلب شيء معين. وخلص إلى أنه توجد أعراض الاختلال النمائي بشكل واضح في DD و TD.
(Colgan SE, Lanter E, McComish C, Watson LR, Crais ER, Baranek GT, 2006)	12-9 شهرا	العينة ضمت 21 طفلاً تم تشخيصهم في وقت لاحق بـ AD و 14 طفلا TD، تحليل مقاطع الفيديو المنزلية التي تظهر تفاعل الرضيع مع الكبار، اوضحت قصورا في التفاعل بواسطة الايماءات لدى AD مقارنة بمجموعة TD
(Watson LR, Crais ER, Baranek GT, Dykstra JR, Wilson KP., 2013)	18-9 شهرا	درس من خلال التحليل الرجعي لفيديوهات الرضع المنتمين إلى 3 مجموعات بحثية (DD، TD، AD) :عدد مرات التواصل، الإيماءات مصنفة حسب الوظيفة التفاعل-اجتماعية (مثلا لعبة اجتماعية كـ peek-a-boo) ، التنظيم السلوكي (مثل: التقاط) ، الاهتمام المشترك (مثل: العرض ، التأشير) وجد أنه في 9-12 شهرًا تظهر قدرة أقل في تنظيم السلوك لدى AD مقارنة بالمجموعتين المتبقيتين.
(Clifford S,Young R,Williamson P, 2007)	24-12 شهرا	تحليل السلوك الاجتماعي المبكر لـ 15 طفلا يعانون AD، عن طريق تحليل مقاطع فيديو سبق تصويرها لمواقف تفاعلية مع الكبار، مقارنة مع TD تم ملاحظة: تقليل الاتصال البصري، نظرات النفور، شذوذ يتعلق بالاستجابة للنداء بالاسم، العرض، ضعف الاهتمام بالأقران، استباق المواقف. كما لوحظت نفس النقاط السابقة لكن بشدة أقل عند 15 طفلاً آخر مصابًا بـ DD ظهرت لديهم مشاكل لغوية لاحقا. 15 طفلاً TD، لم تظهر عليهم أي من الملاحظات السابقة.
(Lonnie Zwaigenbaum, 2015)	36 -18 شهرًا	استقرار التقييم التشخيصي لاضطراب طيف التوحد بين في مجموعة عالية المخاطر ، ويتعلق التقييم بالنمو التفاعل-اجتماعي والسلوك التكيفي.

الملحق (3):جدول يمثل الوسائل التقييمية للتواصل الاجتماعي بشكل مستهدف أو ضمني والتي تشمل المرحلة ما قبل اللسانية أو جزءا منها الممكن استخدامها للكشف المبكر عن الصعوبات التواصل اجتماعية

جدول 25 تصنيف وعرض اهم الاختبارات الموجهة لتقييم التواصل اجتماعي

التصنيف	الاختبار		المؤلف	الفئة العمرية	طريقة الاجراء	ملاحظات
تقييم غير تخصصي	L'échelle Alarme Détresse du Bébé	ADBB	(Guedeney, A., & Fermanian, J., 2001)	2-24 شهر	تم تصميم هذا المقياس ليتم استخدامه أثناء فحص الأطفال، بسهولة وفي ممارسة طب الأطفال المعتادة ويعتمد على الملاحظة المباشرة للطفل	يفضل استعماله في حالة اكتئاب مابعد الولادة، الخدج، العجز... ، تم لاحقا تعديله من طرف (Matthey S., Črnčec R., Hales A., Guedeney A., 2013)، لتصدر النسخة m-ADBB منه.
تقييم النمو اللغوي ماقبل اللساني	Développement du Langage de Production en Français	DLPF	(Labrell, F., Bassano, D., Champaud, C., Bonnet, P., & Lemétayer, F., 2005)	24-48 شهر	استبيان يتم ملؤه من طرف الأولياء.	يقيم نمو الانتاج اللغوي بأبعاده الثلاثة: المعجمية (المفردات) ، والقواعد النحوية (المورفولوجيا والقواعد) والواقعية (التواصل . يتكون من 4 الاستبيانات مقسمة حسب العمر: (الإصدار 1 حتى 24 شهرًا ، الإصدار 2 من 24 إلى 30 شهرًا ، الإصدار 3 من 30 إلى 36 شهرًا ، الإصدار 4 بعد 36 شهرًا) مباشرةً من المؤلفين والتنظيم الخطابي)
	Inventaires Français du Développement Communicatif	IFDC	(Kern, S., & Gayraud, F., 2010)	8- 30 شهر		وهو نوعان: الأول يتوجه إلى الاطفال من (8-16 شهرًا) والذي يستهدف الإيماءات التواصلية والمفردات في الفهم والإنتاج. والثاني للاطفال من 17إلى 30 شهرًا ،أكثر توجهاً نحو مدى إنتاج المفردات وظهور القواعد

	Batterie d'Évaluation du développement du Langage Oral chez l'enfant de moins de 30 mois. بطارية تقييم نمو اللغة اللفظية عند الطفل الأقل من 30 شهر	**EVALO BB**	(Coquet, F., Ferrand, P., & Roustit, J., 2010)	< 30 شهر	ملاحظة نصف موجهة في وضعية اللعب مع الطفل+ استمارة يملؤها الأولياء بناء على ملاحظاتهم	- تم الاعتماد على فقرات الاختبارات: ECSP, IFDC, DLPF, CHAT, EVALO ...لاعداد مهام هذا المقياس - فعليا السن الأصغر للعينة التي بني عليها الاختبار كانت 27 شهر فقط. لذلك يستعمل في الدراسات للفئة العمرية من 2-3سنوات مثل دراسة (Le Normand, 2007)

تقييم القدرات الاجتماعية التواصلية المبكرة		ESCS	(Mundy P.، 1984)	3-30 شهر	الملاحظة بالمشاركة من خلال وضعيات تفاعلية مع الطفل مباشرة	بني وفق النموذج الذي أعده (Seibert, Assessing interactional competencies: The early social-communication scales, 1982) صدرت آخر نسخة منه من طرف (Mundy P.، Early social communication scaes (ESCS)، 2003)
	Évaluation de la Communication Sociale Précoce	**ECSP**	(Guidetti, M., & Tourrette, C., 2009)			يعتبر نسخة محدثة عن ESCS، نشرت أول نسخة منه سنة-(1993)
	Bilan de Communication Précoce	BCP	(Hutter, 2019)			لم تصدر نسخته التجارية بعد

الملحق (4):بطارية BECS : الوصف، الاجراء والصلاحية

مكونات البطارية:

أ. **الدليل (le Manuel)**: عبارة عن كتاب مقاس A4، يحتوي على 164صفحة، يشتمل على 4 فصول.

ب. **شبكة ملاحظة السلوك (Grille d'Observation des Comportements- GOC)**: ونقصد بها قسيمة تدوين الملاحظات السلوكية الصادرة عن الطفل، بناء على استجابة المفحوص للتعليمات المقدمة من الفاحص، حيث تلي التعليمة مجموعة احتمالات سلوكية تتم الإجابة عنها بنعم (تحقق الاحتمال) أو لا (عدم تحققه). تتوزع التعليمات المكونة لشبكة ملاحظة السلوك على حسب المجالات المقاسة في كلا الميدانين (المعرفي + الاجتماعي الانفعالي).

ت. **شبكة تقييم مستوى النمو (Grille de cotation des Niveaux de Développement-GND)**: متى ما تم الانتهاء من ملء شبكة ملاحظة السلوك (GOC)، يقوم الفاحص باستعمال شبكة تقييم مستوى النمو (GNV)، وهي شبكة يتم من خلال نتائجها تحديد مستوى نمو الحالة من ضمن 4 مستويات متاحة بناء على تكميم كل استجابة بإعطائها من 0 إلى 2 درجة. ويتم من خلالها تحديد ملمح (profile) النمو، حيث تسمح له هذه الشبكة باستخراج المعلومات التالية:

المبادئ التوجيهية للتعليمات والمؤشرات التي تهم الفاحص (consignes de passation et indication d'attention du examinateur):

وتتمثل في مجموعة أنشطة تثير انتباه الطفل، يستهدف بها الفاحص قياس فقرة أو مجموعة فقرات من الاختبار، وقد اقترح المؤلف السيرورة التالية:

- الترحيب بالطفل في قاعة الاختبار (اشارة السلام، الابتسام، المصافحة، قول "صباح الخير"...الخ) ثم دعوته للجلوس على مقعد صغير مقابل طاولة لعب.
- الكلام مع الطفل (تقديم الأنشطة، الانفصال)
- تقديم شيء (لعبة) للطفل

- يتحرك الفاحص في الغرفة مبتعدا عن الطفل (يبحث عن الألعاب في حقيبة الاختبار)
- يغري الطفل لفظيا بالمشاركة في النشاط
- يسمي أعضاء وجه الطفل
- يطلب اسم الطفل
- يُميل شيئا للطفل
- يأخذ الشيء من الطفل
- يغير النشاط
- يغري الطفل بمساعدته باستعمال أمر بسيط ثم أمر معقد
- يطلب شيئا من الطفل
- يدعو الطفل للنظر نحو وجهة معينة (الأمر "أنظر")
- يشير بسبابته مع التسمية (أنظر إلى: المصباح، الباب، الطاولة...)
- تسمية 1 ، 2 أو 3 من الصور، و 1 أو 2 من الأشياء
- دعوة الطفل إلى تنفيذ إجراء
- إرسال الكرة للطفل
- إغراء الطفل لإعادة إرسال الكرة
- ينتج الفاحص أصوات علة ([a]، [o]...) و مصوتات ([to]،[ba]....)
- ينتج الفاحص كلمات مألوفة (بابا، ماما، آكل، أشرب...)
- ينتج الفاحص كلمات غير مألوفة
- ينتج الفاحص أصوات مألوفة (مثل: ضجيج صوت محرك السيارة، صفارة الإنذار، زامور السيارة...)
- انتاج بادرة (un geste) بسيطة
- إنتاج عمل (une action) غير مألوف، حيث تكون النتيجة غير مرئية من قبل الشخص الذي أنتجها (مثل: وضع مكعبات على الرأس، إغلاق العينين، تعليق مشبك الغسيل على الشعر)
- انتاج بادرة معقدة (مثل: تشبيك الأيدي، وضع اليد خلف الرأس، تمثيل فعل "المشي" بالسبابة والوسطى)

- اللعب بالإكسيليفون (xylophone)
- دعوة الطفل للرقم (الضرب) عل الإكسيليفون
- لمس يدي الطفل
- انشاد أغنية للطفل
- إيماءات (les grimaces): نفخ الخدين، حول العينين، سحب العينين، تضخيم الشفة السفلى بواسطة اللسان.
- إمالة مرآة نحو الطفل
- إستثارة الطفل (الذي ينظر إلى المرآة) من خلفه بواسطة شيء
- تلطيخ أنف الطفل بواسطة أحمر الشفاه
- دعوة الطفل (نداء) باسمه
- منع الطفل من فعل نشاط ما
- اللعب مع الدمية
- التظاهر بإطعام الدمية، والتظاهر بتغذية الطفل
- احتضان الدمية
- فعل الكلام، الرقص، النوم، الأكل مع الدمية
- فعل لفة (جولة) بسيارة صغيرة
- عمل غير تقليدي بواسطة: موزة (استخدامها كهاتف)، قلم رصاص (استعماله كطائرة) ...إلخ
- تقديم علبة الموسيقى للطفل
- التلاعب بأشياء ميكانيكية (سحب السلسة، الضغط على زر، إدارة مقبض...)
- إعطاء الطفل شيء بينما يوجدا فعليا لديه واحد في كل يد.
- إعطاء الطفل كومة حلقات أحدها مسدود.
- إزالة انسداد الأسطوانة (التي بداخلها قطعة قماش أو اسفنج) بواسطة يد المجرفة
- إعطاء مكعبات للطفل
- تكويم مكعبين
- إعطاء حاوية للطفل، ووضع مكعب فيها

- تقديم قارورة مسدودة للطفل وبداخلها شيء.
- نزع السدادة واستخراج الشيء السابق
- تقديم لوحة الأشكال للطفل
- إدخال أول الأشكال
- إعادة لوحة الأشكال
- إخفاء كرة داخل العلبة الأولى، بعدها في العلبة الثانية، بعدها في العلبة الثالثة
- إخفاء كرة داخل علبة بعد تحريك مخفي بالاستعانة بالعلبة الصغيرة
- إخفاء كرة داخل علبة من بين علبتين بعد تحقيق حركة مخفية مع الاستعانة بالعلبة الصغيرة
- إخفاء كرة داخل علبة من بين 3علب بعد تحقيق حركة مخفية بالاستعانة بالعلبة الصغيرة
- في نهاية جلسة الاختبار، يدعو الفاحص الطفل إلى التوقف عن اللعب والخروج من الغرفة.

[Jean-Louis Adrien, 2007, p28-30]

تكميم الفقرات النمائية في دفتر تنقيط مستوى النمو (نظام منح الدرجات):

تنقيط كل فقرة من سلالم البطارية يتضمن 3درجات:

- الدرجة 0: الطفل لا يحقق سلوك الفقرة، أو يفشل حتى مع المساعدة.
- الدرجة 1: الطفل يحقق سلوك الفقرة لكن هذا السلوك غير كامل، غير ثابت، غير مستقر، يمكن للطفل تحقيق السلوك بمساعدة الفاحص.
- الدرجة 2: الطفل يحقق سلوك الفقرة، السلوك كامل، ثابت، مستقر، الطفل يحقق السلوك دون مساعدة الفاحص.

شرح تنقيط الدرجة (1): إذا لم يمكن للطفل تحقيق النشاط المقترح بمفرده تلقائيا، يمكن للفاحص أن يقترح ثلاثة أنماط من المساعدة التي تعطى ضمن الدرجة (1) ليقوم الطفل بإكمال النشاط:

- **(la démonstration)**: يعطي الفاحص الطفل طريقة تحقيق النشاط باستعمال الأدوات اللازمة، مثلا: يركب الفاحص المكعبات الثلاثة ثم يدعو الطفل لفعل ذلك ←الطفل يحقق النشاط.

- **الإشارة الجسدية (l'indication gestuelle):** مثلا: يعطي الفاحص للطفل 4 أشياء للتعيين ثم يدعو الطفل لإعطائه الشيء المسمى (التعليمة: أعطني السيارة مثلا)، إذا لم يستجب الطفل يشير الفاحص جسديا إلى السيارة التي سماها، ثم يطلب الفاحص من الطفل إعطاءه السيارة من خلال إعادة نطق اسمها من جديد ←الطفل يحقق النشاط بإعطائه السيارة.
- **الإشارة اللفظية (l'indication verbale)**: مثلا: يدعو الفاحص الطفل لتسمية شيء معين لكنه لا يستجيب، يقوم الفاحص بتسمية الشيء (مثلا: هذه سيارة) لفظيا، بعدها يطلب من الطفل تسمية نفس الشيء وبعدها بقية الأشياء، الطفل الذي يسمي الشيء في هذه الحالة يمنح درجة واحدة (Adrien J. L., 2007, pp. 33-37)

لا بد من التنبيه على وجوب التمييز بين:

- **المستوى المكتمل** (niveau atteint): وهو المستوى الذي حصل الطفل في كل فقراته على درجتين.
- **المستوى المرجعي** (niveau optimale): وهو المستوى الذي حصل الطفل فيه على أخر نقطتين، أي أنه حصل في المستوى الأعلى على 0أو 1درجة فقط، ولا يهم إن كان لم ينجح في بقية فقرات المستوى المرجعي.

- **مستوى النمو**: يرتبط بالسن الذي يتم فيه عادة اكتساب المهارة عند الطفل العادي وفق الجداول النمائية والخصائص الشخصية للحالة، ويتوزع حسب الجدول التالي:

جدول 26 خصائص مستويات النمو حسب المراحل الحس-حركية عند بياجيه التي اعتمدتها BECS

مستوى النمو	السن	الخصائص
1	4 أشهر إلى 7 أشهر و30يوما	**ردود الأفعال الدائرية الثانوية (Secondary circular reactions):** إجراء يستعمل لإطالة أحداث مثيرة للاهتمام، استعمال تخطيط بسيط ومعروف.
2	8أشهر إلى 11شهر و30يوم	**التنسيق بين ردود الأفعال الدائرية الثانوية (Coordination of secondary circular reactions):** يحقق الطفل سلوكين منفصلين على التوالي (تسلسل موجه نحو هدف)
3	من 12من 17شهر و 30يوم	**ردود الأفعال الدائرية الثلاثية (Tertiary circular reactions):** اكتشاف طرق/ وسائل جديدة بواسطة التجريب النشط من أجل الوصول إلى هدف
4	من 18شهر إلى 23شهرا و30يوم	**التمثيل (العرض) والترقب (Representation and forecast)** يبتكر طرقا جديدة بواسطة تركيب ذهني لبلوغ وتحقيق هدف موضوعي

(Adrien J. L., 2007, p. 132)

ث. **وسائل إنجاز الاختبار**: وتتمثل في مجموعة ألعاب تربوية مثيرة للأطفال وستتم الإشارة في ملحق مستقل لهذه الوسائل.

المعلومات المستخرجة باستخدام البطارية:

تسمح هذه البطارية باستخراج القيم المتوسطة لـ: النمو العام (MDG)، النمو المعرفي (MDC)، النمو الانفعالي-الاجتماعي(MDSE). كما يتمكن الفاحص من التعرف على ملمح النمو (PD) مما يساهم في تحديد الميادين المستقرة أو غير المتجانسة، وتتيح استخراج السن النمائي للمفحوص

1) **مؤشر تجانس النمو**: هو متوسط 120 فرقا بين قيم المستويات السلالم التحتية مضروبا في 10, أقصى درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص هي 16 حيث يسجل تباين حاد بين قيم المستويات المختلفة للسلالم التحتية، بينما أقل درجة هي 0 التي تبين تجانسا بين المستويات النمائية(Adrien J. L., 2007, pp. 37-38) .

نميز 4أنماط من ملامح النمو (Profil de développement): تتحقق في كل ملمح منها مجموعة معايير على النحو التالي:

جدول 27 أنواع ملامح النمو التي تميزها BECS أثناء تحليل الميادين التحتية

نمط الملمح	الرمز	خصائص الملمح
الملمح المتجانس والمستقر (homogène et stable)	HOS	– كل فقرات المستوى المكتمل مكتسبة (متحصل على درجتين فيها) – كل فقرات المستوى السابق مكتملة (متحصل على درجتين فيها) – لا يوجد أي مكتسب في المستوى الأعلى.
الملمح المتجانس وقيد التطور (homogène et émergent)	HOE	– على الأقل المستوى الأول مكتمل – فقرات المستوى الأعلى حصل فيها على الأقل على درجة واحدة. أو: – المستوى الأول والثاني حصل فيها على درجة واحدة. – الفقرة الأولى من المستوى الرابع حصل فيها على درجة واحدة، وبقية الفقرات على 0
الملمح المتجانس والهش (homogène et fragile)	HOF	– لا يوجد أي مستوى مكتمل – فقرات المستوى الأول والثاني منقطة بدرجة واحدة، وفقرات المستوى الرابع حصلت على 0 أو 1درجة أو: – المستوى الأول، الثالث والرابع غير مكتملين – الفقرات ضمن المستوى الثاني منقطة بـ 0و1، أو 0و2، أو 1و2.
الملمح المتنوع وفي قيد التطور (hétérogène et émergent)	HEE	– على الأقل المستوى الأول مكتمل – الفقرات في بقية المستويات منحت الدرجات 0، 1 أو 2
الملمح المتنوع والهش (hétérogène et fragile)	HEF	– لا يوجد أي مستوى مكتمل – الفقرات في كل المستويات تحصلت على الدرجة 1،0و 2

2) السن النمائي: وتتضمن هذه البطارية القدرة على استخراج السن النمائي من مراجعة سلم برونيه ليزين (BL r)(Brunet-Lézine Révisé): من 7أشهر (توافقMDG=12نقطة) إلى غاية 28شهرا (توافقMDG=64 نقطة) بناء على سلم معياري مرفق في آخر دليل البطارية، و تتحقق العلاقة بين السلم والبطارية من خلال المعادلة التالية:

$$note\ globale\ BL\ r = (.414 \times not\ globale\ BECS) + 2{,}21$$

(Adrien J. L., 2007, p. 70) لا بد من الإشارة إلى أن البطارية تتيح نوعين من التفسير النمائي، الأول باستخدام مقابلة مجموع درجات مستويات النمو للميادين 16 مع سلم برونيه ليزين وفق المعادلة السابقة أو استخدام جدول مرجعي مرفق بالدليل، وكذلك باستخدام جدول تصنيف نقطة متوسط النمو (classement des notes moyennes développement) التالي:

جدول 28 تصنيف نقاط متوسط النمو في بطارية BECS

سن أو فترة النمو	المستوى المتوسط	النقطة المتوسطة للنمو
إلى غاية 7أشهر و30يوم	1	أقل من 1,49
8أشهر إلى غاية 11شهر و30يوم	2	1,5 إلى غاية 2,49
12شهر إلى غاية 17شهر و30يوم	3	2,5 إلى غاية 3,49
أكثر من 18شهر	4	أكثر من 3,5

أثناء استعمال هذين النوعين من التفسير النمائي للنتائج نلاحظ أن التفسير من خلال تصنيف نقاط متوسط النمو تعد أكثر صرامة من نتائج المعادلة مع سلم برونيه ليزين، ومجال الفرق يعتبر هو المجال العمري الذي تعد مهاراته كأولوية تدريبية تتضمنها الأهداف قصيرة المدى الأولى.

الملحق (5): اختبار ADOS-Todller: الوصف والاجراء

مكونات الاختبار: تتكون حقيبة الاختبار من (ROGÉ, 2016):

- **الدليل:** عبارة عن كتاب مقاس A4، يحتوي على 271 صفحة، يشتمل على 4 فصول.
- **وسائل الإجراء:** عبارة عن حاوية كبيرة تشتمل على مجموعة كبيرة من الألعاب المستعملة اجتماعيا بشكل واسع عند الأطفال من نفس المجال العمري(يجب توفير بعض المواد وتجديدها دوريا من طرف الفاحص)
- **شبكة تدوين الاستجابات:** تتمثل في قسيمة تتكون من 28 صفحة، وتتكون من قسمين: تدون علي الاول(observation grid) -من الصفحة 2الى 9- الملاحظات السلوكية الصادرة عن الطفل، بناء على استجابة المفحوص للتعليمات المقدمة من الفاحص، مع وجود عناصر مرجعية تساعد الفاحص على ذلك، كما توجد فراغات يكتب فيها الفاحص ملاحظاته بشكل تفصيلي.

أما الجزء الثاني (rating grid) -من الصفحة 10إلى 26- فيخص ترميز استجابات الطفل على طول الاجراء (بمعنى أنه لا تدون فقط الاستجابات في فقرة معينة)، والتي يلاحظ انها نفس طريقة تكميم اختبار ADI-r. حيث تلي التعليمة مجموعة احتمالات سلوكية يمكن أن يجاب عنها بالتأشير على أحد الخانات ابتداء من 0ويمكن أن تصل إلى النقطة 9.

- في الجزئين: يتكون من 11 نشاطًا أساسيًا و 4 مهام ثانوية ، معنونة بـ:

1. اللعب الحر
   a.1. اللعب الحر- الكرة
2. حجب (اخفاء) لعبة
3. الرد على نداء باسمه
4. اللعب بالفقاعات
   a.4. اللعب بالفقاعات- تنكيد
5. ترقب روتين مع الأشياء
   a.6.ترقب روتين مع الأشياء- لعب مستحيل
6. ترقب روتين اجتماعي
7. الرد على الاهتمام المشترك
8. الرد على الابتسامة الاجتماعية

9. وقت الاستحمام

a.9. وقت الاستحمام- تجاهل

10.التقليد الوظيفي والرمزي

11.التذوق

مع وجود تفصيل أكثر في شبكة التكميم مقارنة مع شبكة الملاحظة.

الوسائل المستخدمة أثناء الاجراء:

طريقة التنقيط:

تحول استجابات الطفل إلى نقاط معتبرة في الخوارزمية النهائية للاختبار باستخدام شبكة التكميم (ليس لشبكة الملاحظة دور في هذه العملية)، مرورا بمرحلتين:

1. **الترميز:** تحول الاستجابات السلوكية باستخدام دليل الترميز إلى أحد الرموز: 0، 1، 2، 3،4، 7، 8،9 في شبكة الترميز:

- الرمز 0: عدم وجود دليل على السلوك غير الطبيعي كما هو محدد في الرمز.
- الرمز 1: سلوك غير طبيعي بشكل غير طبيعي أو غير معتاد قليلاً.
- الرمز 2: شذوذ محدد في السلوك .
- الرمز 3: سلوك غير طبيعي بشكل ملحوظ.
- تستخدم الرموز 4 و 7 و 8 و 9 لتحديد قدرة لغوية معينة، أو سلوكيات غير نمطية موجودة ولكن ليست من النوع المحدد، أو عنصر لا يمكن تسجيله لعدد من الأسباب المحتملة. (Lord, C., Luyster, R. J., Gotham, K., Guthrie, W., Rutter, M., DiLavore, P. C., ... & Bishop, S., 2O14)

2. **التحويل:** باستخدام الخوارزمية (Toddler module algorithm) المرفقة في آخر الشبكة تحول النقاط السابقة إلى نقاط معيارية (مع الأخذ بعين الاعتبار عدم وجود الرمز 4 في Toddler module) حسب ما يلي:

النقطة الخام في شبكة الترميز	0	1	2	3	7	8	9
تحول إلى	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
النقطة المعيارية الموافقة في الخوارزمية	0	1	2	2	0	0	0

هذه القاعدة سارية على كل الفقرات ما عدا الاستثناء الخاص بالفقرة (B1) التي تحول بطريقة مختلفة.

لتدوين النقط المحولة يجب اختيار أكثر المسارين ملاءمة للحالة المراد تقييمها:

- الأطفال الصغار جدا أو الاكبر سنا مع عدم وجود او وجود قليل للكلمات، العمر الزمني ما بين 12-20 شهر أو العمر الزمني ما بين 21-30 شهر.
- الأطفال الاكبر سنا مع قليل من الكلمات ، السن الزمني 21-30 شهر.

تقسم الاستجابات (التي تم ترقيمها بشكل خاص) على محورين:

- التأثير الاجتماعي(AS):ويضم بدوره عنصرين:
  - التواصل (3 بنود) ويخص التصويت التلقائي الموجه، التأشير والايماء.
  - التفاعل الاجتماعي المتبادل (13 بندا) ويضم ما يتعلق بـ: التواصل البصري، التعبير الوجهي الموجه، دمج النظر والسلوكيات الأخرى، تشارك اللذة في التواصل، الاستجابة للنداء بالاسم الشخصي، الإغاظة، الطلب، الأخذ، المبادرة والاستجابة للانتباه المشترك، نوعية وكمية الانفتاح الاجتماعي، النوعية العامة للعلاقة.
- السلوك المقيد والتكراري (CRR): يشمل 4 بنود.

التفسير:

تفسر النتيجة النهائية حسب ما يلي:

جدول 29 قيم المجالات التفسيرية لنتائج اختبار ADOS Toddler

درجة قلق الاصابة بالـ ASD	بالنسبة للأطفال الصغار(12إلى 30 شهر) /الأكبر سنا بدون أو مع بعض الكلمات	بالنسبة للأطفال الأكبر سنا مع بعض الكلمات
متوسط إلى شديد	14 فأكثر	12 فأكثر
ضعيف	13-10	11-8
لا يوجد قلق أو يوجد قلق قليل	9-0	7-0

الملحق (6):مقارنة وصفية ما بين المجموعة السوية(G1) وغير السوية (G2) وفق نتائج مرحلة تكوين المجموعات

جدول 30 مقارنة وصفية احصائية بينG2 و G2

	N	Valide	39	76
		Manquant	0	0
			G2	**G1**
Age Chronologique par jours	Moyenne		523,44	415,474
	Médiane		535,00	299,500
	Ecart type		258,211	279,7876
	Plage		768	786,0
	Minimum		121	122,0
	Maximum		889	908,0
note moyenne de BECS	Moyenne		29,179	35,737
	Médiane		29,000	35,500
	Ecart type		**17,1999**	**20,9484**
	Plage		54,0	52,0
	Minimum		3,0	12,0
	Maximum		57,0	64,0
niveau de développement selon la BECS	Moyenne		1,923	2,382
	Médiane		2,000	2,000
	Ecart type		**,9565**	**1,3659**
	Plage		3,0	3,0
	Minimum		1,0	1,0
	Maximum		4,0	4,0
IHG.BECS	Moyenne		**4,564**	1,092
	Médiane		3,000	1,000
	Ecart type		**2,6036**	**,3338**
	Plage		8,0	2,0
	Minimum		2,0	1,0
	Maximum		**10,0**	**3,0**

جدول 31مقارنة نتائج الـADOS Todller بدلالة الفئات العمرية والمجموعات اللاسوية

		طيف التوحد غير التوحدي	التوحد
التأخر النمائي	inférieur à 6mois	2	
	7 à16 mois	6	
	17 à 24 mois	6	
	25 à30 mois	7	
الاضطراب النمائي	inférieur à 6mois	1	2
	inférieur à 6mois	1	0
	7 à16 mois	1	5
	17 à 24 mois	0	4
	25 à30 mois	0	4
المجموعة اللاسوية	inférieur à 6mois	1	2
	inférieur à 6mois	3	0
	7 à16 mois	7	5
	17 à 24 mois	6	4
	25 à30 mois	7	4

الملحق(7): توزيع المستويات النمائية المثلى (المعبر عنها بالنقاط) للعينة السوية على المستويات العمرية وفق الـ ECSP

جدول 32توزيع المستويات النمائية المثلى للعينة السوية على المستويات العمرية وفق الـECSP

		inférieur à 6mois	7 à16 mois	17 à 24 mois	25 à30 mois	Total
المستوى النمائي الأمثل للحالة	1,00	12	0	0	0	12
	1,50	1	0	0	0	1
	2,00	18	0	0	0	18
	3,00	0	13	0	0	13
	3,25	0	1	0	0	1
	3,50	0	0	11	0	11
	3,75	0	0	1	0	1
	4,00	0	0	0	19	19
Total		31	14	12	19	76

الملحق (8): توزيع الوحدات العمرية المكونة للعينة السوية حسب المستويات النمائية المثلى للـ ECSP مع تضليل مجال الاستجابة

جدول 33توزيع الوحدات العمرية للعينة السوية حسب المستويات النمائية المثلى للـECSP

		1,00	2,00	3,00	3,50	4,00
Age Chronologique par jours	121	1	0	0	0	0
	122	3	0	0	0	0
	124	1	0	0	0	0
	125	0	1	0	0	0
	128	1	0	0	0	0
	129	2	0	0	0	0
	131	1	0	0	0	0
	132	0	1	0	0	0
	140	0	2	0	0	0
	142	1	0	0	0	0
	143	0	1	0	0	0
	150	0	1	0	0	0
	151	0	1	0	0	0
	153	1	1	0	0	0
	155	0	1	0	0	0
	156	0	0	0	0	0
	161	1	2	0	0	0
	166	0	2	0	0	0
	168	0	1	0	0	0
	169	0	2	0	0	0
	170	0	1	0	0	0
	174	0	1	0	0	0
	209	0	0	1	0	0
	219	0	0	1	0	0
	220	0	0	1	0	0
	232	0	0	1	0	0
	255	0	0	1	0	0
	262	0	0	1	0	0
	288	0	0	1	0	0
	311	0	0	0	0	0
	333	0	0	1	0	0
	429	0	0	1	0	0
	442	0	0	1	0	0
	450	0	0	1	0	0
	471	0	0	1	0	0
	492	0	0	1	0	0
	505	0	0	0	1	0

	510	0	0	0	1	0
	529	0	0	0	1	0
	534	0	0	0	1	0
	540	0	0	0	0	0
	542	0	0	0	1	0
	575	0	0	0	1	0
	593	0	0	0	1	0
	600	0	0	0	1	0
	641	0	0	0	1	0
	679	0	0	0	1	0
	710	0	0	0	1	0
	750	0	0	0	0	1
	752	0	0	0	0	1
	753	0	0	0	0	1
	772	0	0	0	0	1
	773	0	0	0	0	1
	777	0	0	0	0	1
	780	0	0	0	0	1
	782	0	0	0	0	1
	798	0	0	0	0	1
	802	0	0	0	0	1
	805	0	0	0	0	1
	814	0	0	0	0	1
	828	0	0	0	0	1
	849	0	0	0	0	1
	860	0	0	0	0	1
	870	0	0	0	0	1
	881	0	0	0	0	2
	885	0	0	0	0	1

الملحق (9): توزيع الوحدات العمرية المكونة للعينة السوية حسب المستويات النمائية المثلى للـمجال التفاعل الاجتماعي في ECSP مع تضليل مجال الاستجابة

جدول 34 توزيع الوحدات السوية عمريا حسب المستويات النمائية المثلى لمجال التفاعل الاجتماعي

		1,00	2,00	3,00	3,50	4,00
AC_ECSP	125,50	1	0	0	0	0
	126,00	1	0	0	0	0
	126,50	1	0	0	0	0
	128,00	1	0	0	0	0
	129,00	1	0	0	0	0
	133,00	1	0	0	0	0
	134,00	1	0	0	0	0
	134,50	1	0	0	0	0
	135,00	1	0	0	0	0
	136,00	1	0	0	0	0
	136,50	1	0	0	0	0
	144,50	1	0	0	0	0
	145,00	0	1	0	0	0
	146,50	1	1	0	0	0
	154,50	1	0	0	0	0
	157,00	0	1	0	0	0
	158,00	1	0	0	0	0
	158,50	0	1	0	0	0
	160,00	0	1	0	0	0
	161,00	1	0	0	0	0
	165,50	0	1	0	0	0
	166,00	1	1	0	0	0
	171,50	0	2	0	0	0
	174,00	0	2	0	0	0
	174,50	0	1	0	0	0
	175,00	0	1	0	0	0
	177,50	0	1	0	0	0
	213,50	0	0	1	0	0
	220,50	0	0	1	0	0
	225,00	0	0	1	0	0
	234,00	0	0	1	0	0
	259,50	0	0	1	0	0
	269,50	0	0	1	0	0
	292,50	0	0	1	0	0
	315,00	0	0	1	0	0
	338,00	0	0	1	0	0
	434,50	0	0	1	0	0
	449,00	0	0	1	0	0
	465,00	0	0	1	0	0
	476,00	0	0	1	0	0
	496,50	0	0	1	0	0
	515,00	0	0	0	1	0
	518,00	0	0	0	1	0

	534,00	0	0	0	1	0
	539,00	0	0	0	1	0
	544,50	0	0	0	1	0
	548,50	0	0	0	1	0
	583,00	0	0	0	1	0
	596,50	0	0	0	1	0
	607,50	0	0	0	1	0
	645,50	0	0	0	1	0
	683,00	0	0	0	1	0
	719,00	0	0	0	1	0
	753,50	0	0	0	0	1
	758,00	0	0	0	0	2
	761,00	0	0	0	0	1
	776,00	0	0	0	0	1
	781,50	0	0	0	0	1
	785,50	0	0	0	0	1
	788,00	0	0	0	0	1
	803,50	0	0	0	0	1
	806,50	0	0	0	0	1
	815,00	0	0	0	0	2
	818,50	0	0	0	0	1
	832,50	0	0	0	0	1
	854,50	0	0	0	0	1
	875,00	0	0	0	0	1
	885,50	0	0	0	0	1
	888,50	0	0	0	0	1
	912,50	0	0	0	0	1

الملحق (10):توزيع الوحدات العمرية المكونة للعينة السوية حسب المستويات النمائية المثلى للمجال الانتباه المشترك في ECSP مع تضليل مجال الاستجابة

جدول 35 توزيع الوحدات العمرية السوية حسب المستويات النمائية المثلى لجال الانتباه المشترك

		1,00	2,00	3,00	3,50	4,00
AC_ECSP	125,50	1	0	0	0	0
	126,00	1	0	0	0	0
	126,50	1	0	0	0	0
	128,00	1	0	0	0	0
	129,00	1	0	0	0	0
	133,00	1	0	0	0	0
	134,00	1	0	0	0	0
	134,50	1	0	0	0	0
	135,00	0	1	0	0	0
	136,00	1	0	0	0	0
	136,50	1	0	0	0	0
	144,50	0	1	0	0	0
	145,00	0	1	0	0	0
	146,50	1	1	0	0	0
	154,50	0	1	0	0	0
	157,00	0	1	0	0	0
	158,00	1	0	0	0	0
	158,50	1	0	0	0	0
	160,00	0	1	0	0	0
	161,00	1	0	0	0	0
	165,50	0	1	0	0	0
	166,00	1	1	0	0	0
	171,50	1	1	0	0	0
	174,00	1	1	0	0	0
	174,50	0	1	0	0	0
	175,00	0	1	0	0	0
	177,50	0	1	0	0	0
	213,50	0	0	1	0	0
	220,50	0	0	1	0	0
	225,00	0	0	1	0	0
	234,00	0	0	1	0	0
	259,50	0	0	1	0	0
	269,50	0	0	1	0	0
	292,50	0	0	1	0	0
	315,00	0	0	1	0	0
	338,00	0	0	1	0	0
	434,50	0	0	1	0	0
	449,00	0	0	1	0	0
	465,00	0	0	1	0	0
	476,00	0	0	1	0	0
	496,50	0	0	1	0	0

	515,00	0	0	0	1	0
	518,00	0	0	0	1	0
	534,00	0	0	0	1	0
	539,00	0	0	0	1	0
	544,50	0	0	0	0	0
	548,50	0	0	0	1	0
	583,00	0	0	0	1	0
	596,50	0	0	0	1	0
	607,50	0	0	0	1	0
	645,50	0	0	0	1	0
	683,00	0	0	0	1	0
	719,00	0	0	0	1	0
	753,50	0	0	0	0	1
	758,00	0	0	0	0	2
	761,00	0	0	0	0	1
	776,00	0	0	0	0	1
	781,50	0	0	0	0	1
	785,50	0	0	0	0	1
	788,00	0	0	0	0	1
	803,50	0	0	0	0	1
	806,50	0	0	0	0	1
	815,00	0	0	0	0	2
	818,50	0	0	0	0	1
	832,50	0	0	0	0	1
	854,50	0	0	0	0	1
	875,00	0	0	0	0	1
	885,50	0	0	0	0	1
	888,50	0	0	0	0	1
	912,50	0	0	0	0	1

الملحق (11):توزيع الوحدات العمرية المكونة للعينة السوية حسب المستويات النمائية المثلى للـمجال التفاعل الاجتماعي في ECSP مع تضليل مجال الاستجابة

جدول 36 توزيع الوحدات العمرية السوية حسب المستويات النمائية المثلى لتنظيم السلوك

		1,00	2,00	3,00	3,50	4,00
AC_ECSP	125,50	1	0	0	0	0
	126,00	1	0	0	0	0
	126,50	1	0	0	0	0
	128,00	1	0	0	0	0
	129,00	1	0	0	0	0
	133,00	1	0	0	0	0
	134,00	1	0	0	0	0
	134,50	1	0	0	0	0
	135,00	0	1	0	0	0
	136,00	0	1	0	0	0
	136,50	1	0	0	0	0
	144,50	0	1	0	0	0
	145,00	0	1	0	0	0
	146,50	1	1	0	0	0
	154,50	0	1	0	0	0
	157,00	0	1	0	0	0
	158,00	1	0	0	0	0
	158,50	1	0	0	0	0
	160,00	0	1	0	0	0
	161,00	0	0	0	0	0
	165,50	0	1	0	0	0
	166,00	1	1	0	0	0
	171,50	1	1	0	0	0
	174,00	1	1	0	0	0
	174,50	0	1	0	0	0
	175,00	0	1	0	0	0
	177,50	0	1	0	0	0
	213,50	0	0	1	0	0
	220,50	0	0	1	0	0
	225,00	0	0	1	0	0
	234,00	0	0	1	0	0
	259,50	0	0	1	0	0
	269,50	0	0	1	0	0
	292,50	0	0	1	0	0
	315,00	0	0	0	0	0
	338,00	0	0	1	0	0
	434,50	0	0	1	0	0
	449,00	0	0	1	0	0

	465,00	0	0	1	0	0
	476,00	0	0	1	0	0
	496,50	0	0	1	0	0
	515,00	0	0	0	1	0
	518,00	0	0	0	1	0
	534,00	0	0	0	1	0
	539,00	0	0	0	1	0
	544,50	0	0	0	1	0
	548,50	0	0	0	1	0
	583,00	0	0	0	1	0
	596,50	0	0	0	1	0
	607,50	0	0	0	1	0
	645,50	0	0	0	1	0
	683,00	0	0	0	1	0
	719,00	0	0	0	1	0
	753,50	0	0	0	0	1
	758,00	0	0	0	0	2
	761,00	0	0	0	0	1
	776,00	0	0	0	0	1
	781,50	0	0	0	0	1
	785,50	0	0	0	0	1
	788,00	0	0	0	0	1
	803,50	0	0	0	0	1
	806,50	0	0	0	0	1
	815,00	0	0	0	0	2
	818,50	0	0	0	0	1
	832,50	0	0	0	0	1
	854,50	0	0	0	0	1
	875,00	0	0	0	0	1
	885,50	0	0	0	0	1
	888,50	0	0	0	0	1
	912,50	0	0	0	0	1

الملحق(12): مقارنة بين القيم الوصفية لنتائج اختبار الـECSP للمجموعة الأولى والثانية

جدول 37 مقارنة وصفية احصائية بين المجموعات المكونة للدراسة

		متوسط استجابات العينة للسلالم التحية									مستوى التفاعل الاجتماعي	مستوى الانتباه المشترك	مستوى تنظيم السلوك	المستوى النمائي الأمثل للحالة	المستوى النمائي المتوسط	المستوى النمائي الوسيط
		AC_ECSP	RIS	IIS	MIS	RAC	IAC	MAC	RRC	IRC						
المجموعة الأولى (ذات النمو	N Valide	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
	Manquant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Moyenne	419,4934	2,6316	2,6678	2,6118	2,6053	2,6480	2,6447	2,6513	2,6579	2,6974	2,7007	2,7204	2,7632	2,7061	2,6974
	Médiane	303,7500	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000
	Ecart type	279,78992	1,17294	1,16289	1,19958	1,20365	1,18264	1,17988	1,16910	1,16465	1,13748	1,14019	1,11577	1,07308	1,12155	1,13748
	Plage	787,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
	Minimum	125,50	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Maximum	912,50	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
المجموعة الأولى (ذات النمو الغير	N Valide	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
	Manquant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Moyenne	7,8462	1,4615	1,4744	1,4359	1,5897	1,6410	1,5256	1,5769	1,5769	1,6410	1,8077	1,5769	1,9615	1,6752	1,6667
	Médiane	8,0000	1,0000	1,0000	2,0000	1,0000	2,0000	1,0000	1,0000	1,0000	2,0000	2,0000	1,0000	2,0000	1,6667	2,0000
	Ecart type	,87475	1,19970	1,19730	1,19857	1,14634	1,11773	1,15251	1,17282	1,17282	1,16387	1,05516	1,17282	1,07229	1,07262	1,09023
	Plage	3,00	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50
	Minimum	7,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maximum	10,00	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50

الملحق(13): مقارنة بين القيم الوصفية لنتائج اختبار الـECSP للمجموعة التحتية الأولى والثانية من المجموعة

جدول 38 مقارنة وصفية لنتائج اختبار الـECSP بين المجموعة الأولى والثانية

		RIS	IIS	MIS	RAC	IAC	MAC	RRC	IRC	IS	AC	RC	NO	NM	NMD
المجموعة التحتية الأولى	N Valide	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
	Manquant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Moyenne	2,3333	2,3095	2,3333	2,2857	2,3810	2,3571	2,4524	2,4524	2,4762	2,4524	2,4524	2,6905	2,4603	2,4286
	Médiane	2,0000	2,0000	2,0000	2,0000	2,0000	2,0000	2,0000	2,0000	2,0000	2,0000	2,0000	3,0000	2,3333	2,0000
	Ecart type	,82664	,95494	,76376	,96917	,87899	,85356	,80475	,80475	,82880	,90698	,80475	,82880	,78688	,82592
	Plage	2,50	3,50	2,50	2,50	2,50	2,50	2,50	2,50	2,50	2,50	2,50	2,50	2,50	2,50
	Minimum	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Maximum	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50
المجموعة التحتية الأولى	N Valide	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
	Manquant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Moyenne	,44	,50	,39	,78	,78	,56	,56	,56	,67	1,06	,56	1,1111	,7593	,7778
	Médiane	,00	,50	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,0000	,6667	1,0000
	Ecart type	,616	,514	,608	,732	,647	,511	,511	,511	,594	,639	,511	,58298	,43993	,54832
	Plage	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2,00	1,67	2,00
	Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	,00	,00	,00
	Maximum	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2,00	1,67	2,00

الملحق (14):توزع الحالات العمرية النمائية للمجموعة الثانية حسب المستويات العمرية (الكرونولوجية)

جدول 39 التوزع التكراري والنسبي للمستويات النمائية للمجموعة الثانية حسب المستويات العمرية

			المستوى النمائي الأمثل						
			non applicable	inférieur à 6mois (niveau1)	inférieur à 6mois (niveau2)	7 à16 mois (niveau 3)	17 à 24 mois (niveau3 ,5)	25 à30 mois (niveau 4)	Total
المعايير العمرية الكرونولوجية	inférieur à 6mois (niveau1)	Effectif	1	2	0	0	0	0	3
		% dans Goupe d'age selon les niveaux chronologique d'ECSP	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	inférieur à 6mois (niveau2)	Effectif	0	3	0	0	0	0	3
		% dans Goupe d'age selon les niveaux chronologique d'ECSP	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	7 à16 mois (niveau 3)	Effectif	0	5	6	1	0	0	12
		% dans Goupe d'age selon les niveaux chronologique d'ECSP	0,0%	41,7%	50,0%	8,3%	0,0%	0,0%	100,0%
	17 à 24 mois (niveau3 ,5)	Effectif	1	2	2	5	0		10
		% dans Goupe d'age selon les niveaux chronologique d'ECSP	10,0%	20,0%	20,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	25 à30 mois (niveau 4)	Effectif	0	2	2	0	7	0	11
		% dans Goupe d'age selon les niveaux chronologique d'ECSP	0,0%	18,2%	18,2%	0,0%	63,6%	0,0%	100,0%
Total		Effectif	2	14	10	6	7	0	39
		% dans Goupe d'age selon les niveaux chronologique d'ECSP	5,1%	35,9%	25,6%	15,4%	17,9%	0,0%	100,0%

الملحق (15):توزع الحالات العمرية النمائية للمجموعة الثانية حسب تصنيف ADOS Todller:

جدول 40 التوزع النمائي لوحدات المجموعة الثانية بدلالة تصنيف الـADOS-Todller

			NO non applicable	inférieur à 6mois (niveau1)	inférieur à 6mois (niveau2)	7 à16 mois (niveau 3)	17 à 24 mois (niveau3 ,5)	Total
ADOS Todller	TSA non autistique	Effectif	0	4	7	6	7	24
		% dans ADOS Todller	0,0%	16,7%	29,2%	25,0%	29,2%	100,0%
	TSA	Effectif	2	10	3	0	0	15
		% dans ADOS Todller	13,3%	66,7%	20,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		Effectif	2	14	10	6	7	39
		% dans ADOS Todller	5,1%	35,9%	25,6%	15,4%	17,9%	100,0%

الملخص:

بحثت هذه الدراسة في مدى صلاحية استخدام اختبار تقييم التواصل الاجتماعي المبكر (ECSP) في الوسط العيادي الجزائري، وفق مقاربة وصفية احصائية مقارنة، حيث قسمت العينة (N=115) التي شملت 50 ذكرا و65 أنثى، موزعين على الجهات الأربع للجزائر، على مجموعتين: تتمتع الأولى بنمو تواصل اجتماعي نموذجي، أما الثانية فتضمن حالات تعاني من تأخر أو اضطراب نمائي تواصل-اجتماعي وفق معايير تصنيفية صممت لهذا الغرض.

خلصت النتائج إلى: اثبات تمتع اختبار (ECSP) بمواصفات الاختبار الصالح قياسيا، و مرور الطفل الجزائري بنفس المراحل النمائية التي بني عليها المقياس، مع لزوم اجراءات مسحية أكثر تعمقا وللتأكد من القدرة التنبؤية للاختبار لاحقا.

في نفس الوقت، ظهرت فوارق نمائية هامة بين المجموعات البحثية التحتية، ليس فقط فيما يتعلق بالسواء وعدمه، بل وفي الأنماط التحتية للشذوذ النمائي التواصل اجتماعي.

الكلمات المفتاحية:

النمو التواصل-اجتماعي- البراغماتية- التقييم المبكر- النموذج البياجي الجديد للمهارات- الانتباه المشترك- التفاعل الاجتماعي- تنظيم السلوك – مقياس تقييم التواصل الاجتماعي المبكر(ECSP).

Summary:

This study examined the validity of the use of the early social communication assessment test (ECSP) in the Algerian clinical environment, according to a comparative statistical descriptive approach, where the sample was divided (N = 115 ; 50 boys and 65 girls) distributed between the four regions of Algeria, and it has been divided into two groups: The first has a typical early growth of social communication, and The second includes cases with delayed sociocommunication disorders or developmental disorders, according to a classification protocol designed for this purpose.

The results concluded: To prove that the ECSP test has good specifications of a psychometic test, and that the Algerian child goes through the same developmental stages on which the scale was based, with the need for more investigative procedures in-depth and to ensure the predictive ability of the test later.

at the same time; important developmental differences emerged between the underlying research groups, not just between the typical and the atypical group, but also in the underlying patterns of developmental anomalies and social communication.

keywords:

early development - social communication - pragmatics - early assessment - joint attention - social interaction - behavioral regulation – Early Social Communication Assessment Scale (ECSP).