



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية
الشعبية

جامعة وهران 2 محمد بن أحمد
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس والارطفونيا

مذكرة لنيل شهادة ماستر في الارطفونيا تحت عنوان:

التكفل الارطفوني بعسر التلطف المخيخي
لدى المصاب بالرنح المخيخي
- دراسة حالة -

تحت اشراف الاستاذة:

أ.د/ بلعابد عبد القادر

من إعداد الطالبتين:

- سنوسي رميساء

- طاجين مروة نجبية

السنة الجامعية: 2020-2021

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر و عرفان

نحمد الله عز و جل الذي الذي وفقنا في إتمام هذا البحث, والذي أهلنا الصحة و العافية و

العزيمة. فالحمد لله حمدا كثيرا .

نتقدم بجزيل الشكر و التقدير الى الأستاذ الدكتور المشرف " بلعابد عبد القادر " على كل

ماقدمه لنا من توجيهات و معلومات قيمة ساهمت في اثراء موضوع دراستنا في جوانبها

المختلفة, كما نتقدم بجزيل الشكر الى أعضاء لجنة المناقشة الموقرة, دون نسيان جميع الأساتذة

الذي درسونا طيلة مشوارنا الدراسي, و كل من ساهم من قريب أو بعيد في انجاز هذه الرسالة.

و أخيرا نتوجه بالشكر و التقدير لوالدينا الكريمين و العائلة الكريمة على رعايتهم لنا و

مساندتهم طوال فترة الدراسة, فجزاهم الله عنا خير الجزاء.

الإهداء

الحمد لله الذي أنار لي طريقي و كان لي خير عون. الى ما أملك في هذه الدنيا, الى من كان سبب لوجودي على هذه الأرض, الى من وضعت الجنة تحت أقدامها, الى التي أنحني لها بكل اجلال و تقدير, والى التي أرجو قد أكون نلت رضاها أمي الغالية أطال الله في عمرها .

الى من أدين له بحياتي, الى من ساندني و كان شمعة تحترق لتضيء طريقي, الى من أكن له مشاعر التقدير والاحترام و العرفان أبي أطال الله في عمره .

الى كل أفراد عائلتي و أخص بالذكر أخوتي و الى كل أصدقائي بدون استثناء, الى كل الأساتذة الذين قدموا لنا يد المساعدة, الى كل هؤلاء أهدي هذا العمل المتواضع و أسأل الله عز و جل أن يوفقنا لما فيه الخير لنا .

الفهرس

الصفحة	محتويات البحث
	كلمة الشكر
	ملخص
02	مقدمة
	الجانب النظري الفصل الأول: مدخل للدراسة
06	الاشكالية و الفرضيات
08	أهمية لدراسة
08	أهداف الدراسة
08	دواعي اختيار موضوع البحث
	الفصل الثاني : التكفل الأطوفوني
15	تعريف التكفل الأرطفوني

17	أنواع التكفل الأطفوني
18	مراحل التكفل الأطفوني
22	أهمية التكفل الأطفوني
23	دور المختص الأطفوني
	الفصل الثالث: عسر التلغظ المخيخي
30	أ. عسر التلغظ
03	تعريف عسر التلغظ
31	أنواع عسر التلغظ
34	أعراض عسر التلغظ
35	ب. عسر التلغظ المخيخية
38	ج. الرنج المخيخي
	الفصل الرابع: إجراءات المنهجية
51	الدراسة الاستطلاعية

53	أهداف الدراسة الاستطلاعية
53	الدراسة الأساسية
54	الاطار الزمني
54	الاطار المكاني
54	وصف الحالة المدروسة
56	تقديم أدوات الدراسة
	الجانب التطبيقي
	الفصل الخامس: نتائج الدراسة
62	الحصيلة الأرتفونية
66	الفحص الاكلينيكي
74	تقديم نتائج الملاحظة و المقابلة
75	التشخيص
76	مراحل التكفل الأرتفوني
78	سيرورة الحصص الأرتفونية

85	نتائج التكفل الأطفوني
92	تحليل النتائج
95	الخاتمة
/	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول
66	جدول رقم (01) يمثل فحص التنفس
67	جدول رقم (02) يمثل فحص التصويت
70	جدول رقم (03) يمثل فحص البراكسيا الفمية الوجهية
72	جدول رقم (04) يمثل فحص الحركات السريعة
73	جدول رقم (05) يمثل فحص وضوح الكلام
85	جدول رقم (06) يمثل فحص التنفس بعد التكفل
87	جدول رقم (07) يمثل فحص التصويت بعد التكفل
89	جدول رقم (08) يمثل فحص البراكسيا الفمية الوجهية بعد التكفل
91	جدول رقم (09) يمثل فحص الحركات السريعة بعد التكفل
92	جدول رقم (10) يمثل فحص وضوح الكلام بعد التكفل

ملخص الدراسة باللغة العربية:

تستهدف الدراسة الحالية التكفل بعسر التلغظ المخيخي لدى الراشد المصاب بالرنح المخيخي كونه يعتبر أحد الأعراض الأساسية لهذا المرض.

و لتحقيق اهداف هذه الدراسة تم اختيار عينة متمثلة في حالة واحدة تحمل المعايير اللازمة لإجراء دراستنا ، اعتمدت هذه الدراسة على المنهج العيادي . تم تطبيق حصيلة أرتفونية لعسر التلغظ مع فحص اكلينيكي مدقق ثم قمنا بتطبيق التكفل الأرتفوني للذراتريا المخيخية لدى المصاب بالرنح المخيخي للأخصائية الأرتفونية كرستين بوانتون على الحالة و تتبع تطور الحالة بعد مرور 6 أشهر من بداية العلاج من خلال إعادة تطبيق الفحص الإكلينيكي.

بينت النتائج المتوصل إليها تحسن في كل من التنفس، النفس، التحكم في شدة التصويت و وضوح الكلام مما يبين بلوغنا لهدف الدراسة.

الكلمات المفتاحية:

عسر التلغظ المخيخي - عسر التلغظ - الرنح المخيخي - التكفل الأرتفوني

Résumé :

L'étude actuelle vise la prise en charge orthophonique de la dysarthrie cérébelleuse d'un cas atteint d'ataxie cérébelleuse, car elle est considérée comme l'un des principaux symptômes de cette maladie.

Pour atteindre les objectifs de l'étude, un échantillon d'un seul cas adulte portant les critères nécessaires à la conduite de notre étude a été sélectionné. Cette étude s'est appuyée sur l'approche clinique. Un bilan orthotopique de la dysarthrie a été appliqué avec un examen clinique audité. Nous avons appliqué le protocole du rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge du patient atteint d'ataxie cérébelleuse, élaboré par l'orthophoniste Christine Pointon, sur le cas. Six mois après nous avons appliqué l'examen clinique pour suivre l'évolution du cas après l'application du protocole.

Les résultats ont montré une amélioration à la fois de la respiration, du souffle, du contrôle de l'intensité de la voix et de de l'intelligibilité, ce qui montre que nous avons atteint l'objectif de l'étude.

Mots clé :

Dysarthrie cérébelleuse, ataxie cérébelleuse, dysarthrie, prise en charge

المقدمة

يعتبر الدماغ البشري أكثر أجزاء الجسم تعقيد نظرا لجملة العمليات المعرفية التي يعمل على تحقيقها كالانتباه و الذاكرة، الإدراك و التذكر و اللغة...، حيث تعد هذه الأخيرة من بين أهم الوظائف التي يسعى الى معالجتها. الأمر الذي أثار انشغال و اهتمام العديد من العلماء, منذ أكثر من قرن, وذلك انطلاقا من الدراسات التي أجريت لأشخاص قد عانو من أمراض أو اضطرابات عصبية, والتي توصلت الى أن للدماغ مراكز عصبية متخصصة في معالجة و تنسيق المعلومات اللغوية سواء المرتبطة بالكلام أو الفهم أو القراءة أو الكتابة وذلك بطريقة سريعة و دقيقة جدا, حيث يتم ذلك من خلال الاتصال العصبي بين كلا من نصفي كرتي المخ تحت ما يعرف بالتكامل الوظيفي لنصفي الدماغ, فكل منطقة في الدماغ تعمل على تأمين وظيفة معينة . و أي خلل يؤدي الى اضطرابات عديدة, وذلك ما أثبتته العلوم العصبية المعرفية من خلال مجموعة من التقنيات والوسائل التكنولوجية الحديثة كالتصوير بالرنين المغناطيسي, والتصوير الطبقي المغناطيسي, والتصوير المغناطيسي الدماغى الوظيفي (IRMF), و الذي تم من خلالها الكشف عن المناطق التي تنشط عند أداء السلوك اللغوي, سواء في الحالة العادية أو المرضية . و نذكر من بين هذه الاضطرابات الرنج المخيخي (Ataxie Cérébelleuse) بحيث هو اضطراب عصبي يسبب ضررا بالأعصاب الطرفية, و التي تحمل الإشارات من المخ و الحبل الشوكي الى العضلات و بالعكس, ويصيب المخيخ و هو الجزء الخلفي الأسفل من

الدماغ والذي يعمل على الحفاظ على توازن الجسم وتأزر و تنسيق الحركات الارادية. فله عواقب عديدة على حياة المريض, التي تعيقه في حياته اليومية بحيث لا يقتصر على اضطرابات التوازن و سوء التنسيق بل يؤثر على الحركات الارادية السريعة, كالمشي, تناول الطعام...., اضطرابات في النظر و تحرك العينين السريع اللارادي وعسر التلفظ الذي هو موضوع دراستنا. كوننا أخصائيتين أرطفونيتين تطرقنا الى إعادة التكفل الأرطفونية لعسر التلفظ عند المصاب بالرنح المخيخي.وقصد الالمام بجميع جوانب الموضوع فقد قمنا بتقسيم الدراسة الى جانبين, جانب نظري و جانب تطبيقي, فبالنسبة للجانب النظري فقد استعرضنا من خلاله أهم المعطيات العلمية ذات الصلة بمتغيرات البحث وذلك من خلال ثلاثة فصول

الفصل الأول: و الذي جاء كمدخل عام للدراسة حيث ضم الإشكالية و اعتباراتها من فرضيات, أسباب اختيار الموضوع, أهداف الدراسة, أهميتها و حدودها, مع ذكر لأهم الدراسات السابقة و كذا تحديد المصطلحات الأساسية

الفصل الثاني: وقد خصص للمتغير الأول والمتمثل في التكفل الأرطفوني, حيث تم التطرق اليه من حيث التعريف, الأنواع و المراحل و أهمية التكفل بالإضافة الى دور المختص الأرطفوني, في حين خصص الفصل الثالث وهو عسر التلفظ المخيخي حيث تم التطرق فيه الى عسر التلفظ عامة و عسر التلفظ المخيخي خاصة و التعريف بالرنح المخيخي و مسبباته و أنواعه, أعراضه

أما بالنسبة للجانب التطبيقي ففي الفصل الرابع الذي يعتبر فصل الإجراءات المنهجية فقد تطرقنا إلى الدراسة الاستطلاعية و أهدافها ثم الدراسة الأساسية التي ذكرنا من خلالها المنهج المتبع في الدراسة، الإطار الزمني و المكاني، وصف الحالة المدروسة و الادوات المستعملة لإجراء هذه الدراسة.

و أخيرا في الفصل الخامس تم عرض نتائج الدراسة من خلال عرض الحصيلة الأرتفونية المطبقة، الفحص الإكلينيكي، نتائج الملاحظة و المقابلة العيادية، مراحل التكفل المتبعة، سيرورة الحصف العلاجية، نتائج الفحص الإكلينيكي بعد التكفل و مناقشتها.

الجانب النظري

الفصل الأول:

مدخل للدراسة

1. إشكالية الدراسة:
2. فرضية الدراسة.
3. دواعي اختيار موضوع البحث.
4. أهمية الدراسة.
5. أهداف الدراسة.
6. التعاريف الإجرائية و تحديد المصطلحات الأساسية للبحث.

تحديد الاشكالية:

تعتبر اللغة الشفهية ظاهرة تقوم على أسس عضوية فيزيولوجية عصبية و إدراكية . إذ تتطلب نمو سليم وصحي لمجموعة الأعضاء المسؤولة عن النطق و سلامة المناطق العصبية المسؤولة عن تنسيق العمليات الحسية الحركية اللازمة للانتاج و التلفظ بالكلام . (الحاج هدى عبد الله والعشاوي عبد الله ، 2003 ، ص 10)

ذكر العالم devos و ozsancak أن تضرر مناطق المخيخ و المسالك التي تربطه بأعضاء النطق يؤدي الى اضطرابات نذكر منها الرنج المخيخي (Ataxie cérébelleuse) (devos ,ozsancak,2007 :p338)

والذي عرفه العالمان ballan و tison على أنه اضطراب عصبي يسبب ضرر للأعصاب الطرفية والتي تحمل الإشارات من المخ و الحبل الشوكي الى العضلات و العكس (tison ,ballan,2002) و هذا ما أكدته دراسة (mathilde bardon) 2018 بحيث قامت الباحثة بوصف و توضيح مختلف أسباب المرض و الأعراض المصاحبة وهدفت هذه الدراسة لوضع بروتكول علاجي شامل لهذا المرض. كونه يخلق عدة اضطرابات من فقدان القدرة على التحكم في العضلات أو تنسيق الحركات الارادية مثل المشي أو التقاط الأشياء وكذلك

اضطرابات في البلع (dysphagie) و اضطرابات في النطق عسر التلغظ (dysarthrie) و بالتحديد عسر التلغظ المخيخي (dysarthrie cérébelleuse) .

الذي هو موضوع دراستنا الذي عرفه (auzzou) على أنه عبارة عن مجموعة اضطرابات الكلام ذات الأصل العصبي الناتجة عن تشوهات على مستوى شدة و ارتفاع الصوت و عدم التحكم في عضلات النطق و في خروج النفس أثناء الكلام و تكون ناتجة عن إصابة في الجهاز العصبي المركزي أو المحيطي (auzzou,2009), و عرفه schlling على أنه عبارة عن مشكلة في التحكم في الأعضاء المتدخلة في النطق بحيث يتميز بكلام غير منظم و غير متسق و ضعف التحكم في الوحدات الكلامية (schalling ,2007) .

و من بين الدراسات التي اهتمت بموضوع عسر التلغظ الدراسة التي قام بها (ETINNE,2020) تقييم قصير و موضوعي لعسر التلغظ في اطار التكفل الأرتفوني أطروحة لنيل شهادة الكفاءة في الأرتفونيا طبقة على عينة عشوائية تتكون من 36 مفحوص من البيئة الفرنسية هدفت الدراسة الى تحديد الهدف من التكفل الأرتفوني لعسر التلغظ و تقييم أداء المفحوص قبل و بعد من أجل تقييم موضوعي لتقدم المريض.

ولأن عسر التلغظ اضطراب أدائي يمس فزيولوجية الكلام و باعتبار دراستنا أرتفونية تهدف الى التكفل بهذه الاضطرابات و بناء على ما تم عرضه نريد باثراء الوسط الاكلينيكي بتقديم خطوات

التكفل الارطفوني بحالة مصابة بالرنح المخيخي و مدى تأثيره على النطق و محاولة لفت انتباه و توعية الاخصائيين الأرطفونيين بكيفية التكفل بهذه الاضطرابات النادرة و رغم الصعوبات التي واجهناها من قلة المراجع و الدراسات السابقة التي تناولها موضوع دراستنا و بناء على ما تم عرضه سوف نطرح السؤال التالي: ما هي خطوات التكفل الأرطفوني بالحالات التي تعاني من عسر التلفظ المخيخية؟ (الرنح المخيخي نموذجاً) .

الفرضية:

يمكن الاعتماد على بروتكول متخصص أو اللجوء الى التكفل بأعراض الاضطراب كل على حدا.

أهمية البحث: تكمن أهمية البحث باعتباره يحاول لفت انتباه الأخصائيين للاضطرابات الناتجة عن الامراض العصبية و بالتحديد الرنح المخيخي ، و التعريف بها و اقتراح بروتكول علاجي خاص.

أهداف البحث: يهدف البحث الحالي إلى ما يلي:

1- إثراء الرصيد النظري بفتح المجال للمزيد من الدراسات فيما يخص موضوع

عسر التلفظ عامة وموضوع الرنح المخيخي خاصة.

2-الكشف عن وجود تأثير الرنح المخيخي على النطق

3- اقتراح بروتكول علاجي مناسب لهذا المرض العصبي.

دواعي اختيار الموضوع:

لم نقم باختيار هذا الموضوع عشوائيا بل جاء ذلك نتيجة ل:

- ميلنا للميدان العصبي و الاضطرابات التي تتجم عنه.
- الترجمات التي قمنا بإجرائها و التي منحتنا الفرصة لاكتشاف هذا المرض العصبي و عنه.
- الاضطرابات الأرتفونية الناتجة عن هذا المرض و علاقتها بتخصصنا الجامعي للماستر و الذي يتمثل في اضطرابات اللغة و التواصل.
- الأبحاث التي أجريناها و التي بينت لنا أن هذا المرض غير شائع و شبه مجهول بالنسبة لأغلب الأخصائيين الأرتفونيين الممارسين في الميدان و الطلبة الجامعيين المتخصصين في ميدان الأرتفونيا.
- نقص المراجع و الأبحاث حسب اضطلاعنا على هذا الموضوع.

التعريف الإجرائية وتحديد المصطلحات الأساسية للبحث :

تعتبر عملية تحديد المفاهيم من أكثر الخطوات حساسية وأهمية في البحث، كما يمكن أن

تساعدنا

في تبسيط موضوعنا أكثر وجعله أكثر فهما، وتحديدًا إن عملية تحديد المفاهيم والمصطلحات تساعدنا في ضبط اشكاليتنا وتدقيقها، وهو ما سنحاول الأخذ به في دراستنا هذه.

تحديد المصطلحات:

التكفل الأرففوني:

الدراسة الاكلينيكية و العلاجية لاضطرابات اللغة المكتوبة و المنطوقة بحيث يتمثل في تلك التقنيات العلاجية للسلسلة الكلامية الحاملة للغة الشفوية, ذات هدف انساني و تربوي , بصفة عامة و يهدف دائما الى إعادة توظيف القدرات المميزة واسترجاع التوظيف .

و تركز الكفالة على اتفاق أولي بين المختص الأرففوني و المفحوص و تكون دائما مسبقة بميزانية أرففونية التي تحدد الأهداف المرغوبة.

(f.brin-henry ,2011 :234)

عسر التلفظ (dysarthrie):

هو أحد اضطرابات طلاقة الكلام ذات المنشأ النيورولوجي , والتي تظهر في شكل مقاطع كلامية انفجارية متقطعة مصحوبة بزيادة في الأصوات ذات الرنين الأنفي (hypernasal resonance) وذلك نتيجة لضعف قوة العضلات المشاركة في عملية النطق و الكلام وعدم تناسق العمل العضلي معها , حيث يصاحب ذلك حركات لا ارادية في الوجه و الرقبة و العينين و الكتفين و بعض أجزاء أخرى من الجسم كالحجاب الحاجز , وهذا على عكس ما يكون في الأبريكسيا اللغوية (language apraxia) والتي لا يرجع فيها الفعل الحركي الي ضعف وعدم تناسق العضلات

(حمدي على الفرماوي,2002: ص 142)

عسر التلفظ المخيخي (dysarthrie cérébelleuse) :

اضطراب في الإدراك الحركي للكلام نتيجة تلف المخيخ ويتميز بأخطاء في تنسيق الحركات المفصلية ونغمة رتيبة وانخفاض في شدة الصوت

(myriam,roger charlotte,2014 :64)

الرنح المخيخي l'ataxie cérébelleuse :

هو عبارة عن إصابة على مستوى المخيخ, تؤثر هذه الإصابة على تناسق حركة العضلات

(f.brin-henry.,1997)

التعاريف الإجرائية:

تعريف التكفل الأَرطفونى :

مساعدة الشخص الذي تضرر أداءه اليومي على العودة إلى الحد الأقصى من الأداء الوظيفي.
يمكن إجراء التكفل الأَرطفونى في المجتمع المحلي أو بشكل مكثف في إطار استشفائي.

تعريف الرنح المخيخى ataxie cérébelleuse :

هو فقدان القدرة على التحكم في العضلات أو تنسيق الحركات الارادية مثل المشي او النقاط
الأشياء بحيث يخلق صعوبات في النطق و البلع و حركات العينين.

تعريف عسر التلفظ :

هو اضطراب الكلام الحركي ناتج عن اصابة عصبية في المكونات الحركية لجهاز الكلام مما
يصعب عملية تلفظ الكلمات.

تعريف عسر التلفظ المخيخى:

هو اضطراب ناتج عن الرنح المخيخى ويتمثل في اضطرابات صوتية وخلل واضح على مستوى
الحركات الفموية الوجهية.

الفصل الثاني:

التكفل الأطفوني

1. تعريف التكفل الأطفوني .
2. أنواع التكفل الأطفوني .
3. مراحل التكفل الأطفوني .
4. أهمية التكفل الأطفوني .
5. دور المختص الأطفوني في التكفل الأطفوني .

تمهيد:

تبدأ الكفالة الأطفونية من أول لقاء والذي يشتمل الحالة , الوالدين و المختص الأطفوني ولكل من هؤلاء مكانته الخاصة في التكفل خاصة أول حصة فيتم التشخيص الأطفوني بمختلف الطرق حسب نوع الاضطراب ودرجاته , لذا يمكن القول أن الكفالة الأطفونية أعم وأشمل من إعادة التربية, ونستخلص مما سبق مدى أهمية الكفالة الأطفونية المبكرة لدى الفرد المصاب بالديزثريا المخيخية, بحيث نجد في هذه الحياة فروق فردية بين مختلف شرائح أفراد المجتمع منها مايعيق الكفالة الأطفونية ومنها مايعضن تحقيق النتائج الجيدة في وقت ممكن .

ان هذا مامهد لنا دراسة كيفية التكفل بالفرد المصاب بالديزثريا المخيخية وبهذا سنحاول تقديم في هذا الفصل مفهوم الكفالة الأطفونية , أنواعها , ومراحلها و أهمية التكفل الأطفوني بالإضافة الى دور المختص الأطفوني .

تعريف التكفل الأطفوني :

يعرف التكفل لغة و اصطلاحا حسب ما جاء به " وئام بوزياني " (2013 ،ص 43) كما يلي:

- لغة : كفل، يكفل، تكفيلا، أو كفالة فلان في حالة و اتفق عليه و قام بأمره، و حافظ عليها
- اصطلاحا: يمكن أن نعتبر التكفل وظيفة ذات طابع تعديلي يسعى إلى تعديل السلوك وفقا للمعايير أي هي عملية لفهم إمكانيات الفرد و استعداداته و استخدامها في حل مشكلاته و وضع خطط لحياته من خلال فهمه لواقعه و حاضره فمساعدته في تحقيق اكبر قدر من السعادة و الكفاية و تحقيق ذاته وصولا إلى درجة التوافق

و التكفل مجموعة من الخدمات التي تقدم للفرد ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقا لإمكاناته وقدراته الجسمية و ميوله بأسلوب يشبع حاجاته و يحقق تصوره لذاته، و يتضمن ميادين عدة شخصية مهنية وأسرية و هو عادة يهدف إلى الحاضر و المستقبل.

(كامل احمد، 1999 : 7)

يعتبر مصطلح عام يشمل اجراءات مختلفة حسب نوع و درجة الاضطراب (اضطرابات مكتسبة أو نمائية)و المرض المحدد ،و كذا متطلبات الحالة -خصوصية الحالة- و كذا (طفل أو راشد) و طرق التدخل المعتمدة من طرف المختص (اختيارات الطريقة)و كذا كيفية تسيير

الحصص (المدة ،التواتر ،العمل الفردي أو ضمن الجماعة ،فريق متعدد التخصصات أم لا (...).

(بوسواليم هاجر, 2017: ص 88)

و يعرفه القاموس الأطفوني بأنه الدراسة الاكلينيكية و العلاجية لاضطرابات اللغة المكتوبة و المنطوقة بحيث يتمثل في تلك التقنيات العلاجية للسلسلة الكلامية الحاملة للغة الشفوية, ذات هدف انساني و تربوي , بصفة عامة و يهدف دائما الى إعادة توظيف القدرات المميزة واسترجاع التوظيف .

و تركز الكفالة على اتفاق أولي بين المختص الأطفوني و المفحوص و تكون دائما مسبوقة بميزانية أطفونية التي تحدد الأهداف المرغوبة.

(f.brin-henry ,2011 :234)

و نقصد بها أيضا المساعدة التربوية , أطفونية , نفسية أو اجتماعية للفرد المصاب , ويقوم بعملية التكفل فرقة عمل متكونة من (طبيب , أخصائي نفسي و أطفوني) , يجب أن تكون مكثفة حسب كل حالة و نوع اضطرابها , ولكي تتحقق عملية التكفل لابد من توفر بعض النقاط المهمة : كفاءة الفاحص , الدافعية أي الاستعداد النفسي للفاحص , مشاركة العائلة.

(Frédrique brin,1997 :125)

من خلال ما سبق نستنتج أن التكفل هو عملية يقوم بها المجتمع كهيئة لتحقيق مجموعة من الأهداف تمكن الفرد من التخطيط لمستقبل حياته وفقا لإمكاناته و قدراته وصولا به لضمان رعايته المادية والاجتماعية و الأسرية.

أنواع التكفل الأطفوني :

- يوجد نوعين من التكفل الأطفوني هما :

الكفالة الفردية لكل حالة:

حتى تكون الكفالة ممكنة يجب توفر بعض النقاط المهمة أهمها :

- أن يتمتع المفحوص بنسبة من التركيز .

- الاستعداد لابداء التعاون .

- الرغبة في العلاج والاتصال مع الآخرين عن طريق اللغة .

- قدرات و خبرت الفاحص.

الكفالة ضمن جماعة لغوية :

ان معظم الحالات تكون لديها حالة من عدم الاستقرار هذا مايجعل التكفل الفردي بها شبه مستحيل, لهذا يتم اللجوء الى التكفل الأطفوني ضمن جماعة وهي الطريقة الأكثر استعمالا في الولايات المتحدة الأمريكية, حيث يعتبر التكفل الأطفوني ضمن جماعة وسيلة من الوسائل التي تهيأ المفحوص في المستقبل للالتحاق والتكيف مع البيئة والوسط المحيطي الاجتماعي الذي نعيش فيه .

حيث تكون الجماعة تتكون من خمسة الى سبعة حالة على الأكثر يعانون من نفس الاضطراب, وبهذا فان الجماعة تعطيهم الثقة بالنفس وابقاظ معارفهم بالأشياء وما يحيط بهم وتمكنهم من التكيف بصورة أسهل و أسرع .

(Fredrique brin,1997 : 125)

مراحل التكفل الأطفوني :

الميزانية الأطفونية

أين يحاول المختص فيها معرفة تاريخ الحالة وتطورها، مراعاة نقطة أساسية وهي رغبة المفحوص في العلاج.

- تسمح بتقدير كمية الاضطراب و تمييزه .
- تقدير نوعية اللغة في وقت معين لتطور المفحوص .
- البحث عن وجود تعديل محتمل بين إمكانية التعبير و القدرات المعرفية .
- توضيح الانحرافات بالنسبة للرمز المستعمل في المحيط العائلي و المدارس و كذا على المستوى الفونولوجي و الكلام و في بنية الجمل و اكتساب اللغة المكتوبة .
- فهم أسلوب تنظيم الفكر الشفوي و التأكد فيما اذا كانت اللغة مستعملة كأداة للاتصال .
- تقدير الرغبة في الاتصال (الأسلوب الشفوي و الغير شفوي) .

(ابنسام بوشلاغم, 2016 : 19)

محتوى الميزانية الأطفونية :

تشمل الميزانية الأطفونية على :

المقابلة :

وهي لقاء بين المختص الأطفوني , المفحوص و عائلته في موعد معين لاجراء حوار بهدف الإحاطة بالطلب المقدم و المشكل المطروح ثم اعداد ما يسمى بتاريخ الحالة (anamnèse) والذي يتطرق من خلاله الى الصعوبات التي يعاني منها الطفل المريض أو المفحوص .

يكون بحث المختص الأطفوني على وجه التحديد في العناصر الخاصة بتاريخ تطور اللغة لدى الفحوص مثل الصراخة الأولى, فترة المناغاة, الكلمة الأولى, الجملة الأولى و مكان الاضطراب في دينميكية الأسرة .

لكن قبل أن يشرع الأخصائي الأطفوني في اجراء الميزانية يقدم للوالدين ابلاغا كافيا حدود عمله وما يمكن أن يقدمه لهما.

أثناء المحادثة هناك سلوكيات ووضعيات يتخذها الأطفوني حتى تكون العلاقة إيجابية بينه و بين الوالدين, و هذه الوضعيات تتمثل فيما يلي:

1 - معرفة النصات: أي أن الأخصائي الأطفوني لايهمل أي جانب من الجوانب الحديث, وعند التدخل يسهل استراتيجية الحوار دون أن يشعر الوالدين بالانقطاع المفاجئ.

2 - دقة الملاحظة خاصة أثناء الحوار, بحيث يركز الأخصائي الأطفوني في ملاحظاته على سلوك الطفل و يسجل كل مميزاتا , وهي نقطة مهمة جدا في الميزانية الأطفونية بحيث يقوم المختص بملاحظة سلوك وعلاقة الطفل أثناء المقابلة مثل الهيجان (agitation) , توتر (ansciété) , انفصال (séparation) , انفعال أو اللامبالاة (passivité), العدوانية (attitude agressive) , الكف (inhibition) المعارضة (opposition) , وكذا ملاحظة نوعية العلاقة مع ثلاثة أشخاص .

وتبقى عملية جمع المعلومات حول تاريخ الحالة حسب تقدير المختص فهو يجمع المعلومات التي تساعده في فهم الحالة و أيضا التعرف على الصعوبات الفعلية للحالة و الأسباب المؤدية الى ذلك مع مراعاة نقطة أساسية , وهي رغبة المفحوص في العلاج .

* اختبار اكلينيكي أطفوني : مفصل مكيف مع الطلب وعمر الطفل مكمل بواسطة اختبار خطي, شفهي مخصص و مقنن بغرض تقييم القدرات و الاستعدادات الموجودة لدى الطفل و الراشد و التي تخص الصوت, النطق , اللغة المكتوبة و الشفوية

يشمل الاختبار الكلينيكي على :

- اختبار الصوت الكلامي .
- فحص في اللغة الشفوية الخاصة بالمكونات التعبيرية و الفهم .
- فهم في الإمكانيات الخاصة بمجال اللغة المكتوبة, قراءة , نحو , حساب .
- اختبار الإمكانيات الادراكية السمعية و البصرية .
- تقدير البنية الفضائية و الزمانية و الجانبية .
- فحص الإمكانيات الصوتية و استغلال القدرات و المعرفة لدى الطفل.

* وضع التشخيص الدقيق : من خلال المراحل السابقة نستطيع الكشف عن الاضطرابات المصاحبة ومن ثم وضع التشخيص المناسب لنوع الاضطراب .

من هنا تبدأ العلاقة بين المختص والمفحوص وتسمى بالعلاقات العلاجية وتختلف من اضطراب لآخر و من حالة لأخرى .(بوفاسة,2007)

أهمية التكفل الأطفوني

تكمن أهمية التكفل في كونه وسيلة لإدماج الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة من الناحية النفسية، الاجتماعية، والذهنية.

وتوعية أفراد المجتمع بضرورة النظر بموضوعية لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة للقضاء على نظرة التحفيز أو الشفقة يمنح الفرد فرصة العيش، وتحقيق الاستقلالية وتنمية قدراته الاجتماعية والعاطفية، فيصبح قادر على العيش في المجتمع.

وتهدف أساسا إلى إحداث المنبهات حيث يصبح قادرا على التعرف عليها والتصرف معها.

وأیضا له هدف عام، هو تحقيق دمج المعاق مهنيا واجتماعيا وتحقيق الاستقلالية الذاتية.

بينت الدراسات التي أجريت على الأفراد المعوقين في سنوات حياتهم المبكرة، أن لبرامج التكفل المبكر في إصلاح الانحرافات النمائية الممكنة، وكونهم في مراحل العمر الأولى لنموهم، كما أن تطبيق مختلف البرامج العلاجية وربطها بالبرامج التربوية و الاجتماعية فور حصول الإصابة

بالإعاقة يعطي نتائج باهرة، وهذا يؤكد الأهمية الكبرى لتوفير برامج متخصصة للأفراد قبل وصولهم إلى مراحل متطورة من حياتهم.

(العازمي، 2007 ، ص 90)

وبصفة عامة يهدف إعادة التأهيل الأطفوني إكساب قدرات أو مهارات خاصة، أو استعادة التوظيف الطبيعي، و/أو وضع أدوات مساعدة أو تعويضية. و تتطلب اتفاق مسبق بين المختص و الحالة، كما تتطلب إعادة تقييم عملية إعادة التأهيل بصورة الدورية، حيث يسبق عملية التكفل الفحص الأطفوني الذي يحدد الأهداف التي تساعد في إعداد تقرير.

دور المختص الأطفوني في التكفل:

تعريف المختص الأطفوني:

إن المختص الأطفوني هو مختص في إعادة تربية اضطرابات مختلفة كانت عضوية أو وظيفية، فلهذه تكوين متعدد الفروع يتكفل بمختلف أنواع الاضطرابات (الكلام، اللغة، الحبسة، الإعاقة الذهنية، السمعية ...). حيث يقوم بتطبيق عمليات الاضطرابات المذكورة سابقا، ابتداء من أول لقاء بينه وبين المفحوص وحده إذا كان راشدا، ومع الأولياء إذا كان طفلا، حيث يبدأ بطرح الأسئلة للتعرف الأولي على نوع الاضطراب ولمعرفة إذا كانت الحالة تحتاج لتكفل

أرطوفوني أو إلى اختصاص آخر . وعلى المختص القيام بميزانية دقيقة للتكفل به، وهذا يتم بطريقة مختلفة وذلك حسب سن المفحوص وجنسه. (صادقي, 2010, ص 3)

الخدمات التي يقدمها المختص الأطفوني:

تعتمد الخدمات التي يقدمها المختص الأطفوني على طبيعة العمل الممارس، وتشمل :

(1) الكشف: وتستخدم هنا مقاييس لها معايير مقننة لخوض إجراء تشخيص كامل لهم تبعاً لنوع الاضطراب.

(2) التشخيص والتقييم: ويشخص هنا الأفراد الذين أظهروا أعراض اضطراب ما الذي أحيلوا من قبل أسرهم إثر معاناتهم لمشكل في التواصل.

(3) العلاج: وتهدف الخدمات العلاجية إلى مساعدة المريض لتحقيق تواصل أقرب ما يكون للوضع الطبيعي وكذا تحسين نوعية الحياة لديه.

(4) الإرشاد: ويساعد المريض في الإرشاد من خلال زيادة وعيه بالجوانب الأخرى التي تحتاج إلى مساعدة وهذا في إطار تعددية الفروع من خلال العمل مع الأخصائي العيادي، طبيب مختص، أخصائي تربوي وكذا دمج الحالة في الوسط الأسري بتطبيق مضمون الأهداف العلاجية (. صادقي، ص 1-2)

السمات الواجب توافرها لدى المختص الأطفوني :

- أن يكون لديه الإحساس والتعاطف مع الحالات ولكن باعتدال لمشاعر.
- أن يكون صبور ذا سعة صدر بمشاكل حالاته.
- أن تكون أفكاره ومفاهيمه واضحة ومؤهلا للجلسات مع مختلف الفئات (طفل، مراهق، راشد).
- أن يتصف بالمرونة، وهذا حتى يستطيع أن يغير ملاحظته أثناء المتابعة غير المجدية مع الحالات.
- أن يكون متفاعلا مع الحالات مع مراعاة مكتسباتهم.
- أن يتسم بالإبداع أثناء الجلسات في الأدوات والوسائل المبتكرة التي تعينه .
- على المختص أن يتميز بدقة الملاحظة، أثناء التحقق مع المفحوص وملاحظة سلوكياته وتسجيلها .
- تقديم المساعدة للمفحوصين بغض النظر عن مستوياتهم.
- تقديم أسئلة ومحاورات للكشف عن الاضطراب ومحاولة تشخيصه وإعداد خطة علاجية دون الخروج عن نطاق العمل.

(الزريقات، 2005، ص 25)

حالات استشارة المختص الارطوفوني:

- خروج الحليب من الأنف.
 - صعوبات في التعبير، تتضمن تكوين جمل غير واضحة .
 - نطق مشوه للكلمات والصوامت.
 - يجد الطفل صعوبة في فهم الكلام الموجه إليه .
 - عدم استجابته عند النداء أو عند سماع صوت عالي .
 - صعوبة فهم المحيط لكلام المصاب (سواء الراشد أو الطفل).
 - مشاكل في الذاكرة، الانتباه، الإدراك .
 - إفراط في الحركة .
 - صعوبات في التوجه الزماني والمكاني.
 - صعوبات في القراءة والكتابة والرياضيات .
- (القمش, مصطفى نوري, 2005 , ص 20)

الخلاصة :

تطرقنا في هذا الفصل عن كل ما له صلة بالتكفل الأطفوني الذي له دور كبير، فهو يستدعي تكامل على مختلف المستويات تربويا واجتماعيا ونفسيا وطبيا.

ويرتكز على مجموعة من الأساسيات والتقنيات حيث تنطلق من المقابلة الأولى مع الفحوص إلى آخر برنامج للوصول إلى الهدف الأسمى له وهو تعديل سلوك الحالة والنجاح معه.

الفصل الثالث:

عسر التلفظ المخيخي

تمهيد

1. عسر التلفظ (la dysarthrie)

1. تاريخ عسر التلفظ

2. تعريف عسر التلفظ

3. أنواع عسر التلفظ

4. أعراض عسر التلفظ

II. عسر التلفظ المخيخي (la dysarthrie cérébelleuse)

1. تعريف عسر التلفظ المخيخي

2. أعراض عسر التلفظ المخيخي

3. أسباب عسر التلفظ المخيخي

III. الرنج المخيخي (ataxie cérébelleuse)

1. تعريف الرنج

2. تعريف الرنج المخيخي

3. أنواع الرنج المخيخي

4. أعراض الرنج المخيخي

5. أسباب الرنج المخيخي

تمهيد:

بين فترة وأخرى تطل علينا أسماء لأمراض واضطرابات معينة لم نسمع عنها من قبل أو نعرف عنها شيء مما يدفع الباحثين والعلماء إلى البحث والجهد والسهر من أجل الوصول إلى الأسباب والحلول.

من بين هذه الاضطرابات و الأمراض التي ظهرت ومازالت مبهمة الى يومنا الحاضر في مجال الأرتفونيا وهي عسر التلّفظ, ذلك الاضطراب الذي اشغل شغل الكثير من العلماء, فهو مصطلح حديث وقد تردد الكثير من المختصين باختلاف التخصص من ذكره و البحث فيه للتعرف عليه , بحيث ذكرنا في هذا الفصل لمحة تاريخية عن عسر التلّفظ, تعريفها, أسبابها, أعراضها و أنواعها .

1. عسر التلفظ :

تاريخ عسر التلفظ :

ذكر (duffy) أنه حسب بعض المراجع التاريخية مصطلح عسر التلفظ (la dysarthrie) لم يكن يعبر على اضطراب في النطق بالرغم من تناقل الفكرة لمدة طويلة لكن عدة كتاب () , أجمعوا في بداية القرن 20 أن أعراض إصابات الجهاز الحسي الحركي للغة تعتبر عسر تلفظ (اضطراب في النطق) أو أنرثريا (anarthrie) غياب للنطق

(Duffy ,2013,p143)

تعريف عسر التلفظ :

هي عبارة عن مجموعة من اضطرابات الكلام ذات الأصل العصبي الناتجة عن تشوهات على مستوى شدة و ارتفاع الصوت وعدم التحكم في عضلات النطق و في خروج النفس أثناء الكلام , وتكون ناتجة عن إصابة في الجهاز العصبي المركزي أو المحيطي.

(auzou.p,Rolland,2007: p308)

ويعرفه القاموس الأرففوني على أنه اضطراب في الأداء الحركي للكلام ، ناتج عن تلف في الجهاز العصبي المركزي أو المحيطي. و هو يشمل جميع الاضطرابات التي تؤثر على التنفس ، والتلفظ ، والتعبير ، والرنين ، ونغمة الكلام .

(fédrique . brin,2011 :p108)

و يعرف أيضا عسر التلفظ (dysarthia) على أنه أحد اضطرابات طلاقة الكلام ذات المنشأ النيورولوجي , والتي تظهر في شكل مقاطع كلامية انفجارية متقطعة مصحوبة بزيادة في الأصوات ذات الرنين الأنفي (hypernasal resonance) وذلك نتيجة لضعف قوة العضلات المشاركة في عملية النطق و الكلام وعدم تناسق العمل العضلي معها , حيث يصاحب ذلك حركات لا ارادية في الوجه و الرقبة و العينين و الكتفين و بعض أجزاء أخرى من الجسم كالحجاب الحاجز , وهذا على عكس ما يكون في الأبريكسيا اللغوية (language aprixia) والتي لا يرجع فيها الفعل الحركي الي ضعف وعدم تناسق العضلات.

(حمدي على الفرماوي,2002: ص 142)

أنواع عسر التلفظ:

يختلف نوع الديرثرثيا بحسب مكان الإصابة، حيث أن كل مكان للإصابة ينتج عنه خصائص كلامية محددة، يمكن أن تتشارك الأنواع بالخصائص الكلامية لذلك من المهم قراءة التقرير الطبي ومعرفة مكان الإصابة، وحيث أن عملية التقييم السليمة هي المرجع في تحديد الخصائص الكلامية الأساسية لكل نوع.

عسر التلفظ التشنجي dysarthrie spastique :

تنتج عن اصابة ثنائية للعصب الحركي الاول، وتشمل عطب شامل في كافة عملية الكلام (parameters of speech) بالإضافة الى صعوبة في التنفس، صوت أجش، التشديد أثناء الكلام، خشونة في الصوت، رنين أنفي زائد، صوامت غير واضحة، يستعمل المصاب جمل قصيرة .

عسر التلفظ الطرفي/ الرخوي dysarthria flasque :

ناتج عن اصابة في المسار الاخير المشترك الذي يجمع الاعصاب المحيضية و المسالك العصبية العضلية و عضلات الكلام وذلك بسبب التهابات فيروسية، ورم، جلطة، تشوهات خلقية، ويتميز بكلام ذو الجمل القصيرة مع خروج معظم الهواء من الأنف أثناء التحدث ، وزيادة في الأصوات ذات الرنين الأنفي المفرط ، وتحريف و تشويه في الحروف الساكنة .

عسر التلفظ الناتج عن نقص المقوية العضلية dysarthrie hypokinétique :

ناتج عن اصابة في الجهاز الخارج هرمي مع تعذر ظاهر في الحركة وتحدث غالبا لدى مرضى باركنسون (parkinson)، وتشمل ضعف النطق و عطب في القدرة على ربط الكلام (deterioration in connected speech)، طبقة الصوت ثابتة، صوامت غير واضحة، لحظات صمت غير منطقية، سرعة في الكلام .

عسر التلفظ الناتج عن زيادة المقوية العضلية dysarthrie hyper kinétique:

ناتج عن اصابة في الجهاز الخارج هرمي مع حركات لا ارادية بارزة مثلما هو الحال في خلل التوتر العضلي la dystonie, وتكون راجعة الى التهابات, بعض المتلازمات, جلطة, ورم, يتميز بحذف للأصوات والمقاطع مع ظهور الأصوات ذات الرنين الأنفي المفرط, صوامت غير واضحة, صوائت مشوهة, مشاكل نطقية غير طبيعية, صوت خشن .

عسر التلفظ المختلط dysarthrie mixte :

تنتج عن انتشار اصابة في الجهاز العصبي مثلما هو الامر في التصلب المتعدد la sclérose en plaques والتصلب المتعدد الجانبي latérale و الصدمات الجمجمية traumatismes crâniens او ضمور جزئي للمخ atrophies multi systématisées , وتشمل كافة الأعراض السابقة .

عسر التلفظ المخيخي Dysarthrie cérébelleuse:

هو عبارة عن مشكلة في التحكم في أعضاء المتدخلة في النطق بحيث يتميز بكلام غير منظم ومتسق وضعف التحكم في الوحدات الكلامية

(myriam,roger charlotte,2014 :64)

أعراض عسر التلفظ :

يحدد مورو (2004) Moore عدة مظاهر للذرائثيا تتمثل في :

- خروج الكلام بشكل ارتعاشي غير متناسق .
- حذف الكثير من الأصوات و المقاطع , حيث تظهر مقاطع الكلمات منفصلة مع عدم تناسب التوقيت بين كل مقطع و آخر فيما يسمى بالكلام المقطعي (syllabic speech)
- زيادة في الأصوات ذات الرنين الأنفي المفرط .
- خروج الكلام بصعوبة شديدة , حيث يحتاج المصاب لبذل المزيد من الجهد للتكلم .
- خروج الكلام بشكل انفجاري مما يشكل صعوبة للمستمع في فهمه .
- يصاحب خروج الكلام الكثير من الحركات اللارادية من بعض أجزاء الجسم .

(حمدي على الفرماوي,2002: ص 144)

II. عسر التلفظ المخيخي :

تعريف:

اضطراب في الإدراك الحركي للكلام بعد تلف المخيخ ويتميز بأخطاء تنسيق في الحركات المفصلية ونغمة رتيبة وانخفاض في شدة الصوت .

(mille.accart.pauline ,2014 :p50)

وهو عبارة عن اضطراب عصبي ناتج عن تلف المخيخ أو المسارات الواردة والصادرة، ومن أعراضها الرئيسية والأكثر شيوعا المشاكل الصوتية (البحة الصوتية) ، مشاكل في النطق (عدم الدقة ، تشوه الصوامت و الصوائت) ، الكلام (بطء على مستوى التعبير الشفهي) بحيث تؤثر هذه الأعراض على الوضوح و التواصل لدى الأشخاص المصابين بها .

(clara solman,2018:p38)

و هو عبارة عن مشكلة على مستوى الجهاز المحرك للنطق في بعض الأحيان يظهر على المصاب كأن كلامه مقيد أي يستصعب عليه اخراج الكلمة ويتصف هذا النوع من عسر التلفظ ببرمجة كلامية بشكل غير صحيح وعدم التحكم في الكلام، وضعف في تنسيق الحركي للكلام .

.(duffy,2013 ,p143)

أعراض عسر التلفظ المخيخي:

ومن أهم أعراضها :

- عدم الدقة في النطق (l'inexactitude articulatoire) النطق الغير الدقيق للحروف الساكنة , تشويه حروف العلة , تقطع في الكلام .

- افراط في النغمة (l'excès prosodiques) يكون التصويت مطول أثناء اخراج الكلام

- قصور شديد في التصويت (l'insuffisance phonatoire) تتجلى في الصوت الخشن و الأجش دون الاختلاف في درجة الصوت مع كلام بطيء.

(Schalling, hartelius, 2013)

أسباب عسر التلفظ المخيخي:

اسباب عسر التلفظ المخيخي متعددة ، ويمكن أن تكون مكتسبة أو وراثية ، وتؤثر على كل من البالغين والأطفال.

المسببات المكتسبة :

- التصلب المتعدد

- أ ورام

- أمراض معدية

- أمراض التهابية

- صدمات جمجمية

- حوادث وعائية

المسببات الوراثية:

في حالات نادرة ، يمكن أن يكون خلل النطق المخيخي وراثيًا.

و هي ثلاثة أنواع:

- ترنح جسيمي سائد مخيخي .

- ترنح مخيخي شوكي أو عرضي .

- وراثي جسيمي متنحي .

(Raynard myriam , roger charlotte, 2014 :36)

.III الرنح المخيخي ataxie cérébelleuse :

تعريف الرنح (ataxie) :

كلمة (taxie) كلمة يونانية وتعني بها أمر و (a) نعني بها دون بمعنى دون الأمر وهي اضطراب في الحركة دون فقدان القوة العضلية . ويسمى أيضا اضطراب على مستوى التنسيق الحركي الارادي بحيث ظهرت هذه الكلمة للمرة الأولى في القاموس الطبي سنة 1853 .

(Berciano, Pascual and Polo 2000)

هو أحد الأعراض التي يمكن أن تكون معزولة أو جزء من متلازمة معينة , وتعني فقدان التنسيق الحركي , يمكن أن تؤثر على الأطراف السفلى (الساقين) أو الأطراف العليا (الذراعين الأصابع , اليدين) كما يمكنها أن تؤثر على العينين و كذلك الكلام .

(Mathide.bardon,2018:p20)

و يعرف أيضا على أنه مرض عصبي تطوري نادر يؤثر على قدرة الشخص على المشي و التحدث و استخدام المهارات الحركية الدقيقة , وعلى أنه ضعف في اتساق الحركات الارادية مع الحفاظ على قوة العضلات .

تعريف الرنج المخيخي l'ataxie cérébelleuse :

هو عبارة عن إصابة على مستوى المخيخ, تؤثر هذه الإصابة على تناسق حركة العضلات .

(f.brin-henry.,1997)

يعرفه القاموس الأرففوني على أنه مرض وراثي وهو إحدى أنواع الاضطرابات التي تصيب مناطق مختلفة من **المخيخ** وذلك بسبب خلل جيني مما يؤدي إلى ضمور المخيخ والحبل الشوكي , هو انعدام في تناسق الحركات الإرادية مع الحفاظ على قوة العضلات (متلازمة المخيخ , متلازمة الجرذ , المتلازمة الأمامية , المتلازمة الجدارية).

(brin-henry et al.,2011)

يصف الرنج فقدان القدرة على التحكم في العضلات، أو تنسيق الحركات الإرادية، مثل المشي أو النقاط الأشياء. الرنج، كمؤشر لحالة مرضية كامنة، قد يؤثر على حركات متعددة ويخلق صعوبات في النطق وحركة العين والبلع.

(sailer,houldem,2012)

ينتج الرنح المستمر عادة من تلف جزء من المخ يتحكم في تناسق العضلات (المخيخ). قد تسبب العديد من الحالات الرنح، بما في ذلك إساءة استخدام الكحول، بعض الأدوية، السكتة الدماغية، الورم، الشلل الدماغي، تلف الدماغ والتصلب المتعدد. قد تسبب الجينات المعيبة الموروثة أيضاً هذه الحالة المرضية.

(Mathide.bardon,2018:p15)

هو مصطلح يطلق على مجموعة نادرة من الاختلاجات الحركية أو الرنح ذات المنشأ الوراثي، والتي تتميز بحدوث تغيرات انتكاسية في الجزء المسؤول عن الحركة في الدماغ وهو المخيخ، وأحياناً في الحبل الشوكي ويحدث في هذا المرض انتكاس و بطيء لوظائف المخيخ، وعادة ما يرافقه تغيرات انتكاسية في جذع الدماغ، وأجزاء أخرى من الجهاز العصبي المركزي، وفي حالات نادرة قد يصيب الجهاز العصبي الطرفي.

(Frédérique.brin ,catherine.courier ,2011 :p 109)

أنواع الرنح المخيخي :

إن بعض أنواع الرنح، بالإضافة إلى بعض الحالات المرضية التي تتسبب في الرنح، وراثية . بحيث تكون هذه الأخيرة إما من جين سائد من أحد الوالدين (الاضطراب الصبغي الجسدي السائد) أو من جين متنحي من كل من الوالدين (الاضطراب الصبغي الجسدي المتنحي). في

الحالة الأخيرة، من المحتمل ألا يكون أي من الوالدين مصابًا بالاضطراب (الطفرة الصامتة)، لذا ربما لا يكون هناك تاريخ عائلي واضح من الإصابة بالمرض.

تؤدي العيوب الجينية المختلفة إلى الإصابة بأنواع مختلفة من الرنج، معظمها تقدمية. يتسبب جميع الأنواع في فقدان تناسق الحركة، ولكن لكل نوع علامات وأعراض محددة.

الرنج الصبغى الجسدى السائد:

- أنواع الرنج النخاعي المَخِيخي المنشأ: حدد الباحثون أكثر من 40 جينًا مرتبطًا بالرنج الصبغى الجسدى السائد، ويزداد العدد باستمرار. يشيع حدوث الرنج المَخِيخي والتتكس المَخِيخي في جميع الأنواع، ولكن تختلف العلامات والأعراض الأخرى، وكذلك يختلف سن ظهور المرض، باختلاف الطفرة الجينية المحددة.

- الرنج النوبى (EA): توجد ثمانية أنواع معروفة من الرنج النوبى وليس المُتَرَقِّي — الرنج النوبى 1 حتى الرنج النوبى 7 بالإضافة إلى الرنج النوبى متأخر البدء. النوعان الرنج النوبى 1 و الرنج النوبى 2 هما الأكثر شيوعًا. يتضمن النوع الرنج النوبى 1 نوبات قصيرة من الرنج تستمر أحيانًا لعدة ثوانٍ أو دقائق. وتعمل الإصابة بالتوتر أو الشعور بالذعر أو الحركة المفاجئة على تحفيز ظهور النوبات، وكثيرًا ما ترتبط بنَفْضان عضلى.

يتضمن الرنح النوبي 2 الإصابة بنوبات أطول، غالبًا ما تستغرق ما بين 30 دقيقة إلى ست ساعات، ويحفزها التوتر أيضًا. قد تصاب أثناء النوبات بالدوخة (الدوار)، والإرهاق وضعف العضلات. وفي بعض الحالات، تتحسن الأعراض لاحقًا. لا يقلل الرنح النوبي من مدى العمر، وقد تستجيب الأعراض إلى العلاج.

(moez gribaa,2006:p 13)

الرنح الوراثي المتحي:

وهذا يتضمن :

- رنح فريدريك: ينطوي هذا الترنح الوراثي الشائع على تلف المُخَيخ والحبل الشوكي والأعصاب المحيطة. تحمل الأعصاب المحيطة إشارات من المخ والحبل النخاعي إلى العضلات. في معظم الحالات، تظهر العلامات والأعراض قبل سن 25 عامًا.
- رَنَح توسّع الشعيرات: ويُسبب هذا المرض النادر المُتفاقم في الطفولة تلفًا في المخ وأجهزة الجسم الأخرى. ويُسبب هذا المرض أيضًا انهيارًا في الجهاز المناعي (مرض نقص المناعة)؛ مما يزيد من قابلية الإصابة بأمراض أخرى، بما في ذلك العدوى والأورام. فهو يؤثر على أعضاء الجسم المختلفة.

يظهر مرض توسّع الشعريات في صورة أوردة حمراء دقيقة "عنكبوتية" قد تظهر في زوايا عيني الطفل أو على الأذنين أو الخدين. وعادةً ما يُعد تأخّر تطور المهارات الحركية، وضعف التوازن وتداخل الكلام مؤشرات أولى للمرض. كما أن التهابات الجيوب الأنفية المتكررة والتهابات الجهاز التنفسي من الأعراض الشائعة.

فالأطفال الذين لديهم رَنَح توسّع الشعريات هم أكثر عُرضة للإصابة بالسرطان خاصةً ابيضاض الدم (لوكيميا) أو اللمفومة. يحتاج معظم الأشخاص الذين لديهم هذا المرض إلى كرسي متحرك عند مرحلة المراهقة ويموتون قبل سن 30 عامًا، وعادةً ما يكون السبب السرطان أو أمراض الرئة (أمراض رئوية).

- رَنَح مُخي خَلْقِي: ينتج هذا النوع من الترنّح عن تلف المخيخ المتواجد عند الولادة.
- داء ويلسون: فالأشخاص الذين لديهم هذه الحالة يتراكم النحاس في عقولهم وكبدهم وأعضاء أخرى؛ ممّا قد يسبب اضطرابات عصبية، بما في ذلك الرَنَح. قد يؤدي التعرف المبكر على هذا الاضطراب إلى علاج يبطئ تقدّمه.

(De la bigne, sahut d'izam, 2004)

أعراض الرنج المخيخي:

- اضطرابات التوازن وسوء التنسيق.
- تغيُّرات في طريقة الكلام.
- اضطرابات أداء الحركة الإرادية السريعة , كالمشي , كتناول الطعام....
- نقص التوتر.
- اضطرابات الكتابة .dysgraphie.
- اضطرابات في البلع .dysphagie.
- اضطرابات في النظر و تحرُّك العينين السريع اللاإرادي

(Association.csc ,2011)

اسباب الرنج المخيخي:

يتسبب تلف أو تنكس أو فقدان الخلايا العصبية المتواجدة في المنطقة الدماغية المتحكممة في تناسق العضلات (المخيخ) في الإصابة بالرنج. يتألف المخيخ من جزئين من الأنسجة المطوية التي تقع في قاعدة الدماغ بالقرب من جذع . تساعد هذه المنطقة من الدماغ في الاتزان بالإضافة إلى تنظيم حركات العين، والبلع والكلام.

ويمكن أن تتسبب أيضاً الأمراض التي تُضر الحبل النخاعي والأعصاب المحيطية التي تربط

المخيخ بالعضلات في الإصابة بالرنح. الأسباب التي تُسبب الرنح تشمل على:

- صدمة الرأس: إصابة الدماغ أو الحبل النخاعي من أسفل الرأس، مثل الإصابة في

حادثة سيارة، يمكن أن تتسبب في الإصابة برنح المخيخ الحاد، الذي يحدث فجأة.

- السكتة الدماغية: تنتج الإصابة بالرنح أيضاً عند حدوث انسداد أو نزيف في الأوعية

الدموية بالدماغ، تموت خلايا الدماغ عندما ينقطع تدفق الدم إلى جزء من الدماغ أو يقل

بشدة، مما يمنع أنسجة الدماغ من الحصول على الأكسجين والعناصر المغذية وموت

خلايا الدماغ.

- الشلل الدماغي: مصطلح عام يُطلق على مجموعة من الاضطرابات الناتجة عن تضرر

دماغ الأطفال في مرحلة النمو المبكرة_ قبل أو أثناء أو بعد الولادة بمدة قصيرة_ التي

تؤثر على قدرة الطفل في تنسيق حركات جسمه.

- أمراض المناعة الذاتية: يمكن أن تتسبب الإصابة بالتصلب اللويحي المتعدد، وداء

السااركويد، والداء البطني والحالات المرضية المناعية الذاتية الأخرى في الإصابة

بالرنح.

- حالات العدوى: كما أن الرشح من المضاعفات غير الشائعة عند الإصابة بجذري الماء أو العدوى الفيروسية مثل فيروس نقص المناعة البشري وداء لايم. وقد يظهر في مراحل التعافي من العدوى ويستمر لأيام أو أسابيع. وعادة ما ينتهي الرشح بمرور الوقت.
- متلازمات الأبعاد الورمية: اضطراب تنكسي نادر يُحفز نتيجة استجابة جهازك المناعي للأورام السرطانية (التنشؤ)، وغالبًا يبدأ من سرطان الرئتين، أو المبايض، أو الثدي، أو اللmf. قد تُصاب بالرشح لمدة شهور أو سنوات قبل تشخيصك بالإصابة بالسرطان.
- التغيرات الشاذة في الدماغ: يمكن أن تتسبب المنطقة المصابة بالعدوى في الدماغ (خراج) في الرشح. قد يتسبب النمو الورمي سواء السرطاني أو الحميد بالدماغ في تلف المخيخي.
- رد الفعل الناتج عن التسمم: الرشح من الآثار الجانبية المحتملة لبعض الأدوية المعينة، وخاصة الباربيتورات مثل فينوباربيتال، والمهدئات مثل بينزديازيبين، والأدوية المضادة للصرع مثل فينيتوين، وبعض أنواع المعالجة الكيميائية. قد يتسبب التسمم بفيتامين B-6 المركب في الرشح. ومن الهام تحديد هذه الأسباب وذلك نظرًا لأن التأثيرات غالبًا ما تتعكس.

- وأيضًا، قد تسبب بعض الأدوية التي تتناولها في المشاكل تبعًا لعمرِك، وبالتالي قد تحتاج إلى تقليل الجرعة أو التوقف عن تناول الدواء.
- التسمم بالمشروبات الكحولية والدواء، والتسمم بالمعادن الثقيلة مثل الرصاص والزنبق، والتسمم بالمذيبات مثل المادة المخففة للدهان، قد يتسبب أيضًا في الرنج.
- نقص فيتامين E، أو فيتامين B-12، أو الثيامين: عدم الحصول على القدر الكافي من هذه العناصر المغذية، نظرًا لضعف عملية الامتصاص الكافية، أو إساءة استخدام المشروبات الكحولية أو الأسباب الأخرى، يمكن أن تؤدي إلى الرنج.
- مشاكل الغدة الدرقية: يتسبب قصور الغدة الدرقية والغدة الجاردرقية في الرنج.
- عدوى كوفيد-19: قد تسبب هذه العدوى الرنج، والذي يكون أكثر شيوعًا في الحالات الشديدة للغاية.
- لا يمكن تحديد سبب معين لبعض البالغين الذين يُصابون بالرنج المُتقطَّع. قد يأخذ الرنج المُتقطَّع عددًا من الأشكال، التي تشمل الضمور الجهازى المتعدد وهو اضطراب تنكسي مُتقدِّم.

(Froger,laffont et péliissier,2010 : p18-26)

الخلاصة:

من خلال ما تم التعرف عليه من معلومات حول عسر التلفظ المخيخية و الرنح المخيخي اتضح لنا أن هذا الاضطراب تطوري و مع مرور الوقت يصبح لدى المصاب عجز واضح في خدمة نفسه و تقل وظائفه خاصة الاتصالية اللغوية و هذا ما يحتاج الى رعايته و التكفل به و هذا ما سنتطرق اليه في الفصل الموالي.

الفصل الرابع:

الاجراءات المنهجية

تمهيد:

1-الدراسة الإستطلاعية.

2-أهداف الدراسة الاستطلاعية.

3-الدراسة الأساسية:

- منهج الدراسة.

- الاطار الزمني.

- الاطار المكاني.

- وصف الحالة المدروسة.

- تقديم أدوات الدراسة.

تمهيد:

سعيًا للوصول إلى نتائج الدراسة يستحسن التخطيط الجيد لسيورة الدراسة الميدانية حتى تتمكن الباحثين من الإجابة عن تساؤلات البحث وتحقيق أهدافه، حيث سنحاول من خلال هذا الفصل تحديد كل ما يلزم بالدراسة الأساسية في إطارها المنهجي والتطبيقي.

الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة في كل بحث علمي وأساساً لبنائه، وعامل مهم في نجاحه، فهي تمثل اللبنة الأولى للدراسة الميدانية، ويلجأ إليها الباحث لزيادة المعرفة بموضوع البحث حتى يتسنى له دراسته بصورة أعمق، وكذا استطلاع الظروف المحيطة بالمشكلة التي يقوم الباحث بدراستها، فضلاً عن كونها تساعد في جمع المعطيات الأولية عن مكان ومجتمع الدراسة ومن ثم تحديد كيفية اعتماد طريقة اختيار عينة البحث بمراعاة وملاءمة خصائصها كما جاء في الطرح النظري لموضوع الدراسة. (أبو علام، 2006، ص.16). ويمكن تلخيص أهداف الدراسة الاستطلاعية الحالية في:

التعرف على ميدان إجراء البحث حيث قمنا بالإخراط في جمعية التصلب اللوحي، من أجل التكفل بالحالات التي تحتاج الى تدخل أرطفوني، وذلك في بداية شهر سبتمبر 2020، حيث استقبلتنا نائبة رئيسة الجمعية التي قدمت لنا القائمين على الجمعية و المكان الذي سنقوم باجراء بحثنا فيه.

التعرف أكثر على الحالات والتقرب وجمع المعلومات اللازمة عنها، وذلك بالقيام بمقابلات متخصصة والاضطلاع على الملفات الطبية لكل حالة بحضور فرد أو عدة أفراد من محيطها

وذلك بهدف جمع المعلومات اللازمة حول الحالات وملاحظتها وبالتالي اختيار العينة المناسبة لإجراء البحث.

قمنا بالتنقل لعيادة خاصة بالأمراض العصبية ثم للمؤسسة الاستشفائية الجامعية لولاية وهران لجمع معلومات أكثر حول الأمراض والاضطرابات التي كنا قد تطرقنا إليها في مشوارنا الجامعي بشكل سطحي أو وجهناها لأول مرة في الميدان.

أهداف الدراسة الاستطلاعية

- التعرف على ميدان الدراسة.
- معرفة صعوبات التطبيق التي من شأنها تحديد قيمة البحث.
- ضبط عنوان الدراسة ومتغيراتها.
- ضبط إشكالية الدراسة وصياغة الفرضيات .
- تحديد عينة الدراسة المستهدفة .
- التعرف على كل ما يحيط بالبحث من الزمان والمكان والمجتمع الأصلي للدراسة.
- تحديد الأدوات والأساليب التي يتم استعمالها في الدراسة الأساسية.
- التحضير لتطبيق اختبارات البحث النهائية .

- ربط الجانب النظري بالجانب التطبيقي.

الدراسة الأساسية:

منهج الدراسة :

المنهج هو الذي يحدد موضوعية البحث العلمي، وهو الطريقة التي تتبع للكشف عن الحقائق بواسطة استخدام مجموعة من القواعد العامة وترتبط بتجميع البيانات وتحليلها حتى نصل إلى نتائج ملموسة. وترى الباحثة أن اختيار نوع المنهج في البحوث العلمية مرتبط بطبيعة المشكل المراد دراسته لهذا سنتناول في بحثنا المنهج العيادي وهو عبارة عن أسلوب لجمع المعلومات عن تاريخ الحالة في مرحلة معينة أو في جميع المراحل التي مرت بها الحالة باستخدام وسائل مختلفة ويهدف هذا المنهج إلى تشخيص المشكلات وتحديد طبيعتها وأسبابها والتخطيط للخدمات الإرشادية اللازمة.

(المليجي، 2001 ، ص 33،32)

و اعتمدنا على المنهج العيادي و ذلك من خلال دراستنا لحالي واحدة و ذلك لاستحالة وجود حالات أخرى لها نفس الخصائص العيادية المستهدفة بالدراسة.

الاطار الزمني:

تم الشروع في هذه الدراسة منذ تاريخ 20 أكتوبر 2020 الى غاية 10 ماي 2021، حيث قمنا بتحديد مدة 6 أشهر لتطبيق العلاج بغية التمكن من ملاحظة نتائج التكفل الأرففوني وذلك نظرا لضيق وقت الدراسة ، كانت الحصص بوتيرة حصة كل الأسبوع مدتها من 20 دقيقة الى 45 دقيقة، حسب حالة المفحوص النفسية و الجسدية و تحملها. تخلت الحصص بعض الغيابات كانت بسبب الحالة الصحية للمفحوص في غالب الأحيان.

الاطار المكاني:

تم اجراء دراسة الحالة بمقر جمعية التصلب اللويحي (الأمل) بوهران حيث تتكون الجمعية من رئيسة الجمعية و نائبيها و متطوعون منخرطون بالجمعية (مصائبون بالتصلب اللويحي) و متطوعون غير دائمين ، هذا و تتواصل الجمعية مع أطباء ،طبيب عام و مختصين في طب الأعصاب، من أجل تقديم إرشادات و توجيهات للمرضى، و كذا مختص نفساني عيادي.

مقر الجمعية عبارة عن قاعة كبيرة، وقد تم تجهيز مكان خاص لإجراء هذه الدراسة.

وصف الحالة المدروسة:

تبلغ الحالة (ن.ع) 35 سنة من مواليد 10 جوان 1985 بوهران، ذات مستوى ثقافي متوسط، عزباء، تقوم بالمتابعة عند عدة أطباء منذ 2014، تم وضع التشخيص الطبي النهائي للحالة

سنة 2018، قمنا بتوجيه الحالة نحو أخصائي في طب الأعصاب لأنها لم تكن تحمل أي وثيقة تبين نوع المرض أو الاضطراب التي تعاني منه و حسب التقرير الطبي المتحصل عليه فانها تعاني من رنج مخيخي، كانت تشكو الحالة من:

- مشاكل في النطق.

- اضطراب في التوازن.

- مشكل في التنسيق الحركي للأطراف السفلية.

- اضطراب في وضوح الرؤية.

التحقت الحالة بالتكفل الأرففوني نهاية سنة 2019 في المركز الاستشفائي الجامعي لولاية وهران، في مصلحة إعادة التأهيل الوظيفي، دام التكفل لمدة 3 أشهر ثم توقف بسبب الأزمة الصحية الناتجة عن تفشي وباء كورونا ، كان التدخل الأرففوني بتوجيه من طرف طبيب أخصائي في إعادة التأهيل الوظيفي.

لم نتمكن من الحصول على تقرير الأخصائي الأرففوني، لكن حسب بطاقة المواعيد الخاصة به فإن (ع.ن) كانت تتابع بسبب مشكل عسر التلفظ، قمنا بمتابعة الحالة بعد تقديمها لطلب في الجمعية للاستفادة من حصص أرففونية حيث أن الأسباب كانت:

- شعور بالتعب الشديد عند الكلام.

- كلام الحالة غير مفهوم من طرف الأشخاص المحيطين بها.

لا حظنا على الحالة بعد تطبيق الحصييلة الأرتفونية و الفحص الاكلينيكي ما يلي:

- مشاكل في النفس و التنفس خاصة أثناء الكلام.

- اضطراب في الحركات الفمية الوجهية.

- تيبس في العضلات الوجهية.

- عدم وضوح للكلام.

أدوات الدراسة:

اعتمدنا في التقييم الأرتفوني على المراحل التالية:

الملاحظة:

تهدف الى ملاحظة كيفية تواصل الحالة مع محيطها والمختصتين الأرتفونيتين، فهمها و

تقبلها لاضطرابها ومدى تحفزها للتكفل الأرتفوني.

استهدفنا من خلال الملاحظة العناصر التالية:

- ايماءات الوجه أثناء الكلام.

- وضعية الجلوس في حالة راحة و عند الكلام.

- تفهم الحالة لاضطرابها ووعيها به.

- فهم محيط الحالة للاضطراب.

- الدعم العائلي.

المقابلة العيادية:

تمكنا من خلال المقابلة التي تعتبر أداة بارزة في نجاح المختص الأطفوني في مهمته التشخيصية ومن ثم العلاجية في جمع المعلومات المتعلقة بالحالة من خلال طرح أسئلة على الحالة و والديها اللذان يرافقانها للحصص بهدف معرفة السوابق المرضية والأعراض المبكرة التي لوحظت في الحالة وحتى معلومات حول حياتها اليومية.

الحصيلة الأطفونية:

اعتمدنا على الحصيلة الأطفونية للتمكن من جمع المعلومات حول الحالة و لأنها تعتبر خطوة أساسية في التكفل الأطفوني و ذلك لأنها تسمح بتقدير الاضطراب حيث شملت:

- المعلومات الإدارية حول الحالة.

- الوضعية الاجتماعية للحالة.

- الوضعية الثقافية و المادية للحالة.

- السوابق الطبية.
- تاريخ المرض و طريقة ظهوره.
- معلومات أخرى حول الحالة.

الفحص الاكلينيكي:

و الذي يشمل:

- البراكسيا الفمية الوجهية.
- التنفس
- وضوح الكلام.

تقديم البروتكول المقترح:

قمنا بالاعتماد على وثيقة دور الأخصائي الأرتفوني في التكفل بالمصاب بالرنح المخيخي

«Le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge du patient ataxique »

للأخصائية الأرتفونية Christine pointon بمساعدة Nelly Vanderbrulle و الذي تم

اصداره في جويلية 2001 ، مستشفى Paris ، la salpêtière

وصف البروتكول: تشمل هذه الوثيقة العناصر التالية:

1. تعريف الرنج المخيخي لفريدريخ Ataxie de Freidreich.

2. تعريف الدزارثريا المخيخية.

3. التكفل أثناء تطور الرنج المخيخي:

- ارشاد و معلومات.

- الكفالة متعددة التخصصات.

- الكفالة الأطفونية لعسر التلظف المخيخي.

- الكفالة الأطفونية لعسر البلع.

يتضمن كل من عنصر الكفالة الأطفونية لعسر التلظف و البلع عدة مراحل و محاور تحتوي كل

منها على تمارين متخصصة اقترحتها الأطفونية، مع توضيح الهدف من كل تمرين و طريقة

تطبيقه، لم تشمل الوثيقة أي معلومة حول المدة الزمنية الخاصة بتطبيق كل بند أو البروتكول

كاملا مما دفعنا الى تحديد فترة 6 أشهر لتطبيقه و ذلك لضيق وقت المحدد للإتمام دراستنا.

قمنا بتدعيم البروتكول من خلال القيام بتدليك الوجه و تمارين البراكسيا الفمية الوجهية.

خلاصة:

تطرقنا في فصلنا هذا الى الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها و الهدف منها، الدراسة الأساسية حيث شمل ذلك حدودها الزمانية و المكانية، المنهج المتبع، تقديم الحالة المنتقاة لاجراء الدراسة و الأدوات المستعملة في هذه الدراسة، من خلال ما ذكرنا في هذا الفصل يمكن لنا أن نستفيد منه في فهم واستيعاب المنهج الأساسي للدراسة وأدوات التكفل الأطفوني المستعملة، والتي على ضوءها سيتم التحقق من فرضيات الدراسة كما هو مبين في الفصل القادم.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

نتائج الدراسة

1-الحصيلة الأطفونية.

2-الفحص الاكلينيكي.

3-نتائج الملاحظة و المقابلة.

4-مراحل التكفل الارطفوني.

5-سيرورة الحصص.

6-نتائج التكفل الارطفوني.

7-تحليل النتائج.

الحصيلة الأرففونية:

سبب المعاينة: شكوى المريض: تعب شديد عند الكلام.

شكوى محيط المريض: صعوبة في فهم ما تقوله الحالة.

المعلومات الإدارية:

- الاسم: ن
- اللقب: ع
- السن: 35 سنة.
- تاريخ و مكان الميلاد : 10 جوان 2021 بوهران.
- الجنس: أنثى.
- العنوان: وهران.

الوضعية الاجتماعية للحالة:

- متزوج/ة ،عازب/اء × ،متطلق/ة
- هل لديه/ا أطفال نعم ،لا × .
- عدد الإخوة: 2 - 1 ذكر - 1 أنثى.

الوضعية الثقافية و المادية للحالة:

- المستوى الدراسي: أمي ،ابتدائي ،متوسط × ،ثانوي ،جامعي
(سنة 3 متوسط).
- المهنة: متحصلة على شهادة في الخياطة و المكرامي.
- عدد سنوات الخبرة: لم تتمكن الحالة من مزاوله مهنتها بسبب مشاكلها الصحية.
- اللغة الأم: الدارجة الوهرانية.
- اللغة/اللغات المستعملة: الدارجة الوهرانية.
- الوضعية الاقتصادية : ضعيف ،متوسط × ،جيدة.

السوابق الطبية:

- أمراض عائلية :/. أمراض أخرى: /.
- مشاكل سمعية (قبل و بعد المرض):/.
- مشاكل بصرية:
- قبل المرض /.
- بعد الإصابة بالمرض: عدم وضوح الرؤية (تحمل الحالة نظارات
تصحيح الرؤية).

- تعاطي أدوية: vitamine E منذ ظهور المرض و تم توقيفه من طرف أخصائي في

طب الأعصاب في أكتوبر 2020).

تاريخ المرض:

- تاريخ الظهور: 2014

- كيفية ظهور المرض : فقدان للتوازن و بطئ في الكلام.

- سبب المرض: وراثي متنحي، Génétique autosomique récessif.

- موقع الإصابة : المخيخ، Le cervelet.

- نمط المرض : انحلاي عصبي، neurodégénératif .

- نوع المرض : رنح مخيخي (اصابة عصبية مزمنة)، ataxie cérébelleuse،

affection neurologique chronique morbide أنظر ملحق رقم

- العلاجات القبلية: - أرطفوني (دامت 3 أشهر).

- إعادة التأهيل الفيزيولوجية.

- طبي.

- تقليدي (علاج بالنحل).

معلومات أخرى حول الحالة:

- الجانبية (latéralité) : يمنى × ،يسرى.
- الاستقلالية (autonomie) :
- الأكل: نعم × ، لا.
- المشي: تقف الحالة على رجليها و تمشي بمساعدة
الاخرين.
- النظافة: نعم ، لا ×.
- اللباس: نعم ، لا ×.
- الانتباه : جيد × ، مضطرب.
- الذاكرة : جيدة × ، مضطربة .
- تعاطي الكحول : / التدخين: /
- اضطرابات في البلع troubles de déglutition: نعم لا ×

الفحص الاكلينيكي:

Respiration / فحص التنفس

	Bon جيد	Moyen متوسط	Faible ضعيف
نطق /s/ مع زفير لمدة 10 ثا			×
نطق /s/ بنغمة صاعدة			×
نطق /s/ بنغمة نازلة		×	
التنفس في حالة راحة	×		
تكرار مجموعات /s/ (صعودا و نزولا)			×

جدول رقم (01) يمثل فحص التنفس

قراءة الجدول رقم (01) :

- التنفس عند المفحوصة في حالة الراحة جيد.
- النفس عند المفحوصة في حالة تصويت مضطرب.
- اجهاد الحالة عند الكلام.
- انقطاع النفس للحالة عند الكلام.
- تحكم سيء في النفس عند الكلام.

فحص التصويت / Phonation

	Bon	Moyen	Faible
	جيد	متوسط	ضعيف
نطق /a:/	×		
تصويت /a:/ مطول			×
تصويت /a:/ بصوت مرتفع		×	
النزول في النغمة /a:/			×
صعود في النغمة /a:/		×	

تكرار مجموعات من /a:/ صعودا و نزولا			×
انتاج /a:/ بصوت حاد			×
انتاج /a:/ بصوت غليظ			×

جدول رقم (02) يمثل فحص التصويت

قراءة الجدول رقم (02) :

تعاني الحالة من صعوبات في التحكم في شدة الصوت.

فحص البراكسيا الفمية الوجهية / praxies bucco-faciale

	Bon جيد	Moyen متوسط	Faible ضعيف
تناسق الوجه أثناء الراحة	×		
ايماءة الابتسامة		×	
ضغط الشفاه العليا على السفلى		×	
تمديد الشفاتين		×	

وضعية الشفتين أثناء الراحة	×		
غلق الشفتين أثناء الكلام			×
غلق / فتح الفم		×	
تحريك الفم الى اليمين		×	
تحريك الفم الى اليسار			×
اخراج اللسان	×		
ادخال اللسان	×		
تحريك اللسان الى اليمين		×	
تحريك اللسان الى اليسار		×	
مسح الأسنان باللسان بشكل دائري			×
التماس داخل الخد الأيمن بذوق اللسان		×	

التماس داخل الخد الأيسر بذوق اللسان			×
رفع ذوق اللسان	×		
وضع اللسان تحت الشفا العليا		×	
وضع اللسان تحت الشفا السفلى		×	
مسح الشفتين باللسان بشكل دائري			×
نفخ الخدين		×	
نفخ الخد الأيمن		×	
نفخ الخد الأيسر			×

جدول رقم (03) يمثل فحص البراكسيا الفمية الوجهية.

قراءة الجدول رقم (03) :

- عدم تناسق للوجه أثناء الكلام.
- اضطرابات البراكسيا الفمية الوجهية.
- التحكم في الجهة اليمنى من الوجه أفضل من اليسرى.

فحص الحركات السريعة / Diadococinesie

	Bon جيد	Moyen متوسط	Faible ضعيف
فتح / غلق الفم بسرعة			×
تقديم و تأخير الشفتين بسرعة			×
ادخال و اخراج اللسان بسرعة			×
رفع و خفض ذلوق اللسان بسرعة			×
تحريك اللسان من جهة لأخرى			×

بسرعة			
تكرار بسرعة مقطع /oe-oe/			×
تكرار بسرعة مقطع /pa/			×
تكرار بسرعة /ta/			×
تكرار بسرعة مقطع /ka/			×
تكرار بسرعة مقطع /kala/			×
تكرار بسرعة مقطع /pataka/			×

جدول رقم (04) يمثل فحص الحركات السريعة.

قراءة الجدول رقم (04) :

عدم التمكن من القيام بالحركات الوجهةك بسرعة.

Intelligibilité / فحص وضوح الكلام

	Bon جيد	Moyen متوسط	Faible ضعيف
وضوح القراءة بالنسبة للفاحص			×
وضوح القراءة بالنسبة للعائلة و المحيط			×
وضوح القراءة بالنسبة لغريب			×
وضوح الكلام بالنسبة للفاحص		×	
وضوح الكلام بالنسبة للعائلة و المحيط			×
وضوح الكلام بالنسبة لشخص غريب			×

جدول رقم (05) يمثل فحص وضوح الكلام.

قراءة الجدول رقم (05):

اضطرابات في وضوح الكلام و القراءة.

تقديم نتائج الملاحظة و المقابلة:

قمنا بلاعتماد على المقابلة العيادية في دراستنا للتمكن من تدعيم الحصيلة الأطفونية و

الفحص الاكلينيكي بهدف تقديم تشخيص أطفوني مناسب للحالة، قمنا بها على مدى

حصتين متتاليتين تمكنا من خلالها:

- جمع معلومات حول الحالة.
- الاضطلاع على ملفها الطبي.
- توجيه الحالة نحو مختصين اخرين للتمكن من الحصول على الفحوصات المكتملة الناقصة.
- ربط علاقة ثقة بين الأخصائيتين، الحالة و محيطها.

إضافة إلى المقابلة العيادية إعتدنا على الملاحظة و التي استهدفنا بها:

- ايماءات الوجه أثناء الكلام.
- وضعية الجلوس في حالة راحة و عند الكلام.
- تفهم الحالة لاضطرابها ووعيتها به.
- فهم محيط الحالة للاضطراب.

- الدعم العائلي.
- و كانت النتائج كالآتي:
- الحالة واعية باضطرابها.
- الدعم العائلي للحالة جيد.
- فهم محيط الحالة للاضطراب متوسط.
- تقوم الحالة بحركات لا إرادية أثناء الكلام.
- وضعية الجلوس غير مناسبة حيث أن الحالة تميل إلى الأمام.

التشخيص الطبي:

تعاني الحالة من رنج مخيخي وراثي متحي *ataxie cérébelleuse autosomique*

recessive أنظر ملحق رقم (01)

التشخيص الارطفوني:

بناءا على التشخيص الطبي الذي يبين ان الحالة تعاني من رنج مخيخي وراثي متحي

ataxie cérébelleuse autosomique récessive، و بطاقة المتابعة الخاصة

بالأخصائية الأرطفونية السابقة،المقابلة العيادية، الملاحظة، الحصيلة الأرطفونية و

الفحص الاكلينيكي والبحوث التي قمنا بها فيما يخص هذا المرض و الأعراض

المصاحبة له تبين لنا أن الحالة تعاني من عسر تلفظ مخيخي ناتج عن الرنج المخيخي مع غياب لعسر البلع.

مراحل التكفل الأطفوني:

يوجد عدة طرق للتكفل بالعسر التلفظ المخيخي حيث يمكن للأخصائي الأطفوني أن يعتمد على بروتكول متخصص أو أن يلجأ الى التكفل بأعراض الاضطراب كل على حدا و قد اعتمدنا في دراستنا على برنامج الأخصائية الأطفونية Christine Pointon و الذي قمنا بتقديمه سابقا للتكفل بحالتنا و تمثلت مراحلها في:

1- الإرشاد و التوجيه:

يتم في هذه المرحلة اعلام المفحوصة و محيطها بأنها تعاني من مرض عصبي تطوري ليس له علاج نهائي حاليا، و بالتالي فان تدخلنا يستهدف استقرار الحالة تخفيف الأعراض و سرعة ظهورها و تطورها.

2- العلاج:

يتضمن العلاج المراحل التالية:

- التنفس و النفس soufflé et respiration :

يهدف العمل على التنفس الى:

- الاسترخاء أعضاء النطق للتمكن من العمل بشكل أفضل.

- قدرة المفحوص على التحكم في دخول و خروج الهواء أثناء الكلام.
- الحفاظ على إيقاع الكلام و تجنب التعب.

- التصويت La phonation:

تهدف هذه المرحلة الى:

- إقامة تنسيق بين النطق و التنفس.
- التحكم في مستوى الصوت.
- بلوغ ارتفاع أفضل.

- النطق Léarticulation:

يكون عامة نطق الفونيمات منعزلة صحيحا عند المصاب بعسرالتلفظ المخيخي، لكن قد تتدهر دقة النطق في المقاطع الأطول مما يتطلب العمل على هذا الجانب لضمان علاج مثالي.

وضوح الكلام L'intelligibilité:

يعتبر الخلل في وضوح الكلام مؤشر لعسر التلفظ.

يمكن للمختص الأروطفوني تسجيل المفحوص وبدعه يستمع لصوته كنوع من ال Feed

Back يمكنه من الوعي باضطرابه.

كما قمنا بتطبيق التدليك و تمارين البراكسيا الفمية الوجهية كتدعيم لتمرارين المقترحة في البروتكول.

ملاحظة:

كل التمارين التي تم الاعتماد عليها موجودة في الملحق رقم (02)

سيرورة الحصص:

دام التدخل الأرتفوني مدة 6 أشهر و كانت الحصص كالتالي:

الحصة الأولى:

كانت الحصة الأولى عبارة عن لابط علاقة بين المختصتين و الحالة و محيطها من خلال تطبيق حصيلة أرتفونية أولية.

الحصة الثانية:

قمنا في الحصة الثانية بالاضطلاع على الملف الطبي للحالة، لم نتمكن من الحصول على وثيقة تبيّن التشخيص الطبي المضبوط و بالتالي قمنا بتوجيه الحالة نحو أخصائي في الأمراض العصبية.

الحصة الثالثة:

بعد الحصول على التشخيص الطبي قمنا بإجراء حصيلة أرتفونية مفصلة و فحص اكلينيكي.

الحصة الرابعة:

اختصرنا الحصة الرابعة في اعلام الحالة و محيطها عن اضطرابها و الأهداف من التدخل الأطفوني.

الحصة الخامسة:

قمنا بالبدا في تطبيق البروتكول العلاجي حيث أن الحصة دامت 30 دقيقة أجرينا فيها:

- تدليك الأعضاء الفمية الوجهية.
- تمارين البر اكسيا الفمية الوجهية مقابل المرأة.

ملاحظات حول الحصة:

استعملنا المرأة لتعي الحالة بالاضطرابات التي تعاني منها وتتمكن من التصحيح الذاتي.

الحصة السادسة:

دامت 45 دقيقة واحتوت:

- تدليك الأعضاء الفمية الوجهية.
- تمارين خاصة بالرياضة الفمية الوجهية مقابل المرأة.
- شرح ضرورة تمارين التنفس ، التمارين الصوتية و تمارين النطق ، الهدف منها و كيفية اجراءها.

الحصة السابعة:

دامت 30 دقيقة تمت فيها:

- تدليك الأعضاء الفموية الوجهية.

- الشروع في تمارين التنفس

قمنا بتمارين التنفس التالية ذكرها بوضعية الجلوس بالرغم من غياب عسر البلع عند

الحالة و ذلك لتجنب أي مشكل أثناء العلاج:

نشجع المريض على خفض وزيادة شدة صوت الزفير باستخدام الفونيم /s/.

العد من 1 الى 10 بطريقة مهموسة.

العد مع تعبير ضدة الهمس.

(لمزيد من التفاصيل انظر ملحق (02)

ملاحظات حول الحصة:

- لم تتمكن الحالة من القيام بالتمارين بشكل صحيح.

- اضطررنا لإيقاف التمارين بسرعة و ذلك لنتيجة التعب الشديد الذي اشتكت منه الحالة و

الشعور بالدوار.

الحصة الثامنة:

دامت 45 دقيقة :

- تدليك الأعضاء الفمية الوجهية.
 - تمارين البراكسيا الفمية الوجهية.
 - مواصلة تمارين التنفس.
 - الشروع في تمارين التصويت للتقليل من شدة الصوت و الانفجار خاصة عند بدأ الكلام
- نطلب من المفحوص:

أن يخرج الهواء من الفم ثم يقوم بنطق فونيم /a/، يكرر التمرين عدة مرات مع تقليل زمن الزفير و الزيادة في زمن تصويت الفونيم /a/.

العمل على الغنغنة من خلال انتاج /mmm.../ بغلق الشفاه دون شد.

عند التمكن من الغنغنة نطلب من المفحوصة اضافة صوت مثل /mm..a../،
/mm..o../

(لمزيد من التمارين انظر ملحق (02))

ملاحظات حول الحصة:

- تمكنت الحالة من اجراء بعض التمارين التنفسية بعد عدة محاولات.
- انتقلنا لتمرين التصويت و ذلك للتقدم في الاعادة التأهيل.

- واجهت الحالة صعوبات في اجراء التمارين حيث تطلب التمرين الأول خمسة محاولات للتمكن من اجراءه بطريقة حسنة.

- الحالة أظهرت تحفز كبير و تجاوب حيث أنها كانت تصر على تصحيح الأخطاء.

الحصة التاسعة:

دامت 45 دقيقة :

- تدليك الأعضاء الفمية الوجهية.

- تمارين البراكسيا الفمية الوجهية.

- مواصلة تمارين التنفس و التصويت.

- الشروع في تمارين النطق.

نشجع المفحوصة على الابطاء عند القراءة أو عند المحادثة

للاضطلاع على التمارين أنظر ملحق

ملاحظات حول الحصة:

- لاحظنا تطورا في تنفيذ التمارين.

الحصة العاشرة:

دامت 45 دقيقة:

- تدليك الأعضاء الفمية الوجهية.

- تمارين البراكسيا الفمية الوجهية.
- مواصلة تمارين التنفس و التصويت و النطق.

الحصة الحادية عشر:

دامت 20 دقيقة و تضمنت:

- تدليك الأعضاء الفمية الوجهية.
- مواصلة تمارين التنفس.

ابتداء من الحصة الثانية عشر الى غاية بلوغ الحصة رقم أربعة و عشرون، قمنا بالتركيز على نفس التمارين التزاما مع تعليمات البروتكول الذي اعتمدناه و لكون الحالة تتطور في عملية التحكم في الاداء.

حوصلة عامة حول الحصص:

- دام التدخل الأرتفوني 6 أشهر طبقنا نفي التمارين تقريبا في جميع الحصص التي كانت مدتها بين 20 الى 45 دقيقة و ذلك بمراعاة درجة تعب المفحوصة.
- قمنا بإعادة توجيه الحالة نحو مختص في العلاج kinésithérapeute بعد توقفها عن المتابعة بسبب تفشي وباء كورونا و ذلك لمواصلة العلاج بالموازاة مع تدخلنا الأرتفوني.

- كانت المفحوصة منضبطة في الحصص و تبدي تجاوب و اهتمام بالعلاج و بالتالي قمنا باقتراح اعادة بعض التمارين المجرات خلال الحصص في المنزل نظرا لصعوبة تنقلها لأكثر من مرة في الأسبوع مما كان له أثر في النتائج المتحصل عليها.
- بعد اجراء 17 حصة لاحظنا نقص في تحفيز الحالة للحصص فاقترحنا نافذة علاجية fenêtre thérapeutique دامت اسبوعين.

نتائج التكفل الأطفوني:

قمنا بإعادة تطبيق الفحص الاكلينيكي على الحالة بعد انتهاء الفترة المحددة لاجراء

الدراسة و كانت النتائج كالاتي:

فحص التنفس بعد التكفل / Respiration

	Bon جيد	Moyen متوسط	Faible ضعيف
نطق /s/ مع زفير لمدة 10 ثا	×		
نطق /s/ بنغمة صاعدة		×	
نطق /s/ بنغمة نازلة	×		
التنفس في حالة راحة	×		
تكرار مجموعات /s/ (صعودا و نزولا)			×

جدول رقم (06) يمثل فحص التنفس بعد التكفل

قراءة الجدول رقم (06) :

- نقص ملحوظ في اضطراب النفس عند المفحوصة في حالة تصويت.
- تمكن الحالة من التقاط النفس ثم مواصلة الكلام لكن بصفة بسيطة.
- تحسن التحكم في النفس عند الكلام.

فحص التصويت بعد التكفل / Phonation

	Bon	Moyen	Faible
	جيد	متوسط	ضعيف
نطق /a:/	×		
تصويت /a:/ مطول	×		
تصويت /a:/ بصوت مرتفع		×	
النزول في النغمة /a:/		×	
صعود في النغمة /a:/	×		
تكرار مجموعات من /a:/			×

صعودا و نزولا			
انتاج /a:/ بصوت حاد			×
انتاج /a:/ بصوت غليظ			×

جدول رقم (07) يمثل فحص التصويت بعد التكفل.

قراءة الجدول رقم (07) :

تحسن نسبي للتحكم في شدة الصوت.

فحص البراكسيا الفمية الوجهية بعد التكفل / praxies bucco- faciale

	Bon جيد	Moyen متوسط	Faible ضعيف
تناسق الوجه أثناء الراحة	×		
ايمائة الابتسامة		×	
ضغط الشفاه العليا على السفلى	×		
تمديد الشفتين	×		
وضعية الشفتين أثناء الراحة	×		

غلق الشفتين أثناء الكلام			×
غلق / فتح الفم	×		
تحريك الفم الى اليمين	×		
تحريك الفم الى اليسار		×	
اخراج اللسان	×		
ادخال اللسان	×		
تحريك اللسان الى اليمين		×	
تحريك اللسان الى اليسار		×	
مسح الأسنان باللسان بشكل دائري		×	
التماس داخل الخد الأيمن بذوق اللسان		×	
التماس داخل الخد الأيسر			×

بذلق اللسان			
رفع ذلق اللسان	×		
وضع اللسان تحت الشفا العليا		×	
وضع اللسان تحت الشفا السفلى	×		
مسح الشفتين باللسان بشكل دائري		×	
نفخ الخدين	×		
نفخ الخد الأيمن		×	
نفخ الخد الأيسر			×

جدول رقم (08) يمثل فحص البراكسيا الفمية الوجهية بعد التكفل

قراءة الجدول رقم (08) :

- تحسن تناسق الوجه أثناء الكلام
- ظهور تحسن في البراكسيا الفمية الوجهية.

فحص الحركات السريعة بعد التكفل / Diadococinesie

	Bon جيد	Moyen متوسط	Faible ضعيف
فتح / غلق الفم بسرعة			×
تقديم و تأخير الشفتين بسرعة			×
ادخال و اخراج اللسان بسرعة			×
رفع و خفض ذوق اللسان بسرعة			×
تحريك اللسان من جهة لأخرى بسرعة			×
تكرار بسرعة مقطع /oe-oe/		×	
تكرار بسرعة مقطع /pa/		×	
تكرار بسرعة /ta/		×	

تكرار بسرعة مقطع /ka/		×	
تكرار بسرعة مقطع /kala/		×	
تكرار بسرعة مقطع /pataka/		×	

جدول رقم (09) يمثل فحص الحركات السريعة بعد التكفل

قراءة الجدول رقم (09) :

- عدم التمكن من القيام بالحركات الواجهة بسرعة.
- تحسن في تكرار المقاطع بسرعة.

Intelligibilité / فحص الوضوح بعد التكفل

	Bon جيد	Moyen متوسط	Faible ضعيف
وضوح القراءة بالنسبة للفاحص			×
وضوح القراءة بالنسبة للعائلة و المحيط			×
وضوح القراءة بالنسبة لغريب			×

وضوح الكلام بالنسبة للفاحص		×	
وضوح الكلام بالنسبة للعائلة و المحيط		×	
وضوح الكلام بالنسبة لشخص غريب		×	

جدول رقم (10) يمثل فحص الوضوح بعد التكفل

قراءة الجدول رقم (10) :

دوام الاضطرابات في وضوح القراءة و تحسن في وضوح الكلام.

تحليل النتائج:

حاولنا من خلال هذه الدراسة تطبيق بروتكول تكفل خاص بعسر التلفظ المخيخي الناتج عن الرنج المخيخي للأخصائية كرسيتين بوانتون و حددنا مدة ستة أشهر لتطبيق هذا التكفل. لمتابعة نتائج التكفل قمنا بتطبيق تقييم موضوعي تطبيقه و بعد نفاذ المدة المخصصة لإجراء الدراسة.

كان الهدف من تدخلنا هو ابقاء الحالة مستقرة، الابطاء من ظهور أعراض الرنج المخيخي الذي تعاني منه واسترجاع جزئي المهارات المتبقية ان أمكن و ذلك باعتباره

مرض انحلاي تطوري عصبي ليس له علاج و بالتالي لا يمكننا استهداف رجوع المفحوصة الى حالتها الطبيعية.

الحالة كانت تعاني من مشاكل في التصويت، التحكم في النفس و التنفس أثناء الكلام،

البراكسيا الفمية الوجهية، الحركات السريعة و وضوح الكلام وبعد تطبيق البروتوكول

التكفلي الذي اعتمدنا فيه على:

- تدليك الوجه.
 - تمارين النفس و التنفس.
 - تمارين البراكسيا الفمية الوجهية.
 - تمارين التصويت.
 - تمارين النطق.
 - تمارين خاصة بوضوح الكلام.
- و قد حققت الحالة النتائج التالية:
- تحسن التحكم في النفس أثناء الكلام.
 - تحسن نسبي للتحكم في شدة الصوت.
 - تحسن في البراكسيا الفمية الوجهية و تناسق الوجه أثناء الكلام.
 - تحسن في تكرار المقاطع بسرعة.

- استقرار الحالة في نفس الوضع فيما يخص الحركات السريعة.
 - استقرار في وضوح القراءة.
 - تحسن في وضوح الكلام.
- و تبين النتائج المذكورة أعلاه ما يلي:
- التمارين كانت مطبقة بصفة صحيحة.
 - البروتكول التكفلي المتبع الذي الى الحصول على نتائج.
 - المدة الزمنية المحددة لاجراء الدراسة كانت كافية لبلوغ نتائج مرضية.
 - بلوغا للأهداف المسطرة للتكفل و التي هي استقرار الحالة و تحسنها ان امكن.
- و أخيرا من خلال النتائج المتحصل عليها يمكننا القول أننا بلغنا أهداف الدراسة و حققنا الفرضية.

الخاتمة :

في ختام هذا البحث العلمي المتواضع يمكن القول أن للمختص الأَرطفوني دور ينفرد به عن باقي المختصين في إعادة تأهيل عسر التلفظ و ذلك من خلال ماتعرضنا اليه في الجانب النظري من الدراسات التي بينت و أكدت أنه يوجد عدة طرق للتكفل بعسر التلفظ المخيخي , حيث يمكن للأخصائي الأَرطفوني أن يعتمد على برتكول متخصص أو يلجأ الى التكفل بأعراض الاضطراب كل على حدا , و لقد اعتمدنا في دراستنا على برنامج الأخصائية الأَرطفونية كرستين بوانتون من أجل التكفل بحالة واحدة مصابة بالرنح المخيخي (*ataxie cérébelleuse*) و التي تحمل نفس معايير الدراسة . هو عبارة عن تكفل أَرطفوني يبتدأ من الميزانية الأَرطفونية لجمع المعلومات ككل دراسات الحالة الممارسة في الدراسات الإكلينيكية مروراً بإعلام المفحوص باضطرابه , يجتاز هذا التكفل أيضا على سلسلة من التمارين الإسترخائية الممهدة للتمارين التنفسية اللاحقة لتنتهي بالتمارين الصوتية المختارة و كذلك إعادة تأهيل وضوح الكلام بالإضافة الى تمارين الرياضة الفموية لتقوية عضلات النطق ، كما تم اختيار بعض الكفاءات المكلمة للكفالة الأَرطفونية التي تساهم كثيرا في التوصل إلى نتائج لا بأس بها .

بينت النتائج المتوصل إليها تحسن في كل من التنفس، النفس، التحكم في شدة التصويت و وضوح الكلام مما يبين بلوغنا لهدف الدراسة.

و نأمل أن تكون هذه الدراسة بكل جوانبها إضافة متواضعة لمختلف الجهود المتراكمة في الميدان الأروطفوني , في سبيل التقييم و التكفل الجيد بهذه الحالات كونها من الحالات النادرة

و نقترح في الأخير إجراء المزيد من الدراسات لإثراء الرصيد النظري فيما يخص الموضوع عسر التلطف عامة وموضوع الرنح المخيخي خاصة.

قائمة المراجع:

باللغة العربية:

- ابتسام بوشلاغم (2016),واقع التكفل الأطفوني بالطفل المتوحد,مذكرة مكملة لنيل شهادة
الماستر في الأطفونية,جامعة العربي بن مهدي أم البواقي .
- الحاج، هدى عبد الله والعشاوي، عبد الله(2003) ، صعوبات اللغة واضطرابات الكلام ،
طبعة الأولى ، دمشق: دار الشجرة للنشر والتوزيع.
- الدكتور حمدى على الفرماوى ،(2002)،نيورسيكولوجيا معالجة اللغة و اضطرابات التخاطب
، الطبعة الأولى ، مكتبة الأنجو المصرية .
- سهير كامل أحمد،(1999) ،الصحة النفسية و التوافق ، مصر ، مركز الإسكندرية للكتاب .
- الزريقات ، إبراهيم عبد الله فرج ،(2005)،إضطرابات اللغة والكلام ، الطبعة الاولى عمان ،
دار الفكر للنشر .
- العازمي ، عدنان ناصر، (2007)،الإعاقة العقلية ، الطبعة الأولى ، عمان ، دار الفكر .
- القمش ، مصطفى نوري،(2011) ، الاعاقات المتعددة ، الطبعة الاولى ، عمان ، دار
المسيرة للنشر .
- للنشر .

باللغة الفرنسية:

- Clara solman(2018),dysarthrie et troubles de la deglutition dans la myosite a inclusions,certificate de capacité d'orthophonie,université de lille.
- Mathilde bardon (2018),le syndrome cérébelleux consequences fonctionnelles et pistes pour un bilan type,mémoire pour l'obtention du certificat de capacité en orthophonie,université de nantes.
- Myriam,roger.charlotte(2014),impact d'une reeducation vocale intensive de type LSVT sur la dysarthrie cérébelleuse,mémoire présenté pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste,université clude Bernard,lyon.
- Sailer,A.,houlden,h,(2012),Recent advances in the genetics of cerebellar ataxias current neurology and neuroscience reports,12(3).<https://doi.org/10.1007/s11910-012-0267>).
- Association csc(2011),connaitre le syndrome cérébelleux(brochure d'informations.
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2011),Dictionaire d'Orthophonie (Troisième édition). Isbergues, Ortho-Edition.
- Froger,J,laffont,I,pélissier,J,entretiens de médecine physique et réadaptation(2010),rééducation et syndrome cérébelleux.Issu,les moulineaux,Elsevier masson .
- Allali, A., & Le Huche, F. (2010), Les dysarthries. In A. Allali, & F. La Huche (Eds.), La voix tome 3 : pathologies vocales d'origine organique. Paris, Masson.
- Auzou, P., Rolland-Monnoury, V., Pinto, S., & Ozsancak, C. (2007), Définition et classification des dysarthries. Dans Les Dysarthries (pp. 308–323). Marseille, Solal.
- Rolland-Monnoury, V. (2007a). La prise en charge des dysarthries. Rééducation orthophonique n°229, 87-102.

- Schalling, E (2007),Dysarthria in cerebellar diseases. In P. Auzou, C. Özsancak, S. Pinto, & V. Rolland-Monnoury (Eds.), Les dysarthries. Marseille, Solal.
- De la Bigne, C., & Sahut d'Izarn, M-A (2004),Corrélations acoustico-perceptives dans la dysarthrie cérébelleuse,mémoire d'orthophonie,paris.
- Delphine simon (2004),modèles murins pour l'ataxie de friedreich de la caractérisation aux essais thérapeutiques,these pour obtenir le grade de docteur , université louis Pasteur .
- Brin,frédérique,Catherine,courier(1997),dictionnaire d'orthophonie,France,l'ortho-édition.
- Berciano J, Pascual J, Polo M (2000) History of Ataxia Research. In: Handbook of Ataxia Disorders (Klockgether T, ed), pp 77-100. Bonn: Dekker M.
- dr.moez gribaa(2006), genetique moleculaire de Nouvelles forms d'ataxies progressives, these pour obtenir le grade de docteur l'université louis Pasteur discipline: science du vivant.

الملاحق

المركز الاستشفائي الجامعي بوهران
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE D'ORAN

Tél: 041 - 41 - 39 - 26/28/38

N° 4075114

ORAN Le: 04.11.20

Nom du Médecin:

Service: Visa N°:

Nom et Prénom: Addada Naoual Age: 38 ans

ORDONNANCE

Certificat médical
Je soussigné Docteur Benabli
certifie que la femme
ci dessus et déclare qu'elle
est atteinte pour affection neuro
logique chronique insidieuse
(ataxie cérébelleuse). Ce
certificat est délivré
à l'intéressée pour faire
valoir ce que de droit.

المركز الاستشفائي الجامعي
بوهران
طبيبة
العصبانية
Dr. LATIFA BENABLI
NEUROLOGUE

LE RÔLE DE L'ORTHOPHONISTE DANS LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT ATAXIQUE

Juillet 2001

Christine POINTON - Orthophoniste
Service du Professeur MEININGER
Hôpital de la Salpêtrière - Division Mazarin
47 Bd de l'Hopital
75 651 Paris cedex 17

avec la participation de Nelly VANDERBRULLE

I. L'ATAXIE DE FRIEDREICH	3
II. DEFINITION DE LA DYSARTHRIE ATAXIQUE.....	4
III. PRISE EN CHARGE AU COURS DE L'ÉVOLUTION DE L'ATAXIE CEREBELLEUSE	5
A - INFORMATION ET GUIDANCE.....	5
B - LA PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE	5
C - PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE DE LA DYSARTHRIE ATAXIQUE	6
1. <i>L'évaluation</i>	6
1.1 L'anamnèse.....	6
1.2 L'examen des praxies bucco-faciales	6
2. <i>Principes et objectifs d'une prise en charge</i>	7
2.1 Travail de la respiration	8
2.1.1 En position allongée	8
2.1.2 En position assise.....	9
2.2 Travail de la phonation	9
2.3 Travail du voile.....	11
2.4 Diadococinésies	12
2.5 L'articulation	13
2.6 Intelligibilité et débit.....	13
2.6.1. L'intelligibilité.....	13
2.6.2 Le débit	14
D - PRISE EN CHARGE DE LA DYSPHAGIE	15
1. <i>Rappel des différentes phases de la déglutition normale</i>	15
2. <i>Signes d'alerte des troubles de la déglutition</i>	16
3. <i>Prise en charge de la dysphagie</i>	17
4. <i>Les conseils</i>	18
4.1 Les postures	18
4.2 Les textures	18
4.2.1 Les liquides	18
4.2.2 Les solides.....	18
5. <i>Conclusion</i>	19

I. L'ATAXIE DE FRIEDREICH

Elle est la plus fréquente des ataxies héréditaires autosomiques récessives.

Sur le plan neurologique, les manifestations cliniques sont l'ataxie des mouvements oculo-moteurs, la dysarthrie, l'ataxie des membres, l'aréflexie myotatique, l'atteinte pyramidale et l'atteinte de la sensibilité profonde. « Toutefois, les signes majeurs tels que la dysarthrie, le réflexe cutané plantaire en extension et l'altération de la sensibilité profonde aux membres inférieurs ne sont pas toujours présents même après cinq ans d'évolution »

L'examen neurophysiologique démontre une neuropathie axonale, « ce qui peut aider à distinguer l'ataxie de Friedreich des autres ataxies ». Des complications extra-neurologiques peuvent survenir: déformations osseuses, cardiomyopathie, diabète.

Tant les déficits neurologiques que les anomalies osseuses contribuent aux difficultés à la marche, qui constituent le déficit clinique le plus invalidant.

« L'utilisation d'outils moléculaires pour confirmer le diagnostic d'ataxie de Friedreich est très utile, particulièrement dans les cas atypiques ».

L'ataxie de Friedreich est due dans 98% des cas à une expansion de triplets au niveau du chromosome 9.

Principaux signes cliniques	Anatomopathologie	Début et évolution	Fréquence
<ul style="list-style-type: none"> • signes cérébelleux ☞ ataxie axiale ☞ ataxie des membres ☞ dysarthrie • signes pyramidaux ☞ signe de Babinski ☞ aréflexie des membres inférieurs • signes sensitifs ☞ diminution de la sensibilité profonde • amyotrophie • nystagmus • déficit moteur • poursuite oculaire saccadique 	<p style="text-align: center;">Signes IRM</p> <p>Après quelques années d'évolution</p> <ul style="list-style-type: none"> • atrophie médullaire • atrophie modérée à sévère du vermis en fin d'évolution • plus rarement atrophie des hémisphères cérébelleux 	<p>Début entre 5 et 15 ans exceptionnellement après 25 ans.</p>	<p>Prévalence : 1/50000 dans la population européenne.</p>

Récapitulatif des données concernant l'ataxie de Friedreich
D'après Legros et Manto

II. DEFINITION DE LA DYSARTHRIE ATAXIQUE

En cas de lésions du cervelet, l'ataxie est la manifestation clinique la plus remarquable.

Cependant, ses symptômes ne sont pas exclusifs aux maladies du cervelet, et s'observent par exemple dans la sclérose en plaques.

Il faut accorder une attention particulière à la dysarthrie ataxique, car elle est étonnamment riche en variations pathologiques.

L'ataxie se caractérise par des difficultés dans la régulation de la forme, de la vitesse, de l'ampleur, du rythme et de la direction des mouvements volontaires.

Il a été démontré que la surextension des mouvements intentionnels provient du retard en phase terminale du mouvement, d'un délai plus long que la normale entre la pause agoniste et le début antagoniste, donc de l'inadéquation des forces de décélération. Or, le même phénomène s'observe dans la parole dysarthrique.

Récemment, on a affirmé que des lésions aux hémisphères cérébelleux (neo-cervelet) produisent notamment des symptômes tels que l'hypotonie, l'hyporéflexie et l'asthénie. Il est alors possible que la décélération observée chez des patients cérébelleux dans leurs productions verbales, soit un effet de l'hypotonie et de l'asthénie dans les muscles phonatoires, plutôt qu'un problème de surextension. Cependant, l'explication considérée comme la plus plausible est celle d'une difficulté de l'alternance des mouvements ou adiadococinésie.

III. PRISE EN CHARGE AU COURS DE L'ÉVOLUTION DE L'ATAXIE CÉRIBELLEUSE

A - INFORMATION ET GUIDANCE

A l'annonce du diagnostic, le patient, sa famille et les différents intervenants doivent bien comprendre qu'il s'agit d'une maladie évolutive pour laquelle il n'existe pas, du moins pour l'instant, de traitement curatif.

Il est important que les personnes concernées soient informées des modalités évolutives afin d'éviter, au patient et à sa famille les surprises de l'évolution souvent génératrices d'angoisse, et aux soignants un sentiment d'impuissance malgré leurs efforts, en raison de l'aggravation de la maladie.

Dans l'ataxie de Friedreich, l'évolution est progressive, tout en étant plus rapide au début. Elle conduit peu à peu et généralement vers une invalidité à l'âge de 35-40 ans. C'est pourquoi un diagnostic précoce est très important. En effet, il permet de prendre en charge le plus tôt possible les différents symptômes afin de les traiter au mieux.

Des associations telles que Vivre avec ... espoir (Association Française de l'ataxie de Friedreich) ou Connaître les Syndromes Cérébelleux peuvent également conseiller, soutenir, aider les patients et leur famille (cf annexe).

B - LA PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE

Il s'agit ici d'une brève description du travail des différents intervenants, la prise en charge orthophonique sera développée ultérieurement.

La prise en charge d'un patient atteint d'alexie cérébelleuse nécessite une action coordonnée de plusieurs membres d'une équipe.

Le neurologue et le généticien suivent régulièrement le patient (une consultation neurologique tous les six mois serait conseillée). Il est intéressant de noter que depuis deux ans, un essai thérapeutique est mis en place à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière pour les patients atteints d'ataxie de Friedreich, visant à réduire la cardiomyopathie, les troubles de l'ataxie des membres et les troubles de la voix. En effet, cette pathologie est due dans 98% des cas à une expansion de triplets au niveau du chromosome 9. Le gène incriminé code pour la frataxine. Récemment il a été mis en évidence une accumulation de fer dans les mitochondries des neurones et des cardiomyocytes chez les patients atteints de l'ataxie de Friedreich, suggérant que la frataxine est une protéine impliquée dans l'homéostasie du fer intra-mitochondrial. Ces travaux ouvrent donc de nouvelles perspectives thérapeutiques pour cette ataxie héréditaire.

Le **médecin généraliste** prescrit un traitement symptomatique (par exemple traiter les contractures par des neurorelaxants comme le Dantrium ou le Lioresal)

Le **kinésithérapeute** est indispensable pour le traitement de cette affection neuro-musculaire qui permettra parfois de suppléer à ce qui est perdu. Le traitement kinésithérapique consiste en une mobilisation (active ou passive) des membres inférieurs et

supérieurs, une rééducation du tronc pour réduire l'hypotonie, de la colonne vertébrale et des troubles orthopédiques.

Il faut éviter toute rétraction, effectuer un travail moteur d'entretien et un travail d'entretien respiratoire.

Toutefois, dans l'ataxie de Friedreich, beaucoup de patients sont atteints de troubles cardiaques, ces derniers obligent à doser les exercices, à ménager des temps de repos et à entreprendre un apprentissage d'une respiration contrôlée car tout exercice en apnée est proscrit. La durée, la fréquence et l'intensité des exercices dépendront aussi de la fatigabilité du patient.

Un bilan neurologique, cardiaque et orthopédique serait nécessaire avant toute rééducation kinésithérapique.

L'ergothérapeute s'occupe de l'adaptation à l'environnement, **la diététicienne** suit l'équilibre nutritionnel, **le psychologue** intervient pour soutenir le patient ainsi que sa famille, **l'assistante sociale** informe et conseille pour l'obtention de certaines aides sociales et **l'orthophoniste** prend en charge la dysarthrie et les éventuelles dysphonies et dysphagies.

C - PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE DE LA DYSARTHRIE ATAXIQUE

Lorsque la dysarthrie dont souffrent les patients ataxiques, est peu importante, une communication verbale correcte est encore possible. Mais cette dysarthrie, comme les autres signes de la maladie, est évolutive et si l'on peut initialement tenter de la corriger par une prise en charge orthophonique, tôt ou tard, les effets seront vains. Néanmoins tant qu'elle est rend possible la verbalisation, il faut l'utiliser.

1. L'évaluation

L'évaluation physiologique de la dysarthrie comporte deux éléments principaux. Il faut d'une part déterminer quelles sont les composantes qui ne fonctionnent pas, d'autre part préciser la sévérité et la nature des dysfonctionnements.

1.1 L'anamnèse

Elle apprécie l'histoire de la maladie, le mode et le lieu d'apparition des troubles, les territoires atteints, le mode évolutif et les conséquences pour le patient.

1.2 L'examen des praxies bucco-faciales

Il objective la force mais surtout la coordination musculaire et le degré d'atteinte de la dysarthrie et éventuellement de la dysphagie :

- Mobilité linguale (essentiellement apex et base de langue) :

- tirer la langue
- rentrer la langue
- la mettre à droite, à gauche
- passer la langue sur les dents.

- Diadococinésies (à réaliser rapidement):

- ouvrir/fermer la bouche
- avancer/reculer les lèvres
- tirer/rentre la langue
- déplacements de l'apex aux commissures des lèvres

- faire le tour des lèvres

- Les essais sont réalisés à la salive, aux pâteux (yaourt, crème, compote) et aux liquides. On observe alors les difficultés de propulsion, la mobilité du larynx, la sensibilité et les moyens de compensation mis en place par le patient.

2. Principes et objectifs d'une prise en charge

Le choix et l'ordonnancement de la prise en charge découlent de l'évaluation faite. Par exemple, si l'on envisage la prise en charge d'un patient qui présente à la fois une faible intensité vocale et une hypernasalité, il conviendra, même si le larynx et les composantes respiratoires semblent directement impliqués dans la faible intensité de la voix, de commencer à rééduquer le voile du palais, car les sons oraux perdent beaucoup de leur intensité lorsque les cavités orale et nasale communiquent.

Par ailleurs, les cliniciens doivent analyser quels aspects de la parole dysarthrique sont dus aux atteintes neurologiques et quels sont ceux qui correspondent aux ajustement compensatoires à ces atteintes.

Enfin, le critère de sévérité ne doit pas déterminer l'ordonnancement du traitement. Parfois, en débutant la rééducation par une composante moins touchée, le patient aura l'impression d'un succès plus rapide qui le motivera pour le traitement des autres composantes et celui-ci du même coup, pourra être plus efficace.

La prise en charge doit se mettre en place dès qu'apparaissent les difficultés vocales, de parole et éventuellement de déglutition. En effet, il est impératif de maintenir une communication la plus aisée possible, communication nécessaire dans le monde du travail car il ne faut pas oublier que ces patients sont jeunes et que pour la plupart ils exercent toujours une activité professionnelle.

Dans un premier temps, le patient pourra être vu 2 à 3 fois par semaine pendant 1 mois afin d'acquérir les automatismes respiratoires et les techniques de déglutition. Les patients étant fatigables, il serait préférable de les voir le matin.

Puis les séances pourront être plus espacées dans le temps, de l'ordre d'1 à 2 fois par semaine et complétées d'un entretien personnel à domicile en suivant les conseils et exercices proposés par l'orthophoniste.

Il s'agit d'accompagner la patient dysarthrique à :

- **Compenser** : apprendre à utiliser son potentiel restant.
- **Agir volontairement** : faire consciemment (volontairement) ce qui était fait inconsciemment (de façon automatique).
- **S'auto-contrôler** : contrôler, maîtriser, critiquer sa propre performance.
- **Démarrer très vite la rééducation** : il est très difficile de se débarrasser de mauvaises habitudes inefficaces, il faut donc s'entraîner et compenser avant d'en acquérir.
- **Etre motivé** : c'est notre rôle d'aider au maximum le patient dans cette démarche.

La plupart des dysarthriques sont traités selon des méthodes traditionnelles qui ont pour but de modifier le comportement de la parole. Toutefois, aujourd'hui l'usage d'instrumentation peut présenter un grand intérêt. Des logiciels basés sur le principe du « feed-back » visuel ou

auditif permettent un contrôle des paramètres acoustiques de la parole, tels que voisement, fréquence fondamentale, intensité et durée, et sont des aides efficaces.

Les exercices proposés ci-dessous ne font appel à aucun appareillage, et constituent bien sûr une liste non exhaustive. La plupart de ces exercices sont proposés par Robertson et Thomson.

2.1 Travail de la respiration

Le travail de la respiration, par des exercices de souffle, contribue à l'obtention d'une meilleure coordination pneumo-phonique dont la maîtrise passe par la mise en place d'un mécanisme respiratoire costo-diaphragmatique.

Ils visent aussi à augmenter la capacité vitale pulmonaire, à faciliter le contrôle de l'inspiration et de l'expiration et à améliorer la force et la coordination des muscles respiratoires. Les objectifs à poursuivre sont la maîtrise du rythme et de l'amplitude de la ventilation: être efficace sans se fatiguer.

Pour apprendre au patient à se détendre, l'expiration doit ressembler à un soupir prolongé sans émission vocale. La détente et la relaxation sont particulièrement importantes pour les patients atteints de SCA, ces derniers étant souvent très tendus..

Les exercices de respiration seront de durée variable et progressive, en étant toujours vigilant à l'état de fatigue du patient.

Celui-ci peut réaliser ces exercices en position allongée ou semi-allongée, puis assise.

Attention, pour les patients atteints d'ataxie de Freidriech, tout travail en apnée est à proscrire.

2.1.1 En position allongée

- On demande au patient de placer une main sur son thorax et l'autre sur son abdomen. L'inspiration est nasale et calme, puis buccale et rapide. Inversement, l'expiration est d'abord buccale puis nasale et progressive. Le patient doit gonfler le ventre en inspirant sans élévation du thorax et contracter le muscle abdominal lors de l'expiration. Cet exercice privilégie la respiration costo-diaphragmatique, la plus efficace pour la phonation et permet au patient d'apprendre à estimer ses mouvements respiratoires.

Remarque : la position allongée est déconseillée en cas de dysphagie importante car elle augmente les risques de fausses routes à la salive.

- **Le 3 / 4** : le patient inspire sur 3 temps (écartement costal, gonflement abdominal) et expire sur 4 temps (rentrée abdominale)
- **A partir d'une consonne fricative /s/** : Cet exercice consiste à faire prolonger la consonne /s/, avec une intensité et un débit régulier, afin de mieux sentir la participation des muscles costaux et abdominaux.

Toujours sur l'émission du /s/, il s'agit ensuite d'augmenter progressivement l'intensité afin de mieux comprendre le rôle de la pression sous-glottique.

Enfin, le patient doit produire une succession de consonnes brèves (s,s,s...) intenses, sur la même expiration afin d'entraîner la souplesse de la paroi abdominale.

Remarque: quand elle est possible, la position allongée convenant mieux que la position assise, un dossier avec inclinaison réglable facilitera la respiration au cours de la production de parole, qui gagnera en intensité.

2.1.2 En position assise

- **Decrescendo et crescendo** : à partir de la fricative /s/, encourager le patient à baisser et augmenter l'intensité sur le son expiré.

1- SSSSSSSSSs

2- sSSSSSSSS

3- sSSSSSSSSSSSSSSSSs

4- sSSs

On peut répéter cet exercice avec beaucoup de variations sur une seule expiration. Il faut encourager le patient à prendre conscience des mouvements et de la pression importante dans cette zone du diaphragme indiquant la possibilité d'exercer un contrôle sur le flux d'air sortant. On peut varier l'exercice en changeant de phonème fricatif non voisé.

- **Compter en chuchotant** : on demande au patient d'expirer en comptant lentement jusqu'à 3 et en chuchotant, puis d'augmenter progressivement jusqu'à 10, si possible sur une seule expiration.
- **Varié l'intensité du chuchotement** : le patient doit compter en faisant varier l'intensité du chuchotement.

1- 12345

2- 12345

3- 12345

4- 123456

5- 123456789

2.2 Travail de la phonation

L'anomalie la plus fréquente des mouvements laryngés, dans la dysarthrie ataxique, est la mauvaise coordination de l'adduction des cordes vocales. Le patient rencontre des difficultés dans l'initiation de la phonation et dans le contrôle du volume et de la hauteur de la voix. Les exercices phonatoires ont pour but de :

- * Etablir une bonne coordination entre la respiration et la phonation.
- * Réaliser une attaque vocale appropriée (ni trop forte, ni trop faible).
- * Contrôler le volume.
- * Atteindre une hauteur optimale.
- * Faciliter les modulations de hauteur et d'inflexion.
- * Permettre une résonance et une projection appropriées.

Pour travailler l'initiation de la voix

- Afin de faciliter l'initiation de la voix et de réduire la rudesse et l'explosion de l'attaque, on demande au patient d'expirer par la bouche puis de débiter la phonation du /a/. L'exercice doit être répété plusieurs fois en réduisant progressivement la longueur de l'expiration et en augmentant la longueur du /a/ vocalisé. On varie l'exercice en changeant la voyelle.

- 1 . /.....a:...../
2. /.....a:...../
3. /...a:...../
4. /..a:...../
5. /a:...../

- Quand le patient a réussi l'exercice précédent, on encourage la même démarche avec différentes constrictives sourdes précédant les voyelles.

- 1- /s.....a: ;s.....i: ;s.....u:/
- 2- /f.....a: ;f.....i: ;f.....u:/
- 3- /ch.....a: ;ch.....i: ;ch.....u:/

Pour le contrôle de la projection et du volume

- **bourdonnements** : le patient doit produire un /mm ... /, les lèvres fermées (et non serrées) étant en contact étroit avec la cavité buccale aussi large que possible (les dents ne doivent pas être serrées).
- **Quand le bourdonnement est réussi** : on demande au patient d'ajouter une voyelle vocalisée au bourdonnement.

1. /m...a:.../ ; /m...e:.../ , /m...o :.../; / m...i:... / ; /m...u:.../

Progressivement, le patient doit réduire la longueur du /m/ et augmenter celle de la voyelle.

2. /ma:...ma:...ma:.../
- /mi:...mi:...mi:.../

3. /ma:...mo:...me:.../
- /mi:...mu:...mo:.../

- **Contrôle du volume** : à partir d'une voyelle tenue, le patient doit suivre les instructions du thérapeute afin de l'émettre de plus en plus, ou de moins en moins fort.

1. /a:...../
- (faible - fort)
2. /a:...../
- (fort - faible)
3. /a:...../
- (faible - fort - faible)

- **Etendre l'étendue en hauteur** : il faut encourager le patient à chanter la gamme en montant et en descendant. Pour cela, il peut utiliser une voyelle ou une combinaison consonne/voyelle. L'objectif est d'obtenir au moins trois hauteurs différentes : bas / moyen / haut.
- **Les glissements** : quand l'étendue en hauteur du patient est établie, on peut utiliser des exercices de glissements qui couvrent toute cette étendue. Ces exercices annoncent le travail d'inflexion et de la prosodie. En utilisant une voyelle, on demande au patient de monter ou de descendre de la façon suivante :
 - Glisser de bas en haut
 - Glisser de haut en bas
 - Glisser du médium vers le haut
 - Glisser du médium vers le bas
 - Glisser du bas vers le médium
 - Glisser du haut vers le médium
 - Glisser du haut vers le médium puis vers le haut
 - Glisser du médium vers le haut puis vers le médium
 - Glisser du bas vers le haut puis vers le médium

Pour lutter contre l'assourdissement des consonnes sonores

On propose au patient de prononcer la consonne en position inter-vocalique et de faire allonger les voyelles qui l'entourent.

/a :....ba :..../

/a :....da :..../

/a :....ga :..../

2.3 Travail du voile

« L'hypernasalité est définie comme la perception excessive de la résonance au niveau de la cavité nasale lors de la phonation des voyelles. »

C'est une caractéristique fréquente de la dysarthrie ataxique et elle est due, le plus souvent, à l'incoordination du palais mou et/ou des muscles palato-pharyngés. Elle peut résulter également d'une mauvaise position de la langue, en raison d'une incoordination des mouvements linguaux.

En cas d'hypernasalité, beaucoup de dysarthriques négligent l'articulation puisque leur parole demeure de toute façon inintelligible. Le traitement du voile du palais doit alors précéder celui des lèvres et de la langue.

Le dysfonctionnement du vélopharynx dans les dysarthries correspond essentiellement à deux mécanismes : soit à une ouverture constante du voile du palais, soit à une ouverture intermittente et inappropriée.

Le traitement de dysfonctionnements légers et modérés est souvent efficace. Ainsi, quelques dysarthriques parlent avec la bouche peu ouverte, ce qui entraîne plus d'air à travers le vélopharynx.

Des exercices mettant l'accent sur une plus grande ouverture de la mâchoire et sur des mouvements plus importants de la langue et des lèvres peuvent atténuer ces dysfonctionnements.

Le principal mouvement recherché est l'élévation du voile, pour cela on peut :

- Encourager le patient à bailler ; ce qui facilite l'élévation du voile.
- Faire **répéter une série de consonnes nasales, d'occlusives sonores et de voyelles** :
Exemple: /mba: mba: mba:/
 /nda: nda: nda:/
 /nga: nga: nga:/
- **Gonfler les joues** : le patient doit inspirer profondément puis tenir ses lèvres jointes et gonfler les joues en maintenant cette position quelques secondes avant de relâcher la respiration (pincer les narines si cela peut l'aider à éviter une émission nasale).
- **Pour faciliter la coordination des mouvements palato-pharyngés** nécessaires pendant la parole, il est important de conserver la progression suivante dans l'utilisation des phonèmes :
 - 1 - Réaliser des consonnes explosives orales sonores, labiales, alvéolaires puis vélares, suivies par une voyelle.
Exemple : /ba da, ga/
 - 2- Réaliser des fricatives orales suivies par une voyelle
Exemple :/fa, sa, a/
 - 3- Réaliser des alternances de consonnes orales et nasales dans des logatomes puis des mots monosyllabiques.
Exemple : /ba, ma ; ma, ba/
 mé, pa ; moi, bon
 mon, pon ; mon, bon
 non, son ; moi, soi
 - 4- Réaliser des groupes contenant des sons oraux et nasaux dans des syllabes ou des mots.
Exemple : / sma, smi smo/
 snack, snob
 asthme, isthme

2.4 Diadococinésies

La vitesse du mouvement des articulateurs tient une place importante dans la précision de l'articulation et de l'intelligibilité.

Les exercices de diadococinésie représentent une partie importante du travail précoce sur l'articulation.

Il est conseillé de faire ces exercices tout d'abord sans phonation (uniquement les mouvements des articulateurs) puis avec phonation (répétition de logatomes).

- **La mâchoire** : faire réaliser au patient des mouvements alternatifs de fermeture et d'ouverture de bouche.
- **Les lèvres** : par réalisation de mouvements alternatifs de projection et d'étirement.
- **La langue**, le patient peut réaliser :
 - Des mouvements alternatifs de protrusion et de rétraction.

- Des mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement du bout de la langue à l'intérieur de la bouche.
 - Des mouvements alternatifs latéraux.
- **Avec phonation**, le patient peut répéter des voyelles ou des syllabes mobilisant des points d'articulation opposés :
 Exemples : /u-i; u-i; u-i.../
 / kala ; kala ; kala ... //laka ; laka .../
 / teke ;teke ;teke ... //kete ; kete ;kete.../
 / peteke ;peteke ... //bedege ; bedege ... /

Ces exercices sont à répéter aussi rapidement que possible en indiquant, soit un nombre de répétition soit un temps limité.

2.5 L'articulation

En général, les patients ataxiques sont capables de produire tous les sons de manière isolée, avec une amplitude et une précision des articulateurs plus ou moins adéquates. Cependant la précision articulatoire peut se dégrader dans des mots plus longs, des phrases ou une conversation. L'orthophoniste peut alors proposer les conseils suivants :

- Encourager le patient à **ralentir lorsqu'il lit à voix haute ou lors de la conversation**. Ceci va lui donner plus de temps pour compléter les mouvements articulatoires nécessaires pour chaque son.
- Pour aider au **contrôle du débit** et donc de l'articulation lors d'une parole continue, on peut donner au patient un court passage de prose à lire à voix haute. Le passage doit être découpé clairement en phrases et on recommandera au patient de lire jusqu'à la fin de la ligne puis de s'arrêter, de respirer si nécessaire, puis de continuer à lire jusqu'à la prochaine coupure.

2.6 Intelligibilité et débit

2.6.1. L'intelligibilité

L'intelligibilité représente non seulement un indice de la sévérité de la dysarthrie, mais reflète également l'intégration et la coordination de tous les autres processus impliqués dans la parole (en particulier la respiration, la phonation et l'articulation) . Elle dépend aussi du rythme, de l'accentuation et de l'intonation. Le contrôle du débit doit être de façon concomitante à la prise en charge de l'intelligibilité.

Lorsque l'intelligibilité est mauvaise, elle constitue l'objectif essentiel de la rééducation. On peut alors demander au patient de **lire**, de manière indirecte d'abord puis de manière directe, à haute voix des phrases de longueur croissante, puis des textes courts. Il peut également **décrire** une scène (photo. dessin), une histoire séquentielle illustrée, une méthode étape par étape (recette de cuisine ...).

L'orthophoniste peut enregistrer les productions du patient, puis le laisser écouter les enregistrements plus tard afin d'avoir un feed-back lui permettant d'apprécier et de discuter son niveau d'intelligibilité.

D'autre part, l'orthophoniste peut choisir d'écrire ce qu'il entend lorsque le patient lit ou décrit, puis donner au patient les informations perçues pour vérification.

Une des tâches les plus difficiles pour tester l'intelligibilité de la parole du patient est l'utilisation du téléphone.

S'il a atteint une bonne intelligibilité dans les situations de communication en face à face, on peut lui proposer l'utilisation du téléphone de façon progressive : il pourra appeler lui-même l'orthophoniste pour obtenir un rendez-vous, avoir un court entretien téléphonique avec ses proches puis téléphoner pour obtenir une information au cinéma, à la gare, à la mairie etc...

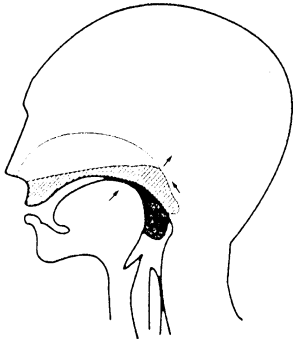
2.6.2 Le débit

Le contrôle du débit permet d'obtenir une bonne intelligibilité de la parole. Yorkston et Beukelman considèrent que le débit et l'intelligibilité sont si étroitement liés qu'ils déclarent, dans leur programme thérapeutique que « le contrôle du débit comme moyen d'augmenter l'intelligibilité de la parole constitue un objectif précoce pour tous les sujets ».

Dans la dysarthrie ataxique, le débit est lent en raison des difficultés à coordonner les muscles moteurs de la parole à la vitesse normale. Dans ce cas, il est souvent préférable de permettre au patient de garder un débit lent afin qu'un effet d'accélération ne risque pas d'interférer avec l'intelligibilité et la précision articulatoire. C'est seulement très progressivement qu'il faut encourager le patient à essayer d'accélérer sa parole un petit peu dans des phrases en utilisant des pauses à des moments appropriés pour se reposer et reprendre son souffle.

D - Prise en charge de la dysphagie

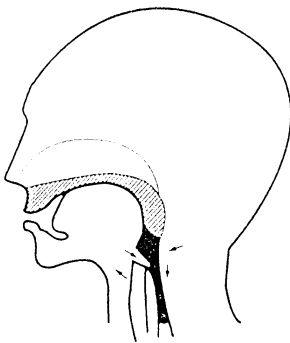
1. Rappel des différentes phases de la déglutition normale



Préparation orale

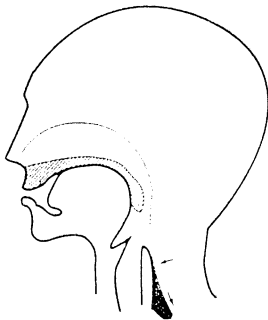
Les aliments sont introduits dans la bouche. Ils sont mastiqués, humidifiés par la salive et comprimés contre le palais osseux pour former un bol alimentaire.

La langue pousse alors ce bol alimentaire vers l'arrière du pharynx.



Phase pharyngée

La présence du bol alimentaire à l'ouverture du pharynx déclenche le réflexe de déglutition. Celui-ci fait passer le bol à travers la gorge jusqu'au sphincter situé au-dessus de l'oesophage. Le larynx se ferme pour empêcher les aliments de pénétrer dans les poumons. Les muscles pharyngés se contractent, poussant ainsi le bol alimentaire dans l'oesophage.



Phase oesophagienne

L'association des mouvements péristaltiques oesophagiens et de la gravité fait passer le bol alimentaire à travers le sphincter oesophagien jusque dans l'estomac

2. Signes d'alerte des troubles de la déglutition

<i>Phase orale préparatoire</i>	<ul style="list-style-type: none">• Fermeture incomplète de la bouche• Mauvais Contrôle de la langue• Bavage• Faiblesse des muscles faciaux	<ul style="list-style-type: none">• incapacité à boire en utilisant une tasse• Incapacité à mastiquer• Intolérance à certaines textures d'aliments
<i>Phase Orale</i>	<ul style="list-style-type: none">• Stase dans la cavité buccale• Amoncellement des aliments dans les joues• Allongement du temps pendant lequel les aliments restent dans la bouche	<ul style="list-style-type: none">• Mastication excessive• Difficulté à initier la déglutition
<i>Phase pharyngée</i>	<ul style="list-style-type: none">• Réflexe pharyngé excessif ou absent• Congestion• Sensation d'aliments "coincés" dans la gorge• Difficulté respiratoire ou toux lors de l'ingestion d'aliments ou de boissons• Nécessité de déglutir plusieurs fois pour faire passer un seul bol alimentaire	<ul style="list-style-type: none">• Douleurs ou gêne lors de la déglutition• Respiration audible• Voix mouillée• Mots mal articulés• Passage d'aliments ou de salive dans les voies respiratoires
<i>Phase oesophagienn e</i>	<ul style="list-style-type: none">• Vomissement• Régurgitation	<ul style="list-style-type: none">• Reflux• Reflux nasal
<i>Autres symptômes</i>	<ul style="list-style-type: none">• Diminution des sensations buccales• Aversion Inexpliquée pour les aliments• Diminution inexpliquée des apports alimentaires• Refus de s'alimenter	<ul style="list-style-type: none">• Amaigrissement• Anorexie• Dénutrition• Déshydratation• Pneumonies à répétition

3. Prise en charge de la dysphagie

Chez certains patients ataxiques, nous avons pu relever des troubles de la déglutition. Ces difficultés sont souvent génératrices d'anxiété et peuvent entraîner, parfois, une peur de s'alimenter. C'est pourquoi il est nécessaire de mettre en place une prise en charge multidisciplinaire :

Un Orthophoniste
Qui déterminera

- la nature du problème
- s'il existe des fausses routes
- la texture d'aliments qui convient
- la meilleure position pour le patient

Un diététicien
Qui évaluera

- le mode alimentaire du patient
- l'apport d'aliments avec une texture adéquate

Les troubles de déglutition sont essentiellement de type **fausses-routes** et concernent donc la **phase pharyngée**.

Les fausses routes peuvent arriver à n'importe quel moment, que se soit avec des liquides, des solides ou même avec la salive.

4. Les conseils

4.1 Les postures

- La position du corps lors du repas est importante. Il faut être en position assise, le dos droit
- la position de la tête joue également un rôle, le but est de protéger les voies aériennes en baissant la tête sur le sternum à chaque déglutition.

4.2 Les textures

4.2.1 Les liquides

Les fausses routes sont souvent plus fréquentes aux liquides car la vitesse de passage est plus rapide qu'avec les solides et la toux reste inefficace.

On préconise alors de boire par petites gorgées, de préférer des boissons gazeuses et fraîches qui stimulent la déglutition. D'épaissir les liquides à l'aide d'une poudre épaississante ou de choisir des boissons déjà épaisses telles que les nectars de fruits, yaourts à boire, etc...

Il faudra choisir un verre à large bord, afin que le nez puisse rentrer dans le verre. Proscrire le fait de boire à la bouteille, la tête alors en hyper extension favorise la fausse route en ouvrant le larynx et les voies aériennes.

4.2.2 Les solides

Afin de permettre une propulsion plus facile, il est préférable de prendre des aliments «mous» ou «ensaucés», d'ajouter des corps gras (crème, mayonnaise) qui feront office de lubrifiants et faciliteront ainsi le passage. Les textures sèches (miettes de biscottes, semoule, grains de riz) ainsi que les textures filandreuses (salades, poireaux, légumes ou fruits à peau) seront à éviter.

Fig : Manoeuvre de Heimlich, différents modes d'exécution

Il peut être utile de connaître la manoeuvre de Heimlich qui permet de faire ressortir l'aliment solide qui stagne dans les voies respiratoires. Eviter selon l'idée reçue, de taper dans le dos de la personne qui fait une fausse route. Ce geste ferait descendre l'aliment plus bas dans les poumons !

5. Conclusion

La dysphagie est un problème qu'il ne faut pas minimiser. Il exige de la part du patient une **concentration particulière** en prenant ses repas dans le calme et en respectant les conseils de postures.

Fig. : Manoeuvre de Heimlich, différents modes d'exécution

Le principe est d'exercer une forte pression de haut en bas sur la région épigastrique afin de chasser violemment l'air intrathoracique et d'entraîner ainsi l'expulsion d'un corps étranger trachéal ou laryngé.

