الجمهـورية الجـزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne démocratique et Populaire
وزارة التعليـم العـالي والبحـث العلمـي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
جامعة وهران 2 محمد بن احمد
Université d'Oran 2 Mohamed Ben Ahmed
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس الأرطوفونيا

محاضرات مقياس:

علم النفس العصبي العيادي وأساليب التكفل

مطبوعة بيداغوجية موجهة لطلبة السنة الأولى ماسترتخصص أمراض اللغة والتواصل

من إعداد: د. طيارشهيناز - أستاذة محاضرة (أ)

رئيس القسم	رئيسة اللجنة العلمية	رئيس المجلس العلمي

السنة الجامعية: 2023-2024

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne démocratique et Populaire
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
جامعة وهران 2 محمد بن احمد
Université d'Oran 2 Mohamed Ben Ahmed
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس الأرطوفونيا

محاضرات مقياس:

علم النفس العصبي العيادي وأساليب التكفل

مطبوعة بيداغوجية موجهة لطلبة السنة الأولى ماستر تخصص أمراض اللغة والتواصل

من إعداد: د. طيار شهيناز - أستاذة محاضرة (أ)

رئيس القسم	رئيسة اللجنة العلمية	رئيس المجلس العلمي

السنة الجامعية: 2023-2024

الفهرس

الصفحة

المقدمة.....05

المحور الأول: عموميات حول علم النفس العصبي العيادي

محاضرة رقم (01): علم النفس العصبي العيادي.....06

محاضرة رقم (02): الإصابات الدماغية.....09

محاضرة رقم (03): النماذج المعرفية للغة.....13

المحور الثاني: الحبسة والاضطرابات اللغوية المرافقة لها

محاضرة رقم (04): الحبسة وتاريخها.....17

محاضرة رقم (05): أسباب الحبسة.....22

محاضرة رقم (06): الأعراض اللغوية للحبسة.....31

محاضرة رقم (07): الأعراض النفس-عصبية للحبسة.....42

محاضرة رقم (08): حبسة بروكا/ حبسة فرنيكي.....50

محاضرة رقم (09): حبسة التوصيلية/ الحبسة النسيانية/ الحبسة الكلية.....55

محاضرة رقم (10): حبسة عبر القشرية الحركية.....60

محاضرة رقم (11): الحبسة الأولية الانحلالية(APP).....63

محاضرة رقم (12): تسميات الحبسة.....72

محاضرة رقم (13): تصنيف الحبسة.....76

محاضرة رقم (14): المقاربات الحبسية.....81

محاضرة رقم (15): الفحص الأرطوفوني للحبسة.....91

الخاتمة.....99

قائمة المراجع.....100

المقدمة

تمثل هذه المطبوعة البيداغوجية محاضرات مقياس علم النفس العصبي العيادي وأساليب التكفل في السداسي الثاني لطلبة الماستر في تخصص أمراض اللغة والتواصل حيث قمت بتدريس هذه الوحدة منذ السنة الجامعية 2019-2020 حيث تندرج هذه الوحدة ضمن الوحدات التعليمية الأساسية في التخصص بمعامل 03 وبأرصدة عددها 05.

لقد قسمت المطبوعة وفقا لمحتوى البرنامج المُعتمد من طرف الوزارة إلى ثلاثة محاور:

يشمل المحور الأول عموميات حول علم النفس العصبي حيث يحتوي على تعريف علم النفس العصبي والاصابات الدماغية.

يشمل المحور الثاني الحبسة والاضطرابات اللغوية المرافقة لها، حيث تهدف هذه الوحدة إلى دراسة العلاقة بين الوظائف العقلية العليا بالبنيات الدماغية. يتم تقييم وحدة علم النفس العبي العيادي وأساليب التكفل من خلال إجراء تقييم مستمر وامتحان في نهاية السداسي.

المحور الأول: عموميات حول علم النفس العصبي العيادي

يشمل المحور الأول عموميات حول علم النفس العصبي العيادي وتطور علم النفس عبر الزمن، أما المحاضرة الثانية مخصصة للدماغ والخلل الذي يصيبه.

محاضرة رقم (01): علم النفس العصبي العيادي

1-تعريف علم النفس العصبي العيادي

هو العلم الذي يقوم بدراسة العلاقة بين السلوك والدماغ أو هو دراسة العلاقة بين وظائف المخ من ناحية والسلوك من ناحية أخرى، كما يمكن تعريفه على أنه دراسة العلاقة بين وظائف الدماغ والسلوك البشري.

يعمل هذا العلم على فهم، تقييم وعلاج السلوكيات التي ترتبط مباشرة بوظيفة الدماغ.

يستمد علم النفس العصبي معلوماته من علم التشريح (anatomie) وعلوم الحياة(biologie) ، وعلم الأدوية(pharmacologie) ، وعلم وظائف الأعضاء(physiologie).

علم النفس العصبي تخصص علمي واكلينيكي يدرس الوظائف العقلية العليا المرتبطة بالبنيات الدماغية عن طريق ملاحظة للحالات العيادية التي تعاني من إصابات دماغية ولادية، صدمية، جراحية ...

من الناحية التطبيقية العملية يعمل علم النفس العصبي على تشخيص، تقييم وعلاج الاضطرابات المعرفية الخاصة بالدماغ.

نميز نوعين من الاضطرابات:

- **الاضطرابات المكتسبة:** عبارة عن فقدان وظيفة تم اكتسابها من قبل. عند الطفل نتكلم عن اضطرابات مكتسبة إلا بعد انتهاء مرحلة اكتساب كل المهارات المعنية بالاضطراب، مثال: طفل مصاب بحبسة يفقد لغته بعد أن كان يتكلم بصفة عادية.
- **اضطرابات النمو أو الاضطرابات النمائية:** عبارة عن اضطرابات التي وقعت اثناء الحياة المبكرة للطفل (الحياة الجنينية) والتي تظهر على شكل عجز دائم على تطوير وظيفة معينة (لغة، حركة...).

2-نشأة علم النفس العصبي العيادي

نشاء علم النفس العصبي من تفاعل علم الأعصاب وعلم النفس كما أنه يستفيد من كل المعارف المقدمة من طرف العلوم العصبية واللسانيات.

علم النفس العصبي ليس بعلم جديد النشأة وإنما ترجع أصوله إلى العصور القديمة حيث بين (Imhotep) إموتيب (رجل متعدد المعارف، طبيب، فيلسوف، مهندس ومستشار الملك) العلاقة المتواجدة بين الدماغ والأعراض الإكلينيكية وذلك 30 قرن قبل الميلاد.

إعتبر في عهد بيتاغور (pytagore) وبلاتون (palton) أن للدماغ وظيفتين: الأولى تحكم الجسم والثانية تحكم الروح الفكري علما أن الروح الإنفعالي متواجد في القلب.

سيطر نموذج غاليا (galien) لمدة 10 قرون حيث إعتبر أن الدماغ مشكل من ثلاثة أجزاء البطين الأمامي الذي يحتوي على الخيال والتصور، البطين المتوسط الذي يحتوي على المعرفة والعقل، والبطين الخلفي مركز الذاكرة. لم يتم إثبات هذه النظريات طالما لم يوجد علم التشريح الدماغ بصفة علمية علما أن تشريح الجثث كان ممنوع منذ العهد الروماني.

في عهد النهضة (1553-1985) (la renaissance) قام بعض العلماء بتقديم معلومات حول الشريح بفضل تشريح الجثث وإنطلاقا من ذلك العهد تم تأسيس مصطلح علم النفس العصبي بالرغم من إستعماله من قبل ولكنه أخذ معناه المعاصر إلا في سنة 1950.

في القرن 19 بدأ الباحثون بتطوير طرق دراسة الوظائف العقلية وكذلك دراسة البنيات والنشاط الدماغي، حيث يعتبر فرانز جوزيف جال F.G.Gall (1758-1828) أول من طور هذا

العلم ولكن محاولته كانت فاشلة بسبب كل الأخطاء المنهجية والعملية مما يواجه عدد هائل من الانتقادات.

ركزت دراسته على أن للإنسان مهارات عقلية خاصة تظهر من خلال تضخم المنطقة الدماغية المسؤولة على ذلك. ولإثبات العلاقة المتواجدة بين التقطيع الدماغي والوظائف الدماغية قام (Gall) بالبحث عن النتوءات (bosse) المتواجدة على الجمجمة وذلك باستعمال الملامسة (la palpation).

المحاضرة رقم (02):

الإصابات الدماغية

يعتبر الدماغ المركز الأساسي المسؤول على قيام وتنظيم القدرات المعرفية للإنسان، فأي اصابة على مستوى هذا الأخير تؤدي حتما الى اختلال هذه القدرات وظهور اضطرابات نذكر منها: الحبسة (Aphasie)، التي يعرفها الاخصائيون على أنها اضطراب لغوي ناتج عن اصابة دماغية على مستوى الفص الدماغي الأيسر لذوي السيطرة اليمينية.

1-أسباب الاصابات الدماغية

هناك عدة أسباب قد تعرقل عمل الدماغ منها:

- **الصدمات:(traumatisme)**

تتراوح الحوادث المسببة لهذه الصدمات من حوادث السيارات إلى السقوط من السلالم ونتائجها واسعة المدى حيث تكون إصابة الرأس سواء مغلقة أو مفتوحة.

- **الحوادث الوعائية الدماغية: (AVC)**

عادة ما تنتج عن انسداد الأوعية الدماغية المغذية للدماغ أو عن تمزقها، وتعتبر الحوادث الوعائية الدماغية من الأسباب الشائعة المؤدية لوفاة الشخص.

- **الأورام: (Tumeurs)**

يمكن للأورام الدماغية أن تنمو داخل أو خارج الدماغ، حيث تكون الاعراض الأولية لهذه الأورام صداع، مشاكل على مستوى الرؤية ومع نمو الورم تزداد أعراضه مثل ضعف الذاكرة، مشاكل انفعالية، ضعف التناسق الحركي....

يمكن إزالة الأورام جراحيا ولكن هذه العملية نفسها تؤدي إلى تلف أكبر في الدماغ، وهناك أورام لا يمكن علاجها جراحيا ففي هذه الحالة يتم اقتراح العلاج الإشعاعي.

- **الأمراض الانحلالية العصبية: (Maladies Neurodegenerative)**

الأمراض الانحلالية العصبية مجموعة من الاضطرابات التي تنتج عن انحلال وتدهور الخلايا العصبية في الجهاز العصبي المركزي، ومن الأمراض الشائعة: مرض باركنسون، مرض ألزهايمر وغيرها من الأمراض حيث يكون هناك انحلال دماغي متزايد واضطرابات حادة قد تمس عدة جوانب منها معرفية، سلوكية، حركية، لغوية، بلعية...

- **سوء التغذية: (Malnutrition)**

يمكن أن يؤدي سوء التغذية إلى اضطرابات عصبية مختلفة مثل البيري بري الذي يترجم نقص في الفيتامين B1...

- **الاضطرابات التسممية: (Intoxications)**

هناك مجموعة من المعادن والسموم والغازات وحتى النباتات التي يتم امتصاصها عن طريق الجلد وتؤدي إلى الاضطرابات على مستوى الدماغ.

- **الإستهلاك المزمن للكحول: (Alcoolisme)**

غالبا ما يؤدي التناول المزمن للكحول إلى تغيرات في حساسية النقل العصبي وتقلص في النسيج الدماغي.

إن هناك بعض الدراسات التي أجريت على الفئران والاستنتاجات على الإنسان بينت أن الإصابة على مستوى الدماغ في مرحلة الرضاعة (قبل سنتين) تؤثر بصفة دالة على حجم الدماغ مما تجعله أصغر في سن الرشد.

2- أعراض الاصابات الدماغية

أشرت بعض الدراسات إلى أن التلف الدماغي في مرحلة الطفولة يؤثر على الذاكرة العاملة وعلى السلوك الاجتماعي خصوصا إذا كانت الإصابة تتموقع في الفصوص الأمامية.

ومن الأعراض الشائعة المرتبطة بالتلف الدماغي حسب (الشقيرات، 2005) نجد:

- **خلل في التوجه الزماني والمكاني**

كعدم قدرة الحالة على تسمية أيام الأسابيع أو حتى معرفة ما يحيط به...

- **خلل على مستوى الذاكرة العاملة وعلى مستوى الاسترجاع**

يواجه المرضى صعوبة في استرجاع المعلومات التي تم تعلمها من قبل، كما أنهم يعانون من خلل في معالجة المعلومات لما تتطلب تدخل الذاكرة طويلة المدى.

- **خلل في الانتباه**

يصعب الحالة التي تعاني من تلف دماغي التركيز على مثير واحد وتجاهل المثيرات الغير ضرورية مثل الضجيج، حيث يؤثر هذا التشتت على عملية التعلم.

- **خلل في الحكم**

يواجه المريض صعوبة في اتخاذ القرارات أو الحكم على المعلومات بطريقة عقلانية حتى وإن كانت بسيطة مثل: ماذا يتناول في الغذاء أو ما يرتديه...

- **عدم الاستقرار الوجداني**

قد يضحك المريض أو ينسحب بسرعة وبصورة غير ملائمة للموقف، ينتقل من الفرح إلى البكاء ...

- **فقدان الليونة الانفعالية والعقلية**

يمكن ملاحظة ردود أفعال غير مناسبة بمجرد إجراء تغير بسيط في بيئة الحالة.

محاضرة رقم (03):

النماذج المعرفية للغة

ظهر علم النفس العصبي المعرفي في 1970 في بريطانيا كرد فعل للتيار الكلاسيكي السائد آن ذاك لعلم النفس العصبي، حيث كان يهدف علم النفس العصبي إلى تحديد الوظائف المتضررة والمحتفظ بها من طرف الحالات المصابة بالحبسة بعد الصدمات الدماغية.

يساعد علم النفس العصبي على فهم التوظيف النفسي للمناطق العصبية من خلال دراسة العجز الذي يعاني منه الأشخاص المصابين بالإصابات الدماغية. بالتالي أبرز هذا التخصص المتلازمة التشريحية-الوظيفية (أي لكل منطقة في الدماغ وظيفة معينة).

تطور علم النفس المعرفي بشكل سريع ليصبح اليوم المقاربة السائدة في علم النفس العصبي لأنه يسمح بفهم وتفسير السلوكات التي تظهر بعد الإصابة الدماغية باستخدام طرق تجريبية حديثة لدراسة العوامل المتدخلة في الأداء.

بعد 1987، عرف علم النفس المعرفي تقدما كبير خاصة بتطور طرق التصوير الدماغي (IRM) وظهور (IRMF) المستعمل لقياس التغيرات التي تطرأ على التدفق الدم في المناطق المتخصصة في الدماغ عند القيام بالمهام المعرفي.

تم التخلي على النظريات التي تربط مباشرة المناطق الدماغية المختلة بالاضطراب الذي يمس اللغة والكلام وتم تعويضه تدريجيا بالنماذج المتدخلة في معالجة المعلومات. من بين أشهر النماذج المستعملة هي: نموذج الشبكات المستقلة لـ caramazza et Hillis (1995)

حيث أن معرفته أمر أساسي من أجل تحديد الأنظمة المتضررة عند التقييم الأرطوفوني.

لهذا النموذج فوائد علمية وعملية كبيرة كون أنه يسمح بتجاوز المسار المتضرر واستعمال مسارات أخرى تعويضية للوصول إلى نفس المهمة. حيث تم الاستعانة بالمعلومات المقدمة من طرف(Sabadell, 2022) وآخرون.

1- نموذج الشبكات المستقلة لكارامازا وهيليس 1995:

تشمل نموذج كارامازا وهيليس من عدة أنظمة وهي:

- **المعجم الفونولوجي للمدخل(lexique phonologique d'entrée)**

الذي يضم سِجِل للتمثيلات الفونولوجية المعجمية للكلمات التي تنتمي إلى لغة معينة

- **المعجم الاملائي للمدخل (lexique orthographique d'entrée)**

الذي يضم سجِل التمثيلات الكتابية (orthographique) للكلمات

- **نظام الاوصاف البنيوية (système de description structurale)**

يتم اللجوء إليه في حالة عرض صورة

- **المعجم الدلالي أو النظام الدلالي (système sémantique):**

هو نظام أساسي في النماذج المعرفية للغة وللذاكرة حيث يضم أهم ما جمعه الانسان طول حياته من خبرات، معارف، مفاهيم، ثقافة عامة

- **المعجم الفونولوجي للمخرج (lexique phonologique de sortie)**

الذي يشمل على كل التمثيلات الفونولوجية للكلمات.

- **المعجم الاملائي للمخرج (lexique orthographique de sortie)**

يشمل على التمثيلات الهجائية للكلمات.

- **ذاكرة الصقل (la mémoire tampon ou buffer)**

تسمح بتنظيم المعلومات التي يستقبلها الانسان إضافة إلى الحفاظ عليها بشكل مؤقت قبل معالجتها.

2-النموذج التسلسلي لـ Levelt (1991، 1999)

يتكون هذا النموذج من ثلاثة مستويات حيث إمكانية نقل المعلومة من مستوى إلى أخر لا يتم إلا في إتجاه واحد، كما أن الانتقال من مستوى إلى أخر لا يتم إلا بعد الانتهاء منه في المستوى الأسبق.(Sainson, 2022)

- **مستوى المفاهيم المعجمية والدلالية (niveau conceptuel et sémantique)**

تكلم لفلت على العقد وهي عبارة على تمثيلات ذهنية مجردة للكلمات، فهي مرتبطة فيما بعضها عن طريق روبط دلالية.

- **مستوى النحوي(niveau syntaxique)**

يشمل هذا المستوى شكل وبناء الجمل من ترتيب، إعراب، وقواعد النحو.

- **مستوى الفونولوجي(niveau phonologique)**

يتم في هذا المستوى إسترجاع الشكل الفونولوجي الدقيق للكلمات، التخطيط المقطعي والنغمي والتأهيل النطقي (تنظيم وتخطيط أعضاء النطق).

3-النموذج التفاعلي لـ Dell (1997)

نموذج دال مزدوج الاتجاه حيث يتم الرجوع إلى المستويات السابقة وذلك عكس نموذج لفلت.

يسمح هذا النموذج التفاعلي من تفسير الانتاجات اللغوية وخاصة في حالة الإنتاجات الخاطئة (التحويلات الحبسية) من مرحلتين اساسيتين هما: مرحلة الاختيار المعجمي (sélection lexicale) ومرحلة الترميز الفونولوجي (encodage phonologique).

- **مرحلة الأولى: مرحلة الانتقاء المعجمي:**

تخضع الكلمة المراد إنتاجها لموجة تنشيط للخصائص الدلالية لفترة زمنية محددة (بسرعة كبيرة)، وهي عملية دماغية تستغرق أحيانًا أقل من ثانية. بعد ذلك، يتم اختيار الكلمة (وهذا يتوافق مع المرحلة الأولى من الانتقاء المعجمي).

- **المرحلة الثانية: مرحلة الترميز الفونولوجي:**

تبدأ بموجة تنشيط تبدأ من الكلمة المختارة، ثم تمتد إلى المستوى الفونولوجي، ثم يتم اختيار الفونيمات الأكثر نشاطًا وترتيبها في إطار صوتي.

كل مرحلة من المرحلتين متكونة من ثلاثة مستويات ولا يتم تنشيطها دائما بهذا الترتيب وهي: المستوى الدلالي (المتعلق بالمعاني)، المستوى المعجمي (المتعلق بالكلمات)، المستوى الفونولوجي (المتعلق بالمكونات الفونيمية).

المستويات الثلاثة المذكورة متصلة بروابط إثارة ثنائية الاتجاه؛ ولا توجد روابط مثبطة في هذا النموذج. ويتفاعل كل مستوى مع المستويات المجاورة. هناك روابط تنازلية تنتقل من المستوى الأول (الدلالي) إلى المستوى الثاني (المعجمي)، ثم من هذا المستوى الثاني إلى الثالث (الفنولوجي). أما الروابط الصاعدة فتسير في الاتجاه المعاكس؛ حيث تُستعاد الكلمات بفضل انتشار التنشيط في النموذج عبر هذه المستويات الثلاثة.

محاضرة رقم (04):
الحبسة وتاريخها

1-تعريف الحبسة

الحبسة هي ضياع أو فقدان كلي أو جزئي للقدرة على التواصل أي التكلم أو فهم ما يقال. والحبسة هي عبارة عن اضطراب الكلام مصحوب باضطرابات لغوية، وهي تمس كل نماذج الاتصال: القراءة، التعبير، الفهم...، غالبا ما لا يستطيع الحبسي تسمية الأشياء ولا العثور على أسماء الأشخاص التي يعرفها، ولا حتى الإجابة بصفة واضحة بنعم أو لا.

الحبسة هي اضطراب مكتسب أي يصاب بها الشخص بعد اكتسابه للغة وهي تمس بقدر متساوي الرجال والنساء، كما أنها اضطراب الرمز اللغوي الذي يصيب الترميز (التعبير) وفك الترميز (الفهم) سواء للغة الشفهية أم المكتوبة.

يعرفها العلماء كالتالي:

- **تعريف: (PIALOUX)**

قام بيالوا بتعريف الحبسة على أنها اضطراب في اختيار تسلسل الحروف أو اضطراب في استعمال الكلمات أثناء الكلام. (Pialoux, 1975)

- **تعريف: (DUMART)**

عرفها الباحث على أنها اضطراب على مستوى الفهم وعلى مستوى استعمال الرموز اللفظية أو الكتابية للغة.(Dumart, 1993)

- **تعريف: (TROUSSEAU)**

الحبسة حسب تروسوا اضطراب الرمز اللغوي الذي يصيب الترميز(التعبير)، وفك الترميز (الفهم) وكذلك اللغة الشفهية والمكتوبة وذلك راجع إلى إصابة دماغية.(Brin, 2014)

- **تعريف: (RONDAL)**

الحبسة حسب روندال اضطراب أو فقدان اللغة الشفهية أو المكتوبة أو الاثنين معا، وهي ناتجة عن إصابة الجهاز العصبي المركزي(Barbizet, 1977)

- **تعريف: (HEAD)**

عرف هاد الحبسة على انها اضطراب في التعبير الرمزي، وهي تمس الفهم واستعمال الرموز الخاصة باللغة، كما يرى ان الانتاجات اللغوية الخاضعة للقواعد النحوية تحدث قبل الانتاجات اللغوية العفوية.(Eustache, 1996)

- **تعريف: (OMBREDANE)**

يرى انها اضطراب في استعمال الممثل للغة بواسطة تدخل التمثيل الرمزي، اصابة الجوانب الحسية الحركية، تشوه نفسي وسلوكي عام وغياب كبير للذكاء.(Eustache, 1993)

- **تعريف: (ALLAJOUANINE)**

الحبسة ناتجة عن عدم التنسيق بين الالياف النفسية الحسية الحركية التي تتدخل في عمليتي الادراك والتعبير في نصف الكرة المخية المسيطرة(Barbizet, Duizabo, 1997)

- **تعريف: (LECOURS, et col)**

حسب (Lecours et Lhermitte) الحبسة اضطراب لغوي يتضمن اصابة القواعد اللغوية الضرورية للتعبير، والفهم، له علاقة بإصابة دماغية تصيب منطقة اللغة .A.R. Lecours, F. Lhermitte, 1979)

- **تعريف: (Sabadell, et col,)**

الحبسة عبارة عن فقدان أو ضياع مكتسب للنظام اللساني نتيجة عن إصابة الجهاز العصبي، تمس الحبسة كل الأنظمة المتدخلة في معالجة المعلومة اللغوية أي الإنتاج، الفهم، القراءة والكتابة، الحركة. ينتج عن الحبسة اضطراب النظام الدلالي، المعجمي، الفونولوجي والبراغماتي.(Sabadell, et coll, 2022)

2-تاريخ الحبسة

اعتبر الباحثون أثناء القرن 18 الدماغ على أنه كتلة متجانسة (Une masse homogène) ولكن في أواخر القرن 18 وبداية القرن 19 قدم العالم (GALL) (1758-1828) دراسة حول الجانب الوظيفي للدماغ واعتبر أن نصفي الكرة المخية تتكون من عدة أعضاء قائمة بحد ذاتها تحكم الإمكانيات السلوكية المعرفية والعقلية، ومنها أعطى نشأة لفرعين:

- **الفرينولوجيا**

وهي دراسة الصفات العقلية للإنسان من خلال الشكل الخارجي للدماغ.

- **علم النفس العصبي**

وهي دراسة العلاقة من جهة بين الظواهر النفسية، المعرفية والعاطفية ومن جهة أخرى البنية الفيزيولوجية للدماغ.

أسس (GALL) مصطلح "الذاكرة اللفظية (La mémoire verbale) التي تقع في الفصوص الأمامية للدماغ. وفي سنة 1825 طور (BATISTE ET BOUILLOUD) هذه الفكرة واعتبر أن مكان الاصابة يحدد من خلال الأعراض المؤدية إليه.

يرى (MARC DAX) (1770-1837) أن كل إصابة على مستوى نصف الكرة المخية اليسرى يسبب فقدان الذاكرة الكلامية. كما أعطى (PAUL BROCA) (1824-1880) اسم (Aphémie) للاضطرابات المكتسب للقدرات اللغوية المنطوقة، واعتبر أن مقر الإصابة يتركز في التلفيف الجبهي الثالث للفص الجبهي، مع غياب شلل أعضاء التصويت وبدون تخريب الذكاء.

استبدل العالم (A.TROUSSEAU) (1801-1867) مصطلح (Aphémie) بمصطلح آخر وهو (Aphasie) وأدرجها ضمن الاضطرابات التي تمس الذكاء.

درس (BAILLARGER) (1806-1891) الحبسة من الناحية النفسية، ووجد نوعان من الحبسة:

- غياب اللغة مع امكانية وجود ظاهرة التفكك بين العفوي والإرادي
- اللغة متلفة مع وجود ظاهرة التفكك العفوي والإرادي.

(Dissociation automatico-volontaire)

اكتشف (WERNICKE) (1845-1905) نوع آخر من الحبسة التي يكون سببها إصابة التلفيف الأول للفص الصدغي الأيسر، وتظهر هذه الاصابة في اضطراب فهم اللغة ويسمى هذا النوع من الحبسة: **الحبسة الحسية** المقابلة لحبسة بروكا. كما أشار فرنيكي إلى وجود **الحبسة التواصلية** التي هي راجعة إلى إصابة الألياف الرابطة بين التلفيف الجبهي الثالث، والتلفيف الصدغي الأول الأيسر (T1,F3).

أكد (DEJERINE) (1843-1917): على وجود نوعين من الحبسة الحركية: حبسة حركية لحائيه (حبسة بروكا) وحبسة حركية تحت لحائيه. درس (J.H. JACKSON) (1835-1911): الحبسة من جهة جديدة فرأى أن اللغة عبارة عن نشاط ذهني يتوقف عن بنية الدماغ، كما

اعتبر أن لغة الحبسي تتحطم من الأهش إلى الأقوى، ووضع القانون التالي: "يفقد الحبسي السلوك الإرادي العفوي ويحتفظ بالسلوك الأتوماتيكي".

يرى (PIERRE MARIE) (1853-1940): أن هناك نوع واحد من الحبسات وهي حبسة فرنيكي مع وجود الأنارثريا (Anarthrie). وقامت (B.DUCARNE) بتحليل وتفسير الاضطرابات الناتجة عن إصابة عصبية، وبقيت ضمن النظريات التي اعتمدت على التفسيرات الطبية المبنية على تشريح الدماغ، فهي تتكلم عن حبسات وليس حبسة واحدة. كما أضافت أن الحبسي يحلل اللغة (Analyse) ولكنه لا يصل إلى مرحلة التركيب أي(La gestalt) .

المحاضرة رقم (05):

أسباب الحبسة

هناك عدة أسباب للحبسة وهي تسمى وفق السبب مؤدي لها:

1- الحبسة الوعائية التي تكون راجعة إلى إصابة وعائية على مستوى الدماغ.
2- الحبسة الصدمية التي تكون راجعة عن صدمة دماغية متمركزة في المخ.
3- الحبسة الانحلالية التطورية التي تكون راجعة عن مختلف الأمراض التطورية العصبية.
4- الحبسة الالتهابية التي تكون راجعة عن الأمراض الالتهابية أو الجرثومية التي تمس الدماغ.
5- الحبسة الورمية التي تكون راجعة عن أورام تصيب الدماغ سواء بصفة الحميدة أو خبيثة.

سنتطرق إلى العناصر السابقة الذكر بشكل مفصل:

1- الحبسة الوعائية: (Aphasie Vasculaire)

يسبب الحادث الوعائي الدماغي تغيرات مرضية للأوعية الدموية المغذية للدماغ، يؤدي هذا التغير إلى انقطاع أو اضطراب في الدورة الدموية، قد يصاب المريض شلل نصف الجسم وقد يدخل في غيبوبة وفي الحالات الخطيرة يتوفى.

يعتبر الحادث الوعائي الدماغي أول سبب للإعاقة عند الراشدين، حيث يمثل 75% من الحبسيين الراشدين. (Kremer, 2016)

ترافق هذه الإصابة الوعائية مجموعة من الاضطرابات العصبية مثل: اختلال في الرؤية، الارتباك الزماني والمكاني...، من أنواعها:

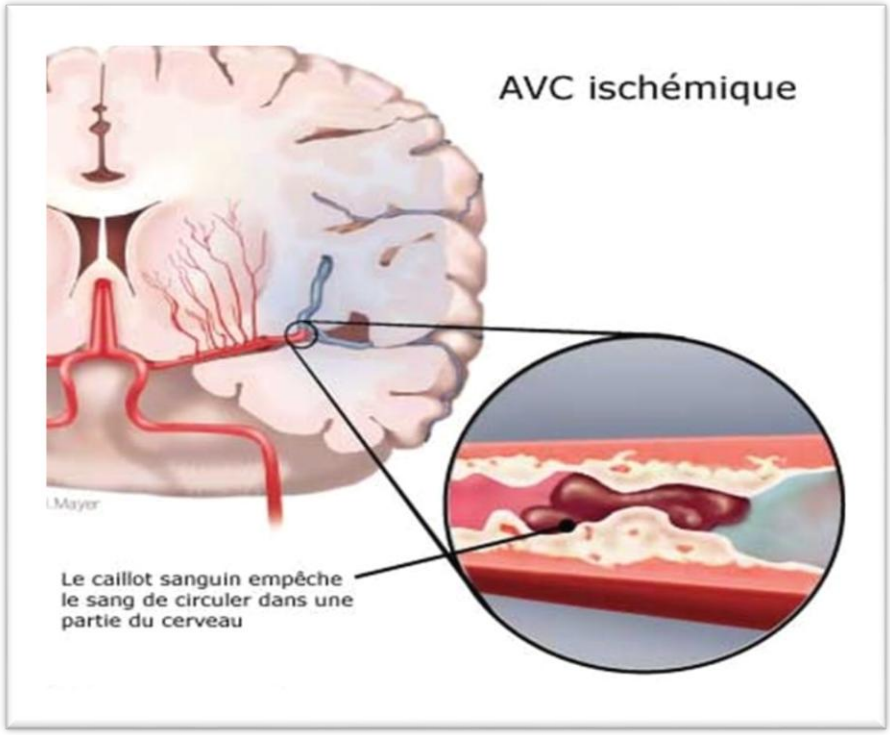
- **الحادث الوعائي الدماغي الانسدادي:**

الحادث الوعائي الدماغي الانسدادي عبارة عن انقطاع في الدورة الدموية المغذية للدماغ، فالخلايا التي لا يصلها الدم تضمر وتموت، ففي حالة انقطاع قصير المدى للدورة الدموية بسب جلطة دموية نتكلم عن (A.I.T) فتكون الاضطرابات غير دائمة، ولكن في حالة ما إذا كان الانقطاع طويل المدى فسيكون هناك خلل دماغي دائم.

هناك 3 أنواع من الحوادث الدماغية الإنسدادية:

- **السدة الوريدية: (Embolie cérébrale)**

تسجل السدة الوريدية عند 25 % من الحالات وهي عبارة عن انقطاع الدورة الدموية المغذية للدماغ نتيجة جلطة دموية متكونة غالبا في القلب، يكون هذا الانسداد فجائي.

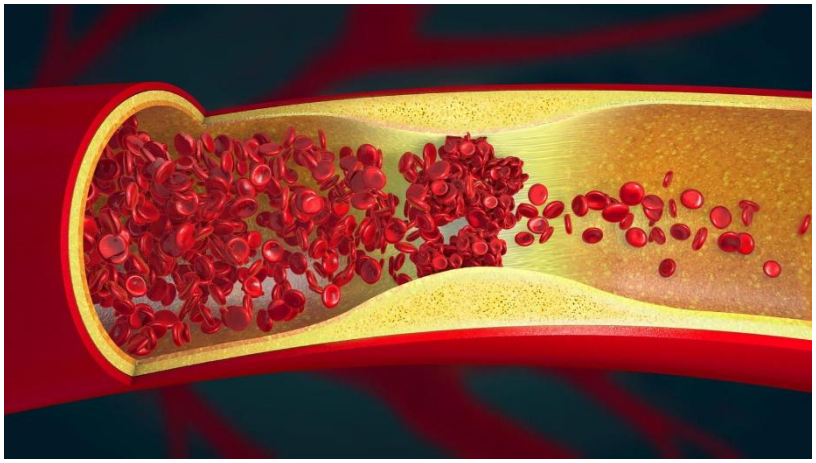


شكل رقم (01): السدة الوريدية

coeuretsante.deodatie.fr

- **تخثر الدم: (Thrombose cérébrale)**

في هذه الحالة تتشكل جلطة دموية على الجدار الداخلي للشريان، هذا ما يعرقل مرور الدورة الدموية المتجهة نحو الدماغ. نسجل هذه الإصابة عند 75 % من الحالات وتكون أكثر شيوعا عند الرجال.

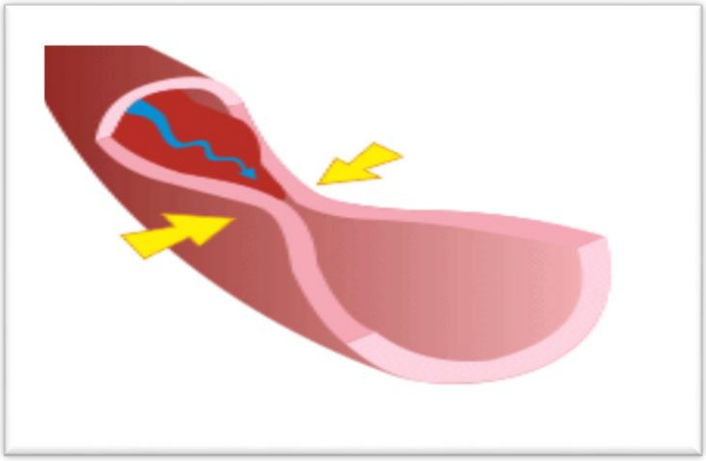


شكل رقم (02): تخثر الدم على جدار الوعاء الدموي

www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=FGMcT8XP&id=

- **تشنج الشريان: (Spasme artériel)**

يمكن للشريان أن يتشنج فينتج عن ذلك توقف للدورة الدموية المتوجهة نحو الدماغ، فإذا استغرق هذا التشنج وقت طويلا فالخلايا التي لا يصلها الأكسيجين تتخرب.

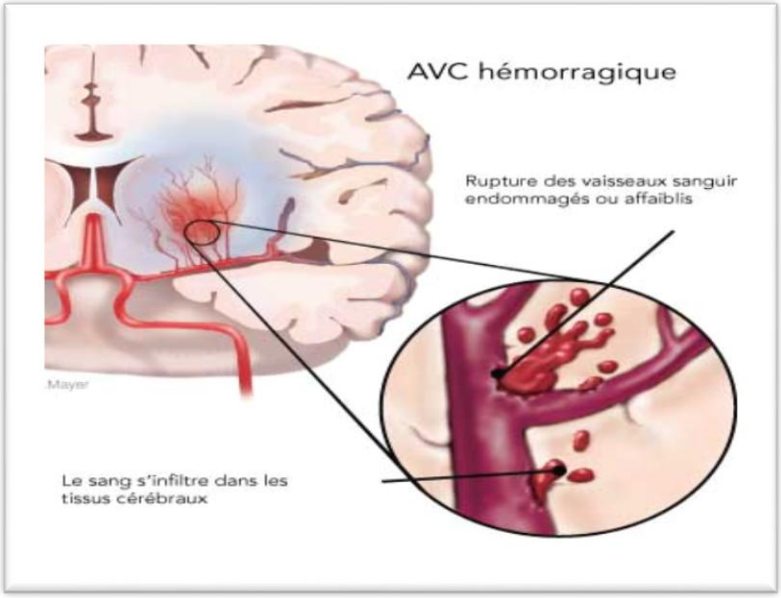


شكل رقم (03): تشنج على مستوى الوعاء الدموي

www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid

- **الحادث الوعائي الدماغي النزيفي:**

الحادث الوعائي الدماغي النزيفي عبارة عن انقطاع أو فصل للشريان المغذي للدماغ، هذه الحالة جد خطيرة وتؤدي في أغلب الأحيان إلى وفات المريض.



شكل رقم (04): الحادث الوعائي الدماغي النزيفي

coeuretsante.deodatie.fr

بينت الدارسة أن التنبؤ بالاسترجاع مرتبط بخطورة الحبسة ويمكن معرفته في الأشهر الأولى التي تتبع الإصابة وليس له علاقة كما يضنه الباحثون الاخرون بالجنس، أما السن فله دخل بسيط في عملية التنبؤ. بينت دراسة أخرى أن الحبسة بعد سنة من الإصابة بالحادث الوعائي الدماغي تكون أقل حدة من الحبسة في الفترة الأولية، وأن الحبسة غير المتدفقة تتطور إلى حبسة متدفقة ولكن العكس غير ممكن.

2- الحبسة الصدمية: (Aphasie Traumatique)

يشير مصطلح صدمة إلى جرح أو إصابة عضوية التي تترك أثرا على الدماغ حيث تحدث في معظم الأحيان بسبب تعرض الرأس أو الجسم إلى ضربات أو اهتزازات عنيفة أو يمكن للأجسام أن تخترق أنسجة الدماغ، مثل في حالة رصاصة أو قد تكون راجعة لحوادث المرور أو العمل، وتعتبر من الأسباب الأكثر شيوعا عند الأطفال. تمثل الحبسة الصدمية 15% من الحالات المصابة بالحبسة. (Kremer, 2016)

قد تؤثر إصابات الدماغ الطفيفة على الخلايا الدماغية بشكل مؤقت أما في حالة الإصابات الشديدة فغالبا ما يفقد الشخص وعيه ويترتب عنه عواقب على المدى الطويل قد تصل حتى إلى وفاة الفرد.

تتراوح الحوادث المسببة لهذه الصدمات من حوادث السيارات إلى السقوط من السلالم ونتائجها واسعة المدى حيث تكون إصابة الرأس سواء مغلقة أو مفتوحة، من أنواعها:

- **الإرتجاجات:**(commotion) هو عبارة عن اختلال مؤقت في وظائف الدماغ لا يسبب تلف دائم فيه إلا في حالة ارتجاجات متكررة مثل ما يحدث في الملاكمة.
- **الكدمات**: (contusion) يتم تحريك الدماغ من موضعه الطبيعي وضغطه تجاه الجمجمة، فيكون لهذه الإصابة آثار وخيمة على المصاب وقد يتبع هذه الحالة غيبوبة.

- **التمزقات** (laceration) تمثل قطع أو تمزق فعلي للنسيج الدماغي مما يؤدي إلى تلف دائم، يمكن أن تحدث نتيجة لدخول رصاصة أو جسم طائر، وتعتبر هذه الإصابات من الأشكال الخطيرة.

يمكن أن يكون للإصابات الدماغية عدد من الاعراض تؤثر على الجانب النفسي والجسدي للإنسان. قد تظهر الأعراض مباشرة بعد حدوث الصدمة أو بعد أيام أو أسابيع. من بين أنواع الصدمات الدماغية:

أ- الصدمة الدماغية الخفيفة: قد تظهر على شكل:

- فقدان الوعي من بضع ثوانٍ إلى بضع دقائق
- الصداع (migraines)
- التقيؤ(vomissements)
- الإرهاق الشديد أو النعاس
- مشاكل في الكلام
- اضطراب في النوم
- فقدان التوازن
- مشاكل الحسية: مثل تَغَيُّم الرؤية أو طنين في الأذنين أو طعم كريه في الفم أو حدوث تغيرات في القدرة على الشم
- حساسية للضوء أو للصوت
- مشاكل في الذاكرة أو في التركيز
- التقلبات المزاجية
- الشعور بالاكتئاب أو القلق

ب- الصدمة الدماغية المتوسطة إلى الشديدة: قد تظهر هذه الأعراض التي في الساعات الأولى أو بعد أيام من إصابة الرأس تظهر على شكل:

- فقدان الوعي من عدة دقائق إلى ساعات
- صداع مستمر
- التقيؤ أو الغثيان المتكررين
- اتساع بؤبؤ إحدى العينين أو كلاهما
- خروج سوائل من الأنف أو الأذنين
- الرغبة في النوم
- ضعف أو تنمل في أصابع اليدين وفي القدمين
- فقدان في تناسق الحركات
- ارتباك كبير
- كلام غير منسجم
- غيبوبة واضطرابات في الوعي

ج- أعراض الصدمات الدماغية عند الأطفال:

يختلف تأثير الإصابة الدماغية عند الأطفال مقارنة بالراشدين، حيث هناك فرضيتين تتعلق بنوع العجز النفس-عصبي عند الأطفال:

- قد يكون هناك عجز في القدرات عند الأطفال الذين يعانون من إصابة على مستوى دماغهم ولكن يظهرون تحسنا مع مرور الوقت.

أو

- قد يكون هناك عجز في القدرات السلوكية ويبقى هذا العجز دائم بالرغم من نمو الطفل.

يلاحظ على الطفل المصاب بإصابات الدماغ الاعراض التالية:

- تغير في أنماط تناول الطعام أو الرضاعة
- بكاء متواصل وعدم القدرة على تهدئة الطفل
- قدرات انتباهيه مضطربة
- تغير في عادات النوم
- الاكتئاب
- النعاسَ
- فقدان الاهتمام بالألعاب والأنشطة المفضلة للطفل.

3- الحبسة الورمية:(Aphasie Tumorale)

الأورام عبارة عن تكتل تدريجي ومتزايد داخل النسـيج الدماغي، فهناك أورام حميدة ذات المناطق المحدودة وغير قابلة للانتشار، فتكون قابلة للعلاج الجراحي، وهناك أورام خبيثة ذات التطور السريع فتعتبر من أكثر اسباب الحبسة.

4-الحبسة الانحلالية العصبية:(Aphasie Neurodégénérative)

الامراض الانحلالية التطورية عبارة عن مجموعة من الاضطرابات الناجمة عن انحلال الخلايا العصبية في الجهاز المركزي والذي يتم بصفة تدريجية وخفية.

تتميز هذه الاضطرابات بفقدان تدريجي ومتزايد للوظائف المعرفية والسلوكية واللغوية للشخص، قد تمس هذه الإصابة مناطق خاصة باللغة هذا ما يجعلنا نتكلم عن حبسة الأولية الانحلالية (APP).

5- الحبسة الالتهابية أو الجرثومية

(Aphasie Infectieuse ou Bactérienne)

هناك عدة أمراض سواء التهابية أو جرثومية التي قد تسبب الحبسة مثل مرضSEP أين تكون أساسا غير متدفقة، حيث يعاني 45% إلى 65% من الحالات من اضطرابات معرفية منها الذاكرة، الانتباه، الوظائف التنفيذية والقدرات البصرية الفضائية.

محاضرة رقم (06):

الأعراض للغوية للحبسة

تم الاستعانة لإنجاز هذه المحاضرة عدة مراجع منها ما هو جزائري (بوريدح، 2021)، (براهيمي، 2012)، وكذلك مراجع أجنبية مثل (Siksou, 2012), (Sabadell, 2022)

(Sieroff, 2004), (Kremer, 2016), (Lecours et Lhermitte, 1979),

. (Gil, 2006), (Sainson, 2022)

يتعرض الحبسي إلى فقدان جزئي أو كلي للقدرة على الاتصال، حيث تصاب عدة اشكال اللغة منها التعبير، الكتابة، الفهم. يمكن دراسة أعراض الحبسة وتقييمها حسب الجوانب اللغوية الأربعة:

- اضطرابات التعبير الشفهي
- اضطرابات الفهم الشفهي
- اضطرابات فهم اللغة المكتوبة
- اضطرابات التعبير الكتابي

1-اضطرابات التعبير الشفهي

- **الخرس: (Mutisme)**

عادة ما نلاحظ الخرس في المرحلة الاولية من الاصابة الدماغية، يظهر على شكل غياب كلي للإنتاج اللفظي مع استحالة إصدار الأصوات الكلامية، يظهر الخرس مباشرة بعد فترة الغيبوبة ثم يختفي ليحل محله مرحلة الحذف وعسر التلفظ.

مرحلة الخرس مرحلة مؤقتة قد تدوم بضعة أيام أو بضعة أسابيع، حيث يظهر هذا العرض في الحبسة التي ترجع أسبابها إلى الحوادث الوعائية الدماغية أو إلى الصدمات الدماغية المختلفة (المفاجئة)، قد يكون هذا الخرس مؤقت ويتطور نحو تقليل كمي وكيفي للغة الشفهية.

- **عرض نقص الكلمة المستهدفة: (Manque du mot)**

نعني بعرض نقص الكلمة المستهدفة صعوبة أو عدم قدرة المفحوص على إنتاج الكلمات المناسبة في الوقت المناسب، حيث يجد الحبسي صعوبة في استدعاء الكلمات يريد استعمالها عند الكلام لذلك سمي هذا العرض من طرف الكنديين بالكلمة على طرف اللسان mot au bout (de la langue) (MBL).

يظهر عرض نقص الكلمة المستهدفة عند المصاب على شكل تكرارات تترجم صعوبة أو عدم القدرة في استدعاء الكلمات المناسبة عند التحدث فلا يجد المصاب الكلمات التي يريد استعمالها.

لا يتعلق الامر باضطراب على مستوى الذاكرة مثل ما هو ظاهر وانما بصعوبة في إيجاد الكلمة المناسبة في الوقت المناسب، حيث أن الحبسي لا يتمكن من تسمية الأشياء أو الأشخاص بالرغم من ادراكهم بصفة جيدة، فهو يتعرف على المنبه ولا يتمكن من تسميته.

هناك عدة تفسيرات لعرض نقص الكلمة المستهدفة ولكن هناك فرضيتين أساسيتين هما:

*نموذج **التنشيط الجزئي أو غير الكلي**: (modèle d'activation partielle ou incomplète) والتي تنص على أن البند المستهدف قد تم استرجاعه جزئيا حيث قد تم التعرف على وجوده ضمن المعجم ولكن بصفة غير كافية التي تسمح له باسترجاعه بشكل كلي.

*نموذج **الحبس الحجز(blocage)** : يحدث عند إدراك أن الكلمة المسترجعة ليست هي المطلوبة وأن استرجاع الكلمة المستهدفة تم عرقلتها بواسطة كلمة أخرى منافسة لها تشترك معها في المعنى أو النطق أو الاثنين معا.

يظهر عرض نقص الكلمة المستهدفة في اختبار تسمية الصورة، الوصف والشرح على الشكل التالي:

- النسيان: مثل أن يقول لا أعرف، لا أتذكر...
- الحركات: حيث يقوم الحبسي بإماءات وإشارات مناسبة أو لا للمنبه
- استعمال الكلمات الفارغة (mots valise) مثل: يعني، شغل...
- طول في المدة قبل الإجابة (temps de latence élevé): يبحث الحبسي على الكلمة المستهدفة لمدة معينة مما يشكل توقفات عن الكلام قد يُقدم الكلمة أو لا بعد هذا التوقف.
- استعمال الجمل المفسرة (circonlocutions) أو (périphrases) تظهر على شكل:

* جمل تعريفية: الخروف (نشتريه في العيد)

*جمل غامضة غير متوقعة: الخروف (بعيد عن هنا)

* جمل غير دقيقة: مثل الخروف (يأكل الحشيش)

يقد يستعين المختص الأرطوفوني نوعين من التسهيلاتDeux types de facilitations :

- **التسهيلات المرتبطة بالدلالة**: يقدم المختصر مؤشرات دلالية للبند أو الكلمة المستهدفة (الاستفتاح الشفهي أو الكتابي).
- **التسهيلات المرتبطة بالسياق**: تتمثل في التسهيلات الشفهية حيث يقدم المختص الصوت أو النغمة الأولى للكلمة المستهدفة، تعتمد هذه التقنية على الإنتاج الأتوماتيكي للغة مثل الابجدية، الجمل الاوتوماتيكية المرتبطة بالعوامل العاطفية والايقاعية، بالتالي تحفيز الجانب الأيمن من الدماغ.

- **الفقر اللغوي الحاد: (Agrammatisme)**

يتميز خطاب الحبسي ببطء في مجرى الكلامه مع نقص في البناء المرفولوجي وتركيبي الجمل، حيت يستعمل جمل قصيرة مكونة من كلمة أو كلمتين مع أخطاء في تصريف الأفعال واستخدام حروف الربط والظروف الزمنية والمكانية. (الاختصار الكمي والكيفي في استعمال اللغة)

- **الرطانة: (jargonaphasie)**

يتميز تعبير الحبسي بأخطاء متكررة وكلام غير مفهوم ناتج إلى الأخطاء التي يقوم بها بصفة غير واعية لا إرادية. ونجد نوعان من الرطانة:

- **الرطانة الفونيمية: (Jargon phonémique)**

الأصوات المشكلة للكلمة تكون خاطئة أو قد يكون حذف أحد الأصوات، إبدال أو إضافة أصوات أخرى.

- **الرطانة المعجمية الدلالية: (Jargon lexico-sémantique)**

يستبدل الحبسي كلمة بكلمة أخرى بدون معنى أو غير موجودة في اللغة المستعملة وهذا ما يسمى بـ:(Néologisme).

- **عرض اختراع الكلمات: (Néologisme)**

عرض اختراع الكلمات عبارة عن كل كلمة جديدة مُنتجة من طرف الحبسي ويصعب اعطاؤها معنى من طرف السامع فهي تكون غير موجودة في القاموس اللغوي.

- **اضطراب النغمة: (Dysprosodie)**

اضطراب النغمة عند الحبسي يعني فقدان ايقاع الكلام حيث ينتج المصاب كلام بطيء، ممل ومتقطع، كما يقوم المصاب بتغيير الوضعيات الايقاعية للجمل حيث نجد مثلا: جملة استفهامية تكون قد فقدت طابعها الاستفهامي وتصبح جملة تأكيدية. حيث يستحيل على الحبسي التحكم في الخصائص المميزة للصوت منها الإيقاع والنغمة وكذلك التعبير عن الانفعال.

- **الأخطاء التركيبية: (Dyssyntaxie)**

وهو استعمال غير مناسب للبنى التركيبية للغة حيث يكون المجموع النحوي غير مستعمل بطريقة سليمة ويكون المصاب غير واعي باضطرابه النحوي. نجد هذه الاصابة في حبسة فرنيكي أي تكون اللغة غزيرة.

- **القولبية: (Stéréotypie)**

القولبية هي احتفاظ الحالة بوحدات فونولوجية متكررة، ينحصر خطابها في مقطع لغوي معين يظهر بصفة عفوية الية في كل محاولة التكلم الارادي، كما يظهر هذا العرض بعد مرحلة الخرس.

القولبية هي عبارة صيغ غير مفهومة يكررها الحبسي في كل الوضعيات الارادية تكون أحيانا مدعمة بحركات وبنغمة. يمكن أن تكون القولبية بقايا جمل أو مقطع، ونميز نوعين:

- القولبية ذات كلمات دالة
- القولبية ذات كلمات غير دالة: وهناك من يرى أن الكلمة أو الجملة المحتفظ بها هي التي كانت تتلفظ بها أثناء الصدمة.

يمكن أن تختفي القولبية بعد أسابيع أو أشهر، كما يمكنها البقاء عدة سنوات (مثل الحالة التي عالجها بوركا والتي احتفظت بكلمة (tantan) لمدة 21 سنة.

برزت القولبية في أبحاث أحد مؤسسي علم النفس العصبي الحديث جاكسون الذي اعتبره سلوك لا ارادي يظهر مباشرة بعد السلوك الارادي والمتمثل في محاولة الاتصال الشفوي، وعلى هذا الأساس فان الحبسي يفقد القدرة على سيطرة إصداراته اللغوية أي هناك تفكك بين ما هو ارادي وما هو لا ارادي في اللغة.

- **التحولات اللسانية: (Paraphasies)**

التحويلات اللسانية عرض يظهر عند المصاب بالحبسة على شكل استعمال خاطئ للكلمات والأصوات وتعويضها بكلمات أخرى، كما أنها عبارة عن خلل على مستوى انتاج الكلمات.

تنقسم التحويلات اللسانية إلى ثلاثة أقسام:

- **التحولات الفونيمية: (paraphasie phonémique)**

يمكن أن تكون السلسلة الصوتية المكونة للكلمة أو للمقطع منتجة بطريقة خاطئة، فيقوم الحبسي بتعويض، حذف أو قلب فونام أو زيادة وحدات فونيمية.

في حالة ما إذا كانت الكلمة المنتجة لها معنى كما هو في المثال: **حبل** تعوض بـ **جبل**، نتكلم هنا عن التحولات اللسانية المرفولوجية.

في حالة ما إذا كانت الكلمة المنتجة ليس لها معنى ولا تنتمي إلى الحقل الدلالي للغة نتكلم هنا عن عرض اختراع الكلمات. مثال: **حبل** تُعوض بـ **مبل**، هذه الكلمة ليس لها معنى وبالتالي هي (Néologisme).

في حالة ما إذا ارتفع عدد التحولات الفونيمية وتظهر اثناء اللغة العفوية نتكلم عن الرطانة الفونيمية (Jargon phonémique).

- **التحولات الدلالية: (paraphasie sémantique)**

التحولات الدلالية عبارة عن استعمال الخاطئ لكلمة تنتمي إلى نفس المعجم اللغوي بكلمة أخرى تنتمي هي أيضا إلى نفس الحقل الدلالي (كلمة دالة) مثل: خروف تُعوض بـ بقرة. في حالة حدوث عدد كبير من التحولات الدلالية نتكلم عن الرطانة الدلالية(Jargon sémantique) .

- **التحولات الجملية :(paraphasie syntagmique)**

نتكلم عن هذا النوع من البارافازيا لما تغير الحالة الجملة أو جزء منها.

- **الاستمرارية: (Persévération)**

الاستمرارية عبارة عن ظاهرة عيادية تبرز في الإنتاج الشفهية والمكتوبة للحبسي تمتاز بتكرار لا ارادي وغير واعي لجملة أو لمقطع صُدر في المرحلة الأولى في وضعية مناسبة ثم يظهر بطريقة غير مناسبة فيما بعد.

تترجم الاستمرارية بعدم القدرة عن على التحكم في الكلام حيث يقوم الحبسي بتكرار جزء من الحديث داخل نفس الوحدة اللغوية. تختلف الاستمرارية عن القولية في أنها تظهر على أشكال مختلفة في حين القولبية تكون دائما نفس المقطع أو نفس الكلمة.

يوجد أيضا استمرارية في تنفيذ الحركات وتسمى الاستمرارية الحركية (persévération gestuelle)

- **الأنارثريا: (Anarthrie)**

ضمن الاضطرابات التي تصيب الدماغ نجد الاضطرابات النطقية ذات الأصل العصبي وهي الأنارثريا أو أبراكسيا الكلام أو الديزارثريا.

الأنارثريا عبارة عن اضطراب يمس كيفية النطق دون ان يؤثر على الفهم الشفهي، وتظهر في عدة اشكال منها: الحذف، ابدال صوت كلامي بصوت آخر ويمكن ان تصل الى غاية درجة التفكك الصوتي.

استعمل هذا المصطلح من طرف (pierre marie) في سنة 1906 حيث عرفها على أنها اضطراب اللغة الذي يترتب عليها عدم القدرة على نطق الأصوات الكلامية ناتج عن فقدان حاد للوظيفة الحركية للعضلات المتدخلة في الكلام.

كما يعرفها قاموس الأرطوفونيا على أنها اضطراب يمس الإنتاج الحركي للغة حيث أن القدرة على فهم اللغة الشفهية والمكتوبة محتفظ بها. (Brin, 2014)

سبب الأنارثريا إصابة نصف الكرة المخية المسيطرة بالأخص في المنطقة الخلفية للتلفيف الجبهي الثالث أو في البنيات ما تحت القشرية، يمكن لهذه الإصابة أن تكون ناتجة عن صدمة دماغية أو عن حادث وعائي دماغي أو ناتجة عن مرض تطوري أو التهابي. حيث يكون المصاب أخرس أو له كلام جد مضطرب ولكن يستطيع فهم كل ما نقوله له.

تظهر الأنارثريا على شكل الاعراض التالية:

- شلل نصف الجسم بصفة غير دائمة
- صعوبة أو عدم القدرة على قيام ببعض الحركات الفمية الوجهية
- الفهم لدى الحالة محتفظ به ولكن لا يستطيع قراءة ما هو مكتوب
- اضطراب واضح يمس النطق
- الاضطرابات متفاوتة الشدة يمكن أن تختفي في حالة اللغة الأوتوماتيكية
- التكلم بنغمة واحدة
- تفكك عفوي إرادي
- ضعف في التحكم في الحركات

- **الديزارثريا: (Dysarthrie)**

تعرف على أنها اضطراب أو صعوبة على نطق الأصوات الكلامية ذات الأصل العصبي حيث تنتج الحالة كلام متقطع مصحوب بزيادة في الأصوات ذات الطابع الغني نتيجة لضعف العضلات المتدخلة في النطق مع اضطراب في التنسيق العضلي لها، حيث يصاحب الديزارثريا حركات لا ارادية في الوجه والرقبة والعينين والكتفين.

تظهر الديزارثريا على شكل الاعراض التالية:

- خروج الكلام بشكل ارتعاشي غير متناسق

- حذف عدد من الأصوات والمقاطع فتظهر الكلمات منفصلة عن بعضها البعض مما يعطينا كلام متقطع ومنفصل
- زيادة الأصوات ذات الطابع الغني
- انتاج الكلام بصعوبة كبيرة
- انتاج الكلام بشكل انفجاري مما يصعب فهمه.

- **الايكولاليا:(Echolalie)**

يتكون هذا المصطلح من مقطعين:

- Echo والذي نقصد به الصدى
- Lalie والذي نقصد به اللغة

ويسمى حديث المصداة حيث يقوم المريض بالتكرار مثل الصدى الجملة الأخيرة، الكلمات الأخيرة أو المقاطع الأخير الذي قالها المتكلم او من فلم أو من أغنية وهناك نوعان من الايكولاليا:

- **الايكولاليا الفورية**: تعرف على أنها تكرار عديم الدلالة لكلمات صدرت عن شخص معين فوريا ومنها نوعان:

-التفاعلية: هدفها التفاعل مع الاخرين مثل في حالة أخذ الدور في الحديث، في حالة الإجابة بنعم أو في حالة طلب معين.

-اللاتفاعلية: وتظهر في حالة عدم التركيز.

- **الايكولاليا المؤجلة**: يعرفها سايمن عام 1975 على أنها تكرار عبارة أو سؤال ما قد سمعه المفحوص من شخص أخر أو من التلفاز أو أغنية بعد مرور فترة معينة .

2- اضطرابات الفهم الشفهي

يتم التعرف على اضطراب الفهم الشفهي من خلال اختبارات التسمية والتعيين التي يستعملها الفاحص، وتتوقف إجابة المفحوص على نوع الحبسة التي يعاني منها، وكذلك قدرته

على استيعاب التعليمة وفهمها، نوع التعليمة إن كانت معقدة أم بسيطة، وجود أو غياب الاضطرابات المصاحبة مثل الأبراكسيا حيث لا تسمح للمصاب بالإجابة خاصة في اختبار التعيين، وهذا رغم فهمه للتعليمة.

- **الصمم اللفظي: (Surdité verbale)**

تسمى أيضا بأفنوزيا الكلمات (Agnosie des mots)، يتميز الصمم اللفظي بعدم قدرة الحبسي على فهم اللغة الشفهية، حيث لا يتمكن من تكرار الكلمات المسموعة وكذلك يكون الاملاء مستحيل، بينما يحتفظ الحبسي باللغة العفوية، القراءة والكتابة.

- **العمى اللفظي: (cécité verbale)**

العمى اللفظي اضطراب على مستوى التعرف البصري للرموز المكتوبة التي لها دلالة لسانية مع الحفاظ على التعرف على كل ما هو غير لساني بالرغم من سلامة البصر، مثلا يتعرف على رسم زهرة ولكن لا يتعرف على كلمة زهرة.

3-اضطرابات اللغة المكتوبة

نجد اشتراك بين الاضطرابات التي تمس اللغة الشفهية والاضطرابات التي تمس اللغة المكتوبة لأن الحبسة اضطراب يمس الإنتاج اللغوي في مجمله وبالتالي سنجد مظاهرها في اللغة الشفهية والمكتوبة.

تكون اللغة المكتوبة عند الحبسي أكثر تضررا من اللغة الشفهية، كما أن في حالة استرجاع القدرات المفقودة فيكون استرجاع الجانب الكتابي أطول ويكون بصفة غير كاملة وغير كلية. ذلك لعدة أسباب منها أن اللغة المكتوبة تكتسب بصفة متأخرة مقارنة باللغة الشفهية وبالتالي هي أكثر عرضة للزوال، كما أن اللغة الشفهية أكثر استعمالا من اللغة المكتوبة وبالتالي اكتسابها يكون أقل رسوخا. (Lecours, Lhermitte, 1979)

بالنسبة للاضطرابات الملاحظة في اللغة المكتوبة هي نفسها الموجودة في اللغة الشفهية منها:

- **اضطرابات تمس الكتابة: (Agraphie)**

لا يتحصل المصاب على شكل المناسب للحرف حيث نجد تشوهات على مستوى الرموز الخطية، حيث لا نجد هذا الاضطراب في حالة غياب شلل الاطراف العلوية اليمنى. حيث يمكن ملاحظة عرض نقص الكلمة المستهدفة المكتوبة، الرطانة الكتابية وتقليل كمي وكيفي للغة المكتوبة.

- **إضطرابات تمس القراءة: (Alexie)**

تعرف الأليكسيا على فقدان أو انخفاض مكتسب للقدرة على القراءة أو على فهم ما هو مكتوب، من بين الاضطرابات التي تمس القراءة:

- **Paralexie phonémique**: حيث يقوم المصاب بتغير الكلمة المستهدفة بكلمة أخرى تشبهها من الناحية الشكلية. **مدفأة تُعوض بـ ملفأة**
- **Paralexie lexicale**: يقوم الحبسي بإنتاج كلمات مقروءة تشترك مع الكلمة المستهدفة في الحقل الدلالي. **طاولة تُعوض بـ كرسي** . (بوريدح، 2021).

محاضرة رقم (07):

الأعراض النفس عصبية للحبسة

سنتطرق في المحاضرة رقم (06) إلى العرضين الأساسين اللذان يرافقان عادة الحبسة وهما الأبراكسيا والأقنوزيا.

1- تعريف الأبراكسيا أو فقدان الأداء الحركي

الأبراكسيا اضطراب نفس عصبي خاص بالقيام الارادي لسلوك حركي هادف نتيجة لصدمة دماغية متمركزة. تسبب الأبراكسيا نقص في العمليات الحركية والذي لا يمكن تفسيره باضطراب حسي أو حركي، ولا بتدهور على مستوى الذكاء.

تنتج الأبراكسيا عن إصابة تمس الفصوص الجدارية لنصف الكرة المخية المسيطرة، فهي تعرقل تنفيذ الإشارات الجسمية سواء كانت فمية وجهية أو في الأطراف السفلية أو العلوية أو الاثنين معا.

عرف "قال" الأبراكسيا على أنها استحالة القيام بحركة قصدية، فهذه الاستحالة لا تكون نتيجة عدم فهم التعليمة ولا بسبب شلل ولا حتى بسبب ضعف أو نقص حسي. كما عرفها العالمون على أنها اضطراب يتعلق بالتنفيذ القصدي لبعض الوظائف الحركية الذي يكون مضطرب في مواقف وعادي في مواقف أخرى، كالقيام بحركات رمزية أو تقليد سلوك، تنفيذ حركة مثل رسم المكعبات كلها تكون مضطربة.

2-أنواع الأبراكسيا

- **الأبراكسيا الفكرية الحركية (Apraxie idéomotrice):**

وصفها ليبمان (1900-1908) على أنها صعوبة في التنفيذ الحركي للأنشطة أو للحركات البسيطة التي لا تتطلب استخدام أدوات حقيقية. تظهر الأبراكسيا الفكرية الحركية عند الإنجاز التسلسلي بعد أمر شفهي أو تقليد بصري لتعليمة حاملة لمعنى أو لا عند حالة يكون مستوى فهملها للتعليمة مقبول. (Gil, 2006)

يمكن أن تمس الأبراكسيا الفكرية الحركية جهتين في الجسم أو تمس جهة واحدة خاصة الأعضاء العلوية.

- **الأبراكسيا الفكرية (Apraxie idéatoire)**

عرف الأبراكسيا الفكرية (Eustache, 2000, Brin, 2014) على أنها عدم القدرة على استخدام الأدوات الحقيقية عند التنفيذ الحركي المعقد المتسلسل، حيث يكون المصاب عاجز على القيام بحركات متسلسلة معقدة ولكنه يكون قادر على القيام بالحركات البسيطة بشكل منعزل.

قد تكون الخطوات اللازمة للقيام بفعل ما غير كاملة فمثلا لا يستطيع أن يشعل شمعة باستعمال عود ثقاب، فيقوم بشعل الشمعة في الجهة غير المناسبة أو يطفأها قبل أن يُشعلها.

- **الأبراكسيا البنائية (Apraxie constructive)**

يظهر هذا الاضطراب في صعوبة بناء أو نقل الرسومات الخاصة بالأشكال الهندسية، فعندما نطلب من الحالة نقل أو إعادة بناء نموذج بواسطة مكعبات فلا يتمكن من إعادة أبسط الاشكال، كما أنه يقوم برسم خطوط بدون وجود علاقة بينها.(Siksou, 2012)

- **أبراكسيا اللباس(Apraxie de l'habillage)**

حيث عرفها (Gil, 2006) على أنها عدم القدرة على ارتداء الملابس بصفة صحيحة، كما يعجز الحبسي على ترتيب والتعامل مع الملابس. فإذا قدمنا للمفحوص قميصا فيدخله مثلا في أرجله كالسروال، كما يمكن ملاحظة اضطراب خفيف قد يظهر على شكل صعوبة عقد ربطة الحذاء.

- **أبراكسيا المشي(Apraxie de la marche)**

يكون مصاب عاجز على المشي مع انعدام وجود شلل.

- **أبراكسيا الفمية الوجهية(Apraxie bucco-faciale)**

تتمثل في استحالة التنفيذ الارادي لبعض الحركات الفمية الوجهية على أساس تعليمة شفهية أو مكتوبة أو عن تقليد. كما أنها اضطراب يمس تنفيذ الحركات الخاصة بالمنطقة الوجهية: عضلات الوجه، التجاويف، الحلق...

تنتج الأبراكسيا الفمية الوجهية عن التفكك الأوتوماتيكي الارادي حيث يستحيل على الحالة تنفيذ بشكل إرادي الحركات والاشارات التي تُطلب منها، بالرغم من تمكنها من إنجازها بشكل أتوماتيكي في حياتها اليومية مثلا إخراج اللسان أو نفخ الخدين. (Sabadell, 2022)

3- تعريف الأقنوزيا

الأقنوزيا كلمة يونانية مستوحاة من (Agnosis) تعني المعرفة، عرفت الأقنوزيا في قاموس علم النفس (Sillamy, 1996) على أنها استحالة التعرف على الأشياء المتعود عليها بالرغم من سلامة الأعضاء الحسية والاحتفاظ بذكاء عادي، وتمس الأقنوزيا مختلف الوظائف الحسية: الرؤية، السمع، اللمس.

كما أنها تعرف بعدم القدرة على التعرف على الأشياء، وعدم إدراكها عند عرضها على الحالة بالرغم من سلامة الأعضاء الحسية. يكون في المراكز العصبية العليا للقشرة الدماغية. فالأقنوزيا مشكل ادراكي ناتج عن اصابة عصبية، وتتعدد انواع الاضطرابات الخاصة بالأقنوزيا باختلاف الانماط الحسية المصابة.

4- أنواع الأقنوزيا

- **الأقنوزيا البصرية: (Agnosie visuelle)**

تتعلق الأقنوزيا البصرية بمعرفة الأشخاص والأشياء والرموز الخطية باستعمال البصر. من أهم أنواع الأقنوزيا البصرية:

- **أقنوزيا الأشياء والصور: (Agnosies des objets et des images)**

وهي اضطراب التعرف على الأشياء المرئية، حيث تكون الحالة قادرة على وصفها شكليا مع تقديم كل أجزائها ولكن عاجزة عن التعرف عليها أو تقديم وظيفتها. في حالة ما إذا أصدر الشيء صوتا فتتعرف عليه الحالة مباشرة. (Gil, 2000)

- **أقنوزيا الألوان: (Agnosie des couleurs)**

تعرف أقنوزيا الألوان بأنها عدم القدرة على التعرف على مختلف الألوان المقترحة على الحالة وحتى تسميتها نتيجة عن اصابة ثنائية في المناطق القشرية الصدغية والقفوية من الدماغ.

- **أقنوزيا الرموز الخطية: (Agnosie des symboles graphiques)**

أقنوزيا الرموز الخطية هي عدم القدرة على التعرف على الرموز الخطية وتخص هذه الاخيرة التعرف على الحروف والأرقام وتسمى (L'alexie verbale) أو العمى القرائي (Cécité verbale) وهو من الأشكال الأكثر شيوعا ويتميز بعدم فهم اللغة المكتوبة. (Sieroff, 2004)

- **أقنوزيا الوجه: (Agnosie des visages ou prosopagnosie)**

يشمل هذا الاضطراب عدم القدرة على التعرف على الوجوه المألوفة، حيث يرى المريض بوضوح أجزاء الوجه (الأنف والعين والفم ...)، لكنه يعجز عن جمعه في دماغه لتشكيل كل يتعرف عليه.

كما يعجز المريض على معرفة سن أو جنس الصورة التي نعرضها عليه، فيرافق هذا الاضطراب عادة اصابة في نصف الكرة المخية اليمنى. (Siksou, 2012)

- **الأقنوزيا السمعية (Agnosie auditive)**

هو اضطراب يخص القدرة على التعرف على المنبهات الصوتية، التي تتعلق بالأصوات المألوفة مثل: الموسيقى، أصوات الأشخاص...بالرغم من سلامة الجهاز السمعي. (Siksou, 2012)

- **العمه السمعي: (surdité verbale)**

نقصد بها عدم قدرة الحالة على فهم اللغة المسموعة أي فهم كل ما نقول له شفهيا فيبقى مندهشا، لا يتمكن المفحوص من تكرار الكلمات المسموعة ولا كتابتها إذا قمنا بإملائها عليه. في حالة العمه السمعي يتعرف المفحوص على الأصوات، الموسيقى، الضجيج، ويسمع الكلام، ولكنه لا يفهم ما نقول له. يتم ملاحظة هذا النوع من الأقنوزيا في حبسة فرنيكي.(Sainson, 2022)

- **أقنوزيا الأصوات أو اضطراب التعرف على الأصوات: (Agnosie des bruits)**

يصبح المصاب غير قادر على التمييز والتعرف على الأصوات مثل: أصوات العائلة، صوت السيارة، أصوات المفاتيح، الآلات الغنائية. حيث لا تكون نتيجة لإنخفاض في درجة السمع. نادرا ما يكون هذا الاضطراب منفردا وإنما يصاحب العمى السمعي (الصمم اللفظي) أو يكون مصاحب للأقنوزيا الموسيقية (Amusie) .(Sieroff, 2004)

- **اضطراب التعرف على الموسيقى أو الأقنوزيا الموسيقية: (Agnosie musicale ou amusie)**

اضطراب التعرف على الموسيقى هو استحالة التعرف على المقاطع الموسيقية أو على اللحن، قد يمس كل مكونات الموسيقى منها اللحن، المقاطع وحتى الإيقاع.

- **أقنوزيا اللمسية: (Agnosie tactile ou astéréognosie)**

هي عدم القدرة على التعرف على الأشياء عن طريق المعالجة والملامسة البسيطة باليد، وبدون مساعدة البصر أو السمع مع غياب الاضطرابات الحسية.

الأقنوزيا اللمسية مرتبطة بخلل في المعالجة العصبية على مستوى الفص الجداري. يتمكن المفحوص من وصف أجزاء الشيء المقدم له بقوله: "أنه صغير، دائري، صلب" ولكنه غير قادر على معرفته وبمجرد رؤيته يسميه: "إنها قطعة نقدية" بالتالي لا يتمكن من الربط بين ما هو ملبوس بالصورة الذهنية له. (Gil, 2000)

- **اضطراب التعرف على المخطط الجسدي:**

(Trouble du schéma corporel ou Asomatognosie)

الشخص وحتى إذا كان مغمض العينين له صورة ذهنية عن جسمه يعني الوعي بجسمه. فاضطرابات التعرف على الصورة الجسدية يرافقها، أحيانا شلل نصفي يساري، والخلل يكون في الفص الجداري (Lobe Pariétal).

- **عدم الوعي بالمرض عند الحالة التي تعاني من شلل نصف الجسم: (Anosognosie de l'hémiplégie)**

تعاني الحالة من عدم الوعي بالمرض والتي تكون مصابة بشلل نصفي أيسر حاد تنكر وجود هذا الاضطراب وتتظاهر كما لو أنها ليست مشلولة حيث تقوم بمحاولات متكررة من أجل الوقوف من السرير ولكنها تسقط، ولما نطلب من الشخص تنفيذ أمر، مثلا: تحريك اليد

المشلولة فإنه يؤكد لنا أنه نفذ الأمر المطلوب منه رغم عدم تنفيذه مما يتشكل عنده هلوسة حركية. (hallucination kinesthésique).

- **الاضطراب الأحادي للتعرف على المخطط الجسدي:**

(Hémi asomatognosie ou asomatognosie unilatérale)

وهو عبارة عن إنفصال يحدث على مستوى الشخصية، ونصف الصورة الجسدية اليسرى، فإذا وضعنا اليد اليسرى لمريض فوق يده اليمنى، فإنه لا يتعرف عليها ولا يعرف أنها تخصه وحين يلمس جهته اليسرى وهو على السرير، يظن أن هناك شخص غريب معه.

- **اضطراب التعرف على الفضاء: (Agnosies spatiales)**

اضطراب التعرف على الفضاء هو استحالة تحديد شيء في الفضاء، التوجه المكاني مع فقدان الذاكرة الطوبوغرافية نتيجة لإصابة المنطقة القشرية.

من أنوعه:

- **إضطراب أحادي في التعرف على الفضاء أو الإهمال النصفي:**

(Agnosie spatiale unilatérale ou héminégligence)

تخص عموما الفص الأيسر عند الشخص اليميني، وتكون مصحوبة بشلل نصفي أيسر وتكون أكثر تعقيدا لما تكون مصحوبة بـ: (Anosognosie)، وفي هذه الحالة يهمل المفحوص كل ما يحدث على يساره إهمالا تاما، يمكن الكشف على هذا الإهمال النصفي عن طريق الرسم، الكتابة والقراءة، حيث لا تكتب ولا ترسم ولا تقرأ الحالة إلا ما يوجد في الجهة اليمنى للورقة. والخلل يكون في نصف الكرة المخية اليمنى في الجهة الخلفية.

- **فقدان المفاهيم الطوبوغر افية: (Perte des notions topographiques)**

المفحوص غير قادر على إيجاد طريقه على التوجه، رسم مخطط لغرفته وتوزيع المدن على خريطة بلاده، فهذه الاضطرابات يمكن أن تكون منعزلة أو مصحوبة بإهمال نصفي.

محاضرة رقم (08):

حبسة بروكا(Aphasie de Broca)/حبسات فرنيكي (Aphasies de Wernicke)

1- تعريف حبسة بروكا

تدعى حبسة بروكا أيضا بالحبسة التعبيرية أو الحركية (Goldstein) ، الحبسة الفعلية حسب (Head) تمس بالدرجة الأولى قدرة الشخص على التعبير فيصبح عاجزا عنه ويبقى الفهم سليم نسبيا، يصاحب هذا النوع من الحبسات اصابات في المناطق الجبهية لنصف الكرة المخية اليسرى على وجه الخصوص المنطقة المسماة: بباحة بروكا (aire de Broca) المتواجدة في الفص الامامي امام الباحة المحركة الرئيسية المسؤولة عن حركات اعضاء النطق.

تنتج حبسة بروكا نتيجة اصابة مسار التلفيف الثالث الجبهي الأيسر لنصف الكرة المخية الموافقة للباحة (le pied et le cap de la 3eme circonvolution de l'hémisphère gauche) (44-45 من تقسيم برودمان.

تعتبر حبسة بروكا حبسة غير طليقة (aphasie non fluente) حيث يتميز الحبسي بقلة تدفق كلامه الذي يمكن ان يصل الى حد الخرس ونقص الرصيد اللغوي، كما يتخلل خطابه توقفات عديدة ترجع لعدم قدرته على نطق المفردة .كما نلاحظ غياب النحو والتصريف في كلامه اذ يمكنه وصف رسم يمثل طفال يسقط من على كرسي بقوله: ".... و.ولد ...سقوط ... ك.كرسي "على سبيل المثال.

لا يتمكن المصاب في الحالات الشديدة من انتاج سوى مفردة أو مفردتين ويقوم بتكررها عند محاولة لوصف شيء ما، كما أن حبسي بروكا لا يتمكن من تسمية الأشياء التي يراها أو يسمعها غير انه ينجح في حالة مساعدته ببداية الكلمة.

تمس هذه الإصابة العصبية كلا من القراءة والكتابة بالإضافة إلى الأبراكسيا وشلل نصف الجسم.

2- مظاهر حبسة بروكا

من أهم المظاهر الاكلينيكية الأساسية لحبسة بروكا نجد:

- تعبير شفهي فقير، خرس أو قولبية
- الحالة تتكلم قليلا مع انخفاض كمي للغة
- وجود اضطرابات نطقية مع نطق ثقيل وبطيء
- اضطراب دائم في النغمة
- الفهم محتفظ به نسبيا
- كلام غير مفهوم
- نقص الكلمة المستهدفة
- وجود أبراكسيا فمية وجهية
- فهم اللغة الشفهية والمكتوبة محتفظ به نسبيا.

3- تعريف حبسات فرنيكي

تدعى حبسة فرنيكي أيضا بالحبسة الحسية أو بالحبسة الاستقبالية، وهي تتمثل في فقدان الشخص المصاب بها قدرته على فهم اللغة. تنتج عن اصابة باحة فرنيكي التي تقع في الجزء الخلفي للتلفيف الصدغي الثاني لنصف الكرة المخية اليسرى.

(la partie postérieure de la première et la deuxième circonvolution temporale gauche). تتميز حبسة فرنيكي بانها حبسة طليقة (fluente aphasie) اذ يتميز اسلوب تعبيره بالرطانة دون تقديم أية معلومة، وتعبير منحرف كما أنه يقوم بتعويضات وتحولات بشتى أنوعها للحروف وللكلمات، مع اختراع لمفردات جديدة.

حبسي فرنيكي لا يدرك حالته أي انه غير واعي باضطرابه اللغوي ويتحدث مع غيره بصفة عادية وهذا راجع لعدم تحكمه في الحلقة السمعية الصوتية. تسبب الإصابة اضطرابات على مستوى التعبير، الفهم، القراءة والكتابة وذلك بدرجات متفاوتة، فيكون اضطراب هذه الوظائف حسب تموضع الإصابة.

سماها:(Head) Aphasie syntaxique

Aphasie sensorielle(Goldstein)

Aphasie acoustique (Luria)

4-أعراضها

يعاني حبسي فرنيكي من الاعراض التالية:

- عدم وعي بالاضطراب(Anosognosie)
- الرطانة (Jargon)
- الفهم مضطرب
- وجود (Néologisme) اختراع كلمات غير موجودة في اللغة
- السيولة اللفظية نوعا ما عادية إلا أن في بعض الأحيان لا تتوقف الحالة عن الكلام (logorrhée)
- عدم وجود اضطرابات نطقية
- تحولات في كل أنواعها
- بناء الجمل محتفظ به بحوالي 15- 20 %
- إعادة المقاطع والحروف بصفة لا إرادية (الايكولاليا)
- يمكن ملاحظة في بعض الحلات القولبية
- ملاحظة مختلف أنواع الأقنوزيا

5-الأنواع المعروفة لحبسات فرنيكي

هناك 4 صور مشتركة لحبسات فرنيكي منها:

- السيولة اللفظية يمكن أن تكون: مفرطة، رطانة أو اختراع كلمات جيدة
- اضطراب على مستوى الفهم
- النطق سليم
- التحولات الحبسة بشتى أنواعها

***النوع الأول: حبسة فرنيكي بأتم معنى الكلمة(Aphasie de Wernicke proprement dite)**

هناك ثلاثة أعراض سميولوحية أساسية لهذا النوع:

- إيقاع الكلام عادي أو سيولة لفظية مفرطة
- تحولات وتعويضات حبسية بكل أنواعها هذا ما يجعلنا نتكلم عن رطانة حبسية
- اضطراب واضح على مستوى الإعادة والتكرار نتيجة اضطراب في اللغة الشفهية

يكون فهم اللغة الشفهية عند الحبسي مستحيل فبكون هناك تفكك بين الفهم الشفهي والفهم الكتابي، كما أنه يعاني من صمم لفظي أي عدم القدرة على فهم كل ما له دلالة لغوية.

***النوع الثاني: الحبسة عبر القشرية الحسية(Aphasie Transcorticale Sensorielle)**

من أعراضها السميولوجية الأساسية نجد:

- اضطراب هام على مستوى الفهم الشفهي والكتابي
- التكرار ممكن ولكن يمكن ملاحظة الايكولاليا
- وجود تقليل كيفي للخطاب
- وجود نقص الكلمة المستهدفة
- خطاب غير متجانس

النوع الثالث: حبسة فرنيكي مع سيطرة الاضطراب على مستوى اللغة المكتوبة

(Aphasie de Wernicke avec prédominance de l'atteinte du langage écrit)

هناك:

- مقابلة بين الفهم شفهي الذي يكون ممكن والفهم الكتابي الذي يكون مضطرب
- خلل في التعبير الشفهي الذي يظهر على شكل عرض نقص الكلمة المستهدفة مقابل خلل في التعبير الكتابي الذي يكون منعدم أو مصحوب برطانة كتابية.
- في الحلات النادرة تكلم دجيرين عن أليكيا أغرافيا حيث يكون الفهم الشفهي والكتابي منعدم
- رطانة كتابية مع اختراع كلمات جديدة
- كما تكلم ديجيرين عن العمى اللفظي

محاضرة رقم (09):

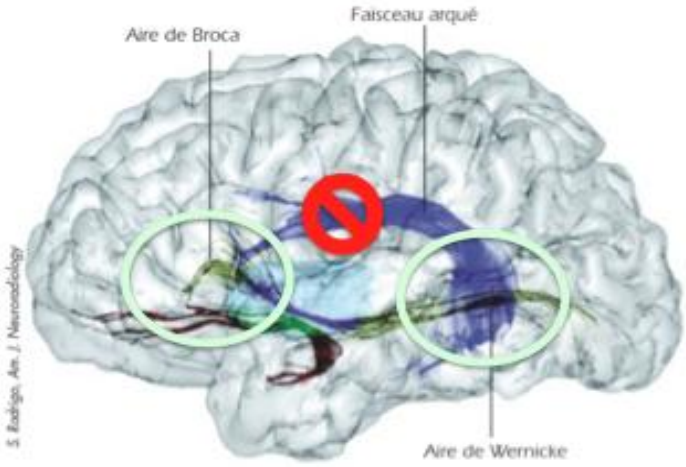
الحبسة التوصيلية(Aphasie de conduction)

الحبسة النسيانية(Aphasie anomique/ amnésique)

الحبسة الكلية (Aphasie Globale)

1-تعريف الحبسة التوصيلية

الحبسة التوصيلية عرض ناتج عن تلف على مستوى الالياف الرابطة بين مساحة بروكا ومساحة فرنيكي أي الحزمة المقوسة وليس ناتجة عن إصابة قشرية بالتحديد إصابة الألياف الرابطة بين المساحة السمعية ومساحة الإنتاج الكلام.



شكل رقم (05): إصابة الحزمة المقوسة

www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=dfpE5zfV&id=025A7C222710204AD823152F679969AB48D12E91&thid

هناك ثلاثة أحداث سيمائية تعرف الحبسة التوصيلية:

- **الإيقاع**: يظهر عادي أو قريب من العادي ولكنه يحتوي على عرض نقص الكلمة المستهدفة وعلى عدد من التحولات الفونيمية. (عرض اختراع الكلمات).
- اضطراب واضح على مستوى **التكرارالاعادة**.
- **فهم** اللغة الشفهية والمكتوبة عادي أو قريب من العادي.

يتخلل كلام المصاب بالحبسة التوصيلية عدد من الترددات والتصحيحات لها علاقة بعرض نقص الكلمة المستهدفة، بعد الإصابة العصبية يحتوي كلامه على عدد من التحولات الفونيمية تجعلنا نتكلم في بعض الأحيان عن الرطانة الفونيمية.

تكون الحالة واعية باضطرابها الكلامي فتحاول تصحيح بذلك أخطائها وتتمكن من ذلك في أغلب الأحيان. يمكن أن تكون الحبسة التوصيلية الشكل المتطور لحبسة فرنيكي (Sabadell, 2022)

2-الجدول العيادي للحبسة التوصيلية

- اللغة العفوية تكون متدفقة ولكن الإيقاع عادة ما يكون بطيء بسبب التوقفات والترددات ولكن هناك إمكانية صاغية جمل بإيقاع عادي.
- سلوك لساني مضطرب في تمارين التكرار حيث يستحيل على الحالة القيام بهذه العملية ولكنه يتمكن من تكرار وحدات مقطعية أحادية أو ثنائية لكن الجمل الطويلة والمعقدة تكون مستحيلة.
- التسمية الشفهية مضطربة.
- الحبسي يكون واعي باضطرابه (يبني استراتيجيات للتصحيح) (nosognosie)
- القراءة بصوت مرتفع جد مضطربة ونسجل البارالكسيا.
- لا يوجد اضطراب نطقي.
- الفهم الشفهي والكتابي محتفظ به.
- الكتابة مضطربة، القراءة بصوت مرتفع مضطربة.
- تحتوي الكتابة العفوية على الباراغرافيا.

3- تعريف الحبسة النسيانية (Aphasie Amnesique/Anomique)

تم وصف هذه الحبسة من طرف (PITRE) في 1897 حيث يعاني المصاب بهذا النوع

من الحبسة من **عرض نقص الكلمة المستهدفة** بصفة واضحة ولكن بالرغم من ذلك يكون كلامه متدفق حيث يتمكن من الاحتفاظ نوعا ما بإيقاع قريب من العادي كما يحتفظ بالقدرة على التكرار والقراءة بصوت مرتفع مع العلم أن الفهم قريب من العادي.

تحتفظ الحالة بالصيغ النحوية والصرفية الصحيحة بالرغم من تخلل خطابها صعوبات في اللجوء إلى المعجم الدلالي، مع خطاب متدفق، كما أن الحالة واعية بالصعوبات التي تواجهها بالتالي تحاول إيجاد حلول لها. تنتج الحبسة النسيانية من إصابة على مستوى المساحات الصدغية السفلية اليسرى (هناك عدة تمركزات محتملة)

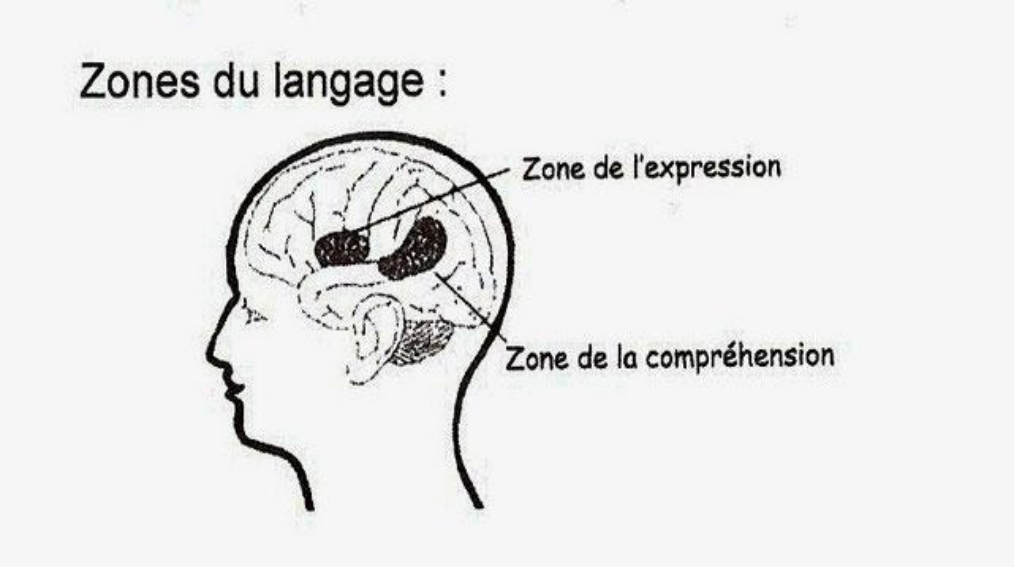
كما يمكن ملاحظة الحبسة النسيانية مع إصابة الحالة (gyrus angulaire) وتكون في هذه مصحوبة بالأليكسيا والأغرافيا.

4-تعريف الحبسة الكلية (Aphasie Globale)

تعتبر الحبسة الكلية من أعقد أنواع الحبسات حيث هي حبسة غير تدفقية تتميز بنقص كلي وكيفي للكلام حيث يكون هناك اضطراب واضح على مستوى التعبير الذي يشبه الشكل الحاد لحبسة بروكا والفهم يشبه الشكل الحاد لحبسة فرنيكي.

تفقد الحالة القرة على الكتابة والقراءة ولكنها تحتفظ ببعض أشكال اللغة الأتوماتيكية حيث ينحصر خطاب الحبسي على عدد جد قليل من الالفاظ مع سوء استعمال للقواعد اللغوية، وتكون نسبة التنبؤ بالاسترجاع جد ضعيفة.

تمتاز المساحة الدماغية المسؤولة عن الحبسة الكلية بالاتساع حيث تشمل مجالا واسعا في القشرة الدماغية التي تشمل مساحة بروكا مع كل مساحة فرنيكي أي المناطق الجبهية، الجدارية الصدغية في نصف الكرة المخية اليسرى تصل حتى المادة البيضاء.



الشكل رقم (06): المساحات اللغوية

www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=wwwy4EIw&id=E81BF10EA1773DCBC4EBA58AECA429CB3FDF05DF&thid

تعتبر الحبسة الكلية من الحبسات الأكثر انتشار حوالي32% من الحالات تصاب بها في المرحلة الأولية الحادة بعد الحادث الوعائي الدماغي.(Sabadell, 2022)

5- الجدول العيادي للحبسة الكلية

تظهر الحبسة الكلية على الشكل التالي:

- سلوك لغوي محصور بين الخرس والقولبية
- تظهر القولبية في كل محاولة التكلم الارادي
- عرض نقص الكلمة المستهدفة بشكل واضح
- صعوبات نطقية
- كلام تلقائي محدود
- اضطراب واضح على مستوى التكرار
- اضطرابات تمس الفهم

- استعمال خاطئ لكلمات

محاضرة رقم (10):

الحبسة عبر القشرية الحركية (Aphasie Transcorticale Motrice)

هناك ثلاثة أنواع من الحبسة عبر القشرية: الحسية، الحركية والمختلطة وذلك حسب درجة إصابة الإنتاج والفهم. تنتمي الحبسة عبر القشرية الحسية إلى الحبسة التدفقية أما النوعين الأخرين ينتميان إلى الحبسة غير التدفقية

1- تعريف الحبسة عبر القشرية الحركية:(Aphasie Transcorticale Motrice)

أول من عرف هذه الحبسة هو (LICHTEIM) في سنة 1885 حيث اعتبراها حبسة غير تدفقية ناتجة عادة عن إصابة الجهة ما قبل الجبهية يؤدي إلى نقص كمي وكيفي للغة العفوية من الناحية الشفهية والمكتوبة، قدرات التكرار محتفظ بها مع ملاحظة عرض الاستمرارية والاحتفاظ الكلي أو النسبي للقدرة على الفهم.

أما في 1968 (LURIA) سماها (dynamique) وقسمها إلى نوعين أو شكلين:

- **الشكل الأول**: يتمكن المصاب من تكرار الكلمات والجمل القصيرة ولكن يبقي الخطاب مضطرب بسبب عدد من الاستمرارية.
- **الشكل الثاني:** يحتفظ المصاب بالقدرة على تكرار الجمل حتى ولو كانت طويلة ومعقدة ولا يتخلل خطابه عرض الاستمرارية.

2-الأعراض الاكلينيكية للحبسة عبر القشرية الحركية

من ناحية الانتاج الشفهي نسجل:

- الفهم الشفهي محتفظ به
- تقليل كمي للخطاب العفوي (بعض المقاطع أو الجمل القصيرة)

- Une aspontanéité verbale
- يمكن ملاحظة في المرحلة الأولية خرس ولكنه عادة ما يكون مؤقت
- تكرار ممكن
- ترددات
- غياب صعوبة النطقية
- وجود الايكولاليا
- الجمل المنتجة عادة ما تكون قصيرة تحتوي على (0 إلى 5 كلمات)
- عدم وجود صعوبات نطقية
- التكرار ممكن
- وجود نقص الكلمة ولكن تتحسن بالتسهيلات اللفظية وبتقديم المؤشرات السياقية (indices contextuels)
- الاستمرارية اللفظية موجودة بكثرة
- الاجابة عن الاسئلة الموجهة تكون سريعة بينما في الحوار الشبه موجه تظهر الصعوبات بوضوح
- البارافازيا نطقية
- الفهم الشفهي العام محتفظ به نسبيا
- في الجانب الكتابي نلاحظ وجود الباراغرافيا
- تحسن المهارات في الاملاء
- الفهم الكتابي محتفظ به
- القراءة مضطربة

3-تموضع الاصابة

لما تكون الاصابة ناتجة عن حادث وعائي دماغي تكون متموضعة غالبا على مستوى الفص الجبهي الامامي الايسر مع إصابة الالياف الرابطة بين الباحة الحركية العليا (AMS) والمساحة المحيطية لبروكا مع سلامة منطقة بروكا، ولكن ما يجب معرفته هو أن التموضعات ليست ثابتة حيث يمكن للإصابة أن تمس المنطقة الحركية العليا نفسها او المنطقة ما قبل الحركية المتواجدة قبل مساحة بروكا أو حتى المادة البيضاء تحت القشرية الجبهية.

4- التنبأ

يكون التنبأ بعد الاصابة بالحبسة تحت القشرية الحركية حسن مع مواصلة التكفل الأرطوفوني.

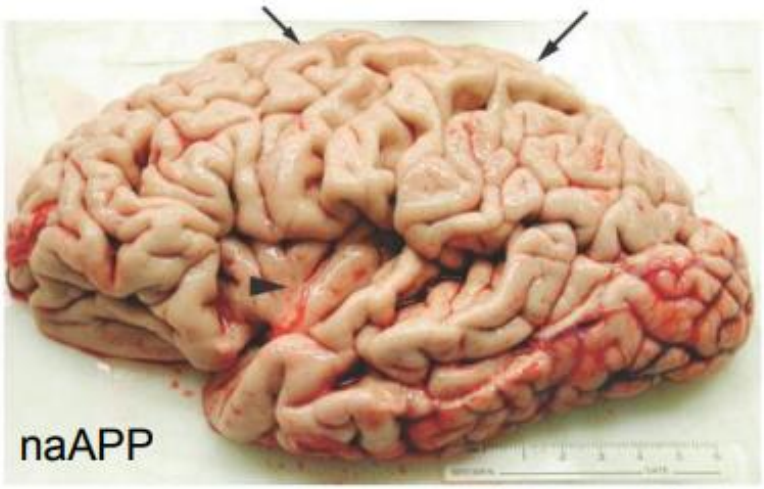
محاضرة رقم (11): الحبسة الأولية التطورية

(Aphasies Primaires Progressives) (APP)

تكون الاضطرابات اللغوية في الحبسة التطورية العصبية العرض الأكثر بروزا وإعاقة سواء تعلق الأمر بالقدرة على الانتاج الشفهي، تسمية الأشياء أو الاشخاص، أو فهم معاني بعض الكلمات (Gorno-tempini, 2011)

1- تعريف الحبسة الأولية التطورية(APP)

تعرف الحبسة الأولية التطورية بأنها أضطراب متطور، خفي ومنعزل للغة ناتج عن إصابة متمركزه في المناطق المتدخلة في إنتاج اللغة أي الفص الصدغي، الجداري والجبهي.



شكل رقم (07): مقطع تشريحي لدماغ يبين ضمور المناطق اللغوية

تنتمي APP إلى الامراض الانحلالية العصبية النادرة، تظهر في المرحلة الأولى على شكل تطور وتدهور تدريجي للغة، يبقى هذا العجز واضح ومنعزل لمدة لا تقل على سنتين (Mesulam, 2001). ثم في المرحلة الثانية تمس هذه الصعوبات بصفة تدريجية الوظائف المعرفية الأخرى مثل الذاكرة، التعرف، الوظائف التنفيذية...). من خصائص الحبسة الأولية التطورية أن الصعوبة اللغوية تبقى السائدة بالرغم من تدهور الوظائف المعرفية الأخرى.

تمس الحبسة الأولية التطورية النساء والرجال بصفة متساوية ما بين 45 إلى 70 سنة بين بينهم مع مدة متوسطة لتطور المرض ما بين 8 و15 سنة تمس الحبسة الأولية التطورية حولي 6.000 فرد في فرنسا (إحصائيات 2018).

تتطور الحبسة الأولية التطورية نحو فقدان كلي للإستقلالية الذاتية نتيجة للاضطرابات المعرفية السائدة.

قد تخفي أعراض الحبسة الأولية التطورية عند إضطرابات عصبية متطورية وهي:

- Dégénérescence lobiare fronto-tomporale (DLFT)
- Maladie d'Alzheimer (MA)
- Dégenerescence cortico-basale (DCB)
- Paralysie supranuclaire progressive (PSP)

2- تاريخ الحبسة الأولية التطورية

سنقدم على شكل نقاط أهم التواريخ الخاصة بالحبسة الاولية التطورية:

- **(1890)**: قام Pick et Serieux بوصف لأول مرة الحبسة على أنها اضطراب لغوي مصحوب بضمور المناطق الجبهية والصدغية لنصف الكرة المخية اليسرى.
- **(1897)**: قام dejerine بفحص دماغ لإمرأة كانت تعاني من فقدان تدريجي للقدرة على فهم الكلمات مع إحتفاظ بذكاء وذاكرة عادية، بعد وفاتها اكتشف العالم فقدان العصوبات الدماغية مع ضمور المنطقتين القشريتين الصدغيتن. تعتبر هذه الحالة المثال الأقرب لما سماه بعدها Mesulam بالحبسة الأولية التطورية.
- **(1975)** : قام Warrigton بوصف اضطراب تدريجي للذاكرة الدلالية (trouble progressif de la mémoire suite à l'atteinte centrale de la mémoire sémantique)

- **(1982):** قام Mesulam بوصف عدة حالات تعاني من حبسة تطورية بطيئة Slowly progressive aphasia.
- إستعمل Snowden سنة **(1989)** مصطلح الخرف الدلالي(demence sematique) .
- في **(1996)** قام Grossman باستعمال مصطلح الحبسة غير التدفقية التطورية.
- في **(1998)**: قام Neary et al بتقديم معايير خاصة بالحبسة الأولية التطورية غير المتدفقة و الخرف الدلالي.
- في **(2004)** قام Gorno-Tempini et al بوصف الحبسة الأولية التطورية من نوع logopenique.
- **(2011)**: قام Gorno-Tempini et al بتقسيم جديد للحبسة الأولية التطوية يشمل ثلاثة أنواع:
  - الحبسة الأولية التطورية غير التدفقية (APP non fluente/ agrammatique)
  - الحبسة الأولية التطورية الدلالية (APP variante semantique)
  - الحبسة الأولية التطورية (APP variante Logopenique)
- إلى يومنا هذا **(2023)** تصنيف Gorno-tempini هو التصنيف المستعمل في الميدان العيادي الاكلينيكي العالمي.

3- المعايير التصنيفية الاكلينيكية للحبسة الأولية التطورية حسب أعمال (Mesulam)

- بداية المرض خفية مع تدهور تدريجي يظهر:
  - على شكل نقص الكلمة المستهدفة أو اضطراب في الفهم
  - في الخطاب التلقائي أو عند فحص اللغة
- التقليل من أنشطة الحياة اليومية التي كانت تقوم بها الحالة من قبل يكون ناتج عن الاضطراب اللغوي في السنتين الماضيتين.
- اللغة القبلية كانت قريبة من العادي مع إحتمال وجود عسر القراءة النمائي.
- غياب لمدة سنتين الأولتين من:

- Apathie (اللامبالاة وعدم تقدير مشاعر الاخرين)
- نسيان الاحداث التي وقعت للحالة مؤخرا، مع غياب الاضطرابات البصرية الفضائية، وغياب التعرف البصري
- غياب الاضطرابات الحسية الحركية

- احتمال أن تعاني الحالة من عدم القدرة على الحساب ومن أبراكسيا فكرية حركية.
- بعد سنتين، **تبقى الحبسة العرض الرئيسي والاساسي** حتى وإذا ظهرت أعراض أخرى ولكنها تتطور بصفة أسرع مقرنة بالأعراض الأخرى المصاحبة.
- عدم العثور على أي سبب في التصوير العصبي يفسر هذا العجز.

4- المعايير التصنيفية الإكلينيكية للحبسة

---

* لابد من توفر ثلاثة معايير إكلينيكية بالرجوع إلى معطيات التصوير الدماغي لتشخيص الحبسة الأولية التطورية (critères inclusions):

- العرض الاكلينيكي الظاهر هو الصعوبة اللغوية
- تشكل الصعوبة اللغوية سبب للعوائق التي تواجهها الحالة في حياتها اليومية
- تشكل الحبسة أكبر عجز في المراحل الأولى من تطور المرض.

بالنسبة للمعايير الاقصائية (يجب نفي العبارات التالية لتحقيق التشخيص) التي يرتكز عليها التشخيص الاكلينيكي للحبسة من نوع APPهي:

- سبب الصعوبات يكون ناتج عن إصابة الجهاز العصبي بشكل غير تطوري أو لأسباب طبية أخرى.
- الاضطرابات المعرفية تكون ناتجة عن أمراض عقلية
- وجود اضطرابات قبلية هامة للذاكرة العرضية (mémoire épisodique)، للذاكرة البصرية وللقدرات البصرية الفضائية.
- وجود اضطرابات سلوكية في بداية المرض.

5- المعايير التصنيفية الاكلينيكية لأنواع الحبسة الأولية التطورية

التنصيف المرجعي لـAPP الذي أجري سنة 2011 يميز ثلاثة أنواع رئيسية للحبسة:

- الحبسة الأولية التطورية غير المتدفقة (APP non fluente) أو (APP agrammatique) التي تتميز بإصابة بعض الأنظمة النحوية والفونولوجية.
- الحبسة الأولية التطورية logopénique التي تتميز باضطراب معجمي (lexical) أي نقص الكلمة المستهدفة مع انخفاض في فعالية الذاكرة العاملة اللفظية.
- الحبسة الأولية التطورية الدلالية (APP sémantique) أو الخرف الدلالي (Démence sémantique) التي تتميز بزوال تدريجي لمعاني الكلمات.

تفصيل أنواع الحبسة:

5-1- الحبسة الأولية التطورية الدلالية:

لتشخيص الحبسة التطورية الاولية الدلالية (APP v sémantique) لابد من توفر المعيارين التاليين:

- اضطراب في تسمية الأشياء أو الأشخاص يظهر في اللغة العفوية وفي إختبار التسمية
- واضطراب في فهم الكلمات المنعزلة.

إضافة إلى هاذين المعيارين لابد من توفر ثلاثة معايير تشخيصية من أربعة التالية:

- صعوبة في التعرف على الأشياء وخاصة الأشياء المألوفة المستعملة في الحياة اليومية
- عسر القراءة السطحية (صعوبة في قراءة الكلمات غير الثابتة) أو عسر الكتابة السطحية (صعوبة في كتابة الكلمات غير الثابتة)
- القدرة على التكرار
- الاحتفاظ بالقدرة على انتاج الكلام من الناحية النطقية، الفونولوجية والنحوية.

قد يستعين المختص بنتائج التصوير الدماغي، بالتالي سيلاحظ واحد على الأقل: ضمور مزدوج الجهتين سائد أكثر في الجهة اليسرى للفص الصدغي الامامي أو (hypoperfusion du cortex temporal antérieur)

شكوى المريض: فقدان ذاكرة الكلمات مع فقدان معاني الكلمات، صعوبات في الفهم (perte de la memoire des mots)

الفهم الشفهي: صعوبة في فهم الكلمات المنعزلة

التعبير الشفهي: سيولة لفظية ولكن خالية من المعاني، علامات تدل على عدم القدرة على تسمية الأشياء (anomie)، جمل غير كاملة، وقت كمون (latence)، تعويضات دلالية. تحتفظ الحالة على القدرة على انتاج الميكانيكي، الفونولوجي والنحوي للغة.

الفهم والتعبير الكتابي: عسر القراءة والكتابة السطحية

2-5- الحبسة الأولية التطورية Logopénique

تعتبر الحبسة الأولية التطورية (APP variante logopènique) من أحدث التصنيات، وحتى يتم تشخيصها لابد من ملاحظة المعيارين التالين:

- نقص الكلمة المستهدفة في حالة الكلام العفوي وفي حالة التسمية
- صعوبة في تكرار الجمل

إضافة إلى ذلك ملاحظة ثلاثة معايير من بين المعاييرالأربعة التالية:

- إنتاج أخطاء فونولوجية في اللغة العفوية وعند إختبار التسمية
- احتفاظ بالقدرة على فهم الكلمات المنعزلة وبالقدرة على التعرف على الاشياء
- قدرات نطقية محتفظ بها
- غياب للتقليل الكمي والكيفي للغة agrammatisme

يمكن الاعتماد على نتائج التصوير الدماغي، بالتالي نلاحظ على الأقل: ضمور المنطقة perisylvienne أو الجدارية اليسرى أو (hypoperfusion du cortexposterieur périsylvien ou parietal latéralisé à gauche)

La jonction temporo-parietalle gauche

Contrairement aux deux autres types agrammatique et semantique qui sont associé à la DLFT en plus de la variante comportementale (3 eme type)
L'origine de la varirante logopenique est le plus souvent la maladie d'Alzheimer

شكوى المريض: صعوبة في إيجاد الكلمة المناسبة (difficulté à trouver les mots)

الفهم الشفهي: فهم الكلمات المنعزلة محتفظ به

التعبير الشفهي: لغة عفوية بطيئة نتيجة للتوقفات في إيجاد الكلمات المناسبة ولكن السرعة محتفظ بها، عدم القدرة على تسمية الأشياء (anomie)، اضطراب في تكرار الجمل (خاصة لما تكون طويلة)، أخطاء فونولوجية في الكلام العفوي وعند التسمية. غياب agrammatisme، غياب الابراكسيا وغياب اضطراب في النغمة.

الفهم والتعبير الكتابي: عسر القراءة والكتابة الفونولوجية

5-3- الحبسة الأولية التطورية غير الطليقة:

لتشخيص حبسة غير متدفقة APP variante non fluente- agrammatique لابد من ملاحظة المعياريين التالين:

- تقليل كمي وكيفي للإنتاج اللغوي (agrammatisme) أو أبراكسيا الكلام
- اضطراب الترميز الفونولوجي مع أبراكسيا الكلام.

إضافة إلى ملاحظة معيارين من المعايير الثلاثة التالية:

- صعوبة في فهم الجمل المعقدة
- الحفاظ على فهم الكلمات المنعزلة
- الحفاظ على معاني الأشياء وعلى المعارف العامة

يمكن الاعتماد على نتائج التصوير الدماغي، حيث يتم ملاحظة على أقل معيار واحد للتشخيص: ضمور المنطقة الخلفية الجبهية اليسرى أو (hypoperfusion du cortex postérieur fronto-insulaire latéralisée à gauche)

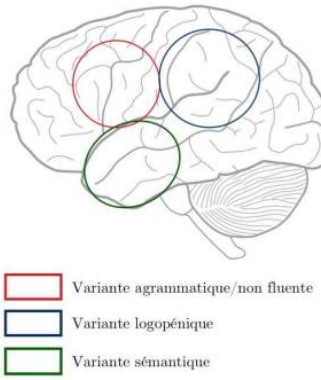
شكوى المريض: صعوبة في الكلام (difficulté à parler)

الفهم اللغوي: صعوبة فهم الكلام المعقد والجمل الصعبة مع الاحتفاظ بالقدرة على فهم الكلمات المنعزلة(agrammatisme de compréhension)

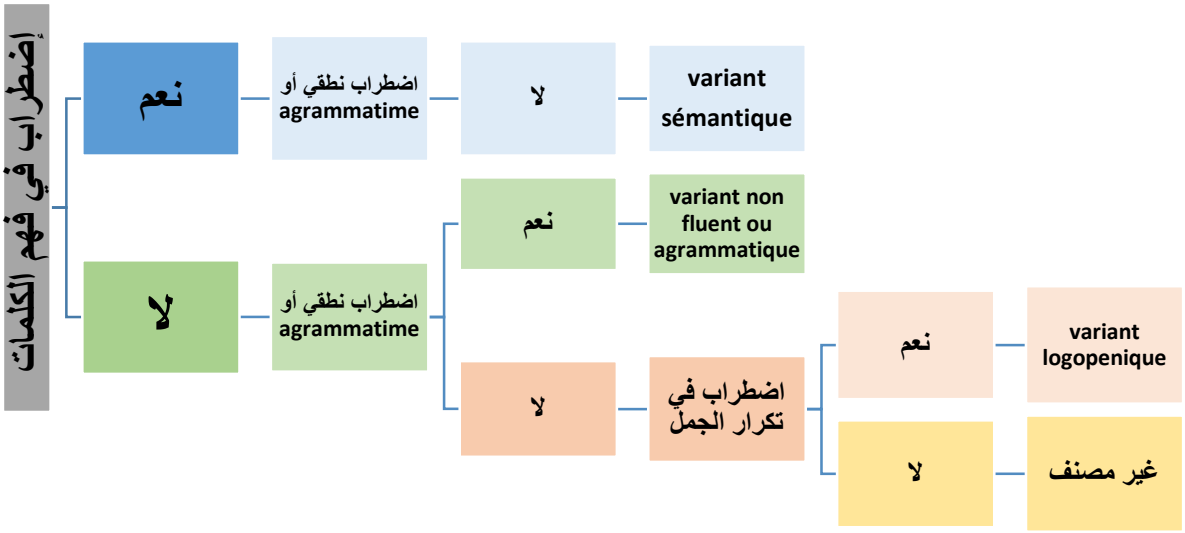
التعبير الشفهي: كلام غير متدفق وغير طليق، تقليل كمي وكيفي للكلام، كلام صعب ونطقية تواجد تحويلات فونيمية(phonémique et phonétique)الإنتاج ومتردد

مع وإضطراب في النغمة.

الفهم والتعبير الكتابي: القراءة محتفظ بها (لكن القراءة بصوت مرتفع مضطربة بسبب الصعوبة النطقية)، أما الكتابة عادة ما تكون مضطربة.



شكل رقم (08): تخطيط للإصابات الدماغية الخاصة بالأنواع الثلاثة للحبسة الأولية التطورية (Gorno-tempini, 2004)



شكل رقم (09): مخطط الأنواع الثلاثة للحبسة الأولية التطورية (Leyton et al, Brain, 2011)

محاضرة رقم (12)

تسميات الحبسة

سنقدم في هذه المحاضرة أهم التسميات التي قدت للحبسة عبر التاريخ والمذكورة من طرف (Lecours et Lhermitte)، حيث يحتوي المؤلف على 15 تصنيف وما يجب معرفته هو أن التصنيف الذي قام به GOODGLASS (1972) هو التصنيف المعتمد عليه حاليا. سنقدم أهم التسميات عبر الزمن:

1-BAILLARGER (1865)

- Aphasie simple
- Aphasie avec perversion de la faculté du langage

2- WERNICKE (1874)

- Aphasie motrice
- Aphasie sensorielle
- Aphasie de conduction

3-LICHTEIM (1884) et WERNICKE (1885-1886)

- Aphasie motrice :
  - Aphasie motrice Sous corticale
  - Aphasie motrice corticale
  - Aphasie motrice Transcorticale
- Aphasie de conduction
- Aphasie sensorielle :
  - Aphasie sensorielle Sous corticale
  - Aphasie sensorielle corticale

- Aphasie sensorielle Transcorticale

4-FREUD (1891)

- Aphasie verbale
- Aphasie asymbolique
- Aphasie agnosique

5-PIERRE MARIE (1906)

- Anarthrie pure
- Aphasie de Wernicke
- Aphasie de Broca

6-DEJERINE (1914)

- Aphasie variée ou aphasie par lésion de la zone de langage
- Aphasie pure
  - Aphasie motrice pure ou sous corticale ou aphémie
  - Surdité verbale pure
  - Cécité verbale pure
- Autres variétés d'aphasie :
  - Aphasie amnésique ou amnésie verbale
  - Aphasie Transcorticale

7-HEAD (1926)

- Aphasie verbale
- Aphasie syntaxique
- Aphasie nominale
- Aphasie sémantique

8-LURIA (1964)

- Aphasie sensorielle
- Aphasie acoustico-amnésique
- Aphasie motrice afférente ou aphasie motrice kinesthésique
- Aphasie motrice efférente ou aphasie motrice cinétique
- Aphasie sémantique
- Aphasie dynamique

9-ALAJOUANINE (1968)

- Aphasie de Wernicke :
  - Aphasie temporale complète
  - Jargonaphasie
  - Aphasie temporale à prédominance sensorielle
  - Aphasie amnésique de PITRE
  - Syndrome parieto-pli courbe
- Aphasie de Broca
  - La grande aphasie de Broca ou aphasie totale de Déjerine
  - Aphasie de Broca
- Atteintes isolées des pôles réceptifs et expressifs du langage ou aphasie pure
  - Anarthrie pure
  - Agraphie pure
  - Alexie pure
  - Surdité verbale pure

10-HECAEN (1872)

- Aphasie d'expression
  - Aphasie de réalisation phonémique

    - ➢ Aphasie agrammatique ou trouble de la réalisation syntaxique
    - ➢ Aphasie de conduction ou trouble de la programmation de la phrase
- Aphasie amnésique ou trouble de la sélection des morphèmes
    - ➢ Aphasie sensorielle ou Surdité verbale pure
    - ➢ Forme avec prédominance de la surdité verbale
    - ➢ Forme avec prédominance du trouble de la compréhension verbale
    - ➢ Désorganisation attentionnelle

11-GOODGLASS (1972)

- Aphasie de Broca
- Aphasie de Wernicke
- Anomie ou aphasie amnésique
- Aphasie de conduction
- Aphasie Transcorticale motrice ou aspontanéité
- Aphasie Transcorticale sensorielle ou aphasie de Wernicke type II
- Aphasie pure
    - ➢ Alexie pure ou cécité verbale
    - ➢ Agraphie pure
    - ➢ Surdité verbale
    - ➢ Aphémie ou anarthrie pure

محاضرة رقم (13):

تصنيف الحبسة

1- الحبسة غير التدفقية أو غير الطليقة (Aphasies non fluentes)

تعرف الحبسة غير الطليقة على أنها خلل أو صعوبة في الإنتاج الشفهي للكلام ونميز منها 4 أنواع:

- حبسة بروكا (Aphasie de Broca)
- الحبسة الكلية (Aphasie globale)
- الحبسة عبر قشرية الحركية (Aphasie transcorticale motrice)
- الحبسة عبر قشرية المختلطة (Aphasie transcorticale mixte)

تنتج الحبسة غير الطليقة عن:

- صعوبة في الشروع في الكلام (difficulté d'initiation) أو عن صعوبة في البرمجة العصبية مصحوبة بقدرات نطقية غير دقيقة ومُتعبة.
- عرض نقص الكلمة المستهدفة متفاوت الحدة.

تشترك الحبسات غير الطليقة في النقاط التالية:

- تقليل في السيولة اللفظية قد يصل في الحالات القصوى إلى الخرس أي غياب كل انتاج شفهي
- بطء في ايقاع الكلام حيث يتخلل كلام الحبسي عدة توقفات وترددات تؤدي إلى كلام متقطع، يمكن ملاحظة القولبية، الاستمرارية الايكولاليا.
- خلل في نبرة الكلام

- تقليل كمي للغة المنتجة من طرف الحبسي تظهر على شكل تقليل أو عدم إستعمال بصفة صحيحة وكاملة قواعد النحو والصرف. نتكلم عن كلام تيليغرافي.

تذكير:

	حبسة بروكا	**الحبسة الكلية**	**الحبسة عبر القشرية الحركية**	**الحبسة عبر القشرية المختلطة**
تعريفها	تقليل كمي للغة مع الاحتفاظ بالفهم نسبيا	تقليل كمي وكيفي للغة من ناحية الإنتاج والفهم للغة الشفهية والمكتوبة		
الاعراض	- خرس - القولبية - اضطرابات نطقية - شلل نصف الجسم	- خرس - القولبية - خلل في التكرار - فهم اللغة غير اللفظية ممكن - حادث وعائي دماغي منتشر		
الحديث التلقائي	تقليل كمي هام	تقليل كمي هام	Défaut d'initiation verbale صعوبة في الشروع في الكلام	تقليل كمي هام

التكرار	مضطرب	مختل	مضطرب	محتفظ
التسمية	نقص الكلمة	مختلة	نقص الكلمة	مختلة
القراءة	أليكسيا	مختلة	محتفظ بها	مختلة
التعبير الكتابي	مضطربة	مختل	أغرافيا	مختل
الفهم	الفهم الشفهي أحسن من الكتابي	مختل	محتفظ به	مختل
الاعراض المرافقة	شلل نصف الجسم	شلل نصف الجسم أبراكسيا فمية وجهية وفكرية حركية	شلل نصف الجسم غير ثابت	شلل نصف الجسم اضطرابات حسية
التموضع الدماغي	منطقة بروكا	جبهي-صدغي-جداري أيسر	أمامي وعلوي لمنطقة بروكا	موقع غير ثابت
التنبأ	قد تكون تطور للحبسة الكلية تحسن تدريجي للكلمات وللجمل تقليل من عرض نقص الكلمة	تنبأ غير إيجابي خطر الإكتئاب والعزلة إسترجاع محدود بسبب اضطرابات في الفهم		

	نادر ما تحافظ الحالة على القولبية أو الخرس			

2- الحبسة التدفقية أو الطليقة (Aphasies fluentes)

تعرف الحبسة الطليقة على أنها خلل أو صعوبة في الفهم الشفهي للكلام أو في القدرة على التكرار ونميز منها 4 أنواع:

- حبسة فرنيكي (Aphasie de Wernicke)
- الحبسة التوصيلية (Aphasie de conduction)
- الحبسة النسيانية (Aphasie amnésique ou anomique)
- الحبسة عبر قشرية الحسية (Aphasie transcorticale sensorielle)

تذكير:

	حبسة فرنيكي	**الحبسة التوصيلية**	**الحبسة النسيانية**	**الحبسة عبر القشرية الحسية**
الحديث التلقائي	رطانة شفهية إسهال لفظي	برافازيا لفظية	عرض نقص الكلمة المستهدفة	برافازيا لفظية
التكرار	مضطرب	مختل	مضطرب	محتفظ
التسمية	مضطربة	عرض نقص الكلمة	مختلة	مختلة مع وجود برافازيا لفظية
القراءة	مضطربة	برافازيا كتابية	مختلة	أليكسيا

التعبير الكتابي	رطانة كتابية	مختلف من حالة إلى أخرى	عرض نقص الكلمة المستهدفة	أغرافيا
الفهم	مضطربة	محتفظ به نسبيا	محتفظ به	مختل بشكل واسع
الاعراض المر افقة	Hémianopsie	متلازمة الفص الجداري	غياب الاعراض المرافقة	Hémianopsie و اضطرابات حسية
التموضع الدماغي	منطقة فرنيكي	الحزمة الرابطة بين منطقة بروكا ومنطقة فرنيكي	التلفيف الصدغي الأسفل	صدغي- جداري- قفوي

تنتج الحبسات الطليقة عن اضطراب مكتسب يمس اللغة العفوية الشفهية يظهر على شكل نقص كيفي للخطاب حيث يتم ملاحظة عرض الأخطاء النحوية والصرفية (dyssyntaxie)، عرض نقص الكلمة وأخطاء فونولوجية.

محاضرة رقم (14):

المقاربات الحبسية

تتوقف طبيعة الحبسة على أسبابها، تموقع الإصابة وعلى انتشارها وبالتالي فالعديد من العلماء حاولوا تقديم تصنيفات من خلال الاعراض السميولوجية لها:

- المقاربة التجريبية
- المقاربة اللسانية
- المقاربة العصبية التشريحية
- المقاربة العصبية اللسانية
- المقاربة النفس عصبية اللسانية

نفصلها كالتالي:

1- المقاربة التجريبية (Empirique)

جاءت مع(GESCHIND) (HOUES) سنة 1964 حيث ارتكزت على مفهوم اللفظي التدفق والتي تم تعريفه على أنه تقديم شفهي يكون من الناحية الكمية والكيفية كافي مع كلمات مختارة بدون أي تردد وبإيقاع عادي يشكل في الاخير كلام متجانس. قسمت هذه المقاربة الحبسة إلى نوعين وذلك حسب السيولة أو التدفق اللفظي:

- **الحبسة التدفقية أو الطليقة:** (fluent)

يكون هناك كلام طليق حيث يتم فيها انتاج عدد طبيعي أو متزايد من الكلمات تصل حتى الاسهال اللفظي ما يشكل لنا كلام رطاني مع صعوبة في فهم اللغة المسموعة أو في إعادة المقاطع والكلمات المسموعة.

- **الحبسة غير التدفقية أو غير الطليقة:** (non fluent)

يكون فيها الانتاج اللفظي منخفض ومحدود يصل حتى الخرس مع صعوبة في عملية النطق ولكن الفهم المسموع يكون محتفظ به نسبيا من أعراضها: الفقدان النحوي الصرفي، نقص الكلمة المستهدفة، خطاب تيليغرافي...

- **الحبسة النقية:** (pure)

حيث يكون هناك عجز اختياري في القراءة أو الكتابة أو في فهم اللغة الشفهية وتميز الكلمات.

2- المقاربة اللسانية(Linguistique)

من مؤسسين المقاربة اللسانية (Jackbson) سنة 1956 حيث تقوم هذه المقاربة على دراسة الطبيعية لاكتساب اللغة عند الطفل حيث تدرس اللغة العادية لاستخراج نظرياتها الخاصة باللغة المرضية، لا تعترف المقاربة اللسانية بالمبادئ التشريحية الاكلينيكية فتقتصر إلا على الجانب اللساني المحض.

3- المقاربة العصبية التشريحية(Neuro-anatomique)

تقوم هذه النظرية على تصنيف الاضطرابات الحبسية حسب موقع الاصابة الدماغية والعكس، كما استفادت هذه المقاربة من كل المعلومات الطبية التي قدمتها تقنية التصوير المغناطيسي حيث ترتكز على مبدأ تمركز الاصابة العصبية مع إهمال تام لنظريات المقاربة اللسانية وتقسم الحبسات على أساس:

- **الحبسة الحسية:** تعني إصابة المناطق الدماغية المسؤولة عن التحليل الفيزيائي للرسالة الشفهية.
- **الحبسة الحركية:** تعني إصابة المناطق الدماغية المسؤولة عن إنجاز الحركات الفمية الصوتية المتدخلة في عملية الكلام.

4- المقاربة اللسانية العصبية(Neurolinguistique)

برزت في سنة 1966 مع الباحث (Luria) و (Hecan) سنة 1972 حيث تجمع هذه المقاربة بين المقاربة اللسانية والمقاربة العصبية التشريحية، حيث تعتبر الاكثر شيوعا في الميدان العلاجي كون أنها تعتمد على المعطيات التصوير الحديثة وكل المفاهيم الخاصة بالعلوم المعرفية.

5- المقاربة النفس عصبية اللسانية(Neuropsycholinguistique)

تعتمد هذه المقاربة على:

- المفاهيم اللسانية
- مفاهيم علم الاعصاب
- مفاهيم علم النفس الاكلينيكي
- المعطيات المتحصل عليها من خلال التصوير الدماغي.

المقاربات العلاجية حسب المنظمة الطبية السويسرية (2006)

أظهرت عدة دراسات أن العلاجات المقترحة على الحالة الحبسية تقدم نتائج ملموسة مقارنة بالحالات الحبسية التي لم تحظى بذلك حيث أن الاعراض الحبسية تنقص من الحدة وللكنها لا تزول حتى بالعلاج الأرطوفوني وأن قدرات الحالة الاستقبالية والتعبيرية تتحسن إلى درجة معينة هذا ما يسمح لها بالاتصال والتواصل في حياتها اليومية.

حسب نوع ودرجة الحبسة يمكن للمختص أن يقترح عدة مقاربات علاجية:

- **المقاربة حسب العرض أو السميائية**: (Approche par syndrome)

حيث يقوم المختص بعلاج الاعراض السائدة حسب نوع الحبسة التي تعاني منها الحالة أي يمكن اقتراح نفس العلاج الأرطوفوني للحالات الحبسية التي لها نفس الاعراض السميولوجية.

- **المقاربة اللسانية**: (Approche par structure linguistique)

يعمل على التعرف وعلى تطوير قدرات الحالة اللسانية التي احتفظ بها أي القواعد اللغوية.

- **المقاربة الاستراتيجية**:(Approche stratégique)

يستغل المختص البقايا اللغوية مع تدريبه على استعمال بعض التعابير الشفهية في محاولات الاتصال بصفة فعالة.

- **المقاربة بالنموذج:** (Approche par modele)

تعتمد هذه المقربة على النموذج النفس لغوي لمعالجة اللغة بدون الرجوع إلى التشريح الوظيفي للدماغ

- **المقاربة التواصلية**: (Approche communicationnelle)

تقوم على تحفيز الحالة على استعمال اللغة الشفهية أو لا بالطريقة التي يتمكن من استعمالها بطريقة مرنة (flexible)، كما يمكن استعمال الكمبيوتر لتكملة هذه الطريقة.

المقاربات العلاجية حسب enseigmenent national DES de medicine physique et réadaptation et DIU de rééducation (COFMER)(2014)

تعتبر هذه المنظمة ان هناك 4 مقاربات والتي نجدها في عدة مراجع مثل: (LELOUP G., BERNARD I., aphasies : évaluation et rééducation, Masson, 2010) وهي:

1- **المقاربة الانبيريقية** (approche empirique)

وهي مقاربة قديمة تدعى كذلك المقاربة الكلاسيكية حيث تعتمد على التنبيه، التكرار والعمل على الاعراض أي إعادة تأهيل أو إعادة التعلم. من أبرز علمائها (DUCARNE) في فرنسا ومن خصائص هذه المقاربة:

- تنشيط كل سلوك لفظي عن طريق التنبيه الشفهي
- استعمال بصفة منهجي وآلي كل أبواب الدخول الخاص بالمعلومة
- استعمال البقايا اللفظية
- المرور من الآلي إلى العفوي والعكس
- تكييف وتيرة العمل (rythme de travail)، طبيعته وصعوبته حسب قدرات الحالة

من أشهر العلماء في العالم:

(LURIA) في روسيا، وفي أمريكا (SCHUELL) و(BASSO) في إيطاليا، حيث يجدر الذكر أن لهذه المقاربة مبادئ عامة للعلاج ولكنها الأكثر استعمالا في الواقع العلاجي.

2- **المقاربة السلوكية** (Approche Behavioriste)

قام (SKINNER) عام 1957 بتقديم وتطوير هذه المقاربة، حيث يعتبر أن الحبسة سلوك تواصلي منتج بطريقة خاطئة وهدفه هو تغيير هذا السلوك الخاطئ أو إقامة سلوكيات أخرى جديدة عن طريق العمل على تغير محيط الحالة أي طريقة إعادة تعليم.

Modification d’un comportement déviant ou installation de nouveaux comportements par ajustement de l’environnement, (technique de réapprentissage)

تعتبر هذه المقاربة جد صارمة ومتعبة للحالة، كما استعمل في هذا السياق في الولايات المتحدة الامريكية العلاج النغمي الايقاعي (MIT) وفي فرنسا (TMR).

***طريقة العلاج الإيقاعي النغمي**

صممت هذه الطريقة من طرف (SPARKS, HOLLAND, 1972) بأمريكا، حيث يعتبران أن استخدام نماذج نغمية ايقاعية في شكل جمل بسيطة يسمح للحالة الحبسية من استعمال اللغة.

لابد من تطبيق هذه الطريقة بشكل فريد لمدة 2 إلى 3 أشهر وفي أقرب وقت بعد الإصابة العصبية، مع زيادة تدريجية عدد الحصص العلاجية ومدة التمارين.

يعمل المختص الأرطوفوني على تغيير مستويين هما: الارتفاع والمدة، حيث زيادة في المدة النغمية للمقاطع باستعمال النقاط الحادة هام جدا لأنه يساعد الحالة على نطقها.

فيما يخص الإيقاع، فيطلب المختص الأرطوفوني من الحالة تجزئة وتقطيع المقاطع المشكلة للكلمة والجملة فهذا ما يساعده على النطق.

في بداية العمل العلاجي يقوم المختص باقتراح تمارين غير لفظية وطلب من الحالة الاستماع لها ثم نطلب منه تقسيم في نفس الوقت مع المختص نفس المقاطع الغير لغوية المسموعة مع احترام التدرج في الصعوبة، ثم نظيف النغمة ثم نستعمل مقاطع لغوية، أخر العلاج لا نستخدم عملية التقطيع.

في الجزائر قامت الدكتورة سعيدة براهيمي بتكييف هذه الطريقة العلاجية على الوسط العيادي الجزائري وذلك في 1996 باستعمال اللغة العربية الدارجة حيث أضافة الشروط التالية للاستخدام:

- تستعمل هذه التقنية مع حبسي بروكا والذي يعاني من عرض الخرس أو عرض نقص الكلمة المستهدفة أو من الفقر اللغوي الحاد لان هدفها تسهيل الطلاقة اللفظية.

- تستعمل مع الحبسيين اللذين يعانون من شلل نصف الجسم والذين لا يستطيعون استعمال الكتابة كأسلوب للتعبير.

3- **المقاربة المعرفية:** (Approche cognitive)

تقوم هذه المقاربة على اقتراح برامج علاجية حسب طبيعة الاضطرابات الحبسية. وتقترح على الحالات التي تعاني من حبسة ذات الاضطرابات المعقولة والمحدودة.

لهذه المقاربة ثلاثة أهداف:

- تساعد على توجيه التقييم: من خلال التعرف على القدرات المحتفظة والمفقودة عند الحالة.
- تساعد على تحديد هدف أو أهداف العلاج المقترح: من خلال المرحلة السابقة يستهدف المختص الوظائف المضطربة في علاجه.
- يساعد على اختيار الطرق العلاجية: من خلال معرفة كيف يتمكن المختص من استرجاع الوظائف المفقودة.

ترتكز على المراحل التالية:

- تحليل الاضطرابات التي تعاني منها الحالة الحبسية، تحديد طبيعة وتمركز الاضطرابات على نموذج معالجة المعلومة لحالة سليمة.
- تحديد أهداف الطريقة العلاجية التي تكون متمحورة حول الوظيفة اللسانية.
- اختيار الطريقة العلاجية انطلاقا من نتائج التقييم واقتراح وسائل تعويضية للوظيفة المفقودة.
- تحديد عدد من المهام الذي من خلاله نصل به إلى الهدف.
- تحديد ترتيب للمهام التي يقترحها المختص على الحالة مع احترام التدرج في الصعوبة من حيث التمارين والوسائل اللغوية والغير لغوية المستعملة في ذلك.

- تحديد طريقة لتقييم فعالية البرنامج العلاجي المقترح.

4- **المقاربة البراغماتية:** (Approche pragmatique)

هدفها تطوير الوسائل الاتصالية للحالة مهما كان نوعها وشكلها لفظية او غير لفظية، عن طريق استعمال القدرات الاتصالية المتبقية لدى الحالة وإذا استحال ذلك نستعمل تقنيات أخرى مثل: كراس التواصل، الرسومات، الاماءات والاشارات...) بهدف تسهيل عملية التواصل التلقائي أو تحسين التواصل دون التركيز على شكلها للساني.

يقترح هذا النوع من العلاجات عند الحلات الحبسية التي تعاني من اضطرابات حادة مثل الحبسة الكلية مع احتمال استرجاع اللغة محدود أو ضعيف.

1- اللسانيات العصبية والحبسة:

تقسم اللسانيات العصبية الحبسة إلى ثلاثة أنواع:

- الحبسة الامامية (Aphasie antérieure)
- الحبسة الخلفية (Aphasie posteieure)
- الحبسة المختلطة الامامية والخلفية (Aphasie mixte antero-posterieure)

بفضل المعلومات المقدمة من طرف علم التشريح والتصوير الدماغي يمكننا تصنيف ثلاثة مجموعات:

- الحبسة غير المتدفقة أو غير طليقة تشمل: حبسة بروكا، الحبسية الكلية، الانارثريا النقية، الحبسة النسيانية والحبسة عبر القشرية الحركية
- الحبسة التوصيلية
- الحبسة المتدفقة او لطليقة تشمل: حبسة فرنيكي، صمم اللفظي، الحبسة عبر القشرية الحسية والحبسة عبر القشرية المختلطة.

<u>ملاحظة:</u> أكثر من ثلث الحالات الحبسية لا يمكن تصنيفها ضمن المجموعات المذكورة.

التصنيف الحديث للحبسة:

2- عوامل التنبؤ وتطورالاضطراب:

يمكن ملاحظة تراجع الاعراض الاكلينيكية عند كل الحالات الحبسية ولكن بطريقة جد متغيرة، حيث معايير التنبؤ الجيد تبقى محدودة ولا تسمح للمختص بتقديمها للحالة أو لعائلتها بصفة مؤكدة.

من بين هذه المعايير:

- المعايير الاكلينيكية: تبقى أهم المعايير الاكلينيكية هي درجة خطورة الحبسة، حجم الإصابة الدماغية، إضافة إلى تموضع وعدد الإصابات. وجود اضطرابات معرفية مصاحبة تحدد قدرات الاسترجاع.
  حسب كل الدراسات المسجلة إلى يومنا هذا:
  - 20-25% نسجل وفاة الحالات
  - عند 15% من الحالات تختفي عندهم الاعراض الحبسية في الأسبوع الأول الذي يتبع الإصابة العصبية
  - يحتفظ 28-50% من الحالات على الاضطرابات اللغوية والتواصلية المعيقة والتي تتطلب تدخل علاجي أرطوفوني
  - يسترجع 24 إلى 32% من الحالات مستوى لغوي حسن ما بين 6 و18 شهر بعد الإصابة.
  - نسجل استقرار الاعراض الاكلينيكية ما بين أسبوعين إلى 12 أسبوع بعد الإصابة
  - مرحلة الاسترجاع السريع تدوم من 6 أشهر إلى 12 شهر
- المعايير الشخصية: يبقى التنبؤ عن تطور الاضطراب يقوم على سن حدوث الإصابة الدماغية وعامل الليونة العصبية حيث كلما كان الطفل متقدم في السن كلما كانت فرص إعادة تنظيم المهارات اللسانية ضئيلة.

3-التشخيص الفارقي: تُشخص الحبسة من طرف طبيب مختص ولكن لابد على المختص الارطوفوني التمييز بين الحبسة والاضطرابات التالية:

- اضطربات صوتية، اضطرابات نطقية واضطرابات كلامية

- اضطربات حسية بصرية و/ أو سمعية
- اضطربات عقلية
- اضطربات النمائية التي تعرقل اكتساب اللغة (الديسفازيا)
- نتكلم عن حبسة عند الطفل بعد التأكد من حدوث الإصابة الدماغية بعد اكتسابه للغة.

4-العو اقب الشخصية:

مهما كانت حدة الإعاقة، الاضطرابات الناتجة عن الإصابة العصبية تؤثر على الحالة وعلى محيطها حيث يكون لها عواقب نفسية، عواقب دراسية في حالة الطفل أو مهنية في حالة الراشد، عواقب اقتصادية قد تؤدي إلى تحديد أو وقيف العلاج مع انطواء الحالة.

5- برمجة ومدة الحصص الأرطوفونية:

في المرحلة الحادة (من أسبوع إلى 4 أسابيع) أي لما تكون الحالة في المستشفى يستحسن اقتراح عدة حصص علاجية قصيرة في اليوم حصة واحدة طويلة، لما تتحسن حالة المصاب (مستوى الوعي افضل، تعاون (coopération)) نقترح برنامج علاجي يدوم 5 ساعات في الأسبوع لاسيما في حالة الحبسات الغير تدفقية أو في حالة وجود رطانة أو قولبية.

- لابد على المختص الأرطوفوني التكيف مع قدرات الحالة مع اخذ بعين اعتبار التعب وصعوبات التركيز والانتباه. ولكن في العموم نقترح 5 حصص في الأسبوع تدوم من 45د إلى 1سا. في حالة ملل الحالة نقترح توقيف مؤقت للعلاج يدعي " النافذة العلاجية" la) fenêtre thérapeutique) مع تحديد زمن استئناف الحصص.

محاضرة رقم (15):

الفحص الأرطوفوني للحبسة

يسمح الفحص الأرطوفوني للمختص بتشخيص، تنبأ، وقاية والاعلان عن الاضطرابات التي قام بفحصها. يشمل الفحص الأرطوفوني مهما كان نوع الاضطراب الذي يعاني منه المفحوص على المعلومات التالية:

- المعلومات الإدارية
- الطلب
- تاريخ المرض كما يقصه المريض
- ملاحظة السلوك ونوعية العلاقات
- الاختبار الاكلينيكي
- التشخيص الأرطوفوني
- الاختبارات المكملة المحتملة
- التنبؤ الأرطوفوني
- التبليغ

1- المعلومات الإدارية

- معلومات خاصة بالمفحوص وتشمل: الاسم، اللقب، العنوان، السن الحقيقي عند الفحص، رقم الهاتف، الاختبارات والعلاجات التي قام بها من قبل حيث نبحث عن اسم وعنوان المختص الذي قام بهذه الفحوصات.
- معلومات خاصة بالطبيب وتشمل: اسمه، لقبه، اختصاصه، عنوانه ورقم هاتفه.

2- الطلب

نتعرف عن الأسباب الحقيقية التي دفعت بالمفحوص إلى الفحص الأرطوفوني.

3- تاريخ المرض كما يقصه المريض

يتحصل المختص الأرطوفوني عن معلومات من خلال إجراء مقابلة مع الحالة حيث تعتبر أداة عمل جد هامة حيث تسمح للمختص بجمع المعلومات حول الاضطراب الذي يعاني منه المفحوص. ترتكز المقابلة الأرطوفونية على الاصالة والتعاطف مع الحالة حيث لا بد على المختص أن يكون صريح مع الحالة وأن يقدر مشاعرها، كما لا بد عليه ان يتخذ الوضعية المناسبة والتي تكمن في:

- استقبال الحالة والاستماع لها
- الاهتمام بمعاش الحالة
- الانتباه لها
- احترام المفحوص مهما كانت الوضعية
- تسهيل الاتصال مع الحالة عن طريق استعمال كلام مفهوم وواضح.

***المقابلة المتخصصة**

يبحث المختص الأرطوفوني عن نتائج كل الفحوصات الطبية التي قام بها المفحوص منها: العصبية، العقلية، الجراحية...

- تاريخ المرض:
  - الحالة الصحية الأولية قبل الإصابة العصبية
  - زمن ظهوره
  - درجة الاضطراب
  - العلاجات الأولية التي قام بها

- تطور المرض
- العلاجات السابقة التي قام بها (التقويم الوظيفي، الأرطوفوني...)
- المستوى الثقافي للحالة
- نوعية الحياة
- النشاطات الترفيهية
- السلوكات الاجتماعية السابقة (اجتماعي، شخصيته...)
  - معاش المرض:
- من طرف الحالة نفسها (تقبل المرض، رفضه، الاستقلالية...)
- من طرف المحيط (رفض، تقبل، تفهم، مساعدة...)

4- ملاحظة السلوك ونوعية العلاقات

كمختصين أرطوفوني نلاحظ:

- سلوك الحالة والأشخاص المصاحبة
- قدرات الحالة على الاتصال
- تقبل الحالة الأنشطة المقترحة عليه
- قدراته على التكيف
- إمكانياته على التكيف
- إمكانياته على التعلم
- نشاط وحيوية المفحوص

5- الاختبار الاكلينيكي

- **الفهم والإنتاج الشفهي للغة**

نقيم السلوك والرغبة في الاتصال، نوعية التعبير ودرجة الفهم من خلال اقتراح الأنشطة التالية:

- الوضعية العامة
- الاماءات الوجهية
- التحركات
- الرسومات
- اللغة: العفوية والمُستثارة
- المحاثة
- التسمية: الأشياء المعروفة، تسمية الشخصيات
- التعريف
- الوصف
- التعين: تعيين الأشياء، تعين الصور، تعيين بالاستعمال
- السلاسل الاوتوماتيكية: إعادة سلاسل أوتوماتيكية، إنهاء جمل أوتوماتيكية مثل:
- تنفيذ أوامر سهلة ثم بسيطة
- تكرار: مقاطع، كلمات بسيطة، كلمات معقدة

أمثلة عن ذاك:

تكرار مقاطع بسيطة:

(PA)	(RA)	(FI)
(KA)	(KI)	(SLA)
(GA)	(FSA)	(FRI)
(ADA)	(NRI)	(BRO)
(TOR)	(FIR)	(MRI)

تكرار كلمات بسيطة:

قط	ساعة	جبل
خل	قمر	كرسي
باب	حوت	تمر

تكرار كلمات معقدة:

مشماش	قسنطينة	سبتمبر
مسطرة	مخبزة	تلمسان

- الإجابة عن أسئلة

- التصنيف والترتيب
- نقد صور وحكاية غير معقولة
- السيولة اللفظية: سيولة في ذكر الفئات (ذكر 5 فواكه)، سيولة في ذكر الحروف، تعريف الأشياء من خلال الاستعمال، تركيب جمل انطلاقا من كلمات
- الذاكرة اللفظية القصيرة: إعادة سلسلة مقاطع مع التدرج في الصعوبة، إعادة جمل، التذكر الفوري لقصة.

أمثلة عن ذلك:

الأعداد: أحسب من 0 إلى 10

أذكر أيام الأسبوع: أذكر أيام الأسبوع بالترتيب

أذكر أشهر السنة: أذكر أشهر السنة

أذكر الحروف الأبجدية باللغة العربية أو/ والفرنسية

الأغاني (قسماً)

سورة الفاتحة

سورة الناس

أكمل الجمل التالية:

نكتب ونرسم على..... (الورقة)

نغسل وجهي بالماء و....(الصابون)

عندما أعطش أشرب....(الماء)

أحب أمي و.....(أبي)

في السنة يوجد ..... شهر (12)

نفتح الباب بـ.....(المفتاح)

في حديقة الحيوانات يوجد.....(الحيوانات)

- **الفهم والإنتاج الكتابي**

ندرس في هذا الجزء من الاختبار الإكلينيكي للغة المكتوبة: القراءة، فهم النص، الخط، الحساب والهجاء (orthographe) من خلال الأنشطة التالية:

- قراءة: حروف، مقاطع، كلمات وجمل
- التعين

- تنفيذ أوامر مكتوبة سهلة ثم بسيطة
- أنشطة المطابقة بين صورة/كلمة، صورة /جملة
- القراءة الصامتة، القراءة بصوت مرتفع
- الكتابة: العفوية، المنقولة، الإملاء لسلاسل أوتوماتيكية (الأيام، الأشهر...)، لنص حر، لمقاطع، لكلمات، لجمل ولنص
- استعمال حروف متنقلة
- كتابة الاعداد
- كتابة الاعداد عن طريق الاملاء
- قراءة الاعداد
- حل مشاكل
- كتابة صك (cheque)
- التعامل مع النقود
- الحساب الذهني
- الحساب الكتابي

- **اختبار البراكسيا والغنوزيا**

ندرس قدرات الحالة على البراكسيا وعلى الغنوزيا من خلال الأنشطة التالية:

- انتاج حركات فمية وجهية تحت أمر ثم بعد تقليد
- انجاز حركات تحت أمر
- نقل الوضعيات
- الميم
- انجاز حركات رمزية: التحية العسكرية، ارتداء ملابس...
- نقل وإنجاز رسومات لأشكال هندسية

- التعرف على: أشكال، ألوان، أصوات، الاوزان، الكثافة، الاشكال على شكل خيال
- التعرف والتعين لكل أعضاء الجسم على الحالة نفسها، على الدمية وعلى الفاحص.

6- التشخيص الأرطوفوني

يمكن أن يشخص المختص الأرطوفوني: غياب، فقدان، اضطراب، للغة الشفهية أو المكتوبة تكون راجعة إلى إصابة دماغية مصحوب بأبراكسيا أو أقنوزيا.

7- اقتراح التدخل

- العلاج الأرطوفوني الذي يكون فردي أ وجماعي.
- توجيه نحو علاج أخر.

الخاتمة

نختم هذا السند البيداغوجي بالعناصر التي تم الاتفاق عليها اثرى انعقاد محاضرة SOFMER (1996) والذي تم فيما بعد تقديم أهم نتائجها في المقدمة في enseigmenent national DES de medicine physique et réadaptation et DIU de rééducation (COFMER) (2014) وهي كالاتي:

- لكل الحبسين حق في العلاج الأرطوفوني مهما كانت درجة الاضطراب.
- لا يوجد أي مبرر علمي على ضرورة التكفل الأرطوفوني الاستعجالي.
- هناك اتفاقية مهنية تدعو على التكفل الأرطوفوني في ثلاثة الأشهر التي تتبع الإصابة الدماغية إذا سمحت الحالة الصحية للمريض بذلك.
- للتكفل الأرطوفوني أثر إجابي ويكون أكثر فعالية من التكفل الذي يقوم به متطوع أو مختص آخر في الصحة.
- لا يوجد طريقة وحيدة للتكفل بالحبسي.
- لا بد من اقتراح علاج أرطوفوني لمدة 6 ساعات على الاقل في الأسبوع.
- مدة الحصة الأرطوفونية تتراوح من 45 د إلى 1 ساعة.
- يسمح التقييم المستمر بأخذ قرار مواصلة أو توقيف العلاج الأرطوفوني.
- أثبت الدراسات العلمية أهمية ونجاعة التكفل الأرطوفوني في السنة الأولى وفيما بعد في حالة الحبسة الوعائية.
- لا بد من اقتراح برامج علاجية فردية مع احترام النماذج النظرية، قدرات الحالة، الابعاد العلائقية والاجتماعية والتوصيات الطبية المبنية على أدلة.

قائمة المراجع

- براهيمي سعيدة. (2012). الحبسة وعلم النفس العصبي عند الراشد. دار الخلدونية. الجزائر.
- بوريدح نفيسة. (2021). الحبسة وعلم الاعصاب اللغوي العيادي: مقاربة عيادية وطرق التكفل. دار الخلدونية. الجزائر.
- شريقات عبد الرحمن. (2005). مقدمة في علم النفس العصبي. دار الشروق. الأردن.
- بني يونس محمد محمود. (2015). أبجديات علم النفس العصبي الاكلينيكي. اليازوري. الأردن.
- طيار شهيناز. (2020). أساليب التكفل الأرطوفوني بالحبسة المتدفقة وغير المتدفقة بالرجوع إلى أهم المدارس العلاجية. مجلة دراسات في علم الأرطوفونيا وعلم النفس العصبي. المجلد 5. العدد 1.

- Barbizet, Duizebo. (1997). Abrégé de Neuropsychologie. Masson.
- Brin F. (2014). Dictionnaire d'Orthophonie. Ortho Edition. Paris.
- Bonin, P. (2013). Psychologie du Langage : la Fabrique des Mots. Approche Cognitive. 2eme Edition. De Boeck.
- Dorand A., Parot F. (1991). Dictionnaire de Psychologie. Quadrige et PUF. France.
- Ducarne B. (1986). Rééducation Sémiologique de l'Aphasie. Masson. Paris.
- Dumart A. (1993). Le nouveau Larousse Médical. Larousse. Paris.
- Durieu C. (1969). La Rééducation des Aphasiques. Mardaga. Bruxelles.
- Eustache F. (1993). Langage et Aphasie. De Boeck. Belgique.

- Eustache F. et col. (2000). Espace, Geste, Action : Neuropsychologie des Agnosies Spatiales et des Apraxies. De boeck. Bruxelles.
- Gil R. (1996). Neuropsychologie. Masson. Paris.
- Kremer J. M., Lederle E. (2016). Intervention dans les Troubles Neurologiques, Liés au Handicap, Soins Palliatifs, Volume 5, Lavoisier, Paris.
- Lecours A.R., Lhermitte F. (1979). Aphasie. Flammarion. Paris.
- Leloup G., BERNARD I. (2010). Aphasies : évaluation et rééducation. Masson. Paris.
- Lenteri A. (1996). Restauration du Langage chez l'aphasique. De Boeck.
- Mazaux J. M. (2007). Aphasies et Aphasiques, Masson. Paris.
- Pialoux . (1975). Precis d'orthophonie. Masson. Paris.
- Rondal A., Seron X. (1977). Trouble du Langage, Diagnostic et Rééducation. Mardaga, Bruxelles.
- Seron X. (1986). Rééduquer le cerveau. Mardaga. Bruxelles.
- Seron X. (1995). Aphasie et neuropsychologie. Mardaga. Bruxelles.
- Sillamy N. (1996). Dictionnaire de Psychologie, Larousse. France.
- Siksou M. (2012). Introduction à la Neuropsychologie Clinique, Dunod, Paris.
- Michalon S. (2021). Evaluation et Traitement de l'Aphasie. De Boeck. France.
- Monetta L. (2021). Les Différentes Origines Fonctionnelles de l'Anomie Acquise : Illustrations Cliniques. revue Canadienne d'Orthophonie et d'Audiologie.

- Sabadell V. et col. (2022). Pathologies Neurologiques: Bilan et Interventions Orthophoniques. De Boeck. France.
- Sainson C. et col. (2022). Neurologie et Orthophonie: Prise en Soins des Troubles Acquis de l'Adulte. Tome 2, De Boeck. France.
- Sainson C. et col. (2022). Neurologie et Orthophonie: Théorie et Evaluation des Troubles Acquis de l'Adulte. Tome 1. De Boeck. France.

  Sieroff E. (2004). La Neuropsychologie : Approche Cognitive des Syndromes Cliniques. Arand Colin. Paris.
- Tissot A. (1983). Rééducation de l'aphasique adulte. Masson. Paris.
- www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=FGMcT8XP&id=13D6DCFA7F537426CBBD6101FEDD5EE40FE22C8E&thid
- www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid
- coeuretsante.deodatie.fr
- www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=dfpE5zfV&id=025A7C222710204AD823152F679969AB48D12E91&thid
- www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=wwwy4EIw&id=E81BF10EA1773DCBC4EBA58AECA429CB3FDF05DF&thi.