الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة وهران 2 محمد بن احمد
كلية العلوم الاجتماعية
لوفونيا

مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر تخصص أمراض اللغة والتواصل

دراسة الفهم الشفهي للتراكيب النحوية المعقدة عند الحبسة الحركية

من إعداد الطالبتين:
حاجي اسمهان
نايت مسعودان أمال

تحت اشراف:
د. طيار شهيناز

المشرف المساعد:
أ.هاروني فتيحة

اللجنة المناقشة

اللقب والاسم	المؤسسة الأصلية	الصفة
أ.شويطر خيرة	جامعة وهران 2	رئيس
د.طيار شهيناز	جامعة وهران 2	مشرف
أ.بن أعراب آسيا	جامعة وهران 2	مناقش

السنة الجامعية 2024-2025

كلمة شكر:

بسم الله الرحمان الرحيم
الحمد لله الذي بنعمته تتمّ الصالحات
أتقدّم بجزيل الشكر والامتنان
الذي كان خير مُشرف الأستاذ مولاي محمد، والأستاذة هاروني فتيحة بنصائحهم القيمة، وملاحظاتهم البنّاءة، وكانوا نِعْم الموجّه والداعم في مختلف مراحل هذا العمل.
كما لا يفوتني أن أشكر الأساتذة على ما قدّموه لي من توجيه علمي ، وملاحظات، وعلى دعمهم وتشجيعهم لنا طيلة فترة إعداد هذه المذكرة. و لاننسى كل الأساتذة الذين تركوا بصمتهم في مسارنا الأكاديمي،
وكل العاملين بالمؤسسة التي احتضنت تربّصنا، على حسن التعاون والتجاوب.
أشكر كل من ساندنا، تفهّمنا، ورفع من معنوياتنا
وخاصة من شاركني مشوار التوفيق بين الأمومة والدراسة... أنتنّ رفيقات الكفاح الجميل.
كما أعيد شكر جزيل الشكر الأستاذ مولاي محمد الذي كان شريك هذا العمل طيلة فترة إعداد المذكرة.
لقد جمعنا الجهد ، و التعب والمسؤولية،
وكان لتعاونها، والتزامها، وروحها الإيجابية أثر كبير في إنجاح هذا المشروع.
فشكرًا لك من القلب، على كل ما بذلته من جهد،
وعلى هذه التجربة التي ستظلّ ذكرى جميلة في مساري الجامعي.

الفهرس

قائمة المحتويات	الصفحة
كلمة شكر	أ
قائمة المحتويات	ب
قائمة الجداول	ث
مقدمة	ه
أولا: الحبسة الحركية	
تمهيد	9
النبذة التاريخية للحبسة الحركية	9
مفهوم الحبسة الحركية	12
الموقع التشريحي للحبسة الحركية	13
أسباب الحبسة الحركية	15
الاضطرابات المصاحبة	16
سميولوجية الحبسة الحركية	17
خلاصة	22
ثانيا: الفهم الشفهي للتراكيب النحوية المعقدة	
تمهيد	23
تعريف فهم التراكيب النحوية المعقدة	23
الجانب التشريحي لوظيفة فهم التراكيب النحوية	23
مستويات الفهم الشفهي و التراكيب النحوية المعقدة	24
النظريات المفسرة لاضطراب صعوبة فهم التراكيب النحوية	27
خصائص وأثر الحبسة الحركية على فهم التراكيب النحوية المعقدة	29
خلاصة	30
المناهج والأدوات	

أولا: الدراسة الأولية	
أهداف الدراسة الأولية	33
المجال المكاني الدراسة الأولية	35
المجال الزمني الدراسة الأولية	35
عينة الدراسة الأولية	35
أدوات الدراسة الأولية	35
ثانيا: الدراسة الأساسية	
المجال المكاني للدراسة الأساسية	38
المجال الزمني للدراسة الأساسية	38
المنهج المستعمل	43
تقديم الحالة الأولى	48
تقديم الحالة الثانية	48
النتائج	
تمهيد	49
عرض نتائج اختبار MTA-2002 للحالة الأولى	49
عرض نتائج اختبار MTA-2002 للحالة الثانية	50
المناقشة	51
الخاتمة	56
قائمة المراجع	57
قائمة الملاحق	60
ملخص البحث	67

قائمة الجداول:

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	خصائص حالات الدراسة	50
02	نتائج اختبار MTA-2002 بند الفهم الشفهي للتراكيب النحوية للحالة الأولى	59
03	نتائج اختبار MTA-2002 بند الفهم الشفهي للتراكيب النحوية للحالة الثانية	60
05	نتائج الحالتين لاستبعاد وجود أيعمه بصري أو سمعي،، وذلك من خلال تطبيق اختبارMTA-2002	61

قائمة الأشكال:

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
01	يمثل النصف الكروي الأيسر الخاص ب Leborgne	11
02	يمثل المناطق العصبية المسؤولة عن الانتاج الشفهي للغة	13
03	مخطط ليشتايم 1885 le schéma de la maison	19
04	مخطط النطق المزدوج لمارتينه 1967	20
05	يمثل المناطق العصبية المسؤولة عن الفهم السمعي للغة	23

قائمة الملاحق:

رقم الملحق	الملاحق	الصفحة
01	ملف طبي للحالة الأولى	56
02	ملف طبي للحالة الثانية	58
03	اختبار بند فهم التراكيب النحوية MTA-2002	64

المقدمة:

تُعد اللغة من أبرز القدرات المعرفية العليا التي تميّز الإنسان، إذ تمكّنه من التفاعل والتواصل ضمن محيطه الاجتماعي والثقافي. وتُعزى هذه القدرة إلى تكامل وظائف مناطق متعددة في الدماغ، لاسيما النصف المخي الأيسر، الذي يضطلع بدور مركزي في فهم اللغة وإنتاجها. إلا أنّ أي إصابة دماغية، كما في حالات السكتة الدماغية أو الرضوض الدماغية، قد تؤدي إلى اضطراب في هذه القدرة، يُعرف بـ"الحبسة" (Aphasie)، والتي تختلف في خصائصها العيادية بحسب موضع وشدة الإصابة العصبية.

من بين أنماط الحبسة الأكثر شيوعًا نجد الحبسة الحركية (Aphasie motrice)، والتي غالبًا ما تنجم عن إصابة في منطقة بروكا(44/ 45 aires de Brodman) الواقعة في التلفيف الجبهي الثالث الأيسر. وتتميز هذه الحالة بتباطؤ في الكلام، وفقر في البنية النحوية، مع اضطراب في تسلسل الجملة وبنائها. وعلى الرغم من الاعتقاد التقليدي بأن الفهم الشفهي يظل محفوظًا نسبيًا في هذا النوع، إلا أن دراسات حديثة في علم الأعصاب اللغوي أظهرت أن المرضى قد يعانون من صعوبات ملحوظة في فهم الجمل ذات التراكيب النحوية المعقّدة، مثل الجمل المبنية للمجهول، أو الجمل المتضمنة أدوات ربط واستثناء، أو تراكيب شرطية واستفهامية (Caplan, 2007).

تتميز الحبسة الحركية بفقر على مستوى اللغة مع صعوبات في نطق الكلمات نوع من السهولة في البداية الشفوية واضطرابات في الكتابة بينما الفهم يكون مضطرب لكن بشكل جيد نوعا ما بالمقارنة مع حبسة فيرنيكي. ويمكن تقييمها باختبار(**MTA-2002).** (Lhermitte, 1979)

أما عن الفهم التركيبي المعقد هو جزء أساسي من المستوى التركيبي، ويشير إلى القدرة على فهم الجمل المعقدة التي تحتوي على تراكيب لغوية متعددة المستويات، مثل الجمل الفرعية والجمل الرئيسية، والروابط النحوية المختلفة. يتطلب هذا النوع من الفهم القدرة على تحليل البنية النحوية للجملة، وتحديد العلاقات بين الكلمات والعبارات، وفهم المعنى العام للجملة. يمكن قياسه باختبار (**MTA-2002**).

يندرج موضوع دراستنا ضمن مجال الأبحاث التي تهتم بعلم الحبسة حيث سندرس القدرات النحوية التركيبية عند حالات تعاني من حبسة حركية، ضمن هذا السياق ومن خلال مراجعتنا للدراسات السابقة والأبحاث اللسانية العيادية التي وصفت الحبسة نذكر دراسة (Berndt, 1996) تناولت هذه الفكرة أن الأشخاص المصابون بالحبسة الحركية يعانون من اضطرابات واضحة في التعبير الشفهي، حيث يصبح كلامهم متقطعًا، بطيئًا، ويغلب عليه استخدام كلمات بسيطة ومحدودة. غير أن ما يلاحظ بدرجة أقل هو أن هذا النوع من الحبسة لا يقتصر فقط على صعوبات الإنتاج اللغوي، بل يمتد أيضًا إلى صعوبات في فهم الجمل النحوية المعقدة، خاصةً تلك التي تخالف الترتيب المباشر أو المعتاد للكلمات. فمثلاً، يستطيع المريض فهم جملة بسيطة مثل: ‘‘الولد ضرب البنت’’، ولكنه يواجه ارتباكًا عند سماع جمل مثل: ‘‘البنت ضُربت من قبل الولد’’ أو ‘‘الولد الذي ضربته البنت’’، رغم أن المفردات مألوفة لديه(Berndt, 1996)

وبين كارامازا أن هذا الضعف يرتبط بفقدان القدرة على تحليل البنية التركيبية للجملة فإن فهم اللغة لا يعتمد فقط على معرفة معاني الكلمات، بل أيضًا على تحليل العلاقات النحوية التي تربط هذه الكلمات. عندما تتضرر منطقة التلفيف الجبهي الثالث، فإن الدماغ يعاني في بناء هذه العلاقات، ويبدأ المريض بالاعتماد على الترتيب الظاهري للكلمات بدلاً من القواعد النحوية، مما يجعله يخطئ عند التعامل مع جمل لا تتبع النمط المباشر(Caramazza, 1976)

كما تشير الأبحاث الحديثة إلى أن منطقة التلفيف الجبهي الثالث لا تشارك فقط في إنتاج اللغة، وإنما تلعب دورًا في تحليل التراكيب النحوية العميقة، خاصةً في الجمل التي تتطلب تتبع مرجعية أو البنية المضمنة، مثل المبني للمجهول أو الجمل النسبية(Grodzinsky, 2000).

ووفقًا نموذج (Caramazza, 1976)، يعتمد الفهم على طريقتين: طريقة استنتاجية مبنية على السياق، وأخرى تحليلية تعتمد على القواعد. المصابون بحبسة حركية يستخدمون الأولى، بينما تتعطل لديهم الثانية.

وقد أكدت التجارب العيادية أن مرضى حبسة الحركية يُخطئون بشكل كبير عندما يُطلب منهم مطابقة جمل صوتية مع صور تعبّر عن معناها، خصوصًا عندما تكون تلك الجمل ذات بنى تركيبية غير مألوفة (Berndt, 1996)

كما أظهرت تقنيات التصوير الوظيفي للدماغ مثل (IRMF) أن النشاط في منطقة تلفيف الجبهي الثالث ينخفض عند تحليل هذه الجمل، وتقوم مناطق أخرى بمحاولة التعويض، لكن بشكل غير فعّال دائمًا. (Grodzinsk, 1998)

وقد أوضح (Hildebrandt, 1988) أن هذه الصعوبات ترتبط كذلك بخلل في الذاكرة العاملة النحوية، حيث يتطلب فهم بعض التراكيب النحوية المعقّدة الاحتفاظ بمعلومات لغوية متسلسلة ومعالجتها في الوقت الحقيقي.

كما أشارت أبحاث (Grodzinsky, 2000) إلى أن المرضى يتبعون استراتيجيات التجاوز النحوي حيث يعتمدون على الكلمات المفتاحية بدلا من تحليل العلاقات النحوية. يتضح من خلال هذه الدراسات أن الحبسة الحركية تؤثر بشكل نوعي على معالجة التراكيب النحوية المعقدة، وهو ما يستوجب تطوير اختبارات تقييم دقيقة موجهة للفهم التركيبي، إلى جانب مقاربات علاجية تعتمد على استراتيجيات تعويضية وتحفيز البنية النحوية المتبقية.

وفي بحثنا هذا سلطنا الضوء على دراسة الفهم الشفهي للتراكيب النحوية المعقدة وأردنا دراستها لدى الأشخاص الراشدين المصابين بحبسة حركية ناتجة عن حادث وعائي انسدادي بهدف تقييم فهمه الشفهي ومعرفة الاختلالات الموجودة في هذا المستوى.

ومن هذا المنطلق قمنا بطرح التساؤل التالي :

- هل يحتفظ الفهم الشفهي في التراكيب النحوية المعقدة لحالة تعاني من حبسة الحركية؟

الفرضية العامة:

يختل الفهم الشفهي للتراكيب النحوية المعقدة عند المصاب بالحبسة الحركية.

الحبسة الحركية

تمهيد:

تُعدّ الحبسة الحركية أحد اضطرابات اللغة الناتجة عن إصابة في الفص الجبهي الأيسر من الدماغ، وهي المنطقة المسؤولة عن تخطيط الكلام وإنتاجه ويتميّز هذا النوع من الحبسة بصعوبة واضحة في التعبير الشفهي، حيث يكون الكلام محدودًا، غير طليق، وتغيب عنه العناصر النحوية الدقيقة، رغم أن المعنى العام قد يكون مفهومًا. وفي المقابل، يحتفظ المرضى عادة بفهم جيد للجمل البسيطة، لكنهم يُظهرون صعوبة في معالجة التراكيب النحوية المعقّدة، خاصة تلك التي تتطلب تحليلًا نحويًا أعمق. يُبرز هذا

الاضطراب العلاقة الوثيقة بين البنية النحوية للغة والبنية العصبية للدماغ، مما يجعله محورًا مهمًا في الدراسات الأرطوفونية واللسانية العصبية.

النبذة التاريخية:

في يوم 18 أفريل 1861، عرض الجراح الفرنسي بول بروكا على جمعية الأنثروبولوجيا بباريس حالة مريض يُدعى "لوبورني"، يبلغ من العمر 51 سنة، كان قد أقام لفترة طويلة في المؤسسة التي كان بروكا يعمل بها، حيث خضع لمتابعة طبية دامت حوالي عشرين سنة بسبب اضطراب لغوي حاد. فقد المريض القدرة على التعبير الشفهي، واقتصر كلامه على تكرار مقطع صوتي واحد هو "تان"، رغم أنّ قدرته على فهم اللغة كانت لا تزال قائمة إلى حدّ كبير.

من خلال التشريح الذي أجراه بعد وفاة المريض، اكتشف بروكا وجود إصابة على مستوى النصف الأيسر من الدماغ، وبالتحديد في التلفيف الجبهي الثالث. وقد اعتبر أن هذا الضرر هو السبب المباشر في فقدان القدرة على النطق، ما سمح له بتحديد منطقة معينة مسؤولة عن الوظيفة التعبيرية للغة، والتي ستُعرف لاحقًا بـ"باحة بروكا.

في سنة 1868، واصل بول بروكا أبحاثه التشريحية من خلال دراسة عدد من الحالات الإكلينيكية التي أظهرت خصائص مشابهة لتلك التي سجلها لدى المريض "لوبورني". ومن خلال هذه الملاحظات المتكررة، توصّل إلى نتيجة هامة مفادها أن القدرة على إنتاج اللغة المنطوقة ترتبط بشكل أساسي بسلامة الجزء الخلفي، أو الثلث الخلفي فقط، من التلفيف الجبهي الثالث في النصف الأيسر من الدماغ. هذا التحديد الدقيق عزّز من فرضية التخصّص الوظيفي، وأكّد أن الممارسة السليمة للوظيفة اللغوية التعبيرية تتطلب سلامة موضع تشريحي محدود ضمن الفص الجبهي الأيسر.
وفي سنة 1984، عاد الباحث "سيغنوريت" ومجموعة من زملائه إلى دراسة دماغ نفس المريض، مستخدمين تقنيات التصوير الطبي العصبي المتقدمة، وقد جاءت النتائج لتؤكد ما توصّل إليه بروكا سابقًا. حيث كشفت الصور عن وجود تلف يمتد إلى النواة المذنبة (noyau caudé) والجزء الأمامي من النواة العدسية(noyau lenticulaire). في المقابل، لم تسجّل أي إصابات في مناطق أخرى ذات علاقة بالفهم، كالتلفيف فوق الهامشي (gyrus supramarginal) وباحة فيرنيكي، مما يدعم الطرح الذي يفصل بين مناطق إنتاج اللغة ومناطق فهمها داخل الدماغ.

في سنة 1906، نشر الطبيب والعالم الفرنسي بيار ماري دراسة بعنوان "مراجعة لمسألة الحبسة"، قدّم من خلالها طرحًا نقديًا لمفهوم الحبسة الحركية كما وصفها بروكا. فقد أنكر أن يكون للتلفيف الجبهي الثالث في النصف الأيسر من الدماغ دور خاص ومباشر في الوظيفة اللغوية، معتبرًا أن ما يُعرف بحبسة الحركية لا يمثل كيانًا عياديا مستقلاً، بل هو نتيجة تراكبحبسة فيرنيكي واضطراب النطق الحركي المعروف بالأناثري(Anarthrie) .

وأشار بيار ماري إلى أن هذا الاضطراب الأخير ينجم عن إصابة على مستوى منطقة عميقة تُعرف بـ"الرباعي الرمادي"، وتشمل النوى القاعدية، وخاصة الأنوية الرمادية المركزية (noyaux gris centraux)، إضافة إلى المحفظة الداخلية (la capsule interne)، التي تلعب دورًا حاسمًا في تنظيم الحركات الإرادية، بما في ذلك الحركات النطقية.

في1908 مقابل الطرح الذي قدّمه بيار ماري، حافظ ديجيرين على وفائه للنموذج الذي اقترحه بروكا، ودافع عن فكرة التخصّص الموضعي لمناطق الدماغ في معالجة الوظائف اللغوية. ففي سنة 1892، وصف حالة عيادية تُظهر فقدان القدرة على القراءة (Alexie) دون أن تتأثر القدرة على الكتابة

(Agraphie)، وهو ما مثّل دليلاً إضافيًا على وجود فصل وظيفي بين آليات القراءة والكتابة داخل الدماغ.

وقد ساهم هذا الاكتشاف في دعم الرؤية الترابطية (Associationniste) للحبسة، والتي تقوم على أساس أن اللغة ليست وظيفة موحدة تُمارَس في موضع دماغي واحد، بل هي نتيجة لتكامل شبكات عصبية متخصصة، ترتبط فيما بينها عبر مسارات دقيقة، بحيث يمكن أن يؤدي تلف أحد هذه الروابط إلى نوع محدد من الاضطراب اللغوي دون المساس ببقية الوظائف.

رفض بيار ماري سنة 1910 فكرة التخصّص التشريحي، معتبراً أن حبسة حركية تعكس تدهورًا عامًا في الوظيفة العقلية. ومن زاوية مختلفة، ركّز غولدشتاين على فقدان "الموقف التصنيفي" في الحبسة، أي فقدان القدرة على تصنيف المفاهيم.

وفي سنة 1951، دمج أومبردان أفكار بياجيه حول السلوك الطفولي الطبيعي ضمن فهم الوظائف المعرفية واللغوية. ومع تطور علم الأعصاب.
ربط لوريا سنة 1966، وفوستر سنة 1997، بين الوظائف اللغوية والوظائف التنفيذية التي ينظّمها الفص الجبهي.
وفي عام 2006، قدّم كوشلِن وزملاؤه تصورًا لهرمية السلوك الإنساني المعقّد المرتبط بالبنى الجبهية.
وتواصلت الأبحاث في هذا المجال، حيث اقترحت فيدورينكو أن باحة بروكا تتضمن منطقتين فرعيتين تؤدي كلٌّ منهما وظيفة مميزة.
وأخيرًا، في سنة 2014، نشر هوغ دوفو دراسة يؤكد فيها أن "باحة بروكا ليست ببساطة باحة النطق"، مشددًا على ضرورة إعادة النظر في التصورات التقليدية حول موقع ووظيفة هذه المنطقة ضمن الشبكة الدماغية للغة.



(Mattew.H.Rouse ,2020,p236)

الشكل رقم (1) : يمثل النصف الكروي المخي الأيسر الخاص ب Leborgne

الحبسة الحركية :

تُعدّ الحبسة الحركية، من أبرز الاضطرابات اللغوية العصبية الناتجة عن إصابات دماغية، لاسيما في الفص الجبهي الأيسر. وقد تناول هذا الاضطراب عدد من الباحثين والعلماء من منطلقات مختلفة، نذكر منهم رومان جاكبسون، ألكسندر لوريا، وبيير ماري، كلٌّ منهم قدّم تصوره الخاص المبني على خلفيات لغوية، نفسية، وعصبية.

1. **الحبسة الحركية في منظور رومان جاكبسون (Roman Jakobson)**

انطلاقًا من تخصصه في علم اللغة البنيوي والوظيفي، صنّف جاكبسون الحبسات اللغوية إلى نوعين أساسيين:

- اضطرابات في وظيفة الانتقاء (sélection).

- اضطرابات في وظيفة التركيب أو الجمع (combinaison).

وقد ربط الحبسة الحركية مباشرة باضطراب في وظيفة الانتقاء، التي تسمح للمتكلم باختيار الكلمات المناسبة ضمن المعجم الذهني. ففي حالة الإصابة، يفقد الفرد القدرة على انتقاء الألفاظ المناسبة، مما يؤدي إلى بطء في الكلام، وفقر لغوي، مع الحفاظ الجزئي على الفهم.(Jakobson, R.1956)

2. **الحبسة الحركية عند ألكسندر لوريا (Alexander Luria)**

تبنّى لوريا منظورًا عصب-نفسيًا، حيث اعتبر الحبسات اضطرابات في الأنظمة الوظيفية العليا للدماغ. وقسّم الحبسة الحركية إلى نوعين رئيسيين:

- الحبسة الحركية الصادرة (efférente): مرتبطة بإصابة في منطقة Brodmann 44-45، أي منطقة التلفيف الجبهي الثالث.

- الحبسة الديناميكية (aphasie dynamique): وتحدث نتيجة إصابة الفص الجبهي الأمامي، وتُظهر عجزًا في المبادرة الخطابية. (Luria, A.R.1970)

3. الحبسة الحركية عند بيير ماري (Pierre Marie)

كان بيير ماري من أبرز معارضي التصور الكلاسيكي للحبسة كما قدمه بول بروكا. فقد أنكر وجود علاقة مباشرة بين تلف منطقة التلفيف الجبهي الثالث والحبسة الحركية، واعتبر أن ما وُصف بـحبسة الحركية هو في حقيقته اضطراب في الفهم اللغوي المعقد وليس مجرد اضطراب تعبيري.

وفقًا لماري، لا يمكن تفسير أعراض الحبسة الحركية على أنها فقدان للقدرة الحركية للنطق، بل هي نتيجة اضطراب على مستوى وظيفة لغوية أعمق.(Marie, 1906)

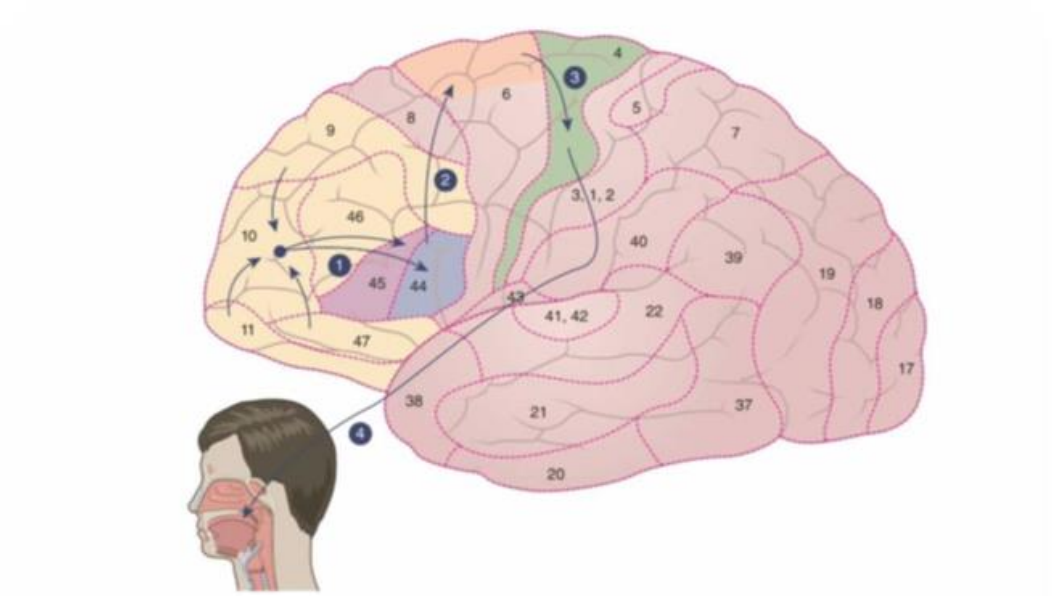
- يتضح أن الحبسة الحركية تفسر بطرق مختلفة بحسب المرجع النظري:
  - جاكبسون ركز على الوظائف اللغوية.

- لوريا دمج العوامل العصبية والنفسية.
- ماري تبنى مقاربة تحليلية تنفي وجود الحبسة كمظهر مستقل عن الفهم.

هذا التعدد في التفسير يبرز ضرورة التكامل بين المقاربات اللسانية والعصبية لتشخيص دقيق وتدخل علاجي فعال.

الموقع التشريحي للحبسة الحركية :

ترتبط الحبسة الحركية عادةً بإصابة في الجزء الخلفي من التلفيف الجبهي السفلي للفص الجبهي الأيسر، وتحديدًا في المنطقتين 44 و45 حسب تصنيف برودمان، وهو ما يُعرف بمنطقة التلفيف الجبهي الثالث. تتكوّن هذه المنطقة من جزأين وظيفيين رئيسيين: منطقة الغطاء(partie operculaire)، المسؤولة عن تنظيم التتابع الزمني اللازم لبناء التراكيب النحوية، والمنطقة المثلثية (partie triangulaire)، التي تساهم في تصنيف المعاني وتنظيم الفهم الدلالي. (Fedorenko, 2012)
من الجانب التشريحي، تحدث الإصابة غالبًا نتيجة سكتة دماغية انسدادية تمس الفرع العلوي من الشريان الدماغي الأوسط الأيسر، أو بسبب نزيف داخلي عميق. وتمتد الأضرار لتشمل القشرة الجبهية الجانبية، والمنطقة ما قبل المركزية، والمادة البيضاء تحت القشرية، وقد تصل أحيانًا إلى الفص الجداري. وتُشير الدراسات الحديثة إلى أن الحبسة الحركية لا تقتصر على إصابة منطقة بروكا فقط، بل تشمل شبكة أوسع من المناطق الجبهية، مما يدعم الفرضية التي ترى أن إنتاج اللغة عملية عصبية معقّدة تُدار من خلال شبكة مترابطة من المناطق الدماغية(Tate, 2014)
أما من الناحية الوظيفية، فقد مكّنت تقنيات التصوير العصبي الحديثة، كالتصوير بالإصدار البوزيتروني (TEP) والتصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي (IRMF) من توسيع فهمنا لآليات اللغة في الدماغ. حيث أظهرت أن منطقة التلفيف الجبهي الثالث تؤدي دورًا مهمًا في التخطيط المعرفي للكلام، إلى جانب دورها في تنفيذه الحركي. وبالتالي، فإن الحبسة الحركية تُعد ناتجة عن اضطراب في تفعيل شبكة لغوية معقدة تشمل مناطق قشرية وتحت قشرية تتفاعل فيما بينها بطريقة تكاملية.
(Mazoyer et al, Zhao et al, 1993)
من جهة أخرى، أشار(Gil 2010) إلى أن الإصابة لا تقتصر فقط على الجزء المثلثي (partie triangulaire) ومنطقة الغطاء (partie opercularis) من التلفيف الجبهي الثالث، بل تشمل كذلك المناطق القشرية المجاورة، كالفص الجزيري (insula)، وقد تمتد بشكل أعمق إلى المادة البيضاء، بما في ذلك الكبسولة الداخلية والخارجية (capsule interne et externe)، إضافة إلى الأنوية الرمادية المركزية (noyaux gris centraux)، مما يدل على الطبيعة المنتشرة والمعقّدة للإصابة العصبية المرتبطة بهذا النوع من الحبسات.



(the neural Basis of language, 2020, p267,)

الشكل 02: يمثل المناطق العصبية المسؤولة عن الإنتاج الشفهي للغة.

1) تنشأ الرغبة والأفكار للتواصل في القشرة الجبهية الأمامية وتُرسل إلى منطقة التلفيف الجبهي الثالث لتشفير اللغة وتخطيط/برمجة الكلام.
2) تنتقل منطقة بروكا إلى المنطقة الحركية الإضافية (أعلى المنطقة 6)، والتي تُنشط خطط الكلام.
3) تنقل المنطقة الحركية الإضافية الخطط النشطة الآن إلى القشرة الحركية الأولية.
4) ترسل القشرة الحركية الأولية الخطط إلى عضلات الكلام للتنفيذ.

أسباب الحبسة الحركية :

تُعد الحبسة الحركية اضطرابًا لغويًا ناتجًا عن إصابة في الدماغ تؤثر على القدرة على الإنتاج الكلامي، وغالبًا ما تكون نتيجة مباشرة لأسباب عضوية عصبية متنوعة. فيما يلي أبرز الأسباب العضوية الأساسية المرتبطة بهذا النوع من الحبسة:

الحوادث الوعائية الدماغية(AVC - Accidents Vasculaires Cérébraux) :

تُعتبر السكتات الدماغية من أبرز العوامل المؤدية إلى الإصابة بالحبسة، سواء عند البالغين أو الأطفال، إذ تؤدي إلى تلف في البنية العصبية نتيجة انقطاع أو اضطراب في التروية الدموية الدماغية، ما يُفضي إلى خلل في الوظائف اللغوية. وتنقسم هذه الحوادث إلى نوعين رئيسيين:

- **السكتة الانسدادية :(AVC Ischémique)** :

تمثل هذا النوع غالبية الإصابات الدماغية الوعائية، وتحدث نتيجة انسداد أحد الشرايين المغذية للمناطق المسؤولة عن اللغة في نصف الكرة المخية الأيسر، وخصوصًا الفرع السيلفي السطحي للشريان الدماغي الأوسط. وتُعد هذه الإصابة من الحالات التي تُظهر توافقًا واضحًا بين موضع الآفة والاضطراب الناتج عنها، وهو ما يتناسب منهجيًا مع طبيعة العينة محل الدراسة (Inserm,2017).

- **السكتة النزفية (AVC Hémorragique) :**

تنجم هذه الحالة عن تمزق أو انفجار أحد الأوعية الدموية داخل الدماغ، ما يؤدي إلى نزيف داخلي وتكوّن ورم دموي يمكن أن يضغط على المناطق المحيطة. ورغم أنها أقل شيوعًا من السكتات الإقفارية، فإنها قد

تكون سببًا في ظهور الحبسة الحركية، ليس بسبب إصابة مباشرة لمناطق اللغة، بل نتيجة التأثير غير المباشر للضغط الذي يحدثه النزيف على هذه البنى العصبية (Inserm,2017).

الأورام الدماغية (les tumeurs cérébrale) :

تُعد الأورام الدماغية من بين الأسباب المحتملة للحبسة الحركية، سواء كانت حميدة أو خبيثة. تنمو الأورام الحميدة ببطء ولا تنتشر إلى الأنسجة المحيطة، لكنها قد تسبب اضطرابات لغوية إذا ضغطت على المناطق المسؤولة عن اللغة، ويمكن غالبًا استئصالها جراحيًا مع احتمال منخفض لعودتها. أما الأورام الخبيثة، فهي تنمو بسرعة وتؤثر بشكل واسع على النسيج العصبي، خصوصًا إذا تمركزت في الفص الجبهي الأيسر أو قرب منطقة بروكا، وقد تظهر أعراض الحبسة بشكل تدريجي أو فجائي، حسب طبيعة الورم أو وجود وذمة أو نزيف داخلي. (Duffau,2008)

الصدمات الرأسية (Traumatismes crâniens) :

تعد الصدمات القحفية من الأسباب الشائعة للحبسة الحركية، وغالبًا ما تنجم عن حوادث سير أو سقوط أو إصابات عنيفة. تتميز هذه الإصابات بعدم نمطية تطورها العيادي، حيث تتغير الأعراض باستمرار، مما يجعل من الصعب تحديد نوع الحبسة بدقة. ويرتبط هذا التذبذب العرضي بطبيعة الضرر الدماغي، والذي قد يترافق مع كسور في الجمجمة أو تغيرات في الضغط داخل القحف. ونتيجة لذلك، تكون الأعراض اللغوية غير مستقرة وغير متوقعة. (L'Hermitte, 1989)

الأمراض التنكسية:(Maladies dégénératives)

تتميّز الأمراض التنكسية العصبية بالتدهور التدريجي للخلايا العصبية في مناطق محددة من الدماغ، مما يؤدي إلى اضطرابات في القدرات المعرفية، خصوصًا في الوظائف اللغوية، وقد تمتد لتشمل الذاكرة، الانتباه، والتفكير. ومن بين الأعراض اللغوية المرتبطة بهذه الأمراض، نجد الحبسة التقدمية الأولية بالنمط اللوغوبيني، التي تشبه الحبسة الحركية من حيث الصعوبة في الإنتاج اللغوي، غير أنّها تختلف عنها في كونها تدريجية ومستمرة التفاقم مع مرور الزمن، نظرًا لارتباطها بأمراض تنكسية مثل داء الزهايمر. (Tempini, 2011)

الأمراض المُعدية:(Maladies infectieuses)

تُعدّ الأمراض المعدية من الأسباب المحتملة لظهور اضطرابات لغوية، خصوصًا عندما تكون العدوى من أصل فيروسي أو بكتيري وتستهدف الفص الصدغي للدماغ. إذ قد تُسبّب هذه العدوى التهابيةً دماغيةً تُفضي إلى ظهور الحبسة، وغالبًا ما تكون مصحوبة بتورم دماغية وزيادة في الضغط داخل الجمجمة (إبراهيمي، 2012، ص 28)

الاضطرابات المصاحبة للحبسة الحركية:

تُظهر الدراسات العيادية أن نسبة معتبرة من مرضى الحبسة الحركية يعانون من اضطرابات عصبية مصاحبة تؤثر سلبًا على قدراتهم الوظيفية والتواصلية. إذ يُسجَّل لدى حوالي 80% من الحالات شلل نصفي أو شلل في الوجه والذراع من النوع الحسي الحركي (hémiparésie brachio-faciale sensitivomotrice)، بالإضافة إلى وجود أبراكسيا فكرية-حركية (apraxie idéomotrice) تؤثر على اليد اليسرى، ما يعكس تورط نصف الكرة المخية المسيطرة في أنشطة التخطيط الحركي.

أما على مستوى الأداء الوجهي، فتُبيّن المعطيات أن ما يقارب 90% من المرضى يعانون من أبراكسيا فموية وجهية (apraxie bucco-faciale)، ما يُعيق إلى حد كبير القدرة على التعبير الشفهي السليم، حتى في غياب اضطرابات لغوية صرف.

ومن الجانب النفسي، فإن وعي المرضى بإعاقتهم التواصلية و فشلهم المتكرر في إقامة علاقات لغوية فعالة مع محيطهم الاجتماعي يؤدي في كثير من الأحيان إلى ظهور مشاعر الإحباط والانسحاب وحتى الاكتئاب. هذه التفاعلات النفسية لا ينبغي إغفالها، إذ تُعد عاملاً مؤثّرًا في تفسير أداء المرضى أثناء الاختبارات، كما تُسهم في توجيه الخطة العلاجية وتحديد أهدافها (Viader, 2002)

سيميولوجيةالحبسة الحركية :

1.اضطرابات الإنتاج الشفهي :

تقليل التدفق اللفظي :يعد نقص الكلمة (anomie) من السمات البارزة في الحبسة الحركية، حيث يواجه المريض صعوبة في استدعاء الكلمات المناسبة خلال التفاعل اللغوي، سواء في المحادثة أو التسمية أو سرد القصص. يتجلى هذا الاضطراب في البداية بصمت أولي أو انخفاض في عدد الكلمات المنتجة، مع وجود انقطاعات وترددات أثناء الكلام، مما يؤدي إلى قلة الكلام.(Chomel, 2010)

تشمل الصور النمطية (***stéréotypies***) تكرارًا غير إرادي لمقاطع أو كلمات أو عبارات، والتي قد تكون ذات معنى أو غير ذات معنى، وتظهر بشكل متكرر عند محاولة التحدث. على سبيل المثال، قد يكرر مريض بحبسة بروكا مقطعًا لفظيًا واحدًا بلا معنى مثل : تان (Chomel, 2010)
الخرس (mutisme) وتعليق اللغة (suspension du langage) يمثلان المرحلة النهائية من تقليل التدفق اللفظي، حيث يفقد المريض القدرة على إنتاج أصوات الكلام، مما يشير إلى شدة الحالة (Chomel, 2010).

2. اضطرابات الإنتاج الدلالي والمعجمي :

تُعد البارافازيا اللفظية الدلالية (paraphasie verbale sémantique) من أبرز الاضطرابات في المستوى المعجمي الدلالي، حيث يُنتج المريض كلمة خاطئة لكنها ترتبط دلاليًا بالكلمة المستهدفة، مثل استبدال "منفضة السجائر" بـ "أنبوب" أو "أسد" بـ "حيوان. (Mazaux, 2007)

في حالات أخرى، قد يُنتج المريض كلمات لا علاقة لها دلاليًا أو شكليًا بالكلمة المستهدفة، مثل قول "كمثرى" بدلاً من "قارب". وقد يلجأ المريض إلى الإطناب أو تقديم تعريفات غامضة أو استخدام مصطلحات عامة مثل "شيء" أو "حاجة"، أو حتى استخدام الإيماءات كوسيلة تعويضية للتواصل.(Mazaux, 2007)

3. اضطرابات الإنتاج الصوتي :

تتضمن اضطرابات الإنتاج الصوتي البارافازيا الفونيمية (paraphasie phonémique)، حيث تحدث تبديلات صوتية نتيجة خلل في اختيار أو تركيب الفونيمات، مع الحفاظ على البنية المقطعية للكلمة.(Nespoulous, Valdois, 1999)

وفقًا لنظرية الأصوات التوليدية متعددة الخطوط، تُنظم التمثيلات الصوتية في مستويات مستقلة تتكون من تسلسلات خطية من وحدات التجزئة، مع الحفاظ على المستوى الهيكلي. تظهر الأخطاء كبدائل صوتية لا تغير البنية المقطعية، مما يجعل من الصعب تمييزها عن اضطرابات المفاصل.

(Mazaux, 2003)

عندما تتجاوز البدائل الصوتية 50% من البنية الصوتية للكلمة، يُصبح من الصعب التعرف على الكلمة الأصلية، ويُشار إلى هذا الإنتاج بمصطلح جديد. (Lebrun.Y, 1995)

4. الاضطرابات الصوتية في الإنتاج الشفهي :

ترتبط الاضطرابات الصوتية في الإنتاج الشفهي بالحبسة الحركية، حيث يُفسر هذا الاضطراب على أنه خلل في النطق اللغوي العصبي، مرتبط بإدراك السمات الصوتية التي تشكل الفونيمات.

(Lecours, 1979)

تشمل التحولات الصوتية ظواهر مثل الترقب، المثابرة، التبديل، الإغفالات، والتحسس المفصلي. اعتمادًا على درجة الخطورة، قد يُنتج المريض فونيمات لا تنتمي إلى سجل اللغة الأصلي.

(Chomel al, 2010)

تتوافق متلازمة التفكك الصوتي (désintégration phonétique) مع تدمير الكلام، وتحتوي على ثلاثة مكونات: مكون باريتي (ضعف العضلات الصوتية الفموية)، مكون خلل التوتر (اضطراب في إدراك السمات الصوتية)، ومكون لا عملي (استحالة أداء إيماءات الوجه والفم اللازمة لإنتاج الكلام.

(Pichot.P, 1973)

5. الاضطرابات النحوية:

تُعد اضطرابات التوافقيات النحوية في إنتاج اللغة من السمات السيميولوجية للحبسة التي وصفها بول بروكا عام 1865. يظهر اضطراب النحو على شكل تدفق بطيء، انخفاض في المفردات، تبسيط الهياكل النحوية، إيجاز الجمل، والميل نحو التجاور، مع الحذف والاستبدالات المتعلقة بالمونيمات النحوية. (Lhermitte, 1979)

قد يكون خلل التركيب نتيجة اختيارات خاطئة للفئات والمقاطع النحوية، أو التحويلات المعجمية، دون فقدان النمط العام للجملة، مثل استبدال الاسم بظرف أو أخطاء في الجنس، العدد، حروف الجر، و أزمنة الفعل. (Mazaux, 2007)

6. اضطرابات الاستقبال والفهم الشفهي:

مشاكل في الفهم النحوي: وفقًا (Nespoulous, 1997)، يعاني مرضى حبسة الحركية من اضطراب في فهم الجمل، خاصة عندما تكون الخصائص النحوية ضرورية للتوصل إلى تفسير صحيح، تزداد صعوبات الفهم مع تعقيد البنية النحوية للجملة.

7. اضطرابات التعبير الكتابي :

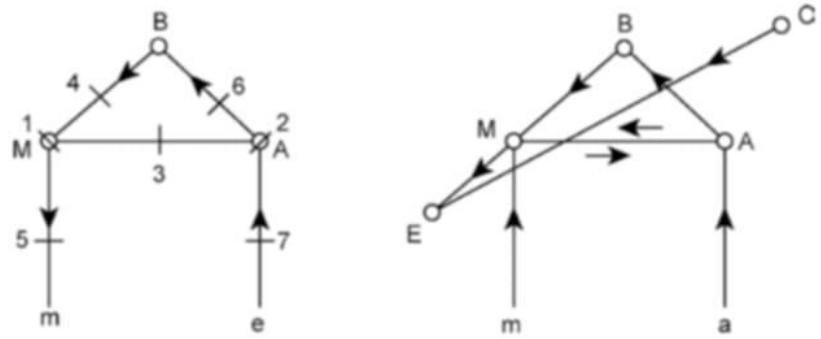
يمكن أن يكون التعبير الكتابي غائبًا تمامًا أو صعب الاستكشاف بسبب الشلل النصفي. عندما يكون ممكنًا، تُلاحظ اضطرابات مشابهة لاضطرابات اللغة الشفهية، مثل تبسيط القواعد النحوية وخلل التركيب. قد تظهر أيضًا صعوبات تنظيمية مثل تعسر الكتابة، التصوير المجهري، أو التصوير الماكروغرافي.

8. اضطرابات الفهم الكتابي :

تواجه القراءة صعوبات مشابهة لتلك الموجودة في الفهم الشفهي. تتعلق العاهات المركزية بالانحرافات في مهام القراءة بصوت عالٍ والفهم المعجمي أو النحوي، مع تعديلات في النموذج المعجمي وإجراءات التجميع والفهم.

النماذج المفسرة لحبسة بروكا:

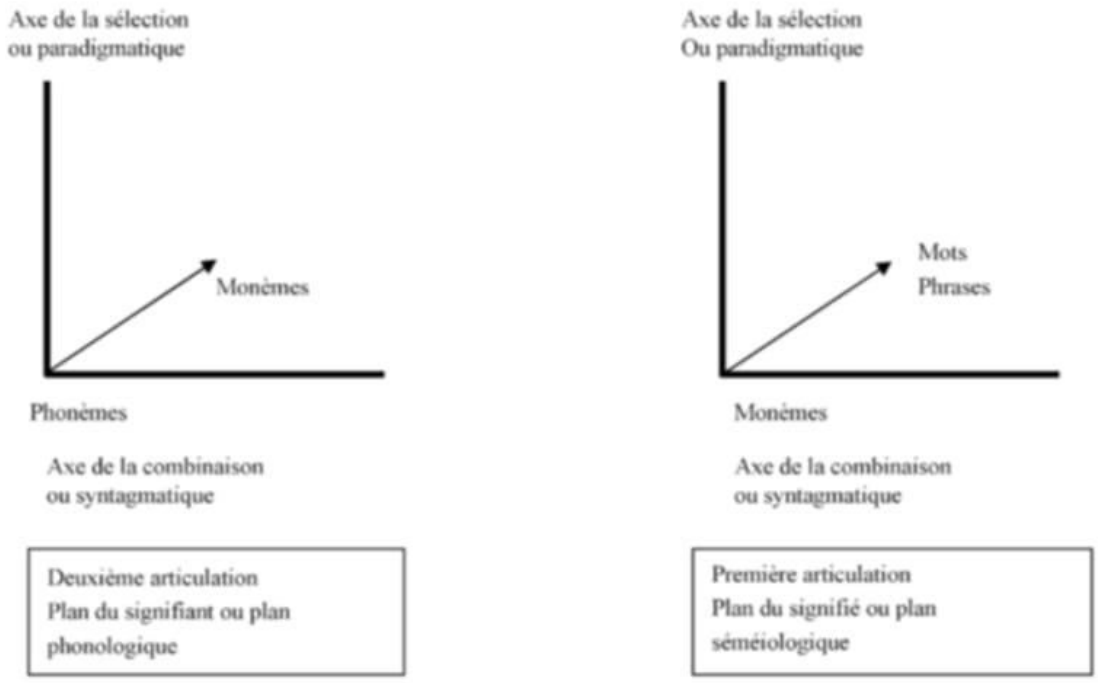
مخطط رقم (01) ليشتايم: le schéma de la maison 1885



(F,Viader, la classification des aphasie,2015)

تمثل مراكز الحروف الاتينية مختلف المناطق العصبية بحيث:

A المركز السمعي اللفظي
M المركز الحركي للغة
B مركز المعالجة الفكرية
C مركز التمثيلات البصرية
E مركز تعصيب الأعضاء المسؤولة عن الكتابة
وتمثل المسارات بين هذه النقاط الاتصال مابين المراكز العصبية.
ويوضح كذلك النموذج مختلف الاصابات التي يمكن أن يحدث فعلى سبيل المثال :
عندما يتم قطع المسار BMAB تحدث حُبسة كلامية (بارافازيا) وحُبسة كتابية (باراغرافيا).
1 حبسة بروكا
2 حبسة فيرنيكي
3 حبسة توصيلية
4 حبسة حسية عبر القشرة المخية
5 TCM الذاكرة العاملة القشرية
6 صمم قشري
نموذج رقم (03): للتقطيع المزدوج لمارتينيه: **(1967)** مقترحًا محورين لترتيب الوحدات اللغوية: محور الانتقاء (paradigmatique)، ومحور التركيب (syntagmatique)



(d'après R,Gil,Abrégé de neuropsychologie,2006)

الشكل 1.2 : نموذج التقطيع المزدوج للغة ونمطي الترتيب.

(وفقًا لـ ر. جيل، ملخص علم النفس العصبي، 2006)

يمثل الشكل أعلاه منحنيين جاء بها أندريه مارتينه ليشرح مبدأ يدعى بالتقطيع المزدوج (double articulation) ويتمثل في منحنى به محورين، المحور العمودي يمثل إنتقاء الوحدات اللغوية التي تكون ذات مستوى أدنى، والمحور الأفقي يمثل ترتيب هذه الوحدات كي تشكل وحدات لغوية ذات مستوى أعلى.

خلاصة:

يمكننا استخلاص أن الحبسة الحركية هي اضطراب مكتسب، يربط بين إصابة القسم الخارجي للفصوص الأمامية وفقدان الكلام لنصف الكرة المخية الأيسر، والذي تظهر أعراضها على شكل ضعف التعبير الشفهي، الخرس، القولبية، وكذا اضطرابات نطقية وتعبيرية وبمعنى آخر تتأثر جميع قدرات الاتصال .

الفهم الشفهي للتراكيب النحوية المعقدة

تمهيد:

يعد الفهم الشفهي إحدى العمليات المعرفية الأساسية في عملية التواصل، لاسيما في ما يتعلق باللغة المنطوقة.

فهو يُمثل أحد قطبي العملية التواصلية، إلى جانب الإرسال، ويعكس قدرة الفرد على استقبال الرسائل اللغوية وفهمها ضمن سياقها. ويُبنى الإرسال اللغوي تدريجيًا، انطلاقًا من الحروف، مرورًا بالكلمات، وصولًا إلى الجمل، التي تُعد الوحدة الأساسية للتواصل، نظرًا لقدرتها على نقل المعنى الكامل.

من هذا المنطلق، يُشكّل كل من الإنتاج والفهم السليمين للجملة الأساس الذي يقوم عليه تواصل فعال وهادف.
ونظرًا لأن الكلمات، رغم كونها تحمل معاني، لا تُضاهي في قدرتها على نقل الدلالة الكاملة ما تحققه الجمل، فقد ركزت الدراسات اللغوية والسيميولوجيا على الجملة باعتبارها الوحدة الحاملة للمعنى الكامل في الخطاب الإنساني.

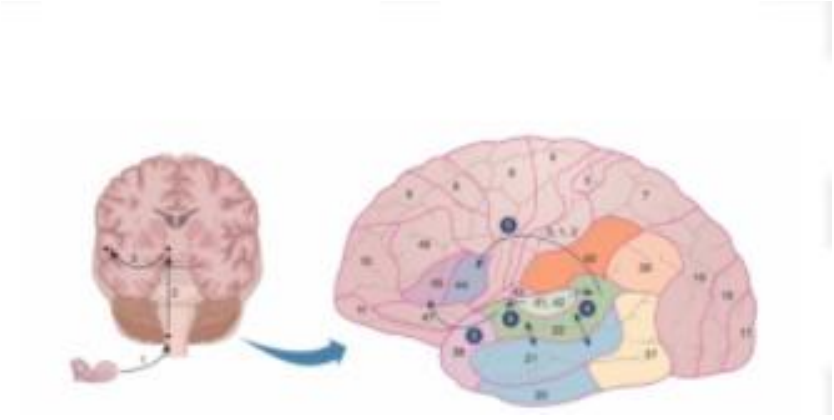
وعليه، فإن دراسة الفهم الشفهي لا يمكن أن تُعزل عن تحليل خصائص الجملة وسيرورات فهمها، بوصفها المفتاح لفهم الخطاب والرسائل اللغوية التي يبنيها الإنسان في تفاعله مع الآخرين.

تعريف فهم التراكيب النحوية:

هي الجمل تتكوّن من أكثر من فكرة نحوية مترابطة، وتشمل الجمل التي تحتوي على جملة رئيسية وأخرى تابعة، مثل الجمل الزمنية، الشرطية، أو السببية. وفقًا لما يورده القاموس الأرطوفوني، يُقصد بها البُنى التي تتطلّب تنسيقًا بين عناصر متعددة داخل الجملة، من خلال أدوات ربط مثل "لأن"، "حين"، "إذا"، ما يجعلها أكثر تعقيدًا من الجمل البسيطة من حيث البنية، لا من حيث المفردات. هذا النوع من التراكيب يشكّل صعوبة خاصة لدى الأشخاص المصابين باضطرابات لغوية، حيث يكون فهم العلاقات النحوية بين مكونات الجملة محدودًا أو متأثرًا. (courrier,lederlé,masy, 2011)

الجانب التشريحي لوظيفة فهم التراكيب النحوية :

أثبتت الدراسات العصبية الحديثة وجود تمايز وظيفي واضح بين نصفي الكرة المخية، حيث يتميز النصف الأيسر بدور محوري في معالجة اللغة وفهمها وإنتاجها.
فهذا النصف مسؤول عن التحليل المنطقي للمعلومات، ويتضمن مناطق عصبية متخصصة في الإيقاع والتنظيم الزمني للكلام.
وتُعد منطقة فرنيكي، الواقعة في الفص الصدغي الأيسر، مركزًا لفهم اللغة المسموعة، وهي ترتبط عبر ألياف عصبية (مثل الحزمة المقوسة) بمنطقة التلفيف الجبهي الثالث في الفص الجبهي.
يقع مركز الكلمات المسموعة في الجوار القريب للقشرة السمعية، بينما يقع مركز إنتاج الكلام بالقرب من القشرة الحركية.
وبما أن اللغة المنطوقة تتطلب التكامل بين هاتين المنطقتين، فإن تلف منطقة فرنيكي يؤدي إلى فقدان القدرة على فهم الكلمات، رغم سلامة القدرة السمعية، في حين أن تلف منطقة بروكا يتسبب اضطرابًا في التعبير اللفظي رغم احتفاظ الفرد بقدرة سليمة على الفهم.



(the neural Basis of language, 2020, p261)

الشكل 05 : يمثل المناطق العصبية المسؤولة عن الفهم السمعي للغة.

1 تُحوّل الأذن الطاقة الصوتية إلى طاقة كهروكيميائية وتنقلها إلى المجمع النووي القوقعي (CNC) في جذع الدماغ عبر العصب القحفي الثامن.

2 يرسل المجمع النووي القوقعي (CNC) هذه المعلومات إلى المهاد.

3 ينقل المهاد المعلومات إلى القشرة السمعية الأولية (PAC) لمعالجة الإشارات.

4 تُوجّه القشرة السمعية الأولية (PAC) مساراتها إلى منطقة فيرنيك والمناطق الصدغية الأخرى لارتباط المعنى.

5 تُسقط منطقة فيرنيك إلى منطقة التلفيف الجبهي الثالث للمعالجة النحوية عالية المستوى

الجوانب التشريحية لعملية فهم التراكيب النحوية:
ترتبط هذه الاضطرابات النحوية بإصابات في البنى الدماغية المسؤولة عن التخطيط اللغوي والتكامل بين الوظائف المعرفية واللغوية، ومن أهمها:
• المنطقة الجبهية السفلية اليسرى (منطقة بروكا): وهي مسؤولة عن التخطيط النحوي والتحكم في الإنتاج اللغوي والتسلسل التركيبي للجمل.
• القشرة الحزامية الأمامية والجزء الخلفي من التلفيف الجبهي الأوسط: تشارك في التكامل بين المعالجة النحوية والدلالية وفي الانتقال بين الوحدات اللغوية.

مستويات الفهم الشفهي والتراكيب النحوية المعقدة:
يقصد بالفهم الشفهي قدرة الفرد على إدراك واستيعاب ما يُقال له شفهياً، وهي عملية معقدة تتطلب تكاملًا بين المعالجة الصوتية، والتحليل النحوي، والاستدلال الدلالي. ويمكن تصنيف الفهم الشفهي إلى خمس مستويات متدرجة من البسيط إلى المعقد:

1. الفهم الحرفي:
وهو المستوى الأول و الأبسط، ويتمثل في فهم المعنى الظاهر للكلمات والجمل دون الحاجة إلى تأويل أو استنتاج.
مثال: عند سماع جملة: "الولد يشرب الحليب"، يدرك السامع أن الفعل هو الشرب والفاعل هو الولد.
يرتبط هذا المستوى بالتعرف على المفردات، وتحديد الفاعل والمفعول، وفهم الجمل البسيطة المباشرة.
وقد تناول (Kintsch, 1998) و(2003 ,الزغول), هذا المستوى في إطار نظريات المعالجة المعرفية.

2. الفهم التحليلي:
في هذا المستوى، يفكك المتلقي الجمل المعقدة نحويًا، ويفهم العلاقات السببية أو الشرطية أو الزمنية.
مثال: "إذا أغلقت النافذة، سينام الطفل" — تتطلب فهم العلاقة الشرطية بين الحدثين.
يرتبط هذا المستوى بقدرة الفرد على تتبع العناصر النحوية المتباعدة وربطها دلاليًا.
وقد ركزت (Badr, 2015) (Caplan, 1992) هذا الجانب في تقييم فهم الجمل المركبة عند مرضى الحبسة.

3. الفهم الاستنتاجي:
يتطلب هذا المستوى استخلاص معانٍ غير مصرح بها صراحة في الخطاب، بالاعتماد على القرائن وسياق الكلام.

مثال: إذا قيل "خرج الطفل يحمل مظلة"، يمكن استنتاج أن الجو ماطر.
ويعد هذا المستوى أكثر تعقيدًا، ويعتمد على الدمج بين المعرفة السابقة والسياق.
وقد تطرقت اليه(Brookshire, 2011) في إطار دراسات تقييم الفهم السمعي المتقدم.

4. الفهم النقدي:
يتضمن هذا المستوى الحكم على منطق الخطاب وصدقيته ومدى تحيزه.
مثال: "هذا المرشح هو الأفضل لأنه غني" — على المستمع أن يقيم المنطق هنا ويفصل بين الواقع والرأي.
يرتبط هذا المستوى بالقدرة على تقييم الحجج وتحليل البنية الحجاجية، ويظهر عند البالغين الأسوياء بشكل أكبر من المصابين بالحبسات.
ناقشه (منصور، 2000)ضمن أطار تعليم التفكير الناقد واللغة.

5. الفهم التقديري أو العاطفي:
يتعلق بتقدير النبرة الصوتية، والمشاعر، واللغة الجمالية، مثل التهكم أو المزاح أو الحزن.
مثال: فهم أن المتحدث ساخر، حتى دون أن يصرّح بذلك.
هذا النوع من الفهم يعتمد على مهارات فوق لغوية مثل إدراك النغمة والسياق العاطفي للكلام.
تناوله (Snow, 1993) و(2003 ,الزغول) في أبحاثهم حول التفاعل اللغوي والانفعالي في اللغة المنطوقة.

6. فهم التراكيب النحوية البسيطة:
يتمثل في القدرة على استيعاب الجمل القصيرة والواضحة التي تتبع ترتيبًا نحويًا مباشرًا، كأن تكون في شكل: فاعل + فعل + مفعول به، دون احتوائها على تراكيب نحوية مركّبة أو تضمينات. من الأمثلة على هذا النوع من الجمل: "الطفل يأكل التفاحة"، أو "اغلق النافذة".
لا يتطلب هذا المستوى من الفهم تحليلًا تركيبًا دقيقًا أو موارد معرفية كبيرة، مما يفسر احتفاظ عدد من مرضى حبسة حركية بقدرة جيدة على معالجته رغم اضطراب الإنتاج الكلامي لديهم.(سليماني، 2021)

7. فهم التراكيب النحوية المعقّدة:
أما هذا النوع، فيشمل الجمل التي تحتوي على تراكيب نحوية متداخلة، مثل الجمل الموصولة ("الرجل الذي سقط")، الشرطية ("إذا خرجت، تمطر")، أو المبنية للمجهول ("ضُرب الولد من طرف المعلم").
تتطلّب هذه الجمل قدرًا أكبر من التحليل البنيوي واستخدام الذاكرة العاملة لربط عناصر الجملة ببعضها البعض.
وقد بينت الأبحاث أن هذه المهارات غالبًا ما تكون متأثرة لدى المصابين بحبسة حركية، ما يجعل هذا النوع من الفهم أكثر صعوبة بالنسبة لهم(Grodzinsky, 2000).

النظريات المفسرة لاضطراب صعوبة فهم التراكيب النحوية:

- تُعَدّ فرضية "اضمحلال الآثار" التي اقترحها (Grodzinsky, 1990):

من أبرز المحاولات لتفسير الصعوبات النحوية لدى المصابين بحبسة بروكا، خاصة فيما يتعلّق بفهم الجمل المعقّدة التي تتضمن تحريكًا نحويًا. وفقًا للنحو التحويلي، عند تحريك عنصر نحوي كالمفعول به من موقعه الأصلي إلى بداية الجملة، يظل في مكانه الأصلي "أثر" غير منطوق يُساعد على ربط هذا العنصر بموقعه الأول، ما يُسهّل فهم البنية النحوية الصحيحة. غير أن مرضى حبسة الحركية، حسب هذه الفرضية، يعجزون عن إدراك هذا الأثر، وكأنّه مفقود أو غير مفعّل، مما يعيق قدرتهم على تتبّع العلاقات البنيوية داخل الجملة. وكنتيجة لذلك، يعتمدون في فهمهم على الترتيب السطحي للكلمات دون مراعاة

التحريك، فيُسندون الأدوار النحوية اعتمادًا على القرب المكاني، لا على الوظائف النحوية الفعلية. فعلى سبيل المثال، في الجملة: "البنت التي ضربها الولد كانت تبكي"، يتطلب فهم العلاقة بين "البنت" و"ضربها" إدراك أن "البنت" هي المفعول به رغم وقوعها في بداية الجملة. لكن المريض قد يُخطئ في التفسير ويفهم أن "البنت" هي التي قامت بالضرب، نتيجة غياب الأثر الذي يربطها بموقعها الأصلي كمفعول به. ورغم أن هذه الفرضية توفّر تفسيرًا لبعض أنماط القصور في الفهم النحوي، إلا أن تباين الأداء بين المرضى، وعدم ظهور هذه الصعوبات في جميع أنواع الجمل المحرّكة، يُضعف من صلاحيتها كتفسير شامل لمشكل الفهم النحوي في حبسة الحركية.

- أبرزت ماري-كلود لوبوت (1993):

من خلال دراستها وجود اضطراب نحوي دقيق لدى المصابين بحبسة بروكا، يتمثّل في صعوبة فهم التراكيب المكانية المرتبطة بحروف الجر. ورغم قدرتهم على التعرّف على الكلمات المفردة، فإنهم يُخطئون عند محاولة ربط العناصر ببعضها داخل الجملة، خصوصًا حين تتضمّن الجملة اسمين. فقد بيّنت نتائج اختبارها المعدّل أنّ المرضى يميلون إلى اختيار حرف الجر وفقًا للاسم الأقرب، وليس استنادًا إلى البنية التركيبية. فعلى سبيل المثال، عند تقديم جملة ناقصة مثل: "القط ... الكرسي" مع صورة تُظهر القط فوق الكرسي، كان المرضى يُكملونها غالبًا بشكل معكوس بقولهم: "القط تحت الكرسي"، ما يدل على اضطراب في إدراك العلاقات النحوية رغم وضوح العناصر المعجمية. وقد خلصت لوبوت إلى أن هذا الخلل لا يقتصر على حروف الجر، بل يعكس اضطرابًا أعمق في التمثيل البنيوي للنحو، يؤثر على قدرة المريض على معالجة التراكيب المعقّدة، حتى عندما تكون المفردات مألوفة وسياق الجملة واضحًا.

- تصور النظريات الإجرائية لاضطراب صعوبة فهم التركيب:

وفقًا للنظريات الإجرائية، فإن صعوبة الفهم النحوي لدى المصابين بالحبسة الحركية لا تعود فقط إلى اضطراب في البنية النحوية، بل إلى خلل أوسع في القدرة على معالجة المؤشرات اللغوية المتعددة التي تُسهم في فهم معنى الجملة. هؤلاء المرضى يميلون إلى الاعتماد على مؤشر واحد فقط – غالبًا التوافق الصرفي – بينما يُهملون مؤشرات أخرى مثل ترتيب الكلمات، الدلالة، السياق، والنبرة.
لنأخذ المثال التالي: "الولد تدفعه الصخور".
الجملة تحتوي على فاعل حقيقي وهو "الصخور" (جمع مؤنث)، ومفعول به هو "الولد".
– الفعل "تدفعه" يتطابق صرفيًا مع "الصخور" من حيث الجمع والتأنيث،
– الضمير "ـه" في "تدفعه" يشير إلى "الولد"، أي أن الصخور هي التي تقوم بالفعل.

عند تقديم هذه الجملة لمريض مصاب بحبسة حركية، مرفقة بصورتين:

1صورة لصخور تسقط على ولد (مطابقة للمعنى الصحيح للجملة)
2صورة لولد يدفع الصخور (خاطئة من حيث المعنى)

قد يختار المريض الصورة الثانية (الخاطئة)، لأنه يقرأ الجملة اعتمادًا على ترتيب الكلمات، حيث يأتي "الولد" أولًا، فيفترض آليًا أنه هو الفاعل، متجاهلًا باقي المؤشرات (كضمير المفعول "ـه" وتوافق الفعل مع "الصخور"). هذا السلوك يعكس قصورًا في دمج المؤشرات المتعددة اللازمة للفهم الدقيق، ويُظهر أن المرضى يُثبتون الأدوار النحوية اعتمادًا على الشكل الظاهري للجملة فقط، وليس على العلاقات العميقة بين مكوناتها.

هذا المثال يُجسّد جوهر ما تطرحه النظريات الإجرائية: الفهم اللغوي ليس عملية نحوية خالصة، بل نشاط معرفي معقّد يعتمد على تكامل مجموعة من العلامات. وعندما تُصاب بعض هذه المؤشرات بالضعف – كما في حالة مرضى حبسة بروكا – يحدث خلل في الفهم، حتى لو كانت القواعد النحوية محفوظة جزئيًا.

- نظرية "اضطراب زمن التنشيط" (في إطار نظرية المصادر المعرفية) :

تُرجع نظرية "اضطراب زمن التنشيط" صعوبة الفهم النحوي لدى المصابين بحبسة حركية إلى خلل في توقيت معالجة المعلومات النحوية، وليس إلى فقدان القواعد نفسها. فقد يعاني المريض إما من بطء في تنشيط المعطيات التركيبية أو من انهيار سريع لها قبل دمجها في المعنى. هذه الاضطرابات تؤثر على ربط مكونات الجملة، خاصةً عندما تتطلب الجملة الاحتفاظ بعلاقات نحوية عبر الزمن. وتشير الدراسات إلى تباين بين المرضى، مما يُضعف فرضية وجود نمط واحد من الاضطراب، ويؤكد أن المشكل يكمن في دينامية المعالجة الزمنية للبنية النحوية، لا في البنية اللغوية ذاتها.

- نظرية الاشتقاق الخاصة بالتعقيد :

تُرجع نظرية الاشتقاق الخاصة بالتعقيد صعوبات الفهم النحوي، خصوصًا لدى مرضى حبسة الحركية ، إلى عدد التحويلات النحوية التي خضعت لها الجملة في بنيتها السطحية. فكلما زاد عدد التحويلات مثل (التقديم، أو التضمين في جمل موصولة أو استفهامية)، ازدادت صعوبة استرجاع البنية الأصلية للجملة، ما يعرقل الفهم. فعلى سبيل المثال، الجملة: "الصبي الذي دفعتْه الفتاة بكى" تتطلب من المستمع أن يُعيد بناء العلاقة بين "الصبي" و"دُفِع"، رغم أن "الفتاة" هي الفاعل الحقيقي للفعل الثاني، وهذا يزيد من التعقيد التركيبي. لكن هذه النظرية وُجهت بانتقادات، أبرزها من "سلوبين"، الذي أكّد أن الفهم ليس مؤجّلًا إلى ما بعد معالجة الجملة كاملة، بل يتم تدريجيًا منذ الكلمات الأولى، اعتمادًا على تفاعل بين المعنى، البنية، والسياق. لذا، لا يُمكن تفسير اضطرابات الفهم النحوي فقط من خلال عدد التحويلات، لأن الفهم يتأثر أيضًا بكيفية معالجة الجملة لحظيًا وبالتوازي مع مؤشرات متعددة، وهو ما يجعل من نظرية الاشتقاق تفسيرًا جزئيًا فقط لهذه الصعوبات.

خصائص وأثر الحبسة الحركية على فهم التراكيب النحوية المعقدة :

رغم أن هذا النوع من الحبسة يرتبط أساسًا بضعف في إنتاج الكلام، إلا أن الدراسات الحديثة أظهرت أن الفهم اللغوي يتأثر بدوره، خاصة عند معالجة التراكيب النحوية المعقدة. إذ يُظهر المصابون بهذا الاضطراب قدرة جيدة على فهم الكلمات المفردة والجمل القصيرة والبسيطة، إلا أنهم يواجهون صعوبة واضحة في فهم الجمل التي تتضمن بنى نحوية مركبة أو غير خطية، مثل الجمل الشرطية والسببية والنسبية. وتشير الأبحاث إلى أن نسبة فهمهم لهذه التراكيب قد تنخفض بـ 40 إلى 60% مقارنة بالأشخاص السليمين (Caramazza, 1976). ويرتبط هذا الخلل غالبًا بضعف القدرة على تتبع العلاقات النحوية بين العناصر المتباعدة داخل الجملة. كما يجد المرضى صعوبة في التعامل مع الجمل غير المألوفة، مثل المبني للمجهول أو الأسئلة المنفية، والتي تتطلب معالجة عقلية أكثر تعقيدًا وإعادة تنظيم للبنية اللغوية. ونتيجة لذلك، يعتمد كثير من المرضى على المعنى العام أو السياق الدلالي لفهم الجمل، ما يؤدي أحيانًا إلى تأويلات خاطئة، خاصة عند مواجهة جمل غامضة أو ذات معنى مقلوب. وتُبرز هذه الصعوبات أن الحبسة الحركية لا تقتصر فقط على الإنتاج، بل تؤثر كذلك في فهم البنية النحوية، وهو ما يدعو إلى مراجعة التصنيفات التقليدية التي تفصل بصرامة بين الفهم والإنتاج في النماذج اللغوية العصبية.

خلاصة:

وفي الأخير تطرقنا في هذا الفصل إلى كل ما يخص الفهم الشفهي ومنه نستنتج أنه ضروري لعملية التواصل وأي مشكلة فيه تؤدي إلى خلل في جوانب مختلفة من حياة الشخص فهو مرتبط بالعمليات المعرفية التي تتجرد فيها المفاهيم من السياقات المختلفة.

ثالثا: المناهج والأدوات

تمهيد:

يتناول هذا الفصل الإجراءات المنهجية المعتمدة في الدراسة الميدانية، وذلك من خلال عرض مفصل لكل من الدراسة الأولية والدراسة الأساسية.
حيث يتم أولًا توضيح أهداف الدراسة الأولية، ثم تحديد الإطارين الزمني والمكاني الذي أُنجزت فيه هذه الدراسة. كما يتم تقديم وصف دقيق للعينة التي خضعت للدراسة الأولية، إلى جانب تحديد الأدوات المعتمدة في جمع البيانات وتحليلها.

وبعد ذلك، يتم استعراض **المنهج الوصفي** المعتمد في الدراسة، مع تقديم شرح مفصل لكل أداة من أدوات القياس التي تم استخدامها، وتوضيح مدى صلاحيتها وثباتها من خلال فحص خصائصها السيكومترية (الصدق والثبات).
كل ذلك يهدف إلى ضمان موثوقية النتائج، وتوفير إطار علمي رصين لتحليل المعطيات المرتبطة بموضوع البحث.

الدراسة الأولية:

تعتبر الدراسة الأولية خطوة أساسية ينطلق منها كل باحث قبل الاستقرار على خطة البحث لمعرفة إمكانيات التنفيذ واختبار سلامة الأدوات المستخدمة في البحث والحصول على عدد أكبر من المعلومات المتعلقة بمختلف جوانب الدراسة يمكن اعتبار هذه الدراسة كنموذج مصغر للبحث، حيث تهدف إلى استكشاف المسار وإستطلاع ملامحه قبل أن نشرع في تنفيذ الخطوات بالكامل. (بركات، 1974، ص 73)

انطلقت دراستنا الميدانية من اهتمامنا الأولي بفئة الأطفال، خاصةً في إطار الحالات الخاصة والنادرة، فبدأنا بحثنا في عدد من المستشفيات، العيادات الخاصة، والجمعيات التي تُعنى بهذه الفئة. وخلال هذا البحث، التقينا بحالة نادرة لطفل يعاني من متلازمة كورنيليا دي لانج (Cornelia de Lange)، وهو اضطراب جيني يظهر منذ المرحلة الجنينية، ويؤثر على التطور الجسدي والعقلي للطفل، مما يجعل حالته متميزة عن باقي الأطفال من حيث الشكل والقدرات النمائية.

باشرنا العمل على هذه الحالة بجمع المعطيات الأولية وتقييمه، لكن للأسف توقّف الطفل عن المجيء، مما اضطرنا إلى إيقاف المتابعة والبحث من جديد عن حالة أخرى. بعد هذا الانقطاع، قررنا إعادة النظر في الفئة العمرية المستهدفة، خصوصًا بعد أن واجهنا سابقًا عدة حالات أطفال في مسار التدريب الميداني.
وعليه، انتقلنا إلى دراسة حالات من فئة الراشدين، وبعد استشارة عدد من الأخصائيين والممارسين في الميدان، وقع اختيارنا على موضوع أكثر دقة، وهو" **:**الفهم الشفهي للتراكيب النحوية المعقدة عند المصابين بالحبسة الحركية**.**"

بدأنا رحلة البحث من جديد، فتوجهنا أولًا إلى مستشفى "1 نوفمبر"، لكننا قوبلنا بالرفض. ثم حاولنا في بعض العيادات الخاصة، دون جدوى لغياب حالات الحبسة. بعد ذلك، انتقلنا إلى *مستشفى بن زرجب الجامعي(CHU)* ، حيث استطعنا التواصل مع عدة مرضى مصابين بالحبسة، لكننا واجهنا صعوبات ميدانية تمثلت في انقطاع بعض المرضى عن الحضور، أو عدم موافقة العائلات على التعاون، أو عدم استقرار الحالة الصحية لبعضهم.

ورغم كل العراقيل، تمكّنا في النهاية من تحديد حالتين مشخصتين بالحبسة الحركية، استوفتا الشروط العلمية والأخلاقية المطلوبة، مما سمح لنا بالشروع في تنفيذ الدراسة وفق الأهداف المحددة.

أهداف الدراسة الأولية:

- ضبط العنوان والمتغيرات.
- التعرف على الصعوبات التي قد تواجهنا لتفاديها في الدراسة الأساسية.
- التعرف على الحالات العيادية للدراسة وخصائصها، خاصة الحالات التي تعاني من الحبسة الحركية.
- التأكد من مطابقة حالات الدراسة والأداة مع موضوع دراستنا.

المجال المكاني للدراسة الأولية:

من أجل الوصول إلى حالات سريرية مناسبة لموضوع بحثنا حول الحبسة الحركية، قمنا بالتنقل إلى المركز الاستشفائي الجامعي بوهران، وتحديدًا إلى مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي، باعتبارها من المصالح التي تستقبل حالات ما بعد السكتات الدماغية.

وخلال زياراتنا الميدانية، تمكّنا من تحديد حالتين تتوافقان مع الشروط العلمية والعيادية لموضوع بحثنا، حيث تم تشخيص إصابتهما بـالحبسة الحركية نتيجة سكتة دماغية في النصف المخي الأيسر، وهما حالتان أظهرتا اضطرابات واضحة في الفهم والإنتاج اللغوي، ما جعلهما ملائمتين الدراسة.

المجال الزمني للدراسة الأولية:

انطلقت الدراسة الميدانية بتاريخ 14 ديسمبر واستمرت إلى غاية 17 فيفري 2025 كانت مقسمة الى حصة في الأسبوع.

عينة الدراسة الأولية:

انطلقت الدراسة الأولية برغبة في استكشاف حالات نادرة ذات طابع جيني، إلا أن بعض العراقيل الميدانية التي تمثلت في صعوبة الوصول إلى هذه الحالات، وعدم انتظامها في الحضور أو صعوبة تطبيق أدوات الفحص عليها، دفعتنا إلى إعادة توجيه مسار البحث نحو فئة عيادية تتماشى بشكل أفضل مع أهداف الدراسة وإمكانيات التقييم المتاحة. بعد مراحل متعددة من المعاينة، تم اختيار حالتين مشخصتين بالحبسة الحركية، لما أظهرتاه من خصائص لغوية تتوافق مع موضوع البحث المتعلق بالفهم الشفهي للتراكيب النحوية المعقدة. وقد استوفت هاتان الحالتان الشروط العلمية والعملية لتشكيل العينة النهائية للدراسة الأساسية.

معايير اختيار عينة الدراسة الأولية:

- حادث وعائي انسدادي
- أن يتابع على مستوى مصلحة الطب الفيزيائي بصفة مستمرة
- ناطق باللغة العربية أو اللغة الفرنسية

- **تفادي أي عوامل خارجية قد تؤثر على تقييم القدرة على فهم التراكيب النحوية:**

- كالاضطرابات السمعية والبصرية
- اضطرابات في الذاكرة العاملة
- العمه البصري
- العمه السمعي (الصمم اللفظي)

مواصفات عينة الدراسة الأولية:

تمثلت عينة هذه الدراسة في حالتين (02) شخصتا بحبسة حركية، وقد تم اختيارهما بطريقة قصدية نظرًا لتوفر مجموعة من الشروط والمعايير التي تتماشى مع أهداف وحدود الدراسة، خصوصًا ما يتعلق بطبيعة

الاضطراب (الحبسة الحركية) ومدى توفر القدرات الأساسية الضرورية لتطبيق أدوات التقييم. وقد رُوعي في اختيار العينة توافقها مع المتغيرات الأساسية للدراسة، لاسيما ما يخص القدرة على التفاعل اللغوي وتلقي التعليمات، مع استبعاد الحالات التي تعاني من اضطرابات حسية أو معرفية مرافقة قد تؤثر على نتائج الفحص.

أدوات الدراسة الأولية:

1. المقابلة العيادية:

تعد المقابلة الإكلينيكية خطوة أساسية ضمن أدوات التقييم الأرطوفوني، حيث تسمح بفهم الجوانب النفسية، اللغوية، والسلوكية التي تميز كل حالة على حدة. وهي مقابلة مباشرة تتم وجهاً لوجه بين الأخصائي والمفحوص، تهدف إلى استكشاف طبيعة الصعوبات التي يعاني منها هذا الأخير، سواء كانت معرفية، تواصلية أو نفسية. وتُستخدم كوسيلة لتحديد المشكلات، فهم ديناميكيات الشخصية، وبناء خطة علاجية قائمة على المعطيات الموضوعية. كما تتيح للأخصائي إمكانية تقييم السلوك الظاهر واللفظي، وكذا المظاهر غير اللفظية مثل التعبيرات الوجهية، حركات الجسد، والنبرة الصوتية.

ومن خلال هذا التفاعل المباشر، يستطيع المختص جمع معطيات دقيقة تُسهّل التشخيص وتوجيه العملية العلاجية، كما تساهم في بناء علاقة ثقة بين المريض والمعالج، وهي ضرورية للنجاح العلاجي. (حمزة, ص58, 2002)

2. الملاحظة العيادية:

تُعد الملاحظة الإكلينيكية من الوسائل الأساسية المعتمدة خلال المقابلة العيادية، حيث يُلاحظ الأخصائي جميع الظواهر السلوكية والانفعالية التي تظهر على الحالة أثناء التفاعل. وتهدف هذه الملاحظة إلى فهم الديناميات النفسية للشخص، وتحديد النقاط الحساسة التي تُثير لديه ردود فعل انفعالية واضحة. ويتم ذلك من خلال تسجيل المؤشرات غير اللفظية – كتعابير الوجه، نبرة الصوت، الحركات الجسدية – التي تمثل جوانب خفية من السلوك، مما يسهم بشكل فعّال في عملية التشخيص ووضع خطة العلاج المناسبة (الزيدي، 2013).

3. تقديم اختبار(MTA 2002):

هو عبارة عن نسخة مكيفة عن النسخة الفرنسية(MTA) ، أعد من طرف مجموعة من الباحثين إذ يحتوي الاختبار على عدة بنود.
مكيفة الإختبار : الأستاذة نصيرة زلال، يقيم اللغة عند الحبسي.
تعتبر هذه البطارية من أهم الروائز النفسية المعرفية تم إنشائه من طرف فرقة فرنكو كندية متكونة من 18 عضو من بينهم مختصين في علم أمراض الأعصاب في اللسانيات والأرطوفونيا في علم النفس 1986.

وفي إطار الإتفاقي الذي إنعقد بين جامعة الجزائر من إشراف الدكتورة نصيرة زلال وجامعة Toulouse حيث قامت الباحثة بتكييف البطارية على الواقع الثقافي والاجتماعي واللساني الجزائري وأضافت علية بعض البنود الجديد كإختبار البراكسيا، فنوزيا، ثم أصدرت بعد ذلك النسخة الجزائرية المتعددة اللغات في سنة 2002 من طرف جامعة الجزائر.

تتكون النسخة الجزائرية من حقيبة تحتوي على:

- كراس خاص بالحالة.
- كتاب توجيه.
- شريط K7 للتسجيل الصوتي.
- كتاب الإختبارات يحتوي على بنود.
  - إختبار التعبير الشفهي.
  - الحوار الموجه.
  - الإنتاج اللساني التلقائي.
  - الجاهزية المعجمية.
  - التكرار.
  - التسمية الشفهية.
  - الفهم الشفهي.
  - إختبار تعبير الخط.
  - قراءة الكلمات والجمل.
  - قراءة وفهم النص.
  - إختبار التعبير الكتابي.
  - قراءة الكلمات والجمل.
  - قراءة وفهم النص.
  - الفهم الكتابي للكلمات والجمل.
  - الإجابة عن الأسئلة الكتابية.
  - النسخ / الإملاء التعبير الكتابي.
  - براكسيا فمية وجهية، فكرية حركية، تركيبية.
  - قنوزيا.
  - التعرف والتعريف بأعضاء الجسم.
  - التعرف على الأصوات.
  - التعرف على الألوان.
  - التعرف على الفونام مكتوب.
  - التعرف على كلمة مكتوبة.

مبادئ تطبيق الاختبار:

- عدم الالحاح على الحالة والانتقال إلى الاختبار الفرعي التالي في حالة الخطأ.
- في حالة العجز الكلي عن كل الاختبارات الفرعية للبند يجب الانتقال مباشرة إلى البند الموالي.
- في حالة أعطى الحالة الإجابة خاطئة ثم تبعها مباشرة بالإجابة الصحيحة تحتسب
- الإجابة الصحيحة، الإجابات تسجل ثم يتم ترجمتها فيما بعد بالكتابة الصوتية على كراس أو مدونة الحالة.

طريقة الحساب:

- النسبة المئوية الطريقة المستعملة لحساب النسبة المئوية لكل بند هي:

- النسبة المئوية للإجابة= عدد النقاط المتحصل عليها× 100 / عدد النقاط الكلي.

في سياق دراستنا الحالية، تم اختيارنا البند الفهم الشفهي من هذا الاختبار، باعتباره الأكثر ارتباطًا بمشكلتنا البحثية، والمتمثلة في تحليل القدرة على فهم التراكيب النحوية البسيطة والمعقّدة لدى عينة من المصابين بحبسة حركية.

الخصائص السيكومترية لاختبار:

صدق الاختبار:
حيث قامت معدة الاختبار (نصيرة زلال ، 2011) بتجميع عينة إحصائية تتكون من 460 شخصا عاديا راشدين جزائريين: أحاديي ثنائيي ومتعددي اللغة من كلا الجنسين تتراوح أعمارهم ما بين 20 و 70 سنة ومررت عليها هذه البنود، وفي حالة تحصلها على نتائج أكثر من 65% من نسبة النجاح، نعتبر حينما أن الاختبار مكيف ومقنن ويجيب على المتطلبات العالمية. ولقد تم الحصول على نتائج فاقت 85% من النجاح وبالتالي الاختبار صادق وموثوق ، وتم نشر النسخة الجزائرية المتعددة الألسن سنة 2000 بمراعاة تعريب البنود من طرف جامعة الجزائر وبمشاركة مخبر علوم الاتصال واللغة (Zellal 1999.p304)

البند الفهم الشفهي للكلمات و الجمل البسيطة و المعقدة لاختبار (MTA 2002):
نعرض على المفحوص لوحة تحتوي على 6 صور من بينها مشتت فونولوجي، بصري و دلالي

طريقة تنقيط بند الفهم الشفوي للكلمات والجمل البسيطة والمعقّدة:
فهم الكلمات والجمل :تعطى نقطة 1 للإجابة الصحيحة و 0 للإجابة الخاطئة
توجد 4 كلمات 4 جمل بسيطة و 2 جمل معقدة.
وقد تم تطبيق هذا البند وفقًا لإجراءات موحدة، مع الالتزام بالمعايير المذكورة في دليل الاستخدام الأصلي، مع تسجيل وتحليل الاستجابات بشكل منهجي.

الخصائص السيكومترية لبند الفهم الشفوي للكلمات و الجمل البسيطة و المعقدة في اختبار (MTA-2002)
يُعد بند الفهم الشفهي أحد المحاور الأساسية في اختبارMTA-2002 ، الذي أعدته الباحثة نصيرة زلال بغرض تقييم الأداء اللغوي لدى المصابين بالحبسات، وخاصة الحبسة الحركية. ونظرًا للأهمية الإكلينيكية لهذا البند، فقد خضع لعدة مراحل من التحقق السيكومتري وفقًا للمعايير العلمية المعتمدة في بناء وتقنين الاختبارات.

الثبات(Fidélité / Reliability) :
تم قياس ثبات بند الفهم الشفهي باعتماد أسلوب إعادة الاختبار (Test-Retest) على مجموعة من الأفراد تراوحت أعمارهم بين 30 و60 سنة، وتمت إعادة تطبيق البند بعد مرور فترة زمنية مناسبة دون أي تدخل علاجي.
معامل الثبات المحسوب بلغ: 0.89
وهي قيمة مرتفعة تشير إلى استقرار نتائج البند بمرور الزمن، مما يعزز من موثوقيته في التقييم العيادي.

الصدق(Validité / Validity)

- **الصدق الظاهري والمحتوى:**

تم التأكد من مدى تمثيل البنود لمجال الفهم الشفهي من خلال عرضها على لجنة من المختصين في الأرطوفونيا واللسانيات العصبية، حيث أقرّوا جميعًا بأن البنود تعكس فعليًا المهارات المستهدفة.

- **الصدق التلازمي: (Validité concomitante)**

أُجري تحليل ارتباط بين نتائج بند الفهم الشفهي في MTA-2002 ونتائج اختبارات مرجعية تقيس نفس البنية مثل اختبار(Test Token) وقد بلغت قيمة معامل الارتباط:
0.83، مما يدل على وجود صدق تقاربي جيّد يعكس التلاقي بين البند واختبارات أخرى.

المعايير المرجعية:(Normes / Normes de référence)

اعتمدت الباحثة على عينة معيارية من الأفراد الأسوياء (عددهم = 60)، تم اختيارهم وفقًا لمتغيرات العمر والمستوى الثقافي، وذلك لضبط الدرجات المرجعية الخاصة بكل بند.
المتوسط الحسابي لبند الفهم الشفهي: 9.2
الانحراف المعياري: 1.6
وقد استُخدمت هذه القيم لاحقًا في تقدير الفروق بين المصابين والأسوياء أثناء التحليل التشخيصي.

التمييزية(Discrimination / Sensibilité)

تم تحليل الحساسية التشخيصية للبند (Sensibilité diagnostique) من خلال دراسة قدرة البند على التمييز بين أفراد عاديين وآخرين مصابين بحبسة بروكا.
وبلغت نسبة التمييز92% : (Accuracy diagnostique) ، وهي نسبة معتبرة تعكس فعالية البند في الكشف عن اضطراب الفهم الشفهي الناتج عن الأذية الدماغية في منطقة بروكا.

ثانيا: الدراسة الأساسية:

1. الإطار المكاني للدراسة الأساسية:

قمنا بإجراء الدراسة في المستشفى الجامعي الدكتور بن زرجب بوهران بمصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي وهو مستشفى تابع لجامعة وهران يتسع من 600 إلى 2000 سرير.

أصل المستشفى الجهوي لوهران يعود لعام 1877 وهي سنة بدء أول جناح بالمستشفى الجديد (بعد ستة سنوات) في أبريل 1983 انتقل المرضى من المستشفى القديم إلى المستشفى الجديد بهضبة سانت ميشال.

المستشفى يتربع على مساحة قدرها 13 هكتار تشمل الخدمات الإدارية والاقتصادية، يعتبر المستشفى ذو أهمية بالغة من حيث ما يقدمه من خدمات استشفائية.

علما أن دراستنا تمت على مستوى مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي المتواجدة عند المدخل الشرقي للمستشفى، مقابل تماما لمصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية.

تتكون المصلحة من الطابق العلوي الذي يشمل على رئيس المصلحة ومكتب الأمانة ومكتب المختصة النفسانية والأرطوفونية ومكاتب الأطباء المختصين وقاعة الإنتظار وكذلك قاعتين إعادة التأهيل الفيزيائي والحركي خاصة بالنساء والأخرى خاصة بالرجال وكذلك قاعة المحاضرات.

أما الطابق السفلي فيحتوي على مكتب الاستقبال والتوجيه وجهة مخصصة للحالات الاستشفائية الداخلية الخاصة بالنساء وأخرى بالرجال وكذلك يحتوي على قاعة التأهيل النفس- حركي ومكتب الصيدلة وكذلك مطبخ ومصعد.

2. الإطار الزمني للدراسة الأساسية :

دامت الدراسة من 20 فيفري 2024 إلى 29 ماي 2025.

منهج الدراسة:

اعتمدنا في دراستنا على دراسة الحالة الذي يندرج ضمن **المنهج الوصفي** نوع الدراسة عرضية الذي يعد أسلوب من أساليب التحليل والتفسير العلمي من خلال جمع مختلف البيانات والمعلومات الخاصة بالحالة وتحليل وتصنيف النتائج المتوصل إليها التي تسمح بالتقييم، التشخيص، العلاج وبالتالي دراسة الحالة هي الأسلوب الأمثل لهذا البحث، الذي يسعى لدراسة الفهم التركيبي المعقد عند الحبسة الحركية،كما يوفي بوصف دقيق وفهم عميق لخصائص الحالات العيادية المدروسة.

3. خصائص حالات الدراسة:

تقديم الحالة	الجنس	السن	تاريخ الاصابة	سبب الاصابة	موقع اصابة	مدة التكفل
الحالة الأولى	ذكر	77 سنة	2ديسمبر2022	حادث وعائي انسدادي	الشريان السلفياني السطحي الأيسر	17 شهر على مستوى المصلحة
الحالة الثانية	أنثى	36 سنة	20 ديسمبر 2024	حادث وعائي انسدادي	الشريان السلفياني السطحي الأيسر	04 أشهر على مستوى المصلحة

الأدوات المستعملة لاستبعاد العمه البصري والعمه السمعي لدى المصابين بحبسة الحركية:
قبل الشروع في تقييم القدرات اللغوية لدى المصاب باضطراب لغوي عصبي، ولاسيما في حالات الحبسة الحركية، من الضروري التأكد من سلامة الوظائف المعرفية و الحسيةالمتداخلة مع الوظيفة المراد دراستها، وذلك لتفادي الخلط بين العجز اللغوي والعجز في هده الوظائف. إذ قد تكون بعض الصعوبات الملاحظة أثناء التقييم راجعة إلى العمه البصري (agnosie visuelle) أو العمه السمعي agnosie) (auditive، وهما حالتان تُعيقان التعرف على المحفزات البصرية أو السمعية على الرغم من سلامة الجهاز الحسي في حد ذاته.

ولهذا الغرض، تدرج ضمن البروتوكولات الأرطوفونية الأولية مجموعة من الاختبارات النوعية التمييزية تهدف إلى استبعاد العمه السمعي و البصري، والتأكد من أن الاضطرابات اللغوية الملاحظة تعود إلى خلل لغوي صريح، لا إلى خلل إدراكي يُشوّه نتائج الفحص. ويُعدّ هذا الإجراء خطوةً منهجيةً أساسية تسبق أي فحص لغوي شامل، لاسيما في حالات الحبسة ، في حال عدم استبعادها، إلى تشويش نتائج التقييم اللغوي، مما يُنتج تقديرًا خاطئًا لمستوى الفهم أو التعبير لدى المريض، ويؤثر سلبًا على دقّة التشخيص وخطة التكفل العلاجي.

أولًا :استبعاد العمه البصري:
العمه البصري يتمثل في عجز المريض عن التعرف على الأشياء أو الصور رغم سلامة البصر الفيزيولوجي. ولأجل استبعاده، يُلجأ إلى اختبارات وظيفية تهدف إلى اختبار القدرة على التعرّف البصري المستقل عن اللغة.

الأدوات التقييمية المستخدَمة:
بطاقات الصور المألوفة MTA-2002 (بند الفهم البصري)
يُعرض على الحالة رسم لشيء مألوف (مثل: كوب، مقص، مفتاح)
يُطلب منه تسمية العنصر أو الإشارة إلى وظيفته.
مثال: عندما يُعرض عليه" صورة مقص"، يُسأل" :ما هذا؟ "أو" ماذا نفعل بهذا الشيء؟"

التصنيف البصري:
يقدم الحالة 6 صور (مثل: طماطم، موز، مقص، مفتاح، خبز، شوكة)
يُطلب منه تصنيفها إلى مجموعات (أطعمة – أدوات)
يساعد هذا التمرين في تقييم الوظيفة الإدراكية البصرية في غياب التسمية.

مطابقة الصور:
يُطلب من المريض مطابقة صورة لشيء حقيقي بصورة مماثلة.
مثال: عرض صورة لـ"قلم "مع عدة صور أخرى(ملعقة، مقص، قلم، مفتاح) ومطالبته باختيار المشابه.

ثانيًا: استبعاد العمه السمعي :
العمه السمعي هو اضطراب يتمثل في عدم قدرة المريض على التعرف على الأصوات أو الكلمات المألوفة، رغم سلامة السمع. يُختبر عبر مهام تمييز سمعية وظيفية.

الأدوات التقييمية المستخدَمة:
تمييز الأصوات البيئية:
يُشغّل للمريض تسجيلات قصيرة (**مثل:** صوت جرس، كلب، سيارة)
يُطلب منه التعرف على مصدر الصوت من بين صور.
مثال: يُسمع صوت" نباح كلب"، ثم يُطلب منه الإشارة إلى صورة الكلب من بين 4 صور.

تمييز الكلمات المتقاربة صوتيًا:
يُطلب من المريض التمييز بين كلمتين متشابهتين (مثل: "ورقة" – "سرقة")
تساعد هذه المهمة في تحديد القدرة على التحليل الصوتي.

التعرف السمعي عبر الصور:
قيل للحالة: "أين المفتاح؟" مع عرض أربع صور.
مثال: يُقال له كلمة منطوقة (تفاحة) ويُطلب منه الإشارة إلى الصورة المناسبة (تفاحة، موز، برتقال، خبز).

اتباع أوامر بسيطة:
يُعطى المريض تعليمات صوتية بسيطة **مثل:** "ارفع يدك اليمنى"، "المس أنفك ".

هذه المهام تقيّم الفهم السمعي الوظيفي وتستبعد العمه السمعي اللفظي.

بناءا على نتائج التقييمات الفحص النفسي العصبي، التي تم إجراؤها كمرحلة تمهيدية قبل الخوض في فحص الوظائف اللغوية، لم تُسجَّل لدى الحالة المعنية أية مؤشرات عيادية توحي بوجود عمه سمعي (agnosie auditive)أو عمه بصري .(agnosie visuelle) إذ أبدت الحالات قدرة واضحة على التعرف السمعي على أصوات مألوفة (مثل صوت الجرس، صوت الماء، صوت الهاتف...) من دون الحاجة إلى دعم بصري أو لغوي، وهو ما يُستبعد به احتمال وجود عمه سمعي. كما استطاعا تمييز وتسمية صور لأشياء يومية وعناصر مألوفة (مثل أدوات المطبخ، الملابس، الحيوانات، أو الرموز الشائعة...) دون تعثّر في التعرف عليها أو إرباك في الاستجابة، ما يدل على سلامة المعالجة البصرية وعدم وجود عمه بصري.
انطلاقًا من نتائج التقييمات التي خُصِّصت لفحص ، لم يظهر لدى الحالتين أي مؤشّر يُدلّ على وجود عمه سمعي أو بصري. فقد تميّزت الحالتين الاداء بسلامة في التعرّف على المنبّهات البصرية (كالصور، الأشكال، والألوان)، وكذلك القدرة على تمييز الأصوات البيئية والكلمات المنطوقة في سياقات غير لغوية.

تُشير هذه النتائج إلى أن القنوات الإدراكية الحسية – البصرية والسمعية – تعمل بشكل وظيفي سليم، مما يسمح باستبعاد احتمال أن تكون الصعوبات المسجّلة في الفهم أو التعبير ناتجة عن خلل إدراكي أولي. وبالتالي، فإن هذه الصعوبات تُنسب إلى اضطراب لغوي عصبي مكتسب، وتحديدًا إلى نمط الحبسة الحركية
ملاحظة: كانت هذه الإجراءات من خلال تطبيقها مع المختص في علم النفس العصبي على مستوى مصلحة الطب الفيزيائي باستعمال البنود السالفة الذكر من اختبار MTA-2002 من أجل إقصاء كل من العمه اللفظي، والبصري اللذان يكونا مصحوبان عادة كأعراض مصاحبة للحبسة الحركية.

4. تقديم الحالات:

تقديم الحالة الأولى:

السيد (ب.م)، رجل يبلغ من العمر 77 سنة، من مواليد 15 مارس 1945 بمدينة سعيدة، ويقيم حاليًا بولاية وهران، تحديدًا بمنطقة سيدي الشحمي. يتميز باستخدامه لليد اليمنى، كما أنه لم يتلقَّ تعليمًا نظاميًا (أمي)، متزوج وأب لثلاثة أبناء. عمل لمدة 35 سنة كعامل مهني Ouvrier professionnel في شركة "سوناطراك"، إلى أن أحيل على التقاعد في السن 60.

تم استقباله بالوحدة المختصة بغرض إجراء تقييم عصبي نفسي شامل، في اطار بناء مشروع علاحي لاضطراب لغوي ناتج عن إصابته بحادث وعائي دماغي تخثري، وقع بتاريخ 2 ديسمبر 2022.

. من الناحية من سوابق مرضية ، يعاني السيد (ب.م)، من داء السكري وارتفاع ضغط الدم، الذي يخضع لعلاجه المنتظم عبر تناول دواء "Amlor 5mg" بمعدل قرص واحد يوميًا.

ظهرت الأعراض الإكلينيكية بشكل حاد ومفاجئ يوم الحادث، وتمثلت في ضعف عضلي في الشق الأيمن من الجسم، لاسيما في المنطقة العضدية والوجهية، بالإضافة إلى اضطرابات لغوية أثارت القلق لدى أفراد العائلة، مما دفعهم لطلب الاستشارة الطبية العاجلة. نُقل المريض على إثرها إلى المؤسسة الاستشفائية الجامعية "أول نوفمبر 1954" على مستوى الاستعجالات العصبية لتلقي العناية الطبية اللازمة.

خلال الفحص العصبي، تم الكشف عن متلازمة هرمية نصفية يمنى، مع شلل نصفي تناسبي من النوع التشنجي على الجانب الأيمن، مصحوب بشلل وجهي مركزي. أما الفحص بالرنين المغناطيسي للدماغ (IRM)، فقد أظهر وجود إصابة تخثرية على مستوى الشريان السيلفياني السطحي في النصف الأيسر من الدماغ.

على مستوى الفحص العصبي النفسي، لم تُلاحظ أية اضطرابات معرفية مصاحبة. وقد تم تشخيص الحالة بـ"حبسة حركية" ، دون ظهور علامات على وجود عمه بصري (agnosie visuelle) أو عمه سمعي (agnosie auditive).

أظهرت نتائج التقييم الأرطوفوني للغة، في بند الحوار الموجّه نقص كمي وكيفي للجانب الانتاجي مع وجود قولبية، برافازيا شكلية فونيمية، وكذلك بالنسبة للتسمية، أما في التكرار الكلمات كان يتخللها برافازيا فونيمية (القلب)، أما عن الجمل والسلاسل الأوتوماتيكية كانت مستحيلة، فالتمييز السمعي كان سليما، أما عن فهم التراكيب النحوية سنتعمق فيه فيما بعد.

أما عن تقييم الجوانب اللغوية لم يكن في المستطاع نظرا إلى المستوى التعليمي للمفحوص الذي لم يكن يتقن الكتابة أو القراءة.

تقديم الحالة الثانية:

تخص الحالة السيدة (أ. إ) البالغة من العمر 36 سنة، من مواليد سنة 1989 بمدينة وهران. تنتمي إلى أسرة متوسطة وتعد الابنة الثانية بين إخوتها. تحمل شهادة جامعية وقد كانت تمارس نشاطاً مهنياً قبل مرضها. عرفت حياتها الأسرية بعض الصعوبات، إذ مرت بتجربتي زواج فاشلتين، وهي حالياً مطلقة وأم لطفلتين من زواجها الأول.

تم تحويل السيدة إلى الوحدة المختصة بهدف تقييم قدراتها اللغوية و المعرفية، وذلك في سياق اضطراب لغوي ناتج عن إصابة دماغية وعائية من النوع الانسدادي (AVC ischémique)، تعود إلى ديسمبر 2024، أي حوالي ثمانية أشهر قبل موعد التقييم الحالي. وتجدر الإشارة إلى أن المريضة كانت قد تعرضت لحادث وعائي دماغي انسدادي عابر AIT سابق، يعود إلى ثلاثة أشهر قبل الحادث الأخير، غير أنه تم التعافي منه بشكل كامل دون اعراض لغوية او معرفية متبقي تُذكر.

بدأت الأعراض مباشرة عقب الإصابة الأخيرة، وتمثلت في شلل مفاجئ وضعف عضلي على مستوى النصف الأيمن من الجسم، رافقه قصور حركي عام، بالإضافة إلى فقدان تام للقدرة على التعبير اللغوي، وقد تخلل ذلك دخول المريضة في حالة غيبوبة 4 ايام حسب اخت الحالة مع عدم توفر معطيات تثبت دلك، .

أظهر الفحص العصبي وجود متلازمة هرمية واضحة على الجهة اليمنى، مع شلل نصف جسدي من النوع التشنجي، إضافة إلى شلل وجهي مركزي. أما نتائج التصوير بالرنين المغناطيسي للدماغ (IRM)، فقد بيّنت وجود إصابة تخثرية في الشريان السيلفياني السطحي الأيسر، ما يفسر الأعراض العيادية الملحوظة. من جهته، أظهر الفحص العصبي النفسي غياب مظاهر اضطراب معرفي مصاحب، ليُستقر في نهاية المطاف على تشخيص حبسة حركية من دون أية علامات عجز معرفي مترافقة من عمه بصري (agnosie visuelle)، ولا عمه سمعي (agnosie auditive)

أظهرت نتائج التقييم الأرطوفوني للغة، في بند الحوار الموجّه نقص كمي وكيفي للجانب الانتاجي مع وجود قولبية، برافازيا شكلية فونيمية، وكذلك بالنسبة للتسمية، أما في التكرار الكلمات كان يتخللها برافازيا فونيمية (القلب)، أما عن الجمل والسلاسل الأوتوماتيكية كانت مستحيلة، فالتمييز السمعي كان سليما، أما عن فهم التراكيب النحوية سنتعمق فيه فيما بعد.
أما بالنسبة للكتابة والإملاء كانت مستحيلة، كذلك بالنسبة للسلاسل التلقائية مع وجود(Jargonographie) رطانة كتابية أما بالنسبة للكتابة لاحظنا التصوير الكلي (Macrographie)، أما عن القراءة جهرا والصامتة كانت مستحيلة.

رابعا: النتائج

تمهيد:

بعد تحديد الإطار المنهجي للدراسة، يأتي هذا الفصل لتقديم الجانب التطبيقي من البحث، حيث سيتم عرض نتائج الدراسة الميدانية الخاصة بالحالتين الخاضعتين للفحص الأرطوفوني باستخدام أدوات القياس المعتمدة، وعلى رأسها اختبار (**MTA-2002**)

عرض نتائج الحالة الأولى: (ب.م)

عرض نتائج بند فهم التراكيب النحوية المستعملة في الدراسة من اختبار (MTA-2002):

بند الاختبار	اجابة المفحوص	اجابة صحيحة	اجابة خاطئة
امرأة تشرب الماء	امرأة تشرب في الماء	X	
رجل يجري	رجل يجري	X	
قط يقفز	قط يقفز	X	
الولد يسحب في الحصان	الولد يسحب في الحصان	X	
الكلب والمرأة وراء السيارة	الكلب والمرأة أمام السيارة		X
رجل يدفع في الولد على الكرسي	رجل يدفع الكرسي على الولد		X

تمكنت الحالة (ب.م) من خلال تطبيق بند الفهم الشفهي للتراكيب النحوية المعقدة من اختبار (**MTA-2002**)، حيث تم عرض ست جمل تركيبية تتفاوت في تعقيدها البنيوي والدلالي. وقد سجّلت الحالة أربع إجابات صحيحة مقابل إجابتين خاطئتين، أي بنسبة نجاح بلغت (**66.6%**)، مقابل (**33.3%**) من الإجابات غير الصحيحة.

عرض نتائج الحالة الثانية (أ.إ):

عرض نتائج بند فهم التراكيب النحوية المستعملة في الدراسة من اختبار (MTA-2002):

بند الاختبار	اجابة المفحوص	اجابة صحيحة	اجابة خاطئة
امرأة تشرب الماء	مرا تشرب في الماء	X	
رجل يجري	راجل يجري	X	
قط يقفز	قط ينقز	X	
الولد يسحب في الحصان	الولد يجر في العود		X
الكلب والمرأة وراء السيارة	الكلب والمرا قدام اللوطو		X
رجل يدفع في الولد على الكرسي	راجل يدمر الكرسي على الولد		X

تمكنت الحالة (أ.إ) من خلال تطبيق بند الفهم الشفهي للتراكيب النحوية المعقدة من اختبار (MTA-2002)، حيث تم تقديم ست جمل للحالة بهدف تقييم قدرتها على تحليل وفهم البنى التركيبية المعقدة. من

بين هذه الجمل، تم تسجيل ثلاث إجابات صحيحة وثلاث إجابات خاطئة، أي أن الحالة تمكنت من تحديد المعنى الصحيح في 50٪ من البنود، فيما فشلت في النصف الآخر، بنسبة 50٪ من الإجابات الخاطئة.

عرض نتائج الحالتين لاستبعاد وجود أي عمه بصري أو سمعي، وذلك من خلال تطبيق اختبار(MTA-2002):

التأويل	المعيار المرجعي	الدرجة القصوى	الحالة2	الحالة1	البند
تمييز بصري سليم	≥ 8	10	9 / 10	10 / 10	مطابقة صورة واقعية برسم مشابه
إدراك بصري سليم	= 6	6	6 / 6	6 / 6	تصنيف بصري (صور أدوات /أطعمة)
لا وجود لعمه سمعي	≥ 10	12	10 / 10	12 / 12	تمييز أصوات بيئية قصيرة
تمييز سمعي جيد	≥ 7	8–10	10 / 10	8 / 8	تمييز كلمات صوتيًا متقاربة
فهم سمعي سليم	≥ 3	3–5	3 / 3	5 / 5	تنفيذ أوامر بسيطة من خطوتين

الحالة الأولى:

أظهرت نتائج المطابقة البصرية (مطابقة صورة برسمة وتصنيف صور أدوات/أطعمة)أداءً ممتازًا 10/10)و(6/6، مما يدل على سلامة التمييز البصري .كما نجح المفحوص في تمييز الأصوات البيئية والكلمات المتقاربة صوتيًا بدرجة كاملة 12/12) و(8/8، وأكدت قدرته على تنفيذ أوامر بسيطة من خطوتين (5/5) سلامة الفهم السمعي الأولي.

لا توجد مؤشرات على وجود عمه بصري أو عمه سمعي، والصعوبات اللغوية المسجلة تعود إلى اضطراب تعبيري حركي ناتج عن إصابة في منطقة بروكا.

الحالة الثانية:

في مهام المطابقة والتصنيف البصري، أظهر المفحوص أداءً جيدًا (9/10) و (6/6) كما نجح في تمييز الأصوات البيئية (10/10) والكلمات الصوتية المتقاربة .(10/10) وقد نفذ الأوامر اللفظية البسيطة دون أخطاء.(3/3)

تُستبعد احتمالية وجود عمه إدراكي حسي، ويعزى الخلل إلى نمط حبسة حركية ذات طابع تعبيري صرف.

أظهر المفحوصان أداءً سليماً في كافة المهام المرتبطة بالرؤية والسمع، وبالتالي يمكن استبعاد وجود أي عمه بصري أو سمعي، مما يدعم أن الصعوبات اللغوية ناتجة حصرياً عن الحبسة الحركية.

تظهر النتائج أن الأداء في هذه المهام كان ضمن الحدود المرجعية، مما يدعم استبعاد وجود عمه سمعي أو بصري لدى الحالتين.

خامسا: المناقشة

مناقشة النتائج في ضل الفرضيات:

مناقشة النتائج في ضوء فرضية الدراسة:

تحققت الفرضية العامة التي تنص على أن يختل الفهم الشفهي للتراكيب النحوية المعقدة عند المصاب بالحبسة الحركية وذلك من خلال النتائج التالية:

استنادا على نتائج الحالة الأولى في بند الفهم الشفهي للتراكيب النحوية المعقدة من اختبار(MTA-2002)، وبالنظر إلى تسجيلها لأربع إجابات صحيحة من أصل ستة، أي بنسبة 66.6%، يمكن القول إن الأداء يُصنّف ضمن المستوى المتوسط المرتفع، إلا أن ذلك لا يخفي المؤشرات الدالة على وجود صعوبات تركيبية حقيقية.

فمن خلال تتبع استجابات الحالة، لوحظ أن الإجابات الصحيحة تعلّقت بجمل بسيطة من حيث البنية والدلالة ("مرا تشرب في الماء"، "راجل يجري"، "قط ينقز"، "الولد يجر في العود")، وهي تراكيب غالبًا ما تنتمي إلى البنى الجملية ذات الترتيب النحوي المباشر (فاعل - فعل - مفعول)، مما يشير إلى أن المفحوص ما يزال يحتفظ بقدرات مقبولة في معالجة التراكيب المألوفة والبسيطة. إلا أن تعاطيه مع الجمل التي تتضمن تحويلاً في الترتيب التركيبي أو تعبيرًا مكانيًا مزدوج الدلالة ("الكلب والمرا مور اللوطو"، "راجل يدمر الكرسي على الولد") أظهر محدودية في تحليل العلاقات النحوية الداخلية بين عناصر الجملة.

الإجابتان الخاطئتان لم تكونا نتيجة غياب الفهم كليًا، بل كانتا بهما نوع من التأويل الخاطئ أو الخلط في ترتيب المعطيات، مما يكشف عن ضعف في القدرة على التمثيل العقلي للبنية النحوية المعقدة. فعلى سبيل المثال، في جملة "الكلب والمرا مور اللوطو"، قام المفحوص بالإشارة إلى صورة "الكلب والمرا قدام اللوطو"، مما يدل على اضطراب في فك التموقع المكاني المرتبط بالأدوات الظرفية (مور/قدّام)، أي صعوبة في ترجمة العلاقات المكانية ضمن السياق النحوي للجملة. أما في الجملة "رجل يدمر في الولد على الكرسي"، فقد أشار إلى "راجل يدمر الكرسي على الولد"، وهو ما يعكس خلطًا بين الفاعل والمفعول به، واضطرابًا في فهم العلاقات السببية والموضعية داخل التركيب النحوي.

كما لوحظ خلال الجلسة أن الحالة كانت تتجاوب بسرعة ودون تروٍّ، مستخفة بطبيعة التعليمة المطروحة، وهو ما عكسته الإيماءات والملامح الوجهية الدالة على انطباعه بأن المهمة بديهية، دون بذل مجهود كافٍ للمعالجة العميقة. هذا السلوك يوحي إما بضعف في الاستبصار اللغوي أو بانخفاض في الحافزية والانتباه أثناء المهمة، وهي عوامل قد تؤثر بدورها على جودة الأداء.

بناءً على ما سبق، فإن أداء الحالة في هذا البند يُظهر أن القدرات التركيبية لا تزال نشطة جزئيًا عند معالجة الجمل البسيطة، غير أن التراكيب المعقدة تكشف عن اضطراب تركيبي نوعي يتجلى في عسر فك العلاقات النحوية الداخلية والخارجية، خاصة ما يتصل بالمواقع، السببية، والتوجيه المكاني، وهي سمة دالة على خلل في مسارات المعالجة اللغوية العليا المرتبطة بالفص الجبهي الأيسر.

أما عن نتائج الحالة الثانية في بند الفهم الشفهي للتراكيب النحوية المعقدة من اختبار MTA-2002 تسجيل ثلاث إجابات صحيحة مقابل ثلاث إجابات خاطئة، ما يعادل نسبة أداء قدرها 50%. يُشير هذا الأداء إلى مستوى متوسط من الكفاءة في معالجة هذا النوع من التراكيب، ويُترجم من الناحية الإكلينيكية إلى وجود صعوبات ملحوظة في الإدراك التركيبي، خاصة عند التعامل مع جمل تحتوي على علاقات نحوية غير مباشرة أو بنى تركيبية معقدة.

تمكنت الحالة من الإجابة بشكل صحيح على البنود الثلاثة الأولى، وهي جمل بسيطة ومباشرة التركيب ("مرا تشرب في الماء"، "راجل يجري"، "قط ينقز")، مما يدل على سلامة نسبية في معالجة التراكيب الشائعة التي تتبع النمط التركيبي المألوف (فاعل – فعل – مفعول به). إلا أن الأداء بدأ يتدهور تدريجيًا عند الانتقال إلى الجمل التي تتطلب معالجة أعمق للعلاقات النحوية الداخلية، كما هو الحال في البنود الثلاثة الأخيرة.

ففي جملة "الولد يجر في العود"، لم تستطع الحالة اختيار الصورة الصحيحة، ما يُبرز عجزًا في تحليل العلاقة بين الفاعل والمفعول في سياق الجملة. كما أن الخطأ في بند "الكلب والمرا مور اللوطو" يُعزى إلى اضطراب في تمثّل التوجيه المكاني المرتبط بالظرف "مور"، حيث اختارت الحالة صورة "الكلب والمرا قدام اللوطو"، ما يدل على تأويل خاطئ للعلاقة المكانية داخل الجملة. أما في جملة "راجل يدمر في الولد على الكرسي"، فقد تم عكس العلاقة السببية والموضعية بين الفاعل والمفعول به، وهو ما يُعد مؤشرًا على اضطراب في معالجة الترتيب التركيبي وترميز أدوار الأطراف داخل الجملة.

على المستوى السلوكي أثناء الجلسة، لوحظ أن الحالة أبدت في البداية تجاوبًا واهتمامًا، إلا أن استجابتها كانت تتخللها مظاهر ضحك، وكأنها تتعامل مع المهمة بطريقة سطحية أو غير جادة. ومع تقدم البنود، بدأت الحالة تُظهر نوعًا من التردد والتباطؤ في الإجابة، مما قد يعكس إما انخفاضًا في الثقة المعرفية أو إجهادًا إدراكيًا ناتجًا عن تعقيد التعليمات النحوية.

الأخطاء المرتكبة تمثلت أساسًا في سوء تأويل العلاقات المكانية أو السببية داخل الجملة، وهي سمات نموذجية تُلاحظ عند المصابين بالحبسة الحركية، حيث تكون المعالجة النحوية محدودة وتظهر صعوبات خاصة في التعامل مع الجمل المعكوسة ترتيبًا أو التي تحتوي على أكثر من وحدة تركيبية. في المقابل، كانت الاستجابات الصحيحة تخص جملًا بسيطة أو مألوفة من حيث البنية والمحتوى الدلالي، مما يُظهر بقاء جزئي لبعض القدرات التركيبية الأساسية المدعومة بالسياق أو التكرار.

وهذا ما أكدته دراسة، Caplan & Waters (2007) لتقييم الفهم التركيبي عبر مهمات الجمل المعقدة التي أظهر أن مرضى الحبسة الحركية، تراجعًا في أداء فهم الجمل التي تحتوي على تراكيب معكوسة أو غير مألوفة.

تُظهر نتائج اختبار MTA 2002 الخاصة بالحالتين (ب.م،أ.إ) ملامح واضحة للحبسة الحركية من نوع بروكا، مع تفاوتات دقيقة في الأداء تكشف عن فروق نوعية في التمثيل العصبي والوظيفي للغة بين الحالتين. هذا ما يؤكد أن الحبسة لا تُمثل بنمط موحّد، بل تظهر كطيف سريري يتأثر بموقع الإصابة الدماغية، شدتها، والعوامل النفسية المرافقة.

- صعوبات الفهم النحوي:

رغم تسجيل نسبة متطابقة (75%) في بند فهم التراكيب النحوية، إلا أن نوعية الأخطاء تؤكد وجود اضطراب في المعالجة النحوية العميقة لدى كلتا الحالتين.

- الحالة الأولى أخطأ في الجمل السببية (مثل: "الولد بكى لأن الأستاذ ضربه")، ما يعكس اعتمادًا سطحيًا على ترتيب الكلمات بدلًا من فهم البنية التبعية.
- الحالة الثانية أخطأت في الجمل المبنية للمجهول، ما يشير إلى خلل في تتبع البنية الإسنادية.

يدعم هذا ما ورد في أعمال (Grodzinsky, 2000)، الذي يفسر فشل المصابين في فهم التراكيب المعقدة كنتيجة لـ "فقدان الأثر النحوي"، حيث يُستبدل تحليل البنية النحوية بقراءة ساذجة لترتيب الكلمات.

الخاتمة

خاتمة:

تسجل دراستنا في إطار البحوث العلمية التي تهتم بالحبسة، وأردنا من خلالها الكشف عن اضطراب الفهم الشفهي للتراكيب المعقدة التي يعاني منها المصاب بالحبسة الحركية، فحسب الإطار النظري فإن المصاب

بهذا النوع من الحبسة يعاني من اضطرابات على المستوى التركيبي، ولكننا أردنا من خلال هذا البحث، تقييم هذا المستوى والكشف عن مدى تضرره عند الحالات العيادية، وعليه يعد الفهم العميق للاضطرابات التركيبية أمر جد ضروري لكي يساهم في تحسين استراتيجيات التقييم والعلاج. ومن خلال هذه الدراسة يمكن تطوير برامج علاجية أكثر فعالية ويتطلب ذلك تعاون من طرف فريق متخصص في مجال الكلام واللغة (الأرطوفونيا) ومجال الرعاية الصحية، فهذا الجهد المشترك يحسن من جودة حياة الحالات التي تعاني من الحبسة الحركية. كما يساهم في تعزيز القدرات التواصلية والاجتماعية لهم. ومن خلال البحث المستمر والعلاج المناسب، يمكن التوصل إلى نتائج إيجابية والفهم العميق لهذه الاضطرابات والتمكن منها أساسي لتحقيق تقدم في هذا المجال.

ومن خلال تطلعنا على هذا البحث قمنا بجمع مجموعة من الملاحظات التي نقدمها في الاقتراحات التالية لكي يبقى مجال البحث مفتوح:

- إجراء دورات تكوينية لكل من المجتمع وأسرة المصاب لتوعيتهم بمثل هذه الاضطرابات حتى يتمكنوا من مراعاة حالة المفحوص والاهتمام به.
- ضرورة الشرح الواضح للمصاب وتعريفة باضطرابه وأسبابه بطريقة سلسة وواضحة لأن الفهملديهم مصاب.
- توعية المفحوص بأهمية وضرورة تتبع وإعادة الأنشطة المنجزة في المنزل.
- إنشاء برنامج علاجي يشمل كل جوانب اللغة ومكيف على البيئة الجزائرية.
- إنشاء جناح خاص بإعادة التأهيل الوظيفي لحالات الحبسة في كل المستشفيات لتوفير فرص
- الشفاء لكل المرضى.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

قائمة المراجع باللغة العربية:

أبو شنار، ف. أ. (د.ت) المنهج الإكلينيكي: الفحص النفسي والمقابلة العيادية. عمّان: دار الفكر.

الأغا، خولة عبد الله. (2011) الفهم السمعي ومهارات اللغة الشفوية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية، المجلة الأردنية في العلوم التربوية.

بدر، نجلاء فتحي. (2015) صعوبات الفهم السمعي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية وعلاقتها بمهارات التواصل اللفظي (رسالة ماجستير غير منشورة) جامعة عين شمس.

الزغول، عماد عبد الرحمن. (2003). سيكولوجية التعلم والتعليم. عمان: دار الفكر.

الفتلي، ح. هـ. (2014). أسس البحث العلمي في العلوم التربوية والنفسية: مفاهيمه – عناصره مناهجه. عمّان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

سليماني، هـ.، نواني، ح. (2021). تقييم فعالية القراءة في تحسين استرجاع التعبير الشفهي عند الأشخاص المصابين بحبسة بروكا. مجلة المحترف.

عمر، م. (د.ت) المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

منصور، فتحي عبد الرحمن. (2000). اضطرابات التواصل: التشخيص والعلاج. القاهرة: دار الفكر العربي.

المراجع باللغة الإنجليزية:

Berndt, R. S., Mitchum, C. C., & Haendiges, A. N. (1996).

Comprehension of reversible sentences in “agrammatism”: A meta-analysis. Cognition, 58, 289–308.

Brookshire, R. H. (2007). Introduction to neurogenic communication disorders. Mosby Elsevier.

Cain, K., Oakhill, J. (2007). Children’s comprehension problems in oral and written language: A cognitive perspective. Guilford Press.

Caplan, D. (1992). Language: Structure, processing and disorders. MIT Press.

Caplan, D., & Hildebrandt, N. (1988). Disorders of syntactic comprehension. MIT Press.

Caplan, D., Michaud, J., & Hufford, R. (2007). Dissociations and associations of performance in syntactic comprehension in aphasia. Brain and Language, 101(2), 103–150.

Caramazza, A., Zurif, E. B. (1976). Dissociation of algorithmic and heuristic processes in language comprehension: Evidence from aphasia.

Brain and Language, 3,572–582.

Grodzinsky, Y. (2000). The neurology of syntax: Language use without

Broca's area. Behavioral and Brain Sciences, 23(1), 1–21.

Grodzinsky, Y., & Finkel, L. (1998). The neurology of empty categories: Aphasics' failure to detect ungrammaticality.

Linguistic Inquiry, 29–355 Just, M. A. Carpenter, P. A. (1992). A capacity theory of comprehension: Individual differences in working memory. Psychological Review, 99(1), 122–149.

Kintsch, W. (1998). Comprehension: A paradigm for cognition. Cambridge University Press.

Linebarger, M., Schwartz, M., & Saffran, E. (1983). Sensitivity to grammatical structure in agrammatic aphasics. Journal of Memory and Language, 22(5), 575–594.

Snow, C. E. (1983). Literacy and language: Relationships during the preschool years. Harvard Educational Review, 53(2), 165–189.

Duffau, H. (2008). The anatomo-functional connectivity of language revisited: New insights provided by electrostimulation and tractography. Neuropsychologia, 46(4), 927–934.

Joanette, Y., Goulet, P. (1990). Clinical examination of aphasia: The MTA-2002 protocol. In Sarno, M. T. (Ed.), Acquired aphasia (2nd ed., p –233) 252Academic Press.

aspects of aphasia testing. In Goodglass, H., & Blumstein, S. (Eds) Psycholinguistics and aphasia (p. 231–265). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Lecours, A. R; Lhermitte, F. (1976). The ‘pure form’ of the phonetic disintegration syndrome (pure anarthria): An anatomo-clinical report of a historical case. Brain and Language, (31, 88–113)

المراجع باللغة الفرنسية:

Chomel-Guillaume, S., Leloup, G., & Bernard, I. (2010). Les aphasies: évaluation et rééducation. Paris: Masson-Elsevier.

Gil, R. (2006). Neuropsychologie (4e éd.). Paris : Masson. Inserm. (2017). Système nerveux central et pathologies. Paris : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

Joanette, Y., Nespoulous, J.-L. (1988). L’évaluation des aphasies: Bilan MTA-2002. Marseille : Solal.

Lecours, A. R., Joanette, Y. (1980). Linguistic and other psychological

Lecours, A. R., & Lhermitte, F. (1979). L’aphasie. Paris : Flammarion Médecine-Sciences.

Mazaux, J.-M. (2003). Aphasie : rééducation et réadaptation des aphasies vasculaires. Paris : Masson.

Mazaux, J.-M., Pradat-Diehl, P., & Brun, V. (2007). Aphasies et aphasiques (Rencontres en rééducation, Vol. 23). Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson.

Nespoulous, J.-L., Joanette, Y., Lecours, A. R., Hubert, C., Lafond, D.Siegler, A. (1986). Protocole Montréal-Toulouse d’examen linguistique de l’aphasie (MT-86). Montréal : Éditions Ortho.

Tate, M. C., Herbet, G., Moritz-Gasser, S., Tate, J. E; Duffau, H Probabilistic map of critical functional regions of the human cerebral cortex: Broca’s area revisited. Brain, 137(10), 2773–2782.

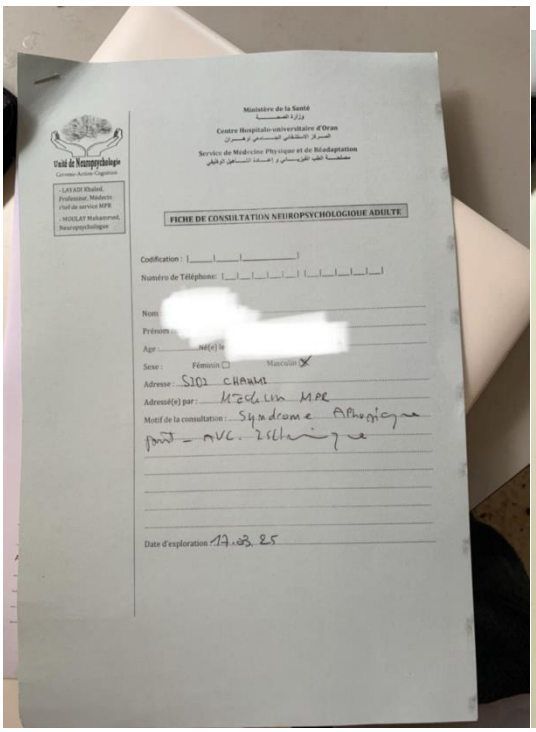
Valdois, S., Bosse, M.-L.; Tainturier, M. J. (2004). Cognitive correlates of developmental dyslexia: Review of evidence for a selective visual attentional deficit. Dyslexia, 10, 1–25.

Viader, F., Lambert, J., de la Sayette, V., Eustache, F., Morin, P., Morin,I. Lechevalier, B. (2002). Aphasie. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Neurologie (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS)

قائمة الملاحق

ملاحق:

الملف الطبي للحالة الأولى:



Ministère de la Santé
وزارة الصحة
Centre Hospitalo-universitaire d'Oran
المركز الاستشفائي الجامعي لوهران
Service de Médecine Physique et de Réadaptation
مصلحة الطب الفزيائي و إعادة التأهيل الوظيفي

Unité de Neuropsychologie
Cerveau Action Cognition

- LAYADI Khaled, Professeur, Médecin chef de service MPR
- MOULAY Mohammed, Neuropsychologue

FICHE DE CONSULTATION NEUROPSYCHOLOGIQUE ADULTE

Codification : |___|___|___|___|

Numéro de Téléphone: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom :

Prénom :

Age : N(é) le

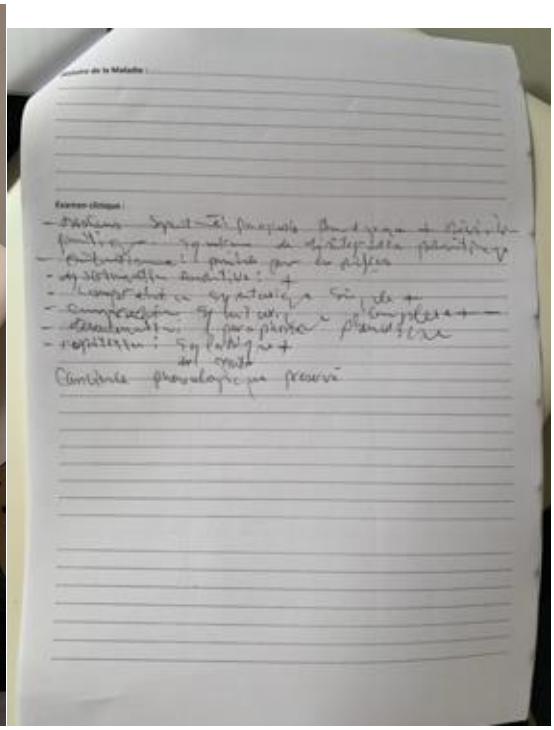
Sexe : Féminin ☐ Masculin ☒

Adresse : SIDI CHAHMI

Adressé(e) par : Médecin MPR

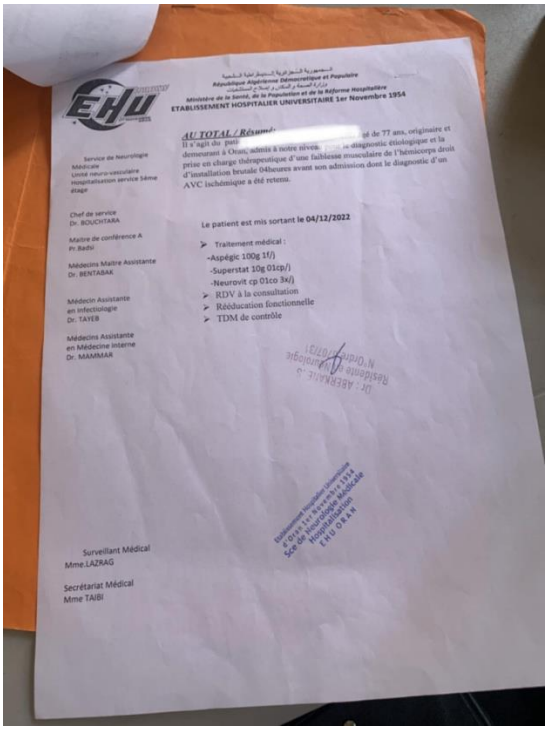
Motif de la consultation : Syndrome Aphasique post - AVC. Ischémique

Date d'exploration 17.03.25



Examen clinique :

- Diabète, Sujet tabagique et Cardiopathie
- Syndrome pyramidal
- Hémiplégie droite
- Aphasie : motrice pure
- Syndrome Cérébelleux :
- Langage et expression simple
- Compréhension et lecture conservées
- Dysarthrie : paraphasie phonétique
- Apraxie : Syndrome
- Hémianopsie
- Conscience phonologique préservée



EHU

Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
ETABLISSEMENT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE 1er Novembre 1954

Service de Neurologie Médicale
Unité neuro-vasculaire
Hospitalisation service 5ème étage

Chef de service
Dr. BOUCHTARA

Maitre de conférence A
Pr.Badsi

Médecins Maitre Assistante
Dr. BENTABAK

Médecin Assistante en infectiologie
Dr. TAYEB

Médecins Assistante en Médecine interne
Dr. MAMMAR

AU TOTAL / Résumé:

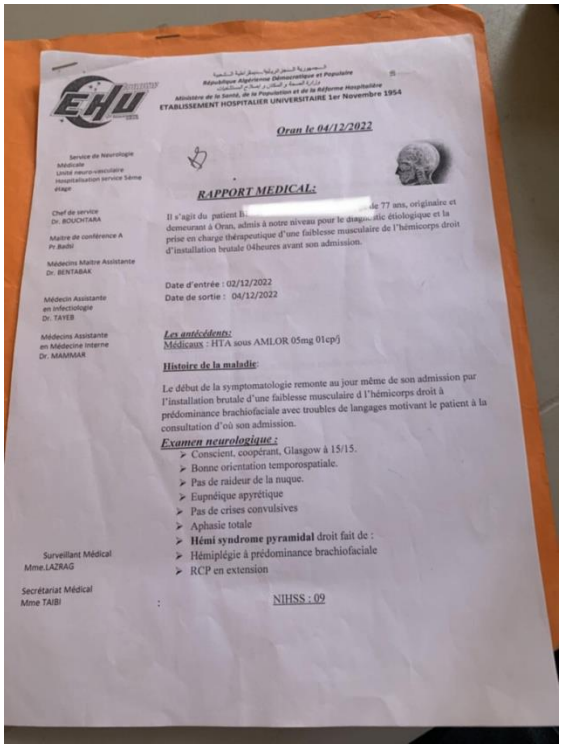
Il s'agit du patient [redacted] de 77 ans, originaire et demeurant à Oran, admis à notre niveau [redacted] diagnostic étiologique et la prise en charge thérapeutique d'une faiblesse musculaire de l'hémicorps droit d'installation brutale 04heures avant son admission dont le diagnostic d'un AVC ischémique a été retenu.

Le patient est mis sortant **le 04/12/2022**

- Traitement médical :
  - -Aspégic 100g 1f/j
  - -Superstat 10g 01cp/j
  - -Neurovit cp 01co 3x/j
- RDV à la consultation
- Rééducation fonctionnelle
- TDM de contrôle

Surveillant Médical
Mme.LAZRAG

Secrétariat Médical
Mme TAIBI



EHU

Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
ETABLISSEMENT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE 1er Novembre 1954

Service de Neurologie Médicale
Unité neuro-vasculaire
Hospitalisation service 5ème étage

Chef de service
Dr. BOUCHTARA

Maitre de conférence A
Pr.Badsi

Médecins Maitre Assistante
Dr. BENTABAK

Médecin Assistante en infectiologie
Dr. TAYEB

Médecins Assistante en Médecine interne
Dr. MAMMAR

Oran le 04/12/2022

RAPPORT MEDICAL:

Il s'agit du patient [redacted] de 77 ans, originaire et demeurant à Oran, admis à notre niveau pour le diagnostic étiologique et la prise en charge thérapeutique d'une faiblesse musculaire de l'hémicorps droit d'installation brutale 04heures avant son admission.

Date d'entrée : 02/12/2022
Date de sortie : 04/12/2022

Les antécédents:
Médicaux : HTA sous AMLOR 05mg 01cp/j

Histoire de la maladie:

Le début de la symptomatologie remonte au jour même de son admission par l'installation brutale d'une faiblesse musculaire d l'hémicorps droit à prédominance brachiofaciale avec troubles de langages motivant le patient à la consultation d'où son admission.

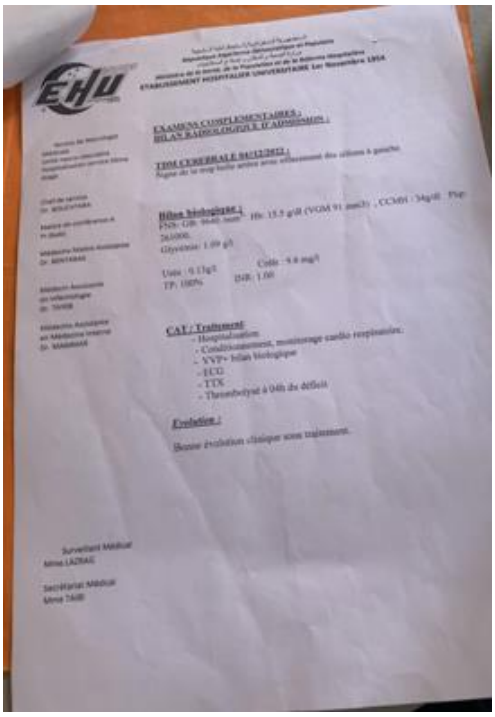
Examen neurologique :

- Conscient, coopérant, Glasgow à 15/15.
- Bonne orientation temporospatiale.
- Pas de raideur de la nuque.
- Eupnéique apyrétique
- Pas de crises convulsives
- Aphasie totale
- **Hémi syndrome pyramidal** droit fait de :
- Hémiplégie à prédominance brachiofaciale
- RCP en extension

NIHSS : 09

Surveillant Médical
Mme.LAZRAG

Secrétariat Médical
Mme TAIBI



EHU

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :
BILAN RADIOLOGIQUE D'ADMISSION :

TDM CEREBRALE 04/12/2022 :

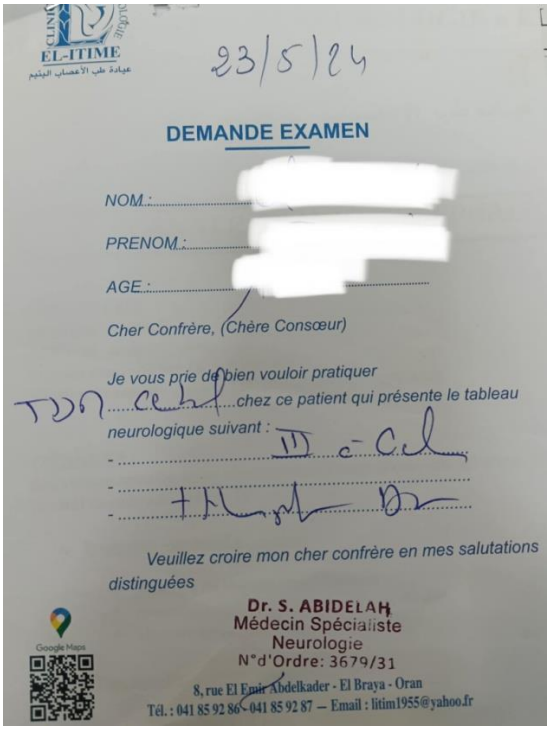
Bilan biologique :

CAT / Traitement :
- Hospitalisation
- Conditionnement, monitorage cardio respiratoire.
- VVP+ bilan biologique
- ECG
- TDC
- Thrombolyse à 04h du déficit

Evolution :

Bonne évolution clinique sous traitement.

الملف الطبي للحالة الثانية :



EL-ITIME
عيادة طب الأعصاب اليتيم

23/5/24

DEMANDE EXAMEN

NOM :
PRENOM :
AGE :

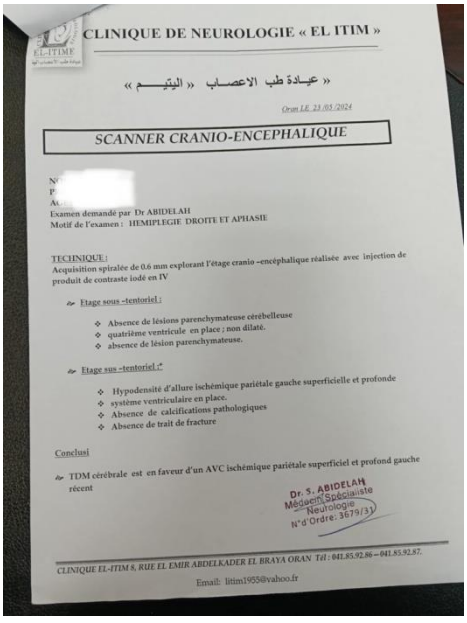
Cher Confrère, (Chère Consœur)

Je vous prie de bien vouloir pratiquer
TDM Cérébrale chez ce patient qui présente le tableau neurologique suivant :
- HI à Droite
-
-

Veuillez croire mon cher confrère en mes salutations distinguées

Dr. S. ABIDELAH
Médecin Spécialiste
Neurologie
N°d'Ordre: 3679/31

8, rue El Emir Abdelkader - El Braya - Oran
Tél. : 041 85 92 86 - 041 85 92 87 – Email : litim1955@yahoo.fr



CLINIQUE DE NEUROLOGIE « EL ITIM »

« عيادة طب الاعصاب « اليتيـــم »

Oran LE 23/05/2024

SCANNER CRANIO-ENCEPHALIQUE

N°
P
Ag
Examen demandé par Dr ABIDELAH
Motif de l'examen : HEMIPLEGIE DROITE ET APHASIE

TECHNIQUE :
Acquisition spiralée de 0.6 mm explorant l'étage cranio –encéphalique réalisée avec injection de produit de contraste iodé en IV

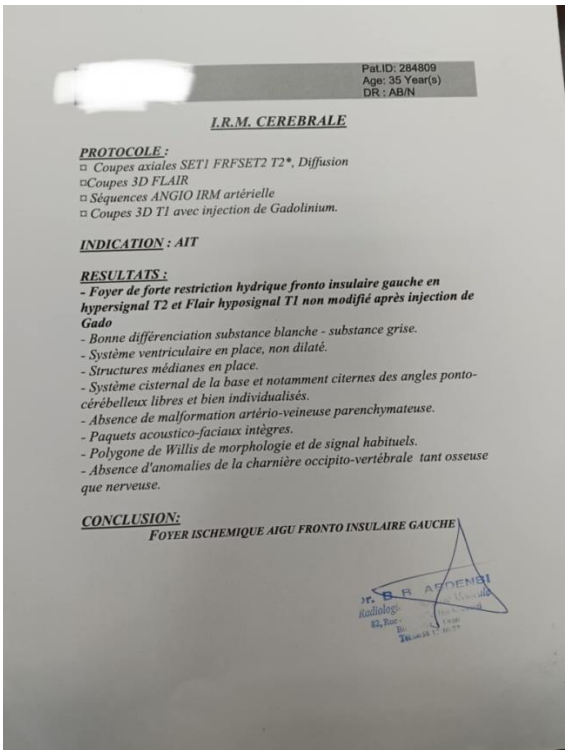
- Etage sous –tentoriel :
  - Absence de lésions parenchymateuse cérébelleuse
  - quatrième ventricule en place ; non dilaté.
  - absence de lésion parenchymateuse.
- Etage sus –tentoriel :
  - Hypodensité d'allure ischémique pariétale gauche superficielle et profonde
  - système ventriculaire en place.
  - Absence de calcifications pathologiques
  - Absence de trait de fracture

Conclusi

- TDM cérébrale est en faveur d'un AVC ischémique pariétale superficiel et profond gauche récent

Dr. S. ABIDELAH
Médecin Spécialiste
Neurologie
N°d'Ordre: 3679/31

CLINIQUE EL-ITIM 8, RUE EL EMIR ABDELKADER EL BRAYA ORAN Tél : 041.85.92.86 – 041.85.92.87.
Email: litim1955@yahoo.fr



[redacted] PatID: 284809
Age: 35 Year(s)
DR : AB/N

I.R.M. CEREBRALE

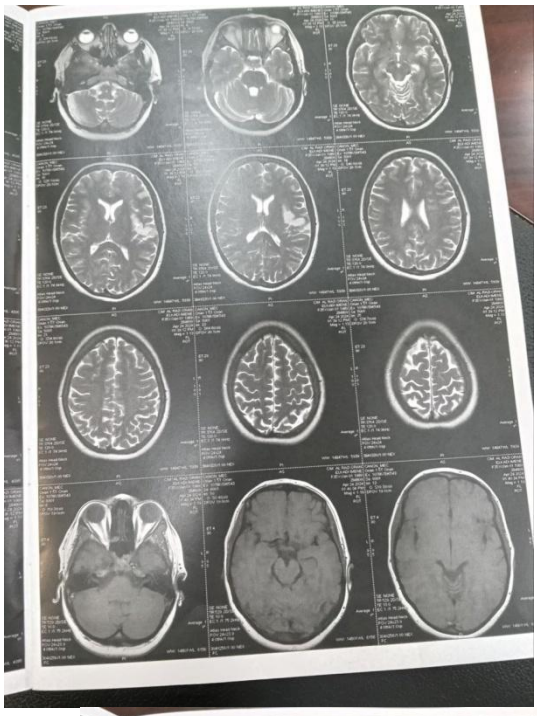
PROTOCOLE :
- Coupes axiales SET1 FRFSET2 T2*, Diffusion
- Coupes 3D FLAIR
- Séquences ANGIO IRM artérielle
- Coupes 3D T1 avec injection de Gadolinium.

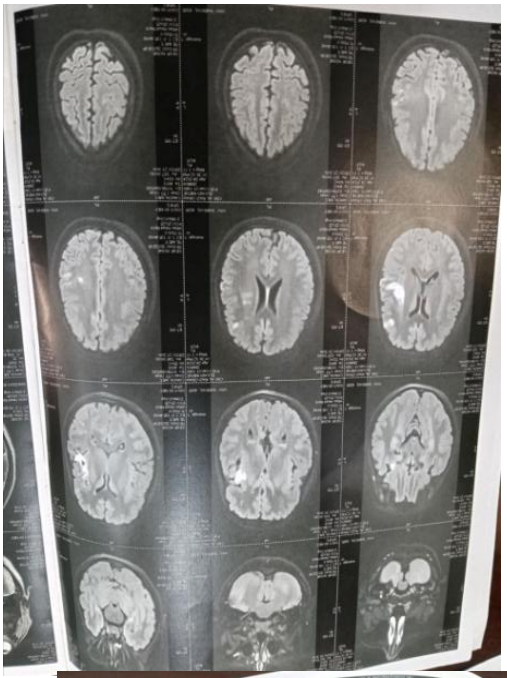
INDICATION : AIT

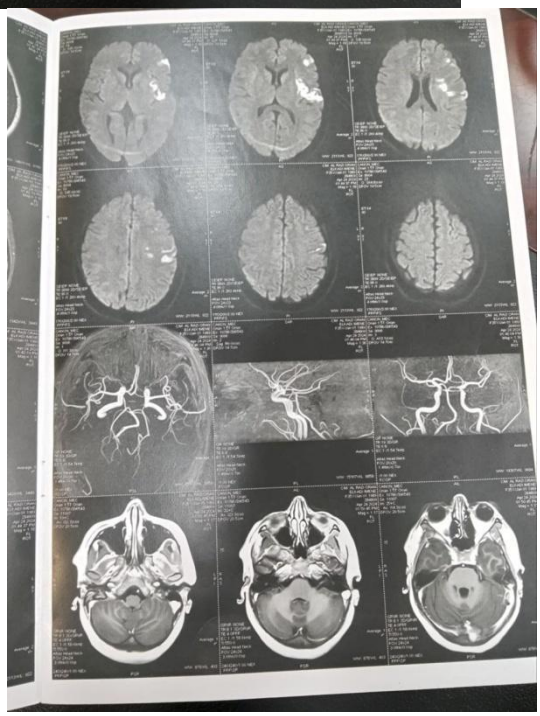
RESULTATS :
- Foyer de forte restriction hydrique fronto insulaire gauche en hypersignal T2 et Flair hyposignal T1 non modifié après injection de Gado
- Bonne différenciation substance blanche - substance grise.
- Système ventriculaire en place, non dilaté.
- Structures médianes en place.
- Système cisternal de la base et notamment citernes des angles ponto-cérébelleux libres et bien individualisés.
- Absence de malformation artério-veineuse parenchymateuse.
- Paquets acoustico-faciaux intègres.
- Polygone de Willis de morphologie et de signal habituels.
- Absence d'anomalies de la charnière occipito-vertébrale tant osseuse que nerveuse.

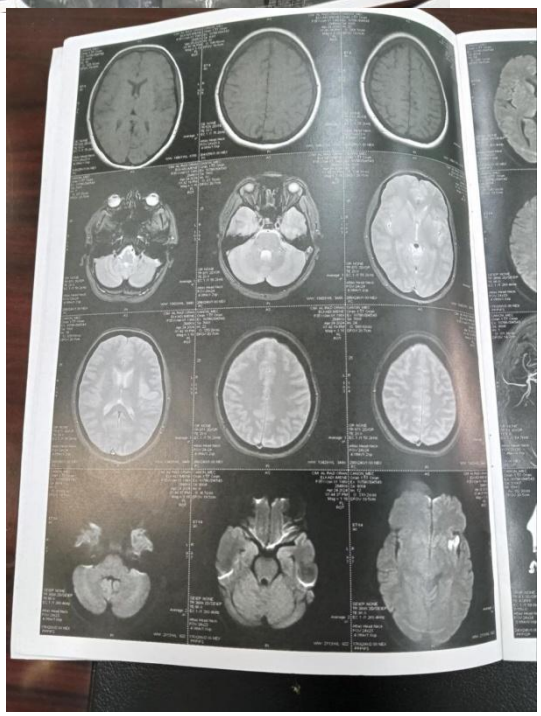
CONCLUSION:
FOYER ISCHEMIQUE AIGU FRONTO INSULAIRE GAUCHE

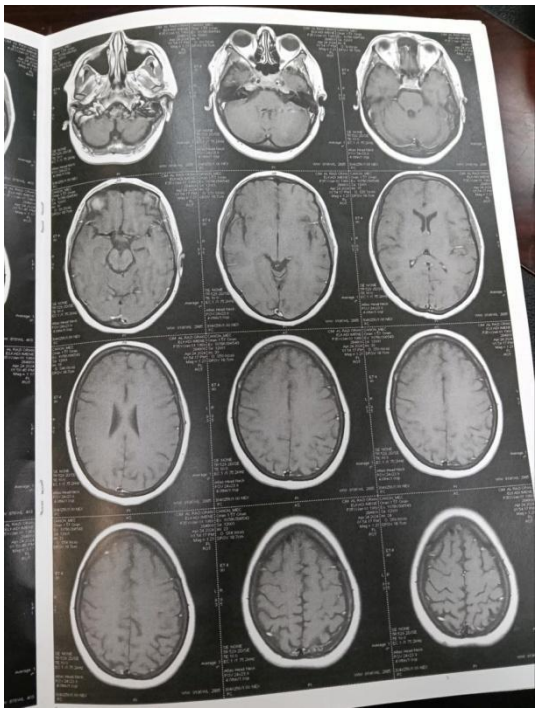
Dr. B. R ARENES
Radiologi...









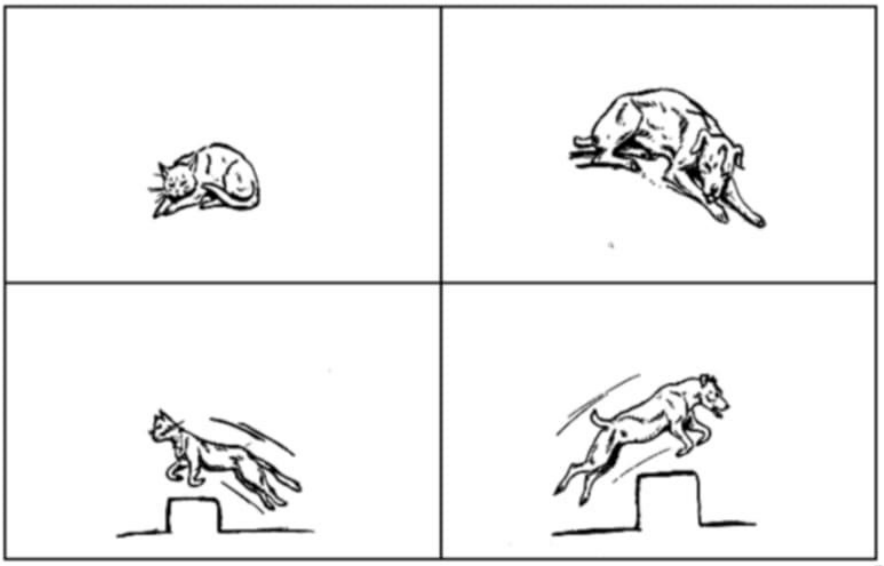


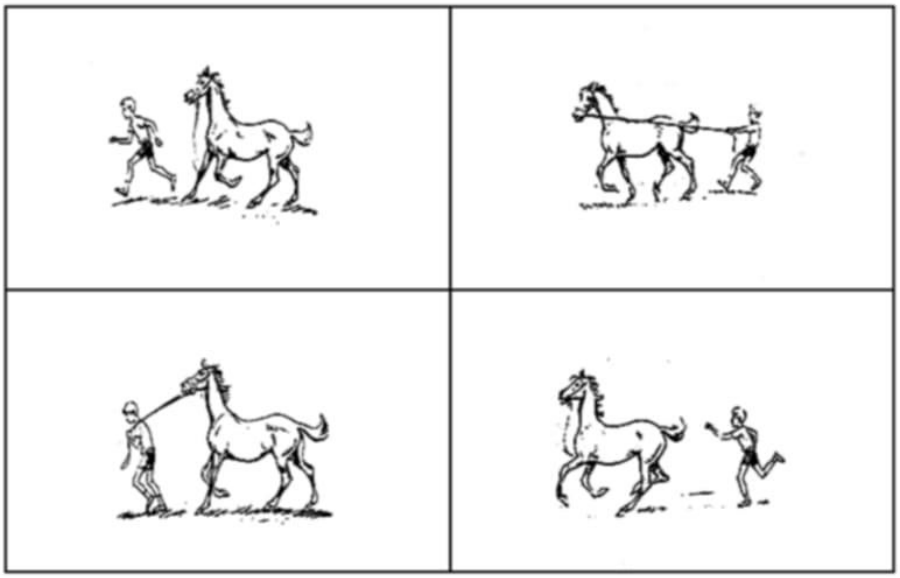
الملاحق : MT86

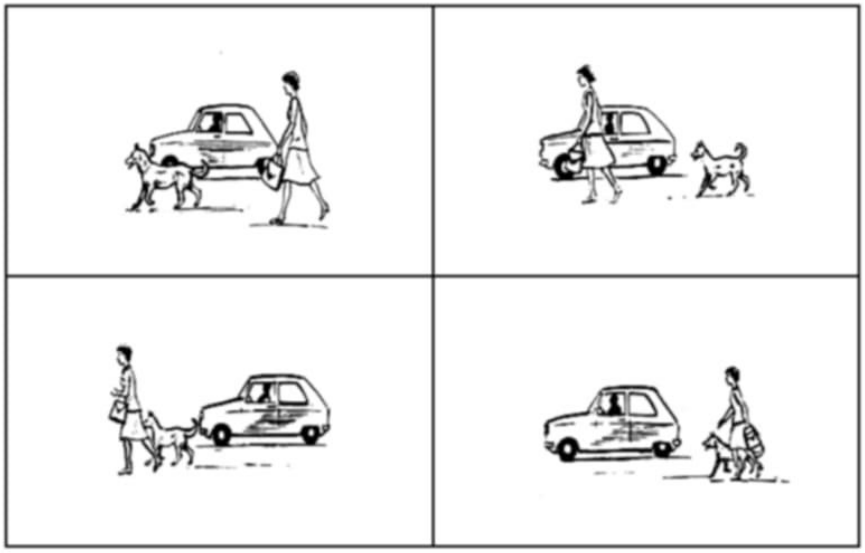
اختبار بند فهم التراكيب النحوية المعقدة:

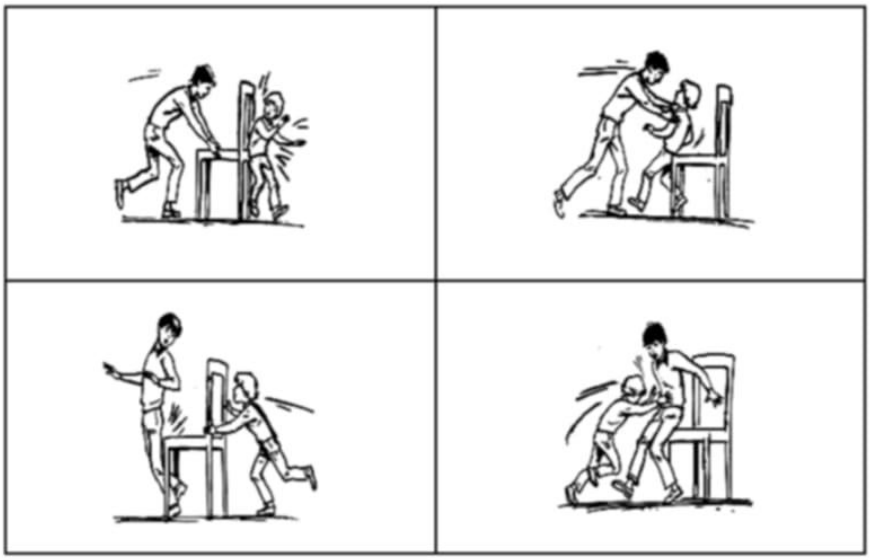












ملخص الدراسة:

يتمحور موضوع دراستنا حول دراسة الفهم الشفهي للتراكيب النحوية المعقدة لدى الأشخاص المصابين بالحبسة الحركية الناتجة عن حادث وعائي دماغي تجلطي، بهدف معرفة إن كانت هذه التراكيب سليمة أم مضطربة في حالة إصابة على مستوى التلفيف الجبهي الثالث الأيسر، الذي عرف مند الدراسات الأولى كمركز محض لإنجاز اللغة من الجانب الشفهي؛ حيث بينت نتائج دراستنا الوصفية حالتين مصابتين بهذا النوع من الحبسة باستعمال بند فهم التراكيب النحوية من اختبار (MTA-2002) وجود اختلال لكلا الحالتين على مستوى فهم التراكيب النحوية سالفة الذكر عكس ذلك بالنسبة للتراكيب البسيطة.

كلمات المفتاحية: الحبسة الحركية، الفهم الشفهي للتراكيب النحوية المعقدة.

Resumé:

Notre étude porte sur la compréhension orale des structures syntaxiques complexes chez des patients atteints d'aphasie motrice consécutive à un accident vasculaire cérébral ischémique. Elle vise à déterminer si ces structures sont préservées ou altérées en cas de lésion au niveau du gyrus frontal inférieur gauche, identifié depuis les premières recherches comme le centre principal de la production du langage oral.

Les résultats de notre étude descriptive menée sur deux cas cliniques atteints de ce type d'aphasie, à l'aide de la sous-épreuve de compréhension syntaxique du test (MTA-2002), ont révélé une altération de la compréhension des structures syntaxiques complexes chez les deux patients, contrairement à la compréhension des structures syntaxiques simples qui, elle, est restée relativement préservée.

Mots-clés : aphasie motrice – compréhension orale – structures syntaxiques complexes