

البحوث والدراسات

التقويم النفسي العصبي واضطراب عسر الكلام
لدى الطفل من التشخيص إلي العلاج
- دراسة ميتا تحليلية -⁽¹⁾

Doi: 10.29343 / 1 - 83 - 1

أ.د. خديجة زيدي

أستاذ بقسم علم النفس بكلية الآداب والعلوم
الإنسانية - ظهر المهرز
جامعة سيدي محمد بن عبد الله - فاس - المملكة
المغربية

أ.د. الغالي أحرشاو

أستاذ بقسم علم النفس بكلية الآداب والعلوم
الإنسانية - ظهر المهرز
جامعة سيدي محمد بن عبد الله - فاس - المملكة
المغربية

الملخص:

لقد عرف علم النفس العصبي خلال السنوات الأخيرة تطوراً مدهلاً، حيث أبانت هذه المقاربة العلمية وبالخصوص عند الطفل عن إمكانات هائلة في تحديد الاضطرابات المعرفية وانعكاسات الأمراض العصبية النمائية، وبالتالي المساعدة على الاندماج المدرسي والاجتماعي، وعلى تجويد نوعية حياة الكثير من الأطفال الذين يعانون من إصابات دماغية أو صعوبات التعلم. للتقريب بشكل أدق من المقصود بالتقويم النفسي العصبي، وخصوصاً على صعيد الفحص والتشخيص والعلاج، ذهبنا في هذه الدراسة الميتا-تحليلية إلى تقديم نتائج وخلصات قراءتنا الفاحصة لأهم الأدبيات العلمية التي تراكمت في هذا الإطار خلال العقود الثلاثة الأخيرة. وهي الخلاصات التي شملت المقومات النظرية والمنهجية والعملية للتقويم النفسي العصبي في علاقته بمثال تطبيقي، يستعرض الخصائص الإكلينيكية لعسر الكلام كنموذج أساسي لاضطرابات اللغة وصعوبات التعلم التي عادة ما تعاني منه نسبة مهمة من الأطفال في العالم العربي وفي العالم عامة.

Neuropsychological assessment and Dysphasia Disorder in Children

From Diagnosis to Treatment

El Rhali Aharchaou & Khadija Zaidi

Sidi Mohammed Ben Abdellah University - Fès

Abstract:

Neuropsychology has recently grown considerably. When specifically applied to children, this scientific approach has shown its importance in the identification of cognitive disorders and in the knowledge of the consequences of neurodevelopmental pathologies. In addition, Neuropsychology can promote school and social integration and thus improve the quality of life of many children with brain damage or learning disorders. To bring us closer to what is meant by neuropsychological evaluation, particularly in the area of examination, diagnosis and treatment, we have tried in this meta-analysis study to present conclusions of our evaluative reading

(1) تم إستلام البحث في ١٠/أبريل ٢٠١٩ وأجيز للنشر في مايو ٢٠١٩

of the scientific literature accumulated in this context over the last three decades. These evaluations include the theoretical, methodological, and practical components of neuropsychological assessment in relation to an applied example, a sample of children in both the arab region and the world, that reviews the clinical features of dysphasia as a basic model of language disorders and commonly accompanied by learning disabilities.

Evaluation Neuropsychologique et Trouble de la Dysphasie chez L'enfant Du Diagnostic au Traitement

El Rhali Aharchaou & Khadija Zaidi

Université Sidi Mohammed Ben Abdellah - Fès

Résumé

La neuropsychologie a connu dernièrement un essor considérable. Chez l'enfant, cette approche scientifique qui a montré son importance dans l'identification des troubles cognitifs et dans la connaissance des conséquences des pathologies neuro-développementales, peut favoriser l'intégration scolaire et sociale, et donc améliorer la qualité de vie de nombreux enfants porteurs de lésions cérébrales ou concernés par des troubles de l'apprentissage. Afin de nous rapprocher de ce que l'on entend par évaluation neuropsychologique, en particulier dans le domaine de l'examen, du diagnostic et du traitement, nous avons essayé dans cette étude méta-analyse de présenter les conclusions de notre lecture évaluative de la littérature scientifique accumulée dans ce domaine durant les trois dernières décennies, que ça soit des données théoriques, méthodologiques ou pratiques, en présentant les caractéristiques cliniques de la dysphasie en tant que modèle-type des troubles des acquisitions fréquemment rencontrés chez les enfants partout dans le monde.

المقدمة :

تاريخياً، يمكن الإقرار بأن أطباء أمثال Paul Broca (1861) قاموا منذ أوائل منتصف القرن التاسع عشر بملاحظات إكلينيكية حول النشاط الذهني لأشخاص تعرضوا لإصابات دماغية محددة. وخلال القرن العشرين تطور هذا النوع من المقاربة ليشمل ما يسمى بتخصص علم النفس العصبي La neuropsychologie، حيث ارتكز عمل رواده أمثال توبر Teuber وميلنير Milner ولوريا Luria و هيصو Heceau وبينطون Benton ثم هالستيد Halstead، وخصوصاً بعد الحرب العالمية الثانية، على فحص جرحى الحرب والمرضى الذين تعرضوا لجلطات دماغية أو خضعوا لعمليات استئصال المراكز الصرعية أو الورمية. هذا فضلاً عن الاهتمام حالياً بالإصابات الدماغية والأمراض الاعتلالية ثم الاضطرابات الطبفسية. ومع تطور السيكولوجيا المعرفية أصبحنا أمام أدوات ووسائل مختلفة للتقويم والفحص والتشخيص ، وفي مقدمتها التقويم النفسي العصبي الذي يستهدف استخلاص الدلالة العصبية السلوكية للتشوهات والأضرار المحددة بواسطة التصوير L'imagerie (Bigler, 2001).

وحتى نتقرب بشكل أدق من المقصود بالتقويم Evaluation في علم النفس العصبي المعرفي، وخصوصاً على صعيد الفحص والتشخيص والعلاج، سنعمل في هذه الدراسة على التفصيل في النقاط الأساسية التالية:

(1) المفهوم والمقاربة

(2) الميادين والخصائص

(3) الأهداف والإجراءات المنهجية

(4) سير التقويم وأدواته

(5) صياغة تقرير التقويم

(6) العلاج والتكفل

(7) عسر الكلام كمثال تطبيقي

(8) خلاصات وحدود.

1. المفهوم والمقاربة :

رغم صعوبة الإقرار حتى الآن بتعريف شامل وموحد للتقويم Evaluation ومختلف المفاهيم التي تُعَدِّيه كالتشخيص Diagnostic والفحص Dépistage والكشف Repérage والتكهن Pronostic والقياس Mesure، نظراً لما يكتنفه من لبس وغموض على المستوى النظري، ومن تعقد وتعدد على المستوى التطبيقي، ومن تباين وتنوع على مستوى المحددات والغايات، رغم كل ذلك يمكن القول إن عالم النفس العصبي يتخذ من التقويم مسعى لدراسة علاقة بنيات الدماغ بمظاهر السلوك الإنساني وأنشطته المختلفة، باعتماد أدوات دقيقة للكشف والفحص والقياس والتشخيص. فبقدر ما هو مطالب بالمعرفة الدقيقة لطبيعة هذه العلاقة، بقدر ما هو مطالب أيضاً بالمعرفة والخبرة في أصناف الاضطرابات وأنواع أدوات التقويم وإجراءاته ومكوناته وأشكاله. والحقيقة أن القياس يبقى من الإجراءات الضرورية للتقويم لكونه هو الذي يسمح بالتعامل مع موضوعات التقويم ومؤشراتها القابلة للملاحظة، إن على مستوى التحليل والتشخيص أو على مستوى التفسير والتنبؤ.

تتحدد أهم عناصر التقويم في عاملين أساسيين (أحرشواو، 2015؛ Siksou، 2012): أولهما يهتم المقوم كفاعل رئيسي لإنجاز عمليات التقويم، وكل ما قد يتولد عن خصائصه الشخصية والتكوينية والثقافية وخصوصيات السياق من آثار تفعل فعلها في مساره ونوعية نتائجه. وثانيهما يهتم الأساس الاجتماعي للتقويم الذي يترجمه ويؤطر شكل أدواته ومحتوياتها ثم مرجعياته المفضلة.

وتتلخص أهم غاياته في علم النفس في التشخيص والتكهن والتفسير بهدف أولاً جمع معلومات حول موضوع التقويم وتشخيص أدائه، وثانياً من أجل الوقاية والعلاج والتكفل. فكل تقويم نفسي عصبي يؤدي وظيفتين: الأولى من طبيعة وقائية تتعلق بتحقيق اندماج الحالة من خلال تحديد مظاهر قوتها وضعفها. والثانية من طبيعة علاجية تتعلق بتحديد أسباب الصعوبات التي تواجهها حالة معينة وبالتالي إخضاعها للمساعدة وبرامج التأهيل والتربية المعرفية.

هذا من حيث المفهوم، أما من حيث المقاربة فالواضح أنه وبفعل التطور السريع الذي عرفه علم النفس العصبي، أصبحنا أمام مقاربات عديدة نجملها في النوعين التاليين (Siksou، 2012؛ Kolbet et Wishaw، 2008):

- المقاربة النفسية العصبية التي تستهدف تشخيص سلوكيات الأشخاص الذين تعرضوا لإصابات دماغية نتيجة حوادث في الأوعية الدماغية أو أمراض معينة أو تدخلات جراحية عصبية. فالفرضية الأساس هي أن الشخص الذي يواجه صعوبات في إنجاز مهام اختبار سلوكي معين بعد تعرضه لإصابة دماغية، أكيد أن نوع السلوك المفروض أن يقيسه هذا الاختبار، يجب أن يكون في ارتباط وظيفي مع المنطقة المتضررة. فإذا كان الشخص صاحب الإصابة في الفص الصدغي Lobe temporal يواجه عجزاً في اختبار الذاكرة اللفظية، فمن المفترض بيان أن الشخص صاحب الإصابة في الفص الجبهي Lobe frontal أو الجداري Pariétal لا يواجه نفس العجز أو التلف Altération الوارد لدى الشخص الأول.

- المقاربة القياسية لنشاط الدماغ في علاقته بالأداء المعرفي للشخص المطالب بإنجاز مهمة محددة،

حيث تشكل صور أو سجلات النشاط الكهربائي (Electroencéphalogramme (EEG والنشاط المغناطيسي للدماغ (Magnétoencéphalogramme (MEG ، ثم المسح الإشعاعي لبثّ مواقع محددة Une topographie à émissions de positions TEP ، وأخيراً التصوير بالصدى المغناطيسي الوظيفي لمناطق الدماغ (Imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf)، الأدوات والتقنيات المستعملة طبيياً في قياس نشاط الدماغ ووظائفه.

2. الميادين والخصائص :

منذ أوائل العقد الأخير من القرن العشرين، أصبح التقويم النفسي العصبي يحظى بمكانة مطردة في وضعيات التشخيص والتدخل والعلاج والتكفل لدى الأشخاص الأسوياء والمرضى على حد سواء، وبالخصوص في الحالات الثلاث التالية (Lezak et al، 2004؛ Solms، 2002؛ أحرشواو، قيد الطبع):

ففي حالة الاشتغال الطبيعي، فالأكيد أن ممارسات التقويم تشمل الأشخاص الذين يواجهون صعوبات واضطرابات طبيعية تتمظهر خلال مراحل النمو وبالخصوص في الطفولة والمراهقة. فالتقويم يسعى هنا إلى استكشاف اختلالات الاشتغال المحتملة في التعلم والانتباه والتركيز والتذكر والإنجاز سواء أثناء الدراسة أو العمل أو الحياة اليومية، وبالتالي تحديد البرامج الملائمة للتدخل والعلاج والتكفل.

وفي حالة الاشتغال المرضي، فإن ممارسات التقويم الأكثر استخداماً وتداولاً، تهم بصورة خاصة الأمراض الدماغية الورمية أو الصدماتية أو Les pathologies cérébrales lésionnelles tumorales ou traumatiques، والأمراض الجسدية المتمثلة في الضغط الدموي المرتفع Artérielle Hypertension وتصفية الدم Dialyse وأمراض القلب Les maladies cardio-vasculaires والكبد Les maladies du Foie et des voies Biliaires ثم حالات تأخر النمو troubles du développement والصرع Epilepsie والتوحد Autisme وغيرها. ومما يلاحظ بخصوص هذه الممارسات، التوسع الواضح أولاً لدائرة الأشخاص المستفيدين من أدوات التقويم. وثانياً تقلص الفجوة بين الاضطرابات المعرفية والاضطرابات النفسية العصبية، على الرغم من محدودية المعارف والمعلومات المتوافرة لحد الآن عن طبيعة وحجم الانعكاسات النفسية العصبية لكثير من هذه الأمراض، إذا ما استثنينا بعض التقارير التي تساعد على تكوين فكرة تقريبية عن حجم وكمية بعض الاضطرابات مثل الجلطات الدماغية (Accidents vasculaires cérébraux (AVC التي تعد بمئات الآلاف في كل مجتمع، يموت منهم عدد لا بأس به، ويصاب عدد كبير بإعاقة دائمة، بينما لا يستعيد منهم سوى عدد محدود نشاطه بدون خسائر.

وفي حالة نضج الدماغ ومطواعيته Plasticité، تشكل القشرة Le cortex بنية تشريحية يتواصل نضجها لمدة طويلة بعد الولادة؛ بحيث تحصل تغيرات هائلة وسريعة في سلوكيات الشخص وفسولوجيته (الطفل بالخصوص). وقد ذهب داوون Dawson ومساعدوه إلى توصيف ثلاث مراحل للنمو العصبي (أحرشواو، قيد الطبع، 2012 : Siksou):

الأولى : تهم التنظيم القشري L'organisation cortical المحدد تكوينياً؛ بحيث خلالها يتحقق التكون الفردي Ontogénèse للهندسة المعقدة ولتضبيب مراحل النمو أثناء انتشار الخلايا، وبالتالي بلوغ الكثافة العصبية للراشد في حدود سن السادسة.

الثانية : تتميز بنحت التكون الفردي Ontogénèse، بحيث تتأسس ترابطات وشبكات عصبية بواسطة آليات متنوعة تتوسطها المثبرات البيئية. فهذه المرحلة هي التي تمكن الجهاز العصبي من المرونة القصوى لكي يستجيب للمطالب البيئية وإكراهاتها.

الثالثة : تتجلى في التحول المشبكي التكيفي Modification synaptique adaptative الذي يتواصل خلال الحياة كلها؛ بحيث أن هذه المرحلة هي التي تساهم في مختلف التحولات الحاصلة في الشبكة العصبية

استجابة للتأثيرات البيئية ومتطلباتها.

تؤكد مختلف الأبحاث التي أجريت حول المرونة الدماغية *La plasticité cérébrale* على هذه القدرة التكيفية للفرد بعد تعرضه لإصابة دماغية. وهذه مسألة توضحها نتائج كثير من الأبحاث التي أنجزت حول مختلف الأجناس الحيوانية، إذ تؤكد في مجملها على أن هذه المرونة الدماغية تتوقف على درجة نضج الوظائف التي يحتويها الموقع المصاب. فالتعويض يصاحبه إعادة تنظيم بنيوي لنصف الدماغ المصاب، فضلاً عن النصف المقابل. وهذا أمر يصدق في حالات الإصابة بالصرع والجلطات الدماغية، حيث يفقد المرضى الوظائف التي يسترجعونها بشكل أكثر أو أقل سرعة حسب نوع الإصابة وحجمها، وبفضل حصص لتقويم النطق والعلاج الفسيولوجي وإعادة التكيف.

3. الأهداف والإجراءات المنهجية:

ترتكز صدقية التقويم النفسي العصبي على مرجعيات معرفية متعددة تتفاعل فيها البيولوجيا والسميولوجيا مع السيكولوجيات المعرفية والعصبية والإكلينيكية والمرضية والسيكومترية. فإذا كان هذا النوع من التقويم يتحقق عبر مراحل أهمها: تحديد الهدف، اختيار الأدوات، إنجاز الفحوصات، جمع البيانات، تفسير النتائج، فإن غايته تتجلى في الكشف عن الوظائف المعطلة والوظائف السليمة وذلك بهدف اقتراح برنامج للتدخل والعلاج والتكفل. ويمكن إجمال أهدافه الإكلينيكية وإجراءاته المنهجية في الآتي (أحرشواو، 2017؛ Siksou، 2012؛ Berger ; 2006 ; Lautrey,2007):

فبخصوص الأهداف الإكلينيكية، يمكن إيجازها في الوقائع التالية:

- توثيق العجز العصبي في مختلف الميادين، مع تخصيص وتحديد نوع الخلل في الاشتغال المعرفي المبكر.
- التفريق بين الأسباب الدماغية للاضطراب النفسي العصبي والعوامل الأخرى؛ بحيث إن الاكتئاب مثل قد يخفي آثار إصابة دماغية.
- تقويم الوظائف المعطلة والوظائف السليمة عند المصابين بأمراض عصبية، وبالتالي المساهمة في التخطيط وإعادة التأهيل، كما هو الحال في الترويض على استرجاع اللغة بالنسبة للمصابين بالحبسة *L'aphasie*.
- تقويم آثار التدخلات الجراحية والعلاجات السيكو دوائية كما هو الحال في مرض الخرف *Alzheimer*.
- تقويم المشاكل الدراسية وتأخر النمو عند الأطفال بهدف التمييز بين الاشتغال شبه العادي والاضطراب الانفعالي وصعوبات التعلم الخاصة.
- دراسة عينات إكلينيكية تتكون أساساً من الأطفال كمجموعات أو كحالات فردية من أجل بناء مشخصات معرفية محددة *Profils cognitifs* تسمح بفهم وتفسير مختلف الاضطرابات وبالخصوص العصبية منها كعسر القراءة والكتابة والحساب والكلام وتشنت الانتباه.
- القيام بتشخيصات فارقية *diagnostics différentiels* مقارنة بهدف الفصل من جهة بين الاضطرابات ذات الأصول العصبية والمشاكل ذات الطبيعة العاطفية، ثم الكشف من جهة أخرى عن الأنواع المختلفة من الاضطرابات العصبية النمائية كالتوحد في مقابل التأخر الذهني.
- تقويم آثار وانعكاسات الإصابات الدماغية على النمو مثلما هو الحال في تشوه شرايين الأوردة *Modi-Chimiothérapie*، أو في حالة الآثار النفسية العصبية المصاحبة لعلاجات كيميائية *Radiothérapie*، وأيضاً في حالة التشوهات الخلقية *Modifications congénitales* للجهاز العصبي المركزي التي تصاحبها أعراض عصبية.

- تشخيص التنافرات المعرفية *Incongruences cognitives* في الإنجاز بخصوص مختلف الاضطرابات، مكتسبة كانت من قبيل: صدمات الجمجمة *Traumatismes crâniens*، التهاب الدماغ *Encéphalite*، الاضطرابات المشتركة مع الحركية الدماغية، أم عصبية نمائية مثل: الصرع والتوحد والاضطرابات النوعية للتعلم كعسر القراءة والكتابة والحساب، أو اضطراب الانتباه والذاكرة وغيرها.

أما بخصوص الإجراءات المنهجية فيمكن إجمالها في الضوابط التالية:

- ضبط التفاعل فاحص / مفحوص من خلال تحفيز هذا الأخير على التعاون مع الفاحص وتفادي التباين بينهما، وبالتالي أي تأثير على النتائج أو أي تحريف لها.

- إخبار المفحوص بأهداف التقويم النفسي العصبي ومختلف إجراءاته حتى لا يخلط بينه وبين الامتحانات الدراسية والمقابلات المهنية.

- تكييف إجراءات التقويم قصد اعتمادها في الكشف والفحص التشخيصي العام وأيضاً المعمق، وذلك بهدف التوجيه وإعادة التربية والتأهيل.

- الأخذ في الاعتبار نوع الإصابة العصبية ومعطيات التصوير الدماغية التشريحي والوظيفي (التشخيص الطبوغرافي)، لأن التقويم النفسي العصبي يراهن على التركيب بين ما هو عصبي معرفي وما هو اختلال وظيفي دماغي.

- مساهمة الفحص النفسي العصبي في إجراءات التشخيص انطلاقاً من القرارات العلاجية وتقييم التكفل الطبي. ففي مركز متخصص مثلاً في اضطرابات التعلم يساهم الفحص النفسي العصبي في تقييم اضطرابات نمو الأطفال الذين يعانون من عسر الكلام والقراءة والكتابة والحساب، أو في تحديد أعراض كعجز الانتباه وتشتته وفقد التركيز وغيرها.

بصورة إجمالية، يطمح التقويم النفسي العصبي إلى توجيه أفضل للعلاج وإلى دعم تقنية إعادة التأهيل والتربية عبر ربط الاضطرابات النفسية العصبية بتجارب حياتية صعبة وبفقدان الثقة بالنفس وبمشاكل في الدينامية الأسرية. وعلى هذا الأساس فهو يستوجب تدخل واشتغال فريق متعدد التخصصات، فضلاً عن مقابلة طبية-نفسية-بيداغوجية *Pédopsychiatrique* كإجراء تكميلي يساهم في التوظيف المبكر لجوانب الشخصية والقصورات الذهنية ثم الصعوبات المعيشية.

4. مجرى سير التقويم وأدواته:

عادة ما يتم الاعتماد على مقابلة المفحوص وملاحظة سوابقه في التحضير لممارسة التقويم النفسي العصبي. فخلال المقابلة يتم فحص طبيعة الطلب وتوضيح ظروف وأسباب إجراء التقويم، ثم التعرف عن سوابق المفحوص المرضية ومعلوماته الشخصية والعائلية والاجتماعية والثقافية.

ونشير بهذا الخصوص إلى أن مصلحة الاختبارات النفسية عادة ما تقدم منهجية صارمة قوامها المساهمة في تشخيص الاضطرابات وأنواعها ودرجاتها عبر استخدام مقاييس كلاسيكية وبطاريات معرفية وسلوكية تهم أساساً: معاملات الذكاء واضطرابات اللغة والحساب ووظائف التفكير والذاكرة والانتباه والإدراك والحركية وغيرها. ومن الضوابط التي تستوجب الأخذ في الاعتبار عند الإقبال على توظيف هذه الاختبارات والبطاريات نستحضر ما يلي (Lautrey, 2007 ; Siksou, 2012؛ أحرشواو، 2017):

- واقع تنوع حالات الاضطراب التي تتوزع بين ما هو لفظي وغير لفظي، حسي وحركي، بنيوي ووظيفي.

- صياغة فرضيات عن خلل الاشتغال المعرفي وانتقاء الاختبارات الملائمة لتشخيص الوظائف النفسية

العصبية المرتبطة باضطرابات اللغة والذاكرة والانتباه والإدراك والحركة وغيرها.

- ضرورة الاحتكام بنتائج كل مفاوص إلى صدق الاختبارات وثباتها ، وإلى خصائصه الشخصية كالسن والجنس والمستوى السوسيوثقافي والسوابق الطبفسية والسلوكية.

- أهمية تعزيز النتائج الكمية للاختبارات بالتحليل الكيفي لتشخيص وفهم الاضطرابات المختلفة.

تبعاً لهذه الضوابط يبقى التقويم النفسي العصبي مشروطاً بنوعين من الطرق:

واحدة تسمى بالصارمة Rigide، تتضمن إجراء البطارية المقننة في غياب أي تفاعل، تنضاف إليها مقابلة نفسية-اجتماعية للمريض وأسرته ومحيطه الصحي والتربوي والمهني مع تعزيز كل ذلك بفحوص مختصرة وهادفة.

وطريقة أخرى تنعت بالمرنة Flexible وهي الأكثر تداولاً؛ بحيث يركز فيها المقوم على اختيار بطارية الفحص تبعاً للسؤال المطروح، والمقابلة والبيانات المجمعمة سابقاً (طبية، نفسية)؛ إذ يمكنه أن يختبر فرضية خاصة حسب طبيعة العجز المعرفي. وتتجلى أهمية هذه الطريقة في كونها تسمح بالتحليل الكيفي للنتائج.

إذن إذا كان مجرى التقويم النفسي العصبي يتخذ من بطاريات الاختبارات والمقاييس وسيلته الإجرائية في التعامل مع مختلف أنواع الحالات المضطربة، فإن أهم هذه البطاريات تتحدد في النماذج التالية (Lautrey, 2007 ; Tourette, 2006)؛ أحرشواو، (2017):

1. بطاريات ومقاييس الذكاء التي تستخدم لتقييم درجات تلف بعض الوظائف المعرفية وفي مقدمتها:

- مقاييس وكسلر Wechsler وسلالم رافين Raven لقياس العجز المعرفي النوعي من خلال معامل الذكاء QI.

- بطارية كوفمان (K-ABC 1993) Koffman لتحليل السيرورات المعرفية للأطفال ذوي اضطرابات التعلم.

- بطارية كوركمان (2001) Korkman لتحديد الاختلالات الوظيفية المعرفية للأطفال أصحاب الإصابات الدماغية وذوي اضطرابات التعلم كعسر القراءة وعسر تناسق الحركات ، ثم اضطراب الانتباه.

- بطارية وكسلر Wechsler المركبة (K-ABC, NEPSY) لتقييم الوظائف التنفيذية واضطرابات الانتباه، واختبارات السدود Tests de barrages لزازو Zazzo لتقييم الانتباه ، ثم اختبار الانتباه الانتقائي لستروب Stroop. وهي كلها اختبارات تسمح بتقييم الاضطراب في وظائف الانتباه والمرونة الذهنية والكبح وذاكرة العمل والتخطيط وغيرها.

2. بطارية هالستيد-رايتن Halstead-Reitan المكونة من ستة اختبارات لتقدير إما الأضرار الدماغية ومركزتها، وإما لتقويم مستوى الأداء وإقامة مقارنات بين اشتغال النصفين الكرويين للدماغ ثم إيجاد العلامات والأعراض الواسمة للمرض.

3. البطارية النفسعصبية للوريا- نيبروسكا Luria-Nebroska المكونة من 269 بند موزعة على ثلاثة سلالم قياسية: الأول إكلينيكي Clinique والثاني موضعي Localisatrice والثالث عاملي Factorielle.

4. بطاريات خاصة تعد بالعشرات، توظف روائز محددة سريعة التطبيق (من 10 إلى 30 دقيقة)، وتهم ميادين مثل: اضطرابات التفكير واللغة والذاكرة والتواصل والإدراك والانتباه والمراقبة والتنفيذ.

تبعاً لما تقدم يجب التأكيد على أنه إذا كان تكميم الاختبارات وتعديلها يشكلان إجراءين أساسيين، فمن الأهمية بمكان القيام كذلك بتحليل كيفية تلك الاختبارات للتمكن من فهم ما يزعج وما لا يزعج الشخص المفحوص في إنجاز المهمة. فالنقطة الخام لا تسمح لوحدها بالكشف عن درجة الاضطراب ولا بالتفريق مثلاً بين اضطراب الذاكرة والانتباه أو القدرة على إنجاز عملية حسابية محددة.

5. تقرير نتائج التقويم:

مباشرة بعد إنهاء إجراءات التقويم يقوم المقوم بصياغة تقريره عن حالة المفحوص وحاجاته العلاجية وإمكانات استعمال وظائفه السليمة في تعويض مظاهر العجز والتلف لوظائفه المتضررة. ويجب أن يتضمن هذا التقرير معلومات أنية حول (Siksou, 2012؛ Mazeau, 2003؛ أحرشوا، قيد الطبع):

- ظروف التقويم وبصورة أساسية مكان وتاريخ إجرائه ثم اسم المقوم وتخصصه.
- عنوانا المقوم والمقوم ثم حالة هذا الأخير المدنية والعائلية والثقافية.
- توصيف المشكل محور التقويم وطبيعته ومستوى حدته وأهم أعراضه.
- ذكر المقاييس والروائز المستخدمة في التشخيص.
- العمل بأخلاقيات المهنة للحفاظ على سرية النتائج دون نقلها أو تقاسمها مع أطراف غير متخصصة.
- ضرورة ربط تحليل النتائج بعوامل متنوعة من قبيل: السوابق المرضية للمفحوص وجانبيته الوظيفية وسيطرته اليدوية، ثم ظروف الفحص والوظائف المختلفة: الفكرية والتنفيذية والحركية والإدراكية والذاكرية والانتباهية واللغوية.
- عادة ما ينصح إرفاق خلاصة تقرير التقويم بتوصيات وتوقيع المفحوص ثم الانعكاسات المحتملة للاضطرابات المقصودة على التعلّمات وممارسات الحياة اليومية.
- ضرورة الإشارة إلى الوظائف السليمة والتأكيد على الإستراتيجيات البديلة لتعويض العجز والتلف.
- إذا كان التقويم يتعلق بالطفل، فإن التقرير سيتطلب جلسات ولقاءات متعددة التخصصات يُوّطرها فريق من المتخصصين في علوم النفس والطب النفسي والأعصاب وتقويم النطق والتربية والمساعدة الاجتماعية.

6. إجراءات التدخل التكفل:

تتحدد أهم إجراءات التدخل والتكفل بالحالات التي تعاني من اضطرابات وصعوبات ذات أساس نمائي عصبي في العناصر التالية (Wilson, 2008؛ Lobier et Valdois, 2009؛ APA, 2014؛ DSM-5, 2015):

أولاً: مجموعة من البنيات والمؤسسات الخاصة والعامة التي يمكن لعالم النفس العصبي أن يمارس فيها مهام التقويم والتشخيص والعلاج والتكفل بمختلف الحالات المضطربة، من قبيل العيادات الخاصة ثم المصالح الاستشفائية المتخصصة كطب الأطفال وأقسام الإنعاش والأعصاب ومراكز العلاج والمداومة وإعادة التربية.

ثانياً: التدخل المبكر لعالم النفس العصبي في الفترة الحرجة للاضطراب الذي يستدعي المتابعة داخل المستشفى، وذلك من أجل طمأنة المريض وتحفيزه على التكيف مع ظروف العلاج.

ثالثاً: غالباً ما تكون للأمراض العصبية تأثيرات وانعكاسات على المدى البعيد، وبالتالي فإن تتبع المريض قد يستغرق شهوراً أو سنوات، كما هو الحال في الإصابات الدماغية الخفيفة. فالتتبع يستهدف المساعدة

على التعويض الوظيفي وتعليم المريض إستراتيجيات تساعده على الشفاء ، أو على الأقل توعيته بصعوباته وتمكينه من إجراءات تعويضها. فعملية التتبع والعلاج تستهدف إعادة التأهيل Rehabilitation أو إعادة التربية Rééducation التي تتلخص خطواتها في:

- إصلاح وترميم الوظيفة المعطلة بفضل إعادة تنظيم وظيفي أو تهيئة سياقها ومحيطها.

- اقتراح إستراتيجيات بديلة على المريض لبلوغ الهدف المقصود.

- تشجيع المريض على استخدام قدراته ووظائفه المعرفية السليمة بصورة فعالة.

رابعاً: وأخيراً ، لابد من التأكيد على أن عملية التتبع الناجحة تتوقف على فريق متعدد التخصصات، يجمع بين عالم الأعصاب Le neurologue والمرؤوض المعالج Ergothérapeute والمساعد الاجتماعي -Assis tant social ومقوم النطق Orthophoniste والمعالج النفسي Psychothérapeute والبيداغوجي Pédagogue. فتتسيق عمل هذا الفريق يمثل عنصراً أساسياً لتفادي تشيئ المريض، وبالتالي اعتماد خطة متعددة للتدخل والعلاج والتكفل، ولكن في إطار الحفاظ على وحدة شخصية المريض رغم تعدد مكوناتها وتنوع محدداتها.

7. مثال تطبيقي حول اضطرابات اللغة:

بعد التعريف في النقاط السابقة بالتقويم النفسي العصبي من خلال التفصيل في مفهومه ووظيفته، ميادينه وخصائصه، أهدافه وإجراءاته المنهجية، مراحل وأدواته، طريقة صياغة تقريره وأساليبه التدخلية، سنعمل فيما تبقى من محاور هذه الدراسة على تقديم مثال تطبيقي حول اضطرابات اللغة وصعوبات التعلم وذلك من خلال التركيز على عسر الكلام La dysphasie كنموذج:

أهمية اضطرابات اللغة:

الواقع أن اللغة التي تشكل أداة للتمثل والتواصل كانت دوماً تكوّن صلب التعلم المدرسية. فكل خلل أو اضطراب في نموها ونشاطها يكون له بالتأكيد انعكاس سلبي على وظيفتها. وتتمثل أهمية تشخيص اضطراباتها في المظاهر الثلاثة التالية (Bouneau et Netter, 2001؛ Barrouillet ، 2007):

- الحاجة التربوية والاستشفائية إلى كشفها وفحصها وتشخيصها قصد البحث عن العلاج باعتماد فريق متعدد التخصصات يشمل المدرس والطبيب وأخصائي النطق والأعصاب والنفس.

- تعاني نسبة من الأطفال صعوبات في التعلم بفعل مشاكل في نموهم اللغوي: 1% عسيري الكلام، وما بين 5% و 10% عسيري القراءة والكتابة والحساب والأرطوغرافيا والحركة.

- حسب النشرة السنوية لاتحاد أخصائي النطق بفرنسا، فإن نسب الصعوبات اللغوية الشفوية للأطفال ما بين 2 و 5 سنوات تتراوح ما بين 13% ممن لديهم صعوبات حادة وتستوجب الكشف المبكر، و15% ممن لديهم صعوبات حقيقية تقترن بعدم النضج، ثم 72% ممن لا يعاني أصحابها من أية صعوبة لغوية شفوية.

مراحل تقويم اضطرابات اللغة:

تحدد أهم هذه المراحل حسب باحثين أمثال بونو Bouneau و نيتتر Netter في الإجراءات الثلاثة التالية (أحرشاو، قيد الطبع):

- الكشف Le repérage عن وجود الاضطراب اللغوي ، وهو من مهام المدرس.

- الفحص Le dépistage للكشف عن مستوى الاضطراب اللغوي، وهو من مهام الطبيب.

- التشخيص Le diagnostic لتحديد مكونات الاضطراب اللغوي من أجل العلاج والتكفل، وهو من مهام فريق متعدد التخصصات.

أنواع اضطرابات اللغة:

أكد أن المعاجم لا تعرف بالاضطرابات اللغوية. فالبادئة Le préfixe Dys (عسر أو تعثر) تشير إلى صعوبة في الاستخدام والاشتغال وترجمها الأنواع الستة التالية (أحرشواو، قيد الطبع؛ العفيف، 2011؛ Bou- (neau et Netter، 2001) :

عسر الكلام La dysphasie، عسر القراءة La dyslèxie، عسر الكتابة La dysgraphie، عسر الحساب La dyscalculie، عسر الأرطوغرافيا La dysorthographe، عسر الحركة La dyspraxie.

صعوبات وانعكاسات اضطرابات اللغة:

بخصوص الصعوبات فهي تتجلى في المظاهر التالية (أحرشواو، قيد الطبع؛ العفيف، 2011؛ Bouneau (et Netter، 2001):

- صعوبات التقويم على أساس أن لكل شخص قدراته على استقبال اللغة وفهمها وإنتاجها وتعلمها واستخدامها أحياناً في صمت.

- صعوبة تقويم ما يتميز به كل اضطراب لغوي من تواتر وسيولة وديمومة في العلامات ومقاومة كل هذه العوامل لخطط التدخل والعلاج.

- صعوبات ترتبط باضطرابات في النمو اللفظي والتواصل اللغوي وبالخصوص: الصعوبات اللسانية في استخدام التراكيب وبناء الجمل، تأخر الكلام بفعل اختلالات صوتية وتركيبية، صعوبات الفهم والذاكرة العاملة التي يتعذر معها معالجة لغة الآخرين وفهمها.

أما بخصوص الانعكاسات فهي تتلخص في الواقعتين التاليتين (Lautrey، 2007؛ أحرشواو، قيد الطبع):

- بداية من سن الثالثة يصبح الطفل صاحب أكثر من صعوبتين من الصعوبات السابقة وبالضرورة موضوعاً للتقويم التشخيصي.

- لقد اتضح أن ما بين 6 إلى 7% من الأطفال المتدرسين يعانون من اضطراب لغوي لا يشكل بالضرورة عجزاً في سيرورة النمو.

وضع اضطرابات اللغة في المغرب:

رغم العمل بها في فرنسا منذ 1989، فإن التسميات الإكلينيكية لأنواع اضطرابات اللغة ما تزال غير متوافق عليها في المغرب. فباستثناء التأكيد الذي تضمنه الرأي الأخير للمجلس الأعلى للتربية والتكوين والبحث العلمي في موضوع «التعليم الأولي أساس بناء المدرسة المغربية الجديدة»، بخصوص إقرار إلزامية الزيارة الطبية للأطفال في هذه المرحلة من التعليم داخل كافة المؤسسات لتشخيص أنواع الإعاقة الحسية - الحركية والبدء في معالجتها (المجلس الأعلى للتربية، رأي رقم 3 / 2017)، باستثناء ذلك لم يتم بعد وفي حدود معرفتنا ما ينم عن اعتماد مفاهيم ومصطلحات إكلينيكية دقيقة للتعبير عما تعنيه تلك المفاهيم والمصطلحات وبالخصوص على صعيد مظاهر الفرق بين التسميات التالية:

- القصور La déficience الذي يعني الجانب المختل في الإعاقة.

- العجز L'incapacité الذي يطابق الجانب الوظيفي للإعاقة.

- الأضرار أو المساوىء Les inconvénients ou les désavantages التي تشكل ترجمة للفظ الأنجلوسكسوني Handicap ، بمعنى الإعاقة.

بعد هذا التقديم المقتضب لأهمية اضطرابات اللغة ومراحل تقويمها وأنواعها وصعوباتها وانعكاساتها ثم وضعها في المغرب، سنحاول فيما يلي تقديم مثال تطبيقي حول اضطراب عسر الكلام - Trouble de la dysphasie، نستهدف من خلاله توضيح أهم المعايير والخصائص التشخيصية لاضطرابات اللغة ، وبالخصوص في علاقتها بصعوبات التعلم (أحرشواو، قيد الطبع؛ العفيف، 2011؛ Brauer et al، 2011؛ Caplan، 2003):

التعريف :

يشكل عسر الكلام La dysphasie نوعاً من الاضطراب الدائم في اكتساب اللغة الشفوية لدى أطفال عاديي الذكاء، وبدون عجز سمعي أو اضطراب نفسي مرضي Trouble Psychopathologique.

الأنواع :

في العادة يتم التمييز بين مجموعتين من اضطرابات عسر الكلام (أحرشواو، قيد الطبع؛ Bouneau et al، 2001):

مجموعة الاضطرابات الدائمة الحضور التي تتمظهر في:

- اضطرابات لغوية تمس الفهم والتعبير ، وقد تشمل الصوت، التركيب، الدلالة، التداولية والخطاب.
- اضطرابات التجريد التي تتجلى في صعوبة استخلاص عناصر مجموعة مركبة لاستيعاب مفهوم معين. فالفهم يبقى جيداً بخصوص العناصر المحسوسة فقط.
- اضطرابات التعميم التي تتمظهر في صعوبة تعميم واستخدام المفاهيم المتعلمة في سياق محدد على وضعيات ومقامات أخرى.
- اضطرابات إدراك الزمن التي تتمثل في صعوبات فهم المفاهيم الزمنية والتموضع داخلها.
- اضطرابات الأنشطة المطالسانية Les activités métalinguistiques التي تتلخص في صعوبة استحضار القوافي، التقطيع والتفويض، تحليل الغوامض ثم فهم اللغة المجازية.

مجموعة الاضطرابات الإضافية التي تتلخص في الأصناف التالية:

- اضطرابات في الحركة Praxiques Troubles تتجلى في العجز على إعادة إنتاج عبر التقليد حركة طوعية إرادية.
- اضطرابات حركية Moteurs Troubles تتعلق بصعوبات تنفيذ الحركة مع الحفاظ على التوازن.
- اضطرابات الكلام Troubles de la parole المرتبطة بإصابات في النطق والرنين والانسيابية.
- اضطرابات الإدراك البصري Troubles de la perception Visuelle التي تتعلق بصعوبة تمييز المعلومات البصرية كلما قُدمت أو عُرضت بسرعة فائقة.
- اضطرابات التوجه المكاني أو صعوبات التموضع في الفضاء؛ Désorientation temporo-spatiale

- اضطرابات الإدراك السمعي Troubles de la perception Auditive التي تتمثل في صعوبة تمييز وتخصيص الأصوات وسلاسلها ووحداتها.

- اضطرابات في السلوك تتصل بفهم وضعية ما والتكيف معها. وغالباً ما تتخذ شكل فرط أو نقص النشاط Hyper/Hypoactivité، عدم التركيز Distractivité، الاندفاع الزائد Impulsivité، النشاط النمطي Stéréotypé، عدم الاستقرار في التحصيل والاكتمال وغيرها.

الانعكاسات والنتائج:

وهي تتلخص في الوقائع التالية (أحرشواو، قيد الطبع؛ العفيف، 2011؛ Lautrey، 2007):

- لقد أوضحت نتائج مجموعة من الدراسات المقارنة أن نسبة الأطفال الذين يعانون من صعوبات اضطراب عسر الكلام تغطي %25 من النسبة العامة للفشل الدراسي.

- وفي نفس السياق تأكد أنه بداية من سن الثالثة يصبح الطفل صاحب الصعوبة في نطق اللغة وتصويتها أو توظيفها في التواصل والتركيب والفهم موضوعاً للتقويم والتشخيص.

- كما ثبت أيضاً أن ما بين %6 إلى %7 من الأطفال المتدربين يعانون من اضطرابات لغوية، بما في ذلك اضطراب عسر الكلام، ولا تعود بالضرورة إلى عجز في سيرورة النمو.

الكشف، الفحص والتشخيص:

الكشف Le repérage الذي يشير إلى ملاحظة وجود الاضطراب اللغوي، وهو من مهام المدرس، وترجمته العناصر الثلاثة التالية (أحرشواو، قيد الطبع؛ العفيف، 2011؛ APA، 2014؛ Caplan، 2003؛ Lussier et Flessas، 2001):

- إن اللغة التي تمثل جوهر التعلّمات، تشكل أولوية المدرسة التي تولي اهتماماً كبيراً لمختلف كفاءات التلميذ اللغوية وقدراته التعبيرية ومهاراته التواصلية.

- من مهام المدرس تحديد الصعوبات اللغوية للتلميذ وعرضها على الفريق التربوي والمحيط الأسري، ثم القيام بدوره في الاستشارة مع طبيب المدرسة ومقوم النطق ومركز الرعاية.

- يتم الكشف عن صعوبات الكلام من خلال البحث عن علامات وأعراض تنبئية تعكسها مظاهر تأخر الكلام وتعرّفه، الأناشيد والأغاني واللعب باللغة، آلات التسجيل ومواقف الحوار والتواصل.

الفحص Le dépistage الذي يشير إلى تحديد مستوى الاضطراب اللغوي، وهو من مهام الطبيب الذي يستخدم أدوات للتقويم في فحص لغة الأطفال المتراوحة أعمارهم ما بين الثالثة والخامسة، وفي مقدمتها اختبار كشف اضطرابات اللغة (Epreuve de repérage des troubles du langage ERTL4). وعادة ما يستهدف هذا الفحص المكونات التالية:

المستوى السمعي، قدرات الذاكرة، التموضع في الزمان والمكان، إنجازات اللغة الشفوية، القدرات البصرية، اللغة العفوية، السلوكيات غير اللفظية.

التشخيص Le diagnostic الذي يستهدف تحديد مستوى ودرجة عسر الكلام من أجل العلاج والتكفل. وهو من مهام فريق متعدد التخصصات يجمع بين عالم الأعصاب Le neurologue والمرؤوض المعالج Ergot- hérapeute والمساعد الاجتماعي Assistant social ومقوم النطق Orthophoniste وعالم النفس Psycho- logue والبيداغوجي Pédagogue. وعادة ما يتم تشخيص عسر الكلام بناء على ثلاثة أنواع من المهام والأدوات (أحرشواو، قيد الطبع؛ Bouneau et Netter، 2001):

الترميز Encodage الذي تتمثل مهامه وأدواته في:

- تكرار كلمات بسيطة (Borel Maisony, EEL de C.Chvrier Muller) وتسمية الكلمات (EEL ou BEPL).
- اختبارات اللغة والنحو (Sadek-Khalil) Tests de langage واختبارات النحو Tests de Closure .Grammaticale TOG (Delatour).

فك الترميز Décodage الذي تتلخص مهامه وأدواته في:

- التمييز الصوتي EDP48 de Lacert-Autesserre et Delatour .
- اختبار 052 لصاحبه Khomsi .
- اختبار الرموز أو العلامات Token Test ou Test de jetons .
- الصياغة Formulation التي تتحدد أهم مهامها وأدواتها في:
- الدمج المورفو- تركيبى (L2MA) Intégration morpho - syntaxique .
- كتابة قصة أو رواية EEL-Borel Maisony-Ecrit de récit .
- الضبط الدلالي والمستوى المعجمي باعتماد اختبارات: (TVAP, EEL, L2MA, TRT(Relations) Topologiques

خطط التدخل والتكفل:

- تتلخص أهم مقومات خطط التدخل لعلاج اضطرابات عسر الكلام والتكفل بها في العناصر التالية (أحرشاو، قيد الطبع؛ العفيف، 2011؛ Bouneau et Netter، 2001؛ Halligan et Wade، 2005):
- الوقاية والتحذير المبكرين في المدرسة من خلال مشروع بيداغوجي يساهم فيه المدرس والإداري وعالم النفس المدرسي.
- مساعدة الطفل على قبول الانتقال من الأسرة إلى المدرسة باستخدام اللغة واللعب كأسلوبين لتعويض غياب الوالدين وتحقيق الاستقلالية واكتشاف العالم والآخر عبر اللغة.
- التعيين المبكر للتلاميذ الذين يعانون من تشويش أو خلل في اللغة المنطوقة من خلال كشف المدرس وفحص الطبيب وتشخيص فريق من المتخصصين لتحديد درجة حدته واقتراح صيغة للتدخل.
- إنشاء فرق المساعدة المدرسية للمساهمة تحت إشراف أخصائي إعادة التربية في تحسين ظروف تواصل الطفل عبر اللعب باللغة والكلام خلال تواصله مع الذات ومع الآخر.
- توعية الأسرة بأهمية كشف صعوبات أطفالها اللغوية وإخبار المتخصصين بأعراضها وتدريبها على كيفية جعلهم يستوعبون مختلف وظائف اللغة التعبيرية والوصفية والتواصلية.
- اعتماد وضعيات للتواصل كأدوات للعلاج، قوامها استعمال ألعاب: التقليد والميم والحركة والخيال والأدوار والدمى والكراكيز .

- اعتماد التربية التقويمية الجديدة للنطق بهدف فحص اللغة في علاقتها بالوظائف المعرفية الأخرى، وذلك بالتركيز على أنشطة تعبيرية محددة مثل إنشاء حكاية أو قصة.

- التكفل الجيد بالحالات الحادة التي قد تصل نسبتها إلى 1% من الأطفال المتدرسين سواء: داخل أقسام متخصصة في المدرسة، مع تدخل مصالح الدعم والعناية واعتماد إستراتيجيات بيداغوجية متنوعة، قوامها ملاءمة مضامين التعليم ثم التدخلات المتخصصة للمواكبة والتتبع. أو داخل مراكز متخصصة في إعادة التربية، وفي التدخلات العلاجية متعددة التخصصات التي تتماشى مع إكراهات الطفل الشخصية والأسرية والمدرسية.

8. حدود وخصائص:

على الرغم من انتشاره المتزايد وثراء المعلومات التي يوفرها، فإن التقويم النفسي العصبي يشكو من بعض الحدود والمؤاخذات المتمثلة بالخصوص في صعوبة تفسير حالات الاضطراب التي يعاني منها بعض الأشخاص وفي مقدمتها (أحرشواو، قيد الطبع؛ Siksou، 2012؛ Posner، 2000؛ Benton، 1987):

- بفعل الفوارق الفردية الناجمة عن التفاوتات في الانتماءات السوسيواقتصادية والثقافية (أوساط ضعيفة في مقابل أوساط مرتفعة)، وفي مستويات السن (طفل - راشد - شيخ)، وفي مراحل النمو (ظهور اللغة قبل المشي أو العكس، ظهور أو اختفاء بعض السلوكيات غير السوية مع التقدم في السن)، يصبح تفسير التظاهرات المرضية وتحديد أفضل تدخل ممكن وأفضل علاج محتمل من الرهانات الصعبة.

- إن تعدد أسباب الاضطراب يؤدي إلى صعوبة إقامة تشخيص جيد وناجح. فعوامل الوراثة والبيئة والأسرة والتربية والثقافة وشخصية المريض، كلها عناصر ومحددات يتوجب على عالم النفس العصبي أن يأخذها في الاعتبار لتفسير طبيعة الاضطراب وحدته وعواقبه. وهذا أمر يكون في الغالب صعب المنال.

- إن القياس النفسي العصبي يشكل واحداً من حدود التقويم. فرغم انتشار البطاريات وتنوع الاختبارات، فإن تقنينها وتعريفها وفق ضوابط وصفات الاختبار الجيد (الحساسية، الثبات، الصدق)، يبقى من الإجراءات المحدودة التي تستوجب مجهوداً أكبر. هذا فضلاً عن مكوّنها اللغوي الذي يكون في الغالب بالإنجليزية، وإلى حد ما بالفرنسية، الأمر الذي يصبح معه استخدامها في السياقات العربية دون تقنين أو تعيير من الرهانات الصعبة المحدودة الأهمية والفائدة.

- تمركز معظم اختبارات التقويم الحالية حول الإنجاز والأداء Performance، وبالتالي افتقارها الواضح للنماذج النظرية التي تسمح بفهم الأسباب العميقة للظواهر والأنشطة الملاحظة. لهذا يبدو أن المقاربة المبنية على الأداء والإنجاز تبقى غير كافية للتقويم النفسي العصبي. فرغم كونها تسمح بتلمس أوي للحالة المقصودة بالتقويم، إلا أنها لا تقدم فهماً حقيقياً للصعوبات التي يلاقيها المبحوث، وبالتالي لا توفر القاعدة الملائمة للتدخل العلاجي الفعال.

- حيث إن كل فعل تقويمي يخضع لانزلاقات ومواربات كثيرة، فإن تقنين أدواته وتدقيق إجراءاته يشكلان مطلباً علمياً ضرورياً للحد من آثار تلك الانزلاقات والمواربات، رغم أن جانباً من ذاتية المقيّم يبقى مطروحا بالنسبة لتأويل الملاحظات والنتائج.

- على الرغم من الأهمية التي يوليها التقويم النفسي العصبي للحالات الفردية والجماعية وفهم أعراضها الإكلينيكية، إلا أن هذه الأهمية لن تعوّض أبداً ثراء المقاربة المتعددة التخصصات التي تتحدد أفضليتها في فحص نفس الشخص وتفسير أسباب الاضطراب لديه من خلال وسائل وأدوات متعددة المصادر ومتنوعة الأوجه.

- يعتبر تحديد الاضطرابات المعرفية أفضل وسيلة للكشف عن نتائج الأمراض العصبية النمائية. فقد ثبت أن هذا التحديد غالباً ما يساعد على تحقيق أهداف الإدماج المدرسي والتوافق الاجتماعي والتكيف المهني، وبالتالي تحسين جودة الحياة للعديد من الأشخاص الحاملين لإصابات دماغية أو اضطرابات في التعلم أو غيرها. ونعتقد أن المغرب والعالم العربي عامة ما يزال يعاني من خصائص كبيرة على هذا الصعيد. فأغلب علماء النفس العصبي يعملون في المراكز الاستشفائية أو في بعض عيادات الترويض، بحيث إن الممارسة المهنية لم تتأسس بعد لتأخذ مكانها في المؤسسات والمرافق والمنظمات التي تملك صفة مساعدة الطفولة غير المتكيفة (المراكز الطبية والنفسية والتربوية، القطاع الصحي والاجتماعي...). ونظراً للطلب المتزايد على التقويم والتشخيص والعلاج، فقد صار من الضروري أن تأخذ الممارسة الحرة نصيبها ولكن بناء على نظام أساسي مقنن تشرف على إجرائه وتطبيقه مؤسسات ومراكز عمومية وخاصة معترف بها وذات مصداقية.

المراجع

المراجع العربية:

- الغالي، أحرشاو (قيد الطبع). التقويم في علم النفس العصبي المعرفي: من الفحص والتشخيص إلى العلاج والتكفل. فاس: مطبعة سبيما Imprimerie SPIMA.
- الغالي، أحرشاو (2017). الاختبارات النفسية: نماذج وممارسات. مجلة دفاتر مختبر الأبحاث والدراسات النفسية والاجتماعية، العدد 9.
- الغالي، أحرشاو. (2015) الكفاءات المعرفية لدى الطفل. فاس: مطبعة سبيما Imprimerie SPIMA.
- المجلس الأعلى للتربية والتكوين والبحث العلمي (2017). رأي المجلس في موضوع التعليم الأولي: أساس بناء المدرسة المغربية الجديدة. الرباط: منشورات المجلس، رأي رقم 3 / يوليو 2017.
- فيصل، العفيف (2011). اضطرابات النطق واللغة. مكتبة الكتاب العربي: www.arabook.com.

المراجع الأجنبية:

- APA. (2015). Diagnostic and statistical manual of mental health disorders (DSM-5, trad. fr. 5ème éd). Washington, DC: Author.
- APA. (2004). Official position of the Division of clinical Neuropsychology on the role of psychologists in clinical use of fMRI: Approved by the Division 40 Executive committee July 8, 2004, Clinical Neuropsychologist, 18, 349-351.
- Barrouillet, P. (2007). Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques. Paris: éd. De INSRM, coll. Expertise Collective, pp. 176-177.
- Benton, A. (1987). Evolution of a clinical speciality. In Clin. Neuropsychologist, 1, 5-8.
- Berger, M. (2006). Les troubles du développement cognitive : Approche thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent. Paris : Dunod.
- Bigler, E. (2001). Neuropsychological testing defines the neurobehavioral significance of neuroimaging-identified abnormalities. In Arch. Clin. Neuropsychol., 16, 227-236.
- Bouneau, M., & Netter, J-L. (2001). Les difficultés langagières chez l'enfant. Colloque (L'oral à l'école), 25 Avril 2001- Anch
- Brauer, J., Amvander, A., & Friederic, A.D. (2011). Neuroanatomical prerequisites for language functions in the maturing brain. In Cereb. Cortex, 21, 459-466.
- Broca, P. (1861). Remarques sur le siège de la faculté du langage articulé suivi d'une observation d'aphémie. Dans Bull. Soc. Anat., 6, 330-357.

- Caplan, D. (2003). Aphasic syndromes. In K. M. HEILMAN AND E. E. Valenstein (eds.). Clinical neuropsychology. Oxford, UK: Oxford University, Press.
- Halligan, P. W, & Wade, D.T. (2005). Effectiveness of rehabilitation for cognitive deficits. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Kolbet, B., & Whishaw, Ian Q. (2008). Cerveau et comportement. Trad. Et adaptation: Jean-christophe cassel, Bruxelles : De Boeck.
- Lautrey, j. (2007). Psychologie de développement et de l'éducation. Paris : PUF.
- Lezak, M.D., Howieson, D.B., & Loring, D.W. (2004). Neuropsychological assessment. Oxford: Oxford University Press.
- Lobier, M & Valdois, S. (2009). Prise en charge des dyslexies développementales: Critères d'évaluation. Revue de neuropsychologie, 1, 102-109.
- Lussier, F., Flessas, J. J. (2001). Neuropsychologie de l'enfant : Troubles développementaux et de l'apprentissage. Paris : Dunod.
- Mazeau, M. (2003). Conduite du bilan neuropsychologique chez l'enfant. Paris : Masson.
- Posner, M.I. (2000). Cognitive Neuroscience : origine and promise. In Psycho. Bull., 126, 873-889.
- Siksou, M. (2012). Introduction à la neuropsychologie clinique. Paris : Dunod.
- Solms, S., & Turnbull, O. (2002). The brain and the inner world : An introduction to the neuroscience of subjective experience. Londre: Karnac.
- Tourette, C. (2006). Evaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement. Paris : Dunod.
- Wilson, B.A. (2008). Neuropsychological rehabilitation. Annual Review of clinical Psychology, 4, 141-162.

