

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique
Université d'Oran 2
Mohamed Ben Ahmed
Faculté des Sciences Sociales
Département de Psychologie
et d'Orthophonie



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة وهران 2 - محمد بن أحمد
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس والأرطوفونيا

محاضرات مادة: الحبسة وأساليب التكفل

مطبوعة بيداغوجية
موجهة لطلبة السنة الثالثة ليسانس أرطوفونيا

إعداد
د. أجد محمد عربي
أستاذ محاضر - ب -

رئيس المجلس العلمي	رئيس اللجنة العلمية

السنة الجامعية: 2021 - 2022

قائمة محتويات المطبوعة

- أولاً: معلومات عامة حول مادة الحبسة وأساليب التكفل.....03
- ثانياً: المكتسبات القبلية لمادة الحبسة وأساليب التكفل.....04
- ثالثاً: الأهداف العامة والخاصة للمادة.....04
- رابعاً: أساليب تقييم أنشطة التعلم.....05
- خامساً: الأهداف الخاصة لمحاضرات الحبسة وأساليب التكفل وفق النشاطات البيداغوجية وأهميتها...06
- سادساً: الخريطة الذهنية لمادة الحبسة وأساليب التكفل.....08
- سابعاً: محاضرات الحبسة وأساليب التكفل
- المحاضرة الأولى: المعالم التاريخية لتطور الأبحاث حول الحبسة.....09
- المحاضرة الثانية: المفاهيم الأساسية الأولية.....12
- المحاضرة الثالثة: التنظيم اللساني العصبي للغة.....17
- المحاضرة الرابعة: أنواع الحبسة وتصنيفاتها19
- المحاضرة الخامسة: أسباب الحبسة.....29
- المحاضرة السادسة: التقييم في علم الحبسة وخصائصه.....32
- المحاضرة السابعة: عناصر تاريخ الحالة وأهدافها في علم الحبسة.....37
- المحاضرة الثامنة: التدخلات العلاجية في علم الحبسة.....39
- ثامناً: قائمة مراجع مادة الحبسة وأساليب التكفل.....45

معلومات عامة حول المادة

جامعة وهران 2 محمد بن أحمد	الجامعة
العلوم الاجتماعية	الكلية
علم النفس والأرطوفونيا	القسم
الأرطوفونيا	الشعبة
طلبة السنة الثالثة ليسانس أرطوفونيا	الفئة المستهدفة
الخامس	السداسي
الحبسة وأساليب التكفل	المادة
وحدة تعليمية أساسية	نوع الوحدة التعليمية
5	الأرصدة
2	المعامل
	المدة
يوم الأربعاء من الساعة 10 إلى 11 سا 30 دقيقة	التوقيت
د. أجد محمد عربي (أستاذ محاضر بأرطوفونيا)	الأستاذ المحاضر
adjed.mohammed@univ-oran2.dz	عنوان البريد الإلكتروني المهني
03 سنوات متتابة	خبرة سنوات تدريس نفس المادة

المكتسبات القبلية للمادة

يرتكز تحكم الطالب لهذه المادة على مجموعة من المكتسبات القبلية الضرورية كمعارفه السابقة الخاصة بمادتي اللسانيات والصوتيات والفونولوجيا التي تساهما بقدر كبير في فهم مستويات الاضطرابات اللغوية عند الحبسي وشرح ميكانيزمات الاضطرابات النفسية اللغوية والمعرفية. كما يستند الطالب إلى معارفه القبلية الخاصة بتشريح الجهاز العصبي و مكونات المخ و الأسس العصبية للغة ومختلف النشاطات المعرفية. إضافة إلى المعارف القبلية الخاصة بالتوجهات المذهبية لعلم النفس العام التي تُفيد الطالب في فهم المقاربات العلاجية واستيعاب مبادئها و تقنياتها المناسبة الموجهة للحالات الحُسية.

أهداف تعلم مادة الحبسة وأساليب التكفل

الهدف العام لمادة الحبسة وأساليب التكفل هو " تحقيق الطالب تصور شامل عن مسار وخطوات التكفل العلاجي بداية من التشخيص الدقيق لإضطراب الحبسة وصولاً إلى تقييم و بناء البرامج العلاجية الموجهة للحالات التي تعاني من اضطراب الحبسة". ولبلوغ هذا الهدف العام المركب ينبغي تحقيق مجموعة من الأهداف البيداغوجية الفرعية الخاصة:

تتمثل النتائج في مجموعة من النشاطات الفكرية و المعرفية (*intellectuelles*) المتخصصة والنشاطات الأدائية (*pratiques*) التي تُدعم أكثر في حصص الأعمال الموجهة و التريصات الميدانية الأسبوعية:

- ◀ التعرف على مختلف أنواع الحبسة و أعراضها اللغوية المرضية
- ◀ التمييز بين الاضطرابات المتشابهة كالبرافازيا الفونيمية و البرافازيا الصرفية اللفظية
- ◀ التمييز بين عرض إختراع الكلمات (*néologisme*) و البرافازيا الفونيمية (*phonémique*)
- ◀ التمييز بين السيولة اللفظية و الاختزال اللفظي بين أنواع الحبسة (الطلايقة/غير الطليقة)
- ◀ التمييز بين أنواع الحبسة حسب المقاربة التشريحية العيادية
- ◀ التعرف و التحكم في خطوات جمع المعطيات العيادية للحالات (السوابق التاريخية و محاورها)
- ◀ التعرف على مختلف الاختبارات اللغوية الموجهة للحالات في الوسط الاستشفائي
- ◀ تمييز المهارات العيادية في المقابلة العيادية (الملاحظة، جمع الوثائق الطبية الضرورية، الإنصات...)
- ◀ القدرة على تحليل نتائج الاختبارات اللغوية المُطبقة على الحالات وفق أنواع البنود
- ◀ القدرة على التركيب بين النتائج و استخراج نوع الملمح العيادي للحالة
- ◀ القدرة على تفسير نتائج الحالة بالرجوع إلى المعطيات و النماذج النظرية المفسرة للحبسة
- ◀ التعرف على مختلف المدارس و النماذج النظرية العلاجية لإضطراب الحبسة

◀ فهم مبادئ إعداد البرامج العلاجية حسب المعطيات العيادية للحالة من خلال مسلمات المدارس العلاجية و القدرة على تفسير نتائج البرامج العلاجية وفق الأهداف قريبة المدى و البعيدة. كل هذه المهارات و القدرات الفكرية هي مكتسبات ضرورية و تمهيدية للأعمال المهنية (*professional*) في الوسط الإستشفائي، تحتاج التدعيم من خلال التبرصات الميدانية الأسبوعية التي يقوم بها الطالب خلال السداسي الخامس و السادس، كل هذا لتحقيق التكامل القاعدي بين المعرفة المتخصصة (*le savoir*) و معرفة الأداء (*le savoir faire*) و معرفة (*savoir dire*) لبلوغ الطالب لاحقا هويته المهنية (*savoir être*). فعلم الأرتوفونيا هو علمي تطبيقي أساسا يفرض التحكم في الرصيد المعرفي و استعماله في الوسط الإستشفائي.

أساليب تقييم أنشطة التعلم

يتم تقييم تعلم المحاور البيداغوجية للمادة من خلال امتحان سداسي نهائي خاص بالمحاضرات الذي يكون عبارة استبيان متعدد الاختيارات (QCM) وأسئلة مفتوحة تشمل تقييم الكفاءات المبيّنة أعلاه والتي تتوزع على ثلاثة محاور: المعرفة النظرية؛ معرفة الأداء ومعرفة القول أيضا. كما يمكن أن يأتي الامتحان على شكل سؤال مفتوح خاص بدراسة حالة يترك المجال للطالب التعبير عن قدراته في التحليل (*L'analyse*) والتركيب (*la sythèse*) و التخطيط (*la planification*) في صياغة الإجابة وفق تدرج منهجي ومنطقي وتقييمها وفق سلم تنقيط نموذجي يشمل بالتفصيل كامل العناصر المتطرق إليها في الامتحان المكتوب. هذا ويشكل التنسيق مع أستاذ الأعمال الموجهة (الذي يضمن المراقبة المستمرة والتقييم) عاملا مهما في طرح نوع امتحان المحاضرات وتحديد عناصره الأساسية.

جدول رقم () : الأهداف الخاصة لمحاضرات الحبسة وأساليب التكفل وفق النشاطات المرتقبة وأهميتها

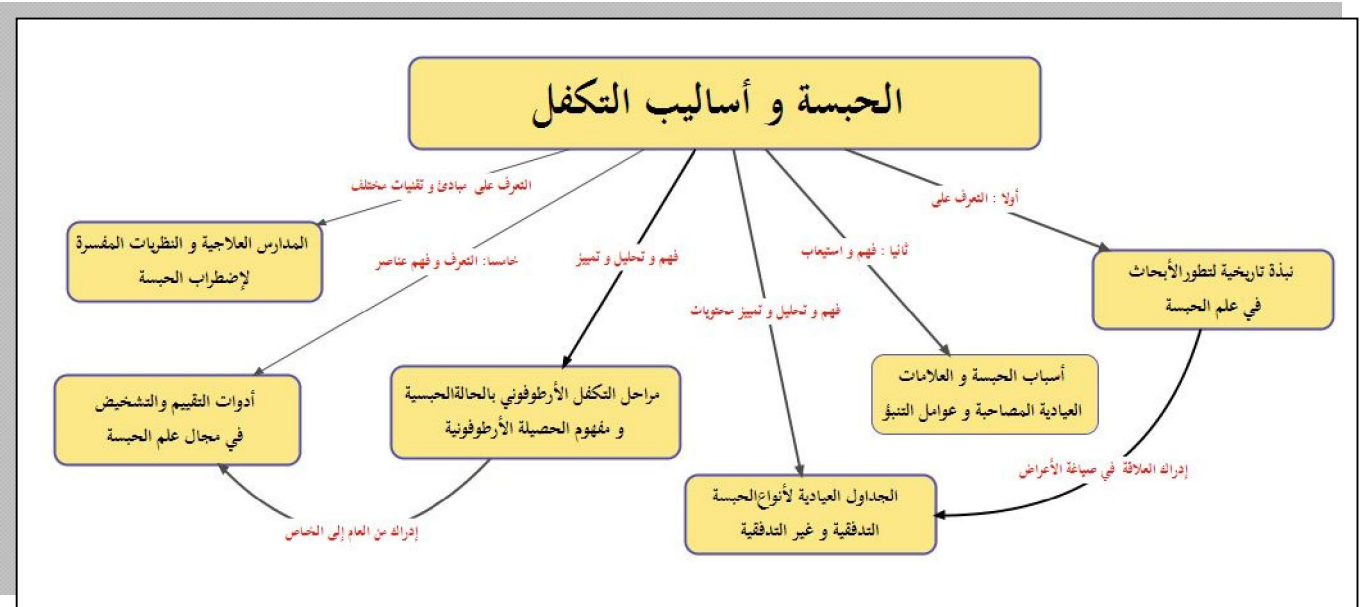
رقم الهدف	الأهداف الخاصة	النشاطات المرتقبة	أهمية النشاط
1	التعرف على المفاهيم الأساسية ومسار تطور الأبحاث في علم الحبسة	يربط الطالب بين الأحداث العلمية وتواريخها وأسماء الرواد والباحثين الأوائل الذين اهتموا بالحبسة مع التحكم في الترتيب الزمني (QCU)؛ (QCM)؛....	إدراك الطالب لمصدر المصطلحات المتخصصة وظروف نشأتها ورواد التوجهات الفكرية في علم الحبسة
2	التعرف على المفاهيم القبليّة الأولى في علم الحبسة	يميز الطالب بين مختلف المفاهيم القبليّة الضرورية والتي تعكس أبعاد عيادية إجرائية (QCM)؛ (QCU)؛....	تعتبر بمثابة مكتسبات قبليّة للمحتوى البيداغوجي الخاص بالجدول العيادية المرضية
3	التحكم في مستويات التنظيم اللساني العصبي للغة	يميز ويتحكم الطالب في مختلف مستويات التمثيل وألنطق الثلاثة للغة والكلام في ضوء اللسانيات (QCM)؛ (QCU)؛.....	تمثل قاعدة نظرية أساسية لتصنيف اضطرابات الحبسة وللتحكم في اختبارات الحبسة
4	مراجعة الأسس العصبية لمعالجة اللغة	يستحضر الطالب ما تعلمه في مقياس تشريح الجهاز العصبي حول المناطق العصبية والوظيفية للغة (QCM)؛ (QCU)؛.....	تمهد الطالب لاستيعاب محاضرة أنواع الحبسة من الأبعاد التشريحية والعيادية
5	التعرف على أنواع الحبسة وفهم تصنيفاتها	يتعرف الطالب ويميز بين أنواع الحبسة وفق خصائصها اللسانية العيادية والنفسية العصبية (QCM)؛ (QCU)؛.....	تحديد أهم الفوارق الجوهرية بين أنواع الحبسة تمهيدا للتعرف على عمليتي التقييم والتشخيص الأروطوفونيين
6	التعرف على أسباب الحبسة وقيمتها التشخيص الفارقي في علم الحبسة	يصنف الطالب أسباب الحبسة ويربطها بأنواع الحبسة مع إدراكه لقيمة التشخيص الفارقي (QCM)؛ (QCU)؛.....	فهم العلاقة بين الأسباب ونتائجها اللغوية والنفسية العصبية
7	التعرف على الاضطرابات المصاحبة للحبسة	يفرق الطالب بين الاضطرابات التي ترجع للحبسة مباشرة والاضطرابات التي يمكن أن تصاحبها (QCM)؛ (QCU)؛.....	فهم العلاقة العيادية بين أعراض الحبسة والاضطرابات المصاحبة لها

رقم الهدف	الأهداف الخاصة	النشاطات المرتقبة	أهمية النشاط
8	التعرف على عوامل التنبؤ بتطور حالة الحبسة والتمييز بين أنواعها	يتعرف الطالب ويميز بين مختلف عوامل التنبؤ التي يعتمد عليها في اكتشاف تطور الحالة العيادية (QCU)؛(QCM)؛....	إدراك الطالب لمصدر المصطلحات المتخصصة وظروف نشأتها ورواد التوجهات الفكرية في علم الحبسة
9	تمييز التقييم الجيد وخصائصه وأهدافه في علم الحبسة في ضوء التكفل الشامل للحبسة	التعرف على خصائص التقييم الجيد والتمييز بينها (QCU)؛(QCM)؛....	تمكين الطالب من تمييز التقييم الجيد تمهيدا للتطرق إلى أساليب التكفل العيادية والعلاجية
10	فهم جمع عناصر تاريخ الحالة (Anamnèse) وأهدافها في علم الحبسة	استحضار الطالب للمحاور الأساسية في معالجة المعطيات التاريخية للحالة (QCU)؛(QCM)؛....	توفير للطالب أداة عيادية وتصوير عيادي شامل حول أسلوب جمع المعطيات الأوليل للحالة المصابة بالحبسة
11	استيعاب محاور فحص لغة الحالة المصابة بالحبسة	فهم الطالب وتمييزه بين محاور الفحص العيادي للغة الحالة المصابة بالحبسة (QCU)؛(QCM)؛....	تمهيد الطالب لاستيعاب أدوات الفحص الأطفونني الخاصة بالحبسة ومحاولة بنائه لأدوات تقييمية مناسبة
12	أدوات الفحص والقياس في علم الحبسة	يتعرف الطالب على محتويات أدوات الفحص وعلى أساليب تبويب النتائج واستخراج الملحق الحبسي	تشخيص اضطرابات الحبسة والتحكم في قراءة الملحق العيادي الحبسي والاعتماد عليه في بناء برنامج علاجي مناسب للحالة
13	أهداف العلاج ومبادئه في علم الحبسة	يميز الطالب بين أنواع الأهداف ويستوعب المبادئ الأساسية للتكفل بالحبسة	يسمح تمييز مبادئ العلاج من إدراك أهم العوامل التي تساهم في عملية الاسترجاع اللغوي
14	المقاربات العلاجية ومبادئ التدخل العلاجي	يستوعب الطالب مبدأ كل مقاربة ويتعرف على روادها ونظرتهم حول التكفل بالحبسة	إدراك الخلفية النظرية والأسس العلمية للبناء الإجرائي لمختلف البرامج وتبني الأساليب العلاجية
15	أساليب التدخل العلاجي الأساسية في علم الحبسة	يتعرف الطالب على أنواع أساليب التكفل في ضوء المقاربات العلاجية	تعريف الطالب بأهم التقنيات والأساليب الإجرائية في مجال التدخل العلاجي
16	توظيف نماذج المعالجة المعرفية للمعلومة في مجال الحبسة	يتعرف الطالب على أنواع النماذج المعتمدة لتحليل مسار علاج المعلومة اللغوية في مجال الحبسة	تطبيق النماذج في تفسير اضطرابات الحبسة

تقديم مقياس الحبسة وأساليب التكفل

يُعتبر اضطراب الحبسة (Aphasie) من أهم الاضطرابات اللغوية التي تواجه معالج أمراض الكلام واللغة (SLP) في مصالحي طب الأعصاب وغيرها من المصالح الإستشفائية، فمحتوى هذه الوحدة يمكن الطالب عبر نظام التعلم على المعرفة النظرية الضرورية (le savoir) المتمثلة في الجداول السيميولوجية لأنواع الحبسة والمظاهر اللغوية المرصية بين حبسة بروكا وحبسة فريكي وحبسة التوصيلية وغيرها من التصنيفات المختلفة. ينقسم محتوى المحاضرات إلى ثلاثة محاور أو أجزاء أساسية، يتعلق الأول بتمهيد الطالب عبر التحديد المفاهيمي القبلي الضروري وتمكينه من التعرف على الحقل الدلالي للاضطراب. ويتحقق هذا من خلال المكتسبات القبلية في مقياسي اللسانيات وتشريح الجهاز العصبي، إضافة إلى علم النفس المعرفي. ليأتي الجزء الثاني مُقدِّماً مختلف أنواع الحبسة من حيث جداولها العيادية من الناحية اللغوية والمعرفية. وصولاً إلى الجزء الثالث الذي يُعرض فيه الاختبارات التقييمية لدى المفحوص وأسس بناء البرامج العلاجية اعتماداً على النماذج النظرية (السلوكية؛ المعرفية؛ النفسية؛ البرغماتية أو التداولية؛ والإمبريقية). و ينحصر موضوع هذه الوثيقة البيداغوجية في موضوع المدارس العلاجية الخاصة باضطراب الحبسة كإستمرار لما جاء سابقاً في السداسي الأول والسداسي الثاني.

خريطة ذهنية للمحاور الأساسية لوحدة الحبسة و أساليب التكفل



المحاضرة الأولى

المعالم التاريخية لتطور الأبحاث حول الحبسة

تعرف الحبسة حسب Trousseau (1864) على أنها اضطراب في وضع اللغة و يمس الترميز (الجانب التعبيري) و/أو فك الترميز (جانب الفهم). و يمكن أن يتعلق باللغة الشفهية و/أو المكتوبة. لا يعود سبب اضطراب الحبسة إلى حالة الخرف أو لإصابة حسية أو لمشكل عسر التوظيف الحركي الحلقى الحنجري، بل هو مرتبط أساسا بإصابة دماغية مكتسبة متمركزة أو منتشرة، تكون غالبا في المنطقة الجبهية، الجدارية و/أو الصدغية من نصف الكرة المخية الأيسر، و يكون السبب أساسا وعائى (Vasculaire)، صدمي (Traumatique) أو ورمي (Tumorale). هناك العديد من أنواع الحبسة والعديد من التصنيفات العيادية المقترحة لها، فمن الأكثر شيوعا نذكر: حبسة بروكا، حبسة فرنيكي، الحبسة التوصيلية، الحبسة النسيانية، الحبسة بين اللحائية الحركية، الحبسة بين اللحائية الحسية، الأثرثريا الخالصة (Anarthrie pure) (Brin-Henry, 2018, p 27). ويمكن عرض أهم المحطات التاريخية لتطور الأبحاث اعتمادا على عرض Viader وآخرون (2002) في العناصر التالية:

- 1861: يوم 18 أفريل قدم الجراح "بول بروكا" لجمعية الانثروبولوجيا لباريس مخ إنسان عمره 51 سنة يدعى Leborgne توفي بمصلحته أين كان يتلقى المتابعة منذ 20 سنة بعد فقدانه للغة و التي كانت مختزلة فقط في مقطع TAN بالرغم أن فهمه للكلام كان مقبولا. فقد وصف بروكا نوعا من الإصابة على مستوى نصف الكرة المخية الأيسر بالتحديد على مستوى الفص الجبهي. فقد بيّن أن سبب الحبسة هو إصابة التلفيف الجبهي الثالث الأيسر. وقد تمّ تأكيد لاحقا هذا الوصف التشريحي سنة 1984 من طرف Signoret وآخرون و هذا من خلال الفحص الطبي التصويري لمخ نفس الحالة Leborgne و الذي بيّن الإصابة على مستوى النواة المرمزة و الجزء الأمامي للنواة العدسية، في حين كانت باحة فرنيكي و التلفيف سوبرامارجيناليس (Gurus Supramarginalis).
- 1868: خلال هذه السنة، لاحظ بروكا العديد من الحالات التشريحية القريبة و المشابهة لحالة Leborgne ليكتب حول اكتشافه "أن ممارسة ملكة اللغة المنطوقة مرتبطة بسلامة نصف الجزء الخلفي أو ثلث الجزء الخلفي فقط للتلفيف الجبهي الثالث من نصف الكرة المخية الأيسر.

- 1874: كارل فيرنيكي يصف أنواع أخرى من الحبسة و التي تأخذ الآن اسمه أو الحبسة الحسية الناجمة عن إصابة صدغية من نصف الكرة المخية الأيسر، الحبسة الحركية (بروكا) و الحبسة التوصيلية.
- 1885: ليشدام ينشر في مجلة Brain وصف مميّز لسبعة 07 أنواع من الحبسة: الحبسات اللحائية الحركية (بروكا) و اللحائية الحسية (فرنيكي)، الحبسة التوصيلية، الحبسات بين اللحائية الحركية والحسية، الحبسات تحت اللحائية الحركية و الحسية.
- 1891: فرويد في دراسة مشهورة ينكر وجود مراكز خاصة للغة: المنطقة اللحائية للغة هي عبارة عن منطقة مستمرة للحاء المخي الأيسر، فتصور الكلمة يستثير العديد من الترابطات : البصرية، اللمسية، السمعية. كما وصف فرويد عرض جديد متمثل في فقدان التعرف المعرفي (Agnosie).
- 1906: بيار ماري ينشر دراسة بعنوان : مراجعة مسألة الحبسة: "التلفيف الثالث الجبهي الأيسر لايلعب أي دور خاص في وظيفة اللغة" مبينا فيها أن حبسة بروكا ما هي إلا مجرد إضافة لحبسة فرنيكي و الأناثريا (Anarthrie). فهذه الأخيرة ناجمة عن إصابة على مستوى الرباعي الذي يشمل الأنوية الرمادية المركزية و المحفظة الداخلية (La capsule interne).
- 1908: ديجرين بمقابل بيار ماري، بقي وفيًا لرؤية بروكا. ففي 1892 وصف فقدان القراءة (Alexie) بدون فقدان الكتابة (Agraphie) ليفتح المجال للرؤية الترابطية (Associationniste) للحبسة.
- 1915: بقي جاكسون متحفظ حول مسألة تمركز المناطق العصبية للغة. فحسب رأيه يمكن أن تتوقف اللغة الإيحائية (*propositionnel*) على نصف الكرة المخية الأيسر لكن اللغة الآلية (*automatique*) مرتبط بنصف الكرة المخية الأيمن.
- 1928: شارل فوا يُعد العلاقات التشريحية العيادية (*anatomocliniques*) بين موضع الاصابة الدماغية و نوع الحبسة.
- 1933: كورت قولدشطين يؤيد النظرة الشاملة للحبسة، فهي ناجمة عن اضطراب التنظيم الوظيفي للمخ.
- 1939: ألاجوانين يفتح المجال لمساهمة الأبحاث اللسانية من خلال كتابه "التفكك النطقي في الحبسة (*La Désintégration phonétique dans l'aphasie*) و هو ثمار ملاحظاته. إذ رجع فيه إلى مبدأ Baillarger-Jackson لإبراز التفكك الآلي الإرادي (*Dissociation automaticovolontaire*) في

- الحُبة. و بالتعاون مع François Lhermitte و Blanche Ducarne أسس بمستشفى سالبيتريال (Salpêtrière) أول مركز لتأهيل اللغة.
- 1964: Alexandre Luria يصيغ أول تصنيف عصبي لساني (Neurolinguistique) لأنواع الحسنة.
- 1965: نورمان جشواند يؤكد في مقالته نشرت بمجلة Brain القيمة الموضوعية و مدى ملاءمة النظريات الترابطية (les théories associationnistes).
- 1975: ظهور تيار جديد متمثل في اللسانيات النفسية العصبية (Neuropsycholinguistique) والتي تهدف أساسا إلى إعداد نظريات علاج المعلومة عند الشخص العادي من خلال تحليل الاضطرابات الحسنة. ففي مرحلة ثانية ، تم استغلال هذه النماذج النظرية و منهجيتها في وصف و فهم الاضطرابات الملاحظة لدى الحالات. لا تهتم هذه المقاربة المعرفية بالروابط التشريحية العيادية ، كما تطورت في نفس الفترة مختلف تقنيات التصوير الطبي و الوظيفي. أشعة X ثم التصوير بالرنين المغناطيسي (IRM) والتي سمحت بالملاحظة الدقيقة للإصابات. إضافة إلى استعمال النشاط اللفظي عند الحالة من خلال (TEP) و (IRMF).
- تحاول الأعمال الحالية إقامة الروابط الموجودة بين النماذج المعرفية و الفحص الوظيفي للمخ. إضافة إلى العمليات الفكرية و التنشيط الدماغية تؤسس صياغة جديدة ديناميكية للمركبات الدماغية. تُستغل هذه المعارف في التكفل و العلاج الذي يُدمج في نفس الوقت المقاربات الإيكولوجية و الدعائم التقنية كالمعلوماتية المصغرة (Micro-informatique).

المحاضرة الثانية

مفاهيم قبلية أولية

- التحولات اللسانية المرضية أو البرافازيا¹ (*Paraphasie*):

تعتبر من أهم المميزات المرضية المصاحبة للحبسة و التي تكمن في إصدار الحالة لكلمة عوض كلمة أخرى، أو صوت عوض صوت آخر. إذ نتكلم عن البرافازيا الفونيمية (*Paraphasie phonémique*) عندما نلاحظ إبدالات، تكرارات أو إضافات أو حذف للفونيمات داخل الكلمات. فإذا كانت الكلمة غير قابلة للتعرف من طرف السامع نتكلم عن اختراع كلمات (*Néologisme*). أما إذا كان الإبدال يُنتج كلمة تنتمي إلى اللغة العربية المستعملة نتكلم عن البرافازيا اللفظية الصرفية (*Paraphasie verbale*). من جهة أخرى، نبيّن أن كثافة حضور البرافازيا في منطوق الحالة يجعلنا نتكلم عن الرطانة الفونيمية (*Jargon Phonémique*). كما نتكلم عن البرافازيا اللفظية أو الدلالية للإشارة إلى الإبدالات الحادثة أكثر على المستوى الدلالي، و نتكلم عن البرافازيا التركيبية (*Paraphasie Syntagmique*) لما تكون التحولات على مستوى الترتيب داخل الجملة أو جزء من الجملة. و عندما نلاحظ حضور كثافة البرافازيا الدلالية في منطوق الحالة نتكلم عن الرطانة الدلالية (Brin-Henry, 2018, p 262).

- فقدان التعرف المعرفي (*Agnosie*)

هو اضطراب عصبي للتعرف على الأشياء، الأشخاص، الأماكن، الأحاسيس، فهو ناجم عن إصابة عصبية لحائية (*Lésion corticale*) بدون خلل في الأعضاء الحسية أو خلل في الذكاء. يوجد العديد من أنواع فقدان التعرف وهذا تبعا للإصابة الحسية (لمسية، سمعية، بصرية أو إدراكية، دلالية...) (Brin-Henry, 2018, p 12).

¹(الاختلاط اللفظي، الاختلاط الدلالي، الاختلاط التركيبي)

- فقدان التعرف المعرفي السمعي (*Agnosie auditive*)

هو اضطراب الإدماج السمعي للمعلومة يمس أساسا فهم المُدركات الحسية الأولية و المسموعة بصفة عادية. فهي ناجمة عن إصابة لحائية مخيية، فقد يمس بشكل خاص ميدان معين (التعرف على أنواع الضجيج، الموسيقى أو الكلمات) أو عام، فهو مسجّل ضمن الاضطرابات الحُسية (Brin-Henry, 2018, p 12).

- فقدان الأداء الحركي (*Apraxie*)

اضطراب عصبي ناجم عن إصابة الفصوص الجدارية و يمس قدرة التحرك الإرادية (*mobilité*) و الذي هو غير ناجم عن إصابة حركية أو حسية و خلل معرفي سابق. إذ نجد هذا الاضطراب غالبا مصاحب للحبسة، ففقدان الحركة يُترجم من خلال عدم القدرة على تحقيق حركات الحياة اليومية في حالة الإصابة الحادة، أو من خلال عدم قدرة إنتاج عناصر مرتبطة بالتحليل البصري الفضائي. و مثل أي نشاط حركي يفرض التنسيق بين حركات أولية و في حالة النشاط المعقد؛ ينبغي أن يكون للفرد مخطط ذهني (*Schéma mental de réalisation*) لإنجاز الفعل في شموليته (Brin-Henry, 2018). إذ يمكن أن يضطرب تحقيق هذا الفعل الحركي على عدة مستويات، و نميّزها كالتالي:

- فقدان الحركة الخاص بالانجاز الفكري الحركي تحت الطلب (*Idéomotrice*):
- فقدان حركة لبس الثياب (*Apraxie de l'habillage*):
- فقدان حركة المشي (*Apraxie de la marche*):
- فقدان الحركة الفمية الوجهية (*Apraxie buccofaciale*):
- فقدان الحركة البنائية في المجال البصري الفضائي (*Apraxie constructive*):

التفكك الآلي الإرادي (*Dissociation automatico-volontaire*)

هو الاحتفاظ النسبي بالسلوكيات الحركية الآلية أو التعبيرات اللغوية الآلية (كتعبيرات اللباقة، القسم، الصلاة، العدّ الحسابي، أيام الأسبوع، أشهر السنة...). لكن عدم القدرة على تحقيقها بطريقة إرادية أو تحت الطلب. و يتمثل هذه الميزة المرضية من أهم المميزات لدى الحبسي.

عرض التفكك النطقي (*Syndrome de désintégration phonétique*)

هو تفكك في الكلام يتميز بثلاثة مظاهر أساسية هي:

- شبه شلل مع ضعف عام في الحركات الفمية التصويتية الذي يؤدي إلى التشوهات النطقية؛
- عسر الانقباض العضلي (*Dystonie*) مع اضطراب في تحقيق المميزات النطقية و هذا ناجم عن المبالغة في النطق (*Exagération*) و عجز عن أداء الحركات النطقية (*Syncinésie*) التي تكون إما شديدة (*Brusques*) أو تقريبية.
- فقدان الحركات الفمية الوجهية الضرورية لإصدار الكلام.

الشلل النصفي (*Hémiplégie*)

هو شلل كلي أو جزئي للنصف الأيسر أو الأيمن من الجسم و يكون ناجم عن إصابة عصبية مركزية بنصف الكرة المخية من الجهة المقابلة (*Controlatéral*). يمكن للشلل النصفي الأيمن أن يُصاحب حبسة كلامية (إصابة نصف الكرة المخية الأيسر أين توجد المراكز العصبية اللغوية).

الاستمرارية اللفظية (*Persévération verbale*)

ميزة عيادية تظهر في الانتاجات الشفهية أو المكتوبة عند بعض الحالات الحبسية التي تفقد المراقبة وأحيانا الوعي بتكرار كلمة أو حتى جملة و التي أنتجت للمرة الأولى في وضعية مناسبة و تظهر لاحقا في وضعيات غير مناسبة. تتميز الاستمرارية اللفظية عن القولية في أنها تظهر من خلال كلمات مختلفة، في حين تخص القولية دائما نفس الكلمة أو الشكل التعبيري (Brin-Henry, 2018)..

القولبية (*Stéréotypie*)

تظهر في حالة الإصابة الوعائية الدماغية التي تُسبب اضطرابات في التواصل و/أو اللغة من النوع الحبسي عند الراشد أو في حالة الاضطرابات العقلية عند الراشد أو الاضطرابات العصبية النمائية، إذ تظهر من خلال الإنتاج المتكرر الانتظامي و الآلي لنفس الانتاجات اللفظية (مقاطع، كلمات، مجموع من الكلمات) في كل محاولة للتعبير اللفظي أو بنفس الحركات من طرف الشخص المصاب. فالقولبية اللفظية مثل ما هو الحال بالنسبة للقولبية الإشارية (*Stéréotypie gestuelle*) ليس لديها معنى له علاقة مع الوضعية الحقيقية للتواصل. تكون غالبا مرفقة بإحساس لغضب أو الرضى أو التفاجؤ (Brin-Henry, 2018).

الكلام التلمحي (*Circonlocution/Périphrase*):

هي طريقة التعبير عن كلمة محددة من خلال مجموعة من الكلمات تكون مترادفة لها. يستعمل الأشخاص المصابين بالحبسة طريقة التلميح (أوما نسميه بالتقريب المعجمي) لتعويض نقص الكلمة الذي يعانون منه، ولمتابعة التخاطب مع الآخر.

العمى الشقي أو النصفي (*hémianopsie*):

ضعف أو فقدان رؤية نصف الحقل البصري في إحدى العينين أومعا. يمكن أن ينقسم الحقل البصري في حالة العمى النصفي إلى جزأين حسب المستوى الأفقي أو العمودي. ينجم هذا المرض عن إصابة عصبية للمسارات البصرية (*voies optiques*) ونميّز فيه نوعين: العمى النصفي الجانبي الهجين أو المتقاطع (*Hémianopsie latérale hétéronyme*) وتكون فيه الإصابة على مستوى كلتا الشبكيّتين الجانبي الأيمن للأولى والجانبي الأيسر للثانية؛ بمعنى المنطقتين الأنفيّتين أو المنطقتين الصدغيّتين؛ فهي تُفقد الرؤية في كلا الحقلين البصريين إما المناطق الأنفية أو المناطق الصدغية، وهي ناجمة عن إصابة عصبية للتصالب البصري (*Chiasma optique*). أما العمى النصفي الجانبي المتجانس (*Hémianopsie latérale homonyme*) يكون فيه فقدان للرؤية لنفس نصف الحقل البصري؛ بمعنى إما الجانبي الأيمن أو الأيسر في كلتا العينين، بمعنى الجانبي الأنفي للعين الأولى والجانبي الصدغي للثانية، وهذا ناجم عن إصابة المسارات البصرية الرجعية (*Rétrochiasmiques*) (Brin-Henry, 2018, p162).

فقدان التعرف المعرفي النصفي للجسم (*Hémiasomatognosie*)

فقدان الوعي بنصف الجسم غالبا الجانبي الأيسر.

عرض التجاهل النصفي (*Syndrome de négligence unilatérale/héminégligence*)

هو اضطراب من نوع فقدان التعرف المعرفي يصيب الإدراك ومعالجة المعلومات المنبثقة من نصف الفضاء (*Hémiespace*) ونصف الجسم (*Hémicorps*) المقابل عند حالة أصيبت بحادث وعائي دماغي. وقد وُصف هذا الاضطراب في حالة الإصابات الدماغية الجدارية اليمينية عند الأشخاص اليمينين (في إطار الإصابة المركزية)، ومع هذا نجد هذا الاضطراب الخاص بالمعالجة الفضائية (الفضاء الجسمي وخارج الجسمي) أيضا عند الحالات التي أصيبت بحادث وعائي دماغي في نصف الكرة المخية الأيسر. ويتجاهل المريض نصف الفضاء المحيط به ويدرك فقط الفضاء الذي يكون من جهة الإصابة الدماغية (مثلا: لا تقدر الحالة التي تعاني من عرض التجاهل النصفي الأيسر على إدراك شخص متواجد من جهتها اليسرى؛ فهي لا تبحث بصريا عن المعلومات الموجودة على يسارها - لا تدير رأسها - ؛ تقرأ فقط الجزء الأيمن للكلمات أو الجمل المكتوبة، وتعتبر كل المتكلمين على يمينها (تجيب عن الأشخاص المتواجدين على يمينها بالرغم من تواجد الشخص الذي طرح السؤال على يسارها؛ وتدرك فقط الجزء الأيمن من الرسم). نجد هذا العرض في حالة الإصابات المنتشرة والحادة ومن بين العلامات التي تصاحبه فقدان التعرف المعرفي لنصف الجسم (*Hémiasomatognosie*)؛ فقدان التعرف على المرض والوعي بأعراضه (*Anosognosie*)؛ اضطرابات في الانتباه واليقظة؛ بعض اضطرابات الفهم والسلوك؛ التدخل الأرتو فوني والتدليك العضلي

والعلاج الوظيفي يسمح بجلب انتباه المريض حول جميع مظاهر المرض والوعي بها. يكون التنبؤ غالباً في هذه الحالة ليس إيجابياً جداً (Brin-Henry, 2018)..

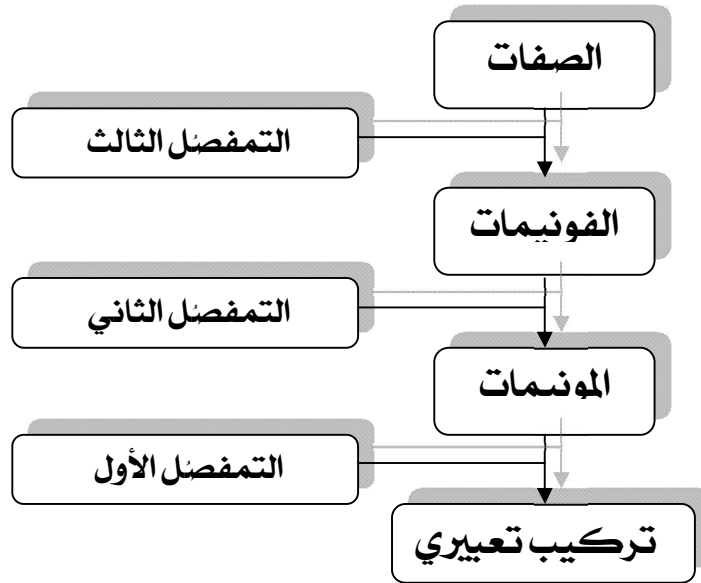
المحاضرة الثالثة

التنظيم اللساني العصبي للغة

يتطلب التحليل الدقيق لاضطرابات اللغة لدى الحالة العيادية الراشدة المصابة دماغيا (cérébro-lésé) لأهداف تشخيصية وعلاجية معرفة جيدة للوحدات اللسانية المكونة للسان المستعمل (اللهجية العربية المحلية) ولمختلف المصطلحات العلمية المتفق عليها لوصف مختلف المستويات المضطربة في معالجة اللغة. كل هذا ينتمي إلى مجال مهمّ وهو اللسانيات العصبية أو علم الأعصاب اللغوي (la neurolinguistique) والتي تشكل مرجعية هامة للعديد من المختصين في الأرتوفونيا لوصف الانحرافات اللغوية الشفهية (Chomel-Guillaume, S et al, 2010, p13-14).

1. الوحدات اللسانية

يضم النموذج اللساني للغة أربعة أنواع من الوحدات اللسانية وثلاثة مستويات للتقطيع أوللتفصل اللساني وهذا لتحقيق الكلام واللغة. وقد اقترح النموذج التالي أسفله من طرف Buysens (1967) والذي وصف فيه نوع التمثيل أو التقطيع من الوحدات البسيطة إلى الوحدات الأكثر تعقيدا.



الشكل رقم 01 : مخطط المستويات الثلاثة للتمفصل وأربعة وحدات لسانية

(Martinet,1967)

- الصفات أو وحدات التمثيل الثالث

هي توافق الحركات الأولية للجهاز الفمي التصويتي. وبالتالي هي حالة محدّدة من حالات الجهاز الفمي التصويتي (مثال: حركة الزفير؛ اهتزاز الأوتار الصوتية؛ انقباض شراع الحنك...إلخ). فالمستوى الثالث

للمفصل أو المستوى النطقي (*Phonétique*) يتمثل في اختيار عدد محدد من الصفات والتركيب بينها حسب قواعد الاتفاق النطقي المستخدم؛ ويؤدي هذا التركيب إلى إنتاج الفونيمات.

- الفونيمات أو وحدات التمثيل الثاني

تعتبر أصغر الوحدات الصوتية ويكون عددها ثابت في المجموعة اللغوية الواحدة (اللهجة الجزائرية العربية 40 وحدة صوتية) وتتسخها الصوتي مرمز من خلال الأبجدية الصوتية العالمية (API). فمستوى التمثيل الثاني هو المستوى الفونولوجي أو الفونيمي (*phonémique*) المتعلق باختيار وترتيب وتركيب الفونيمات وهذا حسب النظام الفونولوجي المستخدم و المتفق عليه؛ ويؤدي هذا إلى تحقيق الفونيمات.

- المونيمات أو وحدات التمثيل الأول

تعتبر أصغر الوحدات الحاملة للمعنى، فهي تحتوي محتوى دلالي والذي نسميه المدلول (*Signifié*) وتعبير دال أو صوتي. وللمونيمات وظيفة نحوية فهي تقسم للعديد من الأنواع:

- 1- المونيمات أو المورفيمات المعجمية (*lexèmes*)؛
 - 2- اللواحق: البوادي؛ الأواخر؛
 - 3- المونيمات النحوية: المونيمات الوظيفية (أدوات الربط؛ حروف الجر؛ الضمائر الشخصية؛ الأسماء الموصولة؛ إلخ)، المؤشرات الصرفية (أوزان الأفعال؛ العناصر اللسانية التي تحيل إلى النوع والعدد)، أداة التعريف وصفة الملكية وأسماء الإشارة والصفة العددية.
- ويسمى مستوى التمثيل الأول بالمستوى الصرفي التركيبي الذي يوافق اختيار وترتيب و تركيب مختلف المونيمات حسب القواعد الصرفية التركيبية ويؤدي هذا إلى إنتاج التعبيرات التركيبية (*des syntagmes*). ويقصد بالتعبير التركيبي مجموعة المونيمات المنظمة حسب القواعد الصرفية التركيبية والحاملة لمعنى محدد. نجد أيضا نفس مستويات التمثيل المذكورة أعلاه في اللغة المكتوبة: الصفات الخطية (*Traits graphiques*) أو وحدات التمثيل الثالث التي تحيل إلى الحركات الأولية اليدوية التي تشكل الحرف (*la lettre*) الذي يعتبر كوحدة التمثيل الثاني. لكن ينبغي في هذا السياق التمييز بين القرافيم (*graphème*) والحرف (*lettre*) فهذا الأخير ليس مقابلا مكتوبا للفونيم؛ إذ يعرف القرافيم كحرف أو مجموعة من الحروف التي توافق فونيم محدد (مثلا في اللغة الفرنسية: تحيل مجموعة من الحروف إلى فونيم واحد (K)=(qu)؛ (f)=(ph) أو مجموعة من القرافيمات تحيل إلى نفس الفونيم (qu)، (c)، (/k/)=(k). كما تشكل المونيمات والتراكيب التعبيرية مقابلا لوحدات التمثيل الشفهي الأول.

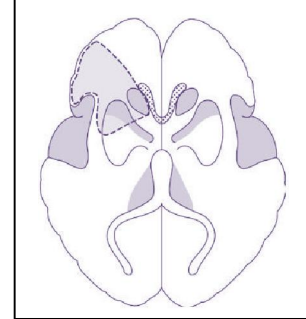
المحاضرة الرابعة

أنواع الحبسة وتصنيفاتها

1. حبسة بروكا (Aphasie de Broca)



حبسة من نوع بروكا
(مقطع جانبي للمخ)



حبسة من نوع بروكا
(مقطع أفقي للمخ)

تسمى حبسة بروكا أيضا بالحبسة الحركية أو الحبسة التعبيرية أو بالحبسة الحركية المحيطية. ويتطلب تشخيصها أساسا علامتين عياديتين هما: أولا: الفقر والاختزال الشديد في التعبير الشفهي، بمعنى أنها حبسة غير طليقة أو غير تدفقية، ثانيا: علامة الاضطرابات النطقية. إذ يكون إصدار الكلام بطيء وغالبا متقطع ومتميز بخلل في إيقاعه ونغمته (dysprosodique)، كما يميّز كلام حسي بروكا مجموعة من أنواع البرافازيا الفونيمية التي تظهر بشكل واضح مع الاسترجاع. يمكن أن تُظهر الحالة نوع من الخرس (mutisme) أو الاكتفاء فقط بالسلوكيات اللفظية القولية (stéréotypie) في إنتاج الكلمات أو الجمل. كما تظهر الحالات الحبسية الحركية تفكك آلي إرادي للغة والذي يبرز من خلال الاحتفاظ بالتعبيرات الآلية (أشهر السنة؛ أيام الأسبوع؛ الأحكام الشعبية...إلخ). يكون التكرار اللغوي لدى الحالات صعبا لكن أحسن من الإنتاج الشفهي التلقائي. وتتكن الحالات من تسمية الأشياء وتحسن في ذلك من خلال الاستفتاح الشفهي (L'Ebauche Orale)، ومن بين أهم المميزات العيادية لحبسة بروكا نتكلم عن عرض نقص الكلمة (Manque de Mot) والذي يكون ثابتا. ويكون نشاط الفهم في مستوى جيد نسبيا في أغلب الحالات، وتكون القراءة المجهورة وفهم المكتوب مضطربين وتمس أكثر الإصابة الجمل مقارنة بالكلمات المعزول (Viader F et al, 2002). يمكن أن تُظهر الحالة قدرة كتابية تلقائية من خلال الإلقاء الإملائي مقارنة بالنقل الكتابي. ويتجلى في هذا النوع من الحبسة اختزال في الإنتاج وفقدان كلي أو جزئي للبناء النحوي (Agrammatisme) الذي يكون من خلال الجمل البرقية

مع اختفاء لبعض الكلمات المهمة في الجملة. تجدر الإشارة أن فقدان البناء النحوي يظهر أكثر خاصة مع تقدم حصص العلاج. وتكون حبسة بروكا مرافقة غالبا لشلل نصفي أو شبه شلل نصفي، إضافة إلى فقدان الأداء الحركي الخاص بإنجاز الفكرة (Apraxie Idéomotrice) وفقدان الأداء الحركي الفمي الوجهي.

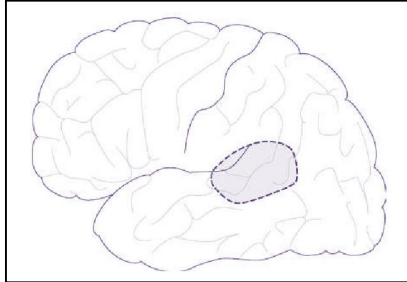
موضع الإصابة في حالة حبسة بروكا

تكون المنطقة المخية المسؤولة عن "حبسة بروكا" واسعة فهي مرتبطة بالمنطقة الجبهية الجانبية (région fronto-latérale)، قبل الأخذود المركزي (أخدود رولاندو (pré-rolandique)، المادة البيضاء التحتية ويمكن أن تمتد إلى الفص الجداري (lobe pariétal). ويكون تعصيب هذه المنطقة من طرف شريان سيلفيوس الأوسط (artère sylvienne moyenne). إذ هناك ارتباطات تشريحية عيادية مهمة مع طبيعة الحالة ففي حالة الإصابة الجبهية اليسرى الواسعة يتحدث بعض الباحثين من بينهم Mohr عن بروكا الكبيرة وبروكا الصغيرة. كما بين نفس الباحث أن الإصابة المتمركزة في منطقة بروكا المذكورة سابقا لا تنتج عنها حبسة حاملة لنفس الاسم بروكا وإنما أيضا عسر السمات فوقطعية (dysprosodique) وعسر الكتابة (agraphie) ذو شدة متوسطة والتي تكون أيضا مع نقص الكلمة وعسر خفيف في التلفظ (dysarthrie). كما يفترض كل من Naeser و Palombo أن التحويلات الصوتية واللفظية غير ناجمة عن إصابة في البنى الجبهية بأتم معنى الكلمة لكن عن خلل في مسار الألياف التي تربط الباحات الخلفية للغة مع الجسم اللمبي (système limbique).

أما فقدان الحركة الفمية الوجهية (Apraxie bucco-faciale) فهي ناجمة عن الإصابات الجبهية اليسرى التي تحتوي على الفصيص الرولاندي أو المركزي (opercule central/lobule rolandique)؛ الجزيرة (l'insula) أو المنطقة الصدغية العليا. فإذا كانت الإصابة منعزلة فهي تتعلق بإصابة الفصيص المركزي الأمامي المسيطر. فهي غالبا مرافقة للحبسة، كما تأتي في الجداول العيادية الأكثر تعقيدا كفقْدان التلفظ التدريجي الأولي (anarthrie progressive primaire) أو فقدان الحركة للكلام.

كل البنى المخية التي تؤدي الإصابة فيها إلى عرض من نوع حبسة بروكا هي جزء من نظام مراقبة المخرجات اللفظية (Output verbal). فالتنوع العرضي أو العيادي يتوقف على طبيعة وظائف البنى اللحائية وتحت اللحائية (Chomel-Guillaume, S et al, 2010, p78-79).

2. حبسة فرنيكي (Aphasie de Wernicke)



حبسة فرنيكي (مقطع جانبي للمخ)



حبسة فرنيكي
(مقطع أفقي للمخ)

تُسمى بالحبسة الحسية أو الحسية اللغائية أو التركيبية أو الحبسة الاستقبالية أو الحبسة الحسية المركزية. فالتقابل الموجود بين حبسة بروكا وحبسة فرنيكي هو تقابل واضح في أهم ميزة عيادية وهي الطلاقة أو التدفق اللفظي (*la fluence verbale*)؛ ففي الأولى إما تكون منعدمة أو ضعيفة جدًا، أما في الثانية تكون مبالغ فيها بشكل مرضي. من جهة أخرى، يكون الفهم الشفهي لدى حبسي فرنيكي مصاب بشدة وفي بعض الأحيان منعدم. كما يكون الانتاج الشفهي لحبسي فرنيكي غير مفهوم رغم وفرة. ويمكن أن يغلب على التعبير الشفهي الرطانة اللغوية والتي تتميز من خلالها أنواع البرافازيا لاسيما اللفظية والدلالية لكن أيضا الفونيمية وسلوكيات اختراع الكلمات (*Néologisme*). فالحالة غير قادرة على التعبير عن فكرها ولا عن أحاسيسها، فهي غير قادرة عن إيفام الغير؛ لهذا نقول أن حبسي فرنيكي له وعي ناقص باضطراباته. وتكون نتائج الحالة ضعيفة في تعليمة التعيين والتسمية والتكرار، وتكون القراءة لدى حبسي فرنيكي مضطربة متساوية المستوى نسبيًا مع المستوى العام لفهم اللغة الشفهية. بينما يكون مستوى الكتابة متساوي نسبيًا مع مستوى الانتاج الشفهي (Viader F et al, 2002)..

موضع الإصابة في حالة حبسة فرنيكي

تكون الإصابة بالثلث الخلفي للتلفيف الصدغي (*Gyrus temporal*) العلوي أو ما يسمى بمنطقة فرنيكي. هناك شكلين من أشكال حبسة فرنيكي وهذا حسب موضع الإصابة:

3- إصابة صدغية كلما كانت أمامية ينتج عنها العمه اللفظي (*surdité verbale*) والتي

تكون فيه القراءة أقل ضرار، فالحالات تواجه أكثر صعوبات في فهم الكلمات وهي معزولة

مقارنة بالكلمات السياقية؛

4- إذا كانت الإصابة تمتد إلى الجزء الصدغي الخلفي ينجم عنها خلل في الروابط البصرية (connexions visuelles) وتؤدي إلى صعوبات معتبرة في فهم الكلمات السياقية وفهم اللغة المكتوبة مع علاج الكلمات المعزولة. يوجد أيضا حبسة فرنيكي المختصرة (réduite) والتي تأتي نتيجة لإصابة تحت لحائية (Chomel-Guillaume, S et al, 2010, p80).

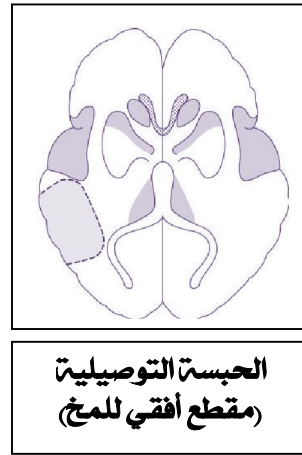
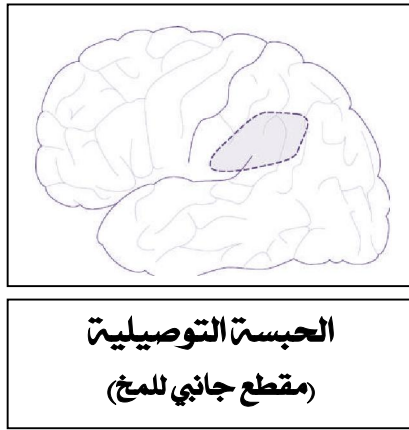
التتبؤ بتطور حالة حبسة فرنيكي

يتوقف التتبؤ حسب خريطة الإصابة وأهميتها، فالجدول العيادي يتطور بشكل مختلف من حالة لأخرى. فإما يبقى الجدول شديد بالرغم من تحسّن الفهم، وتبقى نوعية الخطاب محدودة جداً مميزة بغياب الانسجام (incohérence) وتعبيرات تركيبية ثابتة أو صياغات لغوية فارغة مع استعمال غني للسمات فوققطعية (prosodiques) توحى إلى وجود تبادل تخاطبي. وإما يتطور جدول حبسي فرنيكي نحو حبسة توصيلية أو نحو العمى القرائي وتعرّ الكتابة (alexie-agraphie) وهذا ما يسمى بحبسة فرنيكي من النوع الثالث حسب Roch-Lecours وهنا تكون أكثر الإصابة خلفية مرتبطة بالتلفيف الزاوي (Gyrus angulaire).

3. الحبسة التوصيلية (Aphasie de conduction)

تسمى أيضا بالحبسة المركزية، الحبسة الحركية الواردة، الحبسة التوصيلية الواردة و الصادرة. تم اكتشاف وجود هذا النوع من الحبسة من طرف فرنيكي سنة 1874 و الذي افترض أن الإصابة تعيق التواصل بين المنطقة اللحائية الصدغية (Cortex temporal) والمنطقة اللحائية الجبهية (Cortex Frontal) مما يتسبب بنوع خاص من الحبسة. تم استرجاع هذه الفرضية لاحقا من طرف Lichtheim (1885)، و تمثل الحبسة التوصيلية نسبة انتشار من 10 إلى 15% من العدد الكلي للأنواع المختلفة للحبسة. إذ تكون اللغة العفوية في هذا النوع طليقة fluent (أقل درجة مقارنة بحبسة فرنيكي لكن أكثر من حبسة بروكا)، و يكون كلام المصاب بها غني بالبرافازيا و يكون طول الجمل مختصر نوعا ما. يمتاز خطاب المصاب بالحبسة التوصيلية بتوقفات التردد و التي تعكس المحاولات التلقائية للتصحيح الذاتي خاصة أن المصابين بهذا النوع من الحبسة هم واعون بصعوباتهم. تمتاز مهمة التسمية عندهم باضطرابات من نوع البرافازيا الفونيمية و نادرا برافازيا دلالية و يتجلى أيضا هذا في مهمة التكرار. كما تظهر أيضا الصعوبات من خلال استعمال الكلام التلمحي (الكناية) (périphrase) أو مترادفة. يكون الفهم الشفهي جيّد مع وجود أحيانا صعوبات في فهم الجمل المركبة. مثل ما هو الحال بالنسبة للتعبير الشفهي تكون القراءة بصوت مرتفعة متميزة بالبرافازيا الفونيمية كما يكون فهم المكتوب جيّد. من جهة أخرى،

تكون الكتابة التلقائية أكثر اضطراباً من التعبير الشفهي. يمكن للحبسة التوصيلية أن تظهر بشكل فوري أو تطور لحالة حبسة فرنيكي. يكون غالباً التنبؤ جيد في حالة الحبسة التوصيلية (Viader F et al, 2002).



موضع الإصابة في حالة الحبسة التوصيلية

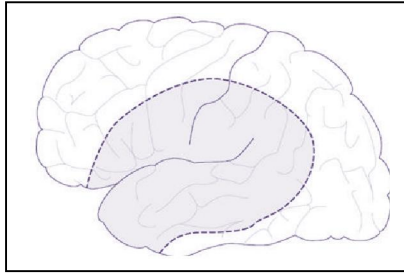
ترتبط الحبسة التوصيلية بإصابة على مستوى التلفيف فوق الحدي (Gyrus supramarginalis) والمادة البيضاء تحت اللحائية (الحزمة المقوسة، الحزمة الطولية العليا) التي تعيق الروابط بين منطقة فرنيكي ومنطقة بروكا. من جهة أخرى، يمكن أن تنجم الحبسة التوصيلية عن إصابات متعددة المواضع (site lésionnel) متمثلة في اللحاء السمعي الأولي الأيسر (cortex auditive primaire)، الجزيرة (l'insula) والمادة البيضاء التحتية (Chomel-Guillaume, S et al, 2010, p89).

التنبؤ بتطور حالة الحبسة التوصيلية

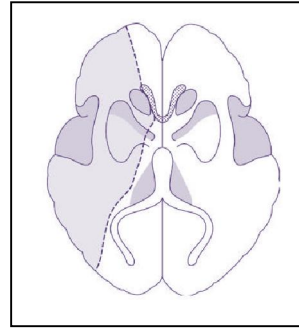
يكون استرجاع التواصل الوظيفي واعد، كما يكون الوعي بالاضطرابات عامل إيجابي ناجم عن التكفل العلاجي.

4. الحبسة الكلية (Aphasie Globale)

تمتاز الحبسة الكلية بخلل شديد في كل وظائف اللغة. غالباً ما يتميز المصاب بالخرس الأولي (mutisme initial)، بإنعدام التعبير العفوي أو بميزة اختزاله الشديد، محدود في مقطع واحد أو عدد من الكلمات أو من القولية. يكون الفهم مصاب كما بيّن Benson (1979) قدرة المصاب في فهم اللغة غير المنطوقة (الإيماءات، الحركات الاشارية...) و النغمات الصوتية.



حبسة كلية (مقطع جانبي للمخ)

حبسة كلية
(مقطع أفقي للمخ)

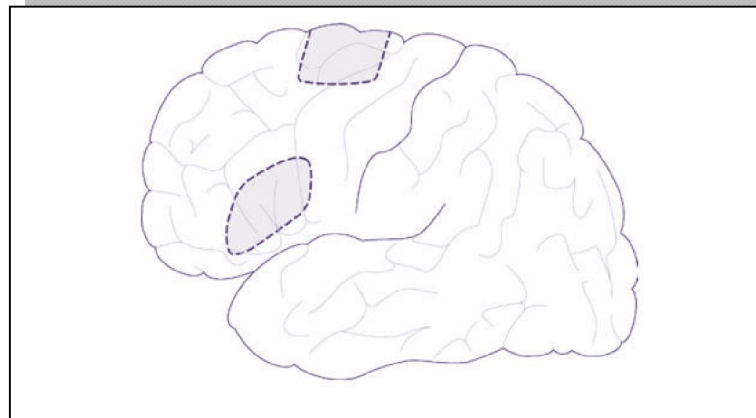
موضع الإصابة في حالة الحبسة الكلية

تكون الإصابة واسعة في منطقة محيط الأخدود الجانبي (سيلفيوس) الأيسر (périsylvienne): من المنطقة الجبهية الصدغية الجدارية اليسرى إلى باحة فرنيكي مرورا بالتلفيف الزاوي (Gyrus angulaire) والمادة البيضاء.

5- الحبسات بين اللحائية (Aphasies Transcorticales)

ملاحظة: تمتاز الحبسات بين اللحائية بالاحتفاظ بقدرات التكرار.

1.5- الحبسة بين اللحائية الحركية



حبسة من نوع بين لحائية حركية (مقطع جانبي للمخ)

يمكن للحبسة بين اللحائية أن تظهر بشكل فوري أو تطور لحالة حبسة بروكا. تمتاز بإنعدام التعبير التلقائي أو محدوديته لعدد من المقاطع أو الكلمات أو الجمل القصيرة و منعدمة البناء النحوي تمتاز بالتردد و أحيانا بالمصادات. الجاهزية المعجمية تكون ضعيفة و متميزة خاصة بسلوك الاستمرارية اللفظية. يتميز المصاب بعرض نقص الكلمة في مهمة التسمية و خاصة بصعوبات في مبادرة الكلام وبالاستمرارية

اللفظية، و يمكن تسهيلها من خلال الاستفتاح الشفهي (Ebauche Orale) أو بالمؤشرات السياقية. تكون اللغة الأوتوماتيكية محتفظ بها شريطة أن تُبادر من طرف الفاحص. كما تكون قدرات تكلمة الجمل و الحكم الشعبية جيّدة. مهمة التكرار تكون جيّدة سواء تعلق الأمر بالحروف أو الكلمات أو الجمل أو اللاكلمات (les non-mots). يكون الفهم الشفهي جيّد. كما يكون فهم المكتوب أحسن مقارنة بما هو عليه في حبسة بروكا. تكوت القراءة بصوت مرتفع مضطربة نوعا ما كما تكون الكتابة مضطربة بحذف الحروف وغياب البناء النحوي. يكون الاسترجاع في هذا النوع متغيّر لكن بشكل عام جيد.

موضع الإصابة في حالة الحبسة بين اللحائية الحركية

تأتي في إطار الأسباب الوعائية، وتتجم الحبسة بين اللحائية الحركية عن إصابة جبهية أمامية لتصل إلى الألياف الرابطة بين الباحة الحركية الثانوية (AMS) ومحيط باحة بروكا (péri-broca) لكن أيضا في منطقة بروكا في حدّ ذاتها. وتتووع مواضع الإصابة ويمكن أن تمس الباحة الحركية الثانوية في حدّ ذاتها إما في المنطقة قبل الحركية (prémotrice) في مقدمة باحة بروكا أو إما في المادة البيضاء تحت اللحائية الجبهية (Sous-cortico-frontale). ويتحدث الباحثون عن وجود عرض عسر التنفيذ (syndrome dysexécutif) أكثر من الاضطراب اللساني (Chomel-Guillaume, S et al, 2010, p.92).

التتبؤ بتطور حالة الحبسة اللحائية الحركية

يبقى التتبؤ بشكل عام مبهم مع استمرار خلل الالاح العفوي (incitation spontanée) مما يعيق استرجاع التواصل الوظيفي.

2.5- الحبسة بين اللحائية الحسية

تسمى أيضا بالحبسة الاسمية (Head, 1926)، حبسة فرنيكي نوع 2 (Lecours & Lhermitte, 1979). تمتاز بطلاقة اللغة التلقائية و بالنطق الجيّد لكن بالعديد من الأخطاء (البرافازيا الدلالية، اختراع الكلمات، البرافازيا الفونيمية) و من المصادات. ففي مهمة التسمية تعاني الحالة من كثافة عرض نقص الكلمة وباستعمالها للكلام التلميحي (des périphrases). في حين، تكون مهمة التكرار جيّدة إلى درجة تكرار الحالة للكلام غير المألوف دون فهمها -مثلا في لغة أجنبية- أو طرح أسئلة حولها (بنى تركيبية؛ كلمات و فونيمات غير ملائمة). تكون اللغة الأتوماتيكية جيّدة كتكملة الحكم الشعبية

المألوفة، أما الفهم الشفهي مضطرب فما هو مكرر أو مكمل ليس بالضرورة يكون مفهوماً. فالتعيين يكون مضطرباً بشدة. يكون مستوى القراءة الجهرية متغيراً من حالة لأخرى.

موضع الإصابة في حالة الحبسة بين اللحائية الحسية

هناك العديد من المواضع التي تمّ الإشارة إليها في الأدب العلمي. إذ تأتي خلفية على مستوى الرابطة الصدغية الجدارية القفوية مع تجنب باحة فرنيكي: المنطقة الصدغية القفوية السفلى، المهاد الأمامي الجانبي (*thalamus*) أو المهاد الخلفي مع خلل أكبر أو أقل أهمية في المادة البيضاء المجاورة (*avoisine*). يأتي الجدول العيادي الخاص بالحبسة بين اللحائية الحسية غالباً في إطار مرض الزهايمر (*Alzheimer*).

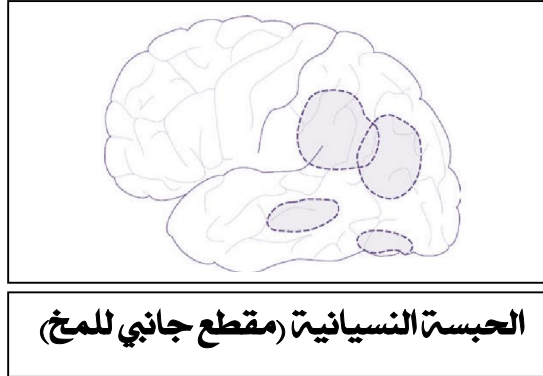
6- الحبسة بين اللحائية المختلطة:

يدخل في هذا النوع من الحبسة كل الاضطرابات المنسوبة للحبسات بين اللحائية الحركية و الحسية. ففي معظم الحالات، تلخص المصادات معظم الإنتاجات اللغوية، و يكون التكرار مُحْتَفَظ لكن محدود في بعض الكلمات. يمكن لبعض الحالات تصحيح بعض المنتجات و هذا حسب مستوى الفهم لدى الحالة. يكون النطق عادي أو مصحوب بعسر خفيف في التلفظ مع الاحتفاظ باللغة الأوتوماتيكية. يكون الفهم الشفهي و المكتوب مضطرب و غالباً منعدم، و القراءة الجهرية مستحيلة أو سيئة جداً، إضافة إلى فقدان كلي لنشاط التخطيط (*Agraphie Totale*).

موضع الإصابة في حالة الحبسة بين اللحائية المختلطة

يأتي غالباً هذا النوع من الحبسة في حالة الاصابات المخية المتعددة المواضع (*multifocales*) و الإصابات المنتشرة (*lésions diffuses*) في اللحاءات الترابطية (*cortex associatifs*) الأمامية والخلفية (*territoires jonctionnels*) لكن أيضاً تمتد إلى المنطقة المحيطة للأخدود الجانبي (*périsylvienne*). كما نذكر حالة واحدة جاء وصفها في الأدب العلمي أنها تعاني من حبسة بين لحائية مختلطة في إطار الإصابة المهادية (*lésion thalamique*).

7. الحبسة النسيانية (Aphasie Amnésique):

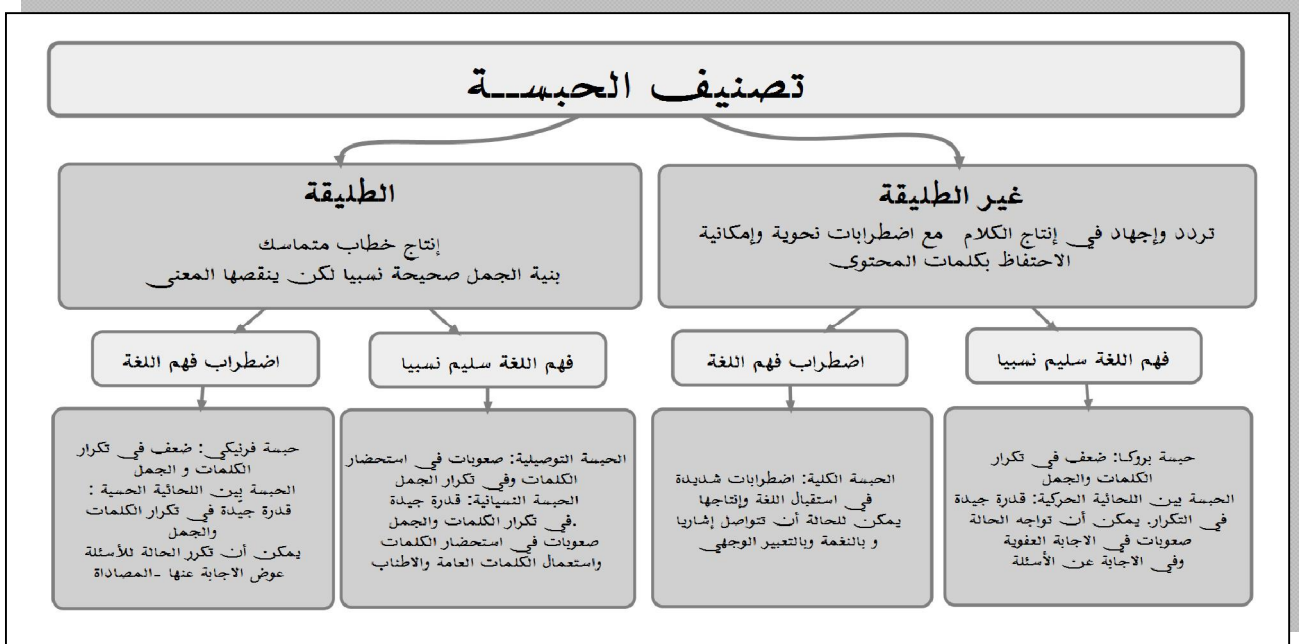


تسمى أيضا بحبسة فقدان التسمية (Anomique) (Benson, 1979)، الحبسة الدلالية (Head, 1926). يعتبر عرض فقدان التسمية عرض أساسي و الاستثنائي في هذا النوع من الحبسة. تكون الطلاقة عادية أو مختزلة من خلال توقفات، و يكون النطق و البرزوديا عاديين مع بناء صحيح للجمل لكن فقيرة من الموصوفات و الأسماء و أحيانا غير مكتملة البناء. إذ تكون لغة الحالة ضعيفة الإعلامية (peu informatif). تكون التسمية مضطربة بشكل خاص في كل أشكالها: القناة البصرية، السمعية، اللمسية أو الاستحضار من خلال التعريف. يُعوض عرض نقص الكلمة من خلال الجمل التلميحية (des périphrases) و الكلمات العامة (ذلك الشيء... machin...) أو تعريف لاستعمال محدد (مشط: نمشطو بيه) أو نادرا جدا ببرايا دلالية. و يكون الاستفتاح الشفهي غير مفيد (معطل inopérante). تكون الصعوبات مسجلة خاصة على مستوى الأسماء الصحيحة (les noms propres) و الصفات أو المنعوتات (Substantifs) مقارنة بالأفعال. فالجاهزية المعجمية مضطربة، و يمكن للحالة أن تظهر صعوبات في اختبارات التصنيف الدلالي و القرارات المعجمية. و يمكن أن يمس و يجتاح عرض نقص الكلمة فئة دلالية محددة. تكون الذاكرة اللفظية (la mémoire verbale) أما التكرار عادي. و في الأشكال الخالصة للحبسة النسيانية يكون نشاط الفهم، القراءة، الكتابة المنسوخة و تحت الإملاء عادية كما تعكس الكتابة التلقائية اضطراب التعبير الشفهي. من جهته يبيّن Benson (1979) إلى أن الحبسة النسيانية يمكن أن تكون إما مرحلة مبدئية لحالة الخرف (un état démentiel) أو لمرحلة نهائية للحبسة بين اللحائية الحسية تطورت بشكل إيجابي. ففي هذه الحالة الأخيرة، يمكن أن يبقى كل من الفهم، القراءة و الكتابة مضطربة نوعا ما.

موضع الإصابة في حالة الحبسة النسيانية

تعددت الأوصاف الموضوعية للإصابات (les topographies)، فهي تتعلق غالباً بالمنطقة الصدغية السفلى (inférieure). بمقابل هذا، تلاحظ أيضاً الحبسات النسيانية في حالة إصابات على مستوى التفيف الزاوي (Gyrus angulaire) والتي تكون مرتبطة بفقدان القراءة والكتابة (alexie-agraphie). ويمكن إجمال تصنيف أنواع الحبسة حسب الجمعية الأمريكية للكلام - السمع (ASHA) في الشكل التالي:

الشكل رقم (02): تصنيف أنواع الحبسة حسب مميزات التعبير اللفظي
(الطليقة/غير الطليقة)



تشكل كل من الحبسة المتقاطعة (Aphasie Croisée) والحبسة تحت اللحائية أنواع خاصة، فهي لا تخضع لهذا النظام التصنيفي (الطليقة وغير الطليقة)، إذ تتجم الحبسة المتقاطعة في حالة وجود اضطرابات لغوية عند حالة تعرضت لإصابة عصبية في نصف الكرة المخية الخاصة بالجانب المسيطر من الجسم عوض الجانب الآخر، ففي هذا السياق، الشخص اليميني المصاب بحبسة بعد إصابة نصف الكرة المخية الأيمن يعاني من حبسة متقاطعة. في حين، تتجم الحبسة تحت اللحائية (Sous-Corticale) عن إصابة المناطق تحت اللحائية للمخ (مثلاً:) ويمكن أن تعكس الأعراض تلك التي تظهر في حالة الإصابات اللحائية. ومن الأنواع الخاصة، نذكر الحبسة الأولية التدريجية (Aphasie primaire progressive-APP) والتي هي نوع من الخرف (démence) تتميز بفقدان تدريجي للوظيفة اللغوية في سياق الاحتفاظ النسبي للذاكرة والعلاج البصري إلى غاية المراحل المتقدمة من الفقدان المعرفي.

المحاضرة الخامسة

أسباب الحبسة

يعتمد تحديد السبب على التشخيص الطبي الذي يُحدّد طبيعة الإصابة الدماغية، فعند الراشد تمثل الحوادث الوعائية الدماغية نسبة 75% عند معظم الحالات. أما الصدمات الجمجمية المخية (Cranio-cérébraux) فهي تمثل 15% من أسباب الحبسة. نذكر أيضا الأسباب المتعلقة بالأورام الحميدة و الخبيثة (Tumeurs bénignes ou malignes) و الإصابات الإلتهابية (Encéphalites) أو الخُراج (دمل) داخل مخي، نقص الأكسجين بالمخ (Anoxies cérébrales) و السيورورات الانحلالية (Processus neurodégénératifs). أما عند الأطفال، تبقى الصدمات الجمجمية (Traumatismes crâniens) من الأسباب الأكثر حضورا؛ المشاكل الوعائية (vasculaires) ثم الأورام الخبيثة أو الحميدة، أنواع الصرع التي تُسبب خلل في اللغة لتجعله اضطراب نمائي أو اضطراب مُكتسب لاسيما عرض لاندو كلنفر (Landau-Kleffuer). و أخيرا، الإصابات كالتهاب الدماغ القوبائي (Encéphalite Herpétique) أو أنواع الخُراج داخل المخي (des abcès intracérébraux). إضافة إلى نقص الأكسجين بالمخ (Hydrocéphalie) (Kremer, J.-M et al, 2016) .

- التشخيص الفارقي

إذا كان تشخيص الإصابة هو موضوع المجال الطبي فإنه ينبغي على المختصين الأرتوفونيين التمييز بين الحبسة و الاضطرابات التالية:

- 1- اضطرابات الصوت، النطق و الكلام؛
- 2- الاضطرابات الحسية لاسيما البصرية و/أو السمعية منها، إضافة إلى كل الاضطرابات التي تُغيّر من إدراك المُثيرات؛
- 3- اضطرابات الوعي التي ينجم عنها خلط ذهني (Confusion mentale)؛
- 4- الأعراض اللغوية المرضية ذات الأصل النفسي أو الطبي العقلي؛
- 5- اضطرابات اللغة المرتبطة بإصابة خلقية أو اضطرابات نمائية للنشاطات اللغوية.

أما عند الطفل، يميّز المختص الأرتوفوني بين اضطرابات نمو اللغة عن الاضطرابات المُكتسبة: نتكلم عن الديسفازيا عندما يتعلق الأمر باضطرابات نمو اللغة و الخاصة بعدم القدرة الدائمة على تنمية الوظيفة اللغوية و هذا حسب معايير النمو المعروفة. فهي يمكن أن تظهر مبكرا خلال نمو الطفل حتى قبل استقرار

النمو اللغوي. من جهة أخرى، نتكلم عن حبسة الطفل - كما هو الشأن بالنسبة لحبسة الراشد - فقط إذا كان هناك اضطرابات مكتسبة بعد الاستقرار العادي للغة.

- العلامات العيادية المصاحبة للحبسة:

سواء تعلق الأمر بالراشد أو الطفل، و حسب تموقع الإصابة الدماغية، يمكن أن يُصاحب الحبسة العلامات العيادية التالية:

- 1- اضطرابات حركية و/أو حسية للوجه و/أو الجسم (لاسيما الشلل الوجهي، الشلل النصفي)؛
- 2- اضطرابات في الكلام و الصوت (خاصة عسر التلفظ Dysarthrie؛ و الصوت Dysphonie)؛
- 3- اضطرابات في البلع (Dysphagie)؛
- 4- اضطرابات عصبية بصرية (Hémianopsie, Quadrantopsie)؛
- 5- اضطرابات في الانتباه حول التخطيط الجسمي و/أو الحقل البصري (خاصة Hemi- asomatognosie أو Hémignégligence).
- 6- اضطرابات إدراكية و التعرف المعرفي (Agnosies)؛
- 7- اضطرابات الإعداد الإرادي للحركة و تنظيمها (Apraxies)؛
- 8- اضطرابات في الذاكرة العاملة و الذاكرة طويلة المدى؛
- 9- اضطرابات تنظيم التذكُّر و/أو التخطيط لاسيما الوظائف التنفيذية (التخطيط و المراقبة المعرفية و السلوكية).
- 10- اضطرابات في الحساب و التفكير المنطقي الرياضي؛
- 11- علامات مختلطة: التعب، الثقل، غياب وعي الحالة بالاضطرابات التي تعاني منها (Anoso- gnosie)، الإلحاح، الاستمرارية (Persévérations)، القولية (Stéréotypies) و غيرها من العلامات العيادية المرضية.

- عوامل التنبؤ بتطور الحالة (Pronostic)

إن هناك غالباً تراجع للعلامات المرضية العيادية الملاحظة عند حالات الحبسة، لكن هذا باختلاف وتغير واسع بين الحالات و الأخرى على المستوى الكمي و النوعي. يمكن للمختص أن يعتمد بشكل نسبي على مجموعة من من العوامل (معايير التنبؤ -Prédiction):

أ. العوامل العيادية (Cliniques)

إن العوامل التنبؤية الأساسية لتطور حالة الحبسي متعلقة بالدرجة الأولى بحدة الحبسة وإتساع منطقة الإصابة الدماغية. فموقع و نوع و إتساع الإصابة و تعددها يؤثر على التنبؤ الأرتو فوني. يكون الاسترجاع أحسن عندما يتعلق الأمر بالحالات اليسارية أو عند الحالات ذات الجانبية المختلطة (Latéralité mixte). إن وجود اضطرابات معرفية مصاحبة للحبسة يحد من درجة الاسترجاع، فحسب الدراسات التي صنفت كل أسباب الحبسة:

- تتوفى 20 إلى 25 % من الحالات
- 15% لا يُظهرون أي أعراض خلال الأسبوع الأول؛
- تستقر العلامات العيادية بين أسبوعين و 12 أسبوع؛
- تتراوح مرحلة الاسترجاع السريع بين 06 و 12 شهر؛
- حدة الأعراض في شكلها المبدئي تُنبئ بحدتها بعد 06 أشهر، ثم حدتها في مرحلة الاستقرار؛
- 28% إلى 50% يحتفظون باضطرابات في اللغة و التواصل و التي تبقى دائماً مُحْتَاجَة للمتابعة المتخصصة.
- 24 % إلى 32% يسترجعون مستوى جيد للغة من 06 إلى 18 شهر.

ب.العوامل الشخصية الذاتية (Biographique)

يرتبط عامل السن بأنواع الحبسة الناجمة عن الحوادث الوعائية الدماغية و هو مهم جداً في علاقته مع درجة حدة الجداول العيادية. لا ترتبط درجة الاسترجاع اللغوي (Récupération) بالمستوى التعليمي أو الاجتماعي أو التكويني أو النشاط المهني للحالة. يسترجع الشخص الحبسي مزدوج اللغة غالباً كلمات لغته الأم إلا إذا كانت الحالة لا تستعملها بشكل منتظم منذ عدد من السنوات. أما في حالة الطفل، يتوقف التنبؤ أساساً على سنه في لحظة الإصابة و على عامل المرونة العصبية (plasticité cérébrale)، فكلما كانت الحالة أقل سناً يكون لديها قدرات وظيفية و آلية أكثر ويكون لديها حظوظ أوفر في إعادة تنظيم النشاطات اللغوية (Kremer, J.-M et al, 2016) ..

المحاضرة السادسة التقييم في علم أمراض الكلام واللغة

يُعتبر تقييم الكلام و اللغة و الصوت لدى المفحوص خطوة من الخطوات العيادية الأساسية التي يقوم بها معالج أمراض الكلام و اللغة (SLP) ، و هذا بعد توضيح طلب المفحوص و جمع المعطيات العيادية من خلال تاريخ الحالة (Anamnèse). فالهدف الأساسي لحوصلة اللغة و الكلام هو تشخيص اضطرابات لغوية محدّدة. يُبيّن كل من Estienne و Piérart (2006)، أن هذه الحوصلة تُتجزّز مرات عديدة طيلة مسار التكفل، إذ نميّز الحوصلة الأولية والتي يكون الهدف منها تحديد أهداف العلاج وتخطيط مراحلها. ويتم خلال مسار العلاج إنجاز حصيلة أو أكثر تسمى بالحوصلة التطورية و التي تسمح بتحديد درجة تحسن حالة المفحوص إستنادا على الأهداف الأولية التي وُضعت و دراسة فعاليتها ومراقبتها. إضافة إلى تحديد عراقيل مسار العلاج. و أخيرا، الحوصلة النهائية التي تسمح بإنهاء العلاج عندما يحقق المفحوص أهداف العلاج أو وصول تطور الحالة إلى أقصى درجاته.

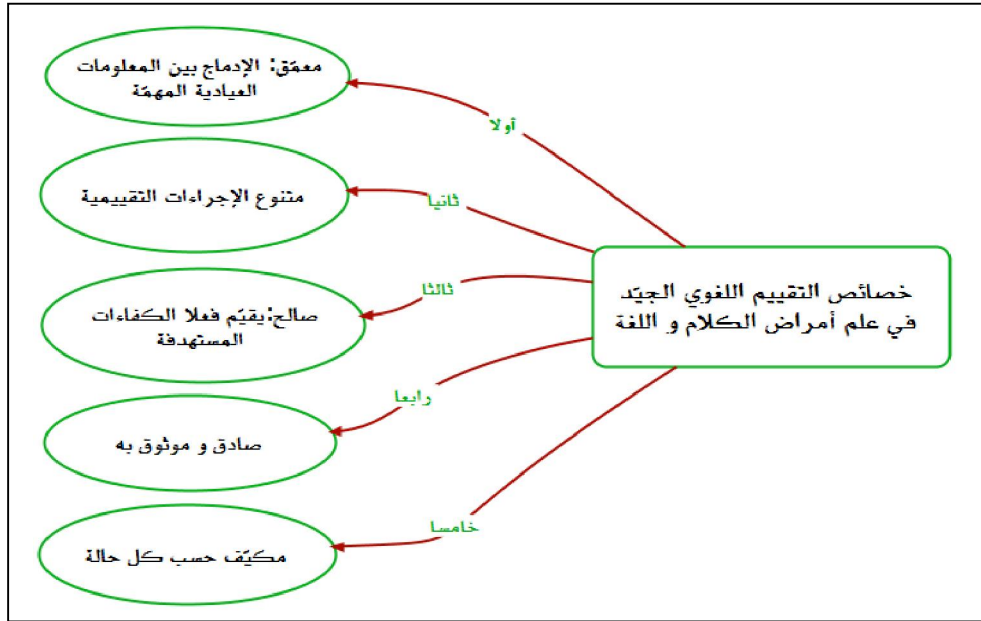
نبيّن أن إجراءات الحوصلة تكون إما عَرْضِيَّة (Transversales) أو طَوِيلِيَّة (Longitudinales). فالمقاربات العرضية هي التي تُقارن المفحوص مع أقرانه من نفس السن و الجنس و غيرها من المتغيرات. أما المقاربات الطويلة هي التي تتأسس على القياسات المتكررة للكفاءات اللغوية للمفحوص. ضمن هذا السياق، تتبنى كل من الحوصلة الأولية و الحوصلة النهائية المقاربات العرضية، بينما في الحوصلة التطورية يُعتمد على المقاربة الطويلة.

خصائص التقييم اللغوي الجيد في علم أمراض الكلام واللغة:

نميّز خمسة مبادئ ينبغي أن يتميّز بها التقييم اللغوي في علم أمراض الكلام:

- 1- التقييم الجيد المُعمّق هو الذي يُدمج بين كل المعلومات العيادية المهمة بهدف التشخيص الدقيق وإستخراج توصيات دقيقة خاصة بالعلاج.
- 2- التقييم الجيد يعتمد على تنوع الإجراءات التقييمية (أنظر ما أشرنا إليه أعلاه). فهو قائم على أساس التنسيق بين المقابلات والمعلومات التاريخية للحالة و الروايات الشكلية و غير الشكلية والملاحظات العيادية.
- 3- يكون التقييم صالح، إذا تمّ فعلا تقييم الكفاءات المستهدفة.
- 4- يكون التقييم صادق و موثوق به إذا عكست بدقة الكفاءات التواصلية للحالة. إذ تُعطي التقييمات المتكررة لنفس الحالة نتائج متقاربة شريطة أن لا تحدث تغيّرات على الحالة.

5- التقييم الجيد هو الذي يكون مكيف حسب كل حالة، فملفات التقييم تكون مكيفة حسب السن، الجنس و مستوى الكفاءة و الأصل الإثني الثقافي للحالة.



أهداف تقييم اللغة والتواصل في علم الحبسة

تخصّصت أكثر فأكثر أهداف حوصلة اللغة والتواصل مع التقدمات النظرية العلمية والتطبيقية في علم الحبسة، وهذا ارتبط مع علم النفس العصبي والمقاربات البرغماتية وتقنيات التصوير الطبي الحديثة. إذ يمكن إبراز ثلاثة نقاط عامة أساسية متكاملة يستهدفها فحص اللغة عند الحالات الحُبسية:

- استكشاف أولي بواسطة الروائز والاختبارات العامة للتعرف على القدرات المحفوظ بها والكشف عن الاضطرابات مع إعداد ملمح حبسي (*un profil aphasologique*)؛

- إنجاز تحليل مكمل لميكانيزمات الأعراض الحبسية بالرجوع إلى نماذج علم النفس العصبي المعرفي؛

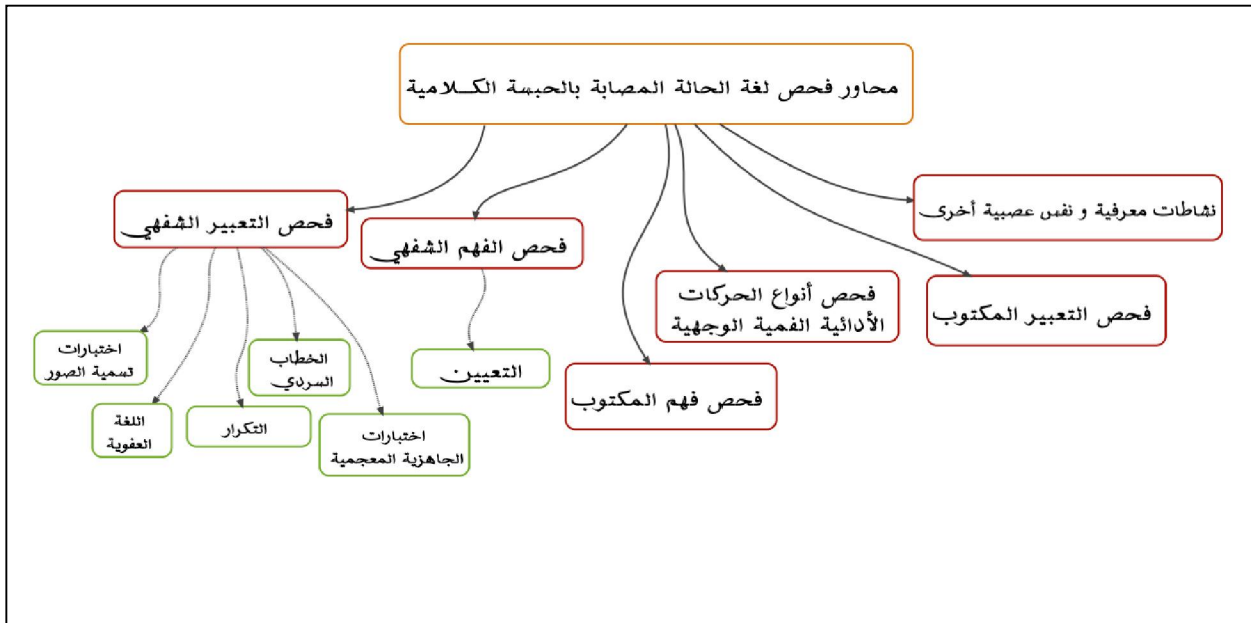
- أخذ بعين الاعتبار البعد الوظيفي للغة من خلال تقييمات لجودة الحياة في ضوء واقع تواصل الحالة مع محيطها؛

أما عن أهداف التقييم الحُبسي (*L'évaluation aphasologique*) فهي متعدّدة نذكر منها:

1- مساعدة عملية التشخيص من خلال الكشف عن الأعراض الحبسية وهذا للتعرف على الجدول العيادي للحالة ونوع الحبسة؛

2- التعرف على البرنامج العلاجي المناسب من خلال استخراج الميكانيزمات المضطربة والقدرات المحفوظ بها والتي يمكن استغلالها لتوجيه العلاج؛

- 3- متابعة تطور الحالة: يسمح تقييم مستوى الأداءات اللغوية وشدة الاضطرابات في المرحلة الأولية وتطورها مع مرور الحصص العلاجية:
- 4- قياس فعالية البرنامج العلاجي (محتوياته من حيث المبادئ العلمية والتقنيات المنبثقة عنها: الطرق العلاجية وأساليب تطبيقها:..إلخ)
- 5- إعداد خبرة قانونية (*Expertise légale*) (يمكن أن تشكل حوصلة اختصاصي علم أمراض الكلام واللغة جزء مهم من خبرة قانونية خاصة بحالة من الحالات)
- 6- يمكن أن تشكل حوصلة اختصاصي علم أمراض الكلام واللغة أداة من أدوات البحث العلمي العيادي.
- 7- يساعد التقييم على توجيه العلاج وتأكيد ضرورته ومتابعة حصص التأهيل اللغوي.
- 8- يسمح بتوجيه عملية الإعلام (*l'information*) الموجهة للحالة و عائلتها وللأشخاص المتدخلين في البيت العائلي.



- إستغلال المعطيات اللسانية و المعطيات النفسية العصبية المعرفية في مجال تقييم الحبسة:

كما بيّنا سابقا، يكون الخلل في الحبسة ظاهرا في عدة مستويات البناء اللغوي (المستوى الصوتي، الفونولوجي، الدلالي، الصرفي و التركيبي، التداولي) و هذا في الفهم و الإنتاج اللغويين. اهتمت الأبحاث اللسانية بوصف هذه الاضطرابات وفق منظور لساني محض و هذا لإقتراح حلولاً علاجية لأعراض الحبسة و قد سجلت هذه الاضطرابات وفق جداول عيادية دقيقة و مفصّلة. إذ يمكن تمييز ثلاثة مستويات عامة تُدرج فيها مختلف التجليات المرضية اللسانية:

- مستوى التقطيع الثالث: المعالجة النطقية (Traitement phonétique)

نقصد به الإضطرابات النطقية، و يُقصد في هذا المستوى العام مختلف الإصابات التي تمس البرمجة النطقية، إذ يكون الخلل في عملية اختيار، تنظيم و الربط بين العلامات المميزة للوحدات الصوتية بهدف نطقها في مدرج الكلام فالأعراض الأساسية في هذا المستوى للتقطيع تتمثل في التبسيطات للمجموعات الصامتية، الحذف و القلب و ظواهر صعوبات إصدار نغمة الكلام. تجدر الإشارة، إلى وجود فقدان الحركة الفمية اللسانية الوجهية يكون غالبا مصاحبا للإضطرابات النطقية. من هذا الاعتبار، تمس هذه الإضطرابات جلّ الإصدارات الشفهية: اللغة التلقائية، التعبير التلقائي، التسمية، تكرار الكلمات و اللاكلمات، القراءة بصوت مرتفع. إن تمييز هذه الاضطرابات بين تلك الناجمة عن خلل المراقبة الحركية للنطق كما هو الحال ل عسر التلفظ هي مسألة ضرورية جداً.

- مستوى التقطيع الثاني: المعالجة الفونولوجية (Traitement phonologique)

يتعلق الأمر هنا باضطراب النفاذ أو الوصول إلى التمثلات الفونولوجية للكلمات و/ أو تنشيطها و استئثارها. فمن حيث الاستقبال، هناك اضطرابات في فك ترميز العلامات الصوتية المكونة للوحدات الصوتية الصادرة عن الحالة مما ينجم عنه خلل في الفهم الشفهي. و بالتالي تكون النشاطات الاستقبالية اللفظية (السمعية) مضطربة: التعيين، التكرار، الكتابة، الضبط الخطي الإملائي، فهم التعليمات. أما من حيث الإنتاج، يمس الإضطراب الترميز و اختيار و ربط الوحدات الصوتية داخل مدرج الكلام، فالحالة تُصدر مجموعة من البرافازيا الصوتية (الفونيمية) و من البرافازيا اللفظية و اختراع الكلمات. كما يمكن أن نتكلم في حالة شدتها عن الرطانة اللغوية. كما يمكن أن تظهر في هذا التقطيع نقص الكلمة المسهّلة من

خلال الإستفتاح الفونولوجي و ليس من خلال المؤشرات الدلالية. فكلما زادت درجة التعقيد الفونولوجي للكلمة زاد المجهود المعرفي المبذول في عملية الترميز الفونولوجي.

- التقطيع الأولي: المعالجة المعجمية الدلالية (Traitement lexico-sémantique)

تمس الاضطرابات معاني الكلمات و محتوى الخطاب، فمن حيث الإستقبال تعاني الحالة من صعوبات النفاذ إلى التمثلات الخاصة بالمفاهيم و استثارتها و علاقتها بمختلف الأشكال الفونولوجية الموافقة لها. إذ يكون هناك خلل في المعجم العام و أصنافه الدلالية الخاصة (الأسماء؛ الأفعال؛...) من حيث تمثيلها المعرفي و النفاذ إليها.

- المعالجة الصرفية التركيبية (Traitement morphosyntaxique)

تكون الاضطرابات هنا على مستوى الربط التركيبي أو القسمة التركيبية الملاحظة في اللغة التلقائية و في الخطاب السردي و في نشاطات بناء الجمل الشفهية أو المكتوبة. إذ يعتبر فقدان البناء النحوي من أهم المظاهر العيادية للخلل الصرفي التركيبي فهو يتجلى من خلال التبسيط في البنية و سيطرة الاضطرابات الصرفية التركيبية. أما من حيث الفهم، يوجد اضطراب خاص بالفهم يدعى بفقدان الفهم النحوي (la compréhension agrammatique)، الخاص بصعوبات فهم الجمل لاسيما منها الغامضة والمجازية و التي يكون معناها مبني أساسا على دلالة ألفاظها و على معناها العام المُستنتج. إضافة إلى إصابة الذاكرة العاملة و التي تتدخل في بناء المعنى والخطاب تدريجيا.

المحاضرة السابعة

عناصر تاريخ الحالة وأهدافها في علم الحبسة

يجمع اختصاصي علم أمراض الكلام واللغة مجموعة من المعطيات العيادية الخاصة بتاريخ الحالة وهذا بهدف ربطها مع قدراتها اللغوية وتحقيق لاحقا تحليل عيادي شامل وصادق للمعطيات. كل هذا يساهم لاحقا في التعرف على درجة الاضطرابات والتنبؤ بتطور الحالة. وتحتوي مرحلة تاريخ الحالة العناصر التالية:

1 المعطيات العامة: تتمثل أولا في سن ظهور الأمراض المختلفة اللغوية منها والمصاحبة للحبسة، فالاعتلال المشترك (*la comorbidité*) هو عامل أساسي في عملية التعرف الأولي على فعالية العلاج وقدرة الاسترجاع لدى الحالة؛ ويقصد بالاضطرابات مختلف الاضطرابات المصاحبة (مرض السكري؛ ارتفاع الضغط الدموي؛ أمراض القلب؛ الأمراض الانحلالية...) والتي تلعب دور مهم في عملية التنبؤ العيادي. ثانيا: طبيعة الجانبية اليدوية (*la latéralisation manuelle*) التي تعطي معلومات حول طبيعة بعض الاضطرابات (السبب الميكانيكي بمقابل السبب الحبسي في مجال اضطرابات الكتابة)، فهي مرتبطة خاصة بنموذج الاسترجاع الذي هو مختلف أو أحسن عند اليساريين وعند مستعملي كلتا اليدين (*ambidextre*) والذين لهم جانبية لغوية أقل تمركزا مقارنة باليمينين. ويظهر هذا خاصة في حالة الحبسات المتقاطعة. ثالثا: المستوى التعليمي ومستوى استعمال اللغة المكتوبة واللغة الأم؛ فهي تلعب دور مهم في طرح التشخيص وتحديد أهداف العلاج.

1- سبب الحبسة: قبل إعداد المختص الجدول الحبسي العيادي ينبغي عليه التحصّل على المعلومات الخاصة بطبيعة سبب الحبسة (سبب وعائي؛ صدمي جمجمي؛ إلتهابي؛ ورمي؛ إنحلالي عصبي) والتعرف على تفاصيل خصائص الإصابة أو الإصابات (اتساعها وموقها، مركزية أو محيطية). إضافة إلى قيمة تعرف المختص على مرحلة تطور سبب الحبسة.

2- نوع الاضطرابات المصاحبة للحبسة: تشمل الاضطرابات المصاحبة غالبا الاضطرابات الحركية، المعرفية والحسية المرتبطة بالمرض المسبب والإصابات التي جاءت قبل الحادث (درجة البصر والسمع مثلا) والتي يمكن أن تتداخل مع عملية الفحص الأرتوفوني. فمن الضروري فحصها القبلي والكشف عنها لأنها يمكن أن تؤدي بالمختص إلى أخطاء في التأويل العيادي (مثال: أخطاء التسمية التي لا ترجع إلى نقص الكلمة وإنما إلى عدم التعرف البصري أو أخطاء التكرار المرتبطة بالمشكل السمعي و خلل التذكر). إضافة إلى درجة اليقظة (*degré de vigilance*) ودرجة التعب (*fatigabilité*) والتعاون مع الفاحص والتي هي مهمة في عملية التقييم.

3- العوامل النفسية الوجدانية: إن وجود أرضية نفسية وجدانية حسّاسة، وردود أفعال نفسية إنهيارية (اكتئابية) بعد صدمة (*post-traumatique*) يؤثر على تبؤ الاسترجاع، ويمكن أن تتداخل مع مستوى الأداءات المقيّمة وتوجيهات العلاج. لذا ينبغي على الفاحص أن يستعلم جيّداً حول طبيعة العلاجات الطبية التي تأخذها الحالة (كالمضادات الذهانية *neuroleptiques*؛ والعقاقير ذات التأثير النفسي *psychotropes*).

4- طبيعة العلاجات الطبية: مثل ما هو الحال بالنسبة لاستعلام الفاحص حول العقاقير ذات التأثير النفسي، ينبغي له أيضاً أن يستعلم حول مضادات الصرع (*antiépileptique*) أو أي علاج طبي خاص بالأمراض المزمنة و التي يمكن أن تؤثر على أداءات الحالة خلال عملية التقييم و العلاج.

المحاضرة الثامنة

التدخلات العلاجية في علم الحبسة

هناك العديد من المقاربات العلاجية لإضطراب الحبسة ، إذ ينبغي على الممارس أن يختار المقاربة أو المقاربات المكيّفة و المناسبة حسب الملمح العيادي للحالة؛ و هذا من حيث طبيعة إضطراباتها و حدثها و واقع معاشا النفسي أيضا. فهي تسمح بالتحقيق الجيّد لأهداف التكفل الأرتوفاوني. إذ يمكن للممارس أن يستعمل العديد من المقاربات في نفس الوقت ، و من بين أهم المقاربات أهم هذه المقاربات الأساسية نذكر:

- المقاربة الكلاسيكية أو الإمبريقية (Empirique)

تعتبر من بين أقدم المقاربات التي استعملت التقنيات العلاجية الأولى ، فهي تكمن في العمل على العرض (le symptôme) و هذا من خلال استراتيجيات الإستثارة أو إعادة التعلم ، فهي تركز أساسا على التحليل السيميولوجي (نسجل هنا غياب الأسس النظرية لهذه المقاربة). و نجد في هذا التيار العلاجي الأعمال العلاجية للباحثة Ducarne (إعادة التعلم من النوع الديدانكتيكي) ، Schuell ، Luria (الإستثارات الخاصة) و Basso.

- المقاربة السلوكية (Behavioriste)

هذه المقاربة أكثر تنظيما على المستوى المنهجي. فهي تقوم على الإشراف الإجرائي (Skinner, 1957) ، هدفها تغيير السلوك المضطرب من خلال توافق المحيط ، فمنهجية العمل العلاجي هنا صارمة و ثقيلة في نفس الوقت. تقنيات هذه المقاربة دقيقة غير مكيفة دائما مع التنوع السيميولوجي للإضطرابات المسجلة. ضمن هذا السياق ، بيّنت مجموعة من البرامج التي اعتمدت على هذا النوع من المقاربات فعالية عالية في العلاج (مثل: MIT ، TMR).

- المقاربة المعرفية (cognitive)

تقترح هذه المقاربة برامج علاجية حسب طبيعة الإضطرابات ، فهي تركز على النماذج المعرفية للغة. ظهرت هذه المقاربة أكثر مع بداية الثمانينات (1980) و الهدف هو تحقيق التشخيص الدقيق بهدف العمل على الوظيفة المعرفية. فهي تتطرق من فروض خاصة بالميكانيزمات المعرفية المضطربة و المحتفظ بها وهذا بالرجوع إلى نموذج التوظيف اللغوي المعرفي عند الشخص العادي. يتم العلاج من خلال مجموعة من التدريبات مرتبة وفق مستوى درجة الصعوبة (من السهل إلى الأكثر صعوبة). و في سياق الحالات التي تعاني من اضطرابات معرفية متعددة ، يحدّد الممارس مجموعة من الأهداف المناسبة لها و يختار منها تلك التي

تستجيب بطريقة متتابعة أو متزامنة. إن التحكم المسبق في المبادئ والنماذج النظرية مهم جداً في هذه المقاربة. ويمكن إدراج الخطوات المعتمدة في العلاج في العناصر التالية:

- تحليل الإضطرابات و تحديد طبيعتها و موقع الخلل في نموذج التوظيف
- تحديد أهداف العلاج و حصرها في وظيفة لغوية محدّدة
- اختيار استراتيجية علاجية حسب الفروض المتعلقة بطبيعة الاضطراب
- وضع مجموعة من المهمات تخدم تحقيق أهداف إستراتيجية العلاج
- إعداد تدرج محدد حسب مستوى الصعوبة
- إعداد طريقة لتقييم فعالية العلاج

- المقاربة البرغماتية أو التداولية (Pragmatique)

تتمركز هذه المقاربة على التواصل؛ فهي لا تهدف إلى علاج البنى اللغوية من الناحية الشكلية بل على استعمال و تنمية كل أنواع قنوات التواصل المُحتفظ بها (الحركات، الإيماءات، الرسم...). يمكن تطبيق هذه المقاربة في كل مراحل العلاج و مع مختلف الجداول العيادية المختلفة. يجمع هذا التيار العلاجي مختلف المقاربات العلاجية التعويضية (palliatives)، فهي تعطي أهمية بالغة لتوجيه و تحسيس الوسط العائلي للمفحوص، و هذا من خلال تدريب المساعدين (les aidants) على مساعدة الحالة في تنمية مهاراتها التواصلية قدر المستطاع. نشير أن المقاربات الكلاسيكية و المعرفية تهدف لإسترجاع (restauration) القدرات اللغوية من التدريب المنظم على السيرورات المعرفية المضطربة أو من خلال مبدأ التعويض. فهي تتوظّف من خلال "المحاولة - الخطأ" و تركز على التسهيلات (les facilitations) من قبل الفاحص. بمقابل هذا، تقترح المقاربة البرغماتية الوظيفية تدريب تدريجي على السلوكيات القابلة للملاحظة و على نشاطات الحياة اليومية. فهي تُعلم الحالة من خلال الأعمال الروتينية اليومية كيفية العمل (comment faire) حتى تتمكن من تجاوز صعوباتها في وضعيات التواصل.

- المقاربة النفسية (Psychologique)

تُشير الباحثة "براهمي سعيدة" (2012) إلى قيمة هذه المقاربة من خلال تصدر أعمال كوليت دوريو (Durieu C., 1969) و هي اختصاصية نفسانية اعتمدت على ملاحظاتها اليومية للحالات الحُسية، فقد بيّنت أهمية إعتقاد البُعد النفسي في تدخل معالج أمراض الكلام و اللغة في مجال الحُسة عبر اهتمامها بالتواصل و المدلول عوض التركيز فقط على الدال. إهتمامها بهذا البُعد جاء لعجز الأبحاث الطبية و العصبية للحبسة عن تقديم تفسير للآليات النفسية للغة المصاب. و تُحدّد كوليت دوريو ثلاثة مبادئ للعلاج :

إعطاء الأمان؛ الترويض على المهارات والتحفيز على حبّ الحوار. فهي تنطلق من فكرة أن علاج الحبسة يقوم على إعادة تنظيم بُنية الشخصية لدى الحبسي من أجل المشاركة في حياة اجتماعية مقبولة بالنسبة للمريض و الذين يحيطون به، مع وجود اضطرابات متبقية (براهيمي.س، 2012، ص65)

- أهداف العلاج ومبادئه في علم الحبسة:

تأخذ بعين الاعتبار مجموعة من العوامل المختلفة: درجة حدّة الإصابة، تذبذبات الاسترجاع، الجدول العيادي للحالة. فعلى الممارس تحديد احتياجات الحالة وانتظاراتها من خلال المشروع العلاجي. فمن بين أهداف العلاج في سياق الإصابات الخفيفة، نذكر إعادة تنظيم السيرورات المعرفية للغة بشكل مشابه لما كانت عليه قبل الإصابة العصبية. أما في الحالات الحادة، ينبغي تنمية أساليب التواصل التعويضية، فأهداف العلاج عموماً هي غير ثابتة بل تتكيف حسب تطور حالة المفحوص، فهي تُصاغ بشكل فردي خاص بالحالة، يتطرق برنامج العلاج أيضاً لمختلف النشاطات المعرفية المرتبطة باللغة (الانتباه، الذاكرة العاملة، الوظائف التنفيذية، الذاكرة الدلالية...). هناك مجموعة من المبادئ العلاجية التي تشترك فيها كل أنواع الحبسة:

1- ينبغي أن يكون العلاج في مرحلة مبكرة، فبداية العلاج تكون في ثلاثة الأشهر الأولى بعد الإصابة و هذا بمجرد حالة المفحوص تسمح بمتابعة حصص التكفل الأرتوفاوني. فقد أثبتت الأبحاث و الدراسات أن العلاج المبكر للحبسة يعطي نتائج إيجابية ثابتة كما يسمح بالتوظيف المبكر للمناطق الدماغية.

2- ينبغي أن تكون حصص العلاج مكثفة و يومية خاصة في الأيام الأولى بعد حالات الحوادث الوعائية الدماغية (AVC).

3- تقييم فعالية العلاج مهم جداً في المراجعة المستمرة لمحتويات البرنامج العلاجي وتكييفها حسب الجدول العيادي للحالة.

نبين أن معالج أمراض الكلام و اللغة (SLP) يهتم في هذا المجال بمجموعة مت الأهداف قريبة المدى و بعيدة المدى، إذ لا يقتصر عمله العيادي و العلاجي فقط على العمل على المهارات اللغوية الشفهية و المكتوبة بل يتجاوز هذا ليصل إلى أبعاد التواصل بمفهومه الشامل مراعيًا في ذلك الجدول العيادي الخاص بكل حالة إذ ينبغي أن يتحكم في مجموعة من المتغيرات كالمعاش النفسي للحالة و محيطها العائلي الذي يلعب دور مهم في تحسين كفاءات التواصل اللفظي و غير اللفظي و متغيرات أخرى تتعلق بالميزات العصبية المرضية للحالة (كإسراع رقة الإصابة و آثارها العصبية الحركية و النفسية العصبية) من هذا المنطلق

يحدد الممارس العيادي أهدافه وفق أولويات العلاج بدءاً باللغة الشفهية ومستوياتها المتباينة فهما وإنتاجاً مروراً باللغة المكتوبة ووصولاً إلى القدرات الحركية القاعدية المسؤولة عن النطق وقدرات التعرف المعرفي. إضافة إلى مختلف القدرات النفسية العصبية المرتبطة باللغة (الذاكرة العاملة؛ الإنتباه...). بدون أن ننسى مجال القدرات التداولية و التواصلية؛ فالهدف الأساسي في هذا المجال تحسين لغة الحالة بالعمل على مختلف المتغيرات المشار إليها سابقاً، وتقبل الحالة وتكيفها مع وضعيتها المعيشية الجديدة.

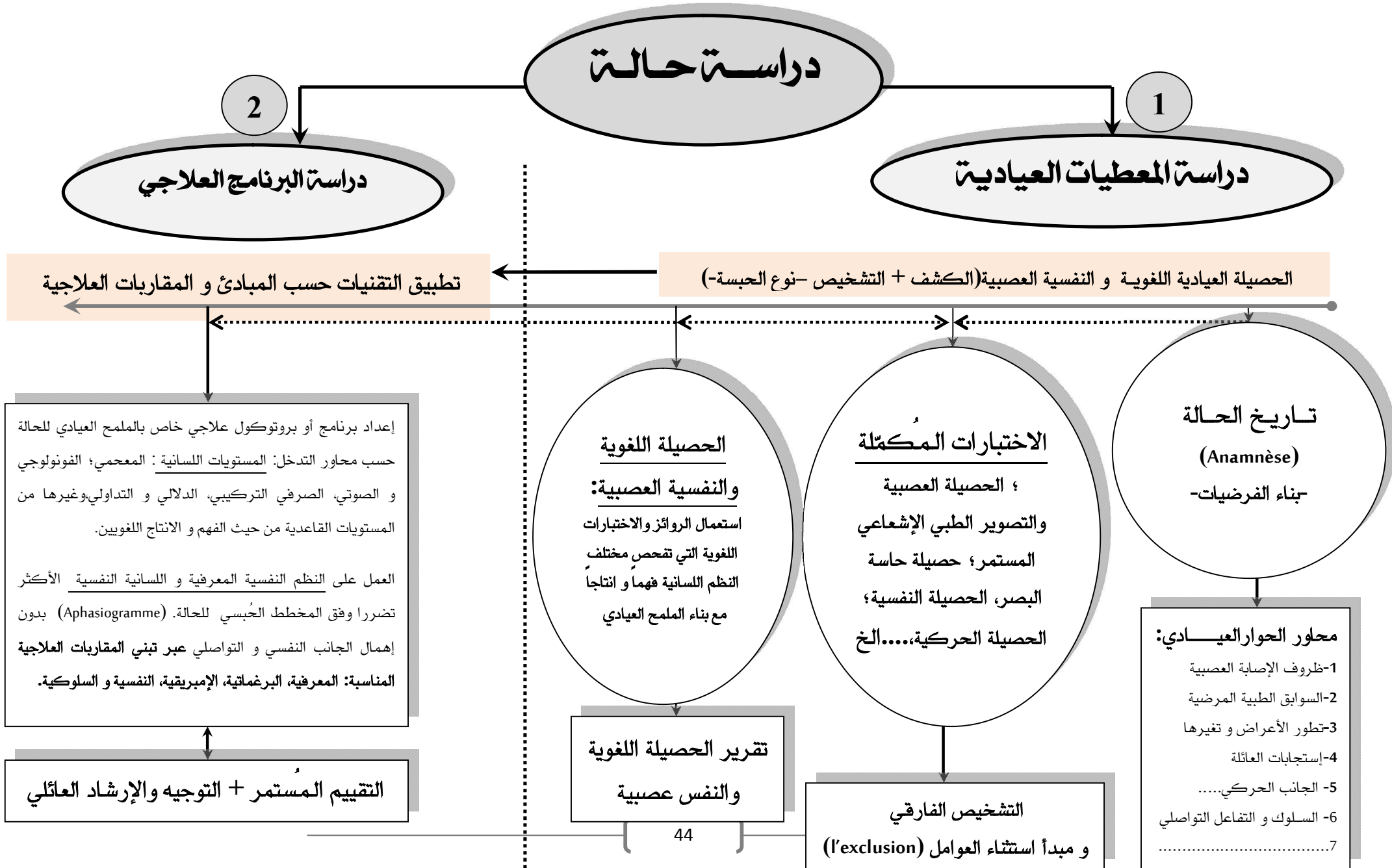
ملاحظة: تُشكل "حصص التوجيه و الإرشاد العائلي" جزء هام جداً في مسار التكفل الأرتو فوني فهي تهدف إلى خلق توازن الحالة في معاشها اليومي مع العائلة، أصدقائها واهتماماتها اليومية. في هذا السياق، تقترح بعض المؤسسات العيادية ورشات علاجية بهدف تقديم برنامج تربوي علاجي للحالة من خلال تنمية معرفتها حول التواصل عامة و أساليب التواصل عند الحبسي و المخاطب. إضافة إلى عرض مختلف نشاطات التواصل مع تقييم انفعالاتها و أهدافها لتحسين جودة الحياة (qualité de vie) من خلال التواصل. يستعمل الممارس مجموعة من الطرق في المرحلة العلاجية يتم اختيارها وفقاً لدراسة المعطيات العيادية للحالة (أنظر أكثر في الشكل رقم 01)، فكل أسلوب في العلاج له خلفية نظرية يُستخرج منها مجموعة من التقنيات المتخصصة. و من الطرق المستعملة الآتية في الجدول رقم (01) حسب مراجع تقديمها بالتفصيل.

جدول رقم (01): أهم النشاطات والطرق بمبادئها
وتقنياتها العلاجية في مجال التكفل بالحبسة في علم أمراض الكلام واللغة (SLP)

مرجع النشاط (أنظر إلى قائمة المراجع)	نشاطات العلاج بين المبدأ النظري والتقنيات
Dalrymple, A., Stranfield, S., & Walker, B. (2016)	علاج نشاط الفهم المعجمي
	تدريب الحُبيسي على استعمال ثنائية (نعم-لا)
	علاج الذاكرة البصرية
	علاج مهارة القراءة
	علاج الذاكرة السمعية و العاملة
	استثارة الرصيد المعجمي الدلالي
	تقنيات التأشير في وضعية التسمية
	استثارة التسمية الشفهية
	علاج التعرف على الألوان
	التدريب على حروف الجرّ و ظروف المكان
	الأرقام و الأعداد
	الأفعال
	الإيماءات
الرسم	
Sabadell, V., Tcherniack, V., Michalon, S., Kristensen, N., & Renard, A. (2018)	العلاج النغمي و الإيقاعي (MIT)
	علاج اضطرابات اللغة المكتوبة
	علاج فقدان الحركة الفمية الوجهية و فقدان حركة الكلام
	طريقة العلاج المكثف للفعل اللغوي (ILAT)
	طريقة تعزيز فعالية التواصل لدى الحبيسي (PACE)
	طريقة العلاج من خلال الفعل البصري (VAT)
برنامج إنتاج الجمل عند الحبيسي (SPPA)	
Lanteri, A. (2009)	مبادئ علاج اضطرابات الحبسة حسب الأنواع و المستويات اللسانية
Chomel-Guillaume, S., Leloup, G., Bernard, I., & Riva, I. (2010)	طريقة علاج الانتاج المعجمي المُدعّم بالحاسوب (TAO)
	طريقة الإستثارة المغناطيسية الدماغية (TSM)
Rousseau, T. (2004)	طريقة العلاج الجماعي للحالات الحُبيسية
	مبادئ علاج اضطرابات الذاكرة عند الحبيسي

ملاحظة: تعتبر المواضيع المشار إليها في الجدول أعلاه موضوع نشاطات الأعمال الموجهة الموزعة على أفواج الدفعة.

الخطوات المنهجية المختصرة لدراسة حالة الخُبسة في علم أمراض الكلام واللغة (SLP)



قائمة مراجع مطبوعت
محاضرات
الحبسة وأساليب التكفل

قائمة مراجع مطبوعة محاضرات الحبسة وأساليب التكفل

- إبراهيمي سعيدة (2012). الحبسة وعلم النفس العصبي عند الراشد. دار الخلدونية للنشر والتوزيع. الجزائر.
- إبراهيمي سعيدة (1999). الاضطراب الصريفي النحوي في حبسة بروكا والحبسة التوصيلية -دراسة عصبية نفسية لسانية من خلال تكييف Boston Los Morphology Syntaxe Battery لـ Angeles Goodglass. رسالة لنيل دكتوراه دولة في الأروطوفونيا. جامعة الجزائر.
- بوريدح نفيصة (2003). الاضطراب الصريفي النحوي لدى حبسي بروكا الناطق بالعربية العامية. دراسة لسانية باعتماد وسائل Clas. رسالة لنيل شهادة الماجستير في الأروطوفونيا. جامعة الجزائر.
- بوريدح نفيصة (2013). فقدان الكلمة واستراتيجيات التخفيف في الحبسة: وصف وتحليل وتصنيف وتفسير استراتيجيات التخفيف المستعملة من طرف الحبسي المصاب بفقدان الكلمة في نشاط تسمية الصور. دكتوراه العلوم في الأروطوفونيا. جامعة الجزائر2.
- Brin-Henry, F et al.(2018). Dictionnaire d'Orthophonie. 3^{ème} édition. Ortho-édition.
- Chomel-Guillaume, S et al. (2010). *Les aphasies Evaluation et rééducation*. Masson.
- Dalrymple, A et al. (2016). *Rééducation de l'aphasie Fiches d'exercices*. De Boeck.
- Ducarne De Ribaucourt B., (1965), Révisions (1975 et 1989), l'examen de l'aphasie, Paris, Les Edition du Centre de Psychologie Appliquée.
- Ducarne De Ribaucourt B., (1986), Rééducation sémiologique de l'aphasie, Paris, Masson.
- Forest D., (2005), Histoire des aphasies : une anatomie de l'expression Paris, P U F.
- Jakobson R., (1972), Langage enfantin et aphasie, Paris, Les éditions de Minuit.
- Kremer, J.-M et al (2016). *Guide de l'Orthophoniste : Intervention dans les troubles neurologiques liés au handicap, soins palliatifs*. Lavoisiers.
- Lambert J., (2005), Rééducation du langage dans les aphasies in Lambert J., les approches thérapeutiques en orthophonie : pathologie d'origine neurologique, Ortho Edition, 35-100.
- Lecours A.R &Lhermitte F., (1979), L'aphasie, Paris, Flammarion.

- Nespoulous J-L ., (1994), Linguistique et neurolinguistique tendances actuelles, Paris, société de Neuropsychologie de langue Française.
- Nespoulous J-L., Lecours A.R ., Lafond D. , Lemay A., Puel A., Joanette M., (1986), Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie, Isbergues, Ortho-Edition.
- Sabadell, V et al. (2018). *Pathologies neurologiques Bilans et interventions orthophoniques*. Deboeck.
- SAM. N. (2008). L'aphasie de l'enfant. OPU.
- Seron X. & vander linden M., (2002), Traité de neuropsychologie clinique, Marseille, Solal.
- Seron X., (1986) , Aphasie et neuropsychologie : approches thérapeutiques, Bruxelles, Mardaga
- Viader F et al. (2002). Aphasie. Encycl Méd Chir. Neurologie. 17-018-L-10.
- Zellal N., (1986), L'aphasie en milieu hospitalier algérien : Étude psychologique et linguistique. Thèse pour le doctorat d'état en lettres et sciences humaines, Université Paris III.
- Zellal N., (2002). Protocole Montréal-Toulouse 86. Version plurilingue Algérienne, Alger, Centre d'impression, Université d'Alger.