الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

People's Democratic Republic of Algeria

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Ministry of Higher Education and Scientific Research

جـامـعـة البليدة 2

University of Blida 2

كلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس وعلوم التربية و الارطوفونيا

الميدان: العلوم الاجتماعية

الشعبة: ارطوفونيا

التخصص: ارطوفونيا

محاضرات في

الحبسة وأساليب التكفل (1) و(2)

الطور: الليسانس

السنة: الثالثة

السداسي: الخامس والسادس

من اعداد الأستاذة: حميدوش سليمة

الرتبة: أستاذة محاضرة "ب"

السنة الجامعية: 2025/2024

فهرس المحتويات

معلومات عن المقياس	04
مقدمة	06
المحاضرة الأولى: تاريخ الحبسة	08
المحاضرة الثانية: ماهية الحبسة و المقاربات و التناولات النظرية لمفهوم الحبسة.	15
المحاضرة الثالثة: التوظيف العادي للغة: التنظيم العصبي التشريحي للغة–/التنظيم العصبي اللساني للغة	18
المحاضرة الرابعة: التوظيف المرضي للغة: الحبسة: أسباب الحبسة	26
المحاضرة الخامسة: تصنيفات المختلفة المتناولة للحبسة	35
المحاضرة السادسة: أنواع الحبسة القشرية و تحت القشرية (الطفل و الراشد) أنواع الحبسة الحركية غير الطليقة	38
المحاضرة السابعة: أنواع الحبسة الحسية الطليقة	45
المحاضرة الثامنة: أنواع أخرى للحبسة	53
المحاضرة التاسعة: حبسة الطفل	56
المحاضرة العاشرة: اعراض اللغة الشفهية : الاضطرابات الصوتية والفونولوجية، الاضطرابات الدلالية، النحوية والبراغماتية	59
المحاضرة الحادية عشر : اعراض اللغة المكتوبة	68
المحاضرة الثانية عشر: الاعراض النفس– العصبية المصاحبة للحبسة :: لابراكسيا و الاقنوزيا واضطرابات الذاكرة والوظائف التنفيذية	74
المحاضرة الثالثة عشر: تكملة الاعراض النفس– العصبية المصاحبة للحبسة	77
المحاضرة الرابعة عشر: تشخيص الحبسة أهمية تشخيص الحبسة : من منظور العصبي /الارطوفوني/ المعرفي/ النفس– العصبي	84
المحاضرة الخامسة عشر : الفحص الأرطوفوني: أدوات الارطوفونية المستعملة اثناء التشخيص والتقييم التشخيص وطرق تقييم اللغة الشفوية و اللغة المكتوبة لدى الفرد المصاب بالحبسة	87
المحاضرة السادسة عشر: المقابلة الارطوفونية	89
المحاضرة السابعة عشر: أدوات الارطوفونية المستعملة اثناء التشخيص والتقييم	93

المحاضرة الثامنة عشر: التقييم المعرفي: التحليل الدقيق لسياقات الخاصة بالمعالجة المعرفية للغة لتفسير الميكانيزم المصاب .	97
المحاضرة التاسعة عشر: التقييم النفس العصبي في ميدان الحبسة: ابراكسيا –الاقنوزيا، الانتباه و الذاكرة، الوظائف التنفيذية...	101
المحاضرة العشرون : إعادة التأهيل الحبسة عند الراشد و الطفل: ميكانيزمات الاسترجاع ميكانيزمات العصبية الفيزيولوجية لاسترجاع العفوي	107
المحاضرة الواحد و العشرون: تكملة محاضرة الاسترجاع وإعادة التأهيل بالحبسة: العوامل الفردية المؤثرة على الاسترجاع	111
المحاضرة الثانية و العشرون: اعداد مشروع علاجي	115
المحاضرة الثالثة و العشرون: مختلف المقاربات العلاجية للحبسة: الاستثارة، السلوكية، المقاربة السوفياتية: Luria et Tsvetkova، المقاربة السيميولوجية، المعرفية– المقاربة البرغماتية.	117
خاتمة	124
قائمة المراجع	125

فهرس الاشكال	
الشكل رقم1: المستويات الثلاثة للتقطيع وأربعة وحدات لسانية (A.Martinet1967).	21
الشكل رقم 2: المراحل الثلاثة الرئيسية في إنتاج اللغة اللفظية.	24
الشكل رقم 3: نموذج التقطيع المزدوج للغة ووضعتي الترتيب: (الانتقاء و التركيب) للوحدات للسانية	25
الشكل رقم4: المستويات الثلاثة للتقطيع و التشوهات الشفهية المقابلة لكل مستوى	64
الشكل رقم 5: النموذج المعرفي للفهم الشفهي (Girot 2013)	66

معلومات عن المقياس:

الجامعة	**على لونيسي البليدة 2**
الكلية	**العلوم الإنسانية والاجتماعية**
القسم	**علم النفس وعلوم التربية و الارطوفونيا**
الشعبة	**الارطوفونيا**
الفئة المستهدفة	**السنة الثالثة**
السداسي	**الخامس و السادس**
المادة	**الحبسة و أساليب التكفل (1) و (2)**
نوع الوحدة التعليمية	**وحدة تعليمية اساسية**
الارصدة	**05**
العامل	**02**
المجال الزمني	الوحدة سنوية ، بمجموع 45 ساعة، تتوزع على مدار 14-16أسبوعا في كلا السداسيين، بمقدار 03 ساعات أسبوعيا بين محاضرة وتطبيق
المعارف المسبقة المطلوبة	– في السداسي الخامس: لا يشترط على الطالب معارف مسبقة محددة لدراسة هذه الوحدة إلا ما أخذه خلال السداسيات السابقة في مقاييس اللسانيات والصوتيات وعلم النفس اللغوي وتشريح الجهاز العصبي المركزي . – في السداسي السادس: يشترط على الطالب معارف مسبقة بناءا على محتوى المادة في السداسي الخامس محددة لدراسة هذه الوحدة بالإضافة إلى ما أخذه خلال السداسيات السابقة في مقاييس اللسانيات والصوتيات وعلم النفس اللغوي وتشريح الجهاز العصبي المركزي.
الأهداف التعليمية	في السداسي الخامس: يتمثل الهدف من هذه الوحدة في دراسة مختلف الاضطرابات الناجمة عن إصابة مناطق اللغة في الدماغ، مع تصنيف مختلف أنواع الحبسات، سواء أكانت حبسة الطفل أم الراشد، مع اكتشاف مستويات الإصابة فيها والاضطرابات المصاحبة لها.

	في السداسي السادس: يتمثل الهدف من هذه الوحدة في استكمال ما تعرض له الطالب في السداسي الخامس في دراسة مختلف الاضطرابات الناجمة عن إصابة مناطق اللغة في الدماغ ، مع تصنيف مختلف أنواع الحبسات، سواء أكانت حبسة الطفل أم الراشد مع اكتشاف طرق تقييمها وإعادة تأهيلها .
نمط التقييم في المقياس	التأكد من مكتسبات الطالب عن طريق التقييم المستمر في الاعمال الموجهة وامتحان المحاضرة عند نهاية كل سداسي.

مقدمة:

يعتبر الدماغ مركز العمليات المعرفية البسيطة منها والمعقدة التي تتوزع في اجزاء مختلفة منه. ومن اجل تحقيق ذلك يجب ان يحافظ على صحة الدماغ وسلامته، فسلامة اللغة ترتبط ارتباطا وثيقا ومباشر بسلامة الجهاز العصبي المركزي، وبالرغم من أهميتها إلاّ أنها قد تختل نتيجة إصابة دماغية مكتسبة في إحدى بنيات المناطق المسؤولة عن إنتاجها، إذ يُسمى هذا الاضطراب اللغوي الناتج عن تلف دماغي مكتسب بالحبسة.

تعرض هذه المطبوعة سلسلة من المحاضرات لمقياس الحبسة وأساليب التكفل 1 و2 التي اعدت وفقا للبرنامج الذي اعتمدته وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، مقدمة لطلبة السنة الثالثة شعبة ارطوفونيا، بكلية العلوم الاجتماعية والإنسانية بقسم علم النفس وعلوم التربية و الارطوفونيا، وذلك ليتسنى للطلبة التحكم في اهم اساسيات و مبادئ المقياس، و التعرف على مختلف المفاهيم المرتبطة به، حيث يعتبر هذا المقياس من الوحدات الأساسية للتكوين تساهم في صقل معارف الطلبة فيما يخص دراسة الحبسة و أساليب التكفل 1 و 2 بما ان الحبسة من أهم اضطرابات اللغة و التي تعتبر كغيرها من الاضطرابات الأخرى لها تاريخها الخاص، فقد مرت بعدة مراحل وفترات لتصل الى ما وصلت اليه الآن، وعلى تعدد مفاهيمها وتعريفاتها يجمع العلماء على أنها ناتجة عن إصابة دماغية تؤدي الى تلف لنصف الكرة المخية اليسرى المسيطرة تؤدي بالفرد إلى فقدان الاتصال وتبادل الأفكار مع الآخرين، سواء باللغة الشفهية أو الكتابية.

و يعتبر موضوع الحبسة نقطة تقاطع بين العديد من العلوم العصبية والمعرفية النفسية، حيث تدرس اضطراب الحبسة من عدة زوايا و بأوجه النظر مختلفة، مما أدى الى تقديم تفسيرات و معلومات دقيقة وواضحة حول التوظيف الدماغي و اللغوي بالاعتماد على النماذج المعالجة اللغوية المقترحة من طرف علم النفس المعرفي و الى ما توصلت اليه نتائج تقنيات التصوير الدماغي الحديثة.

تهدف هذه المطبوعة الى التعرف على هذا الاضطراب بداية بالمراحل الذي مر به عبر التاريخ، ثم تعريف بالحبسة، أسبابها، دراسة مختلف الاضطرابات اللغوية الناجمة عن اصابة مناطق اللغة في الدماغ، تصنيف مختلف أنواع الحبسة مع اكتشاف مستويات الإصابة والاضطرابات المصاحبة لها، ثم التطرق الى وطرق التكفل به من حيث التشخيص والتقييم وإعادة التأهيل اللغة الشفوية والكتابية والوظائف المضطربة الاخرى على ضوء المقاربة الاستثارة و المقاربة السلوكية – المقاربة المعرفية – المقاربة البرغماتية.

و من اجل دراسة هذا المقياس، يتعين على الطالب السنة الثالثة ليسانس ارطوفونيا ان يكون ملما بمعارف مسبقة محددة لدراسة هذه الوحدة، ففي الحبسة و أساليب(1) السداسي الخامس لا يشترط على الطالب معرف مسبقة إلا ما أخذه خلال السداسيات السابقة في مقاييس اللسانيات والصوتيات وعلم النفس اللغوي وتشريح الجهاز العصبي المركزي، اما في الحبسة و أساليب التكفل (21) السداسي السادس يشترط على الطالب معارف مسبقة بناءا على محتوى المادة في السداسي الخامس محددة لدراسة هذه الوحدة بالإضافة إلى ما أخذه خلال السداسيات السابقة في مقاييس اللسانيات والصوتيات وعلم النفس اللغوي وتشريح الجهاز العصبي المركزي، حيث ان هذه المقاييس تعتبر الركيزة الأساسية من خلالها نتعمق اكثر في مقياس الحبسة و أساليب التكفل 1 و 2 و نتمكن من تحقيق اهدافه.

الكلمات المفتاحية: الحبسة، لمحة تاريخية، أسباب وأنواع و اعراض الحبسة الراشد و الطفل، تشخيص و تقييم و إعادة التأهيل الحبسة.

المحاضرة الأولى:

لمحة تاريخية عن الحبسة:

حظيت أبحاث الدماغ بدراسات عديدة ومتنوعة عبر التاريخ، لما يملكه من أهمية في تسيير حياة الأشخاص، حيث يعود تاريخ البحوث المتناولة لدوره، تحديد وظائفه إلى ما قبل الميلاد كما ذكر أن هناك اضطرابات لغوية نتيجة إصابات دماغية في مصر عام 1500ق.م مع وجود أدلة تثبتها دونت لأول مرة ما بين (2200ق.م و3000ق.م) في أوراق (نصوص طبية قديمة) سميت على اسم التاجر الذي اشتراها في عام 1862. [1]

تليها البحوث التي جاءت في الحقبة الرومانية، ففي سنة 200 قبل الميلاد هـ توصل العالم Gallien وهو جراح للمصارعين الروم من خلال أعماله إلى إدراك أن الإصابات الدماغية المتمركزة ينتج عنها اضطرابات في السلوك، وتلاه أفلاطون Platon(400) سنة قبل الميلاد الذي حصر مكان الروح في الدماغ لأنه العضو الأقرب إلى السماء من الجسم لكن حججه تبقى غير منطقية.

أما Aristoteأرسطو(350) سنة قبل الميلاد لاحظ أن الإنسان حيوان يملك دماغ أكثر تطورا مقارنة مع حجم جسمه، لكن لا يمكن حصر السياقات العقلية ضمن هذا العضو الأكثر برودة، فالأولوية تعود إلى القلب، لكونه عضوا ساخنا في تحديد مقر الحياة العقلية والعاطفية به.

بعد 1000عام حدثت وثبة كبيرة من طرف العالم ديكارت سنة 1600م حيث كشف الستار على أن الدماغ مقر تدبير الحياة العقلية مبرهنا على ذلك بقوله ان الوعي يستقر في غدة (pinéale) (تسمى بالغدة الصنوبرية ايضا) أي Epiphyse(الكردوس) المنطقة الوحيدة الفردية من الدماغ وباقي الدماغ عبارة عن فصين يلعبان دور الحماية. [2] واكتشاف فاليريوس ماكسيموس (Valerius Maximus) (20م) لأول حالة عمى قرائي ناتج عن صدمة دماغية.

---

[1]– Ardila Alfredo.(2014).Aphasia Handbook Florida International University .Miami, Florida. USA.p11

[2]–عوايجية حميدة. (2008). أثر الصورة الذهنية على التعرف على الكلمات المكتوبة لدى الحبسي، رسالة ماجستير في الارطوفونيا ، جامعة الجزائر 2. ص69

ففي بداية قرن التاسع عشر تم ظهور الحبسة من قبل الطبيب النمساوي Gall الذي قام بدراسة باطنية للدماغ وأثبت أن شكل الجمجمة يعكس النسيج الدماغ التحتي أما الذاكرة اللفظية فقد حددها في المركز الواقع ضمن الفصوص الأمامية من الدماغ. كما أن Gall كان يظن أن مركز الكلام يوجد في الفصوص، من بين مؤيديه الطبيب الفرنسي Bouilland ، في عام 1825م الذي يؤكد رأيGallاعتمادا على مبادئ عيادية تشريحية في تحديد موقع الكلام ضمن الفصوص الجبهة الأمامية، كما أكد أنه يمكن تحديد مركز الإصابة الدماغية حسب المظاهر والأعراض التي تنتج عنها.[1]

لكن هاته الفكرة كانت محل الجدال وخصوصا من قبل أعضاء جمعية الانتروبولوجين إلا أنها لقيت ترحيب من عند Auburtin وكذلك أثارت اهتمام الجراح بروكا(Broca)سنة1861، الذي أقر بأهمية النصف الأيسر في تسيير ملكة اللغة من خلال العمليات المتكررة التي أجرها مجموعة من المرضى الذين فقدوا اللغة وجاء في مجمل قوله "كنت مصدوما بهذا الحدث عن المرضى الأوائل المصابين بالافيميا Aphémie، و الإصابة لم تكن في نفس النقطة من الدماغ ولكن نفس الجهة هي اليسرى ، ومن خلال عدد من عمليات التشريح التي تعدى عددها 20عملية، وجدنا بصفة ثابتة الإصابة بالأفيميا في الجانب الأيسر من الدماغ ، ولاحظنا عند عدد كبير من المصابين بالأفيميا والذين لازالوا على قيد الحياة أنهم يظهرون شلل نصفي أكثر أو أقل ما يقال عليه أنه كلي، والذي يشغل الأعضاء الواقعة في الجزء الأيمن من الجسم، وهذا ذو أهمية كبيرة، فقد وجدنا دائما أنه على مستوى الفصيص الجبهي الثالث من نصف المخ الأيمن إصابات لم تسفر على تلف على مستوى اللغة، ويتضح كنتيجة أن الملكة المسؤولية على اللغة المنطوقة متوضعة في نصف المخ الأيسر من الدماغ إذ أنها تنتمي بصفة جلية إلى هذا النصف.

خلال أوائل عام 1861، درس الطبيب الفرنسي بول بروكا (Paul Broca)، حالة مريض فقد القدرة على الكلام وتمكن فقط من انتاج المقطع«**Tan**» حيث استعمل مصطلح Aphémie لوصف أعراض المريض من اضطرابات المكتسبة لملكة اللغة الشفهية. في عام 1865 صرح بروكا بالتالي: " الـ "Aphémie" مرتبطة بإصابة التلفيف الجبهي الثالث في نصف الكرة الأيسر".[2]

---

[1]–Lecours A.R., Lhermitte F (1979), L'Aphasie. Ed Flammarion, Paris.pp27-29

[2]–Ardila Alfredo.(2014).Aphasia Handbook Florida International University .Miami, Florida. USA.p14

توصل بروكا إلى اكتشاف أن:

- ✓ المنطقة المسؤولية عن اللغة وهي (F3)الفصيص الجبهي الثالث من النصف الكرة المخية الأيسر.
- ✓ تحديد مصطلح الهيمنة المخية(Dominance cérébrale).
- ✓ الأعراض المصاحبة لإصابة التلفيف الجبهي الثالث وهو شلل نصفي معاكس للجهة المصابة.

اتفق العلماء على أن بروكا هو مكتشف هده المنطقة، إلا أن هاته المعلومات قد اكتشفت ثلاثون سنة من قبل من طرف الطبيب الفرنسي(Dax)سنة1836م، إلا أنه لم يبرهن معطياته بحجج قوية ومقنعة حيث قال "إصابة النصف الأيسر من الدماغ يصادف رموز التفكير". [1]

مصطلح الحبسة لم يظهر إلا عام 1867 مع مجيء العالم Trousseau حيث استبدل مصطلح Aphémie ب Aphasie وصنّف الحبسة ضمن اضطرابات فقدان الذكاء. [2]

لكن بروكا ألح على فكرته حيث عرض تصويره النهائي لأفيميا عام 1865م و قال: "هي نتيجة إصابة الجهة الخلفية للتلفيف الجبهي الثالث لنصف الكرة المخية اليسري" كما قسم بين زمن حركي و زمن حسي للحبسة و ذلك انطلاقا من أسس تشريحية.

اذن فان دراسة العلمية للغة بدأت مع التيار التشريحي–الاكلينيكي، والذي يؤكد العلاقة بين سيميولوجيا الاضطراب اللغوي والإصابة القشرية المحددة من خلال الفحص التشريحي – المرضي. من ملاحظات الأصلية لبروكا ولدت النظرية La théorie localisationniste: التي تقر بأن كل وظيفة معرفية تأخذ منشأها داخل الباحات الدماغية المحددة جيدا.[3]

---

[1]–عوايجية حميدة. (2008). أثر الصورة الذهنية على التعرف على الكلمات المكتوبة لدى الحبسي، رسالة ماجستير في الارطوفونيا ، جامعة الجزائر 2. ص70

[2]–عبدوش مريم.(2012). علاقة الكفالة الأرطوفونية بإعادة التربية الحركية عند المصاب بحبسة بروكا .رسالة ماجستير في الارطوفونيا ، جامعة الجزائر 2. ص17

[3]-Lecours A.R., Lhermitte F (1979). L'Aphasie. Ed Flammarion, Paris.p 37

وفي عام 1874 ظهر نوع ثاني من الحبسة، الذي عرف من طرف طبيب الاعصاب الألماني فرنيكي وهذا النوع من الحبسة عكس النوع الأول فهو يظهر نتيجة لإصابة الفصيص الصدغي الأول، ويتميز هذا النوع الثاني من الحبسة ب: سيولة في اللغة ولكن مشوهة بسبب نقص في المراقبة السمعية وكذلك المفحوص لا يفهم أي انتاج شفوي يصدر عنه أو من غيره، لذلك أشار فرنيكي الى وجود مركز ثاني خلفي للغة، وهذا المركز "صور الحسية للكلمات" يتموقع في المنطقة الصدغية الأولى اليسرى. اذن هناك مركزين للغة معترف بهما: مركز الاستقبال ومركز الإنتاج.

اثناء العقدين التاليين، أدت الملاحظات العيادية للحالات الى تعرف على مراكز أخرى خاصة بالصور مرتبطة بمختلف الوظائف اللغوية" " مركز الذاكرة البصرية" و "مراكز الكتابة"، كذلك الحبسة تكون مرتبطة بفقدان الصور الحركية اللفظية (حبسة حركية خالصة) والصمم اللفظي فقدان الصور السمعية والعمى القشري بفقدان الصور البصرية.

من بين المهتمين بالعلاقات بين هذه المراكز العالم فرنيكي هو الأول من وضع الفرضية التي تنص على ان هذين المركزين الحركي والحسي مرتبطا فيما بينها بواسطة الالياف العصبية. و في حالة حدوث إصابة في هذا المسار المجمع يؤشر الى وجود نوع ثالث من الحبسة و هي الحبسة التوصيلية، و التي وصفها فيما بعد Lichtheim سنة 1885.

توصل كل من Wernicke et Lichtheim et Déjérine عام 1906 في بحثهم الى نظرية الترابطية او التجميعية Théorie associationniste لمراكز الصور. بحيث أشاروا الى وجود مناطق تجميعية حول كل باحة للإسقاط الحسي الحركي. [1]

ليأتي بعدها الباحث Pierre Marie (1906م) الذي يرى أن الحبسة الحقيقية هي حبسة Wernicke وحدد أن إصابة منطقة وحيدة في نصف الكرة المخية الأيسر يمكن أن يؤدي إلى الحبسة: منطقة Wernicke المتمركزة في الشق فوق الهامشي والشق الزاوي وكذلك التلفيفين الصدغيين الأوليين، حيث وصف اضطراب عيادي آخر وهو Anarthrie وعرفه على أنه اضطراب يمس الكلام وليس اللغة ولخص أفكاره في المعادلة التالية: حبسة بروكا= حبسة فرنيكي+ انارتريا.

Aphasie de Broca= aphasie de wernicke+ anarthrie.

---

[1]–Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P05

أكد Jackson أنه في الحبسة لا يوجد تحطيم كلي للصور اللفظية بما أن الكلمات قد تظهر ضمن اللغة التلقائية للمريض إذا ما فقد هو اللغة الإرادية، أي بمعنى أخر فقد الحبسي القدرة على إنشاء الكلمات، وحدات لسانية معقدة، واضحة متماشية مع الظروف أو الوضعية المناسبة لها. وقام الطبيب النفساني Pick (1913م) بالنظر إلى اضطرابات اللغة كاضطرابات نفسية محضة مركزاً في دراسة اللغة لدى الحبسي على النشاط الإرادي حيث فرق بين الزمن النفسي الذي يوافق تنظيم الفكر والزمن اللغوي الذي يوافق صياغة اللغة المنطوقة بتفسير مفهوم الـ Agrammatisme (أخطاء نحوية).[1]

في حين اعتبر Head عام 1920م، باستعماله لمقاربة نفسو–عيادية، الحبسة اضطرابا يمس الصياغة والتعبير الرمزي أي يمس فهم واستعمال الرموز الخاصة باللغة وكذا الرموز التي لا تنتمي إليها اعتمادا على مصطلح الآلي والإرادي. أما الاخصائي النفساني Goldstein (1878-1965) الذي يتبع النظرية الجشطالتية، فقد ركّز في مفهومه العام للحبسة من خلال علم النفس العام وأشار إلى أن الحبسة هي استجابة العضوية لتصحيح التوازن المختل نتيجة الإصابة الدماغية.[2]

إذ تبيّن وجود اضطراب أساسي واحد عند كل الحبسيين وهو فقدان القدرة التصنيفية، فالحبسي لا يستطيع استخراج الكل من الكل وهو يدرك الأشياء بصورة غير واضحة وغير مميزة.

ففي القرن 20 سجل عام 1939 تطورا نوعيا في التناول التاريخي للحبسة، فالتقاء المختص في علم الأعصاب Alajouanine (1890–1980) وفي علم النفس Ombredane (1898-1958) وفي اللسانيات Durand أسفر عن ميلاد التيار العصبي اللساني وهذه الدراسة أعطت الاضطراب المسمى بـ "عرض التفكك الصوتي" في الحبسة، حيث استعمل المؤلفون المصطلحات اللسانية لتمييز التشوهات الحبسية.[3]

---

[1]–عبدوش مريم.(2012). علاقة الكفالة الأرطوفونية بإعادة التربية الحركية عند المصاب بحبسة بروكا .رسالة ماجستير في الارطوفونيا ، جامعة الجزائر 2. ص18–19

[2]-Lecours A.R., Lhermitte F (1979), L'Aphasie. Ed Flammarion, Paris. p 43

[3]–عبدوش مريم.(2012). علاقة الكفالة الأرطوفونية بإعادة التربية الحركية عند المصاب بحبسة بروكا .رسالة ماجستير في الارطوفونيا ، جامعة الجزائر 2. ص 20

فقد تم إثراء علم الحبسة بما قدمته اللسانيات العامة و الصوتيات، و في سنة 1956عرض Jakobson نظريته اللسانية الأولى للحبسة بوصف ثنائية اللغة العادية وفقا محورين: محور العمودي Paradigmatique اختيار الوحدات اللسانية و محور الافقي Syntagmatique الترتيب التسلسلي للوحدات اللسانية(التركيب)، فالحبسي اثناء تكلمه لديه مشاكل إما على مستوى اختيار الكلمات او على مستوى تركيب الكلمات.

ففي السنوات 1945–1970 ظهر علم النفس العصبي المعاصر بفضل مساهمة الأطباء الاعصاب والنفسانيين بأعمالهم على المفحوصين ضحايا الحرب. وأول من اقترح تصنيفا عصبيا لسانيا فعليا كان بفضل Luria عام 1964م حيث أخذ بعين الاعتبار اضطرابات التحليل السمعي، اضطرابات تركيب الفونيمات، اضطرابات تحليل المركبات الدلالية حيث حدد 5 أنواع للحبسة: حبسة حسية، حبسة سمعية–نسيانية، حبسة حركية صادرة، حبسة حركية واردة، حبسة دلالية، حبسة ديناميكية. [1]

منذ السبعينات القرن الماضي حدثت قفزة نوعية في المصطلحات وفي المنهجية أدت الى تطور المعارف في العلوم العصبية المعرفية للغة.

التطور الأول: تمثل في التطور المعرفي: كان هدف علم النفس المعرفي وصف البنية الهيكلية الوظيفية للأنظمة المعالجة اللغوية والتمثيلات التي بواسطتها تمارس عليها هذه المعالجات. باستخدام نماذج المعالجة المعلومة. و أما علم النفس العصبي المعرفي يدرس العجز الناتج عن الإصابات الدماغية لفهم تنظيم وتوظيف السياقات العقلية العادية.

التطور الثاني البعد البراغماتي للغة. تشير الوظيفة البرغماتية إلى استخدام اللغة التي تم تصورها كعمل تم إجراؤه بالتفاعل مع البيئة.

التطور الثالث كان مع تطور تقنيات التصوير الاشعاعي الدماغي التي استمرت في تطور الى غاية وصول الاحدث: التصوير الدماغي الوظيفي. حيث أن هذه تقنيات خاصة بالتشخيص سمحت بالتعرف ودراسة الوحدات الجديدة كحبسة تحت القشرية والحبسة في الامراض العصبية الانحلالية. و هذه التقنيات ترسم تدريجيا خريطة لمناطق الدماغ التي تشارك في العمليات المعرفية وترابطاتها عبر حزم المادة البيضاء، و نتيجة هذا التقارب بين المفاهيم التشريحية–الإكلينيكية والمعرفية تسمح بظهور نماذج اتصالية او ترابطية Modèles connexionnistes.

[1]-Lecours A.R., Lhermitte F (1979). , L'Aphasie. Ed Flammarion, Paris. pp 357-360

حصل تطور كبير في هذه العقود الأخيرة فيما يخص المعارف في علم الحبسة. والذي كنا نعتقده مكتسب، فقد أعيد النظر فيه نتيجة توفر معلومات جديدة في مختلف الميادين: العلوم العصبية، علم النفس المعرفي، علم النفس العصبي البراغماتي، تصوير الدماغي... .[1]

1– Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson.pp08-09

المحاضرة الثانية: ماهية الحبسة:

تعريف وتناول الحبسة من أوجه النظر مختلفة:

اهتم العديد من علماء الأعصاب وباحثون ونفسانيون بموضوع الحبسة حيث أقيمت عدة دراسات حوله فتعددت واختلفت التعاريف، لذلك عرفت الحبسة من زوايا مختلفة وذلك حسب التخصص الذي تناولها حيث نجد التعاريف التالية: نذكر الأهم منها:

يطلق مصطلح الحبسة على الخلل الذي يطرأ على الميكانيزمات الحسية الحركية المسؤولة عن إدراك وإنتاج اللغة والذي يمسّ منطقة محددة من نصف الكرة المخية المسيطرة. [1]

كما يعني مصطلح الحبسة الاضطرابات التي تمس اللغة الناتجة عن إصابة إحدى بنيات المناطق المسؤولة عن إنتاجها (نصف الدماغ الأيسر بالنسبة لليميني ونصف الدماغ الأيمن بالنسبة لليساري).[2]

حيث تعتبر الحبسة "اضطراب في اللغة ناتج عن تلف مخي مكتسب، فهي اختلال نظامي في الميكانيزمات النفسية الحركية التي تتدخل في الإدراك والتعبير اللغوي، الموجود في منطقة محددة من نصف الكرة الدماغية المسيطرة، فالحبسي يفقد القدرة على استعمال اللغة كوسيلة للتواصل والتمثيل أو التصور الرمزي". [3]

يعرف لوقرو **Legroux** الحبسة على أنها تناذر مميز بانخفاض أو ضمور في القدرة العادية على الفهم أو التعبير عن الأفكار من خلال الإشارات المتفق عليها بالرغم من استمرار درجة الذكاء العادي وسلامة الأجهزة الحسية، المحيطية والعصبية المتدخلة في التعبير والإدراك لهذه الإشارات. نستنتج من هذا التعريف (التشخيص الفارقي):

– لا تنتمي إلى مفهوم الحبسة الاضطرابات الناتجة عن إصابات في الأجهزة الحسية، العضلية التي تساعد في التعبير أو الإدراك للإشارات.

---

[1]-Barbizet, J ; P. H. Duizaabo, J. D. DEGOS, J. Poirier. (1977). Abrégé de neuropsychologie, Masson, Paris.p32

[2]-Lecours A.R., Lhermitte F (1979). L'Aphasie. Ed Flammarion, Paris. P14

[3]-Pottier, B., Touchon, J., & Ekelsberger, E. (1995). Aphasies et Langage. Edition.Espaces p47

– لا تنتمي إلى مفهوم الحبسة اضطرابات الكفاءة التعبيرية الناتجة عن إصابات أولية للذكاء فاضطرابات الكلام، الكتابة والقراءة الناتجة عن خمول في الذكاء أو الخرف المكتسب أو البلاهة لا تنتمي إلى ميدان الحبسة، ونفس الشيء بالنسبة للاضطرابات الناتجة عن شلل في الجهاز النطقي أو اليد أو عن إعاقة سمعية أو عمى.[1]

تعريف القاموس الأرطوفوني:

يعد تروسو A.Trousseau أول من اقترح مفهوم للحبسة وهذا التعريف اعتمد عليه في القاموس الأرطوفوني، حيث يقول تروسو بأن: "الحبسة إضطراب في النظام اللغوي الذي يمس الترميز (ناحية التعبير) أو/وفك الترميز (ناحية الفهم)، والذي قد يخص اللغة المنطوقة و/أو اللغة المكتوبة. هذا الإضطراب لا يتعلق لا بحالة عته ولا بإصابة حسية، بل هي راجعة لإصابة دماغية محلية أو منتشرة على العموم في المنطقة الجبهية، الجدارية و/أوالصدغية لنصف الدماغ الأيسر ذات المصدر وعائي، صدمي وأورامي.[2]

تعريف علم اللسانيات:

تعرف اللسانيات الحبسة على أنها " مجموعة من الاضطرابات المرضية التي تخل بالتواصل اللغوي دون عجز عقلي خطير، و يمكن أن تصيب إحدى المقدرتين فقط ويرجع سبب هذه الاضطرابات إلى إصابات موضعية للنصف الأيسر من الدماغ عند مستعملي اليد اليمنى، و في غالب الأحيان أيضا عند مستعملي اليد اليسرى مع تميزهم ببعض الخصوصيات" [3]

تعريف Damasio AR:

لأكثر أهمية في تشخيص هذا الاضطراب، حيث يرى AR Damasio على أنها خلل في الفهم وصياغة الرسائل اللفظية نتيجة إصابة مكتسبة حديثا للجهاز العصبي المركزي". كل مصطلح من المصطلحات

---

[1]–مقراني ليامنة .(2017) . اقتراح بروتوكول علاجي معرفي لَاضطرابات الحساب ومعالجة الأعداد عند المصاب بالحبسة جامعة الجزائر 2، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في الأرطوفونيا.ص20

[2]-Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2018). Dictionnaire d'Orthophonie (4ème édition). Ortho Edition. p18

[3]– بلعيد صالح.(2011).دروس في اللسانيات التطبيقية. ط1. دار هومة. الجزائر. ص177

الواردة في هذا التعريف يجعل من الممكن التمييز بين الحبسة والاضطرابات الأخرى وانحرافات لسانية:

اضطرابات اللغة المكتسبة حديثًا / اضطرابات اللغة الخلقية أو النمائية؛

الجهاز العصبي المركزي / استخدام منحرف للغة فيما يتعلق باستخدام اجتماعي معين أو اضطراب نفسي او إصابة نفسية؛

الرسائل اللفظية / اضطرابات التواصل الإيمائي أو الانفعالي؛

فهم الرسائل اللفظية / الاضطرابات الإدراكية السمعية (الصمم) أو البصرية (العمى)؛

صياغة الرسائل اللفظية / اضطرابات الصوت أو النطق.

أخيرًا، يميز AR Damasio الحبسة عن اضطرابات اللغة التي يمكن ملاحظتها في حالات الاختلاط الذهني الناتج عن تلف في الوعي. [1]

وبصفة عامة الحبسة هي اضطراب لغوي ناتج عن إصابة المناطق المسؤولة عن اللغة في الدماغ التي توجد لدى معظم الناس في الشق الأيسر، وإصابة مراكز اللغة يؤدي إلى خلل في الوظائف اللغوية المختلفة بدرجات مختلفة على حسب شدة ومكان الإصابة.

و في الحقيقة هناك تعريفات عديدة للحبسة لان الحبسة او الافازيا موضوع بحث و درس مشترك بين اختصاصات عديدة، و منها الطب و اللسانيات و علم النفس العام و علم النفس اللغوي، و بالتالي اختلفت التعريفات باختلاف وجهات النظر و الاهتمامات، كما اختلفت تصنيفات العلماء للحبسة باختلاف المعايير التي اعتمدوها.[2]

تنوع المقاربات المتناولة لهذا الاضطراب أكسبه الكثير من الدقة والشمولية، فالمتفق عليه هو كون الحبسة اضطراب لغوي مكتسب، ينتج عن إصابة عصبية مركزية للمناطق الدماغية المتخصصة في اللغة، مؤدية لاختلالات في القطب التعبيري و/أو الاستقبالي للجانب الشفهي و/أو الكتابي.

---

[1]–Viader F, Lambert J, de la Sayette V, Eustache F, Morin P, Morin I, Lechevalier B. Aphasie. Encycl Méd Chir (Elsevier - Paris) Neurologie 2002 ; 17018-L10.p 02

[2]–بلعيد صالح.(2011).دروس في اللسانيات التطبيقية. ط1. دار هومة. الجزائر .ص177

المحاضرة الثالثة:

التوظيف العادي للغة:

1- التنظيم العصبي التشريحي للغة:

Organisation neuro-anatomique du langage :

ان المناطق الدماغية التي حددها ديجيرين Déjerine في بداية القرن 20 المتموقعة في نصف الكرة المخية اليسرى، والذي يعتبر الوحيد المتحكم والمسيطر على اللغة. كما هو معروف حاليا إذا كان نصف الكرة المخية اليسرى هو المسيطر، فان نصف الكرة المخية اليمنى يلعب أيضا دورا مهما في المهارات اللغوية.

بفضل تطور البحوث العيادية في التخصص الدماغي للغة إلى حد كبير في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين، ومن خلال أعمال بول بروكا P.Broca(1861) وكارل فرنيكي C.Wernicke(1874). فقد تم وضع قطبين للغة:[1]

قطب متخصص في التعبير (المنطقة الحركية)، والقطب الثاني متخصص في تلقي المعلومات (المنطقة الحسية)، ان ربط الاضطراب بمنطقة دماغية معينة يعرف بالتيار التجميعي le courant associationniste، الذي يفترض وجود روابط بين هذين القطبين اللغويين ما تسمى بالحزم المقوسة في نصف الكرة المخية المسيطر (الايسر).

القطب التعبيري: و يشمل سفح التلفيف الجبهي الصاعد، و منطقة التمثيل القشري لأعضاء التصويت، و بنى تحت القشرية مشاركة في الحركة (النواة المذنبة noyau caudé والنواة العدسية noyau lenticulaire)بالإضافة الى الاحزمة المشتركة، التي تربط مختلف هذه المناطق القشرية و تحت القشرية، انطلاقا من المعلومات التي تم اعدادها من طرف القطب الحسي حول المكون الفونولوجي للكلمات، فيقوم القطب التعبيري باختيار برامج حركية التي تنجز الكلام ثم تنفظها، ودوره في استعمال و فهم الصيغ النحوية بالغ الأهمية(Heral)، كما سمحت من قبل ملاحظات (Paul Broca, 1861) بتأكيد وجود قطب امامي تعبيري للغة، يقع في النصف الايسر من الدماغ الذي يوافق الثلثين من التلفيف الجبهي الصاعد الخلفي و الأوسط (باحات 44 و 45).

---

[1]– Sophie Chomel-Guillaume, Gilles Leloup, Isabelle Bernard .(2021). Les aphasies. Évaluation et rééducation. 2édition. Éd :

القطب الحسي الاستقبالي: يمتد الى الفصيص الأسفل ومنطقة ما فوق شق سلفيوس، التي تشكل المنطقة الكلاسيكية لفرنيكي، يتدخل في نفس الوقت في استقبال فهم اللغة، من خلال فك ترميز أصوات اللغة و يعطي معنى للكلمات كما يتدخل في تكوين اللغة عن طريق اختيار كلمات حسب معناها و سياق تعبيرها، و من خلال تسلسل الأصوات التي تشكلها، ترتيبها في مقاطع ثم ترتيب المقاطع في الكلمة و في الأخير ترتيب الكلمات في الجملة.[1]

موقع مركزي ترابطي: Une zone centrale associative

ترتبط تشريحيا باحات بروكا مع باحات فرنيكي بواسطة ألياف ترابطية للحزم المقوسة. تشمل المنطقة، كل من القشرة الجزيريةle cortex insulaire ، والجزء الوصاد la portion operculaire من الباحات الحركية (باحة 4 و 6) والمناطق الحسية (باحة 1، 2، 3)، ومنطقة الوصاد الجداري une zone operculaire pariétale بما في ذلك المنطقة الحسية.

يؤدي تلف هذه المنطقة إلى انقطاع التواصل ما يسبب في ظهور حبسة التوصيلية، ولكل مركز من هذه المراكز اللغوية خصوصيته، لكنها لا تستطيع أن تعمل إلا من خلال التفاعل. فلكل من باحة بروكا و باحة فرنيكي شيء فريد (ومشترك)، حيث تقع هاتين الباحتين عند المفصل، بين القشرة المخصصة لمعالجة المعلومات الأولية، مع القشرة التي لها وظيفة متعددة الوسائط ومتباينة للغاية" خارج منطقة قرب سلفيوس périsylvienne وصفها Penfield (1963) بأنها تحتوي على وظيفة لغوية، وتتمثل في باحة حركية إضافية aire motrice supplémentaire, (الموجودة على الوجه الداخلي للفص الجبهي). فعند إصابة هذه الباحة تؤدي إلى نقص الحافز على الكلام، الأمر الذي يمكن أن يصل إلى الخرس، كما انها تشارك أيضا في نطق الكلمات.

تتفق معطيات التصوير الدماغي بشكل عام حول ما توصلوا اليه بخصوص موقع مناطق اللغة. ومع ذلك، حتى لو وجدنا أشكالًا محض نسبيًا للحبسة التعبيرية والاستقبالية، الا انه توجد أيضا أشكالًا أخرى تجمع بين أعراض مختلفة ولا يمكن إدراجها الى هذا التقسيم (Démonet، 1987؛ Damasio، 1992؛

---

[1]– مساحلي طاهر.(2019). دراسة الاضطرابات الفونولوجية في الحبسة من خلال اقتراح أداة للتقييم و تقنية للتكفل باستعمال مفاهيم النظرية الخليلية الحديثة. أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علوم اللسان والتبليغ اللغوي تخصص أمراض الكلام، قسم علوم اللسان، جامعة الجزائر - 2 أبو القاسم سعد الله.ص34

Lechevalier، 1989؛ Alexander، 1996). حيث هناك مناطق أخرى لها علاقة بالأنشطة اللغوية كالبنيات تحت القشرية، وهذا ما يشير إلى ان التنظيم الدماغي للغة معقدا بشكل كبير من مجرد تفاعل بسيط بين الباحتين الرئيسيتين(بروكا وفرنيكي).[1]

2-التنظيم العصبي اللساني للغة:

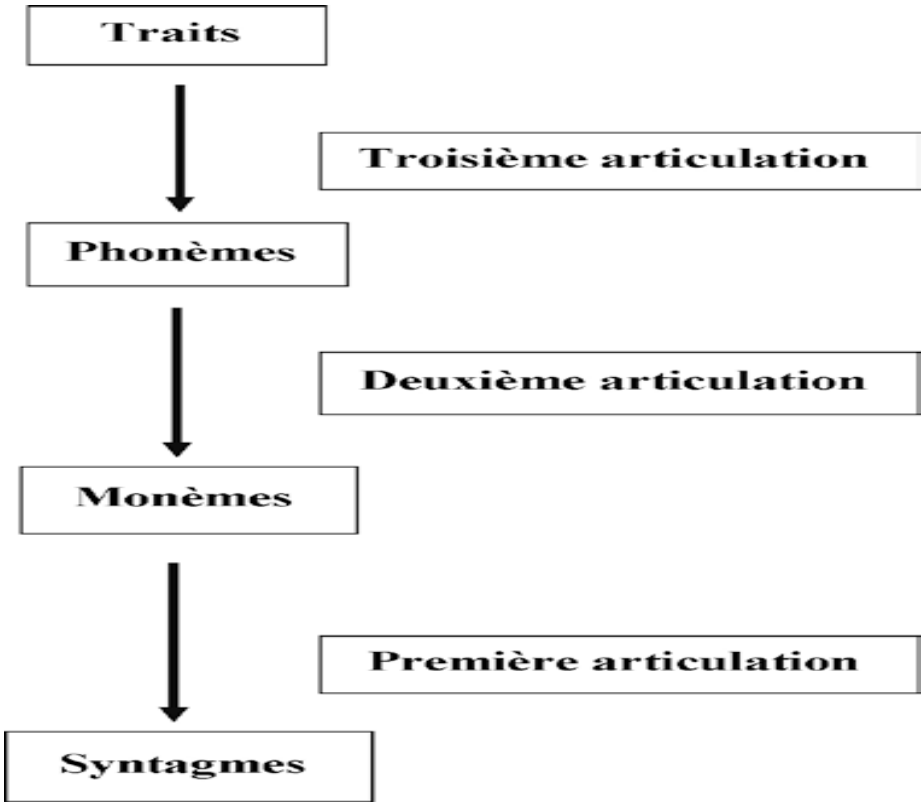
Organisation neuro-linguistique du langage :

يتطلب التحليل الدقيق لاضطرابات اللغة لدى الراشد المصاب دماغيا (cérébrolésé)لأهداف تشخيصية و علاجية معرفة الوحدات اللسانية المكونة للغة المستعملة، و معرفة المصلحات العلمية المتفق عليها لوصف المستويات المختلفة المضطربة في المعالجة اللغوية. وهدفنا هنا ليس تقديم تذكير مفصل بالتنظيم البنيوي للغة، بل التذكير بالعناصر التي كانت أساس ظهور التيار العصبي اللساني (Neurolinguistique) الذي لا يزال يشكل حتى يومنا هذا مرجعًا للعديد من المختصين الأرطوفونيين العياديين في وصف التحولات الشفوية او البرافازيا.

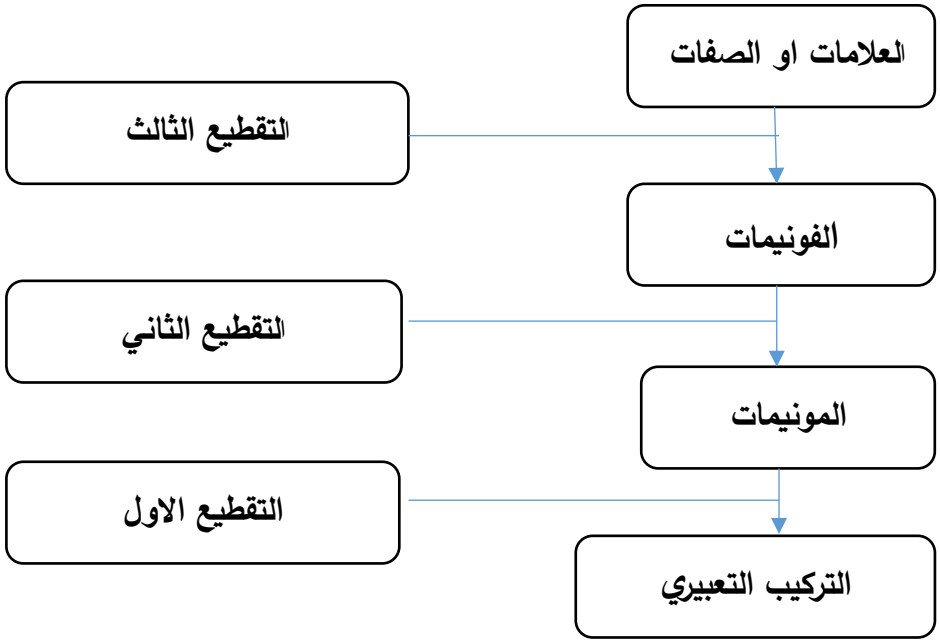
الوحدات اللسانية:

يتضمن النموذج اللساني للغة أربعة أنواع من الوحدات اللسانية وثلاثة مستويات للتقطيع لتحقيق الكلام واللغة. يصف النموذج التالي، الذي اقترحه Buyssens (1967)، نوع التقطيع من الوحدات البسيطة إلى الوحدات الأكثر تعقيدا.

[1]-Manchon, Mélanie. (2011). Le lexique des verbes en dénomination orale : étude exploratoire chez l'aphasique et étude en IRMf chez le sujet sain. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II. Thèse en vue de l'Obtention du Doctorat en Sciences du Langage Neuropsycholinguistique p 35



الشكل رقم1: المستويات الثلاثة للتقطيع وأربعة وحدات لسانية (A.Martinet1967)[1]



الشكل المستويات الثلاثة للتقطيع وأربعة وحدات لسانية

(A.Martinet1967)

[1]–Sophie Chomel-Guillaume, Gilles Leloup, Isabelle Bernard .(2010). Les aphasies Évaluation et rééducation.. Éd :Masson. p16

الصفات او وحدات التقطيع الثالث:

Les traits ou unités de troisième articulation :

تتوافق مع الحركات الأولية للجهاز الفمي–التصويتي. فهي تتمثل في حالة محددة للجهاز الفمي–التصويتي، على سبيل المثال (حركة الزفير، أو اهتزاز الأحبال الصوتية، أو انقباض شراع الحنك...الخ). المستوى الثالث للتقطيع أو المستوى الصوتي (النطقي) (phonétique) يوافق اختيار عدد محدد من الصفات والتركيب بينها حسب قواعد الاتفاق الصوتي (النطقي) المستخدم مما يؤدي الى انتاج الفونيمات.

الفونيمات او وحدات التقطيع الثاني:

Phonèmes ou unités de deuxième articulation

تشكل أصغر الوحدات الصوتية ، عددها، بالنسبة لمجتمع لغوي معين، مستقر و تنسيخها الصوتي مرمز بواسطة الأبجدية الصوتية الدولية.(IPA) .ان مستوى التقطيع الثاني او الفونولوجي(phonologique) أو الفونيمي (phonémique)يوافق اختيار وتسلسل وتركيب الفونيمات باتباع النظام الفونولوجي المستخدم و المتفق عليه، الذي يؤدي الى تحقيق المونيمات.

المورفيمات (المونيمات) او وحدات التقطيع الاول:

Morphèmes ou unités de première articulation

تعتبر بأصغر وحدات المعنى، حيث تشمل هذه الوحدات على محتوى دلالي نسميه المدلول (signifié) والتعبير الصوتي أو الدال(signifiant). و للمونيمات وظيفة نحوية تنقسم إلى عدة فئات:

- المونيمات أو المورفيمات المعجمية.
- اللواحق: البوادئ و الاواخر.
- المونيمات النحوية.

يوافق مستوى التقطيع الأول أو المستوى الصرفي التركيبي اختيار و ترتيب و تركيب المونيمات باتباع القواعد الصرفية التركيبية مما يؤدي إلى إنتاج التعبيرات التركيبية Syntagmes.

التعبيرات التركيبية Syntagmes: وهي تشمل مجموعة من المونيمات المنظمة وفقًا للقواعد الصرفية التركيبية الحاملة لمعنى محدد.

–**وفي التمثيل الكتابي** نجد نفس المستويات التقطيع المذكورة اعلاه:

بالنسبة للغة المكتوبة:

الصفات الخطية: او وحدات التقطيع الثالث التي تشير الى الحركات الأولية اليدوية التي تشكل الحرف والتي تعتبر كوحدة التقطيع الثاني.

و مع ذلك، في هذا السياق لابد من التمييز بين الغرافيم (graphème) و الحرف (lettre) ففي الواقع، الحرف ليس المعادل الكتابي للفونيم، اذ يعرف الغرافيم كحرف او مجموعة من الحروف التي توافق فونيم محدد (في اللغة الفرنسية مثلا: توافق مجموعة معينة من الحروف مع فونيم واحد /K = (qu)//f/ = (ph) ، مجموعة من الغرافيم تحيل الى نفس الفونيم /k = (k) ,(c) ,(qu) /

كما تشكل المونيمات والتراكيب التعبيرية مقابلا للوحدات التقطيع الأول في التمثيل الشفوي.[1]

مستويات التحليل:

قد سمح التناول اللساني تمييز بين المستويات المختلفة لتحليل اللغة التي تعكس سيرورات الفهم وإنتاج الرسالة اللفظية. والذي سمح فيما بعد للباحثين المعرفيين بوصف مختلف مستويات المعالجة المعلومة اللغوية.

الفهم: تتطلب المعالجة التي تتم اثناء الانتقال من الصوت الى المعنى تحديد وحدات اللغة، وتحديد وظائف هذه الوحدات انطلاقا من تنظيمها في الجملة وتحديد الوظيفة التواصلية للرسالة.

التحليل الفونولوجي: على المستوى الفونولوجي أو الفونيمي، يتعرف المستمع في تدفق الصوت على سلسلة متتالية من الوحدات التي تنتمي إلى نظام اللغة: الفونيمات أو ما يسمى بوحدات "التقطيع الثاني". يتم تفسير الانطباع الصوتي على أنه تحقيق للتسلسل.

التحليل المعجمي: أما على المستوى المعجمي فهو مستوى إسناد المعنى. تشكل ما يسمى بوحدات التقطيع الأول التي تسمى المورفيمات أو المونيمات أصغر وحدات المعنى. إذ تتضمن هذه الوحدات محتوى دلاليًا يسمى المدلول (أو المعنى) والتعبير الصوتي (تسلسل الفونيمات) أو الدال. هناك نوعان من المورفيمات: المورفيمات المعجمية و المورفيمات النحوية. الأول يعين الأشياء والصفات وما إلى ذلك، والثاني ينقل المعلومات النحوية.

يتطلب التحدث وفهم اللغة تعلم المعجم، ولهذا السبب يكون لدى الأفراد معجم داخلي.

التحليل التركيبي: تتضمن هذه الخطوة تحديد وظائف الكلمة في الجملة بناءً على أدلة مثل الفئة النحوية للكلمات في الجملة، وترتيب الكلمات والعلامات الصرفية. تلعب الإشارات الدلالية والسياقية دورًا أيضًا في

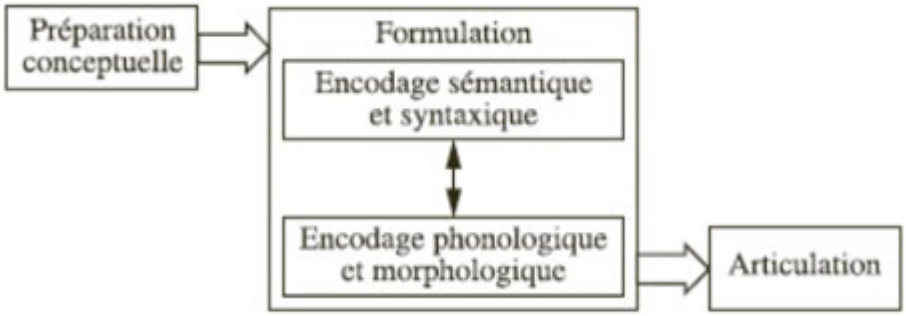
[1]–Sophie Chomel-Guillaume, Gilles Leloup, Isabelle Bernard .(2021). Les aphasies Évaluation et rééducation.. Éd :

هذا النوع من التحليل.

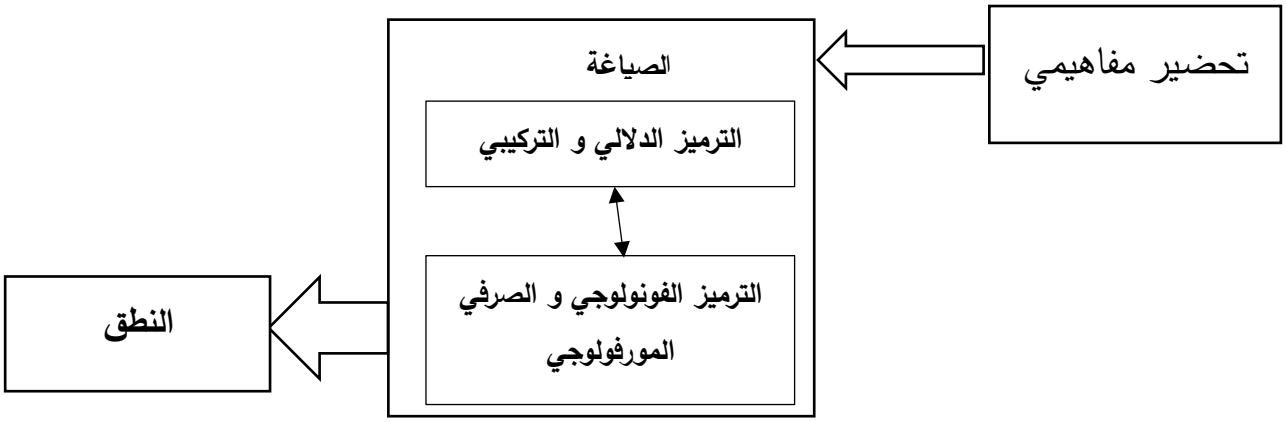
التحليل الدلالي: مستوى اسناد المعنى للكلمات ثم للجمل.

التحليل البراغماتي: هو تيار من اللسانيات، تأخذ اللسانيات البرغماتية في الاعتبار القيمة المتعمدة للغة وأهمية السياق في تفسير معنى العبارة. يتضمن ذلك فك ترميز الرسالة وفقًا لقواعد اللغة واستخدامها (نظريات أفعال اللغة) (théories des actes de langage). [1]

الانتاج: يمكن إنتاج اللغة بنفس مستويات التحليل. ووفقا ل Seguiو Ferrand يقوم المتحدث أولاً بإنشاء نشاط مفاهيمي يتضمن تصميم نية التواصل، ثم يقوم بنشاط تخطيطي ليحدد مضمون الرسالة وفقا للغرض التواصل والتمثيل الذي يقدمه للمتكلم وسياق الطرح...الخ، و على المستوى اللغوي، يجب عليه أن يخطط مسبقا لتسلسل العبارات وتنظيمها التركيبي. و يحدث التخطيط أيضًا على المستويين الفونولوجي و النطقي.



الشكل رقم 2: المراحل الثلاثة الرئيسية في إنتاج اللغة اللفظية



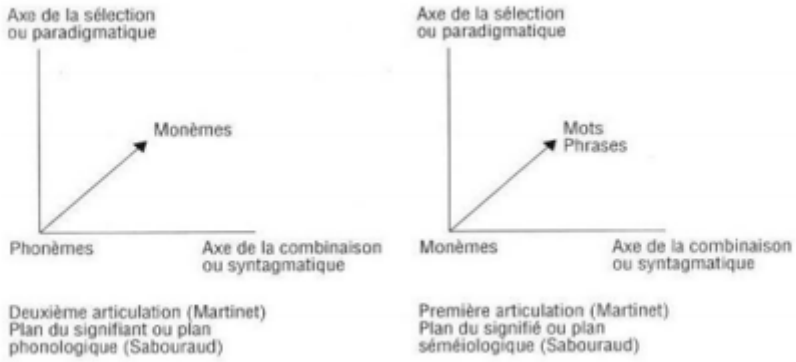
الشكل: المراحل الثلاثة الرئيسية في إنتاج اللغة اللفظية

تحضير المفاهيم – الصياغة(الترميز الدلالي/النحوي والفونولوجي/الشكلي) –النطقي .[1]

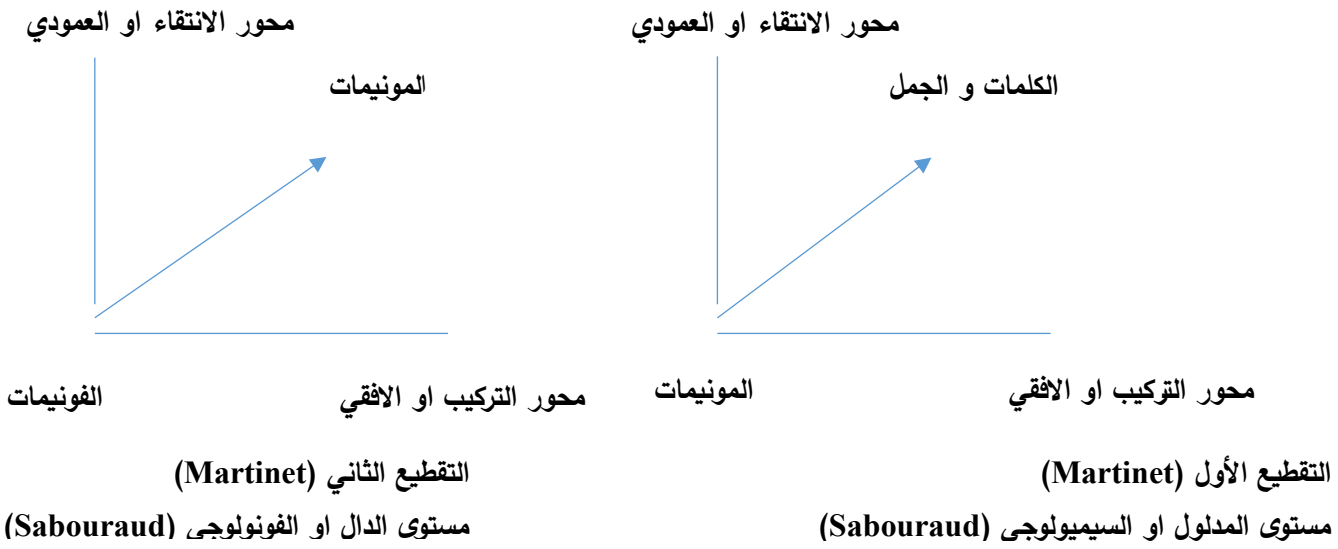
[1]–حنيفة جديد و بوخميس بوفولة.(2024). المقاربة العصبية المعرفية اللسانية لاضطرابات الإنتاج اللفظي في حبسة بروكا. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة باتنة1 المجلد24، العدد 02، ص ص 23-48. ص 26

في سنة 1967 قدم Martinet نموذج خاص بازدواجية التقطيع باقتراح محورين لترتيب الوحدات اللسانية: محور الانتقاء او محور العمودي او الانتقائي axe paradigmatique و محور التركيب او المحور الافقي او التركيبي axe syntagmatique .

عند تحقيق وحدات التقطيع العليا. تشير الوظيفة التركيبية او الافقية الى تركيب وحدات التقطيع السفلى في سلسة متتابعة لتشكيل وحدات التقطيع العليا. يخضع هذا التركيب لمجموعة من القواعد او الاتفاقيات التي تعلمناها وهي النظام المورفو–التركيبي للتقطيع الاول، والنظام الفونولوجي للتقطيع الثاني، وأخيراً النظام النطقي للمستوى التقطيع الثالث.



الشكل رقم 3: نموذج التقطيع المزدوج للغة ووضعتي الترتيب: (الانتقاء و التركيب) للوحدات اللسانية



نموذج التقطيع المزدوج للغة ووضعتي الترتيب: (الانتقاء و التركيب) للوحدات اللسانية

[1]-Gil Roger.(2000). Neuropsychologie. Ed Masson. P24

المحاضرة الرابعة: التوظيف المرضي للغة: الحبسة

أسباب الحبسة:

إن ميدان الحبسة يدرس اضطراب الوظيفة اللغوية الملاحظ عند الراشد، نتيجة الإصابات على مستوى نصف الكرة المخية اليسرى من الدماغ، فلو أردنا معرفة او تحديد الأسباب، كان لابد لنا من الاخذ بعين الاعتبار:

*موقع وامتداد الإصابة في منطقة اللغة والبيانات المتصلة بها.

*درجة الإصابة من حيث شدتها.

هذه الإصابات يمكن أن تظهر نتيجة أسباب مختلفة متعددة و متنوعة، في معظم الأحيان يعود سببها إلى الحوادث الوعائية الدماغية، ولكن يمكن أيضا أن تكون ناجمة عن اورام في الدماغ، أو الصدمات الدماغية التي تعتبر الأكثر شيوعا، كما تعود أيضا الى أمراض المعدية والالتهابية و الأمراض التطورية الانحلالية. يهدف تحليل أسباب الحبسة الى الفهم الجيد للمظاهر الاكلينيكية لهذه الإصابات وتطورها بالرجوع الى المرض المسبب، والى أصل وطبيعة ومكان وامتداد الإصابات في منطقة اللغة والبنيات المرتبطة بها.

يمكن للحبسة ان تحدث في أي لحظة ممكنة، فالإصابات في تزايد، فكل الاضطرابات الدماغية التي سنتطرق اليها يمكن ان تؤدي الى الحبسة:

1/ الحوادث الوعائية الدماغية Accidents Vasculaires Cérébraux:

أو الامراض الوعائية الدماغية: وتتمثل في مرض عصبي أكثر شيوعا، ويشكل الحادث الوعائي الدماغي السبب الثالث المؤدي للوفاة في العالم، والسبب العصبي الأول المؤدي الى دخول للمستشفى hospitalisation، (وتعتبر امراض القلب والسرطان السبب الأول اللذان يسببان إعاقة مكتسبة عند الراشد، والخرف يعتبر بالسبب الثاني)، وفي كل سنة نسجل عدد معتبر من حوادث وعائية دماغية التي تؤدي الى إصابة دائمة. وتعتبر من الأسباب الرئيسية للحبسة، والتي تمثل حوالي 75 % من حالات مصابين بالحبسة.[1]

---

[1]-Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P42

الحوادث الوعائية الدماغية:

يشير مصطلح الحادثة الوعائية الدماغية إلى اضطراب وظيفة الدماغ ناجم عن الآفات التي تصيب الأوعية الدماغية كانسداد لمعة الوعاء بخثرة أو وصمة أو تمزق الوعاء أو أية آفة تؤدي إلى اضطراب بنفوذية جدار الوعاء أو أي تغيير بنوعية الدم الوارد إلى الدماغ ويتضمن اضطربا الدوران الدماغي أي مرض يصيب الجملة الوعائية والتي تسبب بدورها نقص التروية والاحتشاء لجزء من الدماغ أو ضمن المسافة تحت العنكبوتية.

كما يطلق على هذا المصطلح على انه فقد مفاجئ للوظيفة العصبية وذلك عبر إعاقة التروية الدموية للدماغ.

تعرف منظمة الصحة العالمية "الحادثة الوعائية الدماغية على أنها تتميز بتعطل أو انقطاع الدورة الدموية للأوعية الدماغية في فترة زمنية .

حسب التعريف العالمي "الحادثة الوعائية الدماغية هي عجز مفاجئ محدد لوظيفة الدماغ سببها وعائي[1].

إن ارتفاع ضغط الدم والتدخين ومرض السكري والكولسترول وادمان على الكحول والسمنة هي الأسباب الرئيسية للسكتة الدماغية، ويمكن أن تنتج ثلاثة أنواع من الإصابات: التخثر، الانسداد والنزيف.[2]

1-1-الحوادث الوعائية الدماغية الإنسدادية :

Accidents Vasculaires Cérébraux Ischémiques :

تمثل حوالي 80% من الحوادث الوعائية الدماغية وتتمثل في انسداد الشرايين والأوعية الدموية المغذية للمخ ما يؤدي إلى حدوث جلطة دماغية تعطل أداء مراكز الدماغ لوظائفها بكفاءة، ويكون هذا الانسداد بواسطة كل من:

- سدادة: يعتبر انسدادا مفاجئا للوعاء الدموي، عادة نتيجة لجسم غريب (جلطة دموية، جسم غريب، مجموعة من البكتيريا)، التي تؤدي في حالة السدادة الدماغية الى تلين او حتى نخر المنطقة التي يغذيها الشريان الدموي المصاب.[3]

---

[1]– بن العيفاوي حليمة. (2021). الأبراكسيا الفكرية الحركية لدى المصابين بالحوادث الوعائية الدماغية وعلاقتها بالسلوك اليومي –دراسة نفس عصبية . –جامعة الجزائر 2 .أطروحة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في الأرطوفونيا. ص65

[2]-Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P44

[3]-Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2018). Dictionnaire d'Orthophonie (4ème édition). Ortho Edition. p125

- خثرة: تتمثل في انخفاض التغذية الدموية للشريان الناتج عن تشكل جلطة (caillot) داخل الوعاء الدماغي او التجويف القلبي. تتيح التدخلات الطبية الحديثة من الحد من التلف الدماغي المرتبط بغياب التمديد الدموي بواسطة تقنية Thrombolyse المتمثلة في تدخل علاجي يتم بواسطة حقن منتج في وعاء دموي يهدف الى تفكيك الجلطة الدموية التي تسد الشريان او في حالات نادرة الوريد واستعادة التغذية الدموية.[1]

الانسداد الوعائي يرتبط بتموضع الوعاء المصاب وفي اغلب الأحيان الشريان السيلفياني هو الأكثر إصابة. تمركز المنطقة المتعرضة الانسداد يحدد نوع الحبسة كالتالي:

– إذا خص الانسداد منطقة السلفيان العميقة من الجهة اليسرى (Artère Lenticulaire) نلاحظ حدوث حبسة تحت قشرية مصحوبة بعجز حركي لنصف الجسم الأيمن.

– الانسداد الحاصل على مستوى التفرعات الخلفية للشريان السيلفياني الأيسر (القشرة الجانبية الصدغية والجدارية الخلفية) ينتج حبسة فرنيكي، عمى نصفي أو رباعي، اضطرابات حبسية وابراكسيا.

– انسدادات منطقة الشريان الدماغي الأمامي الأيسر، تترجم بحبسة عبر قشرية حركية مصحوبة بشلل نصفي و اضطرابات حسية مسيطرة على الفخذ و اضطرابات في الانتباه قد تترجم على أنها شلل بصري نصفي.

– وقف الشريان الأمامي الأيسر (Choroïdienne) قد تنتج عنه حبسة تحت قشرية حيث أن الشلل النصفي و فقدان الإحساس في نصف الجسد و العمى النصفي الجانبي المتجانس هي أعراض تسيطر على الجدول العيادي.

– في حالة حدوث انسداد في المنطقة المحيطة بالشريان الدماغي الخلفي الأيسر نلاحظ ندرة الاضطرابات اللغوية.

– الإصابة المهادية قد تنتج حبسة تحت قشرية أو حبسة عبر قشرية حسية.[2]

---

[1]-Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2018). Dictionnaire d'Orthophonie (4ème édition). Ortho Edition. P364

[2]– عبدوش مريم.(2012). علاقة الكفالة الأرطوفونية بإعادة التربية الحركية عند المصاب بحبسة بروكا .رسالة ماجستير في الارطوفونيا ، جامعة الجزائر 2. ص ص 24–25

1-2-الحوادث الوعائية الدماغية النزيفية: Accidents Vasculaires Cérébraux Hémorragiques

وتسمى الحوادث الوعائية الدماغية النزيفية (accident vasculaire hémorragique cérébral) وهي اقل شيوعا من الحوادث الوعائية الانسدادية لأنها تمثل حوالي 20 % من الحوادث الوعائية الدماغية.

ويعتبر النزيف داخل الدماغي(Hémorragie intracérébrale) ، ونزيف تحت العنكبوتية (Hémorragie sous arachnoïdienne)الأكثر انتشارا. ينتج الحادث الوعائي النزيفي نتيجة تسرب الدم إلى الأنسجة الدماغية، التجاويف والفضاء تحت العنكبوتية. ونميز فيه: النزيف الأولي داخل الدماغ يحدث نتيجة انقطاع في الاوعية الدموية الصغيرة، وهو يمثل 80 % من الحوادث الوعائية النزيفية وأهم مسبب لهذا الانقطاع هو ارتفاع ضغط الدم (HTA) غير المعالج، الذي يؤدي الى تمزق في الأوعية الدموية التي تصبح هشة، أما النزيف الدماغي الثانوي فينتج عن تشوهات في الاوعية الدموية أو عن الورم الدموي (anévrisme)الذي يعرف بتجمع محلي للدم المتخثر، حيث يؤدي الانتفاخ إلى إضعاف جدار الوعاء الدماغي، وكذلك التعقيدات الناتجة عن استعمال الادوية المانعة للتخثر (anticoagulants)، ويؤدي الحادث الوعائي النزيفي إلى اضطراب عملية الايض في الدماغ نتيجة تدفق الدم، الذي يؤدي إلى ارتفاع الضغط داخل الجمجمة، نتيجة الوصول المفاجئ للدم إلى الفضاء تحت العنكبوتية، وهذا ما يؤدي إلى إصابة وتلف النسيج الدماغي.[1]

عند تمزق الأوعية الدموية خاصة بالشريان السلفياني يؤدي إلى تدفق الدم في أنسجة المخ ما يضغط على الألياف والأنسجة ويعطل وظائفها، و يؤدي إلى حدوث حبسة، سواء كانت عميقة(تحت قشرية)، أو فصية كحبسة بروكا في حالة حدوث تورم دموي في الفص الجبهي، أو حبسة فرنيكي في حالة تورم دموي صدغي-جداري.[2]

---

[1]-مدادي ليلى،2010، " التقييم الفسي العصبي للانتباه الانتقائي البصري عند المصاب بالإهمال النصفي الفضائي المترافق مع الشلل النصفي"، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العصبي، قسم النفس وعلوم التربية والارطفونيا الجزائر02. ص 53

[2]-Lecours A.R., Lhermitte F (1979). L'Aphasie. Ed Flammarion, Paris. P328

2- الصدمات الدماغية Traumatismes Crâniens:

التقارير تظهر أن نصف الحالات التي تتعرض لصدمات الدماغية هم أطفال اقل من 15 سنة وأن معدل اصابة الرجال يمثل ضعف معدل اصابة عند النساء. كما تعتبر اقل نسبة مؤدية للموت عند الحالات التي يتراوح عمرها بين 15-25 سنة.[1]

حيث تتمثل الصدمات الدماغية في كل إصابة تتعرض لها الجمجمة، اذ تنتج عنها عواقب وخيمة مثل: النزيف الدماغي، تمزق الأنسجة الدماغية، التورمات الدموية و عادة ما يكون المصاب فاقد للوعي أو في غيبوبة. [2]

تعرف الإصابة الدماغية بانها ضرر يصيب الدماغ او جذع الدماغ، تتميز بالتدمير الكلي او الجزئي لأنسجة الدماغ، من خلال الاصطدام بين انسجة الدماغ والجمجمة، وتؤدي الصدمة الى الام في الدماغ والى ظهور اعراض عيادية عصبية مختلفة.[3]

إن التزايد المستمر لحوادث المرور والعمل يجعل هذا النوع من الإصابات السبب الأول في ظهور الحبسة خاصة عند الراشدين، لكنه من الصعب تحديد طبيعة ودرجة الإصابة الدماغية وبالتالي يصعب التنبؤ بالتعقيدات التي يمكن أن تنجر عنها، وقد تكون مصحوبة بانكسار الجمجمة وإلى رضوض مخية، مما يؤدي إلى موت الخلايا العصبية، ولكون الفص الصدغي هو الأكثر تعرضا لهذه الصدمات، فتكون حبسة " فرنيكيWernicke" هي الأكثر ظهورا في هذه الحالة. وتبعا لمدى انتشار ونوع ومكان الإصابة يتم التعرف على نوع الحبسة انطلاقا من جملة الأعراض التي يبينها المفحوص. [4]

تصنف اعراض الصدمة الدماغية على اساس هذين النوعين (ما إذا كانت الصدمة مغلقة او مفتوحة). نميز نوعين من الصدمات الدماغية:

---

[1]– Cambier Jean, Masson Maurice, Dehen Henri.(2000).Neurologie. 10e éd. Ed Masson. Paris.p 415

[2]– Brin, F., Courrier, C., & Lederlé, E. (2004). Dictionnaire d'Orthophonie (2ème édition). Ortho Edition. P266

[3]- Phelix. L.(2009). La prise en charge du traumatisé crânien grave : de la littérature au centre d'éveil," le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie, Université Henri Poincaré –Nancy1. P02

[4]- زقعار فتحي، بن عامر وسيلة.(2013). اضطرابات اللغة والكلام – الحبسة – انموذجا، مجلة المرشد، 3 (1)، ص ص33-52. ص42

- **الصدمة الدماغية المغلقة:**

في هذا نوع من الصدمة يصاب الدماغ تحت تأثير درجة الإصابة مما يسبب اتصال مفاجئ بين النسيج الدماغي والجمجمة، بدون إصابة واضحة للجمجمة أو بمعنى الاخر يتلف الدماغ عن طريق حركة كبيرة لتسارع والتباطؤ او دوران: وهذا الشكل يولد صدمة محددة "مغلقة" لأنها لا توجد لا تمزيق الجلد، لا كسر عظام الجمجمة. وتعتبر من الحالة الشائعة للصدمة الدماغية لأنها ترجع غالبا الى حوادث المرور.

- **الصدمة الدماغية المفتوحة:** الصدمة الدماغية او المخترقة:

هناك اتصال بين الدماغ والوسط الخارجي، والمادة الدماغية معرضة الى اختراق مما يسبب جرح (مثل رصاصة من مسدس، او شيء حاد او مدبب).

وبالتالي تشكل نوع من الثغرة ما يجعل الدماغ يتصل مباشرة مع الوسط الخارجي بواسطة الأداة المسببة. وخطر الإصابة في الدماغ يكون جد هام في هذا نوع من الصدمة الدماغية، فالإصابات تكون مركزية نوعا ما وهي عميقة. [1]

3-الأورام الدماغية Tumeurs Cérébrales:

تعتبر من أهم الأسباب التي تؤدي إلى ظهور الحبسة. فهي عبارة عن انقسامات عشوائية للخلايا، تظهر على شكل كتلة تتغلغل في الدماغ، تتسبب في احداث الحبسة، عموما تكون ذات استقرار بطيء ان لم يتم التقطن بها، كما قد تستقر بصفة فجائية وحادة عندما تكون مصحوبة بنزيف ناجم عن هذا الورم، والورم عبارة عن زيادة مرضية في حجم النسيج الدماغي، ناتجة عن تكاثر الخلايا المكونة له.[2]

فكل إصابة ورمية دماغية يمكن أن تؤدي إلى خلل في القدرات التواصلية اللغوية إما بتمركز الورم بصفة مباشرة في المنطقة القشرية المتدخلة في ميكانيزمات اللغة أو بإصابة حزم الاتصال. حيث أن أعراض إصابة قدرات التواصل و/أو اللغة لا ترتبط بطبيعة الورم الحميدة أو الخبيثة وإنما بمساحة الورم وموضعه.

---

[1]-حميدوش سليمة. (2022). اقتراح برنامج علاجي لتقييم استرجاع الذاكرة الفونولوجية لدى الراشد المصاب بالصدمة الدماغية". أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في الارطوفونيا، جامعة الجزائر 2.ص31

[2]- عوايجية حميدة.(2007). أثر الصورة الذهنية على التعرف على الكلمات المكتوبة لدى الحبسي، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 2. ص 80

تنقسم الأورام الدماغية إلى مجموعتين:

3-1- الأورام الدماغية الأولية:

تنشا سواء من القواعد الداعمة للنسيج الدماغي أي الخلايا الدبقية أو من الخلايا السحائية، الخلايا العصبية لا تمثل مصدر نشوء الورم.

3-2-الأورام الدماغية الثانوية:

تتمثل في تطور سرطانات صلبة أو دموية نتيجة انتشار وتكاثر الخلايا السرطانية في النسيج الدماغي أو في السحايا.

تتطور الأورام حسب أنماط مختلفة:

-بالاجتياح والتدمير المباشر للبنيات الدماغية المتدخلة في اللغة.

-بانتفاخ (œdème) يحيط منطقة الإصابة نتيجة وجود الورم.

-بالضغط على النسيج الدماغي السليم وبذلك يعيق السيرورة العادية للأيض الخلوي.

-بالتأثير على النشاط الوعائي الدماغي .[1]

4- الحوادث الوعائية الدماغية المؤقتة: Accident Ischémique Transitoire (A.I.T)

تتمثل في التوقف المؤقت للتغذية الدموية للدماغ في شريان/وعاء دموي. الأعراض الناتجة عنها عادة ما تكون مؤقتة ولا تترك أي أثر.[2]

هذا النوع من الحوادث الدماغية الوعائية لا يؤدي لإصابة دماغية لكن إذا دامت الأعراض لأكثر من ساعة، نسبة الاسترجاع الكلي للقدرات المتضررة تكون أقل من 13% من الحالات. فالحوادث الوعائية الدماغية المؤقتة تتمثل في نوبة مؤقتة من عسر عصبي ناتج عن انسداد وعائي حيث الأعراض العيادية تدوم لمدة ساعة دون أثار. [3]

---

[1]-Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P 56-57

[2]-Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2018). Dictionnaire d'Orthophonie (4ème édition). Ortho Edition. P03

[3]- Cambier, J., Masson, M., Masson, C., & Dehen, H. (2012). Abrégé Neurologie (13ème édition). Elsevier Masson.p343

5- الأمراض العصبية الانحلالية(Maladies neurodégénératives):

يتم تصنيفها حسب المقاربة التشريحية أي حسب تموضع الإصابات في الجهاز العصبي المركزي، هذا التصنيف هو الأفضل والأمثل لتفسير الأعراض العيادية وتنقسم إلى:

أ – اضطرابات انحلالية قشرية: مرض الزهايمر والأمراض الانحلالية الفصية الجبهية الصدغية.

ب – اضطرابات تحت قشرية: مرض باركنسون، مرض Huntington

ج – اضطرابات قشرية–تحت قشرية: مرض Lewy، الانحلال القشري–القاعدي، الاضطراب الحركي العصبي.[1]

فهي تتمثل في مجموعة متنوعة من الامراض المرتبطة بفقدان تدريجي للخلايا العصبية في بعض المناطق الدماغية، كما تمس الفقدان القشرة الدماغية و يؤدي الى ما يسمى بعتة عضوية démence organique تتمثل في انحلال تدريجي للوظائف العقلية العليا مثل الذاكرة، الانتباه، قدرات اصدار احكام، قدرة الاستدلال و غيرها ، و تؤدي هذه الامراض كمرض الزهايمر والأمراض الانحلالية الفصية الجبهية الصدغية و غيرها سواء في المراحل المبكرة او المتأخرة الى ظهور اضطرابات لغوية و ضمن سياق متنوع من الاضطرابات النفسية العصبية مثل الاقنوزيا و الابراكسيا و النسيان مما يجعل من الصعب تحديد تحليل اعراضها بصفة دقيقة. [2]

6- الأمراض المعدية (Maladies infectieuses):

نادرا ما تتسبب في ظهور الحبسة، فمثلا في حالة وجود دمله (Abcès) في الفص الدماغي، ذات الأصل البكتيري أو الطفيلي، تؤدي إلى إصابة دماغية متمركزة. وهي عبارة عن تعفن، يمكن أن ينشط حسب مدة تطوره ويكون عادة مصحوبا بنتوء عصبي وارتفاع الضغط داخل الجمجمة. ويؤدي العلاج الجراحي والمضادات الحيوية إلى إزالة العامل المسبب، ومع هذا تظهر الحبسة بشتى أنواعها.

---

[1]-Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P 52

[2]- بوريدح نفيسة .(2013) . فقدان الكلمة واستراتيجيات التخفيف في الحبسة وصف وتحليل وتصنيف وتفسير استراتيجيات التخفيف المستعملة من طرف الحبسي المصاب بفقدان الكلمة في نشاط تسمية الصور : دراسة حالَة من الوسط العيادي الجزائري . جامعة الجزائر 2 أطروحة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في الأرطوفونيا . ص 75

7- الأمراض الأيضية والتسممية(Maladies métaboliques et intoxication):

نادرا ما تؤدي إلى الإصابة بالحبسة، ولكن إذا تطورت واتسعت رقعتها، يمكن أن تأخذ شكل عرض وبالتالي تحدث إصابة دماغية محلية، والتي بدورها تؤدي إلى ظهور الحبسة، وهذا إذا كانت الإصابة على مستوى منطقة اللغة أي في نصف الكرة المخية الأيسر.[1]

8- الأمراض الالتهابية Maladies inflammatoires:

يعدّ التصلب اللويحي sclérose en plaques أكثر الأمراض الالتهابية شيوعا في طب الأعصاب .وهو في المقام الأول هجوم مزيل للمادة البيضاء في الجهاز العصبي المركزي(المخ والنخاع الشوكي .)عندما يكون التطور في مرحلة متقدمة، يصاحب إصابة المادة البيضاء خسارة عصبية مع ضمور دماغي atrophie cérébrale في حين أن الاضطرابات المعرفية هي من بين العلامات السريرية المحتملة للمرض، إلا أن الحبسة لا تزال اضطرابا نادرا –حوالي 1% من الحالات فقط– ويمكن أن تكون علامة منبهة عندما –تكون اللويحة الكبيرة تؤدي إلى حد كبير تلف الروابط القشرية و تحت القشرية.[2]

---

[1]-Lecours A.R., Lhermitte F (1979). L'Aphasie. Ed Flammarion, Paris. P333

[2]–دقيش رحمة، خرباش هدى.(2020). الحبسة الكلامية حبسة بروكا نموذجا– مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية المجلد 11 العدد 01 ، ص ص 43/28. ص35

المحاضرة الخامسة:

تصنيفات المختلفة المتناولة للحبسة

ان تنوع اضطرابات الحبسة أدى إلى عدد كبير من التصنيفات للأشكال العيادية ضمن فئات من معايير البناءات التي ليست نفسها. حيث شهد ميدان الحبسة منذ ظهوره عدة تصنيفات كتصنيف : Luria Lecours , Lhermitte, Rondal Goldstein, Seron,و غيرهم من العلماء.

قبل كل شيء، فلقد صعبت دراسة الحبسة بسبب الطبيعة متعددة التخصصات للاضطرابات. و ذلك عن طريق الانسجام بين كل من علم الأعصاب وعلم النفس واللسانيات. حيث ان كل مجال البحث لا يمكنه تجاهل الاخر. فهذه الوضعية التي قدمت العديد من الميادين فسرت عدد كبير من التصنيفات والتفسيرات للسياقات اللغوية، [1]، لذلك ارتأيناّ ذكر معظم التصنيفات وهي كالتالي:

1-المقاربة الامبريقية او التجريبية:

اعتمد العديد من علماء الحبسة (Benson 1967,Howes et Geschwind 1964)على ثنائية بسيطة (une dichotomie simple) لتصنيف الأشكال المتعددة للحبسة، حيث شكلوا فئتين: حبسة طليقة وحبسة غير طليقة. ينطلق هذا التصنيف من وجهة نظر عيادية ممكن ملاحظتها مباشرة. ومع ذلك، فهذه المقاربة تعتبر وصفية بحتة.

2-المقاربة اللسانية:

تنطلق هذه المقاربة من مبدأ أن الحبسة هو مرض لغوي وتتناول الاضطرابات بالاعتماد على أسس لسانية (Jakobson & Halle, 1956 ; Jakobson1964 ; Sabouraud et al. 1963, 1965). من خلال دراسة السياقات والبناءات اللغة العادية، قاموا بصياغة فرضيات عيادية واستخدموا أيضًا المظاهر العيادية لفهم أفضل للغة العادية. ومع ذلك، هذه المقاربة تجاهلت المبادئ التشريحية العيادية، فليس من الممكن فهم عمل الدماغ بشكل أفضل.

---

[1]-قاسمي صالح (2018). اقتراح بروتوكول معلوماتي موجه للتقييم و التكفل بالاضطرابات النفس لغوية معرفية للحبسة الحركية من خلال نشاط الفهم الشفهي: دراسة طولية لسبعة حالات عيادية، تحليل لساني معرفي. جامعة الجزائر 2، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في الأرطوفونيا. ص29

[2]- Manchon, Mélanie. (2011). Le lexique des verbes en dénomination orale : étude exploratoire chez l'aphasique et étude en IRMf chez le sujet sain. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II. Thèse en vue de l'Obtention du Doctorat en Sciences du Langage Neuropsycholinguistique.p29

3-المقاربة العصبية التشريحية:

يعتبر هذا الموقف مكملا للمقاربة اللسانية، وهو المبني على التصنيف العصبي التشريحي للحبسة (kertesz , 1996)، ان التصميم الموضعي الاتصالي يعتبر أن للمراكز العصبية وظائف خاصة، فهذا الاتجاه يصنف الاضطرابات اللغة بحسب الاصابات العصبية والعكس، حيث ميزت الحبسة من خلال نوعين للمواقع الدماغية، الحبسة التي تدعي بالحركية والتي تعود إلى مناطق معينة من القشرة المخية المسؤولة عن الوظائف الحركية للجهاز الفمي الصوتي والحبسة الحسية التي تعود الى المناطق الموجودة بالباحات المشاركة (المسؤولة) عن التحليل السمعي للرسالة اللفظية، فالتطورات في المجال التصوير الاشعاعي تدل على أنه لكل نوع من الحبسة موقع معين وصنف من الشبكات العصبية.

ان التصنيفات الموضوعيين لم تسمح بتفسير الاضطرابات الدلالية والنحوية، إذ غالبا ما ينظرون إليها على انها تختزل تنظيم اللغة (Morshall, 1980) فالتصنيفات العصبية التشريحية تجاهلت الافتراضات اللغوية، غير ان الافتراضات الحالية تعتبر أكثر ديناميكية وحيوية مقارنة بالتصميمات الموضوعية الكلاسيكية، حيث تتطلب وجود عدة مناطق دماغية للتحقيق كل عمليات اللغة (Schallice,1988) ،علاوة على ذلك ان التقنيات التصوير الدماغي الوظيفي تؤكد نتائج الاعمال الخاصة بهذا الاضطراب) . (Petersen et al 1989 ,Binder et al 1994, 1997

4-المقاربة العصبية اللسانية:

هذه المقاربة تدمج النماذج اللسانية مع نتائج التنظيم الدماغي التي تم التوصل إليها من خلال أبحاث التشريحي الوظيفي (Grainotti et al 1977, Luria 1966, Hécar 1972,Sabouraud) هذا نوع من التصنيف أخذا أيضا بعين الاعتبار الاضطرابات الفوق لسانية والتي يمكن ان تؤثر على الاداء.

في هذه المقاربة يمكننا ان نجد نماذج متعلقة بافتراضات اللسانية التوليدية وعلى وجه الخصوص التمييز الذي اقترحه تشومسكي (1957) بين المستوى والأداءات والكفاءات .

5-المقاربة العصبية النفسية اللسانية:

تتعلق المقارنة العصبية النفسية اللسانية بتركيب المقاربة اللسانية، العصبية، المرتبطة بعلم النفس العيادي والنماذج العصبية، أين نقوم بدمج بيانات التصوير الحديث المنجزة(in-vivo) تسمح مجموع هذه النظريات الخاصة بالتصوير بصياغة الكثير من الفرضيات التي تتمحور حول وجود شبكات العصبية الوظيفية والعقد الاستراتيجية ضمن هذه الشبكات (Démont et fuel ,1994) فهذه المقاربة متعددة التخصصات بصفة بحتة.

أن هذه المقاربتين الاخيرتين تلهمنا من اجل وصف موجز لمختلف الأشكال الحبسة، إلا أن الهدف من هذه الدراسات ليس إنشاء تصنيف، أو البحث عن العديد من الأشكال الشاذة المدرجة ولكن الهدف هو تقديم مختلف أنواع الحبسة باختصار.[1]

أن تنوع المقاربات المتناولة لهذا الاضطراب أكسبه الكثير من الدقة والشمولية؛ فالمتفق عليه هو أن هذا الاضطراب ينتج عن إصابة في المركز المسؤول عن اللغة من نصف الكرة المخية المهيمنة، لكن مظاهر هذا الخلل تزداد في التكامل والّتميز؛ كّلما انصهرت العلوم وامتزجت فيما بينها (علوم الطب، علم الأعصاب، علم النفس، اللسانيات....).

[1]- قاسمي صالح (2018). اقتراح بروتوكول معلوماتي موجه للتقييم و التكفل بالاضطرابات النفس لغوية معرفية للحبسة الحركية من خلال نشاط الفهم الشفهي: دراسة طولية لسبعة حالات عيادية، تحليل لساني معرفي. جامعة الجزائر 2، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في الأرطوفونيا. ص30-32

المحاضرة السادسة: أنواع الحبسة:

أنواع الحبسة الحركية غير الطليقة

يجدر بنا الإشارة إلى أنه كما تعددت تعاريف الحبسة، تعددت أيضا تصنيفاتها وتسميتها، هناك أنواع مختلفة من الحبسة وهذا راجع إلى نتائج الأبحاث التشريحية الذي قام بها العلماء مثل **Broca ,Wernicke Jackson**,وآخرون وهم يصنفون الحبسة في أنواع مختلفة حسب نتائج الأبحاث التي توصلوا إليها ويصعب تحديد أيهما الملمة وأيهما الناقصة، لأن كل واحد اجتهد في تصنيفها حسب وجهة نظره وحسب الإطار النظري الذي ينطلق منه.

1/حبسة بروكا(Aphasie de Broca):

وهي أحد أنواع الحبسة غير طليقة ، قد أطلق عليها عدة تسميات من بينها الحبسة الحركية القشرية) (Aphasie motrice corticaleمن طرف Lichtheim سنة1885، و الحبسة التعبيرية Aphasie) (d'expressionمن طرفDéjérine سنة1914، وحبسة حركية محيطية Aphasie motrice) (périphérique سنة1948 من طرفGoldstein ، حبسة حركية (Aphasie motrice efférente) صادرة من طرف LURIA سنة1964.[1]

أن الإصابات المسؤولة عن ظهور حبسة بروكا هي التي تصيب القاعدة وأسفل التلفيف الجبهي الثالث الأيسر(le cap et le pied de la troisième circonvolution frontale gauche f3)، كذلك المناطق القشرية المجاورة وفي عمق الكبسولة الداخلية كما تمتد الاصابات الى الأنوية الرمادية المركزية.

تتمثل هذه الإصابات في تلف في صياغة او البرمجة الصوتية، فالاداءات الصوتية لإنتاج التعبير الشفوي لا يمكن ان تصل الى المنطقة الصوتية الرئيسية و ذلك على مستوى الباحة الجبهية العلوية.

و في مفهوم العصبي اللساني الذي دعا اليه كل من Jakobson et Sabouraud فان حبسة بروكا تتميز على المستوى الفونولوجي بعجز في تركيب او جمع الأصوات، و على مستوى الدلالي او السيميولوجي يتميز بعجز في تركيب الكلمات. هذا العجز يسبب صعوبات نطقية و انخفاض كلي في مجرى الكلام مع اضطرابات نحوية agrammatisme .

---

[1]– Viader F., Lambert J., de la Sayette V., Eustache F., Morin P., Morin I., Lechevalier B. (2002). Aphasie.

Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Neurologie, 17-018-L-10, pp01-32. P06

يعد نقص في اللغة أهم أعراض حبسة بروكا، حيث تكون اللغة فقيرة على مستوى الكمي والكيفي والاجابة على الاسئلة عادة تكون بنعم أو لا، وذلك لأن المصاب يجد صعوبة في التعبير. هذا العرض قد يستقر دفعة واحدة او بالتدرج عقب مرحلة غياب اللغة.

وقد يختصر الكلام إلى قولبية، وهي عبارة عن مقطع أو كلمة منعزلة، جملة قصيرة يرددها الشخص الحبسي في كل وضعية اعلامية، وهي عبارات شفوية غير إدارية، ويمكن ان تكون كلمات ذات معنى، وكلمات بدون معنى.

يظهر هذا العرض بعد مرحلة الخرس، و هو عبارة عن صيغ متغيرة وغير مفهومة يكررها الحبسي في كل الوضعيات، مدعمة بحركات والنغمة حتى يفهم أكثر .

* القولبية قد تكون مكونة من بقايا جمل او مقطع او اثنين من كلمة.

*قد تختفي في بضعة أسابيع أو أشهر، كما أنها تستمر لمدة أعوام، مثلما هو الحال بالنسبة لي مفحوص Broca الذي كرر (tan tan) لمدة 21 سنة.

كما يمكن ان تكون طريقة النطق لديه بطيئة، شاقة، متقطعة، لذلك نلاحظ في عملية التكرار تبديل أو حذف أو قلب للأصوات، يفضل الأصوات المهموسة عن الأصوات المجهورة ما يجعل نطقه سهل حيث يذكرنا بلغة الطفل، و يسمى هذا الاضطراب بالتفكك الصوتي الذي يكون مرتبط بمجموعة من الاضطرابات: كالشلل أو القدرة غير كافية لتنفس، خلل مصحوب بحركات غير منتظمة وموازية المصحوبة بكثرة تشنجات، كذلك اضطرابات في الحركة الفمية الوجهية ما تسمى بـــ أبراكسيا الفمية– الوجهية– لسانية، تتميز بعدم القدرة المفحوص على القيام بحركات بطريقة مندمجة ومنتظمة ومكيفة. كما يلاحظ أحيانا الحفاظ النسبي على السلوكات الإيمائية الالية أو الصيغ الالية للغة، ولكن من المستحيل أدائها ارادیا أو عند الطلب على سبيل المثال، او ما يسمى بالتفكك الالي الارادي: هو عرض يمكن أن يصاحب الجدول العيادي لحبسة بروكا بحيث المفحوص من حين لأخر يصدر عبارات او جمل عفوية خاصة عند الانفعال او عند السرد هذا ما يفسر التعارض الموجود بين اللغة الالية من جهة واللغة الارادية من جهة أخرى، كما انه يعاني من اضطراب في التكرار و لكنه الأفضل مقارنة بالتعبير الشفهي .[1]

[1]-Gil Roger.(1999). Les formes cliniques des aphasies corticales, Revue Rééducation Orthophonique N°198, pp 29-40.pp34-32

ويتميز كلام المصاب كذلك من نقص الكلمة ويتمثل في صعوبة استحضار الكلمات المناسبة بطريقة ارادية وعادة ما يشار اليها " على طرف اللسان". وفي بعض الأحيان يلجأ الى استعمال المرادف او وصف بجملة قصيرة عوض التسمية périphrases أو Circonlocutions (هي طريقة التي يستعملها الحبسيين لتعبير عن كلمة محددة من خلال مجموعة من الكلمات تكون مترادفة لها، لتعويض نقص الكلمة الذي يعانون منه، و لمتابعة التخاطب مع الاخر).[1]

وفي هذه الحالة لا يتعلق الامر باضطراب على مستوى الذاكرة مثلما هو ظاهر، وانما يتمثل في صعوبة في إيجاد الكلمة المناسبة في الوقت المناسب ، نلاحظ أيضا أخطاء النحوية و التركيبية، تتمثل في بطء في مجرى الكلام، نقص في البنيات المورفولوجية والتركيبية، صعوبات في ترتيب الكلمات وانتاج الأفعال. كما يتميز كلام المصاب بالتحولات الشفوية منها الفونيمية و الدلالية و الشكلية، نلاحظ أيضا الاستمرارية وهو عرض يتمثل في تكرار لاإرادي لوحدة لسانية في غياب المنبه الأصلي. وقد يكون الكلام أيضا غير منغم، ينعدم فيه الإيقاع الصوتي أو النبرة الصوتية.[2]

بالنسبة الفهم الشفهي ليس مضطربا وان وجد يكون بصفة قليلة او نسبية الا في حالة استعمال بنيات تركيبية و نحوية معقدة من جهة، و من جهة أخرى استعمال عدد معتبر من رسائل شفوية معقدة و التي تكون متسلسلة.[3]

في هذا النوع من الحبسة تكون اضطرابات اللغة المكتوبة صعبة و ذلك راجع الى الإصابة بشلل نصفي غالبا ما يكون في الجهة اليمنى، ومن الممكن ملاحظة نقص كمي ونوعي في السيولة على مستوى التعبير الكتابي، فإننا نجد: Dysgraphie، سياق الكتابة بطيء، غياب أدوات الربط، تقليص الجملة الى كلمة او كلمتين، استعمال الأفعال بدون صرف، الاستمرارية، نستنتج كذلك تحولات خطية حرفية غالبا تكون من نوع dysorthographie و نسيان الحروف، فالأخطاء و نقص الكلمة أكثرها في الكتابة العفوية، الاملائية، عكس في الكتابة المنقولة.

---

[1]–مسلاتي نوال وبوفولة بوخميس .(2021) . تشخيص نقص الكلمة عند المصاب بحبسة بروكا من خلال نشاط التسمية الشفهية . مجلة الروائز المجلد 5 ، العدد1 ،296 – 284 ،346

[2]– دقيش رحمة.(2021). فاعلية برنامج ارشادي علاجي في تحسين جودة الحياة لدى المصابين بحبسة بروكا.أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث. تخصص علم النفس الصحة. جامعة محمد لمين دباغين، سطيف2.ص17–18

3– Viader F., Lambert J., de la Sayette V., Eustache F., Morin P., Morin I., Lechevalier B. (2002). Aphasie. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Neurologie, 17-018-L-10, pp01-32. P06

بالنسبة لاضطرابات الفهم الكتابي، فإننا نلاحظ اضطرابات في القراءة: او ما تسمى بالعمى القرائي: تلاحظ كذلك عند المفحوصين.

عمى القرائي السطحي: عجز في التهجئة، اضطراب كبير في فهم الجملة.

عمى القرائي الفونولوجي: عدم القدرة على فك الترميز الأصوات، فنشاط القراءة لا يمكن ان يحصل الا بتوظيف المعجم، قراءة الكلمات الشائعة والملموسة أحسن من الكلمات المعقدة نحويا وكلمات بدون معنى لا يستطيع تفكيك رموزها.

عمى القرائي العميق: فيه تحولات كتابية دلالية وأخرى تحويلية تحويل الكلمة نحويا أو أخطاء بصرية حيث المصاب يقرأ كلمة او يعطي كلمة قريبة من ناحية الشكلية مع الكلمة المصابة.

غالبا ما تكون حبسة بروكا مصحوبة بشلل نصفي أيمن، أو ضعف عضلي ذراعي– وجهي (une hémiparésie brachiofaciale sensitivomotrice droite)، ابراكسيا–فمية لسانية–وجهية، ابراكسيا فكرية حركية وأحيانا عمى جانبي مجانس(Hémianopsie latérale homonyme) . ، ويكون المصابون على وعي باضطرابهم، هذا ما يفسر ردود فعلهم، كما قد تتبع حبسة بروكا حالة اكتئاب يعتبر كرد فعل للوعي بالاضطرابات اللسانية. [1]

2–الحبسة الكلية لدجرين(L'aphasie totale de Déjerine):

ترجع الحبسة الشاملة الى إصابة واسعة للمنطقة قبل السلفيوس بأكملها، والتي تمتد من منطقة الجبهية–الصدغية الى منطقة فرنيكي.

يتميز هذا نوع من الحبسة بإصابة حادة في الوظائف اللغوية او بعبارة أخرى تتميز بغياب تام او شبه تام للغة في كلا النمطين (الشفوي والكتابي). حيث نجد الخرس شائع خاصة في المراحل الأولى من الإصابة، كما نلاحظ التعبير العفوي غائب، وان وجد يكون بصفة قليلة والذي يختصر أحيانا في مقطع او في بعض كلمات او على شكل قولبية، كذلك اضطراب في التكرار، اضطراب في التسمية في النمط الشفوي وفي الكتابي، والفهم نجده مضطرب في كلا النمطين، ولكن الامر الذي أشار اليه Benson في 1979 ان المصابين بهذا نوع من الحبسة لديهم مهارات في فهم اللغة غير اللفظية (الإشارات، الايماءات، وضعيات الجسم)، كذلك فهم تغيرات ونغمات الأصوات.

---

[1]-Gil Roger.(1999). Les formes cliniques des aphasies corticales, Revue Rééducation Orthophonique N°198, pp 29-40.p35

كما تتميز هذه الحبسة بعدم القدرة على القراءة والكتابة.

و الاعراض العصبية التي تصاحب هذه الحبسة: الشلل النصفي الأيمن حاد، hémiparésie droite، hémianesthésie فقدان الإحساس في النصف الجانبي للجسم، العمى النصفي، ابراكسيا الفمية اللسانية الوجهية.

وهناك بعض الملاحظات التي تشير الى ان بعض الحالات لا تعاني من عجز عصبي الا في حالة ما اذا كانت الإصابة محدودة و على مستوى مناطق الالتقاء(التقاطع) في الامام منطقة بروكا و في الخلف منطقة فرنيكي، إلا أن هذه الملاحظات نادرة.[1]

3- أنارتريا محضى لبيار ماري(Anarthrie pure de Pierre Marie):

أسماء أخرى يعرف بها اضطراب الأنارتريا : توجد هناك 6 أسماء وهي كالتالي عسر النطق/ الأنارتريا (Anarthrie) ،الأنارتريا الخالصة(Anarthrie Pure) الحبسة الحركية الخالصة (Aphasie Motrice Pure)، الحبسة الحركية تحت القشرية(Aphasie Motrice Sous Corticale) ، متلازمة التفكك الصوتي (Syndrome de Désintégration Phonétique)أنارتريا ماري بيار (Anarthrie de Pierre Marie)، والتي ترجع الى إصابة نصف الكرة المخية اليسرى والتي تمس المنطقة السفلية للتلفيف الجبهي التصاعدي، " الإصابة جد محدودة لمنطقة بروكا يمكن ان تنتج انارتريا خالصة : التفكك الصوتي منعزل، الفهم جيد والتعبير الكتابي محتفظ، وهذا الاضطراب هو شكل من اشكال الحبسة الذي يتميز بإصابة منعزلة للنطق، في حين الفهم الشفوي والكتابي والتعبير الكتابي محتفظ، حيث المصاب يعاني من خرس مؤقت او خطاب غير طليق مشوه. [2]

و يتمثل في صعوبة في تحقيق الحركي للأصوات و التي تكون مرتبطة اما بالشلل parétique (ضعف الحركة)، او dystonique (المراقبة السيئة و المبالغة في الحركة) و dyspraxique(عدم الاتساق الزمني الحركي désynchronisation du mouvement)، و في هذا نوع من الحبسة فان الحذف الصوتي ظاهر جدا بحيث يجد صعوبة في التلفظ السريع لجميع الخصائص الصوتية ، و التي تتفكك و تتحول جزئيا. فان المفحوص يعاني من صعوبة في جمع الخصائص، فالأصوات التي يصدرها ليست دائما هي التي

[1]- Viader F., Lambert J., de la Sayette V., Eustache F., Morin P., Morin I., Lechevalier B. (2002). Aphasie. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Neurologie, 17-018-L-10, pp01-32. P07

[2]-بوفولة بوخميس.(2017). علم اللغة العصبي و الاضطرابات اللغوية العصبية . مجلة النفسانيات، العدد 54-55 صيف و خريف. . ص ص 116-125. ص 123

يرغب في قولها أو لا تظهر في الترتيب الصحيح ، فقد ينتج تحولات صوتية يعني نجد الحذف، الإضافة، الابدال، قلب الأصوات. و بعد التطور يبقى خطابه متردد و مضطرب نغميا. التكرار بالطبع مضطرب، و لكن التمثيل الكتابي محتفظ كليا. وهكذا، يستطيع أن يقرأ ولكن لا يستطيع نطق الكلمات التي يقرأها. يمكنه الكتابة بشكل صحيح كما كان من قبل ما يسمح له بسهولة التواصل.... ان ابراكسيا الفمية الوجهية اللسانية غالبا ما تكون مرتبطة بهذا النوع من الحبسة.

بالنسبة لبعض المؤلفين يرى ان الانارتريا المحضى أقربها الى اضطراب أبراكسي منه الى الحبسة. فبالنسبة لهم هذا يوافق اضطراب حركي للتحقيق الحركي للكلام. اذن نتكلم عن ابراكسيا الكلام.(تتمثل انارتريا في تطور لحبسة بروكا).[1]

والإصابة تكون محدودة في منطقة الصمة الجبهية أو في المادة البيضاء للذراع الأمامي للكبسولة الداخلية اذن على مستوى رباعي الاضلاع لبيار ماري.

La lésion se situe dans l'opercule frontale ou dans la substance blanche du bras antérieur de la capsule interne donc au niveau du quadrilatère de Pierre Marie.[2]

4- الحبسة عبر القشرية الحركية(L'aphasie transcorticale motrice):

أشار اليها كل من Kleist et Pick تحت اسم غياب حافز الكلامadynamie de la parole اما Luria Aphasie dynamique، و ترجع الى إصابات الجبهية قبل رولاندو. و هذه الإصابات لا تمس منطقة بروكا، في الواقع يمكن أن تكون إما أمام أو فوق منطقة بروكا، أو متمركزة في الواجهة الداخلية للفص الجبهي على مستوى الباحة الحركية الإضافية، كما تصدر عن إصابة عميقة للمادة البيضاء تحت قشرية التي تربط بين الباحة الحركية الإضافية وباحة بروكا. [3]

---

[1]-Campolini C, Van Hövell V, Tollet Fr, Vansteelandt A.(2003). Dictionnaire de logopédie: Les troubles acquis du langage, des gnosies et des praxies. Ed Peeters. P32

[2]- Marie Pourquié Bidegain.(2011). Approche neuropsycholinguistique du traitement des verbes dans l'aphasie agrammatique. Etude translinguistique de cas : basque et français. Thèse de doctorat. Spécialité Sciences du Langage, Neuropsycholinguistique et Aphasiologie. Université Toulouse 2 Le Mirail (UT2 Le Mirail).p46

[3]- Gil Roger.(1999). Les formes cliniques des aphasies corticales, Revue Rééducation Orthophonique N°198, pp 29-40.p36

يتميز هذا النوع من الحبسة بغياب عفوية التعبير اللفظي والذي يرتبط بغياب عفوية الحركة. وهذه الأخيرة يمكن ان تفسر بسلوك الإهمال الحركي. اما بالنسبة لغياب عفوية التعبير، التي تكون واضحة من خلال غياب المبادرة بالكلام. فإننا نلاحظ نقص الخطاب عند الحبسي على الرغم من انه لا يعاني من اضطراب trouble arthrique كما نسجل نقص كمي و كيفي للخطاب العفوي. فسيولته اللفظية تكون مصابة جدا، الجمل المنتجة تكون قصيرة، ناقصة وفقيرة من العناصر التركيبية. غالبا المفحوص لا يستطيع ان يجيب المحادث الا بالاعتماد على خطاب الاخر (الصدى écholalie والاستمرارية). لكن يبدو أن قدراته محفوظة عندما يتم توجيه المريض وتقييده بالمنبهات اللغوية التي نقترحها عليه. فحسب Luria فان اسوا الصعوبات التي يواجهها المصاب بهذا النوع من الحبسة هو اذا طلب منه ان يكون مخطط كلامي خاص به و يطوره في التعبير العفوي. كما أن التسمية تكون صحيحة مثل التكرار في الأصوات والكلمات والجمل و لا كلمات، وكذلك نلاحظ تأثير طول (الكلمات...)، فأي تأثير يتضح من خلال الذاكرة الفورية التي تكون أفضل في الكلمات القصيرة من الكلمات الطويلة. فطول الكلمات يتوافق، على سبيل المثال، مع عدد المقاطع، وعدد الفونيمات ، وعدد المورفيمات، وزمن النطق. كما نسجل نقص الكلمة بسبب نقص المبادرة والاستمرارية والتي تتحسن بفضل التسهيلات اللفظية او الإشارة الى المضمون، اللغة الالية سليمة ولكن بشرط ان تكون المبادرة من الفاحص، بالنسبة لتكملة الجمل والقصائد والامثال فإنها ممتازة، اما الفهم الشفوي فهو محتفظ، على الرغم من أننا نلاحظ تأثير التعقيد التتابعي والنحوي.[2]

التعبير الكتابي ينطبق على تعبيره الشفوي، في الواقع فان الحبسي يعاني من غياب العفوية ونقص في اللغة المكتوبة. نلاحظ تحولات خطية حرفية. وفي الاملاء فان المهارات تتحسن بشكل ملحوظ. اما الفهم الكتابي فهو محتفظ والقراءة بصوت مرتفع جيدة، حتى إذا لاحظنا البطء والميل إلى التقطيع.

الاعراض العصبية المصاحبة: يمكن ان نجد شلل نصفي غالبا يكون في الأطراف السفلية او في الفخد، عندما تكون الباحة الحركية الإضافية مصابة، نسجل في بعض الأحيان ابراكسيا الفكرية الحركية.[3]

---

[1] -Campolini C, Van Hövell V, Tollet Fr, Vansteelandt A.(2003). Dictionnaire de logopédie: Les troubles acquis du langage, des gnosies et des praxies. Ed Peeters. P67

[2]-Viader F., Lambert J., de la Sayette V., Eustache F., Morin P., Morin I., Lechevalier B. (2002). Aphasie. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Neurologie, 17-018-L-10, pp01-32. P07-08

[3]--Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P 81

المحاضرة السابعة: أنواع الحبسة:

أنواع الحبسة الحسية الطليقة

-الحبسات ذات سيولة في اللغة(Les Aphasies à langage fluide):

1-حبسة فرنيكي(L'Aphasie de Wernicke) :

المرادفات:

الحبسة الحسية : فرنيكي Aphasie de Wernicke 1878 .

الحبسة القشرية Aphasie corticale Lichtheim 1886

الحبسة التركيبية Aphasie syntaxique Head 1926

الحبسة الحسية المركزيةAphasie centrale Goldstein 1948

الحبسة فرنيكي من نوع الأول Lecours et Lhermitte Aphasie de Wernicke type I 1979. [1]

حبسة فرنيكي مرتبطة بإصابة التلفيف الصدغي او باحة فرنيكي والباحة السمعية الترابطية التي تقع بالجانب الخلفي للواجهة الخارجية للتلفيف الصدغي العلوي الأول على مستوى باحة 22 أسفل المناطق السمعية الأولية والثانوية كما تتضمن الإصابات الجانب المجاور للفص الجداري الذي يتكون من الشق فوق الهامشي و الشق الزاوي اللذان يشركان في عملية الترميز و فك الترميز اللغة المكتوبة و فهم اللغة الشفوية.

حسب المفهوم العصبي اللساني: Sabouraud et Jakobson

تتميز حبسة فرنيكي على المستوى الفونولوجي بعجز في اختيار الأصوات، وعلى المستوى الدلالي بعجز في اختيار الكلمات ما يسبب تحولات شفوية ورطانة.

تعتبر من أشهر انواع الحبسة الحسية، و يتمثل الاضطراب الرئيسي في هذا نوع في الاستقبال وفهم لغة المتكلم وهذا الاضطراب ظاهر بحيث لا يمس التعبير الشفوي كما هو الحال عند حبسي بروكا.

تتميز السيولة اللفظية بالثرثرة logorrhéique او يتكلم بدون انقطاع مما يشكل حاجز بينه و بين الفاحص، إذ يصعب توقيفه و لفت انتباهه و بالتالي استجوابه و يرجع السبب الى فقدان او اضطراب في الفهم الشفوي و كذا عدم الوعي باضطرابه anosognosique.

---

[1]-Viader F., Lambert J., de la Sayette V., Eustache F., Morin P., Morin I., Lechevalier B. (2002). Aphasie. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Neurologie, 17-018-L-10, pp01-32. P06

كما نلاحظ نطقه سليم بما فيها النغمة لكن شكل النغمة أحيانا لا تتماشى مع المضمون مثل في حالة الفرح= تكون بنغمة الحزن.

يسمح اختبار التسمية بالتعرف على الإنتاج الشفوي للمفحوص، الذي يكون مضطرب كما يسجل لنا الاختبار نقص في الكلمة والذي لا يتحسن، حتى وإن كان بواسطة التسهيلات اللفظية، كما يحتوي انتاجه على تحولات شفوية تصيب التقطيع الثاني أي في اختيار الأصوات التي تتمثل في تحولات شفوية فونيمية أو لفظية التي تتسبب في اتلاف البنية الصوتية للكلمات بواسطة الحذف، الابدال، القلب الأصوات مثل:

Chapeau = chalo Crayon= crelon

تحولات الشفوية الشكلية: chapeau= capo

ان الكلمة الصادرة من طرف المفحوص قريبة من الكلمة المقصودة او المستهدفة. والتلف الفونولوجي للكلمات يؤدي وبدون قصد الى ظهور كلمة أخرى لها علاقة مع الكلمة المقصودة، وإصابة التقطيع الأول للغة يؤدي الى انتاج تحولات شفوية دلالية فهناك بعض الكلمات الصادرة لها علاقة من حيث التصنيف مع الكلمات المستهدفة: قلم = أدوات مدرسية، فرينة= خبز، قط= حيوان ، او اقتراحي ليمون = اصفر ، الحليب=ابيض مثلا، و لكن هناك بعض كلمات الصادرة ليس لها علاقة دلالية مع الكلمات المستهدفة مما يؤدي الى اختراع الكلمات.

ان هذه الاضطرابات الفونولوجية لا تحتوي على أي علاقة بين الكلمة الصادرة و الكلمة المستهدفة مما تؤدي الى اختراع كلمات جديدة néologisme، ان انتاج التحولات الشفوية بكثرة تتلف الجانب الإعلامي ما يؤدي الى الرطانة أي كلام غير مفهوم jargonaphasie، ان التحولات الشفوية للمونيمات النحوية تسبب عسر التركيب الذي يتميز بعدم انسجام في اختيار الكلمات النحوية و التي يمكن ان تفسر على انها تحولات الشفوية الدلالية مثل: le bonbon dont je mange.

ففي التكرار نلاحظ نفس الاعراض الموجودة في التحولات الشفوية وفي الرطانة، فهو يضيف كلمات او جمل للمفهوم المستهدف المقترح من طرف الفاحص بحيث يستعمل اشكال أكثر تعقيدا من تلك المطلوبة. يكون التكرار مضطرب لأنه مرتبط نوعا ما بالفهم ولكن يمكن ان يكون نسبي في حالة فهم المفحوص للكلمات.

بالنسبة للفهم الشفهي فهو مضطرب جدا و يمكن ان يمس حتى الأوامر البسيطة " وريلي نيفك"، ان الاضطرابات اللغوية البحتة التي يمكن أن تزداد من خلال الوجود الصمم اللفظي، ويمكن أن تكون اضطرابات الفهم من ثلاثة أنماط: تلف التمييز الفونولوجي (عدم القدرة على إدراك وتمييز الأصوات)، او

تمييز الدلالي (صعوبة في فهم معاني الكلمات) او فهم البنيات التركيبية(عدم القدرة على فك ترميز الروابط التركيبية في الجملة).

اما فيما يخص اللغة المكتوبة فإننا نلاحظ ان التعبير الكتابي مضطرب بشدة وبنفس درجة مع التعبير الشفوي، كما اننا نلاحظ رطانة خطية والكتابة الاملائية مضطربة جدا بسبب مشكلة الاستقبال، ومع ذلك يبقى الخط graphismeعادي.

ان إصابة اللغة المكتوبة تؤدي الى العمى القرائي مع عدم فهم الكتابة و انتاج التحولات في القراءة paralexies و التي توازي التحولات الخطية paragraphies (كذلك التحولات الخطية نجدها في الكتابة) ما يؤدي الى اختراع كلمات جديدة. كما يمكن ان تكون القراءة نوعا ما فعالة على حسب موقع الإصابة.

العجز العصبي الدي يصاحب هذا نوع من الحبسة عدم الوعي، و نجد عند بعض الحالات une hémianopsie latérale homonyme droite العمى النصفي الأيمن، عدم الوعي باضطرابه (anosognosie)[1]

يمكن ان تتطور حبسة فرنيكي نحو حبسة التوصيلية او يمكن ان يتطور الجدول العيادي نحو العمى القرائي–العمى الكتابي عندما تكون الإصابة خلفية (إصابة الشق الزاوي).

2– التناذر العمي القرائي– العمى الكتابي(Syndrome Alexie- Agraphie):

و تصنف بحبسة فرنيكي من نوع ثالث حسب تصنيف Lhermitte et Lecours 1979 ،على عكس حبسة فرنيكي، اللغة المتكلمة عادية او شبه عادية سواء فيما يتعلق باللغة العفوية أو التسمية، (والتي يمكن ان تكشف أحيانا عن نقص في الكلمة)و الفهم عادي. في حين نجد اللغة المكتوبة مضطربة جدا سواء في الجانب التعبيري (إختراع الكلماتjargonagraphie) وفي الجانب الاستقبالي (العمى القرائيalexie).

هذا النوع من الحبسة تصيب الترميز و فك الترميز اللغة المكتوبة والتي تكون مرتبطة بإصابة في التلفيف الزاوي (Gyrus angulaire) أو المنطقة اللحائية البصرية الترابطية (Cortex visuel Associatif) المتوقعة في محيطها.[1]

[1]-Gil Roger.(1999). Les formes cliniques des aphasies corticales, Revue Rééducation Orthophonique N°198, pp 29-40.pp36-38

3- الحبسة النسيانية(Aphasie amnésique):

المرادفات هي: الحبسة النسيانية (Benson، 1979)، الحبسة الدلالية (Head، 1926)، فقدان التسمية anomie

تمتاز هذه الحبسة بخطاب العفوي طليق يتخلله توقفات وانقطاعات، راجعة الى نقص الكلمة. هناك مفهومين مختلفين يمكن ان يوافقان الحبسة النسيانية، حيث ذهب بعض المؤلفين الى إعطاء أسماء متميزة الى هاتين الوضعيتين.

حبسة نسيانية او حبسة Pitres تفسر بخطأ في دخول الى المعاجم (الفونولوجية و /او الحرفية) و التي تسبب في تحولات فونيمية و périphrases.

الإصابة تكون على مستوى التلفيف الصدغي السفلي.

Aphasie amnésique est due à des lésions qui intéressent le plus souvent la région temporale inférieure gauche.

حبسة دلالية تتميز بفقدان المعنى اللفظي وفقدان نوعا ما للمفهوم، والإصابة يمكن ان تخص التمثيلات الدلالية نفسها او الوصول اليها.

Aphasie sémantique :Si la lésion concerne le gyrus angulaire, un déficit sémantique altérant la compréhension du sens des mots est alors associé.

ان الحبسة النسيانية يمكن ان تحدث بشكل مفاجئ، و يمكن ان تكون حالة تطورية للحبسة فرنيكي(سبب وعائي دماغي) (Pitres et sémantique) او تحدث في المرحلة الأولى للمرض التطوري الانحلالي (Pitres) .

ان العرض الرئيسي في الحبسة النسيانية هو نقص الكلمة ومشكلات في استرجاع الكلمات، وتظهر هذه الظاهرتين أيضا في كافة أنواع الحبسة.

إذ أن المصاب بدل أن يعطي اسم الشيء أو تعريفه يقوم بتعويض الاسم اما بالوظيفة او الوصف او ب circonlocution، فالمصاب هنا لا ينتج تحولات شفوية وفهمه يكون عادي.

كما يظهر الشخص المصاب بأفازيا النسيانية، اضطراب محدد في استعمال التسميات والتصنيفات وأسماء الأشياء والصور قد لا تسمى وينسى تسميتها مع دلالات لفظية متصلة.

فالتسمية مضطربة في جميع أنواعها. والتسهيلات اللفظية غير مفيدة في هذا نوع من الحبسة. السيولة اللفظية عادية ولكن أحيانا ناقصة وتتميز بتوقفات.

النغمة عادية، الجمل مركبة بشكل جيد ولكن تبقى الجمل فقيرة من ناحية استعمال الأسماء وأحيانا نجد الجمل ناقصة.

اللغة قليلة وناقصة من حيث الاعلام.

التوفر المعجمي مضطرب.

المصاب يجد صعوبات في بنود التصنيفات الدلالية وتحديد المفردات.

التكرار جيد. الذاكرة اللفظية (الكلمات المزدوجة، وتعلم قائمة الكلمات أو نص) مضطربة.[1]

تتسم الحبسة النسيانية بنقص الكلمة ، دون اضطراب في الفهم و دون تحولات شفوية. للحبسة النسيانية مواقع إصابة متعددة. تُلاحظ حالات الحبسة النسيانية البحتة أثناء الإصابات الصدغية وخاصة إصابات التلفيف(circonvolution) الصدغي السفلي (Goodglass) ، في حين أن الحبسة النسيانية المرتبطة بإصابة في التلفيف الزاوي(Gyrus angulaire) تزيد من العجز في استحضار الكلمة. عجز دلالي يشوه فهم معنى الكلمة: في هذه الحالة تكون الحبسة مرتبطة عادة ب (une alexie) و(une agraphie) أو حتى متلازمة Gertsmann. ومع ذلك ، يمكن ملاحظة نقص الكلمة في العديد من مواقع إصابات أخرى. على سبيل المثال أثناء الإصابات الجبهية اليسرى المصاحبة للحبسة الحركية عبر القشرية أو حتى أثناء إصابات نصف الكرة الأيمن.[2]

4- الحبسة التوصيلية(Aphasie de conduction):

الحبسة المركزية Goldstein 1948

الحبسة الحركية (الارسالية والصادرة) Aphasie motrice afférente et efférente

افترض فرنيكي هذه الحبسة، حيث اقترح ان الإصابة التي تقطع التواصل بين القشرة الحركية والقشرة الحسية تؤدي الى حبسة متميزة واعيد تناول هذه الفرضية من طرف Lichtheim سنة 1885.

تكون الإصابة في الشق فوق الهامشي و في المادة البيضاء و بالتالي تقطع الحزم المقوسة بين باحة بروكا (الفص الجبهي) و باحة فرنيكي (الفص الصدغي) لتكون مسؤولة عن الحبسة التوصيلية.

تتميز بسلامة الفهم ووجود مكثف للبرافازيا في الكلام العفوي هذا ما يفسر إصابة مباشرة للبنية الفونولوجية للكلمات (التقطيع الثاني)، فالمصاب ينتج برافازيا فعلية شكلية، نظرا لسلامة الفهم لدى المصاب فيعمد

---

[1]-Viader F., Lambert J., de la Sayette V., Eustache F., Morin P., Morin I., Lechevalier B. (2002). Aphasie. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Neurologie, 17-018-L-10, pp01-32. P08

[2]- Roger Gil, (2014), Neuropsychologie, 6e Édition. Ed Masson.. P42

دائما إلى التصحيح الذاتي الذي لا يكلل دائما بالنجاح، تنتج هذه الحبسة عن إصابة المستوى الثاني للغة أي مستوى الأصوات ويرجع إلى إصابة الحزم المقوسة(le faisceau arqué) الذي يربط باحة فرنيكي مع باحة بروكا. ترتكز إذن الاصابة عادة في المادة البيضاء للحاء الجداري.

السيولة في الكلام العفوي قليلة مقارنتها بفرنيكي وكثيرة مقارنتها ببروكا، تمتاز اللغة الشفهية للمصابين بهذا النوع من الحبسة بالتدفق السريع والاحتفاظ النسبي بفهم اللغة الشفهية وصعوبات كبيرة في إعادة الكلمات، وتحدث الرطانة حيث يستبدل الأصوات الموجودة في الكلمة بأصوات أخرى تغير المعنى، أي عدد كبير من اضطرابات التركيب مثل : الإدغام (إدخال كلمة في كلمة).بالإضافة تغيير أو تعويض الكلمات أو الأجزاء الصغيرة في سياق الكلام، ويتخلل خطاب المصاب العديد من التوقفات والترددات ومحاولات التصحيح ، مرتبطة بعرض نقص الكلمة كثيرة الظهور في اختبارات التسمية وبالتالي نجد العديد من التحولات الشفوية الفونيمية، والمرفولوجية (الشكلية) ونادرا ما نجد التحولات الشفوية الدلالية، وهذا لكون المصاب واعي باضطرابه التعبيري، ويكون المصاب شبه غير قادر على التكرار، لكنه يتمكن من تكرار الكلمات القصيرة (أحادية وثنائية المقطع) عكس الكلمات الطويلة، التي تظهر بها التحولات الشفوية الفونيمية.

اما الفهم نجده عادي الا في حالة استعمال عبارات معقدة وطويلة.

بالنسبة للقراءة بصوت مرتفع نفس الاعراض الملاحظة في التعبير الشفوي أي انتاج تحولات شفوية فونيمية، فهم النص المكتوب جيد.

الكتابة العفوية مضطربة (مع تحولات خطية) كما هو الحال في التعبير الشفوي العفوي، الخط جيد، الكتابة الاملائية تحتوي على تحولات حرفية و لفظية، عسر الكتابة، dysorthographie . وفي الكتابة نلاحظ حذف الحروف مما يجعل الكتابة شبه غير مفهومة écriture quasi jargonnante كما نسجل في اللغة المكتوبة كذلك التصحيح الذاتي ولكن بدون جدوى.

كما نجد في اللغة المكتوبة إصابة البنية الفونولوجية وصعوبة يجدها أكثر عندما نطلب من المفحوص كتابة كلمات بدون معنى وهذه الصفة التي تتميز بها هذه الحبسة.

يمكن ان تحدث الحبسة التوصيلية فجأة او نتيجة تطور حبسة فرنيكي.

الاعراض العصبية المصاحبة: ابراكسيا الفمية اللسانية الوجهية، شلل نصفي احادي الجانب، اضطراب حسي لنصف الجسم المعاكس المصاب.[1]

5- الصمم اللفظي المحض:La surdité verbale pure

ينتج الصمم اللفظي المحض عن إصابة صدغية أحادية الجانب التي تؤثر على التلفيف Heschl والتي تؤدي الى انقطاع التواصل بين منطقة فرنيكي Wernicke والمناطق السمعية الأولية.

الصمم اللفظي المحض هو شكل من أشكال الحبسة الذي يتجلى في اضطراب منعزل ومحدد على التعرف على الهوية والتعرف على الاصوات المكونة للغة المنطوقة، يمكن ان يشكل عرضا من اعراض حبسي فرنيكي، كما يظهر لدى المصابين باضطرابات الفهم الشفهي لأنها تأتي مصاحبة لاضطرابات لسانية بحتة، التكرار غير ممكن، فإنهم لا يستطيعون فهم اللغة المنطوقة ولكنهم قادرين على التكلم والقراءة والكتابة المنقولة (باستثناء الكتابة المملاة) بشكل ملائم.

في حالة عدم وجود اقنوزيا سمعية مصاحبة، يكون المصابين قادرين على التعرف على أصوات محيطهم لأنها أصوات غير لفظية (كأصوات الحيوانات، رنة الهاتف، بوق السيارة...الخ). لكنه غير قادرين على التعرف على أصوات كلامهم، بينما الكلام العفوي مصدر بشكل جيد رغم التحولات الشفوية، التعبير و الفهم الكتابي سليمين.

يتميز الصمم اللفظي المحض عن حبسة فرنيكي بغياب الرطانة واضطرابات في الكتابة والقراءة. كما أنه يتميز عن الحبسة عبر القشرية الحسية من خلال استحالة التكرار.[2]

6-الحبسة عبر القشرية الحسية(Aphasie transcorticale sensorielle):

من مرادفاتها تسمى بالحبسة الاسمية Aphasie nominale Head 1926

كما صنفها Aphasie de Wernicke type II Lhermitte et Lecours 1979 بحبسة فرنيكي من نوع II، فلقد أشارت عدة كتب الى وجود إصابات عديدة، والتي تكون خلفية على مستوى التقاطع الصدغي الجداري

---

[1]-Viader F., Lambert J., de la Sayette V., Eustache F., Morin P., Morin I., Lechevalier B. (2002). Aphasie. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Neurologie, 17-018-L-10, pp01-32. P07

[2]- Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson.p88

القفوي مع تجنب منطقة فرنيكي، قد تصل إلى اللحاء البصري الترابطي، مع سلامة باحة فرنيكي وبروكا.[1]

بالنسبة لأعراض اللغة الشفهية تتميز اللغة العفوية في هذا نوع بالطلاقة مع نطق سليم وجيد، ولكن من جهة أخرى مشوهة بسبب كثرة الأخطاء وهي عبارة عن تحولات شفوية فونيمية، تحولات شفوية دلالية، اختراع كلمات جديدة ما يجعل الخطاب غير متجانس، اما التكرار نجده محتفظ نسبيا مع الميول الى الصدى ما يميزها عن حبسة فرنيكي، حيث المفحوص يكرر كل ما يقال له بدون أي وعي او تدخل لما يقال له (صحيح ام خطأ منطقي او غير منطقي)، و في التسمية العرض الظاهر و بشدة هو نقص في الكلمة و التي يعوضها ب les périphrases، و في هذا نوع من الحبسة التسهيلات اللفظية غير نافعة، اللغة الالية جيدة و لكن بشرط أن تكون المبادرة من الفاحص.[2]

الفهم الشفوي مضطرب حتى بالنسبة لتعيين الأشياء او الصور. بحيث يعطي الحبسي في الوهلة الأولى انطباعا بانه يفهم في وضعية الحوار لأنه يعتمد على انتاج محدثه. والمفحوص الذي يعاني من عدم الوعي الشديد يتصرف وكأنه يفهم ولكن في الواقع فهمه مضطرب كما هو الحال في حبسة فرنيكي.

اما عن اعراض اللغة المكتوبة، فان القراءة ممكنة بسبب الحفاظ على التطابق الحرفي الصوتي لكن المصاب لم يعد يفهم معنى الكلمات لذلك نسجل الكثير من التحولات في القراءة واختراع الكلمات.

الكتابة مضطربة مع نقص كمي ونوعي (كثرة التحولات الخطية) ولكن نلاحظ أن الكتابة الاملائية للكلمات ممكنة مع تسجيل عسر في الاملاء .[3]

الاعراض العصبية المصاحبة: العمى النصفي الأيمن HLHD، فقدان الإحساس للجانب المصاب المعاكس، اقنوزيا اللمسية، اقنوزيا بصرية [4].

---

[1]-Gil Roger.(1999). Les formes cliniques des aphasies corticales, Revue Rééducation Orthophonique N°198, pp 29-40.p39

[2]- Viader F., Lambert J., de la Sayette V., Eustache F., Morin P., Morin I., Lechevalier B. (2002). Aphasie. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Neurologie, 17-018-L-10, pp01-32. P08

[3]- Lanteri A. (1995). Restauration du langage chez l'aphasique. Bruxelles : De Boeck Université.p86

[4]-Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P 94

المحاضرة الثامنة: أنواع أخرى للحبسة :

1-الحبسة تحت القشرية:

بقي ميدان الحبسة يرتكز على دراسة الإصابات القشرية الى غاية منتصف القرن. فقد كانت تسمى من قبل الباحات الدماغية القشرية على حسب مكتشفيها و التي توافق أنواع مختلفة للحبسة: حبسة بروكا تحدث نتيجة اصابة باحة بروكا، حبسة فرنيكي تحدث نتيجة إصابة باحة فرنيكي، على رغم من انه تم الإشارة الى دور البنيات تحث القشرية من قبل من طرف كل من بروكا ، Pierre marie(رباعي الاضلاع 1906)، Déjérine(ديزارتريا نتيجة إصابة المادة البيضاء)و Bonhoeffer (1914)، فحاليا أصبحت تعتبر كوحدة سيميائية و يشار اليها على انها حبسة ثانوية و الإصابات تكون على وجه الخصوص تحت قشرية للمادة البيضاء قرب البطينات و تحت القشرية و او النواة الرمادية المركزية (thalamus, putamen, pallidum , noyau caudé).

لقد أدى ادخال تقنيات التصوير الدماغي المعاصر الى تجسيد هذه الحبسات بملامح سيميولوجية متنوعة. فقد لوحظ ان الاعراض قريبة من الاشكال الكلاسيكية للحبسة ولكن في اغلب الأحيان تكون غير نمطية. على رغم من اختلافاتها، الا ان الحبسة تحت القشرية تقسم عدد معتبر من مميزات السيميائية المشتركة التي جمعها Puel (1984) تحت عنوان الحبسة " الاشتقاقية" تتميز ب: لغة عفوية طليقة او متقطعة او مترددة، ضعف الصوتparfois hypophonique ، تنوع في المهارات، وقدرات التكرار محتفظة نسبيا عن بقية الوظائف اللغوية. ان الميكانيزمات التي تتدخل اثناء هذه الحبسة لا تتعلق فقط بغياب القشرة ولكن أيضا الدور المحدد الذي تلعبه النواة الرمادية المركزية بواسطة

des boucles cortico- striato-pallido- thalamiques. وان إصابة هذه البنيات تتسبب في اضطراب في ديناميكية الانتباه و اضطراب الرغبة في التواصل، و اضطراب الاختيار المعجمي و الانسجام الدلالي، و في نوعية الصوت و النطق.

من بينها: الحبسة التلاموسية : −Aphasies thalamiques

−Aphasie par lésion capsulo/putaminale antérieure.

-Aphasie par lésion capsulo/putaminale postérieure.[1]

[1]-Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P 95

2-الحبسة المتقاطعة:

تطرح هذه الحبسة العديد من التساؤلات يمكن ان تجد اجابتها مع تطور تقنيات التصوير الدماغي خاصة التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي. و للقيام بالتشخيص و التقييم يجب على الفاحص التركيز على معايير أساسية تمكنه من التعرف و التشخيص الدقيق لهذه الحبسة، بحيث يجب ان يكون الفرد حصريا يمينيا، أي انه لم يكن في الأصل يساريا و درب او ارغم على استخدام اليد اليمنى un gaucher contrarié، عدم وجود افراد يساريين في العائلة، ويجب إثبات سلامة نصف الكرة المخية الأيسر. ان تكون المناطق المتلفة في النصف الأيمن متطابقة مع المناطق اللغوية المعروفة تشريحيا. تعد هذه الحبسة نادرة الحدوث مقارنة بالحبسات الأخرى حوالي 5% من الحالات. و تنجم عن تلف المنطقة العصبية المصادفة لليد المهيمنة ipsilatérale .

تتشابه اعراض هذه الحبسة مع اعراض حبسة بروكا بحيث تتميز بخطاب عفوي غير طليق، أخطاء نحوية، يتخلله تحولات شفوية خاصة الفونيمية، النطق جيد، مع سلامة الفهم. و هذه الحبسة غالبا تلاحظ في اطار الإصابة تحت القشرية. [1]

3-الحبسة التدريجية الابتدائية:

وصفت في عام 1982 من قبلMesulam ، على أنها متلازمة نادرة، وهي ثانوية تعود الى ضمور قشري بوؤري الذي يؤثر على كل أو جزء من المنطقة المحيطة بسلفيوس اليسرى، وتظهر العلامات الأولى في أغلب الأحيان قبل 65 سنة، والتي عرفها على انها تلف منعزل وتدريجي للغة، والذي يبقى (تلف اللغوي) معزول لمدة سنتين على الأقل بدون عجز فكري اخر (اضطراب الذاكرة، اضطراب فضائي-بصري، اضطراب الوظائف التنفيذية...) وتتمثل في حبسة نسيانية مع احتفاظ بالفهم في اغلب الأحيان. يتسبب هذ الاضطراب اللغوي في تلف القيام بنشاطات الحياة اليومية. و كما يمكن ان يتطور نحو خرف جبهي صدغي في فترة ممتدة ما بين 4 الى 14سنة. و قد أوضح تصوير دماغي ضمور وانخفاض نشاط قرب سلفيوس الايسر. ويبقى بروفيل المفحوصين غير متجانس. وفي 2001 وصف Mesulam جدولين عياديين للحبسة الأولية التدريجية: النوع الطليق ونوع غير الطليق. وكليهما يبتدئ بنفس الكيفية أي بمرحلة النسيان.

---

[1]-بوريدح نفيسة. (2021).الحبسة وعلم الأعصاب اللغوي العيادي"مقاربة عيادية وطرق التكفل". دار الخلدونية: الجزائر .ص 130-131

وبعد عدة أشهر من التطور المرض، يشير التصوير الدماغي Scanner et IRM الى ضمور نوعا ما ممتد في منطقة قرب سلفيوس الايسر، والفحوصات الايضية اشارت الى انخفاض ايضي بوؤري في نفس المنطقة، وفي معظم الأحيان فان الإصابات العصبية المرضية المعروفة غير محددة. [1]

4-الحبسة عند الصم البكم:

ان إصابات نصف الكرة المخية اليسرى عند الصم والبكم يمكن ان تؤدي الى خلل في اللغة الشفوية التي اكتسبها بالتوازي مع لغة الإشارات، كذلك يمكن ان تكون إصابة على مستوى فهم الإشارات حتى فهم اللغة المقروءة على الشفاه.

5-الحبسة عند اليساري او الاضبط:

بالنسبة للشخص اليساري والاضبط هناك هيمنة مشتركة على اللغة بشكل متكرر وبطريقة أكثر وضوحًا من الشخص الذي يستخدم اليد اليمنى. ويترتب على ذلك أن الحبسة يمكن أن تحدث إما بعد الإصابة من الجهة اليمنى من الدماغ أو من الجهة اليسرى. وعادة ما تكون هذه الحبسة بدرجة متوسطة وتراجعية مع اضطرابات فهم نوعا ما متوسطة في أغلب الأحيان.

6-الحبسة عند الأشخاص مزدوجي اللغة أو تعدد اللغات:

مجموعة من الباحثين الذي قالو ان لغة الام يمكن ان تكون هي الأبرز وبشدة ولكن تبقى غير مؤكدة. كذلك اللغة المستعملة لدى الشخص أثناء او وقت حدوث الإصابة بالحبسة، ويمكن ان يسترجعها وبسرعة كبيرة، كذلك يمكن ان يسترجع اللغة على حسب اللغة التي لها تأثير عاطفي على المفحوص (الاسترجاع حسب الميل العاطفي للغة).[2]

---

[1]– Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P53

[2]- Roger Gil. (2014), Neuropsychologie, 6e éd .Ed Masson. P50

المحاضرة التاسعة :

حبسة الطفل:

التطرق الى موضوع الحبسة عند الطفل يطرح في علم النفس العصبي مشاكل المتعلقة بنضج الدماغ وأهمية العوامل الفطرية والمكتسبة في الحتمية الوظيفية للوحدات الدماغية ، وإمكانيات إعادة تنظيم هذه الوحدات عندما تتغير بسبب الاصابة. ليس هناك شك في أن الجهاز العصبي المركزي للطفل لا يتم تنظيمه بنفس الطريقة التي يتم بها تنظيمه لدى الراشدين. بالإضافة إلى جميع حقائق النضج التي أصبحت اليوم موضوعًا للعديد من الدراسات الطبية البيولوجية، فإن علم الأمراض من خلال عواقبه السلوكية يكشف بشكل سلبي عن وجود اختلافات وظيفية بين دماغ الطفل ودماغ الراشد. ونحن نعلم، في الواقع، أن إصابة الدماغ عندما تحدث عند شخص شاب لا يكون له نفس التأثير مثل الإصابة المماثلة التي تحدث عند الشخص الناضج.

فإن تنوع الجداول السيميولوجية وفقا لعامل لسن أدى إلى ظهور فرضية الخوصصة الزمنية التقدمية للوحدات الوظيفية الدماغية. ولكن قبل معالجة بعض المشاكل النظرية التي تثيرها الحبسة عند الطفل ، من الضروري تقديم بعض التوضيحات المصطلحية والتذكيرات السيميولوجية.

تشير حبسة الطفل إلى اضطراب لغوي ناتج عن إصابة موضوعية في الجهاز العصبي المركزي ويحدث لدى شخص اكتسب بالفعل "مستوى معينًا" من الفهم والتعبير اللفظي. يعد هذا المعيار النمو أمرًا بالغ الأهمية، لأنه يعمل على فصل اضطراب الحبسة بمعنى الحقيقي عن اضطرابات اكتساب اللغة المختلفة، سواء كانت لفظية على وجه التحديد أو ذات طابع أكثر شمولية.

وهذا التمييز لا يتم إلا في الدراسات على وجه التحديد الدراسات النفسية العصبية الحديثة. في العديد من المنشورات العلمية، يتم الخلط بين حبسة الطفل واضطرابات اللغة التي تحدث في مرض التوحد، مع عسر القراءة، والتأخر اللغوي لدى الأشخاص المتخلفين عقليًا ومختلف الأشخاص الآخرين.، و الى أمراض النمو فيما يخص "الحبسة الخلقية أو النمائية " ، الاضطرابات التي يشيرون إليها يجب، في نظرنا، استبعادها من إطار الحبسة المكتسبة عند الطفل.

ان المعيار الزمني الذي يستخدمه المؤلفون عمومًا في هذه المرحلة المحددة من التواصل اللفظي هو عمر عامين (Lenneberg, 1967) أو عمر ظهور الكلمات الأولى كلمة –جملة. المعيار الثاني للتعريف

ذو طبيعة مسببة: يجب أن تكون الإصابة "مكتسبة" تحدث ما بعد الولادة. اما العواقب اللغوية الراجعة الى الإصابات المحتملة قبل أو في الفترة المحيطة بالولادة لا تدخل ضمن هذه المعايير .

ومع ذلك، فإن التعريف المعتمد لا يخلو من الغموض. إنه يثير مشكلة حساسة في علم النفس النمو يمكن تلخيصها على النحو التالي: متى وعلى أي معايير سنعتمد لتحديد وجود "مستوى معين" من اللغة؟ هل سنختار كمؤشر للنمو أنشطة استقبالية أم أنشطة تعبيرية؟ هل نعطي معايير هيكلية مثل الإصدارات الأولى المفهومة، أو الجمل الأولى، أو الهياكل النحوية الأولى؟ هل سنقترح معيارًا زمنيًا مطلقًا: من عمر معين، مهما كان مستوى السلوك اللفظي؟

متى نقول أن هناك حبسة مكتسبة؟ في الواقع، لم يتم طرح هذه الأسئلة بشكل واضح في الأدبيات النفسية العصبية. في بعض الأعمال، تكون مشكلة العلامات الزمنية أقل أهمية لأن الأطفال الذين تم فحصهم لا يقل عمرهم عن ثلاث سنوات ونصف، ولكن في أعمال أخرى مثل أعمال Basser (1962) وLenneberg (1968)، فإن بعض الأطفال لا يتجاوز عمرهم 18–20 شهرًا تقريبًا، وتصبح الطريقة التي يتم بها فحص مستواهم اللغوي القبلي سؤالاً ذا صلة. ويجب الاعتراف بأنه في هذا الصدد، كان هناك عمومًا نقص في الدقة في علم النفس العصبي، حيث لم يتم وضع أي معايير والظروف التي تم فيها جمع المعلومات على المستوى اللفظي. [1]

1–الأسباب:

1–1–الصدمات الدماغية: تعتبر بالسبب الأول للحبسة عند الطفل. تتبعها الحبسة غالبا مرحلة من الغيبوبة الأولية التي تليها فيما بعد مرحلة من الخرس الحركي. ويعتمد التشخيص على شدة الإصابات أكثر من عامل السن.

1–2–الحوادث الأوعية الدموية: (بسبب اضطرابات التخثر، تشوهات الأوعية الدموية أو أمراض القلب المزمنة) تؤدي الى حبسة مماثلة لتلك التي نلاحظها عند الراشدين الذين لديهم اصابات بنفس توبوغرافيا. على الرغم من مميزات هذه الحبسة الوعائية الدموية عند الطفل انها أقل ضررا مما كان يُعتقد سابقًا، وإن تطورها يكون اكثره نحو الإيجابي مقارنةً بالحبسة عند الراشدين.

[1]-Seron xavier, L'aphasie de l'enfant Quelques questions sans réponses - Revue critique Enfance 1977, n° 2-4, 249 à 270 p249

1-3-العدوى البكتيرية: تسبب بحبسة التي أصبحت نادرة لدى الأطفال. و من ناحية أخرى، التهاب الدماغ من نوع herpétique يسبب ظهور الحبسة الحسية التي يمكن أن تترك عواقب وخيمة.

2-3-الأورام: في كثير من الأحيان تقع في التجويف الحفرة الخلفية من نصفي الكرة المخية، وهي تعتبر من أسباب الحبسة و التي تكون نادرة مقارنة بحبسة الراشد. والتي تسبب خاصة في النسيان anomie . [1]

ان العواقب الحتمية لتلف الدماغ الناتجة عن إصابات دماغية الملاحظة عند الراشد تحدد اضطرابات شديدة التي تكون محدودة عند الأطفال. يتم التعبير عن هذا "الحد" من الاضطرابات على مستويين:

من حيث طبيعة العلامات الحبسة ذاتها، والسيمولوجيا من ناحية، ومن ناحية أخرى من حيث مدتها، أي أن الاسترجاع من الحبسة يعتبر عمومًا أسرع وأكثر اكتمالًا منه عند الراشدين. هذه هي الطريقة التي يتم بها التأكيد على الطبيعة "الموحدة" للحبسة عند الطفل في معظم الدراسات، ويتم التعرف عليها على أنها ذات عرض متطابق مهما كان موقع الآفة.

بصرف النظر عن متلازمة لانداو-كنيفر النادرة جدًا (1957)، فإن الأشكال المختلفة للحبسة المذكورة عادةً عند الراشدين لا يتم ملاحظتها عند الأطفال، وغالبًا ما يكون للحبسة طابع "تعبيري او حركي

2-الاعراض:

حوالي 85 بالمئة من الحالات تعاني من اضطرابات تعبيرية تكون مسيطرة على الاضطرابات في الفهم.

2-1-نقص المبادرة اللغوية: يعد الخرس ونقص العفوية اللفظية من الأعراض الشائعة بعد الإصابة الدماغية عند الطفل، خاصة إذا كانت مصاحبة بعرض عدم الوعي. في معظم الحالات، يكون الخرس عابرًا ويتطور نحو نقص العفوية. تختلف الاضطرابات التعبيرية حسب السن والموقع وطبيعة الإصابات الدماغية، كما انه لا نلاحظ الإصابة بالثرثرة عند الأطفال.

2-2-المعجم: يوجد نقص في الكلمة بشكل متكرر ومستمر، يمكن أن يرتبط هذا نقص في الكلمة بالتوقفات والاستمرارية وكذلك النسيان. إذا كان الأخير يعكس صعوبات في الوصول إلى الكلمات، فإن انخفاض المخزون المعجمي يمكن أن يكون مرادفا لفقدان الكلمات أو نسيانها.

---

[1]-Viader F., Lambert J., de la Sayette V., Eustache F., Morin P., Morin I., Lechevalier B. (2002). Aphasie. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Neurologie, 17-018-L-10, pp01-32. P27-28

2-3-اضطرابات النطقية: يتمثل عند بعض الحالات في التفكك الصوتي تقريبا الذي نلاحظه في حبسة الحركية عند الراشد، و عند حالات أخرى نلاحظ حذف الأصوات و التي تختلف كثيرا عن التحولات الفونولجية، او تراجع الى مستوى قبلي في اكتساب التحكم في النظام الفونولوجي.

2-4-الاضطرابات التركيبية: ان اضطرابات في التركيب تكون في الواجهة الأولى فيما يخص الاعراض في حبسة الطفل، إن البنية التركيبية لدى الأطفال المصابين بالحبسة فقيرة، وتتراوح من الأخطاء البسيطة إلى احتمال اختفاء الكلمات الوظيفية. يمكن أن تتمثل الصعوبات في عدم تنظيم التركيب، مع اضطرابات في النحو من تلك التي يمكن تسجيلها عند الراشدين المصابين دماغيا و هذه الصعوبات تبقى مستمرة.[1]

2-5-اضطرابات الفهم: اتفق اغلبية الباحثين على أهميتها التي تكون أقل مقارنتها باضطرابات التعبيرية، فإن تكرار ظهورها يختلف باختلاف الدراسات. أشار بعض الباحثين ان الاضطرابات التعبيرية ستكون أكثر وضوحًا تحت عمر 6 سنوات، وتظهر فيما بعد الاضطرابات الاستقبالية بنسبة قليلة ما بين 6 و8 سنوات

2-6-عراض اللغة المكتوبة:

يمكن ان نجد كذلك اضطرابات في القراءة التي تكون مهمة ودائمة، التي تضم كل من التحليل الغرافيمي والفهم. اما بالنسبة للقدرات الكتابة ليس هناك أي دراسة تفصيلية.

و مع ذلك أشار كل من Alajouanine et Lhermitte et Hécaen ان اللغة المكتوبة كانت أكثر اضطرابا من اللغة الشفهية وأن هذه الصعوبات تستمر مع مرور الوقت، ويمكن تؤدي في المستقبل اثناء مشوارهم الدراسي الى الفشل المدرسي بسبب تلك الاضطرابات.

3-متلازمة لاندو- كليفنر Syndrome de Landau-Kleffner

ترتبط هذه المتلازمة بحبسة مكتسبة مع نوبات الصرع الواضحة في المخطط الدماغي الكهربائي EEG، نجدها عند حوالي 70٪ من الحالات، حيث يمثل ثلثي المرضى من جنس الذكور. يبدأ هذا المرض ما بين 3 و 8 سنوات عند حوالي 80٪ من الحالات، 45 ٪ منهم تبدأ بالحبسة ، 16 ٪ بالصرع و 17

---

[1]-VAN HOUT Anne , 1989 , L'ENFANT APHASIQUE , revue Glossa n 16, PP20-25,p 21-22

[2]-Seron xavier, L'aphasie de l'enfant Quelques questions sans réponses - Revue critique Enfance 1977, n° 2-4,pp 249 - 270, p251

٪ تجمع بين الاضطرابين(الحبسة و الصرع) .

تتمثل اعراضها بداية باضطرابات في الفهم الشفوي، والذي يمكن أن تأخذ شكل الصمم، كما نلاحظ تحولات شفوية وأخطاء صوتية، الى جانب عدم الانتباه و اقنوزيا سمعية، ويمكن ان يصاحبها هذا نوع من الحبسة افراط حركي.

بالنسبة للحالات التي تعاني من الحبسة مبكرا، حوالي10 ٪ تظهر على شكل تأخر لغوي.

كما تتميز هذه الحبسة باحتفاظ بالقدرات غير اللفظية من خلال نتائج الاختبارات. تعتبرEEG أداة من الأدوات الأساسية لتشخيص الصرع، تحدث نوبات الصرع من جهة رولاندو، كما يمكن ان تحدث من الجهة الصدغية عند حوالي 50 بالمئة، أو من جهة صدغية قفوية عند ثلثي الحالات. تحدث هذه الإصابات أي في كلتا الجهتين من الدماغ أي ثنائية (اليمنى و اليسرى) و التي تكون اكثر حدة اثناء النوم البطيء، و تكون اكثر شيوعا ما بين 3 و 5 سنوات و تختفي فيما بعد أي بعد السن 15 حسب علامات EEG، و عند حدوث الحبسة مبكرا نسجل تطور اضطرابات اللغة بشكل حاد و التي تأخذ شكل جدول عيادي قريب من صم و بكم، و بالمقابل يصبح الصرع اقل ضررا و يتراجع شيئا فشيئا ثم يختفي بشكل كلي قبل السن 15. ومع ذلك ، يعاني حوالي 10٪ من الأطفال من حبسة حادة بشكل كبير ، و 40٪ يعانون من صعوبات تسبب في عرقلة الاندماج المدرسي و الاجتماعي فيما بعد.

يستبعد التشخيص الفارقي كل من التوحد والتأخر النمو الشامل (حيث تكون الاضطرابات المعرفية أكثر انتشارًا)، والتأخر العقلي مع الاعراض (بوجود إصابات الظاهرة إكلينيكية في التصوير الدماغي)، وداء الصرع الحميد عند الطفل (حيث لا توجد اضطرابات في اللغة)، والحبسة النمائية (حيث تكون علامات EEG غائبة). و تعتبر متلازمة لاندو– كليفنر الآن كشكل عيادي لمتلازمة الموجة المستمرة للنوم البطيء.[1]

[1]-Viader F., Lambert J., de la Sayette V., Eustache F., Morin P., Morin I., Lechevalier B. (2002). Aphasie. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Neurologie, 17-018-L-10, pp01-32. P27-

المحاضرة العاشرة: أعراض الحبسة:

أعراض اللغة الشفهية:

نظرا لتعدد الأسباب فإن الأعراض هي الأخرى متنوعة، وهناك أربع مناطق مختلفة في الدماغ توافق عناصر الكلام الأربعة وهي:

- منطقة فهم الكلام.
- منطقة فهم الكلمات المكتوبة (القراءة).
- منطقة التعبير الكلامي وتقع في مقدمة التلفيف الجبهي الثالث.
- منطقة التعبير الكتابي.

ويؤدي تلف هذه المراكز إلى الإصابة بالحبسة، والتي تنجر معها عدة أعراض.

1-اللغة الشفهية:

1-1- نقص في اللغة:

يعد من أهم أعراض الحبسة حيث يتمثل في فقر لغوي على المستوى الكمي و الكيفي، كميا من ناحية انخفاض العدد المتوسط للكلمات المنتجة (4 كلمات ≤) بشكل متعاقب في نتاج لغوي واحد كيفيا من ناحية نقص استعمال الوحدات التركيبية و قد يصل الى حذفها كليا.[1]

حيث تجد أن الحبسي يجيب عن الأسئلة المطروحة بنعم أو لا و ذلك لان المصاب يجد صعوبة في التعبير. [2]

1-2-الخرس:

يرتبط الخرس بحالة من الكف اللساني أو لاضطرابات النطقية الحادة أو كليهما معا. وهو عبارة عن انقطاع للقناة التواصلية لغياب المحفزات اللفظية ، يظهر هذا العرض في أنواع الحبسة التي تظهر فجأة لأسباب وعائية أو صدمات، و يكون هذا الخرس في بعض الاحيان مؤقتا يتطور نحو نقص كمي وكيفي للغة حيث نجد اجابات المفحوص تمتاز عادة باستعمال الاشارة و اللجوء إلى الكتابة(اذا كان ممكنا) والبكاء كأسلوب يعبر عن الحسرة والفشل.[3]

---

[1]-Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P 69

[2]- مقراني ليامنة .(2017) . اقتراح بروتوكول علاجي معرفي لَاضطرابات الحساب ومعالجة الأعداد عند المصاب بالحبسة .جامعة الجزائر 2، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في الأرطوفونيا.ص30

[3]- مسلاتي، نوال.(2021) . اقتراح برنامج علاجي أرطوفوني للتكفل بنقص الكلمة عند المصاب بحبسة بروكا، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث تخصص أرطوفونيا، جامعة باجي مختار عنابة.ص38

1-3-القولبية

تتمثل في الانتاج المتكرر وحتى المستمر لنفس الفونيمات، الكلمات و أجزاء الجمل حيث في حالة الحبسات غير الطليقة الحادة يمكن أن ينحصر خطاب الحبسي في إنتاج القولبية. وأشهر مثال هو مريض **بروكا** المسمى M. Leborgne الذي ظل يردد « **Tan** » [1]

قطع متكرر أما مريض Alajouanine أظهر قولبية أجزاء جملة « Bonsoir les choses d'ici bas » Jacksonربط المحتوى اللغوي لعرض القولبية بآخر فكرة أو إنتاج لغوي للمريض لحظة الإصابة الدماغية المفاجئة. [2]

1-4-التفكك الصوتي:

قام الجوانين، بوضع هذا المصطلح لتجميع اختلالات الانتاج اللغوي الشفهي المرتبطة بصعوبات النتاج الصوتي (مثلا تسلسل الفونيمات). الكلام يكون بطيئا، متقطعا مع حذف أو إبدال أو قلب للأصوات و تفضيل للأصوات المهموسة على الأصوات المجهورة مما يجعل لغته تشبه لغة الطفل. يرتبط التفكك الصوتي بعدة عوامل :

- عامل الشلل (paralytique)مع قصور تنفسي قصبي وضعف في النتاج النطقي.
- عامل خلل التوتر العضلي (Dystonie) مع حركات نطقية مفرطة غير منتظمة وغير متناسقة.
- عامل (apraxique)الأبراكسيا الفمية الوجهية. [3]

1-5-الاستمرارية:

تتمثل في تكرار إجابة تم إعطائها مسبقا رغم تغير التعليمة. هيلم (Helm) حدد 3 أنواع للاستمرارية :

- Stuck-In-Set : المحافظة على فئة/صنف/نوع الإجابة رغم تغير التعليمة. مثلا في اختبار تنفيذ الأمر: الحالة تستمر في تنفيذ التعليمة السابقة حول تحديد أعضاء الجسد بدل التعليمة الحالية المتمثلة في تحديد أجزاء الغرفة.

---

[1]-Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P 70

[2]- Lecours A.R., Lhermitte F (1979), L'Aphasie Flammarion, Paris.p114

[3]- Gil, R. (2018). Neuropsychologie (7ème édition). Elsevier Masson.pp42-44

- الاستمرارية المستمرة Persévération Continue: تكرار إجابة بصفة مطولة أو مستمرة في غير محلها.
- الاستمرارية المتكررة Persévération Récurrente: التكرار غير المناسب لإجابة تم إنتاجها مسبقا عند وجود منبه/مثير جديد منها المتعلقة بالكلمة ككل (استمرارية دلالية، معجمية أو بالتسهيلات الشفهية) والمتعلقة بجزء من الكلمة (استمرارية صوتية).[1]

1-6-التفكك الآلي الإرادي:

كل من انخفاض او نقص في اللغة والتفكك الصوتي يندرجا ضمن هذا التفكك، إن ميكانيزم التفكك الالي الارادي هو عرض يمكن أن يصاحب الجدول العيادي للحبسة، يتميز بالحفاظ النسبي على السلوكات الإيمائية الالية أو الصيغ الالية للغة، ولكن من المستحيل أدائها ارادیا أو عند الطلب على سبيل المثال، لا يستطيع المريض النفخ (ابراكسيا الفمية اللسانية الوجهيةapraxie buccofaciale) عند الطلب ولكن يمكنه إطفاء شمعة؛ لا يستطيع رفع قدمه عند الطلب (apraxie gestuelle) لكنه قادر على تجنب العوائق؛ لا يستطيع تكرار كلمة "المساعدة" (ابراكسيا الكلامapraxie de parole) ولكنه قادرًا على القيام بذلك في حالة الخطر. [2]

1-7-نقص الكلمة:

هو اضطراب على مستوى السيولة اللفظية، حيث يكون مجرى الكلام بطيء يتجسد من خلال التوقفات المتكررة بحثا عن الكلمة المستهدفة خلال الحوار، أو في الوقت المناسب اثناء مهمة التسمية، فالمفحوص يتصرف وكأن لديه الكلمة على طرف لسانه لكن لا يستطيع التلفظ بها. فقد ينجح في ذلك إما بعد وقت كمون أو عند استبدال كلمة من نفس الحقل الدلالي أو عند اللجوء إلى التعريف عن طريق وظيفة الشيء أو اختراع كلمة دخيلة على لغته .

كما يعرفه معجم الأرطوفونيا على أنه: " استحالة انتاج الشخص للكلمة عند الحاجة اليها إما في الكلام التلقائي، أو من خلال بند التسمية وهنا يخبر المصاب الشخص المتحدث اليه أن الكلمة على طرف اللسانLe mot sur le bout de la langue دون التمكن من انتاجها شفويا. فقد يتمكن من اصدار هذه الكلمة

---

[1]-Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P 71

[2]- Gil, R. (2018). Neuropsychologie (7ème édition). Elsevier Masson.p42

ولكن بعد وقت من الانتظار ، وإما يحاول التعويض وذلك بإعطاء كلمة اخرى من نفس الحقل الدلالي، أو باستخدام مجموعة من الكلمات المرادفة للتعبير عن مفهوم واحد وهو ما يعرف باسم circonlocutions Les ou périphrases Lesأو من خلال التعريف عن طريق الاستخدام.

لا يتعلق الأمر باضطراب في الذاكرة مثلما هو ظاهر لكن بوجود صعوبة في إيجاد الكلمة المناسبة في الوقت المناسب لأن الكلمة التي يبحث عنها ولم يجدها في وضعية معينة قد ينتجها بسهولة بعد مرور مدة زمنية معينة أو في وضعية أخرى.[1]

1-8-الأخطاء النحوية:

يتم ملاحظته في الخطاب الشفهي أو الكتابي و يتميز ببطء في مجرى الكلام، نقص في استعمال التراكيب المورفولوجية و النحوية، أخطاء في تصريف الأفعال و استعمال أدوات الربط، حيث تظهر لغة الحبسي و كأنها ذات طابع تيليغرافي(style télégraphique)، وعادة ما يصاحب الحبسات غير الطليقة. والمصاب واع باضطرابه. [2]

1-9-الاضطرابات التركيبية:

و تعرف كذلك بشبه اضطراب نحوي (paragrammatisme)و الاستعمال غير المناسب للبنى التركيبية للغة معينة، المجموع النحوي غير مستغل بصفة سليمة. و الحبسي غير واع باضطرابه و نلاحظ هذا نوع من الاضطراب في اطار حبسة فرنيكي اين تكون اللغة غزيرة.[3]

وتتميز باستعمال عدة كلمات نحوية غير مناسبة التي تعادل التحولات الشفهية الدلالية وترتبط بعدم قدرة الحالة على التعرف على الأخطاء النحوية. [4]

---

[1]– مسلاتي، ن وبوفولة، ب .(2021) . تشخيص نقص الكلمة عند المصاب بحبسة بروكا من خلال نشاط التسمية الشفهية . مجلة الروائز .المجلد 5 ، العدد1 . ص ص 343 –358. ص 346

[2]–مساحلي طاهر .(2019). دراسة الاضطرابات الفونولوجية في الحبسة من خلال اقتراح أداة للتقييم و تقنية للتكفل باستعمال مفاهيم النظرية الخليلية الحديثة. أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علوم اللسان والتبليغ اللغوي تخصص أمراض الكلام، قسم علوم اللسان، جامعة الجزائر – 2 .ص42

[3]– عوايجية حميدة،(2008)، أثر الصورة الذهنية على التعرف على الكلمات المكتوبة لدى الحبسي، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 2. ص88

[4]– Gil, R. (2018). Neuropsychologie (7ème édition). Elsevier Masson.p45

1-10-اضطرابات النغمة :

هي صعوبة في التحكم في بعض البارامترات مثل: الايقاع والشدة الخاصة بالصوت، ينتج عنها اضطرابات في حدود النغمية ومكان التوقف داخل الجملة، تقطيع الجملة.

ينجم عن هذه التغيرات بروز نبرة غريبة لدى بعض الحالات، فالمتكلم باللغة الفرنسية ينتج لديه شذوذ إيقاع انجليزي أو الماني، هذا العرض نصادفه أثناء حدوث نقص كيفي على مستوى المجرى

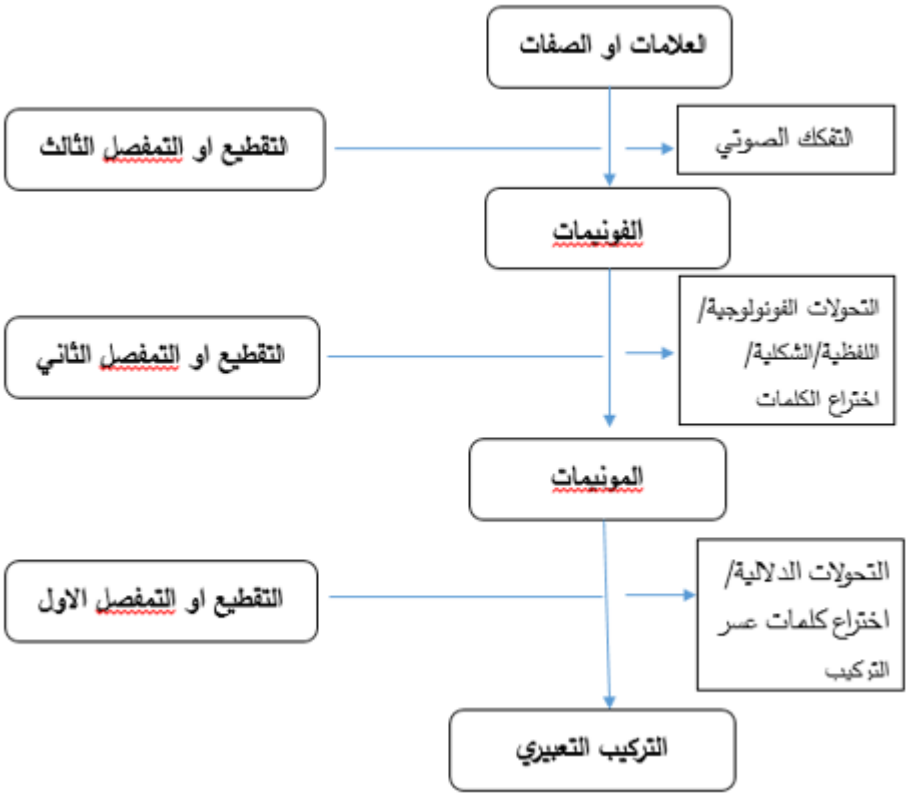
1-11-التحولات الشفهية:Paraphasies

تتمثل في التشوهات اللغوية -أي أنماط مختلفة من الأخطاء- الملاحظة في الانتاج الشفهي. يمكن تحديدها أثناء الخطاب لكن يتم تحليلها بدقة عند تطبيق بنود التسمية الشفهية. تم تحديد أنواعها حسب نموذج التحليل البنيوي للغة الذي ينظم اللغة في إطار 3 مستويات للتقطيع و اربع وحدات لسانية، كل مستوى للتقطيع يتم فيه اختيار، ترتيب و ربط للوحدة اللسانية.

---

[1]- عوايجية حميدة،(2008)، أثر الصورة الذهنية على التعرف على الكلمات المكتوبة لدى الحبسي، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 2. ص88

[2]–Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P 62



الشكل رقم4: يمثل المستويات الثلاثة للتقطيع و التشوهات الشفهية المقابلة لكل مستوى

- **التشوهات الصوتية (مستوى التقطيع الثالث):**

على هذا المستوى نجد الانحرافات الصوتية التي تمثل التغيرات التي تطرأ على كلمة أو عبارة Syntagmeعلى شكل تشوهات صوتية لفونيم أو عدة فونيمات. تختلف حدة العرض من حالة الى أخرى حيث يمكن ملاحظة إنتاج فونيمات لا تنتمي للسجل اللغوي نتيجة التشوهات الصوتية العديدة و بذلك التنسيخ الصوتي يكون صعبا جدا منه يتطلب على الفاحص استعمال الأبجدية العالمية ليتمكن من تنسيخها صوتي.

تطرأ الانحرافات الصوتية نتيجة خلل في اختيار الحركات الأساسية المركبة للفونيمات.

- **التحولات الفونولوجية او الحرفية (مستوى التقطيع الثاني: المستوى الفونيمي/الفونولوجي):**

على هذا المستوى نجد التحولات الفونيمية/الفونولوجية التي تنتج عن أخطاء في اختيار و/أو ترتيب الفونيمات المكونة للكلمة/المونيم الهدف (مثلا: حذف، إضافة، إبدال، قلب) مؤدية لإنتاج كلمة مختلفة عن الكلمة الهدف وغير منتمية للسجل اللغوي مع غياب اضطراب نطقي مصاحب.

التحولات اللفظية: وليس لها مرجعية على المستوى النطقي، لأنها تتوافق مع استبدال كلمة مستهدفة بكلمة أخرى تنتمي إلى معجم اللغة دون وجود علاقة دلالية واضحة بين الكلمتين.

- **التحولات اللفظية الشكلية او الموفولوجية(مستوى التقطيع الثاني)**، على هذا المستوى نجد كذلك التحولات المورفولوجية التي تحدث نتيجة انحرافات ذات طبيعة فونيمية بما انه يوجد رابط مورفولوجي بين الكلمتين. هناك إبدال للكلمة الهدف بكلمة تشاركها في الفونيمات المركبة لهما.
- **التحولات الدلالية (على مستوى التقطيع الأول المستوى المورفو – دلالي):**

على هذا المستوى نجد التحولات الدلالية التي تتميز باستبدال الكلمة الهدف بكلمة أخرى لهما رابط دلالي مشترك. [1]

-التحولات غير اللفظية او اختراع كلمة جديدة: Néologisme

اختراع الكلمات الجديدة تكون نتيجة الانحرافات او التحولات الفونيمية الحادة التي تؤدي الى انتاج لا كلمات، باحترام كل من القواعد الفونولوجية للغة. بينما لا تكون لسلسلة الأصوات المنتجة أي معنى، وليس لها أي رابط فونولوجي مع الكلمة المستهدفة.[2]

1-12-الرطانة:Jargon

تتميز الرطانة بالإنتاجات اللسانية المستحضرة في عدد مهم من التحولات اللفظية، والكلمات المولدة او الجديدة وفي الاختلالات اللفظية، وهذه العناصر اللفظية المشوهة قد تكون غير مفهومة في الواقع بالنسبة للفاحص أي التفريق بين الرطانة الدلالية الاتية من التحولات اللفظية الدلالية والتركيبية وبين الرطانة الفونولوجية حيث يكون التحولات الفونولوجية هي السائدة.[3]

---

[1]–Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P 63-64

[2]- Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2021). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P 95

[3]- بولعراس، الجمعي محمود.(2012). علم الحبسة في الدراسات الأرطفونية الغربية. مجلة الدراسات اللغوية .المجلد 14، العدد 2 . ص ص. 122-161. ص149

1-13-اضطرب الفهم الشفهي:

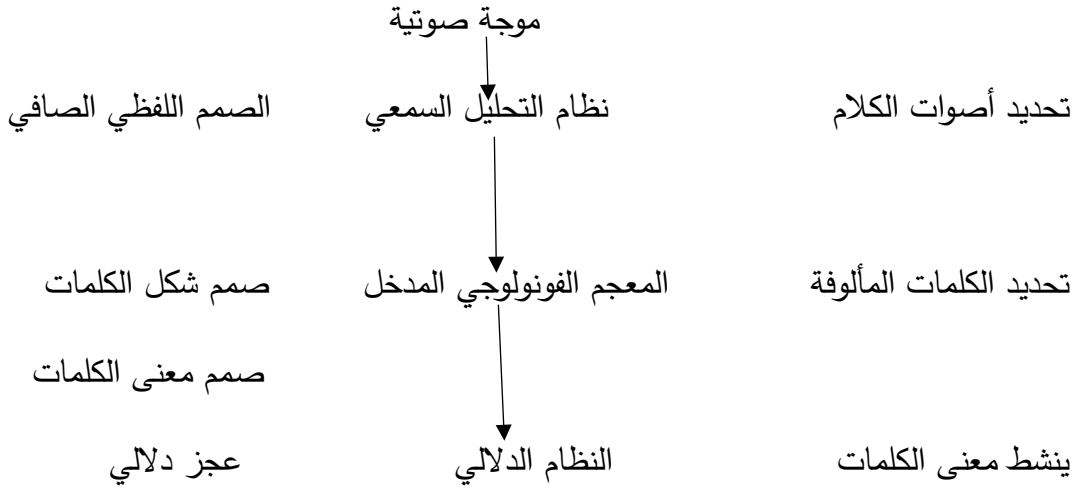
ليس مضطربا وان وجد يكون بصفة قليلة او نسبية الا في حالة استعمال بنيات تركيبية ونحوية معقدة من جهة، و من جهة أخرى استعمال عدد معتبر من رسائل شفوية معقدة و التي تكون متسلسلة.

يرتكز الفهم الشفهي على ثلاث آليات:

-تحديد ومعرفة أصوات الكلام على مستوى نظام التحليل السمعي.

- تنشيط المعجم الفونولوجي المدخل، وهو ما يسمح لهذه المرحلة بتمييز الكلمة المعروفة من الكلمة الجديدة، سواء كانت كلمة غير معروفة أو لا كلمة

-تنشيط مدلول الكلمات في النظام الدلالي.



الشكل رقم 5: يمثل النموذج المعرفي للفهم الشفهي (Ellis, Franklin et Crerar 1994)

نستخلص من المخطط السابق أربعة اضطرابات كل واحد له مستوى مختلف في صيرورة الفهم الشفهي.

-الصمم اللفظي أو عمه سمعي : agnosie auditive ou surdité verbale يتضمن اضطراب في التعرف على الأصوات، في هذه الحالة وكأن المصاب يسمع صوت متواصلcontinuum sonore ، فهو يسمع أصواتا لكنه لا يفهمها، وهذا الاضطراب خاص بأصوات اللغة، الفهم مصاب، لكنه يمكن أن يتحسن بواسطة القراءة الشفهية.

- صمم خاص بشكل الكلمة: يتضمن عجز على مستوى المعجم الفونولوجي المدخل الناتج عن اضطراب في تنشيط التمثيل الفونولوجي المدخل.

–صمم معنى الكلمة: يتضمن العجز في الولوج إلى النظام الدلالي، يمكن أن يمس خاصة الكلمات المجردة

– عجز دلالي يتضمن مشكل الولوج إلى معاني الكلمات

– مهما كانت الإصابة، فان الفهم الشفهي مرتبط بما يلي :

–معرفة أو التحكم في اللغة قبل الحادث الوعائي.

– الماضي الثقافي للمصاب.

– القدرات العقلية

– مستوى تعقيد الكلمات وجمل المنبهات.

– قدرة الإدراك والتمييز السمعي والبصري.

– الانتباه و الذاكرة

– الإعياء والانتباه

–المؤثر غير الشفهي. [1]

[1]–مساحلي طاهر .(2019). دراسة الاضطرابات الفونولوجية في الحبسة من خلال اقتراح أداة للتقييم و تقنية للتكفل باستعمال مفاهيم النظرية الخليلية الحديثة. أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علوم اللسان والتبليغ اللغوي تخصص أمراض الكلام، قسم علوم اللسان، جامعة الجزائر – 2 . ص ص42–43

المحاضرة حادية عشر:

اعراض اللغة المكتوبة:

الفهم الكتابي:

نفس الأعراض الملاحظة في الخطاب الشفهي يمكن ملاحظتها أثناء تأدية نشاط القراءة (نقص في اللغة، أبراكسيا الكلام، أخطاء نحوية، تحولات شفهية).[1]

1-العمى القرائي:

يطلق مصطلح عمى القرائي على اضطرابات القراءة المحدثة نتيجة إصابة عصبية لدى أشخاص كانوا يتقنون القراءة قبل إصابتهم. يظهر العمى القرائي على شكل صعوبات تمس التعرف و/أو النطق و/أو فهم الكلمات المكتوبة، وعلى الرغم من أن عمى القرائي قد يطرأ في معزل عن الاضطرابات الأخرى، إلا أنه يظهر في أغلب الأحيان مصاحبا للحبسة. كما يعاني أغلب المصابون بعمى القرائي من اضطرابات مشابهة لها من الناحية الكيفية على مستوى الكتابة، مما يوحي بأن القراءة والكتابة تعتمدان على تمثيلات معرفية وقواعد تشريحية مشتركة (Beeson & Rapcsak,2011)

ففي علم النفس العصبي المعرفي، يتم التمييز بين عمى القرائي المحيطي، الموافق لضعف المستويات "السفلى" من المعالجة في النظام المعجمي (المستويات المبكرة)، وعمى القرائي المركزي.

1-1-عمى القرائي المحيطي:

تتمثل اضطرابات القراءة المحيطية المكتسبة (أو العمى القرائي المحيطي) في عدم القدرة الجزئية أو الكلية على القراءة، دون وجود أي إصابة وظيفية مركزية(العمى القرائي المعجمي أو العميق) بعد إصابة دماغية.

1-1-1-العمى القرائي النصفي البصري: Alexie hémianopsique يعد من أكثر اضطرابات القراءة المكتسبة ذات المنشأ المحيطي شيوعًا (Schuett et al.، 2008) ،يعاني الأشخاص بالعمى القرائي البصري النصفي من استكشاف بطئي و غير فعال (Schuett et al., 2008) ويمكن أن يواجه صعوبات عند البحث عن الأشياء والتحرك والقراءة (Schuett, 2009)أثناء قراءة النص، يصبح التخطيط للتتابع المتسلسل مشكلة في حالة إصابة بالعمى النصفي الجانبي الأيمن يؤثر على التنسيق الحركي البصري لحركات العين خاصة باللغات المكتوبة من اليسار إلى اليمين مثل اللغة الفرنسية. ففي مهمة القراءة، يعاني الأشخاص بالعمى

---

[1]-Ardila Alfredo.(2014).Aphasia Handbook Florida International University .Miami, Florida. USA.p69

القرائي البصري النصفي من قراءة بطيئة ومتعبة بسبب انحراف نوعا ما من درجات التثبيت المطلوب للكلمات مسببة أخطاء المعالجة والاستكشاف مع استغراق وقت تثبيت أطول من الأشخاص بدون العمى البصري النصفي.

1-1-2-العمى القرائي الخالص: Alexie pure يتمثل العمى القرائي الخالص او العمى القرائي بدون العمى الكتابي في اضطراب حاد في القراءة بينما تكون مهارات الكتابة لدى المفحوصين محتفظة بشكل قريب من العادي. و يعتبر هذا نوع الأول من أنواع العمى القرائي المحيطي الذي وصفه ديجيرين (1892) والذي يسمى العمى اللفظي الخالص. بالنسبة للمصابين بالعمى القرائي الخالص صعوبة في قراءة الكلمات المعزولة، وعندما يتمكنون من التعرف على الحروف بشكل فردي، فإنهم يعتمدون القراءة حرفًا تلو الآخر، أي استراتيجية إعادة تكوين الكلمات التي هي عكس التهجئة. في الحالات الشديدة، توجد صعوبات في التعرف على الحروف المنعزلة التي تتعلق بشكل خاص بالأحرف المتشابهة بصريًا (على سبيل المثال: m وn وi وl). بالإضافة إلى ذلك، فإنهم يعانون من مشكل بالنسبة لتأثير طول الكلمة (Barton, Hanif, Eklinder Björnström & Hills, 2014).

1-1-3-العمى القرائي بالإهمال: Alexie de l'héminégligence عندما تكون الإصابة من الجهة اليمنى من الدماغ فإن أخطاء القراءة تتمثل في الحذف او الاستبدال الكلمات الموجودة على يسار النص، في بداية سطر النص، كذلك صعوبة الرجوع الى سطر النص. علاوة على ذلك، يمكن أيضًا أن تضطرب قراءة الكلمات المعزولة بسبب حذف الكلمات أو استبدالها في بداية الكلمة. وبالتالي فإن الأخطاء تكون بصرية.

1-1-4-العمى القرائي الانتباهي: Alexie attentionnelle و الذي يتم تداوله بشكل متكرر تحت مصطلح "عسر القراءة الانتباهي" (Basagni et al.، 2013)، ونادرًا ما يتم مواجهة هذا العجز في الوسط العيادي نتيجة إصابات في القشرة الجدارية اليسرى أو اليمنى (Siéroff، 2015). يكون الأشخاص قادرين تمامًا على قراءة الحروف أو الكلمات المعزولة، لكنهم يواجهون صعوبة في قراءة الجمل أو النصوص، بحذف الحروف أو استبدالها في الكلمات، أو حتى الكلمات في النصوص. وفقًا Mayer (2002) يُرجع هذا النوع من العمى القرائي الى نقص في الانتباه الانتقائي.[1]

[1]– Weill-Chounlamountry. A. Pradat-Diehl. P. (2016). Les troubles de la lecture périphériques acquis : pistes de rééducation. Entretiens d'Orthophonie – Bichat At: Paris .pp1-7

1-2-العمى القرائي المركزي:

قبل التطرق إلى الأنواع المختلفة الاضطرابات القراءة المكتسبة البد من الإشارة إلى أن الباحثين يستخدمون كل من الكلمتين "عسر القراءة" و "عمى القرائي" لتعبير عن اضطرابات القراءة ونجد هذا حتى على مستوى اضطرابات الكتابة الناتجة عن إصابة عصبية. تجدر الإشارة إلى أن مصطلحي عسر القراءة السطحي (الناتج عن إصابة المسار المعجمي) وعسر القراءة العميق (الناتج عن إصابة المسار دونّ المعجمي) هما مصطلحان مأخوذان من المفاهيم الخاصة بشومسكي(1965) Chomsky, و الذي ميز بين التمثيلات الفونولوجية والتي تسمى أيضا بالتمثيلات السطحية وبين التمثيلات الدلالية والتي تسمى أيضا بالتمثيلات العميقة، والجدير بالذكر هنا هو أن هاذين المصطلحين يعبران عن الطرق السليمة المتبقية بحوزة المصاب في حين أن تسمية عمى القرائي الفونولوجي وعمى القرائي المعجمي تعتمدان على المسار المصاب، فعمى القرائي الفونولوجي يتماشى مع عسر القراءة العميق وفقد القراءة المعجمي يتماشى مع عسر القراءة السطحي (Morin, 1989).

1-2-1-عمى القرائي العميق:

وصفت الدراسات الأولى عسر القراءة العميق على أنه اضطراب معقد يظهر من خلال صعوبة في قراءة كل من الكلمات الحقيقية والكلمات الزائفة، إلا أن الميزة الأساسية لهذا الاضطراب تكمن في ارتكاب أخطاء دلالية بصورة كبيرة أثناء القراءة المجهورة، مثال كلمة بقرة تقرأ كبش، بالإضافة إلى ارتكاب أخطاء بصرية وأخطاء صرفية وأخطاء استبدال الكلمات الأدوات أو الكلمات الوظيفية ببعضها البعض.

يرد عسر القراءة العميق على حسب التناول العصبي المعرفي الى إصابة كبيرة و واسعة تمس سيرورة القراءة، حيث أن عدم القدرة على قراءة الكلمات الزائفة يرجع كما هو الحال بالنسبة لعسر القراءة الفونولوجي إلى إصابة المسار دون المعجمي، كما أن القراءة من خلال المسار المعجمي غير الدلالي مستحيلة أيضا، مما يجعل القراءة ممكنة فقط من خلال المسار المعجمي الدلالي المضطرب، وترتبط فعالية هذا المسار بقوة أو ثراء التمثيلات الدلالية، وهذا ما يشرح ظهور أثر قابلية التصوير.

سبق وأن ذكرنا بأن الميزة الأساسية لأشخاص المصابين بعسر القراءة العميق تكمن في ارتكاب الأخطاء الدلالية بشكل كبير، وقد أورد العلماء ثلاثة أسباب مسؤولة عن ظهور الأخطاء الدلالية في حالة عسر القراءة العميق تتمثل في:

- اضطراب يمس القدرة على الوصول إلى النظام الدلالي عن طريق منبهات بصرية (عسر القراءة العميق المدخلي)

– اضطراب يمس النظام الدلالي في حد ذاته (عسر القراءة العميق المركزي)

– اضطراب يمس القدرة على الوصول إلى الشكل الفونولوجي عن طريق النظام الدلالي (عسر القراءة العميق المخرجي).

1-2-2-عمى القرائي الفونولوجي:

اضطراب يمس قراءة الكلمات الزائفة بصورة انتقائية، حيث إن قراءة الكلمات الحقيقية بما في ذلك الكلمات الشاذة تكون أفضل بكثير من قراءة الكلمات الزائفة (أثر التلغية)(erreurs de lexicalisations)

استخدم مصطلح فقدان القراءة الفونولوجي Alexie phonologique) والذي يعتبر مرادف لمصطلح عسر القراءة الفونولوجي لأول مرة في الدراسة التي قامت بها كل من()Desrousné1979,& Beauvois)

تتمثل الأخطاء المرتكبة في الغالب في أخطاء التلغية (erreurs de lexicalisations) معنى تحويل الكلمات الزائفة إلى كلمات حقيقية قريبة منها، بالإضافة إلى الأخطاء الصرفية والأخطاء البصرية واستبدال الكلمات الوظيفية. كما قد تسجل بعض الآثار المعجمية مثل أثر قابلية التصوير وأثر الفئة النحوية في بعض حالات عسر القراءة الفونولوجي.

يفسر الباحثون عسر القراءة الفونولوجي على حسب نموذج المسارين على أنه اضطراب ناتج عن إصابة المسار دون المعجمي للقراءة، وتنتج أخطاء التلغية (erreurs de lexicalisations) من هذا المنطلق عن محاولة استخدام المسار المعجمي السليم عند قراءة الكلمات الزائفة.

1-2-3-عمى القرائي السطحي:

تكمن الميزة الأساسية لعسر القراءة السطحي في صعوبة قراءة الكلمات الشاذة مقارنة بالكلمات المطردة أو ما يعرف بأثر التطريد (effet de régularisation)، إذ تتأثر آداءات القراءة بعامل التوافق الكتابي الفونولوجي وبدرجة تواتر الكلمات المطلوب قراءتها، فالكلمات التي تحتوي على تناسبات مطردة بين الإملاء (طريقة الكتابة(وطريقة التلفظ، وكذا الكلمات الجديدة المطردة والكلمات الزائفة تقرأ بصورة صحيحة وبسرعة عادية. أما الكلمات الشاذة التي لا تحترم هذا الاطراد فإنها ستقرأ بصورة خاطئة، مثال/paint /pint :رسم) تقرأ بنفس طريقة النطق بـ mint /mint/(نعناع).

يعكس هذا الاضطراب الصعوبة التي يعاني منها المصابون به في الوصول إلى معنى الكلمات انطلاقا من شكلها الإملائي، فهم مجبرون على استخلاص طريقة النطق الخاصة بها للوصول إلى معناها، ونتيجة لذلك فإن فهم الكلمات المقروءة مرهون بطريقة النطق بها، وبالتالي فإن الكلمات المقروءة بصورة

خاطئة تفهم على حسب طريقة النطق بها، مثال: عند قراءة كلمة listen أجاب المريض JC: Liston (وهو اسم بطل ملاكمة معروف للوزن الثقيل) واتبع قائلا هذا ملاكم.

يعود عسر القراءة السطحي إلى اضطراب على مستوى المسار المعجمي، إذ أن أية إصابة تمس هذا الأخير سوف تؤدي إلى عمل المسار دون المعجمي بمفرده، والذي لا يستلزم التعرف على الكلمة، و هذا ما يؤدي إلى ارتكاب الأخطاء التطريدية (الأخطاء المقبولة من الناحية الفونولوجية) عند قراءة الكلمات الشاذة[1]

2-اعراض التعبير الكتابي:

تعرف الحبسة عادة على انها اضطراب يمس الجانب التعبيري والكتابي معا حتى وان كان ذلك بدرجات متفاوتة، فحسب Lhermitte et Lecours فان اللغة المكتوبة تكون أكثر ضررا من اللغة الشفهية، وذلك بسبب ان اللغة المكتوبة تكتسب بعد اللغة الشفوية هذا ما يجعلنا هشة، اضافة إلى قلة استعمالها من طرف الكثيرين مقارنة باللغة الشفوية. زد على ذلك سوء تنظيم الوظيفة الرمزية اللسانية الشفوية يمكن ان يؤثر على تنظيم الوظيفة الرمزية اللسانية الكتابية، ينشأ هذا الاضطراب من تدهور يتعلق بالآليات المناسبة للغة حيث يتم الاحتفاظ بالرسومات الخطية Graphismes بشكل جيد ولكن استخدامها يكون مضطرب هذا ما يعرف بعجز الكتابة الحبسي Agraphie Aphasique كما يمكن أن يكون بسبب اضطراب في التنفيذ الحركي للكتابة، فيؤثر هذا الاضطراب على الرسومات الخطية ويمكن أن يؤدي إلى الخربشة: اضطراب الترتيب المكاني للخطوط وللكلمات والحروف.

ان اضطرابات اللغة المكتوبة تظهر بتطبيق البنود المتعلقة بالكتابة العفوية، والمنقولة والكتابة بواسطة الاملاء [2] ، حيث يواجه الحبسي صعوبة في الكتابة بسبب الشلل النصفي وغالبا ما يضطر المريض الى استعمال اليد اليسرى (بالنسبة لليمني) مما يشكل عائق إضافي فالكتابة باليد اليسرى تكون صعبة لقلة استعمالها. درجة شدة عرض الأخطاء النحوية تكون أكبر أثناء التعبير الكتابي لكون الكتابة تتطلب توظيف دقيق للقواعد النحوية.[3]

---

[1]-بومعراف اسيا .(2015) . تناول لساني ومعرفي لاضطرابات اللغة العربية المكتوبة لدى الأشخاص المصابين بالحبسة. جامعة الجزائر 2، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في الأرطوفونيا. ص ص70-77

[2]-مسلاتي، نوال.(2023).اقتراح برنامج علاجي أرطوفوني للتكفل بنقص الكلمة عند المصاب بحبسة بروكا، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث تخصص أرطوفونيا، جامعة باجي مختار عنابة. ص42

[3]-Ardila Alfredo.(2014).Aphasia Handbook Florida International University .Miami, Florida. USA.p69

إن دراسة أعراض الاضطراب الكتابي في الحبسة تتضمن نفس العناصر تقريبا التي في التعبير الشفهي، فنجد إذا تشوهات أو تحولات خطية des paragraphies

–حرفية: تتضمن مختلف التشوهات التي تمس الحرف مع ترخيم، انتقالات، وإضافات منعزلة ومركبة.

– فونولوجية: وهي التعويضات بين حروف متقاربة فونولوجيا .

–لفظية: نلاحظ في هذه التشوهات الخطية علامات عسر التركيب واضطراب النحو، أي سوء استعمال العناصر النحوية في الجملة .[1]

[1]- مساحلي طاهر .(2019). دراسة الاضطرابات الفونولوجية في الحبسة من خلال اقتراح أداة للتقييم و تقنية للتكفل باستعمال مفاهيم النظرية الخليلية الحديثة. أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علوم اللسان والتبليغ اللغوي تخصص أمراض الكلام، قسم علوم اللسان، جامعة الجزائر – 2 . ص44

المحاضرة الثانية عشر:

الأعراض العصبية المصاحبة للحبسة:

1-الأبراكسيا:

غالبًا ما يتم تعريف الابراكسيا على أنها اضطراب في الإيماءات و/أو التحكم الحركي عند الأشخاص الذين لا يعانون من عجز حس حركي، أو اضطرابات في الفهم أو تدهور عقلي كبير

وهي أنواع:

1-1-الأبراكسيا الحركية:

1-1-1-الأبراكسيا الفكرية الحركية:

تتمثل الأبراكسيا الفكرية الحركية في اضطراب الأداء الحركي وتحقيق حركات أولية بسيطة مدروسة ومتعمدة[1] ، إذ يطرأ الخلل في انقطاع بين المخطط الحركي (التمثيل الذهني للأداء) و التعصيب الحركي المطلوب لتنفيذه [2] (Commande motrice). يمكن للمريض التعرف على الشيء، ومعرفة كيفية استخدامه، وبالتالي، يأخذ الاداة الصحيحة، لكنه لا يعرف التسلسل الحركي المخطط المطلوب لاستعماله[3]

تظهر في عدم القدرة على الانجاز السليم لبعض الحركات الرمزية مثل: التحية العسكرية أو الإيماءات الخاصة باستعمال بعض الأدوات كاستعمال المشط أو المطرقة. هذه الحركات تكون غالبا غير موفقة أو تقريبية.[4]

قد تكون ثنائية الجهة (bilatérale) أو تمس طرف واحد. الأبراكسيا الفكرية الحركية التي تمس كلا الطرفين غالبا ما تطرأ نتيجة إصابة الفص الجداري لنصف الكرة المخية الأيسر.[5]

---

[1]-Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2018). Dictionnaire d'Orthophonie (4ème édition). Ortho Edition.p33

[2]- Le Gall D . Etcharry-Bouyx Fr . Osiurak Fr .(2012). Les apraxies : synthèse et nouvelles perspectives. Rev Neuropsychol 2012 ; 4 (3) : 174-85. P 175

[3]- Sadanandavalli Ch, Issac R Gregor Th, Mirza Masoom A.(2015). Apraxias in Neurodegenerative Dementias. Indian Journal of Psychological Medicine | Jan – Mar 2015 | Vol 37 | Issue 1.p43

[4]- مقراني ليامنة .(2017) . اقتراح بروتوكول علاجي معرفي لاضطرابات الحساب ومعالجة الأعداد عند المصاب بالحبسة. رسالة شهادة دكتوراه علوم في الأرطوفونيا. جامعة الجزائر2. ص28

[5]- Gil, R. (2018). Neuropsychologie (7ème édition). Elsevier Masson.p92-93

1-1-2-الأبراكسيا الفكرية:

تعني عدم إمكانية التنسيق بين الحركات الضرورية الخاصة باستعمال أداة أو مجموعة من الأدوات، حيث يبدأ المفحوص في القيام بالحركة ثم يتوقف دون أن يكملها ويعيد ليكرر بدايتها. يظهر هذا الاضطراب عندما يتطلب على المفحوص القيام بعدة حركات متسلسلة. [1]

يطرأ هذا العرض نتيجة إصابة الجهة الخلفية لنصف الكرة المخية الأيسر وبالتحديد المنطقة الصدغية-الجدارية. [2]

1-2- الأبراكسيا البنائية:

تمثل الأبراكسيا البنائية اضطراب قدرة الإنسان على البناء أي تجميع الأجزاء في فضاء ثنائي أو ثلاثي الأبعاد. ويتم ملاحظتها عند الطلب من الحالة رسم مكعب، مربع، منزل، دراجة (تحت الأمر أو بالتقليد). تطرأ نتيجة إصابة جدارية.[3]

الاضطراب العصبي المسبب للابراكسيا البنائية يعود الى الاداءات التي تتطلب بناءا في البعد البصري الفضائي وتتجسد على شكل صعوبات في رسم الاشكال البسيطة او المعقدة سوآءا بشكل حر او نقلها طبقا لنموذج ما. عادة ما تكون الاشكال مشوهة مع أخطاء في تمثيل الأجزاء المختلفة من الرسم، قلب للأشكال، استمرارية خطية، وحذف لمقاطع من الاشكال.

يمكن اعتبار الأبراكسيا البنائية على انها خلل في معالجة المعلومات البصرية الفضائية المدركة اثناء النشاط الحركي.[4]

---

[1]– مقراني ليامنة .(2017) . اقتراح بروتوكول علاجي معرفي لَاضطرابات الحساب ومعالجة الأعداد عند المصاب بالحبسة. رسالة شهادة دكتوراه علوم في الأرطوفونيا. جامعة الجزائر2. ص28

[2]– Gil, R. (2018). Neuropsychologie (7ème édition). Elsevier Masson.p92-93

[3]– Gil, R.(2000). Neuropsychologie. (2ème édition).Ed Masson. P84

[4]– Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2018). Dictionnaire d'Orthophonie (4ème édition). Ortho Edition.p32

1-3-أبراكسيا اللباس:

أبراكسيا اللباس هو اضطراب محدد يطرأ في غياب الأبراكسيا الفكرية أو الفكرية الحركية لذا يعد نوعا معين من الأبراكسيا الانعكاسية. عادة ما تصاحب الأبراكسيا البنائية.[1]

المريض يصبح غير قادر على تحقيق الحركات الضرورية لارتداء ملابسه فينتج اداءات غير متسقة وغير منظمة منها ارتداء السروال، ارتداء القميص و غلق ازراره، ارتداء الحزام، وربط ربطة العنق.[2]

1-4-الأبراكسيا الفمية الوجهية:

هذا الاخير يتوافق مع عد القدرة أو الصعوبة المكتسبة في تنفيذ حركات المجال الفمي الوجهي عن طريق الطلب و/أو عن طريق التقليد مثل :فتح و غلق الفم، اخراج اللسان، التصفير...الخ، مع عدم وجود اضطراب على مستوى الفهم و مقابل ذلك نجد أن المصاب يستطيع القيام بهذه الحركات من تلقاء نفسه.[3]

مما يجعلها تتميز بتناقض بين استحالة تنفيذ الحركات الإرادية للجهاز الفمي الوجهي و سلامة الحركات الآلية و الانعكاسات عادة ما تصاحبها أبراكسيا فكرية-حركية.[4]

---

[1]- Gil, R. (2018). Neuropsychologie (7ème édition). Elsevier Masson.p102

[2]- Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2018). Dictionnaire d'Orthophonie (4ème édition). Ortho Edition.p32

[3]- مسلاتي، نوال.(2021) . اقتراح برنامج علاجي أرطوفوني للتكفل بنقص الكلمة عند المصاب بحبسة بروكا، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث تخصص أرطوفونيا، جامعة باجي مختار عنابة.ص52

[4]- Gil, R.(2000). Neuropsychologie. (2ème édition).Ed Masson. P89

المحاضرة الثالثة عشر:

تكملة أعراض العصبية المصاحبة للحبسة:

1-الأقنوزيا:

بشكل بسيط نعرف القنوزيا (Gnosie) على انها القدرة التي تسمح لنا بالتعرف من خلال الحواس(رؤية، لمس، سمع) على شكل الأشياء تمثيلها و الاحتفاظ بمعناها ، حدوث خلل على مستوى هذه القدرة يؤدي الى اضطراب يسمى Agnosie و هي عدم القدرة على التعرف على الأشياء المعروضة لإدراكنا، و هذا الاضطراب لا ينجم عن أي عسر حسي او خاص بالانتباه او عسر على مستوى الوعي.

تطور هذا المصطلح و اصبح يدل على الفقدان الناجم عن إصابة دماغية لامكانية التعرف على مثيرات المحيط عبر الأنماط الادراكية المختلفة ، في غياب أي اضطراب حسي او تلف عقلي.[1]

توجد عدة أنواع للأقنوزيا منها: السمعية، البصرية، اللمسية، الفضائية، أقنوزيا المخطط الجسدي.

أنواع الاقنوزيا:

1-1-اقنوزيا بصرية: تتعلق الأقنوزيا البصرية بعدم القدرة على تعرف على الأشخاص او الأشياء و الرموز الخطية تحت غطاء واحد و هو البصر.

تتمثل في صعوبة الوصول الى التعرف على بعض المكونات العالم البصري بغياب كل من اضطراب حسي اولي، الحبسة، تدهور فكري، و تعتبر حسب تعبير Teuber 1968 في تجريد الادراك من معناه"، و اقنوزيا بصرية هي عدم القدرة على التعرف على الأشياء، الصور الألوان و الوجوه عن طريق قناة واحدة و هو البصر. و أحيانا تكون مصحوبة باقنوزيا السمعية و اللمسية، و يمكن أن تتعلق بشكل استثنائي بمجال بصري واحد ما يسمى بالعمى النصفي.[2]

* إن أنواع الأقنوزيا البصرية متعلقة بالمناطق البصرية الأولية **aires visuelles primaires** والمنطقة المشتركة بين الفص القفوي و الفص الصدغي أحيانا، و أهم أنواع الأقنوزيا البصرية هي:

---

[1]- عوايجية حميدة،(2008)، أثر الصورة الذهنية على التعرف على الكلمات المكتوبة لدى الحبسي، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 2. ص92

[2]- Gil, R.(2000). Neuropsychologie. (2ème édition).Ed Masson. P103

1-1-1- أڤنوزيا الأشياء و الصور : Agnosie des objets et des images

عجز في التعرف على الأشياء المقدمة بصريا، والتي لا يمكن أن تعزى إلى اضطرابات حسية او حركية بصرية، او الى إصابة في الانتباه او اضطرابات في اللغة، او الى تدهور فكري. فالمصاب لا يستطيع تسمية الشيء او إعطاء التعريف او حتى عن طريق ايماءات كيفية استعمال الشيء، او تعيين الشيء من بين الأشياء المعروضة بصريا، مثلا عند عرض صورة المطرقة، فلا يستطيع إعطاء تسمية صحيحة، او تقديم الخصائص الوظيفية (أداة تستعمل لضغط على المسامير في الحائط او في الخشب) و لكنه يتعرف عليها بسهولة عندما يضعها في يده.[1]

1-1-2-أڤنوزيا الوجوه: Agnosie de visage /prosopagnosie عدم قدرة المصابين على التعرف على الوجوه المألوفة والتي يعرفها أي المقربين في الواقع او على الصور، وأيضا على الشخصيات المعروفة في المجتمع عن طريق الصور او التلفاز، حتى انهم لا يتعرفون على انفسهم عند النظر في المرآة، ولكن يمكن ان يتم التعرف بالاعتماد على: الصوت، طريقة المشي، حامل النظارات، شوارب، خصوصية في الملابس.[2]

1-1-3-أڤنوزيا الألوان Agnosie des couleurs : يتم تعريفه عمومًا على أنه اضطراب في تحديد اللون لا يرجع إلى صعوبة التمييز ، ولا إلى الحبسة، ولا إلى التدهور الفكري. عياديا تتمثل اڤنوزيا الألوان في صعوبة اختيار جميع الألوان التي تنتمي إلى نفس النطاق (على سبيل المثال، تجميع كل ظلال اللون الأزرق معًا)، أو تعيين الألوان حسب الطلب، أو تسمية الألوان في العرض البصري، أو استحضار الألوان محددة للأشياء (ما هو لون العشب؟). غالبًا ما يرجع اڤنوزيا الألوان الى إصابة الصدغية اليسرى.[3]

1-2-الأڤنوزيا السمعية : Agnosie auditive

هو اضطراب يمس التعرف على المنبهات السمعية (اللفظية و غير اللفظية) التي تتعلق بالأصوات المألوفة مثل الموسيقى و أصوات الأشخاص، فانه يدرك الأصوات و لكن لا يمكن ان يتعرف عليها و ترجمتها، فالأڤنوزيا السمعية مرتبطة بمساحات الفص الصدغي السمعي وهي أنواع منها:

1- Laterre ch.(2008). Sémiologie des maladies nerveuses, Ed de Boeck.p530

2- Gil, R.(2000). Neuropsychologie. (2ème édition).Ed Masson. P114

3- Ségolène P.(2009). Perception des couleurs et formes orales solides .Perception des couleurs et formes orales solides. le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie. Faculté de Pharmacie Université Henri Pouincaré – NANCY. p72

1-2-1-الصمم اللفظي la surdité verbale : يتميز بعدم القدرة على فهم اللغة المتكلمة بينما يفتقر المفحوص إلى ضعف اللغة الداخلية. و يمكنه التكلم القراءة و الكتابة (باستثناء الاملاء) بشكل مرضي. غالبا ما يكون الصمم اللفظي حالة متطورة لحبسة فرنيكي.

1-2-2-أفنوزيا الموسيقى : Amusie/ Agnosie musicale عدم القدرة على التعرف على الالحان الى جانب مميزاتها الموسيقية: الارتفاع النغمي، الشدة، الإيقاع، المدة، الطابع، الالحان .[1]

1-2-3- أفنوزيا الأصوات : المصاب لا يعاني من انخفاض في درجة السمع، و لكنه غير قادر على التعرف و التفريق بين الأصوات (أصوات معروفة، صوت حركة السيارة، صوت المفتاح، صوت الة موسيقية...الخ)، و هذا الاضطراب نادرا ما يكون منعزلا او منفردا حيث يكون مصحوبا عادة بالصمم اللفظي او اضطراب نسيان اللحن.

1-3- أفنوزيا اللمس : Astéréognosie /Agnosie tactile

تتميز أفنوزيا اللمس بعدم القدرة على تعرف على الأشياء عن طريق اللمس او المعالجة البسيطة باليد و بدون مساعدة البصر، مع عدم وجود أي عجز حسي أولي أو اضطراب حركي، فتكون هنا الإصابة في الفص الجداري، في هذه الحالة الشخص يستطيع أن يعطي وصفا أوليا لنوعية الشيء مثال : هو مسطح طويل لكن عندما ننزع عنه الغطاء حول عينيه يقول أنه مشط .

1-4-أفنوزيا المخطط الجسدي : Asomatognosie

يملك كل انسان صورة عن جسده وحتى وإن كان مغمض العينين، لديه صورة ذهنية عن جسمه الخاص يعني واعي لجسمه وكيفية اتصاله بالعالم الخارجي، هذا التخطيط الجسدي المبني على أساس تجارب قديمة وحالية، بصرية، لمسية، حسية حركية. فاضطراب التعرف على المخطط الجسدي يرافقه دوما شلل نصفي يساري، ونلاحظه في حالة إصابة الفص الجداري وفي البنى تحت القشرية اليمنى. وتكون مرتبطة غالبا بإهمال الفضائي أحادي الجانب، العمى النصفي احادي الجانب HHL، ابراكسيا اللباس، ابراكسيا البنائية ومن أنواعها:

---

[1]– Gil, R.(2000). Neuropsychologie. (2ème édition).Ed Masson. P147-148

1-4-1- عدم الوعي بالمرض عند الحالة التي تعاني من شلل نصفي:

الحالة التي تعاني من عدم الوعي بمرضها و المصابة بشلل نصفي ايسر حاد، تنكر وجود هذه الاضطراب و تتظاهر كما لو انها ليست مشلولة. عندما نطلب منه تحريك الذراع المشلول، يؤكد على انه نفذ الامر، هذا ما يخلق لديه هلوسة حسية حركية. فالمصاب يعترف أحيانا بنوع من الضعف او الثقل الذي يسيطر على نصف الجسم الايسر، فهو يفند ان هذا الإحساس عبارة عن إعاقة.

1-4-2-الاضطراب الأحادي للتعرف على المخطط الجسدي:

هذا الاضطراب عبارة عن انفصال يحدث على مستوى الشخصية و نصف الصورة الجسدية اليسرى، التي لم تعد مدمجة ضمن الحياة النفسية منذ وقوع الحادث. هذا النوع من الحالات لا تعترف بنصف جسد الايسر المشلول، و يعيش معه كجسم غريب و لديه هلاوس حركية.

1-4-3-الاضطراب الثنائي للتعرف على المخطط الجسدي: لديها معاني عديدة:

-Autotopoagnosie :عدم القدرة المفحوص تعيين او وصف و تسمية مختلف أعضاء الجسم حتى على الفاحص تحت طلب شفوي.

-اضطراب التعرف على الأصابع:Agnosie digitale عدم قدرة المفحوص التعرف على أصابعه او أصابع الفاحص. [1]

و تعرف أيضا بعدم قدرة الفرد على التعيين و التمييز و التعرف على الأصابع يده او أصابع الاخرين، إما تحت الطلب الشفوي، أو تسميتها عند الإشارة إليها، و تشكل اقنوزيا الأصابع أو اضطراب التعرف على الأصابع أيضًا العنصر الأساسي لمتلازمة تسمىSyndrome de Gerstmann التي تم تعريفها في عام 1930 على أنها تجمع بين: اقنوزيا الاصابع، و الخلط بين اليسار واليمين، وعمى الكتابي، وعمى الحسابي. وتحدث عادة بعد الإصابة الجدارية الخلفية اليسرى.

---

[1]- عوايجية حميدة،(2008)، أثر الصورة الذهنية على التعرف على الكلمات المكتوبة لدى الحبسي، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 2. ص97

[2]- Wicky.G.(2005).De l'autotopoagnosie à un modèle de représentations des connaissances du corps . SCHWEIZER ARCHIV FÜR NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE. 156 n 4.pp196-202.p198

1-5-الإهمال النصفي:L'héminégligence

أو la négligence spatiale unilatérale gauche ou agnosie spatiale

عرف الإهمال النصفي الأيسر من طرف العديد من الباحثين فمنهم:

هيلمان "1985" Heilman الذي يقول أن الإهمال النصفي الفضائي هو عدم القدرة على الوصف اللفظي، عدم الإستجابة والتوجه نحو المنبهات الآتية من الجهة العكسية للجهة المتضررة.

أما Mesulam يعتبر الإهمال النصفي على أنه نتيجة العجز في الشبكة الموزعة نحو القشرة الدماغية.

ويرى آخرون أن المرضى الذين يعانون من الإهمال النصفي لهم صعوبة في الإدراك والتعرف والتوجه نحو مثيرات واقعة في نصف الفضاء للجهة المعاكسة للضرر.

و تكون اكثر تعقيدا عندما تكون مصحوبة ب anosognosieعدم الوعي بالاضطراب و hémiasomatognosie الاضطراب الاحادي للتعرف على المخطط الجسدي. فنجد لدى المفحوص انحراف أو إنحاء الرأس والعينان بصفة ارتجاعية نحو الجهة اليمنى، وذلك حسب شدة الإصابة، عند إجابته لأسئلة واردة من الجهة اليسرى، فإنه ينظر إلى الجهة اليمنى وكأن السائل يجلس إلى الجهة اليمنى، و عند حلق المريض للحيته فإنه يحلق الجهة اليمنى مع نسيانه للجهة اليسرى. عند فطور الصباح فإن المريض يأكل نصف الصحن ويبدأ بالبحث عن الفنجان الموجود على يساره. بالنسبة للمرأة فإنها تقوم بتزيين الجهة اليمنى للوجه ونسيان الجهة اليسرى .عندما نطلب من المريض رسم ساعة آما في الشكل المعطى له فإنه يضع كل أرقام الساعة على اليمين، وفي حالة طلب منه رسم رجل فإنه يرسم نصف جسده الأيمن فقط مع نسيان اليد والرجل اليسرى. عند قراءة المريض للجريدة فإنه يقرأ الجهة اليمنى وإهمال الجهة اليسرى، فلا يستطيع فهم المحتوى، وعندما نطلب من المريض كتابة فقرة فبالنسبة للشخص الناطق باللغة العربية يبدأ الكتابة من اليمين ويتوقف عند نصف الصفحة ثم يعود إلى السطر، أما اللغة الفرنسية فإنه يبدأ الكتابة من الوسط نحو اليمين. فالإصابات تمس نصف الدماغ الأيمن من الجهة الخلفية. [1]

---

[1]– بن العيفاوي حليمة.(2013). تقييم نفس عصبي لتناذر الإهمال النصفي الأيسر لدى الأشخاص المصابين بالصدمات الدماغية الوعائية. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 2. ص52

2-العمى النصفي (HHL) Hémianopsie Homonyme Latérale/ L'hémianopsie

تعرف على انها فقدان لنصف الحقل البصري لكلتا العينين، ان فقدان المجال البصري يكون بالاتجاه المعاكس من الإصابة أي عندما تكون إصابة نصف الكرة المخية اليمنى تؤدي الى إصابة المجال البصري الايسر والعكس الصحيح. ان الإصابة تمس كلا النصفين من المجال البصري الأيمن والايسر. قد تضطرب الرؤية بوجود هذا الخلل أي فقدان جزء من المجال البصري فالأشياء الموجودة أو الموضوعة ضمن هذا المجال لا ترى من قبل المفحوص كما أنه لا يبصر ما يراه سوى النصف.

وغالبًا ما يرتبط بصعوبات في القراءة، وتحديد الموقع، والاستكشاف البصري المكاني، والوصول إلى المعلومات في مجملها، وعدم القدرة على قيادة السيارة. هكذا، فإن المصاب الذي يعاني من إصابة قفوية من الجهة اليمنى سوف يصاب بعمى نصفي جانبي متجانس في اليسار، بينما الإصابة القفوية اليسرى سوف تؤدي إلى عمى نصفي جانبي متجانس في اليمين.[1]

3-الشلل النصفي: Hémiplégie

هو عبارة عن عجز حركي لنصف الجسم أيمن أو أيسر وهو ناتج عن اضطراب في المسلك العصبي الهرمي، هذه الأخيرة تنشأ من القشرة المخية تتشابك في الجزء العلوي للجذع، والعجز يكون عكسي للجهة المصابة، بسبب هذا الشلل النصفي الأكثر انتشارا في الحوادث الوعائية الدماغية.[2]

4-اضطرابات نفس-سلوكية:

الحبسي قد يتغير في شخصه كما قد يتغير في سلوكه، حيث نجده يتعب بسرعة مما يؤثر على الانتباه والتركيز لديه .فاقدا للحيوية وللاهتمام لكل ما يتعلق بنشاطاته السابقة، نجده يميل للعزلة عن وسطه .يضجر بسرعة لعدم فهمنا له. كما يحس بالضياع لمجرد حدوث تغيير مفاجئ (في المكان والزمان). ونلاحظ أيضا انه يلي الكثير من الاهتمام بالتفاصيل الجزئية مقارنة بالسابق. الى جانب عدم الاستقرار

---

[1]– Perez C. Gillet-BenNejma I. Allali S. Boudjadja M. Caetta F. Gout O. Savatovsky J. Obadia M. Chokron S.(2014). Hémianopsie latérale homonyme :amputation du champ visuel, perception implicite et hallucinations visuelles. Revue de Neuropsychologie. 2014 ; 6 (4) : 238-255. P238

[2]– بن العيفاوي حليمة.(2013). تقييم نفس عصبي لتناذر الإهمال النصفي الأيسر لدى الأشخاص المصابين بالصدمات الدماغية الوعائية. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 2. ص40

الانفعالي (يضحك ويبكي بمبالغة دون وجود داعي لذلك) ،عادة ما نجده غير مبالي بمظهره الخارجي . يبدي تقلبا في قدراته، احيانا متمكنا و أحيانا أخرى فاشلا.[1]

وبما أن الحبسة تعتبر باضطراب لغوي ما يجعل المصاب يجد صعوبة كبيرة للتواصل و تعبير عن أفكاره و احتياجاته، مما يسبب في اضطراب مزاجه، وعليه يمكن أن يصبح مكتئبا حزينا منعزلا، كذلك عنيفا وقلقا وسريع الإنفعال.

---

[1]– عوايجية حميدة،(2008)، أثر الصورة الذهنية على التعرف على الكلمات المكتوبة لدى الحبسي، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 2. ص91

المحاضرة الرابعة عشر: تشخيص وإعادة التأهيل الحبسة:

تشخيص الحبسة:

يعتمد الفحص العيادي وتشخيص الحبسة على عدة مراحل وخطوات منتظمة، تهدف إلى جمع أكبر قدر من البيانات الاولية (les données préalables) حول المفحوص، كالسوابق المرضية، الجراحية والعائلية، ظروف حدوث الإصابة. ثم تسجيل الأعراض العيادية بدنية كانت ام نفسية لغوية، والاستعانة بالفحوصات الطبية المختلفة. وفي الأخير يتم الحصول على المدونة اللغوية التي يتم فيها تقييم الكفاءة اللغوية بمختلف مظاهرها، باستعمال اختبارات مخصوصة لتتوج بتشخيص نهائي لنوع الحبسة ووضع الاستراتيجية المناسبة لإعادة التأهيل. [1]

في البداية يتم التعرف الإصابة بالحبسة بشكل فوري او مستعجل، بدءًا من قسم الطوارئ بالمستشفى. تكون علامات البداية مفاجئة، وتلاحظ من طرف الأقارب، تتمثل في إصابة المتكررة تتخللها الشلل النصفي/الضعف العضلي النصفي الأيمن أو الايسر، الى جانب ما تشير اليه بيانات التصوير الدماغي الأولي التي لا تترك مجالاً للشك حول وجود اضطرابات حركية معرفية ولغوية مكتسبة. و من المألوف في هذا الوقت أن تطرح مسألة التشخيص الفارقي.[2]

1-التشخيص الفارقي: يتضمن التشخيص الفارقي للحبسة فحوصات مختلفة يكون من ضمنها استخدام اختبارات نفسية عصبية، حيث يبدأ الفحص الإكلينيكي ليشمل تاريخ المرض و المقابلة الشخصية، ليتعرف من خلاله اخصائي الارطوفوني على المستوى الثقافي للمفحوص، و طبيعة عمله و اليد المفضلة، و التعرف على تاريخه المرضي و بداية الإصابة و الأعراض المصاحبة، كما يضم الفحص الإكلينيكي فحص الجهازين الحركي و العصبي و أعضاء الكلام، السمع ، البصر و للتأكد من صحة فيزيولوجية الدماغ، يستعين بعمل مخطط كهربائي للدماغ EEG وبالرنين المغناطيسي IRM، التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي IRMF ، التصوير الدماغي ،الأشعة المقطعية، تصوير الاوعية الدموي.[3]

---

[1]- مساحلي طاهر .(2019). دراسة الاضطرابات الفونولوجية في الحبسة من خلال اقتراح أداة للتقييم و تقنية للتكفل باستعمال مفاهيم النظرية الخليلية الحديثة. أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علوم اللسان والتبليغ اللغوي تخصص أمراض الكلام، قسم علوم اللسان، جامعة الجزائر – 2 أبو القاسم سعد الله. ص55

[2]- Seron X. Van Der Linden M, (2014), Traité de Neuropsychologie Clinique, Tome 1, 2 ème édition, De Boeck-Solal . p261

[3]- عيساني بدرة و بوريدح نفيسة. (2021). واقع إعادة التربية النفس عصبية لدى المصابين بالحبسة. مجلة الإعلام والعلوم الاجتماعية للأبحاث التخصصية ، المجلد 04 العدد03 ، ص ص 43-60. ص 50

بما ان الحبسة ترجع الى الإصابات الدماغية، فعلينا البحث عن طبيعة السبب اما (الحادث الوعائي الدماغي، الصدمة الدماغية او الأورام، الامراض العصبية الانحلالية...)، لذلك يوجه المصاب الى قيام بالفحوصات واختبارات عديدة لتمكن في الأخير اقتراح العلاج المناسب. من بين الفحوصات الأولى و التي تعتبر الأساسية يتمثل في الاختبار او الفحص العيادي العصبي، الذي يعتبر بالخطوة الأولى و الأساسية في التشخيص، ثم تليه الفحوصات الأخرى المكملة.

2-الفحص العصبي: Examen neurologique

على رغم من تقدم تقنيات التصوير الاشعاعي الدماغي، الا ان هناك تساؤلات تطرح حول أهمية وفائدة هذا الفحص او الاختبار العصبي والذي يبقى يحافظ على مكانته و يعتبر الأساسي في المنطق الاكلينيكي والذي يمثل القاعدة او الركيزة، التي من خلاله يمكن تحديد الاستعانة بالفحوصات المكملة وهذا الأخير يؤدي بدوره الى تدعيم أحد الفرضيات التشخيصية و يعتبر الأساس في تطوير استراتيجيات التشخيصية والعلاجية والذي يمثل الرابط بين كل المتدخلين الذين سيقومون بتكفل بالمريض.

يسمح للممارس الفحص العيادي الموجه باقتراح فرضية او فرضيتين عن موقع الإصابة والتي تكون مسؤولة عن مجمل الجدول العيادي، وفي حالة ما إذا كانت تلك الفرضية مستحيلة، يمكن استعانة بفرضية أخرى التي تقترح بوجود إصابة متعددة، كما يسمح الفحص العصبي بإدماج كل العناصر التي تتدخل في التكفل.

تقنيات التصوير الدماغي: قبل ابتكار التقنيات الحديثة لتصوير الدماغي، كانوا الباحثين و العلماء تلك الفترة ك بروكا و فرنيكي يقومون بربط بين مواقع الإصابات الدماغية و الاضطرابات اللغوية، بحيث كانوا يعتمدوا على الارتباط بين الاعراض و المناطق الدماغية، و منذ ذلك الوقت تطور ما يسمى بعلم النفس العصبي الذي بفضله ظهر علم النفس العصبي المعرفي و الفيزياء، و هذه التقنيات أدت الى نقلة نوعية و فريدة من نوعها و هي ابتكار أدوات قوية و دقيقة ساهمت و بشكل واضح في اثراء معارف حول التوظيف الدماغي.[1]

لذلك يستند تشخيص الحبسة و بشكل كبير على المعطيات العصبية التي تبين الميكانيزمات

---

[1]– Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P119-123

الفيزيولوجية المسؤولة عن اللغة والتي يوفرها تصوير الدماغي عن طريق فحص التصوير العصبي Tomodensitometrieالذي دخل ضمن الممارسة الطبية منذ سنة 1975، ثم ظهرت تقنية فحص الدماغ عن طريق التصوير بالرنين المغناطيسي Imagerie par résonnance magnétique(IRM)و تسجيل تدفق الدم الدماغي بواسطة كاميرا الانبعاث البوزيتروني Tomographie par émission de positons (TEP) ، وقد مثلت هذه التقنيات ثورة ثقافية حقيقية وقد جددت تمامًا المفاهيم والمعرفة التشريحية الاكلينيكية ، حيث تسمح بالكشف عن إصابات على مستوى بنيات معقدة و صغيرة الحجم مثل إصابة النواة الرمادية داخل المهاد و إصابة زاوية الفص القفوي، و الجسم المجسأ. [1] كما تعرفنا بتوبوغرافيا topographie الإصابة المسؤولة عن العجز، كما يسمح بتشخيص السبب. فدمج بين تقنيات التصوير الشكلي والتصوير الوظيفي يوفران معلومات دقيقة حول الدماغ مع طرح التشخيص، كما يسمحان بتحسين المعارف عن الفيزيولوجية المرضية المختلفة للأمراض، إضافة إلى أن تلك المعارف تستعمل في علم النفس العصبي من اجل الفهم الجيد لتوظيف المعرفي العادي.[2]

يستند كذلك تشخيص الحبسة الى المعطيات النفسية اللسانية التي يوفرها الفحص الارطوفوني المرتكز على مقابلة المفحوص و اخضاعه لاختبار او رائز لتشخيص الحبسة .[3]

---

[1]– بوريدح، ن .(2013) . فقدان الكلمة واستراتيجيات التخفيف في الحبسة وصف وتحليل وتصنيف وتفسير استراتيجيات التخفيف المستعملة من طرف الحبسي المصاب بفقدان الكلمة في نشاط تسمية الصور : دراسة حالَة من الوسط العيادي الجزائري . جامعة الجزائر . 2 أطروحة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في الأرطوفونيا. ص79

[2]– Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P134

[3]– بوريدح، ن .(2013) . فقدان الكلمة واستراتيجيات التخفيف في الحبسة وصف وتحليل وتصنيف وتفسير استراتيجيات التخفيف المستعملة من طرف الحبسي المصاب بفقدان الكلمة في نشاط تسمية الصور : دراسة حالَة من الوسط العيادي الجزائري . جامعة الجزائر . 2 أطروحة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في الأرطوفونيا. ص79

المحاضرة الخامسة عشر:

الفحص الارطوفوني في علم الحبسة:

Le bilan orthophonique en Aphasiologie :

للفحص الارطوفوني اهداف التي تكون محددة و تتماشى مع التطورات النظرية والتطبيقية، و يساهم في علم الحبسة كل من علم النفس العصبي المعرفي والمناهج البرغماتية وتقنيات التصوير الحديث.

اختبار الحبسة موحد ومنتظم في ثلاث مراحل أساسية والتي توافق ثلاث أنواع من الوسائل المختلفة التي تؤدي الى اهداف مكملة:

- التحقق الاولي: عن طريق اختبارات عامة او بطاريات او اختبارات معيارية وذلك من اجل الكشف عن اضطرابات وتحديد البروفيل الحبسي le profil aphasique والتعرف على القدرات المتبقية وكذلك الاضطرابات المصاحبة.
- التحليل لميكانيزمات الاعراض بالرجوع الى نماذج علم النفس العصبي المعرفي، لمعرفة أي مكون يكون مضطرب وتحديد مستوى من مستويات التحليل المصاب.
- اخذ بعين الاعتبار البعد الوظيفي للغة من خلال التقييم البيئي والسلالم الخاصة بنوعية الحياة التي تقيس قدرات التواصل المفحوصين.

اما بالنسبة لأهداف تقييم الحبسي فهي المتعددة و تتمثل فيما يلي:

يساعد التشخيص الكشف عن المتلازمات الحبسية (أنواع) والتعريف بالأعراض والنوع العيادي (الجدول العيادي):

- التعريف بالبرنامج العلاجي وذلك بوضع الميكانيزمات المضطربة والقدرات المتبقية التي يمكن استغلالها من اجل توجيه العلاج.
- متابعة تطور المفحوصين يسمح تقييم مستوى المهارات اللغوية و شدة الاضطرابات في المرحلة الأولية و تطورها مع مرور الحصص العلاجية.
- قياس فعالية البرنامج العلاجي (من خلال محتويات البرنامج وتقنيات إعادة التأهيل).
- اعداد خبرة قانونية: (Expertise égale): خاصة بحالة من الحالات.
- يستعمل اختبار الحبسي كأداة من أدوات البحث العلمي العيادي.

- يساعد التقييم على توجيه العلاج وتأكيد ضرورته ومتابعة حصص إعادة التأهيل
- يسمح بتوجيه عملية الاعلام (information) مع المفحوص وعائلته والأشخاص المتدخلين في بيت المفحوص.
- يساعد الفحص الارطوفوني الحصول على المعلومات و معارف كل ما يتعلق بالإصابة الدماغية و اثارها على قدراته المختلفة، و يكون ذلك من خلال المقابلة مع المفحوص و مع عائلته.

يجمع التقييم بين العديد من الأهداف، و يتم اختيار الأداة من الأدوات التقييم وفقا لكل حالة على حسب حدة و غرض التدخل وأسباب تقييم المفحوص، كما لا يقتصر الفحص الحبسي فقط على تقييم الاضطرابات اللغوية وانما يجب ان يقيم او يقدر المستوى الوظيفي للتواصل المتبقي عند الحالات ما يسمح بوصف وتصنيف العجز وفهم التشخيص، بالنسبة لأداة العمل يجب ان تكون مفيدة وواضحة عند كل المعنيين بالتكفل سواء في طب الاعصاب، التكفل النفسي–العصبي، التكفل الارطوفوني.[1]

[1]- Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P135

المحاضرة السادسة عشر:

المقابلة الارطوفونية:

يمر الفحص الارطوفوني بمراحل متتالية بداية بالمقابلة التي تعتبر بالخطوة الأولى و التي يسعى من خلالها الفاحص جمع البيانات.

المقابلة: يقوم الفاحص بجمع العناصر الأولى من المعلومات المتعلقة بالمريض. بالنسبة للمصابين الذين يعانون من عجز لغوي، غالبًا ما يتم إجراء هذه المقابلة الأولى بشكل ناقص ويتم استكمالها ببيانات من الملف الطبي (طول الفترة الزمنية المنقضية منذ حدوث الاصابة، ومسبباتها وموقعها بالنسبة للأمراض البؤرية؛ تطور الاضطراب في الأمراض التنكسية) و/أو التقرير النفسي العصبي الذي سيثبت وجود أو عدم وجود الاضطرابات النفسية العصبية المرتبطة بها. فأي كان وقت التدخل، أي كان المضمون يجب ان تكون في حوزة الفاحص عدد معتبر من المعلومات المتعلقة بالمفحوص من اجل مراقبة اثارها على المهارات اللسانية الفعلية، و من اجل الوصول الى التفسير الجيد للمعطيات، ومعرفة هذه العوامل وتأثيرها على حدة وتشخيص الحبسة. [1]

فالمقابلة الأولى تعتبر لقاء يتعين على الأخصائي إجرائه، من أجل تحليل لغة المفحوص واضطراباته المعرفية، في سياق اجتماعي وأسري ومهني معين، فمن الضروري فحص جميع العمليات من أجل تحديد وتفسير دور كل عامل(بيولوجي واجتماعي وظرفي) يشارك في عجز المريض، وستكون المقابلة الأولى أيضا نقطة انطلاق لعلاقة الدعم التي سيتعين أن تنشأ مع المريض و أسرته المقربة، والتحالف العلاجي الذي سيتعين على الأخصائي تطويره، وفي هذا السياق يكون من الضروري الحصول على التزام المفحوص بعملية التقييم وإعادة التأهيل باللغة المتداولة ، المقابلات الأولى مع المفحوص ومقدم الرعاية له هي ديباجة أساسية لما ستكون عليه العلاقة العلاجية، سيتم إجراء العديد من المقابلات العيادية التي من شأنها أن تسمح للأخصائي من جمع المعلومات، سواء من حيث التاريخ أو من حيث العجز المتبقي للمريض وقدراته على مستوى اللغة والمستوى المعرفي، في هذه السياقات ينبغي إعطاء الخطوة الأولى للمفحوص،

---

[1]– Seron X. Van Der Linden M, (2014), Traité de Neuropsychologie Clinique, Tome 1, 2 ème édition, De Boeck-Solal . p261

والتي سوف تسمح للأخصائي بإجراء تحليل مجموعة أولية وتقييم العجز المعرفي الكامن بصفة كلية، يجب ألا تكون المقابلة استجوابا، بل مكانا حقيقيا للتبادل و للتفاعل مع الفحوص و أقربائه، وسيكون من الضروري احترام مبدأ عدم المباشرة التي وضعها كارل روجرز، ولكن أيضا يجب أن تكون المقابلة قادرة على الدخول إلى المستوى اللغوي.[1]

و الهدف من هذه المقابلة مع المفحوص والقريب هو جمع معلومات عن الحالة اللغوية للمفحوص (تحديد اللغة المعتادة، اللغة الأم في أغلب الأحيان، واللغات الثانية التي يتقنها، مع تحديد استخدامها، وعمر اكتسابها وممارستهم)، والمستوى التعليمي، واحتمال وجود اضطرابات لغوية تطورية (شفهية أو مكتوبة) بالإضافة إلى تاريخهم المهني والعائلي ولكن أيضًا أنماطهم اللغوية السابقة.

كما ستسمح هذه المقابلة الأولى للفاحص بتقييم توظيف اللغة وديناميكيات المحادثة بشكل عام. من خلالها يتم جمع المعلومات عن مجرى الكلام، وجود نقص الكلمة، و انسجام في الفهم، [2] ، تحولات شفهية (paraphasies)، اختراع الكلمات(néologisme) ، خلط الكلام(jargon) ، الوسائل التعويضية التي يضعها المريض :الالتفات، كتابة، تعيين، المقاربات المحتملة، سواء الفونولوجية أو الدلالية، الهيكل النحوي للغة :وجود اللانحوية و اللاتركيبية، طلاقة الكلام و اضطرابات الطلاقة مثل القولبية ، والاضطرابات الإدراكية المحتملة، من الناحية المعرفية، قد يكون للمصابين بالحبسة بعض الآثار التي يجب تحديدها خلال المقابلة في اللغة الشفوية و/أو المكتوبة بعد تقييم هذه الاضطرابات المعرفية، ينبغي النظر في طبيعتها لأن تأثيرها على اللغة وطرائق إعادة تأهيلها صعب وواسع، وعي بالاضطراب ، ولكن أيضًا عن البدائل التي يستخدمها المصاب وكذلك السلوكيات الإنتاجية أو ذات النتائج العكسية للمتكلم. [3]

1–عيساني بدرة و بوريدح نفيسة. (2021). واقع إعادة التربية النفس عصبية لدى المصابين بالحبسة. مجلة الإعلام والعلوم الاجتماعية للأبحاث التخصصية ، المجلد 04 العدد03 ، ص ص 43–60. ص50

2– Seron X & M. Van Der Linden M .(2014).Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte. Tome 1 - Evaluation (2ème édition). Paris : De Boeck-Solal, P 261

3–عيساني بدرة و بوريدح نفيسة. (2021). واقع إعادة التربية النفس عصبية لدى المصابين بالحبسة. مجلة الإعلام والعلوم الاجتماعية للأبحاث التخصصية ، المجلد 04 العدد03 ، ص ص 43–60. ص50

ويتم تأكيد التشخيص من خلال القيام بالتقييم الارطوفويي بواسطة عدة روائز واختبارات تستعمل لفحص وتشخيص الحبسة في ميدان الارطوفونيا وعلم النفس العصبي.

وقد تم تطوير بطاريات اختبار موحدة مختلفة من قبل مازو وأورغوجوزو، 1982، اختبار بوسطن للحبسة التشخيصية، B.D.A.E؛ بروتوكول مونتريال – تولوز للفحص اللغوي للحبسة، MT86، بواسطة نيسبولوس، جانيت و ليكور، 1992 (par Mazaux et Orgogozo, 1982, du Boston Diagnostic Aphasia Examination, B.D.A.E; Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie, MT86, de Nespoulous, Joanette et Lecours, 1992). تشترك هذه البطاريات في أنها يتم تنظيمها وفقًا للأنماط الحسية الحركية لمعالجة المعلومات اللفظية (التعبير الشفهي والكتابي، والفهم السمعي والكتابي، بالإضافة إلى مهام النقل مثل التكرار والكتابة عن طرق الاملاء والقراءة بصوت مرتفع). ويتفقون عموماً على وصف الاضطرابات وفقاً للمستويات اللغوية التي تقع فيها الأخطاء (المستويات الصوتية والصرفية والمعجمية الدلالية والنحوية). على سبيل المثال، سيتم البحث عن نقص الكلمة بشكل منهجي في اختبار التسمية الشفهية للصور التي تعبر الكلمات ذات مستويات مختلفة من تكرار الاستخدام. إن اختبار بناء الجملة، الذي يتضمن كلمات استقرائية مختارة من أجل اختبار الإنتاج الشفهي/الكتابي للهياكل النحوية المختلفة، سيجعل من الممكن تسليط الضوء على علامات التغيير النحوي في الوضع الشفهي و/أو المكتوب. أخيرًا، سيكون اجتياز اختبار التكرار حاسمًا في تشخيص الحبسة التوصيلية وفي الحبسة عبر القشرية الحسية، حيث يتم تغيير هذا الاختبار بشدة في الشكل الأول من الحبسة، ويتم الحفاظ عليه في الشكل الثاني. [1]

ونحن كوننا أخصائيين أرطوفونيين وجب علينا التطرق إلى التقييم الارطوفوني بما أنه مجال تخصصنا .يعتبر تقييم الحبسة عملية صعبة فالاضطرابات جد متغيرة من مصاب إلى آخر اضافة إلى عوامل أخرى يجب ان تؤخذ بعين الاعتبار، اذ يهدف التقييم إلى تحديد و وصف الاعراض من خلال مقارنة أداء المفحوص بأداء عينات من الاشخاص الاصحاء من خلال مهام مقننة و قابلة للتعديل وذلك من اجل تحليلها و طرح فرضيات حول آلياتها السببية، وذلك لتوفير معلومات مفيدة تساعد في إعادة التأهيل وكذا لمراعاة الدور الذي تلعبه العوامل الفردية، السياق، العراقيل الوظيفية وقيود الحياة الاجتماعية التي تسببها الحبسة.

[1]-Seron X & M. Van Der Linden M .(2014).Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte. Tome 1 -Evaluation (2ème édition). Paris : De Boeck-Solal, pp261-262

لذلك على المختص الارطوفوني من أجل تشخيص الحبسة، يجب عليه إجراء فحصا منهجيا كامل باستخدام تقييم موحد من اجل الكشف عن الجوانب المختلفة للغة من فهم والتعبير وأنماط التحويل: التكرار، القراءة الجهرية، الكتابة عن طريق الاملاء، و ذلك من خلال الاعتماد على بطاريات فحص الحبسة.

ان ضرورة استعمال بطارية معيارية (الصدق والثبات)، متكونة من أدوات وشروط الاجراء مع تنقيط معياري، ان اختيار البطارية يعتمد على طبيعة ودرجة شدة عجز المصاب، وعلى درجة اتقان الفاحص لاستعمال الأداة، كما أن اختيار أحد البطاريات يلزم الأخصائي على عدم تغيير أداة التقييم طوال فترة العلاج من أجل التحقق من صحة تطورات اللغة أو عدم تطورها وذلك من خلال متابعتها طوليا، فيقوم الفاحص بتقييم التقدم بعد العلاج بإعادة تطبيق نفس الاختبار مرة أخرى و مقارنة النتائج القبلية و البعدية.[1]

[1]–مسلاتي نوال. (2023). قتراح برنامج علاجي أرطوفوني للتكفل بنقص الكلمة عند المصاب بحبسة بروكا، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث تخصص أرطوفونيا، جامعة باجي مختار عنابة ص ص 53-54

المحاضرة السابعة عشر:

أدوات الارطوفونية المستعملة أثناء التشخيص والتقييم

تعتبر مرحلة الفحص والتشخيص مرحلة مهمة و أساسية، وهي تعد أول خطوة تساعد في وضع خطة علاجية متناسقة، وتوجد عدة روائز واختبارات تستعمل لفحص وتشخيص الحبسة في ميدان الارطوفونيا وعلم النفس العصبي[1]، وسنذكر منها ما هو متاح ومستخدم بالبيئة الجزائرية وهي:

1-أهم الاختبارات العيادية لفحص الحبسة:

1-1-فحص الحبسة Ducarne ما بين سنة (1968 -1989)الذي نشر من قبل مركز علم النفس التطبيقي سنة 1965 مقدمة لتقييم الحبسة في الميدان العيادي الفرنسي ويهدف إلى الكشف عن طبيعة الاضطرابات اللغوية عن طريق فحص الانماط الأساسية للغة بواسطة اختبارات تمرر في وقت حر وتتمثل في:

-**التعبير الشفوي:** يشمل الكلام العفوي، المتتاليات الالية (الايام، الأشهر، الأرقام) ، التكرار (المقاطع، الكلمات، الكلمات المعقدة، الجمل)، تعيين الصور، وصف الصور، تكرار نص، اختبارات اللغة الأكثر تفصيلا (تعريف الكلمات، تكوين الجمل، شرح الأمثال).

-**الفهم الشفهي:** يشمل تعيين الصور (الاسم، الاستعمال)، تنفيذ الأوامر البسيطة، أوامر معقدة اختيار متعدد لتكملة الجمل، نقد القصص الغير منطقية، تفسير نص مسموع.

-**القراءة:** تعيُين الكلمات المكتوبة مع القراءة الجهرية (الحروف، المقاطع، الكلمات، النص)، الفهم القرائي (ربط الكلمات مع الصور المناسبة لها، ربط النص مع الفعل، تنفيذ أوامر مكتوبة، تفسَير قراءة النص).

-**الكتابة:** التعبَير الكتابي، النسخ، الإملاء.

-**فحوصات مكملة:** فحص الأبراكسيا (أبراكسيا فمية وجهية) من خلال أمر شفهي، التقليد.

يتم التنقيط بواسطة النسب المئوية للإجابات الصحيحة وذلك مقارنة بالحد الأقصى للإجابات الصحيحة الممكنة أما التقييم يكون على أساس تحليل نوع الأخطاء المسجلة لدى المريض. [2]

1-2-رائز فحص الحبسة: MTA تتمثل النسخة الأصلية في بطارية الاختبارات protocole 86(MT Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie MT 86(والتي تتكون من جزأين Bêta et Alpha ML،

---

[1]-دقيش رحمة، خرباش هدى.(2020). الحبسة الكلامية حبسة بروكا نموذجا- مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية المجلد 11 العدد 01 ، ص ص 43/28.ص 37

[2]-بن عثمان و حافري . (2022) . التقييم الارطوفوني لاضطرابات العصبية الوعائية- حبسة بروكا- مجلة دراسات المجلد11 ، العدد 01، ص ص 637/625.ص 630

ولقد تم إنشاؤها من طرف فرقة متعددة التخصصات فرانكو– كندية، متكونة من 18 عضوا مختصين في اللسانيات الارطوفونيا، علم النفس وطب الأعصاب، ومن أبرز أعضائها نذكر (A.R.Lecours Lafon, Y.Joanette, F.Cot A.Rascol, J.L.Nespoulous) . :

و قد اقترحت طبعة جديدة عام 1992 من طرف هؤلاء المؤلفين نفسهم.

–البروتوكول يميز رائزين مغايرين:

م1– فحص عيادي ذا معايير Examen clinique standardisé

م2– فحص مفصل و لسانيات اللغة Examen détaillé et linguistique du langage

كلتا الطبعتين تحتويان على المقابلة الموجهة و اختبارات لتقييم التسمية، التكرار القراءة بصوت مرتفع، الكتابة المنقولة و الاملاء، الفهم الشفهي للكلمات و الجمل، الفهم الكتابي "جمل كلمات"، الطبعة BETA تحتوي على العموم شرح الصور "شفهي كتابي" استفتاء كتابي، و اختبارات الكلام الاتوماتيكي تعيين أجزاء الجسم "كتابي شفهي" الاستدعاء المعجمي "أسماء حيوانات" القراءة بصوت مرتفع و فهم النص، التسيير اليدوي للأجسام بتعليمة شفهية، و التنقيط يكون مختلف للبعض و كمي بالنسبة للبعض الاخر.

في نهاية تمرير الرائز يرجع مجموع النتائج بطريقة كيفية في رسم بياني مستدير ملائم للقطاعات المناظرة للحركات، اللسانية إذن هو اختبار لساني للحبسة.

فيما يخص التنقيط فإنه ينقط الحوار الموجه من خلال تنقيط كيفي وترتيبي للاضطرابات التالية: التقليص، الاضطراب النحوي الصرفي، نقص الكلمة، التحريفات الصوتية، التحريفات الفونيمية و اللفظية. يحتوي اختبار الوصف الشفهي و الكتابي للصور على تحليل مزدوج :معجمي دلالي و تركيبي، أما باقي الاختبارات فتقيم كميا بجمع النقاط التي تم الحصول عليها لكل اجابة صحيحة و/أو حسب عدد لأعراض الملاحظة عند الحبسي و تحويلها إلى نسب مئوية.[1]

[1]–قاسمي صالح.(2018). إقتراح بروتوكول معلوماتي موجه للتقييم و التكفل بالاضطرابات النفس لغوية معرفية للحبسة الحركية من خلال نشاط الفهم الشفهي: دراسة طولية لسبعة حالات عيادية، تحليل لساني معرفي. جامعة الجزائر 2، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في الأرطوفونيا. ص86

يختم الاختبار بفحص الأبراكسيا الفمية– الوجهية، قدرات القراءة، تكرار الأرقام، معلومات حول السيرة الذاتية و العادات اللغوية للمفحوص. وفي نهاية الاختبار تمثل مجموع النتائج بطريقة ترتيبية على مخطط دائري يتوافق مع النشاطات اللسانية المدروسة.[1]

1-3-سلم تقييم الحبسة: B.D.A.E (1986)

هي نسخة لرائز فحص الحبسة الأمريكي Boston Diagnostic Aphasia Examination ل Kaplan et Goodglass (1972) مكيفة على الميدان العيادي الفرنسي من طرف (Mazaux et Orgogozo ,1982)، و يبقى هذا الاختبار بعد ثلاثين سنة من الاختبارات الأكثر استعمالا لفحص الحبسة على الصعيد العالمي، حيث يتميز بكونه كاملا و شاملا، كما يتصف بالحساسية الى جانب كونه مبني حسب معايير سيكومترية صارمة، و قد كيف على عدة لغات من بينها اللغة الفرنسية.

تضم النسخة الفرنسية تقييم شامل و رسم للحبسة و تقييم للغة العفوية بواسطة أسئلة مبنية على biographie المريض الى جانب الميزانية و وصف صورة، أما الفهم الشفوي فيقيم بواسطة اختبارات كمية ذات متغيرات تشمل تعيين الصور و أجزاء جسم المريض، تنفيذ الأوامر البسيطة ثم المعقدة، و أسئلة مغلقة تدور حول نصوص مسموعة، متزايدة الطول و التعقيد منطقية، لكن مجردة ، اما التعبير الشفهي فيقيم بواسطة استحضار أسماء حيوانات، النطق، التكرار، القراءة المجهورة و التسمية، كما تقيم البرافازيا بأنواعها، البرافازيا الفونيمية، البرافازيا اللفظية، البرافازيا المقطعية. أما دراسة الفهم الكتابي فهي تقوم على اختبار التعيين، إقران كلمة مكتوبة مع الصورة المناسبة، التعرف على كلمات مملاة الى جانب تكملة جمل مكتوبة اعتمادا على النص المقروء. اما دراسة اللغة المكتوبة فتقوم على مهام خطية و كتابية عفوية بالإضافة الى إملاء الكلمات و الجمل و تسمية ووصف الصور كتابيا. و تضم نهاية الرائز رسما لقدرات الغناء و الإيقاع، و تجدر الإشارة ان تنقيط بعض الاختبارات كالمتتاليات الالية و السلاسة اللفظية تأخذ بعين الاعتبار الوقت المستغرق قبل و اثناء الإجابة. كما توجد حاليا نسخة ل B.D.A.E، روجعت سنة 2000 من طرف كل من ,Baressi) (Goodglas, Kaplan تضم بدورها 3 نسخ قصيرة و مفصلة و قد أضيفت لها اختبارات شديدة الأهمية

[1]-مساحلي طاهر .(2019). دراسة الاضطرابات الفونولوجية في الحبسة من خلال اقتراح أداة للتقييم و تقنية للتكفل باستعمال مفاهيم النظرية الخليلية الحديثة. أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علوم اللسان والتبليغ اللغوي تخصص أمراض الكلام، قسم علوم اللسان، جامعة الجزائر - 2 . ص 57

مستوحاة من معطيات علم النفس العصبي المعرفي مثل: فهم الأصناف، تقييم المعارف الدلالية القرار الإفرادي décision lexicale القراءة المجهورة، و حاليا يقوم الباحثون الفرنسيون تحت إدارة كل من Mazeau et Guillaume بتقنين هذه النسخة الأخيرة المسماة ب B.D.A.E 2000 .[1]

يمكن للفاحص ان يتوجه الى تحليل دقيق للأعراض او السياقات الخاصة بالمعالجة المعرفية للغة لتفسير الميكانيزم، وتعرف على أي مستوى من مستويات المعالجة المعرفية تكون الإصابة او الاضطراب وبالتالي اعداد برنامج علاجي مكيف.

سيكون الأمر بعد ذلك متروكًا للمختص الارطوفوني لإجراء التقييمات المحددة ، كما هو الحال بالنسبة لجميع الوظائف المعرفية الأخرى، تسعى إلى تحقيق أهداف مختلفة ولكنها متكاملة تمامًا والتي يمكن وصفها بأنها وصفية وتفسيرية ووظيفية وهذا الاجراء يتحقق من خلال النماذج معالجة المعرفية التي أعدها علم النفس العصبي المعرفي.

---

[1]–بوريدح، ن .(2013) . فقدان الكلمة واستراتيجيات التخفيف في الحبسة وصف وتحليل وتصنيف وتفسير استراتيجيات التخفيف المستعملة من طرف الحبسي المصاب بفقدان الكلمة في نشاط تسمية الصور : دراسة حالَة من الوسط العيادي الجزائري . جامعة الجزائر . 2 أطروحة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في الأرطوفونيا. ص 80

المحاضرة الثامنة عشر: التقييم المعرفي:

التحليل الدقيق للسياقات الخاصة بالمعالجة المعرفية للغة و تفسير الميكانيزم المصاب .

ان البطاريات المعيارية المتعددة تسمح بالكشف على وظيفة المستويات العليا للمعالجة: مستويات المعجمية الدلالية والتركيبية. كما تسمح البنود المحددة والتي تم نشرها بالتقييم سياقات المحيطية ومستويات الدنيا للمعالجة، وهي معيارية ومستعملة في الميدان من طرف المختصين، فعند انتهاء الفاحص من تطبيق البطارية الأساسية بمجملها، يمكنه اللجوء الى بنود مكملة والتي تضم:

1- **بنود التسمية:** التي تسمح بتحديد أصل نقص الكلمة او الى ما يرجع.

وبين هذه الاختبارات التي تستكشف المعجم، ويمكن أن نذكر:

-اختبار بوسطن للتسمية (Goodglass et Kaplan, 1983).

-Exa Dé: بطارية لفحص اضطرابات التسمية - (Bachy-Langedock, 1988),

اختبار التسمية الشفهية للصور DO 80 (Deloche et Hannequin, 1997) ،

-اختبار لتشخيص الاضطرابات المعجمية لدى المصابين بالحبسة،

-اختبار تسمية الأفعال المعجمية في الصور DVL 38 (Hammelrath, 2005),

-البطارية المحوسبة لنقص الكلمة BIMM (Gatignol, 2008) .

تتيح هذه الاختبارات إمكانية البحث عن حالات التفكك بين فئات المعجمية الدلالية المعينة.

2-بنود الفهم الشفوي: تسمح بتنبؤ بالإصابة في المستويات المحيطية او المركزية للمعالجة.

-اختبارات الفهم الشفهي:

-اختبار Le Token Test (de Renzi et Vignolo, 1962

مبدأه هو مطالبة الشخص بالتلاعب برموز مختلفة في الحجم والشكل واللون، وفقًا لتعليمات التعقيد النحوي المتزايد.

-هذا الاختبار حساس وقابل للتكرار؛

-يُعتبر عادةً بمثابة اختبار للفهم الشفهي النحوي،

وهو حساس عند عرض التعليمات كتابيا كما هو الحال في العرض الشفهي.

*اختبارات الفهم النحوي: تتكون من اختبارات تحديد الصور متعددة الاختيارات أو فهم الجمل المعكوسة، أو البناء النحوي الغامض. يتم استخدامها مع المصابين باضطرابات النحوية.

*بطارية ناطقة بالفرنسية لاستكشاف الفهم الشفهي:

-يستكشف الفهم الشفهي للحبسة في الوقت الحقيقي. تم تطويره من قبل Grojean, Racine et Buttet Sovilla à Neuchatel

3-بنود التمثيلات الدلالية: من اجل تمييز العجز الدخول او الوصول الى النظام الدلالي انطلاقا من التمثيل السمعي (صمم في معاني الكلمات) تتمثل في إصابة مركزية للنظام الدلالي في حد ذاته، لذلك يجب اجراء او تطبيق البنود في مختلف التمثيلات الدخول او الوصول الممكنة (مهمات غير لفظية بصرية، لفظية، لفظية- كتابية). كما يمكننا اختيار اختبارات من بين الاختبارات المختلفة.

اختبار PTT (اختبار شجرة النخيل),Test du PTT (Palm tree test) ، التطابق الوظيفي أو الحكم الترابطي ل هوارد وباترسون (1992)؛

Lexis :التطابق التصنيفي ل De Partz (2001)

•حكم المرادفات من قبل Warrington et coll. (1998). الهدف من الكلمات المسموعة هو مطابقة العنصر المستهدف مع مرادفه الملفوظ مع أداة تشتيت الانتباه

• التصنيف والمقارنات والسمات والاستعمال

Test du PTT (Palm tree test), appariements fonctionnels ou jugement associatif de Howard et Patterson (1992) ;
• Lexis, appariements catégoriels de De Partz (2001) ;
• Jugement de synonymie de Warrington et coll. (1998). À partir des mots entendus, il s'agit d'apparier l'item cible avec son synonyme énoncé avec un distracteur.
• Classement, comparaisons, attributs, usage

4-بنود اللغة المكتوبة: للبحث عن عجز في اللغة المكتوبة يقترح قائمة من الكلمات مركبة بشكل صحيح، بحيث يمكن تمثيل المتغيرات المختلفة التي تؤثر على مستويات المعالجة: التنظيم الاملائي، وعلى المستوى المعجمي (لا كلمات)، على درجة التصور، على الفئة النحوية، وعلى التواتر.

Kremin: Lambert (1996): بروتوكول لتقييم اضطرابات اللغة المكتوبة.

• Lambert : protocole d'évaluation des troubles du langage écrit (2003).

5-تقييم التواصل:

كل معالج يكون على علم بان النتائج المتحصل عليها من خلال البنود المحددة في اختبار اللغة لا تعكس تماما قدرات التواصل الوظيفي للمفحوص في حياتهم اليومية.

ان تقييم قدرات التواصل أصبح يشكل محور أساسي في تقييم الحبسة، فحاليا أصبح للارطوفونيين أدوات قياس لتقييم الإعاقة النفسية والاجتماعية نتيجة الحبسة، وهذه السلالم تسمح بتوجيه اعادة التأهيل وتقييم اثارها او عواقبها.

ان تقييم التواصل يكون من خلال تطبيق سلالم للتواصل Echelles de communication، و التي تقيس الاهتمام بالتواصل و التواصل اللفظي و غير اللفظي.[1]

Le Test Lillois de Communication (TLC)

L'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux (ECVB, Darrigrand et Mazaux, 2000)

يقيس هذا الاختبار البعد النوعي للتواصل، أي كيف يتواصل الأشخاص المصابين بإصابات دماغية Cérébrolésées، ماهي الضوابط التي يتم الاحتفاظ بهاو الضوابط التي يتم تغييرها . يتم تطبيق الاختبار انطلاقا من مقابلة موجهة وبالاعتماد على طريقة PACE (Promoting Aphasia Communication Effectiveness)أي تعزيز فعالية التواصل عند الحبسي، و نتائج هذا الاختبار يتم تفريغها في ثلاث شبكات:

- الشبكة الأولى تركز على :الانتباه، تهذيب السلوكات Les conduites de politesse ، الدافعية إلى التواصل.
- الشبكة الثانية خاصة بالتواصل اللفظي تهتم ب :تقييم الفهم، المجرى اللفظي ووضوح الكلام ، المعلوماتية و أهمية الخطاب مع مراعاة الابعاد المعجمية و النحوية والبرغماتية . و تقوم هذه الشبكة اخيرا بتقييم استخدام إشارات ردود الافعال اللفظية(التغذية الرجعية Feed Back)كاستخدام اللغة المكتوبة.
- الشبكة الثالثة خاصة بالاتصال غير اللفظي و تهتم ب: فهم الحركات الدقيقة، فهم الحركات الرمزية، فهم ايماءات الافعال أو تمثيل أشكال الأشياء فهم النظرات و العلامات التي تثير الحالة العاطفية. إذا فالتعبير غير اللفظي يقي التعبير عن التأثيرات من خلال تعابير الوجه أو الايماءات أو حركات أو مظاهر صوتية أو جسدية، وفي الاخير تأخذ هذه الشبكة بعين الاعتبار إشارات التغذية الرجعية غير اللفظية و استخدام الرسم. [2]

---

[1]– Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P 145-147

[2]–مسلاتي نوال. (2023). قتراح برنامج علاجي أرطوفوني للتكفل بنقص الكلمة عند المصاب بحبسة بروكا، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث تخصص أرطوفونيا، جامعة باجي مختار عنابة.ص 59

ان الفحص الارطوفوني في علم الحبسة لا يتوقف فقط على تقييم اللغة والكلام وانما يشمل كذلك تقييم كل من مظاهر التواصل الوظيفي، مع اخذ بعين الاعتبار العجز المعرفي المصاحب. الى جانب الاضطرابات النفس–العصبية المصاحبة التي تؤثر بالسلب على التوظيف اللغوي، لذلك استكمال التقييم بالتقييم النفس–العصبي، حتى يكون التشخيص شاملا و كاملا.[1]

[1]-Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P151

المحاضرة التاسعة عشر:

التقييم النفس–العصبي في ميدان الحبسة:

تتمثل أهداف التقييم في التعرف على الوظائف العليا للقشرة الدماغية التي تأثرت ومدى التأثر من حيث الشدة والحدة إضافة الى الوظائف التي لم تتأثر، كذلك يتم تقييم التأثر على المزاج و الشخصية والسلوك والقيام بالوظائف اليومية، وتأثيرها على حياته في المستقبل وتحديد درجة ومكان التلف في الدماغ ،تحديد وتقييم التغيير على مر الوقت وتصور المرض من حيث مدى التحسن أو مدى التدهور، يشمل التقييم تحديد خطط التأهيل والتدريب العلاجي للمريض والأسرة ومقدمي الرعاية الصحية، والتخطيط لخروج المريض من المستشفى بتنفيذ الخطط العلاجية، يضم التقييم النفس عصبي الاختبارات اللغوية والمعرفية المختلفة .[1]

فاللغة لا تعمل بشكل مستقل عن بقية مناطق الدماغ، فلها علاقة مع الوظائف المعرفية الأخرى التي أصبحت واضحة. ان الاعمال حول تأثير الاضطرابات المعرفية على الحبسة حديثة نسبيًا. ومع ذلك، فإن العجز المعرفي هو مصدر للإعاقة وله عواقب على جودة حياة المصاب ومرافقيه، وعلى القدرات اللغوية، ويمكن أن يضر حتى بإمكانيات الاسترجاع. ففي الممارسة العيادية، يتفق الارطوفونيين على وجود اضطرابات معرفية لدى المصابين بالحبسة، لكن تقييم هذه الاضطرابات لا يزال قليل الممارسة. ومع ذلك، تظهر الدراسات أهمية إجراء فحص للوظائف المعرفية، بعيدًا عن فحص اللغة، حيث يمكن أن يكون تأثيرها كبيرًا..(Flowers *et al.* 2016) ومع ذلك، فإن الحبسي يعاني من عجز سيؤثر على العديد من المكونات مما يجعل من الصعب استخدام بعض أدوات المعيارية لتقييم المعرفي. ان تشخيص الحبسة يجب ان يكمل بتقييم نفس عصبي لميادين المعرفة وبالخصوص قدرات الانتباه، الذاكرة، الوظائف التنفيذية واضطرابات العصبية البصرية. وهذا التقييم يقوم به مختص في علم النفس العصبي الذي يسمح بالتطرق الى التشخيصات الفارقية من اجل تفسير العجز اللغوي.[2]

---

[1]– عيساني بدرة و بوريدح نفيسة. (2021). واقع إعادة التربية النفس عصبية لدى المصابين بالحبسة. مجلة الإعلام والعلوم الاجتماعية للأبحاث التخصصية ، المجلد 04 العدد03 ، ص ص 43–60. ص50

[2]– Trauchessec.J ,(2018). des concepts à l'évaluation Aphasie et troubles cognitifs. Rééducation Orthophonique - N° 274 – pp295-320. P297

يضم التقييم النفس العصبي كل من القدرات:

الانتباه والذاكرة العاملة، الوظائف التنفيذية، الحساب، الحركات، النشاطات البصرية الادراكية والبصرية البنائية ونذكر بعض الاختبارات التي تقيس تلك الوظائف:

1-الانتباه:

- اختبارات تقيس وحدة الحفظ: وحدة الحفظ البصري-الفضائي وسلاسل الحروف والأرقام:
MEM–III (Wechsler 2001)

مكعبات كورسي.

- بطارية الانتباه: أداة محوسبة لتقييم مختلف مكونات الانتباه (William Lennox (BAWL) de Leclercq et coll

- بطارية الانتباه (William Lennox (BAWL بواسطة Leclercq et al. (2004) هي أداة محوسبة لتقييم مكونات الانتباه المختلفة.

- يعد اختبار PASAT (اختبار الإضافة التسلسلية السمعية المتسارعة)، الذي أنشأه في البداية Gronwall et Sampson(1974) وتم تعديله بواسطة Naegele وMazza (1998)، اختبارًا للانتباه السمعي يقيم قدرات الذاكرة العاملة ويعتمد بشكل أساسي على قدرات الحفظ والتحديث والذاكرة، ومعالجة المعلومات.

- مهام الانتباه الانتقائي (الأشكال المتشابكة، بنود Barrage)

2-الذاكرة العاملة:

- يتم تقييم قدرات الذاكرة في كلتا النمطين اللفظي و البصري: التوجه الزماني المكاني، واسترجاع الكلمات، وذاكرة الصور العرضية، والسيرة الذاتية، والدلالية، و ذاكرة قبلية DMS/48

- اختبار الاستدعاء السمعي اللفظي الحر / الموجه: المكون من ستة عشر عنصرًا (RL / RI – 16) ل Van der Linden et al. (2004)

- بند بصري فضائي لشكل راي La figure de Rey

- التعرف على الوجوه :.(MEM–III (Wechsler 2001

3-الوظائف التنفيذية:

-تعتمد الاختبارات غير اللفظية على القدرات البصرية المكانية الوظيفية. يتم استخدام بعض الاختبارات مثل "ذاكرة الأرقام" و"الذاكرة المكانية" لـ MEM- III.

- تتابع المسارات .Trail Making Tes TMT

t - مهمات حل المتاهة، التخطيط و حل المشكلات Tour de Londres

– البطارية السريعة لتقييم الجبهي (BREF) وضعت من طرفPillon et Dubois 2000

4–الحساب:

ويتم تقييم اضطرابات الحساب باستخدام بطاريات موحدة تم تطويرها من طرف نماذج معالجة المعلومات (Dehaene 1992, 1997; Dehaene and Cohen, 1991): تقييم قدرات تحويل الأعداد، والمعالجة المعجمية– التركيبية، والتصرف بالكميات، والحسابات المعقدة، والعد والتعداد، والمعرفة الرقمية.

–اختبار حساب TLC2 lillois (Bout-Forestier et coll., 2005)

5–الابراكسيا:

يتم تقييم ابراكسيا الفمية اللسانية الوجهية: ضمن بطاريات الحبسةBDAE اختبار فحص الحبسة Ducarne 1989)

–ابراكسيا الحركات من خلال اختبار Test lillois d'apraxie gestuelle (TLA)

-بطارية تقييم البراكسيا ل Peigneux et Van der Linden (2000) لتقييم و تمييز بين الحركات ذات معنى و حركات بدون معنى اما تحت طلب لفظي او بتقليد.

6–النشاطات الادراكية والبصرية البنائية:

يمكن تقييم الاستكشاف والمعالجة البصرية المكانية باستخدام مكعبات VOSP الخاصة بـ Warrington and James (1991).

–سد الأجراسle barrage de cloches (Gauthier et coll., 1989)

– اختبار الأشكال المتطابقة لبروتوكول تقييم القنوزيا البصرية (PEGV) بواسطة .Agniel et al (1992)، –اختبار الأشكال المتشابكة بواسطة Gainotti et al. (1986)

يعتمد التقييم البصري البنائي على نسخة من الرسومات و/أو تنفيذ تحت طلب، صورة راي، و"رسم الساعة" من خلال الاستحضار او النسخ (Freedman et al., 1994; Royall, 1998) .

–يتم تقييم تخطيط الجسدي من خلال طلب تحديد أجزاء الجسم على نفسه وعلى الآخرين، والتمييز بين اليمين واليسار من خلال جسمه.

ان الاستعمال التدريجي للأدوات المخصصة والموجهة خصيصا لتقييم نفس عصبي للحبسيين مهم جدا بما ان اضطرابات الحبسة تسجل ضمن خلل التوظيف في الشبكات. ويجب اخذ بعين الاعتبار

الاضطرابات الإدراكية والبراكسية (les troubles perceptifs et praxiques) التي تسمح من تحقق من مهارات المفحوص في اختبار الحبسة و بالتالي تساعد على اعداد علاج مناسب.

ان استعمال البطاريات والاختبارات المعيارية شرط أساسي وضروري لتحديد الخطوات الأساسية لإعادة التأهيل والتي تسمح بالتحقق من فعالية العلاج وهذا لا يستبعد الاخذ بعين الاعتبار السلوكات والمظاهر النفس–العاطفية للمفحوص.

يندرج التكفل بالحبسي ضمن تكفل متعدد التخصصات والذي يشترط من كل متدخل ان يعلم زملائه في العمل حول التوجيهات، حول تقييم العجز بدون ان ننسى الاهتمام الرئيسي والأول بالمفحوص وعائلة المفحوص.[1]

[1]- Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P153/156

المحاضرة العشرون:

الاسترجاع وإعادة التأهيل بالحبسة:

تسمح الطريقة العيادية بتشخيص الحبسة و تقييم المظاهر اللسانية و التواصلية و العصبية النفسية و الكشف عن العوامل المتدخلة في الاسترجاع مما يتيح وضع تنبؤ مبدئي للحالة و إرساء الخطوط القاعدية و المبادئ الأساسية لخطة علاجية فردية تتماشى و عوامل الاسترجاع من جهة، كما تتماشى مع تطلعات المفحوص و عائلته من جهة أخرى، كما انه في مرحلة العلاج و إعادة التأهيل نؤكد انه لا توجد برامج جاهزة و جامدة للاستعمال في علاج الحبسة، و عليه يبقى المجال مفتوح لاقتراح و للاستثمار وسائل و طرق مختلفة و متنوعة و استعمالها بطريقة مناسبة و مرنة لكل حالة على حدة مع احترام الشروط و المبادئ الأساسية التي ترتكز عليها التقويم و العلاج و اتباع أساليب منظمة و لمراقبة و المتابعة المستمرة و المنتظمة لتطور الاضطراب و إمكانية تغيير او تعديل البروتوكول العلاجي في حالة عدم فعاليته.

1-تقرير الفحص الارطوفوني:عند انتهاء من الميزانية و تطبيق مختلف الاختبارات، يشرع المختص الارطوفوني بتحرير تقرير يشمل مختلف الملاحظات العيادية و نتائج الفحص و الاختبارات الارطوفونية المطبقة مع تشخيص الحالة و تحليل المعطيات المتحصل عليها، مع ابراز الاعراض الظاهرة و الغالبة و على القدرات المحتفظة، و طرح التنبؤ، طريقة تحريره لتقريره تكون علمية، متضمنة مصطلحات مفهومة و متداولة بين أعضاء الفريق المعالج و التابع للحالة الطبيب، المعالج الفيزيائي المختص النفساني و غيرهم[1].

2-الاسترجاع:

تم وصف عديد النماذج المعرفية للاسترجاع التلقائي منذ نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين. منذ طرح Jackson (1883) إلى يومنا الحالي خاصة مع تطور التصوير الدماغي تقوم على فكرة إعادة التنظيم الوظيفي لعمل الدماغ فالاسترجاع، هي ظاهرة معقدة ومتغيرة تتضمن العمليات التي يتم من خلالها إعادة تنشيط المعلومات المخزنة في الذاكرة طويلة الأجل في الذاكرة العاملة ويتم الاسترجاع بواسطة مؤشر أو مثير له علاقة بالسياق وفيما يتعلق بالتجارب حول الذاكرة يتم التمييز بين أنشطة التعرف وأنشطة التذكر.[2]

---

[1]- بوريدح، نفيسة. (2021).الحبسة و علم الاعصاب اللغوي العيادي. دار الخلدونية. الطبعة الأولى. الجزائر.ص150

[2]- جديد حنيفة. (2024). بناء برنامج عالجي يعتمد على نظام التواصل البديل) PECS) للتقليل من عرض نقص الكلمة عند حبسي بروكا ،أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث)ل.م.د(في ال رطفونيا تخصص: علم العصاب اللغوي العيادي، جامعة باتنة- 1، ص67

2-1-مراحل الاسترجاع:

بعد وقوع الحادث الوعائي الدماغي نميز ثلاث مراحل للتطور ما بعده يحدث خلالها ميكانيزم الاسترجاع التلقائي ويرجع لفترة اليقظة بعد الحادث وللمرونة العصبية التي يتمتع بها الدماغ البشري (Kahlaoui & Ansaldo, 2009)، وبالتالي يتمثل الاسترجاع في الحبسة بظاهرة معقدة ومتغيرة تبعا للفرد و هي :

المرحلة الحادة، وهي مرحلة قصيرة جدًا، تتبع الضرر العصبي ويفسر بميكانيزمات بيولوجية عصبية عفوية تعمل على تحسين اللغة.

• **المرحلة تحت الحادة**، استمرارية للمرحلة الحادة، تستمر لعدة أشهر وتتوافق هذه المرحلة مع تراجع ظاهرة الاستفراق العصبي Diachisis. و إعادة التنشيط العفوي للوظائف المرتبطة بها(Cappa et al., 1997). وتتفاعل هذه المرحلة مع العلاج الارطوفوني، وغالبًا ما يتم توجيهه بمجرد تحسن الحالة العامة للمفحوص.

• تتميز المرحلة المزمنة بتطور أبطأ، وتمتد مع مرور الوقت. لقد تم الاعتراف مؤخرًا أنه خلال هذه المرحلة يلعب العلاج الارطوفوني دورًا رئيسيا في تحسين فرص استرجاع اللغة(Basso, 2003) .[1]

فخلال هذه المراحل تتدخل الميكانيزمات العصبية والظواهر الفيزيولوجية في استرجاع الحبسة، سواء كان الاسترجاع عفويا او عن طريق التدخل الارطوفوني، وقد اشارت العديد من الراسات الى صعوبة الفصل بين الاسترجاع العفوي والاسترجاع بالتدخل العلاجي[2]. وفيما يلي نقوم بعرض الميكانيزمات المتدخلة في عملية الاسترجاع بعد الإصابة الدماغية التي أصبحت مركز البحوث في علم الحبسة:

2-2- الميكانيزمات العصبية للاسترجاع:

بعد تثبيت الاضطرابات اللغوية إثر الإصابة الدماغية من الحادث الوعائي الدماغي (من الاسباب الأكثر شيوعا للإصابة بالحبسة)، يلاحظ درجة معينة من استرجاع الميكانيزمات اللغوية: العوامل العصبية البيولوجية والفردية (2009) Ansaldo & Kahlaoui, والتي بدورها تؤثر على عملية الاسترجاع وعلى عملية إعادة التأهيل.

يصل الاسترجاع العفوي سواء الاضطرابات الحركية و/أو اللغوية إلى ذروته في الساعات الأولى بعد الحادث الوعائي الدماغي. تزعم العديد من الدراسات التي أجريت أن فترة الاسترجاع المثالية تحدث

[1]- Kahlaoui A ,Ansaldo AI,(2009). Récupération de l'aphasie d'origine vasculaire : facteurs de pronostic et apport de la neuro-imagerie fonctionnelle. Revue Neurologique .Volume 165, Issue 3, Pp 233-242

[2]. بوريدح، نفيسة. (2021).الحبسة و علم الاعصاب اللغوي العيادي. دار الخلدونية. الطبعة الأولى. الجزائر.ص151

خلال الأشهر الثلاثة الأولى (Laska et al. 2001). كما لاحظ كل من لبيدرسن وآخرون. (2004)، تحسن، مهما كان نوع الحبسة، بين الأسبوع الأول وسنة الاولى من الإصابة، من خلال مشاركة ميكانيزمات مختلفة في عملية الاسترجاع العفوي بعد الحادث الوعائي الدماغي.

في بعض الحالات، يكون الاسترجاع عفويا، فعند الاصابة بالحبسة تتبعها دائما درجة معينة من الاسترجاع، الذي يعتمد بشكل كبير على المرونة الدماغية.

-تراجع الاستفراق العصبي Régression du phénomène de diaschisis

نعني بظاهرة الاستفراق العصبي diaschisis ، الكف الذي يحدث على بعض وظائف المناطق و الأجزاء الدماغية السليمة (حسب التصوير الدماغي) و المرتبطة وظيفيا بالمنطقة المصابة، حيث ان الوظائف الدماغية تعمل على شكل شبكة عصبية وظيفية، رغم تباعد منطقة عن أخرى من الناحية التشريحية، فهي تتداخل و تشترك في أداء وظيفة معينة عن طريق الروابط الوظيفية و المشابك العصبية و بالتالي، تؤثر الإصابة الدماغية في المناطق ذات الصلة الوظيفية بالمنطقة المتلفة، فتتوقف هذه الأخيرة بصفة مؤقتة. ترتبط ظاهرة الاستفراق Diachisis بحجم الإصابة الدماغية، فكلما كانت هذه الأخيرة شاسعة و عميقة كان الضغط على المناطق قويا. مع تراجع الاستفراق Diachisis يرفع الضغط عن المناطق غير المصابة، و يتراجع تدريجيا ما يؤدي الى تحرير الوظيفة أو الوظائف التي كانت متوقفة و مثبطة بصفة مؤقتة و ليس دائمة[1]. أظهرت الدراسات أن تنشيط المناطق المحيطة بالإصابة في النصف الأيسر من الكرة المخية مهم بعد الحادث الوعائي الدماغي في استرجاع اللغة.[1]

- **إعادة التنظيم العصبي البنيوي:** تترجم إعادة التنظيم العصي البنيوي ظاهرة المرونة العصبية التي تسمح بتعويض المنطقة المتلفة بمنطقة أخرى او مسلك اخر له دور كامن في الوظيفة، لكنه لم ينشط و لم يتدخل إلا بعد اختلال هذه الأخيرة. بمعنى اخر بعد اتلاف منطقة ما مسؤولة عن وظيفة معينة يتم تعويضها بمناطق أو أجزاء أخرى من الدماغ تنشط ضمن الشبكة العصبية الوظيفية سواء كانت المنطقة المعوضة مجاورة أو بعيدة عن المنطقة المتلفة مثل منطقة بروكا في النصف الأيمن من الدماغ التي تزداد نشاطها وينتشر لتعويض وظيفة مثيلتها المصابة في الجزء الايسر. حسب بعض الباحثين تبدأ المناطق المماثلة/أو

[1]. بوريدح، نفيسة. (2021).الحبسة و علم الاعصاب اللغوي العيادي. دار الخلدونية. الطبعة الأولى. الجزائر.ص152

المجاورة للمنطقة المتلفة في النشاط لتعويض بذلك الوظيفة المفقودة، ثم ينتشر التنشيط عبر المناطق ذات الصلة بالوظيفة ما يؤدي الى تفعيل سيرورة استرجاع اللغة و الوظائف المرافقة. [1]

و يعزي غياب الاسترجاع او ضعفه الى غياب انتشار التنشيط عبر الشبكة الوظيفية و اقتصاره على المنطقة المماثلة في النصف المقابل، لذلك تفسر عملية انتشار التنشيط ظاهرة المرونة العصبية التي تفيد الدراسات الحديثة انها تبقى مستمرة و نشطة لفترة غير محدودة بعد الإصابة الدماغية.[2]

يختلف الاسترجاع في الحبسة اعتمادًا على عوامل مختلفة ويعتمد بشكل خاص على حجم الاصابة وموقعها، بالإضافة إلى عمر الشخص المصاب ، فقد أظهرت الدراسات أنه حتى في المرحلة المزمنة (بعد عام من الاصابة)، فإن الاسترجاع لا يزال ممكنًا.

---

[1].جديد حنيفة. (2024). بناء برنامج عالجي يعتمد على نظام التواصل البديل) PECS) للتقليل من عرض نقص الكلمة عند حبسي بروكا ،أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث)ل.م.د(في ال رطفونيا تخصص: علم العصاب اللغوي العيادي، جامعة باتنة– 1، ص69

[2].بوريدح، نفيسة. (2021).الحبسة و علم الاعصاب اللغوي العيادي. دار الخلدونية. الطبعة الأولى. الجزائر.ص 152

المحاضرة الواحد والعشرون:

تكملة محاضرة الاسترجاع وإعادة التأهيل بالحبسة:

2-3-العوامل الفردية المتدخلة في عملية الاسترجاع:

يجب عند التحقق من فائدة إعادة التأهيل اخذ بعين في الاعتبار العوامل المختلفة التي سيكون لها تأثيرات على مستويات مختلفة على الأداء أثناء التقييمات المعلومات العامة في فحص اللغة والتواصل وعلى الفعالية العلاج. فهذه العوامل البيولوجية-العصبية لها تأثير واضح في استرجاع في الحبسة، و من بين هذه العوامل نجد كل من :

-موقع الإصابة:

أوضحت المعطيات التصوير الدماغي من نوع Scanner ان موقع و اتساع الإصابة تؤثر على الاسترجاع، إضافة الى المعلومات الدقيقة التي قدمها IRM بأنواعه (الشكلية والوظيفية)، ويرتبط اتساع الإصابة وامتدادها بشدة الجدول الاولي ومكان الاصابة والذي يشكل عامل مهم للتنبؤ.[1]

بغض النظر عن حجم الإصابة، إذا كانت تؤثر على منطقة حرجة من مواقع اللغة، فهناك احتمال كبير ان تؤثر على خطورة اللغة.

-حجم الإصابة: يؤثر حجم الإصابة سلبا على الاسترجاع في الحبسة. كما اشارت العديد من الدراسات من ان حجم الإصابة يمكن ان تؤثر سلبا على الاسترجاع، مما يجعله عاملاً قويًا وثابتًا إلى حد ما.
كما ان للموقع الإصابة في المناطق الحرجة تأثيرا على الاسترجاع، وزيادة حجم الاصابة من شأنها أيضًا أن يزيد من خطر التأثير على هذه المناطق الرئيسية.[2]

-الأسباب:

تمثل الإصابات الوعائية الدماغية والصدمية من الأسباب الأكثر انتشارا والمسببة للحبسة، يؤثر سبب الحبسة او طبيعة الإصابة الدماغية في نوعية الاسترجاع و التنبؤ السلبي او الإيجابي باسترجاع المفحوص مهاراته اللغوية و التواصلية.

---

[1]- Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P165

[2]-Hatier M.(2018). Pronostic de récupération de l'aphasie vasculaire : influence de la Leucoaraiose. UFR des sciences médicales. Thèse en vue de l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine. Université de Bordeaux. P17

بالنسبة للحبسة الناتجة عن الصدمات الدماغية تظهر استرجاعا حسنا مقارنة بالحبسة الناتجة عن الحادث الوعائي الدماغي شرط ان لا تكون الصدمة الدماغية اتلفت خلايا القشرة الدماغية، و يفسر ذلك بكون الصدمة الدماغية حادثا خارجيا و مغلقا مقارنة بالحوادث الوعائية التي تأتي من الداخل، و تتلف مباشرة أجزاء القشرة الدماغية او المناطق اللغوية.

بالنسبة للحبسة الناتجة عن الحوادث الوعائية الدماغية، يرتبط الاسترجاع بنوع الحادث ، فالحبسة الناتجة عن حادث نزيفي تسترجع احسن من تلك الناتجة عن حادث وعائي انسدادي، رغم ان التنبؤ الحيوي يكون اخطر في الحالة الأولى، و يرجع ذلك لاختلاف المظاهر العصبية في الحالتين، اذ يصاحب الحادث النزيفي مظاهر تتمثل في تفاعلات عصبية فيزيولوجية مثل الورم الدموي و الوذمة المحيطة به، لكنه تبدأ تلك المظاهر في تراجع و زوالها على مستوى المناطق المجاورة للمنطقة المتلفة و المناطق المرتبطة بها وظيفيا، ما يؤدي تحسن الجدول العيادي للحبسة خاصة اذا تزامن مع عملية إعادة التأهيل.

فيما يخص الحبسة الناتجة عن الأورام الدماغية، يرتبط الاسترجاع بطبيعة و حجم الورم، مع نتائج التدخل الجراحي و حجم الأجزاء المستأصلة و عمقها، و يبقى مسار الاسترجاع مرتبطا باستقرار الورم او انتشاره في الدماغ او باقي أجزاء الجسم.

اما الحبسة الناتجة عن الامراض العصبية الانحلالية نسجل فيها اضطرابات في الذاكرة نقص الكلمة مع اضطرابات نفسية عصبية كالاقنوزيا و الابراكسيا، فهنا يلعب التدخل الارطوفوني المبكر دور اساسي في الحفاظ على القدرات السليمة و استغلالها و الحفاظ على التواصل و التفاعلات الاجتماعية لا سيما مع المحيط المباشر. [1]

2-4-عوامل أخرى للاسترجاع:

-السن:

يلعب السن الفيزيولوجي دور لا جدال فيه في التنبؤ في الاسترجاع، وفي فعالية إعادة التأهيل، وهو عامل متفاقم بشكل خاص لدى كبار السن بسبب عوامل متنوعة لتواتر الامراض المصاحبة (ضعف القلب، فشل الكلوي، وتزداد الحالة سوءا مما يؤدي الى تدهور او تلف الوظائف المعرفية).

[1]- بوريدح، ن. (2021).الحبسة و علم الاعصاب اللغوي العيادي. دار الخلدونية. الطبعة الأولى.الجزائر. ص ص154-155

ان تدهور بعض الوظائف المعرفية والمرونة العقلية لبعض الأشخاص قابلة لتعديل الاستجابة للعلاج.

أظهرت الدراسات التي أجريت على مجموعات من البالغين والمراهقين الذين يعانون من الإصابات و الأسباب مماثلة أنه لا يبدو أن هناك فرقًا كبيرًا في درجة الاسترجاع بين المجموعتين. وبالتالي فإن السن المصاب بالحبسة لن يكون عاملا سلبيا مباشرا في حد ذاته.[1]

-الهيمنة اليدوية:

تتميز حبسة اليساري بجدول عيادي أخف وباسترجاع أحسن من حبسة اليميني، وتجد هذه الملاحظات تفسيرها في ضوء النظرية العصبية التي مفادها ان لغة الفرد اليساري و ثنائي الجانبية تتمركز في نصفي الدماغ بطريقة متوازنة. و تخضع لعمل كليهما بطريقة شبه مماثلة.[2]

-الجنس:

هناك بعض الاعمال تشير الى الاختلافات في التنظيم الدماغي عند الأشخاص على حسب الجنس، ومع ذلك فمن الصعب الفصل بين ما ينتمي الى البيولوجيا والى ما يرتبط مع اختلافات تربوية، على أي حال هذين الامرين يؤيدان حقيقة الاعتقاد بان الجنس من الممكن أن يلعب دور في الاسترجاع بعد الإصابة ولكن لا يوجد تقريبا أي عمل الى حد الان يحاول مراقبة هذا المتغير (الجنس).[3]

4-المستوى الاجتماعي الثقافي التربوي:

ان المستوى المهني وحاصل الذكاء والمستوى الثقافي لا يبدو لهم تأثيرا على الاسترجاع ولكن هذه المظاهر تلعب دورا كبيرا فيما يخص التعريف بأهداف الخاصة بإعادة التأهيل وبالإضافة الى استجابة المفحوص للعلاج.

كذلك استعمال اللغة المكتوبة كوسيلة للتسهيل والتعويض والتي لا يمكن ان نتصورها مع الامي الأقل استعمالا قبل الحادث. وفي هذا الموضوع ان القدرة على استعمال الحاسوب يشكل أحد الأدوات الأكثر أهمية في الاستجابة للعلاج بما انها تعزز العمل الشخصي وتسمح بوضع أنظمة بديلة للتواصل.[4]

---

[1]-Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P167

[2]– بوريدح، ن. (2021).الحبسة و علم الاعصاب اللغوي العيادي. دار الخلدونية. الطبعة الأولى.الجزائر.ص156

[3]– Seron X .(1979).Aphasie et neuropsychologie - Approches thérapeutiques. Editeur Mardaga.p31

[4]-Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson. P168

-اللغة الام واللغات المستعملة او المتكلمة:

شكلت حبسة المزدوج و متعدد اللغات موضوع العديد من الدراسات و الملاحظات العيادية، حيث يرشح بعضها استرجاع اللغة الام قبل اللغات الأخرى، و منه يقترح اعتماد اللغة الام في العلاج، و تم اتفاق مع الدراسات و النظريات التي لم تجد علاقة ارتباطية بين اللغة الام و الاسترجاع، و لا فروق دالة بين الاسترجاع لدى الأحادي و ثنائي اللغة تعزي للثنائية او التعددية اللغوية. رغم ذلك يبقى لعامل الثنائية اللغوية دور مهم في تنوع طرق التكفل الارطوفوني.

الى جانب العوامل المذكورة في الأعلى، هناك عوامل أخرى لا تقل أهمية والتي بدورها تؤثر بشكل مباشر اثناء شروع في التكفل.

-العوامل النفس – عصبية التي تؤثر في الاستجابة للعلاج:

لا تقتصر الحبسة على الاضطرابات اللسانية . بل تصيب كذلك بعض الوظائف المعرفية للذاكرة والانتباه والتركيز والوظائف التنفيذية، كون هذه الأخيرة تتفاعل و تتداخل فيما بينها على شكل وحدات وأنظمة وظيفية لتحقق الفعل اللغوي، و بالتالي يرتبط الاسترجاع بحدة اضطراب هذه الوظائف وشدته، والذي يعيق العلاج الأرطوفوني ويحول دون الاسترجاع المنتظر، كما يعيق عملية التواصل و استعمال الوسائل البديلة أو الداعمة التي تتطلب سلامة الوظائف التنفيذية والذاكرة والانتباه البصري المكاني وغيرها. وبالتالي تعد عملية تقييم الوظائف النفسية العصبية و تأهيلها جزءا لا يتجزأ من التكفل الارطوفوني بالحبسة. الى جانب العوامل السالف ذكرها يتعلق الاسترجاع بمتغيرات أخرى كالوعي او عدم الوعي بالاضطراب، اذ يصعب العمل مريض غير واع باضطرابه و عجزه اللغوي، و في كثير من الأحيان لا تشكو الحالات غير الواعية اضطرابها من صعوباتها اللغوية و المعرفية، و بالتالي لا تبدي رغبة كبيرة و تحفزا و مشاركة في العلاج مثل تلك التي تبديها الحالات الواعية باضطرابها.[1]

يجب ان تحدد الاضطرابات المعرفية في الممارسة العيادية و تعالج قبل شروع في تكفل بالاضطرابات اللغوية ، او دمجها في بروتوكول علاجي خاص بالحبسة.

---

[1]– بوريدح، ن. (2021).الحبسة و علم الاعصاب اللغوي العيادي. دار الخلدونية. الطبعة الأولى.الجزائر.ص 157

المحاضرة الثانية والعشرون: اعداد مشروع علاجي:

المشروع العلاجي: بعد الحصول على تقييم عام للحالة، يقوم الأخصائي بتنظيم جدول عيادي للمفحوص تضمن هذا الأخير القدرات السليمة و المفقودة إضافة إلى تحديد مدى التدهور، من هنا تحدد الخطط العلاجية او المشروع العلاجي حسب الميزانية اللغوية لكل حالة على حدى ولا يمكن بأي حال من الأحوال أن تكون خطة علاجية لمفحوص معين هي نفسها لمفحوص آخر فهي تختلف من شخص لآخر، يعتمد الفاحص على المناطق الدماغية الأقل ضررا وهي عموما النصف الايمن من الدماغ فيعمل على استثارة المناطق العصبية بالنصف الكروي الأيمن يتدخل من خلال دعمه للنصف الكروي الأيسر .في الواقع نحن نعلم أن النصف المخي الأيمن مرتبط بكفاءتنا الموسيقية: أغاني الحضانة، أغاني الطفولة، الأغاني المعاصرة الشائعة للمريض، على سبيل المثال في الجزائر يعتمد الاخصائي على قصار السور القرآنية وعلى الأناشيد و الاغاني الوطنية القديمة، يتضمن المشروع العلاجي عدد الحصص، التوقيت، الفريق المساعد كالأخصائي النفسي و أخصائي حركي وغيرهم، كما يحدد دور الأسرة، و يجب الاسراع في إعادة التأهيل فمن الافضل أن تكون في المرحلة الحادة من الإصابة، و قد خلصت بعض الدراسات إلى أن العلاج يكون أكثر فعالية عندما يبدأ بعد فترة وجيزة من إصابة الدماغ و يكون عادة أكثر فعالية في مجموعات، توفر المجموعات بيئة آمنة ليجرب فيها الأشخاص المصابون بالحبسة مهاراتهم في التواصل، ويمكن للمشاركين فيها التدرب على بدء المحادثات والتحدث بالدور وتوضيح سوء الفهم وإصلاح مهارات المحادثة التي توقفت بالكامل، قد يكون العلاج بمساعدة الكمبيوتر مفيدا بشكل خاص في إعادة تعلُّم الأفعال وأصوات الكلمات(الوحدات الصوتية)، للإشارة كلما كانت إعادة التأهيل مبكرة كلما أعطت نتائج أسرع و أكثر فعالية.[1]

و يكمن الهدف من العلاج الارطوفوني مساعدة المفحوص على استَّرجاع كل قدراته اللغوية المفقودة، ففي حالات أين تكون الإصابة أكثر خطورة يكون الهدف تقديم وسائل **تواصلية تعويضية** مع مساعدته على التكيف مع مجتمعه وتحسين المبادلات اللسانية التواصلية في حياته اليومية.

---

[1]–عيساني بدرة و بوريدح نفيسة. (2021). واقع إعادة التربية النفس عصبية لدى المصابين بالحبسة. مجلة الإعلام والعلوم الاجتماعية للأبحاث التخصصية ، المجلد 04 العدد03 ، ص ص 43–60.ص51

يمكن تلخيص هدف التكفل الارطوفوني في النقاط التالية:

-مساعدة المفحوص على استرجاع إلى حد أقصى قدراته التواصلية (اللفظية و غير اللفظية) بالتكيف مع قدراته بهدف إعادة إدماجه في المجتمع.

-تقوية التبادلات اللغوية

-تطوير البدائل التواصلية التعويضية.[1]

كما يقوم الاسترجاع على آليتين معرفتين رئيسيتين هما:

-تحسين وظيفة المراقبة على اللغة.

- تحسين وظيفة التصحيح الذاتي.

كما نشير إلى أنه كلما تحسن مستوى المراقبة على اللغة لدى الحالة كلما زادت قدرتها على التصحيح الذاتي بفضل تحسن الوعي بأهمية إعادة التأهيل وارتفاع نسبة فعالية المريض في عملية العلاج، أما الاستراتيجيات التي يسطرها الفاحص في هذه المرحلة من الكفالة فهي:

-الاسترجاع الأفضل للوظائف اللسانية المضطربة.

-تطوير استعمال القدرات المتبقية بعد الإصابة الدماغية.

-التشجيع على التكيف مع الإعاقة. [2]

لقد اهتم العديد من العلماء والباحثين بهذا نوع من الاضطراب بمختلف تخصصاتهم، حيث اقترحوا العديد من النظريات او المقاربات من خلالها حاولوا تقديم طرق علاجية مختلفة للتكفل بهذا الاضطراب، فيمكن للمعالج ان يختار المقاربة التي تناسب مرحلة الاسترجاع مفحوصه ومع احتياجاته والأهداف العلاجية المسطرة، و سنحاول ان نعرج على مختلف المقاربات و الطرق العلاجية للتكفل من خلال عرض مبادئ و اهداف كل مقاربة و طريقة.

---

[1]– طيار شهيناز.(2020). أساليب التكفل الأرطوفوني بالحبسة المتدفقة وغير المتدفقة بالرجوع إلى أهم المدارس العلاجية. مجلة دراسات في علم الأرطوفونيا وعلم النفس العصبي المجلد 05.العدد 01،ص ص81/69. ص 77

[2]–دقيش رحمة، خرباش هدى.(2020). الحبسة الكلامية حبسة بروكا نموذجا– مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية المجلد 11 العدد 01 ، ص ص 43/28. ص 39

المحاضرة الثالثة والعشرون:

مختلف المقاربات العلاجية للحبسة

1-المقاربات العلاجية:Approches rééducatives

في الاول كانت تتوفر برامج او مناهج علاجية مختلفة والتي كانت أساسا بيداغوجية، والتي ترجع الى مصطلحات نظرية، وكما كانت تتميز تلك الفترة بنقص في المعارف حول الميكانيزمات العصبية الفيزيولوجية للاسترجاع، والفرضية المعتمد عليها هو ان اضطرابات الحبسة تتطور بطريقة عكسية بالنسبة لاكتساب اللغة عند الطفل، ومع ذلك، ظلت كل هذه المحاولات نظرية للغاية، ولم تظهر المقاربات المنظمة الأولى حتى الحرب العالمية الثانية. وهذا راجع الى الإصابات التي كان يتعرض لها الجنود على مستوى الرأس ما يؤدي الى تغيرات في السلوك (شلل، فقدان اللغة، فقدان الذاكرة، اضطرابات في السلوك...)، وبعد الحرب 1945 وبفضل كفالة جرحى الحرب تم التقدم في الميدان النظري وفي شتى العلوم كطب الاعصاب، اللسانيات، علم النفس، بإحراز تقدم كبير في اعداد برامج علاجية فعلية.

وهكذا سمحت اللسانيات العصبية بإدخال المفاهيم الأساسية مثل مستويات التحليل المختلفة ومفاهيم مستويات الخطأ: الصوتيات، الصوتي، الفونولوجي، التركيبي، الدلالي...إلخ. (; Alajouanine, 1968 Ombredane, 1963). ساهمت هذه المفاهيم في بناء محتوى البرامج إعادة التأهيل.

أدت الدراسة الأكثر منهجية للإصابات ووصف النماذج المتلازمة للحبسة إلى ظهور نهج خاص بالأعراض يعمل لفترة طويلة كأساس للمنهجية المستخدمة في إعادة التأهيل(Goldstein، 1948؛Head ، 1963: لوريا، 1973 ؛ دوكارن ، 1989).

ركز الباحثين و الممارسين من بلدان مختلفة كبريطانيا و الولايات المتحدة الامريكية و فرنسا في العلاج على أسس مختلفة: الاستثارةstimulation ، تقييم اثار العلاج على مجموعة من المفحوصين، إعادة التأهيل السيميولوجي للحبسة، في ذلك الوقت، كان الهدف الرئيسي هو تنشيط أي استجابة لفظية يتم الحصول عليها من خلال الاستثارة المتعددةpolystimulation ، و هو المفهوم الأساسي الذي يقوم عليه نهج التحفيز.

1-1- مقاربة الاستثارة: Approche de stimulation

تعتبر هذه المقاربة الحبسة بعجز كلي للغة الذي يضم جميع الأنماط وتعتمد المتغيرات الفردية على مناطق الدماغ المتضررة (Schuell et al., 1964). وهو ينظر إلى الحبسة على أنها اضطراب وحدوي (نتيجة لتلف واحد) ويعزم على وجود مجموعة واحدة من الحبسة (أيًا كان نوعها) يتم التعبير عنها بأشكال مختلفة اعتمادًا على درجة شدة الاصابة ووجود اضطرابات معرفية أو حسية- حركية مصاحبة. ولا يعد هذا فقدانًا لوظيفة اللغة، ولكنه خطأ او مشكل في المعالجة.[1]

يتمثل مبدأ هذه المقاربة في اقتراح استثارة نوعا ما محددة عندما نظن بان المهارات مازالت محتفظة لكن الوصول اليها يبدو مستحيل، او الى إعادة تعلم فعلي عندما تبدو تلك المهارات قد اختفت.

طريقة شويل :(Schuell) هي طريقة تعتمد على الاستثارة السمعية القوية و المكثفة، للنظام الرمزي المضطرب كوسيلة أولية لتسهيل إعادة تنظيم اللغة لمريض بالحبسة، وتحمل قواعد البرنامج العلاجي عند شويل ما يلي:

-يجب استخدام الاستثارة السمعية المكثفة ويفضل استخدام الاستثارة المشتركة (سمعي – بصري)

- يجب التحكم في المثير ليكون مناسبا وسهلا .

-يجب تكرار المثير الحسي السمعي من أجل زيادة كفاءة المسارات السمعية .

-كل مثير لا بد أن يؤدي إلى استجابة .

-لا يجب إصلاح الاستجابة أو الإصرار في الحصول عليها، فإن لم تكن هناك استجابة فالمثير غير مناسب .

-يجب محاولة الحصول على أكبر عدد من الاستجابات، فإن ذلك يؤدي إلى تغذية مرتدة متكررة، ومن ثم تقوية اللغة، كما تعمل على زيادة ثقة المريض بنفسه فيؤدي ذلك إلى محاولات لغوية يقوم بها بنفسه خارج جلسة العلاج .

-يجب إمداد المريض بالتغذية المرتدة Feed back والمكافأة المشجعة عند الإجابة الصحيحة، حيث يساعد هذا على رفع معنوياته، وحيث يستشعر مستوى تقدمه بنفسه .

-يجب العمل بدرجة مكثفة تتمشى مع احتياجات المريض .

[1]-Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Masson. Paris.p179

-يجب أن تتدرج الجلسة العلاجية من تدريبات سهلة ومألوفة إلى تدريبات أكثر صعوبة.[1]

1-2-المقاربة السوفياتية: ل Luria et Tsvetkova

في الستينيات، يعتبر لوريا Luria من السباقين الذي توقع التطورات المستقبلية في علم النفس العصبي المعرفي. إذا ظلت استراتيجيات إعادة التأهيل بالنسبة له هي التسهيل وإعادة التنشيط، فإنه يفترض أن تعدد التسهيلات يسمح بإعادة التنظيم الوظيفي للغة. تعتمد إعادة اكتساب المهارات اللغوية لدى المصابين بالحبسة على إعادة ادماج أنظمة اللغة واستعادة التفاعلات بين اللغة والوظائف العقلية الأخرى. بحيث تنطلق فكرته ان هذه الوظائف (الادراك، اللغة، الذاكرة...الخ) تشكل نظاما لا يمكن تجزئته الى ملكات منعزلة. ويضيق أيضا بان الإصابة لا يمكن ان تتلف مجمل الوظيفة والتي لا يمكن تحديد موقعها. وهذه الفكرة هي الأساس التي يعتمد عليها عند تحليله للأعراض، التي تشترط دراسة مفصلة ومقارنة لمختلف الأنظمة الوظيفية لفهم دور مختلف المكونات.

المبادئ العامة لإعادة التأهيل حسب Luria كالاتي:

- استعادة محددة لنظام المضطربLa restauration spécifique du système perturbé
- استعمال الوظائف المحتفظة.
- إطالة في مدة العلاج و تزايد في الصعوبات.
- الرجوع الى اعلام المفحوص عن النجاح والإخفاق في التمارينات لتعزيز قدرات التصحيح الذاتي.

و يؤكد Luria بأنه لا يوجد الأمل في استعادة الوظيفة المضطربة و انما يجب العمل على إعادة تنظيم النظام.[2]

المقاربة العملية او السلوكية:

ينطلق أصحاب هذه المقاربة من الأفكار التي تقوم عليها مدرسة التعلم الشرطي والتي تعتبر ان السلوك بإمكانه ان يغير بواسطة التعزيز. و استعملت هذه المعطيات في ميدان إعادة التأهيل الحبسة من طرف:

---

[1]-دقيش رحمة، خرباش هدى.(2020). الحبسة الكلامية حبسة بروكا نموذجا- مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية المجلد 11 العدد 01 ، ص ص 43/28. ص 40

[2]-Seron X .(1979).Aphasie et neuropsychologie - Approches thérapeutiques. Editeur Mardaga. Pp 90-91

Seron Xavier، و يضع هذا الباحث منهجية تمتاز بالدقة و التسلسل و يقدم أربعة استراتيجيات أساسية للتكفل بالمصاب بالحبسة و هي:

-استراتيجية إعادة البناء البسيط للسلوك

-استراتيجية تغيير الأنظمة الموردة والأنظمة المستقطبة للسلوك

-استراتيجية إعادة تنظيم السيرورات المركزية

-استراتيجية اللجوء الى الاشكال الذهنية

و يؤكد هذا الباحث بأن اتباع معطيات المدرسة السلوكية في علاج الحبسة يجب ان يراعي ما يلي:

-التحكم في الحادث البعدي (évènement conséquent)

يعمل هذا المتغير على احتمال زيادة ظهور السلوك في حالة التعزيز الإيجابي او السلبي او يقلل من احتمالات ظهوره في حالة سحب التعزيز. و يمكن ترجمة هذه العملية في تكفل بالحبسة من خلال المنبهات التي تعرضها الفاحص على المفحوص و التي تؤدي الى استجابة. و لكي يحدث تعزيزا لهذه الأخيرة، لابد ان يتبع مباشرة السلوك الصادر من الحالة.

التحكم في الحادث القبلي: (évènement antécédent)

يراقب الفاحص في هذا المستوى المنبه الذي يوجهه للمفحوص، لان إمكانية تغير السلوك ترتبط باقترانه او بعدم اقترانه بالتعزيز. و عندما يستعمل بالتعزيز يطلق عليه مصطلح المنبه المتميز الإيجابي و عندما لا يستعمل التعزيز يسمى بالمنبه المتميز السلبي.

-الإجابة او رد الفعل: يدرس الفاحص السلوك الذي يريد تغييره او إعادة استرجاعه بصفة دقيقة. و يؤكد مؤسس هذه المقاربة انه من الضروري حساب معدل ظهور الإجابات بتنوعها و الاخذ بعين الاعتبار السياق الذي نتجت عنه.

و يمكن تلخيص اهم ما جاء به هذا العالم في الاتي:

-الانطلاقة المبرمجة:

و يقصد به التقييم الأولي الذي يجريه الفاحص للمفحوص قبل الشروع في عملية العلاج، و تعتبر هذه الانطلاقة المرجع الرئيسي الذي لا يستغنى عنه الاخصائي طيلة فترة إعادة التأهيل,

شروط التي تضبط العلاج و هي:

*التدرج وتحديد الهدف من كل مرحلة.

*التحكم في الحادث القبلي.

*سحب الأدوات المسهلة

*تكوين قائمة الإجابات المستهدفة

و تظهر أهمية اعمال في انه ليس بصدد عرض طريقة علاجية للحبسة بأتم معنى الكلمة و انما يقدم منهجية دقيقة تلائم كل أنواع الحبسة و تساعدهم على اختلاف ثقافاتهم و لغاتهم و تتمثل فيما يلي:

-التحليل المفصل للغة المتبقية لدى المفحوص

-انتقاء البرنامج العلاجي الذي يتناسب مع الحالة

-تكييف البرنامج المنتقى وفقا للوضعية النفسية التي يعيشها المفحوص.

-تحديد الأهداف المنتظرة بمراعاة الحالة الصحية للمفحوص.[1]

1-3-المقاربة المعرفية:

تسمح المقاربة المعرفية بتطوير استراتيجيات علاجية وفقا لطبيعة الاضطرابات، كما يعرف علم النفس العصبي المعرفي La neuropsychologie cognitive من خلال اعتماده على نماذج معالجة المعلومات عند الشخص العادي حيث تؤدي النماذج ثلاث أدوار أساسية تتمثل في:

***توجيه التقييم :** يعرف النموذج المعرفي المعالجة المستخدمة لأداء مهمة معرفية معينة بأنها مجموعة من وحدات المعالجة و ترابطها . و عليه فان التقييم سيركز على أي من هذه الوحدات أو الترابطات ستكون تالفة وأيها ستظل سليمة.

***تجعل من الممكن تحديد هدف او اهداف إعادة التأهيل :** فبدلا من معالجة المهارات المعرفية بالمعنى الواسع، سيتم توجيه العلاج مباشرة نحو عناصر تم تحديدها من خلال التقييم على أنها مضطربة.

***كما توجه النماذج اختيار الطرق التي يجب استخدامها** :فإذا كان النموذج يصف الاداء الفعلي لعنصر معين أثناء المعالجة فقد يوفر هذه أدلة حول كيفية استعادته بعد الاصابة.

و تتمثل الإجراءات المميزة للمقاربة المعرفية في عدة مراحل تتمثل فيما يلي:

---

[1]-قاسمي صالح.(2018). إقتراح بروتوكول معلوماتي موجه للتقييم و التكفل بالاضطرابات النفس لغوية معرفية للحبسة الحركية من خلال نشاط الفهم الشفهي: دراسة طولية لسبعة حالات عيادية، تحليل لساني معرفي. جامعة الجزائر 2، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في الأرطوفونيا. ص 73-75

1–تحليل الاضطرابات وتحديد طبيعة وموقع أو مواقع العجز على نموذج معالجة المعلومات عند الشخص العادي.

2– تحديد الهدف او الأهداف العلاجية التي يجب أن تركز على وظيفة لسانية معينة

3– اختيار الاستراتيجيات العلاجية وفقا للفرضيات المتعلقة بطبيعة العجز الناتج بعد تفسير نتائج التقييم : استخدام مسارات اضافية مع المكونات المعرفية المصابة Altérés

4– اتخاذ قرار بشأن عدد من المهام التي يمكن أن تخدم هذه الاستراتيجية .

5– انشاء تسلسل هرمي من المهام وفقا لمستويات الصعوبة المختلفة ليس فقط في التمارين بل أيضا المواد الشفهية و/أو غير شفهية التي تتكون منها.

6– وضع طريقة تقييم لقياس الفعالية العلاجية للبرنامج المقترح.[1]

1-4-المقاربة البرغماتية:

انطلاقا من سنوات 1970 هناك تحديث للمفاهيم اللغوية التي تم إهمالها سابقًا، بهدف تحليل كيفية استخدام اللغة من قبل المتحدثين ولأي أغراض. وهذا التيار يعالج البرغماتية واخذها بعين الاعتبار في الممارسة العيادية للحبسة بشكل دقيق. تحاول النماذج البرغماتية شرح كيفية استخدام الفرد اللغة في التفاعل مع بيئته الاجتماعية، وقد ابتكرت وسائل جديدة لتقييم السلوكات التواصلية، والمعطيات المتحصل عليها من خلال هذه التحاليل تدمج في الاجراء العلاجي والتي تعطي مقاربة أكثر وظيفية للغة.

إن هدف المقاربة البرغماتية تحفيز التواصل باستخدام جميع قدرات التواصل المتبقية باستخدام طرق أخرى (كالرسم، الإيماءات، التقليد، تعابير الوجه، الكتابة وما إلى ذلك). [2] ففي بعض الحالات لا يستطيع المعالج تستطير العلاج بالاعتماد على القدرات المتبقية، بل يلجأ إلى استخدام الاستراتيجيات البديلة من خلال استخدام تقنيات التواصل غير اللفظي، و هذه التقنيات تكون محوسبة informatisées. أحد الأمثلة الأولى هو PACE (Promotion Aphasic's Communicative Efficiency) (تعزير كفاءة التواصل عند الحبسي) الذي طوره ديفيس وويلكوكس Davis et Wilcox والذي يستخدم أشكالًا مختلفة من التواصل غير

[1]–مسلاتي، نوال.(2021) . اقتراح برنامج علاجي أرطوفوني للتكفل بنقص الكلمة عند المصاب بحبسة بروكا، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث تخصص أرطوفونيا، جامعة باجي مختار عنابة. ص 119

[2]-Viader F., Lambert J., de la Sayette V., Eustache F., Morin P., Morin I., Lechevalier B. (2002). Aphasie. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Neurologie, 17-018-L-10, pp01-32.p28

-

اللفظي ويأخذ في الاعتبار معايير المحادثة التلقائية مع احترام أدوار التحدث لتشجيع التبادلات في حالة التواصل الطبيعي. ينطبق هذا العلاج في أوقات مختلفة أثناء العلاج. في المرحلة الأولية، من المثير للاهتمام إعداد لوحات التواصلية. و يطبق هذا البرنامج عندما تكون محاولات استعادة الوظائف اللغوية غير موفقة.[1]

Promotion Aphasic's Communicative Efficiency(PACE) : و هو عبارة عن طريقة شاملة ووظيفية تندرج ضمن مقاربة براغماتية، اقترحت من طرف Wilcox et Davis في عام ،1985 وقد وضعا لها أربعة مبادئ أساسية هي :

–تبادل المعلومات.

– المشاركة المكافئة.

– اختيار قناة التواصل.

– التغذية الرجعية.

ونهدف بعد ذلك إلى تكييف الأشخاص الذين يعانون من الحبسة مع بيئتهم وتحسين مهارات التواصل في التبادلات الطبيعية. لذا فإن إعادة التأهيل تقترح تحسين أداء الشخص في مواقف الحياة الواقعية الملموسة. الهدف هو تحفيز جميع قنوات التواصل التي تجعل من الممكن تحسين نقل الرسالة، سواء كانت لفظية أم لا، من أجل تحقيق التواصل الوظيفي والفعال في النهاية.[2]

إن التعايش بين هذه المقاربات المختلفة يكشف عن مفاهيم مختلفة للحبسة وعلاجها. ولكل منهما نقاط ضعف ونقاط قوة، ولكن ليس من الممكن إعطاء سبب لواحد أو آخر بطريقة موضوعية.

خاصة وأن التحقق التجريبي الصارم من هذه المقاربات يتبين أنه من الصعب للغاية إثباته. ونتيجة لذلك، فمن المعتاد أن تتعايش هذه المقاربات معًا في التكفل المعاصر، مستوحاة من الجوانب الأكثر صلة بكل منها، ومحاولة تكييفها بأفضل شكل ممكن مع تفرد كل مفحوص.

---

[1]-Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Masson. Paris.p182

[2]-ARIBA A.(2019). L'approche pragmatique pour la rééducation des troubles communicationnels des patients aphasiques – méthode - PACE-

مجلة الابراهيمي للدراسات النفسية و التربوية. المجلد(02) العدد(2). ص ص147–164. ص 152

خاتمة:

تتمثل الحبسة في اضطراب لغوي يمس القواعد اللغوية الضرورية للتعبير والفهم حيث تتعدد أنواعها حسب منطقة الإصابة والأعراض المصاحبة لها، التي تختلف من نوع الى اخر، ما جعل و بالتالي تبقى الحبسة من الاضطرابات الأكثر اهتماما من طرف الباحثين في مجال علم النفس العصبي العيادي، فتلك الدراسات و البحوث لا زالت إلى يومنا هذا تمدنا بالجديد نظرا لطبيعة الإنسانية التي لا يمكن أن تكون نتائجه مطلقة بل تكون فرضيات نسبية تؤكد أو تنفي و تتجدد مع تقدم البحوث و الدراسات في ميدان علم الحبسة.

لذلك يبقى ميدان الحبسة من الميادين الأكثر اهتماما من طرف العديد من الباحثين و المختصين بحيث تتداخل فيها مختلف التخصصات والعلوم التي تعمل على البحث المستمر عن العلاقة بين مناطق الدماغ و الوظائف المعرفية للوصول الى تحديد و معرفة التوظيف الدماغي العادي بشكل دقيق و واضح، و كذا البحث في حالة الإصابات الدماغية و ما تخلفها من اضطرابات في الوظائف المعرفية التي تؤدي الى عسر التوظيف الدماغي بالاعتماد على تقنيات التصوير الدماغي الحديثة و بالتالي تمكن من معرفة و تحديد مواقع المناطق الدماغية المسؤولة عن الوظائف المعرفية بأنواعها بدقة و بخصوصية.

و على المختص الارطوفوني توظيف تلك المعطيات عند تسطير بررتوكول علاجي مضبوط مراعيا الجدول العيادي خاص بكل حالة بالاعتماد على المقاربات العلاجية التي تم التطرق اليها سالفا حتى يتمكن من تقديم العلاج الأنسب للحالة بإتباع طرق علمية وعلاجية لأجل التخفيف من حدة الاعراض على لغة المصاب وكذا على جودة حياته.

تبقى إعادة التأهيل الحبسي مستمرة لفترة طويلة مع تدخل كل أطراف الذين لديهم علاقة قوية مع الحبسي لما لها أثر إيجابي في العلاج، لكي يكون إعادة التأهيل الارطوفوني فعال من المستحسن العمل بالتنسيق في إطار إعادة التأهيل متعدد التخصصات، و كل مختص او معالج يكمل عمل الاخر لنتوصل في الأخير الى تكفل شامل، وعلى المختص ان يكون دائما متفتح على كل ما هو جديد في ميدان علم الحبسة اما من الجانب النظري او التطبيقي.

قائمة المراجع:

1-الفرماوي حمدي علي (2006)، نيروسيكولوجيا معالجة اللغة واضطرابات التخاطب. موجهات تشخيصية وعلاجية وأسرية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

2- بلعيد صالح.(2011).دروس في اللسانيات التطبيقية. ط1. دار هومة. الجزائر.

3-بن العيفاوي حليمة.(2013). تقييم نفس عصبي لتناذر الإهمال النصفي الأيسر لدى الأشخاص المصابين بالصدمات الدماغية الوعائية. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 2.

4-بن العيفاوي حليمة. (2021). الأبراكسيا الفكرية الحركية لدى المصابين بالحوادث الوعائية الدماغية وعلاقتها بالسلوك اليومي -دراسة نفس عصبية . -جامعة الجزائر . 2 أطروحة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في الأرطوفونيا

5-بن عثمان و حافري . (2022) . التقييم الارطوفوني لاضطرابات العصبية الوعائية- حبسة بروكا- مجلة دراسات المجلد11 ، العدد 01، ص ص 637/625

6-بولعراس، الجمعي محمود .(2012).علم الحبسة في الدراسات الأرطفونية الغربية .مجلة الدراسات اللغوية العدد المجلد 14، العدد 2 (31 مايو/أيار 2012)، ص ص. 122-161، 4.

7-بوريدح، ن .(2013) . فقدان الكلمة واستراتيجيات التخفيف في الحبسة وصف وتحليل وتصنيف وتفسير استراتيجيات التخفيف المستعملة من طرف الحبسي المصاب بفقدان الكلمة في نشاط تسمية الصور :دراسة حالَة من الوسط العيادي الجزائري . جامعة الجزائر . 2 أطروحة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في الأرطوفونيا

8-بوريدح، ن. (2021).الحبسة و علم الاعصاب اللغوي العيادي. دار الخلدونية. الطبعة الأولى.الجزائر.

9-بومعراف. ا .(2015) . تناول لساني ومعرفي لَاضطرابات اللغة العربية المكتوبة لدى الأشخاص المصابين بالحبسة . جامعة الجزائر 2، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في الأرطوفونيا

10-جديد حنيفة و بوفولة بوخميس .(2024).المقاربة العصبية المعرفية اللسانية لاضطرابات الإنتاج اللفظي في حبسة بروكا.مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية،جامعة باتنة1 المجلد24، العدد 02،ص ص 48-23

11-جديد حنيفة. (2024). بناء برنامج عالجي يعتمد على نظام التواصل البديل) PECS) للتقليل من عرض نقص الكلمة عند حبسي بروكا ،أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث ل.م.د في الارطوفونيا تخصص: علم العصاب اللغوي العيادي، جامعة باتنة1-

12- حميدوش سليمة ،2022،" اقتراح برنامج علاجي لتقييم استرجاع الذاكرة الفونولوجية لدى الراشد المصاب بالصدمة الدماغية"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في الارطوفونيا، جامعة الجزائر 2.

13-دقيش رحمة، خرباش هدى.(2020). الحبسة الكلامية حبسة بروكا نموذجا- مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية المجلد 11 العدد 01 ، ص ص 43/28

14-دقيش رحمة. (2021). فاعلية برنامج ارشادي علاجي في تحسين جودة الحياة لدى المصابين بحبسة بروكا. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث. تخصص علم النفس الصحة. جامعة محمد لمين دباغين، سطيف2.

15-زقعار فتحي، بن عامر وسيلة.(2013). اضطرابات اللغة والكلام – الحبسة – انموذجا، مجلة المرشد، 3 (1)، ص ص33-52

16-طيار شهيناز. (2020). أساليب التكفل الأرطوفوني بالحبسة المتدفقة وغير المتدفقة بالرجوع إلى أهم المدارس العلاجية .. مجلة دراسات في علم الأرطوفونيا وعلم النفس العصبي المجلد 05.العدد 01،ص ص81/69

17-عبدوش، مريم.(2012). علاقة الكفالة الأرطوفونية بإعادة التربية الحركية عند المصاب بحبسة بروكا .جامعة الجزائر . 2 مذكرة ماجستير في الأرطوفونيا

18-عوايجية حميدة،(2008)، أثر الصورة الذهنية على التعرف على الكلمات المكتوبة لدى الحبسي، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 2

19-عيساني بدرة و بوريدح نفيسة. (2021). واقع إعادة التربية النفس عصبية لدى المصابين بالحبسة. مجلة الإعلام والعلوم الاجتماعية للأبحاث التخصصية ، المجلد 04 العدد03 ، ص ص 43-60

20-مدادي ليلى،2010، " التقييم الفسي العصبي للانتباه الانتقائي البصري عند المصاب بالإهمال النصفي الفضائي المترافق مع الشلل النصفي"، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العصبي، قسم النفس وعلوم التربية والارطفونبا الجزائر02.

21–مساحلي طاهر .(2019). دراسة الاضطرابات الفونولوجية في الحبسة من خلال اقتراح أداة للتقييم و تقنية للتكفل باستعمال مفاهيم النظرية الخليلية الحديثة. أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علوم اللسان والتبليغ اللغوي تخصص أمراض الكلام، قسم علوم اللسان، جامعة الجزائر – 2 أبو القاسم سعد الله.

22–مسلاتي، نوال.(2021) . اقتراح برنامج علاجي أرطوفوني للتكفل بنقص الكلمة عند المصاب بحبسة بروكا، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث تخصص أرطوفونيا، جامعة باجي مختار عنابة.

23–مسلاتي، ن وبوفولة، ب .(2021) . تشخيص نقص الكلمة عند المصاب بحبسة بروكا من خلال نشاط التسمية الشفهية . مجلة الروائزالمجلد 5 ، العدد1 ، ص ص 343 –358.

24– مقراني ليامنة .(2017) . اقتراح بروتوكول علاجي معرفي لَاضطرابات الحساب ومعالجة الأعداد عند المصاب بالحبسة . جامعة الجزائر 2، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في الأرطوفونيا

25–قاسمي صالح.(2018). إقتراح بروتوكول معلوماتي موجه للتقييم و التكفل بالاضطرابات النفس لغوية معرفية للحبسة الحركية من خلال نشاط الفهم الشفهي: دراسة طولية لسبعة حالات عيادية، تحليل لساني معرفي. جامعة الجزائر 2، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في الأرطوفونيا

26-Ardila Alfredo.(2014).Aphasia Handbook Florida International University .Miami, Florida. USA.p

27-ARIBA A.(2021). L’approche pragmatique pour la rééducation des troubles communicationnels des patients aphasiques – méthode - PACE-
مجلة براهيمي للدراسات النفسية و التربوية. المجلد(02) العدد(2). ص ص147-164. ص 152

28-Barbizet, J ; P. H. Duizaabo, J. D. DEGOS, J. Poirier, (1977), Abrégé de neuropsychologie, Masson, Paris.

29-Brin, F., Courrier, C., & Lederlé, E. (2004). Dictionnaire d’Orthophonie (2ème édition). Ortho Edition

30-Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2018). Dictionnaire d’Orthophonie (4ème édition). Ortho Edition.

31 -Cambier J Masson M, Dehen H.(2000).Neurologie. 10e éd.Ed Masson.Paris

32-Cambier J, (2004), Abrégés de neuropsychologie, Masson,Paris.

33- Cambier J, Masson M, Catherine M, Dehen C Dehen H.(2012). Neurologie. 13e éd.Ed Masson.Paris

34-Campolini C, Van Hövell V, Tollet Fr, Vansteelandt A.(2003). Dictionnaire de logopédie: Les troubles acquis du langage, des gnosies et des praxies. Ed Peeters.

35-Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2010). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson

36-Chomel-Guillaume, S., Gilles, L., & Bernard, I. (2021). Les Aphasies : Évaluation et rééducation. Elsevier Masson

37-Durand Edith.(2019). Développement d'une nouvelle thérapie ciblant l'anomie des verbes d'action Validation comportementale et exploration des corrélats neurofonctionnels de ses effets dans les cas d'aphasie. Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de docteur en sciences biomédicales, option orthophonie. Université de Montréal

38 -Gazayus, P. (1977), L'aphasie de point de vue du psychologue. Desser et margada. Bruxell.

39-Hatier M.(2018). Pronostic de récupération de l'aphasie vasculaire : influence de la Leucoaraiose. UFR des sciences médicales. Thèse en vue de l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine. Université de Bordeaux.

40-Gil R.(1999). Les formes cliniques des aphasies corticales, Revue Rééducation Orthohonique N°198, pp 29-40.

41-Gil, R. (2000). Neuropsychologie. (2ème édition),Ed Masson. Paris

42-Gil, R. (2010), Neuropsychologie, (5ème édition), Ed Masson. Paris.

43-Gil, R. (2018). Neuropsychologie (7ème édition). Elsevier Masson.Paris

44-Kahlaoui A , Ansaldo AI,(2009). Récupération de l'aphasie d'origine vasculaire : facteurs de pronostic et apport de la neuro-imagerie fonctionnelle. Revue Neurologique .Volume 165, Issue 3, Pp 233-242

45-Lanteri A. (1995). Restauration du langage chez l'aphasique. Bruxelles : De Boeck .Ed

46-Laury Phelix.(2009). La prise en charge du traumatisé crânien grave : de la littérature au centre d'éveil," le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie, Université Henri Poincaré –Nancy1.

47-Lecours A.R., Lhermitte F (1979), L'Aphasie Flammarion, Paris

48-Le Gall D . Etcharry-Bouyx Fr . Osiurak Fr .(2012). Les apraxies : synthèse et nouvelles perspectives. Rev Neuropsychol 2012 ; 4 (3) : 174-85.

49- Manchon, M. (2011). Le lexique des verbes en dénomination orale : étude exploratoire chez l'aphasique et étude en IRMf chez le sujet sain. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II. Thèse en vue de l'Obtention du Doctorat en Sciences du Langage Neuropsycholinguistique

50-Marie Pourquié Bidegain,M.(2011). Approche neuropsycholinguistique du traitement des verbes dans l'aphasie agrammatique. Etude translinguistique de cas: basque et français. Thèse de doctorat. Spécialité Sciences du Langage, Neuropsycholinguistique et Aphasiologie. Université Toulouse 2 Le Mirail

50-Monneret Philippe. (2003).Notions de neurolinguistique théorique. Editions Universitaires de Dijon, Langages, 2-905965-87-8.

51-Perez C. Gillet-BenNejma I. Allali S. Boudjadja M. Caetta F. Gout O. Savatovsky J. Obadia M. Chokron S.(2014). Hémianopsie latérale homonyme :amputation du champ visuel, perception implicite et hallucinations visuelles. Revue de Neuropsychologie. 2014 ; 6 (4) : 238-255.

52-Pialoux, P. (1975). Précis d'Orthophonie. Edition Masson.

53-Pottier, B., Touchon, J., & Ekelsberger, E. (1995). Aphasies et Langage. Edition Espaces.

54-Sadanandavalli Ch, Issac R Gregor Th, Mirza Masoom A.(2015). Apraxias in Neurodegenerative Dementias. Indian Journal of Psychological Medicine | Jan – Mar 2015 | Vol 37 | Issue 1.

55-Ségolène P.(2009). Perception des couleurs et formes orales solides PERCEPTION DES COULEURS ET FORMES ORALES SOLIDES le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie. FACULTE DE PHARMACIE UNIVERSITE HENRI POINCARE – NANCY.

56-Seron xavier, .(1977).L'aphasie de l'enfant Quelques questions sans réponses - Revue critique Enfance , n° 2-4,pp 249 - 270,

57-Seron X .(1979).Aphasie et neuropsychologie - Approches thérapeutiques. Editeur Mardaga

58-Seron X. Van Der Linden M, (2014), Traité de Neuropsychologie Clinique, Tome 1, 2 ème édition, De Boeck-Solal .

59-Signoret J. (1996). Langage et aphasie, De Boeck, Bruxelles .

60-Trauchessec.J ,(2018). des concepts à l'évaluation Aphasie et troubles cognitifs. Rééducation Orthophonique - N° 274 – pp295-320

61-VAN HOUT Anne , .(1989) , L'ENFANT APHASIQUE , revue Glossa n 16, PP20-25

62-Viader F., Lambert J., de la Sayette V., Eustache F., Morin P., Morin I., Lechevalier B. (2002). Aphasie. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Neurologie, 17-018-L-10, pp01-32

63-Wicky.G.(2005).De l'autotopoagnosie à un modèle de représentations des connaissances du corps . SCHWEIZER ARCHIV FÜR NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE. 156 n 4.pp196-202.

64-Weill-Chounlamountry. A. Pradat-Diehl. P. (2016). Les troubles de la lecture périphériques acquis : pistes de rééducation. Entretiens d'Orthophonie – Bichat Paris