جامعة وهران 2 محمد بن احمد
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس والأرطوفونيا
شعبة الأرطوفونيا

دراسة أنواع الأبراكسيا عند حالات تعاني من حبسة بروكا

مذكرة لنيل شهادة الماستر تخصص أمراض اللغة والتواصل

إعداد الطلبة

بودياب سماح

بحري أمال

إشراف

د. أجد محمد عربي

لجنة المناقشة

الرئيس	د. بلعابد عبد القادر	جامعة وهران 02
المناقش	د. بن أعراب آسيا	جامعة وهران 02
المشرف	د. أجد محمد عربي	جامعة وهران 02

السنة الجامعية

2024/2023

كلمة شكر

نشكر الله سبحانه وتعالى ونحمده على توفيقه لنا في إنجاز هذا العمل المتواضع.

ثم نتوجه بالشكر والعرفان إلى عائلتنا التي ساندتنا طوال مشوارنا الدراسي

وإلى الأستاذ المشرف " أجد محمد عربي " الذي شرفنا بتأطير هذا العمل فكان صبورًا معنا وكان نعم الموجه.

نشكر المؤسسة العمومية الاستشفائية " احمد مدغري " لاستقبالهم الجيد لنا طول فترة إجراء هذه الدراسة خاصة رئيسة مصلحة الطب الداخلي والأخصائية الارطفونية التي لم تبخل بإعطاء النصائح والإرشاد والتوجيه لنا.

ونشكر كل اساتذة قسم علم النفس والارطوفونيا وزملاء الدفعة.

الاهداء

حانت لحظة لطالما انتظرتها وسهرت لأجلها لتكتمل اليوم فصولها معلنة وصولي للنجاح الذي كان ثمنه العمل الدؤوب والإيمان ببلوغ الغاية. لم يكن الطريق سهلاً إلا انه بفضل الله وتوفيقه وصلت وبهذه المناسبة أهدي نجاحي

إلى أعز من في الوجود أغلى من الروح ومن الحياة، إلى من لا تحلو الدنيا إلا بها منبع الحنان وبر الأمان إلى أرق قلب وأعطف كائن على الأرض إلى القلب الحنون والنابض لأجلي "أمي الحبيبة" حفظها الله لنا و

أطال في عمرها.

وإلى أشرف إنسان في الوجود، إلى من أفتخر بذكر اسمه وأحس بالعزة عند النظر في وجهه إلى من تعب لأجلي واستحمل كل المشاق إلى أعز روح تحس بي فلذة كبدي "أبي الغالي"أطال الله في عمره وأمده بالصحة والعافية.

إلى توأم روحي أختي العزيزة أغلى وأعز الناس إلى قلبي.

إلى عائلتي التي دعمتني طوال مشوار دراستي.

بودياب سماح

الاهداء

هاهيا الأيام تسير نحو المجد نحو يوم لطالما تمنيته مسار سنوات من التعب والسعي رغم المواجهات العديدة التي وقفت في طريقي أتممت نحوا الأمام وكل هدفي هذه اللحظة التي حلمت بها وقد بلغتها بتوفيق من الله وبهده المناسبة اهدي ثمرة جهدي

الى

سندي ومصدر دعمي الذي لطالما شجعني وأنار دربي لم يعجز يوما على تقديم يد العون لي أبي الغالي فخري كل كلمات تعجز وصفك الأن أبنتك اليوم في أروع يوم لها بسببك لولاك لما وصلت أدامك الله لي بالصحة والعافية يغالي

الى

حبيبتي وصاحبت الكلمة الطيبة والبسمة التي تنسي التعب حبيبتي امي الغالية صديقة الدرب التي رافقتني في جميع مراحل دراستي ولم تبخل يوما بدعمي أدامك الله بصحة والعافية

الى

أختي الحبيبة التي رغم صغر سنها دعمتني ووقفت بجانبي ثابرت كانت المصغية الراشدة حبيبتي وفقك الله

بحري أمال

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة أنواع الأبراكسيا لدى حالات تعاني من حبسة بروكا ولتحقيق هدف الدراسة اعتمدنا على منهج دراسة الحالة باستخدام أدوات بحثية متعددة، تمثلت في اختبار الفحص اللغوي للحبسة وتقييم البراكسيا البنائية (MTA)، اختبار الشاشة للأبراكسيا (Apraxia sceen of TULIA) لتقييم الأبراكسيا الفكرية-الحركية، وأداة علبة براكسي (Praxi Box) لتقييم الابراكسيا الفمية-الوجهية. شملت الدراسة خمس حالات من الجنسين (ذكور وإناث) تراوحت أعمارهم بين 48 و69 سنة، تم اختيارهم بطريقة قصدية. أظهرت نتائج الدراسة أن جميع الحالات تعاني من الأبراكسيا، حيث تبين بشكل رئيسي غياب الأبراكسيا البنائية لدى جميع الحالات، مع وجود صعوبات متفاوتة في الأبراكسيا الفكرية-الحركية والأبراكسيا الفمية-الوجهية.

الكلمات المفتاحية: حبسة بروكا، أبراكسيا بنائية، أبراكسيا فكرية-حركية، أبراكسيا فمية-وجهية.

Résumé :

Cette étude vise à identifier les types d'apraxie chez les patients souffrant d'aphasie de Broca. Pour atteindre cet objectif, nous avons adopté la méhode d'étude de cas en utilisant divers outils de recherche, notamment le test d'évaluation linguistique de l'aphasie, l'évaluation de l'apraxie constructive (MTA), le test de dépistage de l'apraxie (Apraxia Screen of TULIA) pour évaluer l'apraxie idéomotrice, et l'outil Praxie Box pour évaluer l'apraxie bucco-faciale. L'étude a inclus cinq cas de patients des deux sexes (hommes et femmes), âgés entre 48 et 69 ans, sélectionnés d'une manière intentionnelle. Les résultats de l'étude ont montré que tous les patients souffraient d'apraxie. On a principalement constaté l'absence d'apraxie constructive chez tous les cas, avec des difficultés variées dans l'apraxie idéomotrice et l'apraxie bucco-faciale**.**

Mot clés : aphasie de broca, apraxie constructive, apraxie iddéomotrice, apraxie bucco-faciale.

Abstract:

This study aims to identify the types of apraxia in Casses suffering from Broca's aphasia. To achieve this goal, we relied on the case study methodology using multiple research tools, including the language assessment test for aphasia, the evaluation of constructive apraxia (MTA), the Apraxia Screen of TULIA to evaluate ideomotor apraxia, and the Praxie Box tool to evaluate bucco-facial apraxia. The study included five cases of both male and female genders, aged between 48 and 69 years, selected intentionally. The results showed that all patients suffered from apraxia. It was mainly found that there was an absence of constructivel apraxia in all cases, along with varying difficulties in ideomotor apraxia and bucco-facial apraxia.

Keywords: Broca’s aphasia, constructivel apraxia, ideomotor apraxia, bucco-facial apraxia.

فهرس المحتويات

كلمة شكر

الاهداء

ملخص الدراسة

فهرس المحتويات

مقدمة 1

الفصل الاول مدخل إلى الدراسة

الإشكالية 4

فرضيات الدراسة.....9

أهداف الدراسة 9

أهمية الدراسة.....9

المفاهيم الاجرائية.....10

الفصل الثاني: حبسة بروكا

تمهيد.....12

أولا: الحبسة.....12

لمحة تاريخية عن الحبسة.....12

تعريف الحبسة.....13

أسباب الحبسة.....15

ثانيا: حبسة بروكا 23

تعريف حبسة بروكا.....23

الأساس التشريحي لحبسة بروكا 24

تشخيص حبسة بروكا 26

إعادة التأهيل الارطفوني.....29

خلاصة.....32

الفصل الثالث: المقاربة النفسية العصبية للأبراكسيا

تمهيد.....34

أولا: البراكسيا.....34

مناطق الدماغ المسؤولة عن الحركة.....34
تعريف البراكسيا.....35
ثانيا الأبراكسيا 35
لمحة تاريخية عن الأبراكسيا 35
تعريف الأبراكسيا.....36
أنواع الأبراكسيا 38
الأبراكسيا عند حبسي بروكا 42
تشخيص الأبراكسيا.....43
إعادة تأهيل الأبراكسيا.....44
خلاصة.....47

فصل الرابع الاجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد.....49
الحدود المكانية 49
الحدود الزمنية 50
منهج الدراسة 50
تقديم الحالات العيادية 50
أدوات الدراسة.....51
خلاصة.....57

الفصل الخامس: تحليل النتائج ومناقشتها

تحليل نتائج الحالة الاولى 59
تحليل نتائج الحالة الثانية.....63
تحليل نتائج الحالة الرابعة 73
تحليل نتائج الحالة الخامسة 78
تحليل النتائج الإجمالية لحالات الدراسة 83
مناقشة نتائج الحالات العيادية في ضوء فروض الدراسة.....86
خاتمة 88
المراجع 91
الملاحق.....97

فهرس الجداول

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
01	الأعراض الخاصة بحبسة بروكا	25
02	أنواع الابراكسيا الاشارية	40
03	خصائص الحالات العيادية	50
04	بنود اختبار MTA	52
05	البنود المستعملة في إطار الدراسة	52
06	نتائج الحالة الأولى من اختبار MTA	59
07	نتائج الحالة الأولى من أداة Praxi Box	61
08	نتائج الحالة الأولى من اختبار TULIA	62
09	نتائج الحالة الثانية من اختبار MTA	64
10	نتائج الحالة الثانية من أداة Praxi Box	66
11	نتائج الحالة الثانية من اختبار TULIA	67
12	نتائج الحالة الثالثة من اختبار MTA	69
13	نتائج الحالة الثالثة من أداة Praxi Box	71
14	نتائج الحالة الثالثة من اختبار TULIA	72
15	نتائج الحالة الرابعة من اختبار MTA	74
16	نتائج الحالة الرابعة من أداة Praxi Box	76
17	نتائج الحالة الرابعة من اختبار TULIA	77
18	نتائج الحالة الخامسة من اختبار MTA	79
19	نتائج الحالة الخامسة من أداة Praxi Box	81

20	نتائج الحالة الخامسة من اختبار TULIA	82
21	نتائج الحالات وفق الأبعد الثلاثة	83

فهرس الاشكال

رقم الشكل	العنوان	الصفحة
01	رسم تخطيطي للموقع العصبي لحبسة بروكا عرض أفقي	17
02	رسم تخطيطي للموقع العصبي لحبسة بروكا عرض جانبي	17
03	رسم تخطيطي للموقع العصبي للحبسة عبر القشرة الحركية عرض جانبي	18
04	رسم تخطيطي للموقع العصبي للحبسة الكلية عرض أفقي	19
05	رسم تخطيطي للموقع العصبي للحبسة عرض جانبي	19
06	رسم تخطيطي للموقع العصبي لحبسة فارنيكي عرض جانبي	20
07	رسم تخطيطي للموقع العصبي لحبسة فرنيكي عرض أفقي	20
08	رسم تخطيطي للموقع العصبي للحبسة عبر القشرة الحسية عرض أفقي	21
09	رسم تخطيطي للموقع العصبي للحبسة التوصيلية عرض جانبي	22
10	رسم تخطيطي للموقع العصبي للحبسة النسيانية عرض جانبي	23
11	صورة لاختبار B. DUCARNE	28
12	صورة لرائز MT 86	28
13	صورة لسلم بوسطن لتقييم الحبسة	29
14	صورة للفصوص والتلافيف في النصف الكرة الايسر	34
15	صورة للإيماءات المجردة	44
16	صورة للبرنامج Audiblox	45
17	صورة أداة Praxi Box	53
18	المخطط الحبسي لنتائج الحالة الأولى في اختبار MTA	60

19	المخطط الحبسي لنتائج الحالة الثانية في اختبار MTA	65
20	المخطط الحبسي لنتائج الحالة الثالثة في اختبار MTA	70
21	المخطط الحبسي لنتائج الحالة الرابعة في اختبار MTA	75
22	المخطط الحبسي لنتائج الحالة الخامسة في اختبار MTA	80
23	نسب الحالات الخمس وفق الأبعاد الثلاثة	84

مقدمـة

تعتبر أمراض الجهاز العصبي المركزي وخصوصا تلك التي تصيب الدماغ تشمل مجموعة متنوعة من الاضطرابات التي تؤثر على بنيته ووظيفته. نظراً لأن الدماغ هو العضو المسؤول عن تنظيم جميع وظائف الجسم فان أي تلف يمكن ان يؤدي الى مشاكل خطيرة في الوظائف المعرفية (كالإدراك اللغة الانتباه ...) وحتى الوظائف الحيوية.

من بين أكثر الاضطرابات شيوعا في الوسط الاكلينيكي الجزائري نجد الحوادث الوعائية الدماغية التي تحدث نتيجة تعطل تدفق الدم الى جزء من الدماغ، اما بسبب انسداد الأوعية كتجلط الدم او نزيف كتمزق الأوعية الدموية. وهذا ما يؤدي الى حرمان مناطق الدماغ من الاكسجين والمغذيات الضرورية وبالتالي يحدث تلف في الأنسجة الدماغية.

من أخطر الإصابات الناتجة عن الحوادث الوعائية نجد اضطراب الحبسة، فقد حظيت هذه الأخيرة اهتمام الباحثين والعلماء والأطباء أهمهم Broca, Jacobson, Trousseau, LeGall, Werniche

اتفقوا على أن الحبسة تعتبر خللا في تنظيم وظيفة اللغة سواء كان الجانب الذي يتعلق بالتعبير (التشفير)أو الجانب الذي يتعلق بالفهم (فك التشفير)، ويمكن أن تؤثر على اللغة الشفهية و / أو اللغة المكتوبة نتيجة لتلف مناطق معينة من الدماغ المسؤولة عن معالجة اللغة.

تختلف أنواع الحبسة حسب موقع الإصابة في الدماغ. ومن أكثر الأنواع شيوعا نجد حبسة بروكا (الحبسة الحركية /الحبسة التعبيرية) فهي تمس بالدرجة الاولى قدرة الشخص عن التعبير (الانتاج) ويبقي الفهم محتفظ به نسبيا. يصاحب هذا النوع اصابة في مناطق جبهية لنصف كروي الأيسر عند اليمنى، فهي تنتج عن إصابة على مستوى المنطقة الحركية للغة تحديدا في التلفيف الجبهي الثالث للنصف الكرة المخية الأيسر F3 الموافق للباحة الحركية 44-45 حسب تقسيم برودمار.

يعاني معظم المصابون بها من اضطرابات وصعوبات في حركية الجسم (كالشلل الكلي او النصفي) بالإضافة الى مشاكل في التعبير والكلام: كالقولبية، نقص الكلمة، اضطرابات نطقية، أبراكسيا (فقدان الاداء الحركي) ....

حيث هذا العرض الأخير حظي اهتمامنا فهو اضطراب عصبي يؤثر على تنفيذ الحركات الأرادية المكتسبة يعني أن المصاب بها قادر على فهم الأوامر ولكن غير قادر على تنفيذها بسبب خلل في التخطيط الحركي والتنفيذ.

بناءًا على ما سبق ارتأينا في هذه الدراسة تسليط الضوء على مختلف أنواع الأبراكسيا التي يعاني منها المصابون بحبسة بروكا. وقد اتبعنا عدّة مراحل للقيام بهذه الدراسة للوصول إلى الهدف المسطر، شمل البحث على مقدمة نتقرب من خلالها على المعلومات النظرية الخاصة بالموضوع وقسمنا دراستنا إلى قسمين. يشمل القسم النظري ثلاثة فصول: الفصل الأول يتناول مدخل الدراسة الذي يضم الإشكالية، الفرضيات، أهمية وأهداف الدراسة، والمفاهيم الإجرائية. أما الفصل الثاني فيتناول مفهوم الحبسة، أسبابها وأنواعها، ثم حبسة بروكا، بما في ذلك الأساس التشريحي لها، أعراضها، طرق تشخيصها، وإعادة تأهيلها. والفصل الثالث يتطرق إلى المقاربة النفسية العصبية للابراكسيا، بدايةً بتحديد المناطق المسؤولة عن الحركة وتعريف البراكسيا، ثم تعريف الابراكسيا، أنواعها، تشخيصها، وإعادة تأهيلها. أما القسم التطبيقي، فيضم فصلين: الأول مخصص للإجراءات المنهجية للدراسة، يتضمن منهج البحث، مكان وزمان إجراء الدراسة، تقديم الحالات العيادية وخصائصها، أدوات الدراسة؛ والفصل الثاني مخصص لتحليل النتائج، ثم مناقشتها في ضوء الفرضيات، ويختتم البحث بالخاتمة التي تستعرض النتائج الرئيسية والتوصيات.

الفصل الاول: مدخل إلى الدراسة

الاشكالية

فرضيات الدراسة

أهداف الدراسة

أهمية الدراسة

تحديد المصطلحات الاجرائية

الإشكالية:

يندرج موضوع دراستنا ضمن مجال الحبسة، حيث صب اهتمامنا على دراسة أنواع الأبراكسيا لدى حالات تعاني من الحبسة غير الطليقة (بروكا).

يعتبر الدماغ عضو رئيسي في الجهاز العصبي للإنسان. فهو المسؤول عن وظائفه الحيوية منها الحركة، الحواس، التفكير، الذاكرة، المشاعر.. وكذا وظائفه الذهنية. فأي إصابة على مستوى الدماغ تؤدي إلى تعطيل قدراته. يمكن ملاحظة هذا الإضطراب على أنه فقدان الحركة، الذاكرة، مشاكل في اللغة، تغيرات في المزاج والشخصية، وعدد كبير من التأثيرات الأخرى على حياة الفرد.

من بين الإضطرابات التي تنتج عن الإصابات الدماغية نجد الحبسة التي تعد اضطراب مكتسب يؤثر في عملية التواصل، وتحديداً في القدرة على فهم اللغة وإنتاجها. تحث هذه الحبسة نتيجة تلف في الدماغ مما يعطل وظائفه ويؤثر على مناطق اللغة. ونتيجة لذلك، يفقد الفرد القدرة على السؤال أو الإجابة، إصدار الأوامر أو تنفيذها، وكذلك مشاركة الآخرين في مشاعرهم وعواطفهم، وبكلمات أخرى، إن إصابة الدماغ مسؤولة عن تغيير قدرات الأداء اللغوي لدى المصابين (Hulghlett, et all, 1994, pp 159-166).

في حين نجد أنواع من الحبسة تختلف باختلاف المناطق المصابة والأسباب من بينها حبسة بروكا (Aphasie de Broca) التي تنتج عن إصابة المنطقة السفلية للتلفيف الجبهي الثالث من النصف المخي الايسر، والمعروفة بمنطقة بروكا وحملت هذه المنطقة في تقسيم برودمان الرقم 44- 45 وقد تمتد الإصابة بهذه الحبسة لتشمل أيضا المناطق المحيطة بها مثل الجزء السفلي من الشريط الحركي والمناطق التي تقع فوق المنطقة 44 وتحتها (لعثماني وشمومة، 2020، ص 20).

تعتبر حبسة بروكا من بين أنواع الأكثر انتشارا في الوسط الإستشفائي، فهي اضطراب لغوي يصيب القدرة على إصدار الكلام، وقد سميت بذلك نسبة للطبيب الفرنسي الجراح "بول بروكا" الذي قام سنة 1861بفتح دماغ أحد المرضى (يدعى TAN TAN بعد وفاته وكان يعاني من عجز في إصدار الكلام بشكل طبيعي، وقد أدى اكتشاف هذه الحبسة الكلامية إلى ظهور تخصص يُعنى بدراسة الحبسة ومختلف أصنافها، ويدعى "الافازيولوجيا" (موهوب، 2017، ص 52) .

تُعرف شوال نصيرة حبسة بروكا بأنها: "إصابة على مستوى القدرات الإنتاجية مع وجود أعراض واضحة على مستوى الدال والمدلول، تظهر في تقليص للكلام، والذي يتجلى في إنتاج قليل لفترة قصيرة مع توقف طويل واضطراب نحوي صرفي، وإجهاد في الكلام واضطرابات نطقية ذات أصل عصبي" (شوال، 2017،ص 196).

غالبا ما يفقد حبسي بروكا القدرة على الكلام أو كلامه يكون غير مفهوم وهو من بين الأعراض الإكلينيكية السائدة حيث يرى محمد " أنها تتميز بالتقليل الكمي والكيفي للغة الشفوية لكل المحاولات ذات المصدر اللساني ومجرى الكلام يكون بطيئا يمتاز بتوقفات وتقطعات. كما تتميز كذلك بالقولبية والأخطاء النحوية والتركيبية، بينما الفهم الشفهي والكتابي يكون سليما أو تقريبا سليما" (حولة ، 2011، ص 61).

ولقد اهتم الكثير من الباحثين بدراسة الإضطرابات التي تمس الجانب اللغوي لحبسة بروكا نجد دراسات تناولتها من جانب لساني عيادي كدراسة الطاهر مساحلي (2012) التي تهدف الى دراسة الاضطراب النحوي عند المصابين بحبسة بروكا على عينة من أربع حالات تم اختيارهم بطريقة قصدية. باستخدام منهج دراسة حالة وتطبيق اختبار (MTA 1999) النسخة الجزائرية واختبار (Blanche ducarne 1976) وأداة التحليل المتمثلة في النظرية الخليلية الحديثة. أسفرت النتائج على عجز في أغلب حالات التراكيب انخفاض في مستوى استعمال الربط حذف الافعال والتعويض بصيغ الابتداء.

أما دراسة عبدوش ريم (2012) تهدف إلى دراسة علاقة استرجاع القدرات المعرفية اللغوية باسترجاع القدرات الحركية لدى المصاب بحبسة بروكا، من طرف مختصين أرطوفونيين ومختص في إعادة التربة الحركية بتطبيق اختبار (MTA) على عينة مكونة من أربع حالات مصابين بحبسة بروكا توصلوا إلى أن إعادة التربية الحركية تؤثر إيجابيا على الكفالة الارطفونية واسترجاع اللغة لدى الحبسي بروكا، وهناك علاقة التكامل والترابط فيما بينهما.

ودراسة حمان حنان وبن سبع شيماء التي هدفت لدراسة فقدان البناء التركيبي في نشاط السرد عند حبسي بروكا وفق مبادئ المدرسة الخليلية الحديثة مركزين اهتمامهم على تقييم وتحليل أعلى المستويات وهو الخطاب لدى المصابين بحبسة بروكا بالاعتماد على المنهج الوصفي (دراسة حالة) بتطبيق بنود اختبار اللغة الشفهية من رائز (MTA 2002) كأداة للفحص والتشخيص وتمرير المشاهد الثالثة من اختبار (Blanche Ducarne).توصلوا الى أن صياغة الوحدات التركيبية لدى الحبسي بروكا متضررة بنسبة مهمة مقارنة بصياغة الوحدات اللفظية الاسمية والفعلية، وذلك من خلال عدم قدرة المصاب على تطبيق التحويلات باستعمال الزوائد التركيبية وحذف بعض المواضع من التراكيب(حمان و بن سبع 2020).

ودراسة عراشي ريم ومعاش خديجة (2021) تحت عنوان "الاضطرابات المعجمية والدلالية والفونولوجية عند حبسي بروكا" هدفت الى التعرف على مستويات اللغة، المستوى المعجمي، المستوى الدلالي، المستوى الفونولوجي عند المصاب بحبسة بروكا. وبالتالي استخلاص الاضطرابات المتعلقة بتلك المستويات. ولتحقيق أهداف تلك الدراسة تم تطبيق بعض البنود من بطارية (MT 86) المكيفة على البيئة الجزائرية. على عينة متكونة من أربع حالات مصابة بحبسة بروكا، بالاعتماد على المنهج الوصفي (دراسة حالة)، ويتم بعدها تحليل النتائج كميا وكيفيا واستخلاص الاضطرابات المتعلقة بالمستويات المطلوبة. اسفرت النتائج على ان المصاب بحبسة بروكا يعاني من اضطرابات معجمية ودلالية وفونولوجية مع تسجيل تباين في حدة هذه الاضطرابات من شخص الى آخر، وهذا راجع الى درجة الاصابة وحسن التكفل.

ففي دراسة رانية حداد وبن عصمان عبد الله هدفت الى الكشف عن مؤشرات اضطرابات المستوى الفونولوجي والمستوى المعجمي لدى حبسي بروكا الراشد، حيث تكونت عينة الدراسة من 41 اخصائيا ارطوفونيا تم اختيارهم بطرقة قصدية. ولجمع البيانات تم تصميم استبيان اضطرابات المستوى الفونولوجي والمستوى المعجمي من طرف الباحثين والذي تكون من 30 بندا. وقد اعتمد هذان الباحثين على المنهج الوصفي وتم تحليل النتائج عن طريق ال (SPSS)، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود مؤشرات اضطرابات المستوى الفونولوجي والمستوى المعجمي لدى حبسي بروكا الراشد من وجهة نظر الاخصائيين الارطوفونيين بدرجة كبيرة (بن عصمان و حداد، 2023).

أما حنيفة جديد (2023) هدفت دراسته الى الكشف عن فعاليته في التقليل من نقص الكلمة عند حبسي بروكا باستخدام دراسة حالة. تم الاستعانة ببند التسمية اللفظية لرائز (MTA 2002) على حالتين تعاني من نقص الكلمة بعد حادث وعائي دماغي. وقد تم التوصل الى نتائج سمحت لإعادة تأهيل نقص الكلمة عن طريق نظام التواصل عبر تبادل الصور (PECS) بتحسين الاستحضار المعجمي.

يتضح لنا مما سبق أن أغلبية الدراسات ارتكزت على الإضطرابات البارزة في الجدول العيادي لحبسة بروكا في حين أن هناك أعراض مصاحبة لهذا الاضطراب من بينها الأعراض العصبية والنفس–عصبية أهمها الأبراكسيا يعرفها محمد حوله" بأنها عدم القدرة على استحضار الحركات اللازمة لسلوك معين، مما يؤدي إلى سوء تنظيم في الحركات" (حولة ، 2011، ص 61)

فمجال الأبراكسيا يعد معقدًا للغاية، حيث تم وصف أشكال سريرية مختلفة، من بينها الأبراكسيا (الوجهية –الفمية، المشي، اللباس، البنائية، الحركية، الفكرية الحركيةو الفكرية)(DAVID, 2018, p 35) ، نجد الدراسات التي تناولت الأبراكسيا كدراسة العثماني وشموسة (2015) هدفت الى معرفة تأثير الأعراض النفس – عصبية، وخاصة أبراكسيا اللباس على الحياة اليومية للأشخاص المصابين بحبسة بروكا .بالاعتماد على منهج دراسة الحالة وتطبيق اختبار (Figure de REY)، على حالة واحدة تبلغ من العمر 45 سنة. حيث توصلا إلى تحقيق الفرضية العامة والتّي تنص على أن الأشخاص المصابين بحبسة بروكا يعانون من عرض أبراكسيا اللباس وهذا ما يؤثر على حياتهم اليومية.

أما دراسة Mathilde Dollet (2015)تركز على فهم التحديات التي يواجهها المرضى الذين يعانون من تراكم الأفازيا والأبراكسيا الحركية من خلال تطبيق اختبار (BEP) و(TLA)على عينة مكونة من 3 حالات مصابين بأمراض الدماغ نتيجة لجلطة دماغية ناجمة عن انسداد الشريان السفلي الأيسر لتقييم الابراكسيا ومحاولة اعادة تأهيلهم.

ودراسة اخرى هدفت الى فهم تأثير تقنيات البرمجة على أداء النسخ لدى المصابين بالأبراكسيا نتيجة لإصابات في النصف الأيمن والأيسر من الدماغ. تم استهداف عينة من 32 حالة، حيث كان 14 منهم يعانون من إصابات في الجهة اليسرى من الدماغ، في حين كان 18 منهم يعانون من إصابات في الجهة اليمنى. تم تطبيق اختبارات تضمنت الرسم المنسوخ من نماذج مثل المكعب والمنزل والدراجة الهوائية. حيث أظهرت النتائج أن تقنيات البرمجة تسهل عملية النسخ لدى المرضى المصابين باصابات في الجهة اليسرى من الدماغ. لاحظ الباحثون أن هؤلاء المرضى يواجهون صعوبة في التخطيط وتنظيم الحركات، وبالتالي كانت تقنيات البرمجة مفيدة لهم في تحسين أدائهم. أما بالنسبة للمرضى المصابين بإصابات يمنية، فقد أظهرت النتائج أن لديهم قدرة جيدة في التخطيط والتنظيم، وبالتالي كانت تقنيات البرمجة تعيق قدرتهم على النسخ(Hécaen et Assal, 1970) .

قامت Leary Manon(2019) بدراسة العلاقة بين الحبسة، الأبراكسيا والتواصل غير اللفظي في حالة الإصابة بسكتة دماغية على ثلاث حالات تتراوح أعمارهم ما بين (55 و69 سنة) تم اختيارهم بطريقة قصدية (أشخاص يمينيين عانوا من جلطة دماغية في النصف الأيسر، وعشرة أشخاص يمينيين سليمين)، قامت بتطبيق مقياس ASRS من BDAE اختبار86 MT، اختبارات لتقييم الأبراكسيا، تقييم للإيماءات غير اللفظية. كما أسفرت نتائج الدراسة إلى أنه لا يوجد فرق ملحوظ في استخدام الإيماءات غير اللفظية بين المرضى

الذين عانوا من جلطة دماغية في النصف الأيسر وبين الأشخاص الأصحاء. كما أن شدة الأفازيا لم تؤثر على كمية الإيماءات التي قاموا بها. يعني ذلك أن الاضطرابات المرتبطة باللغة والحركة لا تؤدي بالضرورة إلى زيادة في استخدام الإيماءات غير اللفظية كآلية بديلة للتواصل.

اما الباحثة بن العيفاوي حليمة (2021) هدفت دراستها الى تقييم الأبراكسيا الفكرية الحركية لدى مرضى الحوادث الوعائية الدماغية وتوضيح العجز المعرفي العصبي في ظهور الإضطراب وعلاقته بالسلوك اليومي للمريض. حيث اعتمدت على المنهج العيادي لستة حالات مصابة بحادثة وعائية إقفارية من كلا الجنسين، إستخدمت تقييم أولي وتقييم أساسي بحيث قننت إختبار للأبراكسيا الفكرية الحركية (TULIA screen apraxia) وإستبانة لتقييم السلوك اليومي للمرضى المعدة من طرفها. توصلت ابحاثها الى انه يمكن تقييم الأبراكسيا الفكرية الحركية في البيئة الجزائرية باستعمال اختبار(TULIA) ، لا توجد علاقة طردية بين شدة الأبراكسيا وشدة الشلل النصفي، بل هناك علاقة بين الأبراكسيا الفكرية الحركية وصعوبات في السلوك اليومي.

في حين قامت هني حياة (2023) بناء أداة لتقييم الابراكسيا الفمية الوجهية لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب حبسة بروكا، بعد تطبيق تطبيق اختبار (MTA 2002)لتأكيد تشخيص الحبسة. اعتمدت على المنهج الشبه تجريبي ثم شرعت في تطبيق الأداة على سبع حالات تم اختيارهم بطريقة قصدية. وتوصلت الى ان الأداة دور في تقييم الابراكسيا الفمية الوجهية.

ويتضح فيما سبق أن الدراسات المذكورة تركز على أشكال محددة من الأبراكسيا وليس على جميع أشكالها وعليه يمكن القول إن الدراسات المذكورة تعكس جزءا صغيرا من مجمل الصورة، ولكنها ليست شاملة لكل أشكال الأبراكسيا وتطبيقاتها. وهذا ما صب اهتمامنا اليه في دراستنا الحالية وطرح الاشكال التالي:

هل تعاني الحالات العيادية المصابة بحبسة بروكا من الأبراكسيا؟

التساؤلات الجزئية

- هل تعاني الحالات العيادية المصابة بحبسة بروكا من أبراكسيا فمية –وجهية؟
- هل تعاني الحالات العيادية المصابة بحبسة بروكا من أبراكسيا فكرية– حركية؟
- هل تعاني الحالات العيادية المصابة بحبسة بروكا من أبراكسيا بنائية–بصرية؟

فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

تعاني الحالات العيادية المصابة بحبسة بروكا من أبراكسيا.

الفرضيات الجزئية :

- تعاني الحالات العيادية المصابة بحبسة بروكا من أبراكسيا فمية- وجهية.
- تعاني الحالات العيادية المصابة بحبسة بروكا من أبراكسيا فكرية- حركية.
- تعاني الحالات العيادية المصابة بحبسة بروكا من أبراكسيا بنائية.

أهداف الدراسة:

- التعرف والفهم لحبسة بروكا.
- التعرف على ما إذا كان المصابون بحبسة بروكا يعانون حقيقة من عجز في الأبراكسيا.
- تقييم الابراكسيا الفمية الوجهية لحالات عيادية تعاني من حبسة بروكا.
- تقييم الأبراكسيا الفكرية الحركية لحالات عيادية تعاني من حبسة بروكا.
-تقييم الابراكسيا البنائية لحالات عيادية تعاني من حبسة بروكا.

أهمية الدراسة:

أهمية نظرية أكاديمية:

- تقدم هذه الدراسة معلومات نظرية حول حبسة بروكا وهو ما يسمح بفهم هذه الفئة خصوصا من الجانب الحركي.
- الكشف عن الأبراكسيا لدى هذه الفئة من خلال دراسة إكلينيكية لها وتقييمها.

– رغبتنا في الكشف عن مدى تأثير حبسة بروكا على الجانب الحركي للمصاب وخصوصا الأبراكسيا.

أهمية تطبيقية:

– توجيه الاهتمام الأكاديمي نحو مجال الحبسة ككل، مما يشجع الباحثين الذين لديهم رغبة في تناول هذا الموضوع والتقرب أكثر من هذه الفئة للاستكشاف وفهم الاضطراب بشكل أفضل.

– تشجيع على المزيد من الأبحاث والدراسات المستقبلية حول حبسة بروكا، مما يؤدي إلى تطوير الاستراتيجيات التشخيصية والتداخل العلاج.

– مصدر للفهم العلمي لحبسة بروكا والقاء الضوء على جوانب متعددة من هذا الاضطراب، مما يسهم في تطوير المعرفة وإثراء المكتبات الجامعية.

–الهام الباحثين لاستكشاف زوايا جديدة وتوجيه التركيز نحو جوانب لم تُستكشف بعد.

المفاهيم الاجرائية:

حبسة بروكا: اضطراب لغوي ناتج عن الحوادث الوعائية الدماغية يكون فيها فقدان كلي او جزئي لكفاءات اللغة فهما/ انتاجا ويتم تشخيصه من خلال تطبيق اختبار (MTA) المكيف على البيئة الجزائرية من طرف الباحثة نصيرة زلال 2002 و الذي تم استخدامه في دراستنا .

الأبراكسيا (Apraxie): فقدان المصابين بحبسة بروكا القدرة على تنفيذ الحركات الإرادية.

الأبراكسيا الفمية الوجهية (Apraxie bucco–facial): يجد المصاب بحبسة بروكا صعوبة في تنسيق وتحريك عضلات الوجه بشكل ارادي لأداء حركات معينة ويتم تقييمه من خلال (Praxi box).

الأبراكسيا الفكرية الحركية (Apraxie idéo–motrice) هي صعوبة في تنفيذ الحركات الإرادية موجهة رغم القدرة على فهم المهمة والقدرة الجسدية للقيام بها ويتم تشخيصها من خلال اختبار (TULIA).

الأبراكسيا البنائية (Apraxie constructive) يظهر الأفراد المصابون بها صعوبات في الانشطة التي تتطلب تنظيما مكانيا كالرسم رغم قدرتهم على فهم المهمة يتم تشخسص هذه الصعوبة من خلال اختبار (MTA).

الفصل الأول: حبسة بروكا

تمهيد

أولا: الحبسة

لمحة تاريخية عن الحبسة

تعريف الحبسة

أسباب الحبسة

أنواع الحبسة

ثانيا: حبسة بروكا

تعريف حبسة بروكا

الأساس التشريحي لحبسة بروكا

الأعراض الإكلينيكية لحبسة بروكا

تشخيص حبسة بروكا

إعادة التأهيل الأرطفوني

خلاصة

يتحكم الدماغ في الوظائف الحيوية والذهنية للإنسان كالحركة والتفكير والذاكرة وغيرها من الوظائف إلا أننا نجد أنه معرض للإصابات والأضرار العضوية والوظيفية تؤدي الى تشوهات واضطرابات كالحبسة.

ومن خلال هذا الفصل سنتطرق إلى لمحة تاريخية عن الحبسة، تعريفها، أنواعها، أسبابها، وفي الجزء الثاني إلى تعريف حبسة بروكا، أساسها العصبي، أعراضها الإكلينيكية واعادة تأهيلها.

أولا: الحبسة:

1 لمحة تاريخية عن الحبسة:

حسب الفرماوي يعود البحث وراء انعدام القدرة على التعبير اللغوي أو الفهم اللغوي الى قديم الأزل حيث روي عن الإغريق القدامى حديثهم عن حالات من اضطراب فجائي للإنسان يمس القدرة على انتاج وفهم الكلام كنتيجة لصدمات أو جروح رأسية أثناء الحروب، إلا أن الاضطراب اللغوي المعرفي أطلق عليه مصطلح الافازيا (aphasia) لم يترسخ إلا مع النتائج القوية التي ساهمت بها بحوث السيادة المخية التي قدمها السلوكيون مع أنصار مذهب التموضع الدماغي في مطلع القرن التاسع عشر حيث ذهبوا إلى أن كل موضع في المخ يختص بأحد الملكات العقلية وأن ملكة الكلام تتموضع في الفصوص الأمامية من القشرة المخية ذلك في إطار نظرية الملكات (الفرماوي، 2006، ص 195) .

وحوالي عام 1836 تقدم مارك داكس لطبيب القروي المغمور بمقاله العلمي القصير في أحد اجتماعات الجمعية الطبية بمونبلييه في فرنسا وكان هذا المقال الوحيد الذي تقدم به داكس حيث لاحظ من خلال عمله الطويل كممارس على العديد من المرضى اللذين يعانون من عدم القدرة على الكلام عقب اصابتهم في المخ وحاول أن يؤكد على ظواهر التلف عند هؤلاء المرضى كانت دائما في النصف الايسر من المخ وأن وظيفة الكلام يمكن أن تفقد إذا أصيب هذا النصف المخي. (المرجع نفسه، ص 196).

إن هذا الركود العلمي الذي قد تأتى على نهايته بشكل مفاجئ عام 1861 عندما أعاد "أوبرتين "زوج ابنه "بويلود" على مسامع المجتمعين بجمعية الانثروبولوجيا الفرنسية ما قاله "بويلود" بأن الفصوص الامامية من القشرة المخية هي التي تتحكم في وظيفة الكلام وكان الجراح بول بروكا حاضرا لذلك الاجتماع وما قاله " بويلود " قد لاحظه بروكا حين فحص حالة لرجل يعاني شلل في جانب واحد من جسمه ، ويعاني فقدان النطق وقام الباحثان معا بفحص المريض العجوز كشفت فحوصات ما بعد الوفاة وجود تلف في منطقة مستديرة مقدارها بوصتان في

النصف المخي الايسر وفي الاجتماع التالي نفس الجمعية تقدم بروكا بما لاحظه وأحضر معه مخ مريضه المتوفي ولكن المحاضرين لم يعيروه أي اهتمام، وبعد ذلك بأشهر قليلة تقدم بروكا الى اجتماع لنفس الجمعية بتقارير لحالات مشابهة، وحينئذ فتح باب للمناظرة والنقاش حول هذا الموضوع (الفرماوي، 2006، ص 197).

وبحلول سنة 1864 كان بروكا قد اقتنع بأهمية النصف الأيسر من المخ في وظيفة الكلام، وتأكد تماما من وجود تلف في الجانب الايسر من المخ، وقد رأى كثيرا من فاقدي القدرة على الكلام من الاحياء معظمهم يعانون من شلل نصفي وغالبا في الجانب الايمن للمخ، ولكن هؤلاء المرضى لم يكونوا يعانون من فقدان القدرة على الكلام، وهنا يتضح من ذلك أن ملكة اللغة المنظومة تتموضع في الجانب الايسر، أو على الاقل تعتمد هذه الملكة على ذلك الجانب من المخ اعتمادا رئيسي (المرجع نفسه، 2006، ص 244).

وفي سنة 1847 وصف "كارل فيرنيك حالة مريض مصاب بتلف في (التلفيف الصدغي الايسر العلوي) وهي المنطقة المخية المعروفة حاليا باسم " منطقة فيرنيك " وكان ذلك المريض يعاني من صعوبة في فهم الكلام ، وقد اعتقد " فيرنيك " أن هذه المنطقة الخلفية من المخ تشتمل على مركز سمعي للصور الصوتية ، بينما تشتمل منطقة بروكا على مركز الصور الحركية ، وأن هاتين المنطقتين يربط بينهما مسار ليفي ، وهذا يوضح أنه لو حدث تلف في هذه المنطقة الوسيطة ينتج عنه قطع للترابط بين منطقة بروكا وفيرنيك مما يؤدي الى صعوبة في تكرار الكلمات ، وقد تمكن هذا المخطط التصوري لفيرنيك من تفسير الحبسات الكلامية التي تؤثر في كل من انتاج وفهم اللغة .(المرجع نفسه، 2006، ص 200).

2 تعريف الحبسة:

لغة: "كلمة أفازيا عبارة عن مصطلح يوناني مكون من مقطعين A: ويعني العدم او الخلو، والثاني يعني الكلام أي انعدام الكلام "(سهير، 2007، ص 181).

اصطلاحا:

– تعرف في القاموس الأرطوفوني " انها اضطراب في الرمز اللغوي يؤثر على التشفير (في الجانب التعبيري) و/او فك التشفير (في جانب الفهم) ويمكن أن يؤثر على اللغة الشفوية و / أو الكتابية. هذا الاضطراب ليس بحالة دماغية ولا اصابة حسية ولا عطل في عضلات الحلق والقصبة الهوائية بل هو ناتج عن اصابة دماغية محلية او متناثرة

عادة في المنطقة الجبهية الشريانية و/او الصدغية للنصف الكروي الايسر من الدماغ " (Brin-Hanry, et all, 2021, pp 280-281) .

– **تعريف محمد حوله:** "هي مجموعة من التشوهات، التي تؤثر على تنظيم الوظيفة اللغوية سواء على مستوى التعبير أو الفهم، وذلك نتيجة إصابة المناطق المسؤولة عن اللغة، في مستوى نصف الكرة المخية اليسرى بالنسبة للفرد الايمن"(حوله، 2011، ص61).

– **تعريف نصيرة زلال:**"تعرف الحبسة على أنها اضطراب الاتصال اللغوي الناتج عن ضعف بين علاقة الترميز، والمصاب يترجم هذا الضعف شكليا باختلال في المراقبة لعمليات الاختيار والكف، وهي مراقبة ملازمة لمختلف مراحل برمجة اللغة، ويكون الاداء اللغوي متميزا بعدة مظاهر التي تختلف حسب درجة وقوة الشدة لهذه المراقبة" (عامر، 2018، ص 34).

– **تعريف بوريدح نفيسة:** الحبسة اضطراب متعدد الأبعاد يشمل البعد العصبي واللساني والنفسي والمعرفي وحتى البراغماتي للغة، وعليه فمن المنطقي ان تتعدد التعاريف حسب تعدد الابعاد وبالتالي ما على الباحث الا ان يتبنى التعريف او التعاريف التي تخدم حقل بحثه (بوريدح، 2013، ص 66).

أما في **معجم الطب النفسي والعقلي:** يعرف الحبسة بانها اضطراب في وظيفة الكلام نتيجة الإصابة بعض المراكز الدماغية المسؤولة عن هذه الوظيفة .أو هو تعطل في وظيفة الكلام وعجز عن إخراج الكلام أو فهمه منطوقاً أو مكتوباً نتيجة أذى أو تلف يصيب غالباً الأجزاء القشرية وتحت القشرية والألياف الرابطة بينها من مركز أو منطقة الكلام في المخ فيمتنع من ثم استقبال أو إخراج الكلام المنطوق أو المكتوب كما ينبغي، ويدخل في باب الكلام التعبير والتواصل بالقول والكتابة والإيماءة، واستقبال كل ذلك وتأويله واستبقاؤه واستدعاؤه وتصور ما يرمز إليه . وقد تصنف الحبسة من الناحية التشريحية أو الوظيفية أو الفسيولوجية، وتنقسم تشريحيا إلى نوع حركي يسببه تلف في المنطقة الدنيا قبل الوسطية من المخ، ونوع حسي يرجع لتلف في التلافيف الصدغية العليا أو الزاوية، وينقسم النوع الحسي كذلك إلى نوع قشري وتحت قشري وعبر قشري (محمود، 2011، ص 256).

بناءًا على التعريفات السابقة، يمكن التوصل إلى أن الحبسة هي اضطراب يؤدي إلى فقدان القدرة على الكلام، (الفهم والانتاج)، سواء كان الكلام منطوقا أو مكتوبا، أو كليهما معًا. يتفاوت شدة هذا الاضطراب

ودرجته بحسب مدى الإصابة في نصف الكرة المخية المسؤولة عن التحكم في اللغة، والتي غالبًا ما تكون في النصف الأيسر من الدماغ.

3 أسباب الحبسة:

يمكن حصرها فيما يلي:

1.3 الاصابة الوعائية الدماغية:

وهي أكثر الأسباب شيوعاً، حيث تبلغ نسبة الإصابة بالجلطات الدماغية التي تخلّف الحبسة مقارنة بالأسباب الأخرى، 58% وتكثر في كبار السن، ولا تسلم منها الفئات العمرية الأخرى، وتحدث الجلطة الدماغية نتيجة خلل ما في تروية الأوعية الدموية، إما بسبب انسداد في أحد الشرايين لخثرة دم (توقف تدفقه إلى الدماغ)، وفي حالة الانسداد لبضع دقائق فإن الخلايا في المنطقة المصابة تتلف وتموت مؤدية إلى حدوث الحبسة، وإما نتيجة نزيف في تلك الأوعية فيتجمع الدم محدثاً ذلك التلف (منى، 2008، ص 91) .

2.3 الجلطة الدماغية:

يتمثل ذلك في انسداد شريان أو مجموعة الشرايين المغذية للدماغ ، بسبب تكدس الكريات الدموية ، و في حالة تمركز الإصابة في الجهة (المساحة) الوعائية الواقعة على اليسار (الشريان العصبي الأيسر) تنتج الحبسة الكلية أو التامة مصحوبة بإعاقة حسية ، و تنتج حبسة من نوع بروكا ، في حالة كانت الإصابة متمركزة في مقدمة فروع الشريان مصحوبة بشلل نصفي، أما إذا كانت الإصابة في مؤخرة الشريان أي التفرعات الخلفية لمنطقة سيلفيوس (Sylvius)تظهر الأنواع المختلفة لحبسة فرنيك مصحوبة باضطراب أو تلف المجال البصري (شالة و عمراني نوال، 2007، ص 17).

3.3 النزيف الدموي: من أسبابه:

– **ارتفاع الضغط الدموي:** يعتبر من أكثر الاسباب المؤدية للنزيف داخل الجمجمة، وينتج عن انقطاع واحد من الاغصان المكونة للجزء الداخلي من غشاء الشريان الدماغي .

–**الجيب الجانبي الشرياني:** يعتبر السبب الرابع المؤدي للإصابات الوعائية الدماغية .ويمكن تصنيفه في المرتبة التي تلي الجلطة الدماغية. ويحدث النزيف عندما يقطع الجيب الذي يتشكل في الجزء الجانبي للشريان .

-لجيب الشرياني الوريدي: وهو تشوه خلقي يتكون من شبكة وريدية غير عادية تقيم اتصالات بين الاوردة والشرايين، وعندما يفتق يؤدي الى النزيف الدماغي (عراشي ومعاش، 2021، ص 30).

4.3 الصدمات الجمجمية:

تعتبر من أكثر الاسباب المؤدية للإصابة بالحبسة وترفق دائما هذه الصدمات سواء أدت أو لم تؤد إلى كسر في الجمجمة بكدمة دماغية أي إصابة بارزة على شكل بؤرة ممتدة وتلف نزيفي.

5.3 الأورام الدماغية:

تعتبر أيضا من الاسباب المنتشرة المؤدية للحبسة. وسواء تعلق الامر بالأورام الحميدة او الخبيثة فانه يحدث تشكل طبقة داخل الجمجمة تهاجم الاغشية الدماغية.

6.3 الأمراض التطورية:

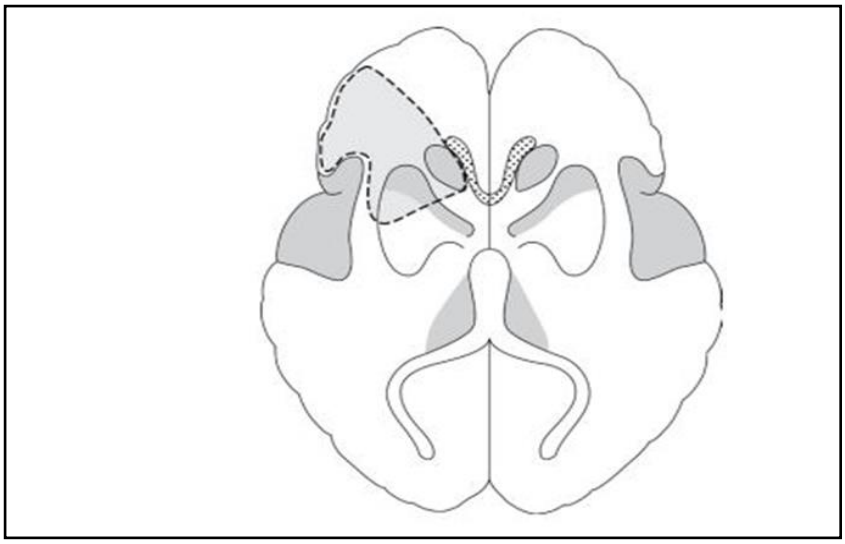
تدل هذه المجموعة من الاصابات على الفقدان التدريجي للخلايا العصبية في مناطق محددة في الدماغ والنخاع الشوكي. وعندما تسود هذه الامراض القشرة الدماغية يحدث الخرف العضوي أي التدهور التدريجي للوظائف الذهني (ابراهيمي، 2012، ص ص29-30).

4 أنواع الحبسة:

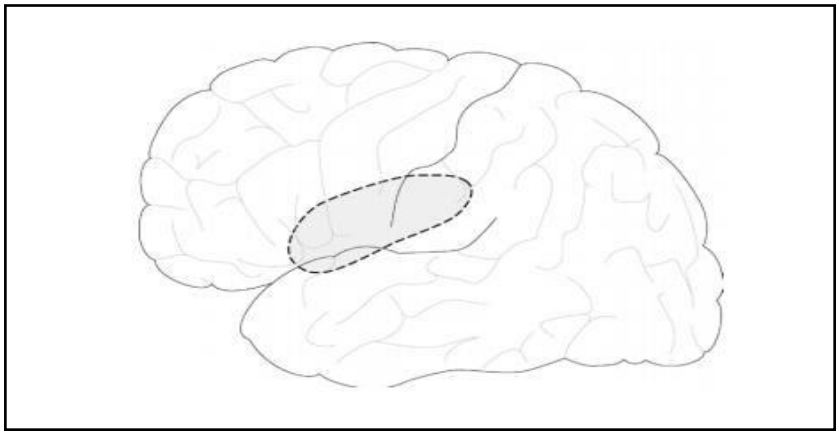
تصنف الحبسة الى نوعين هما الحبسة غير الطليقة والحبسة الطليقة وفيما يلي هذين النوعين:

1.4 الحبسة الغير الطليقة:

1.1.4 حبسة بروكا: ويرتبط هذا النوع غالبا بتلف بالأجزاء الأمامية لنصف الكرة المخية الايسر، ويتصف بأنه واسع وانه يشمل على أكثر من المنطقة المعروفة تقليديا باسم بروكا، وتظهر اعراض حبسة بروكا على كلام الشخص، حيث يوصف كلامه بأنه تلغرافي او لا نحوي هذا بالإضافة الى انتاج كلام غير طلق، وتصاب القدرة على التسمية والقدرة على التكرار او التقليد، ويوصف السلوك الكلامي اللا نحوي بانخفاض استعمال الافعال المساعدة وافعال الربط واحرف الجر والنهايات التصريفي والاشتقاقية (الزريقات، 2005، ص 280).



شكل رقم 01: رسم تخطيطي للموقع العصبي لحبسة بروكا، عرض افقي.

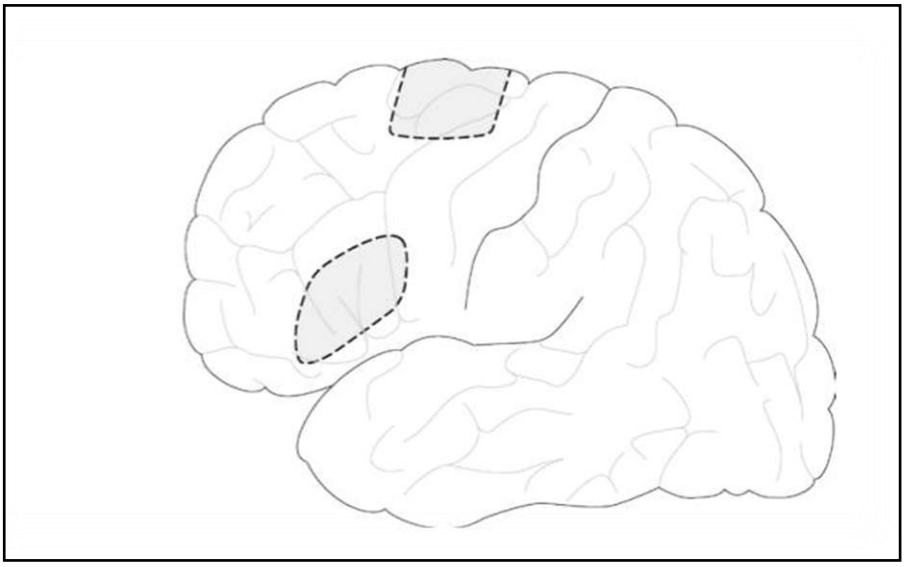


شكل رقم 02: رسم تخطيطي للموقع العصبي لحبسة بروكا، عرض جانبي.

(Chomel-Guillaune, et all, 2010, p 79)

2.1.4 حبسة عبر القشرة الحركية:

تنتج هذه الحبسة عن التلف الذي يصيب المنطقة حول القمة وشريط الحد الامامي القريبة لسيلفيان، ويقترح البعض بأن التلف عميق أسفل سطح الدماغ في هذه المنطقة الامامية. ويظهر الشخص المصاب إعاقة شديدة في القدرة على الكلام العفوي .ومع أنه تكون محاولات ضئيلة في المحادثات إلا أن إعاقة الشخص المصاب المتمثلة في القدرة على التقليد والمحافظة على الكلام واضحة جدا، وبعدها يجد الشخص نفسه قادرا على تكرار كلمات وأشباه جمل وحتى الجمل. وتعتبر التسمية على أنها أفضل من المحاولات العفوية للفهم الكلامي والسمعي التي قد تظهر الاعاقة فيها من البسيطة إلى المتوسطة (الزريقات، 2005، ص 280).

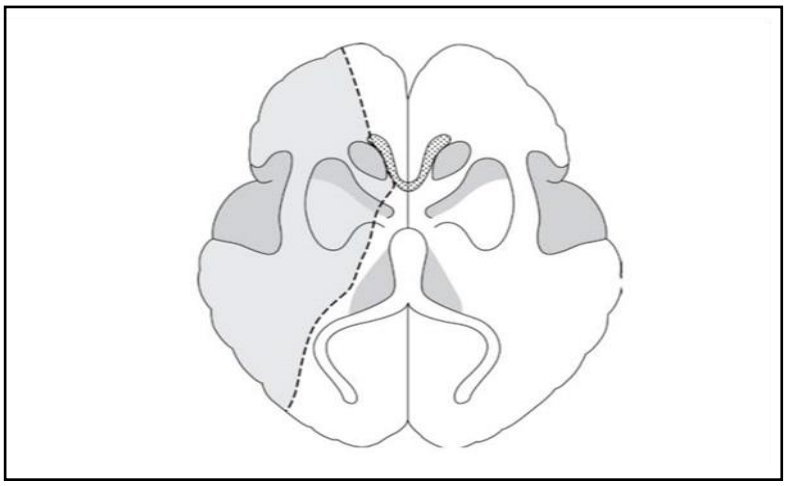


شكل رقم 03: رسم تخطيطي للموقع العصبي للحبسة عبر القشرة الحركية، عرض جانبي.

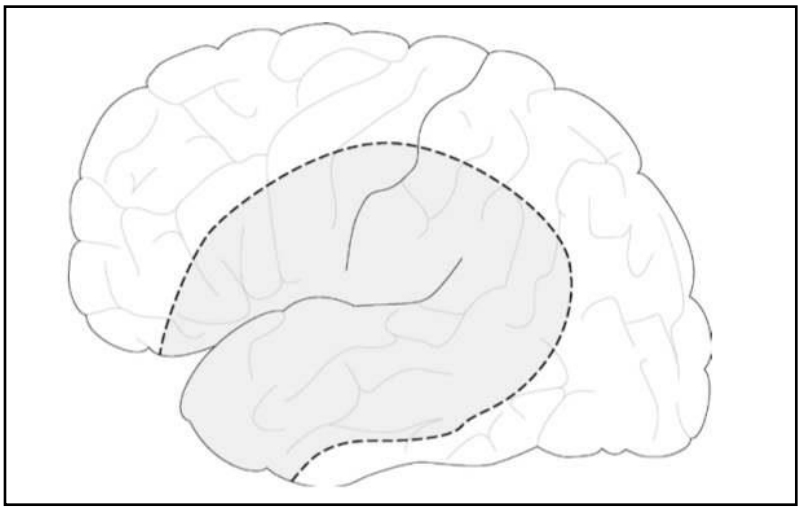
(Chomel-Guillaune, et all, 2010, p 81)

3.1.4 الحبسة الكلية أو الشاملة:

يعكس هذا النوع من الحبسة الكلامية مستوى شدة أكثر من نوعية مميزة للاضطراب، ويظهر الشخص المصاب إعاقة في القدرات اللغوية في كافة النماذج الكلامية والفهم والقراءة والكتابة .ويمتاز التعبير الشفهي بأنه مضطرب يشتمل فقط على كلمات محدودة وتعبير انفعالي محدود أو قدرة نطقية محدودة من حيث عدد الكلمات. كما يظهر الشخص المصاب إعاقة شديدة في القدرة على التكرار والتقليد والتسمية هذا إضافة إلى الفهم والادراك السمعي المحدود والذي قد يكون مقصور على كلمات محدودة وأشباه جمل قصير، كما أن الاعاقة تشتمل على القراءة والكتابة .وينتج هذا النوع من الحبسة عن تلف عميق وواسع وقد يغطي داخل منطقة قرب سيلفيوس، وهناك نوعان من التلف يصيبان القشرة الدماغية واحد أمامي والاخر خلفي. وقد تنتج الحبسة الشاملة عن أذى أو تلف صغير موقعه في المناطق تحت القشرة الدماغية ومناطق عمق الدماغ (الزريقات، 2005، ص 281).



شكل رقم 04 :رسم تخطيطي للموقع العصبي للحبسة الكلية، عرض افقي



شكل رقم 05: رسم تخطيطي للموقع العصبي للحبسة الكلية، عرض جانبي.

(Chomel-Guillaune, et al, 2010, p 83)

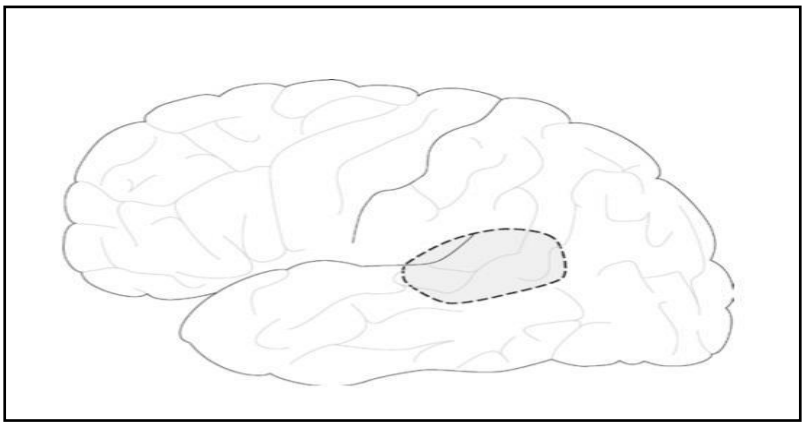
2.4 الحبسة الطليقة:

1.2.4حبسة فارنيكي:

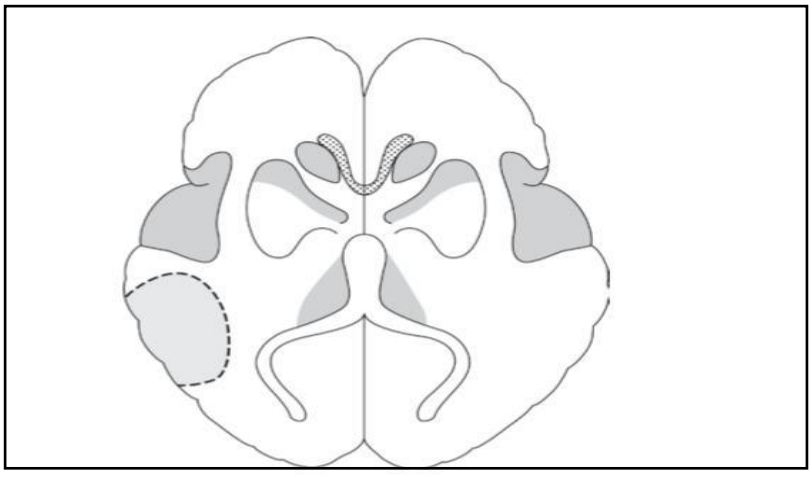
يمتاز المصاب بحبسة فرنيكي بطلاقة زائدة واعاقة في الفهم السمعي وخلط الكلام وذلك باستعمال كلمات غير مقصودة كما أن إبدالات الكلمات قد تكون أو لا تكون مرتبطة بالكلمات المقصودة، أو قد تكون الكلمات جديدة أو قد تكون كلمات غير مستعملة، ويمتاز الكلام بأنه مشدد وتظهر الطلاقة المفرطة والانفجار السريع

لسلسلة الجمل مع الوقفات الصعبة وتظهر هذه الصعوبات بوضوح في حالات المحادثات التي تتطلب تبادل الادوار(الزريقات، 2005، ص 281).

في حين يشمل التلف في حبسة فرنيكي المنطقة الخلفية من التلفيف الصدغي العلوي الايسر أو التلفيف الاول من الفص الصدغي، أي المناطق 28، 12 حسب تقسيم برودمان، الا أن ماك-كفري قد لاحظت امتداد هذا التلف إلى الفص الجداري مؤثرا في التلفيف الزاوي أو منطقة 11 حسب تقسيم برودمان، و هذه المنطقة هي التي تختص بالمعاني التي اكتسبت خلال فترة سماع أصوات الكلام، و أيضا تختص ببعض مهارات اللغة كالكتابة، و تلك التي تم اكتسابها خلال الفهم السمعي، كما أن هذا التلف قد يشمل المنطقة السمعية المجاورة و المسماة تلفيف هشل (الفرماوي، 2006، ص 204).



شكل رقم 06: رسم تخطيطي للموقع العصبي لحبسة فارنيكي، عرض جانبي.

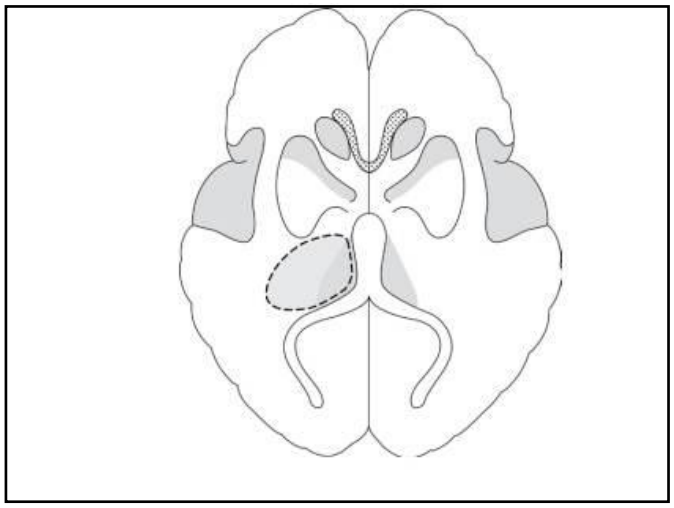


شكل رقم 07: رسم تخطيطي للموقع العصبي لحبسة فارنيكي، عرض افقي.

(Chomel-Guillaune, et al, 2010, p 87)

2.2.4- الحبسة عبر القشرية الحسية:

تمتاز هذه الحبسة بحفظ القدر على تكرار وتقليد الكلمات ويوصف الكلام المحادثي والعفوي بأنه طلق وقريب من خصائص كلام حبسة فرنيك ولكنه مليء بحبسة التسمية وابدالات الكلمات وقصور في الاسماء. وتتراوح إعاقة التسمية من الشديدة إلى المتوسطة، كما أن الفهم السمعي معاق أيضا. وأكثر شدة من الحبسة عبر القشر الحركية مع بقايا الخصائص الرئيسية سليمة للقدر على إعادة الكلمات، وأشباه الجمل. وتنتج الحبسة عبر القشرة الحسية عن تلف حول حواف الاجزاء الخلفية لمنطقة قرب سيلفيان أي حول قشر(الزريقات، 2005، ص ص 281-282).



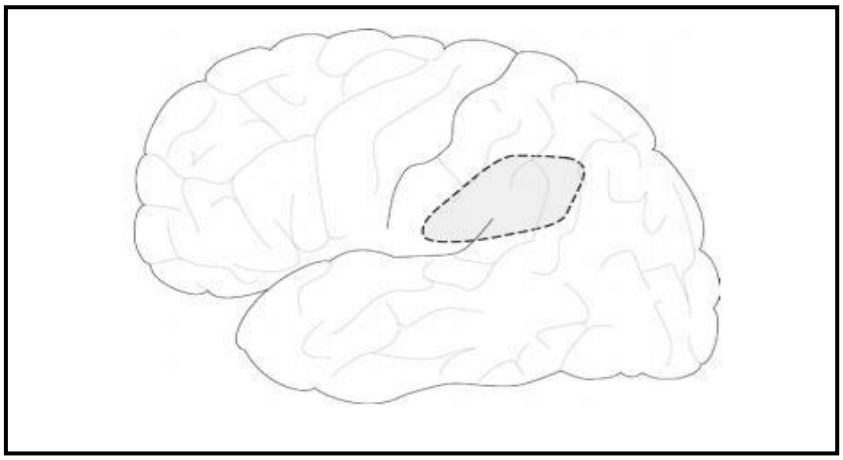
شكل رقم 08: رسم تخطيطي للموقع العصبي للحبسة عبر القشرة الحسية، عرض افقي.

(Chomel-Guillaune, et al, 2010, p 94)

3.2.4- التوصيلية الحبسة:

تمتاز الحبسة هنا بأنها طلقة وطول شبه الجملة والنحو والنبرات اللفظية للغة حيث تمتاز بأنها جيدة. وتظهر عيوب التسمية التي وقد تتراوح من البسيط إلى الشديد اعاقة الفهم والادراك السمعي ولكن في بعض الحالات تمتاز بإعاقة بسيطة. والسمة الاكثر خصوصية في الحبسة التوصيلية هي تكرار أو تقليد الاداء الكلامي، ويمتاز التكرار بأنه ضعيف جدا .وتنتج هذه الحبسة عن تلف في الحزيمة المقوسة وهي حزمة من الالياف أسفل سطح القشرة الدماغية المتصلة بمنطقة بروكا وفرنيكي (المرجع نفسه، 2005، ص 212).

تمثل حالات الحبسة التوصيلية 81 % من احتمالات حدوث الحبسة، وتنشأ عن انقطاع الاتصال العصبي بين منطقتي بروكا وفرنيكي، ويبدو مريض هذه الحالة كمريض حبسة فرنيكي من حيث طلاقة كلامه، إلا أن كلامه يخلو من المعنى إلى حد ما، ولكنه يبدي ما يدل على أنه يفهم ما يسمعه، مع سلامة القدر على القراءة، ولكنه يظهر عجز شديدا عن تكرار وترديد ما يقال له رغم فهمه لما يقال (الفرماوي، 2006، ص 218).

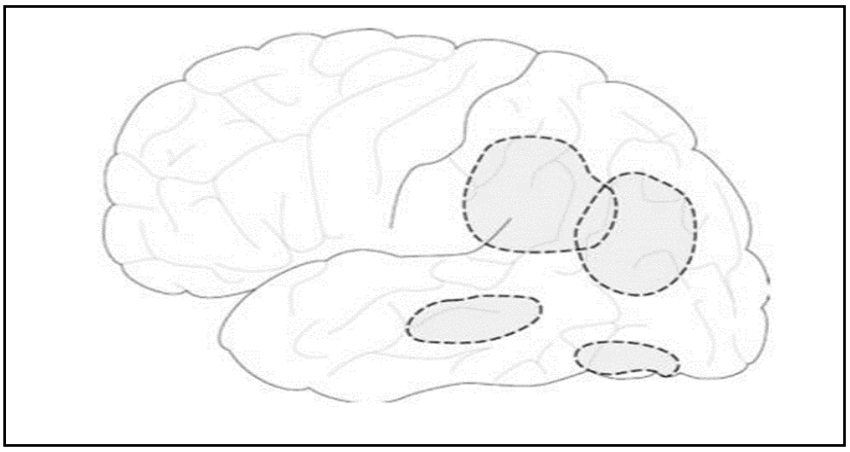


شكل رقم 09: رسم تخطيطي للموقع العصبي للحبسة التوصيلية، عرض جانبي.

(Chomel-Guillaune, et al, 2010, p 90)

4.2.4- الحبسة النسيانية:

تمتاز هذه الحبسة بفقدان التسمية ومشكلات في استرجاع الكلمات وهذه تظهر أيضا لدى كافة أنواع الحبسات. والشخص المصاب يظهر الكلام العفوي واعاقة من متوسطة الى بسيطة في القدرة على التكرار والفهم السمعي. كما يظهر اضطراباً محدداً في استعمال التسميات والتصنيفات وأسماء الاشياء والصور فالصور قد لا تسمى أو يساء تسميتها مع دلالات لفظية متصلة. وتنتج عن تلف في مناطق محددة حول قشرة (الزريقات، 2006، ص 212).



شكل رقم 10: رسم تخطيطي للموقع العصبي للحبسة النسيانية، عرض جانبي.

(Chomel-Guillaune, et al., 2010, p 90)

ثانيا: حبسة بروكا:

1 تعريف حبسة بروكا:

يرجع الفضل في اكتشاف هذا النوع من الأفيزيا إلى الجراح الفرنسي الشهير "بول بروكا" في القرن التاسع عشر. وقد أطلق عليه "الأفيزيا الحركية" بسبب العجز عن الحركة الإرادية لأعضاء الكلام على الرغم من عدم وجود شلل في هذه الأعضاء، ولكن توجد إصابة في التلفيف الثالث من المخ في المنطقة (44) من خارطة برودمان والتي تقع في المنطقة الجبهية أو الفصوص الجبهية والمعروف أن هذه المنطقة مسؤولة عن الحركة (السلوك) وعن تنشيطها وعملها، ولهذا فإنها تكون مسؤولة عن مخرجات اللغة أي عن الكلام والسلوك اللغوي. ومن ثم قد تسمى أحيانا الأفيزيا اللفظية أو الشفوية لفقدان القدرة على التعبير الحركي الكلامي (سهير، 2007، ص 183).

حبسة بروكا هي الأكثر تمثيلا للحبسة التعبيرية، ويمكن التعرف عليها بسهولة من الحبسات الاخرى، حيث أن التشوهات النطقية تلتقطها أذن السامع مباشرة، كما أن انخفاض انسياب الكلام الذي يمكن أن يصل إلى حد الخرس، يظهر بجلاء النقص في الكلمة أنها الحبسة أكثر تفسيرا لمبدأ التشتت الارادي الاتوماتيكي (الالي) الذي يمثل المخرج الملائم و الفعال للتأهيل اللغوي (مساحلي، 2012، ص 39).

حيث تعرف في القاموس الأرطفوني "انها فقدان اللغة الناتج عن تليف دماغي في مناطق الشريان السيلفي، مع التركيز على التأثير الحركي، وهي ظاهرة تتميز بتقلص كبير في اللغة الشفوية (وقد تصل إلى الصمت الزائف) مع تحولات صوتية كثيرة ونقص في الكلمة، وأحيانًا انعدام في البنية اللغوية، وانخفاض في الإيقاع اللفظي، وعجز في التحكم في الحركات الفموية والوجهية، وشلل نصفي مع إصابة في الوجه، وفقدان الإحساس في الجانب النصفي.

وغالبًا ما يكون فهم اللغة الشفوية قليلاً متأثرًا. الشخص المصاب بالأفازيا يكون صامتًا: إنها أفازيا غير سلسة. كما قد تتعرض قدرة القراءة والكتابة للتأثير في كثير من الأحيان" (BRAIN- HENRY, et al, 2021, p 27)

و تعرفها الباحثة سعيدة براهيمي "بانها اضطراب لغوي غير طليق يتميز بعدم القدرة على التعبير الشفهي، وصعوبة في تسمية الأشياء والأشخاص، والصعوبة في القراءة والكتابة، إضافة إلى شلل نصفي في الجانب الأيمن من الجسم.

تكون الحبسة بروكا نتيجة إصابة في الفص الجبهي الأيسر للدماغ، وتحديدًا في منطقة التلفيف الجبهي الثالث والمناطق المجاورة من القشرة الدماغية الحركية "(ابراهيمي، 2012، ص 32).

انطلاقا مما سبق نستخلص ان حبسة بروكا اضطراب لغوي غير طليق ناتج عن اصابة عصبية يتسم بصعوبة في التعبير الشفهي، حيث يجد المصاب صعوبة في إنتاج الكلمات والعبارات بشكل صحيح، مما يؤدي إلى تقلص كبير في اللغة الشفوية، وقد يصل حتى إلى الصمت الزائف، وقد تظهر صعوبات في القراءة والكتابة أيضاً. ويترافق الحبسة غالباً مع شلل نصفي في الجانب الأيمن من الجسم، نتيجة لإصابة في الفص الجبهي الأيسر للدماغ، وتحديداً في منطقة التلفيف الجبهي الثالث والمناطق المجاورة من القشرة الدماغية الحركية.

2 الأساس التشريحي لحبسة بروكا:

بدأت تتطور المعارف حول الجهاز العصبي واللغة، في النصف الثاني من القرن الماضي وهذا تبعا لاكتشافات كل من الطبيب بول بروكا، والالماني كارل فيرنيكي، حيث اكتشف المناطق المخية المسؤولة عن اللغة، فحبسة بروكا أو الحبسة الحركية اليسرى عند الاشخاص اليمينين فوق الشق الافقي أو شق سلفيوس وعند قاعدة الشق المركزي أو شق رونالدو. وعلى الفص الجبهي توجد مراكز اسقاطية وأخرى ثانوية وهي قاعدة التلفيف الجبهي الثالث أو الباحة 44 المسؤولة عن الميكانيزمات الحركية للكلام و تكوين الكلمات و كذا المنطقة 45 وهما تمثلان باحات بروكا واصابة هذه المنطقة و التي غالبا ما تكون نتيجة حادث وعائي تخرب قسما من المركز الحركي الثانوي وتنعكس على وظيفة البنيات العصبية التي تربطها مباشرة روابط عصبية إلى المركز الاول الحركي الذي يجاورها، والتحدب قرب الجبهي هو الاضطراب الاساسي الذي يظهر عند إصابة باحة بروكا يفسر على أنه استحالة تحويل أصوات اللغة إلى مركبات نطقية وهذا ناتج بفعل أن باحة بروكا عاجزة عن قيادة المركز الاولية عن طريق امتدادها الخلوية(احمد و بن تارزي، 2021، ص 87).

3 الأعراض الاكلينيكية لحبسة بروكا: إن معرفة مختلف أعراض حبسة بروكا له هدف عيادي وهو التشخيص السليم وتحديد الاعراض بدقة للمصاب من اهم الاعراض نحصرها في الجدول التالي:

جدول رقم (01): يمثل الأعراض الخاصة بحبسة بروكا

أعراض حبسة بروكا	المستوى اللساني
اضطراب وتقطع في الأصوات وعجز عن انتاجها.	المستوى الفونيتيكي
لا يتكلم المريض الا قليلا مع عدم الطلاقة وفقدان الكلام للتنغيم.	المستوى المعجمي
صعوبة شديدة في نطق الكلمات.	المستوى الفونيتيكي والفونولوجي
غياب التراكيب النحوية الصغيرة مع التصريف الغير سليم للأفعال وتقليل الجملة الى كلمة او كلمتين.	المستوى التركيبي
(Anomie) مع عدم القدرة على اعطاء الاشياء اسمائهم رغم المعرفة بها.	المستوى البراغماتي
ابدالات تشير الى ذكر الكل بدلا من الجزء أي الجمع والفرد في الكلمة، ابدال الكلمة النكرة بأخرى معرفة، استرجاع ضعيف للمفردات اللغوية.	المستوى المعجمي
خلل في اكتساب اللغة سياقها الاجتماعي (كلمات برقية محسوسة وقصيرة).	المستوى البراغماتي
صعوبة في فهم الجمل البسيطة والمركبة والمعقدة او انتاجها (جمل النفي، الاستفهام، المبني للمجهول) وعمليات تركيبها.	المستوى النحوي
حذف متكرر للكلمات وعلامات التصريف والمورفيمات الوظيفية او القواعدية (أدوات وحروف الجر والعطف والظروف) ويكتفي في الغالب بالمورفيمات المعجمية (حذف الافعال مقابل حذف الأسماء أو الأسماء لوحدها) حذف الاسماء الموصولة واسماء الاشارة.... حذف اداة التعريف، استبدال المفرد بالجمع والجمع بالمفرد، استبدال مورفيم المذكر بالمؤنث في جمع الافعال.	المستوى النحوي

التقديم والتأخير في ترتيب الجمل.	
مشاكل في الجمع بمختلف الانواع	المستوى التركيبي والنحوي
صعوبات في الكتابة والتعبير الكتابي	المستوى البراغماتي

(حمان وبن سبع، 2020، ص ص 45-46).

بالإضافة إلى أن مرضى الحبسة يختلفون في شدة الاضطراب اللغوي لديهم فبعضهم ليس في مقدورهم سوى أن يتفوه بعدد من الكلمات بينما البعض الاخر لديه مخزون واسع من المفردات يستطيع أن يستخرج منها ما يشاء. (الطائي، 2006، ص 180)

كما ترى الباحثة بومعراف ان المصابون بحبسة بروكا يتميزون بكلام محدود ونطق مضطرب بدرجات متفاوتة، ومع ذلك، فإنهم قادرون على تلفظ الجمل المحفوظة بصورة صحيحة. قد يقومون بالعديد من الغلطات الحرفية واللفظية عندما يكون هناك اضطراب جزئي في النطق، وعادةً ما يتجهون نحو إنتاج جمل قصيرة أو كلمات معزولة نظرًا لفقد الكلمات الوظيفية. يعاني المصابون بحبسة بروكا من اضطراب في الفهم، على الرغم من أنه يكون سليمًا نسبيًا مما يسمح لهم بالمشاركة في المحادثات أو المكالمات مع الآخرين. بالإضافة إلى ذلك، يعانون من اضطراب في التكرار على مستوى النطق والتركيب (بومعراف، 2015، ص 68).

4- تشخيص حبسة بروكا:

يتطلب تشخيص الحبسة دراسة معمقة ومنظمة ومتكاملة بمشاركة فريق متعدد التخصصات، ويشمل ذلك الأطباء، الأرطوفونيين، والنفسانيين. يمكن تقسيم عملية التشخيص إلى مرحلتين: الفحص السريري أو الطبي والفحص الأرطوفوني أو النفسي.

1.4- التشخيص الطبي:

-اختبار فحص البصر.

- اختبار فحص السمع.

-اختبار طب الاعصاب.

-اختبار النفس الحركي.

– التصوير بالرنين المغناطيسي IRM

2.4 التشخيص الأرطوفوني:

يقوم أخصائي أمراض الكلام واللغة بتقييم مفصل لحالات الحبسة الكلامية، حيث تتنوع الاضطرابات من حالات تظهر بها حبسة كلامية شاملة إلى حالات تجمع الحبسة مع اضطرابات أخرى. يتضمن هدف التقييم للحالات المصابة بالحبسة الكلامية تحديد إمكانية إجراء التدخلات العلاجية، ويعتبر تاريخ الحالة عنصرا هاما في التقييم اللغوي المباشر.

يتضمن التقييم المباشر للغة تحليل أداء الفرد المصاب بهدف وصف نوع الحبسة الكلامية والاضطرابات الأخرى المصاحبة لها، مثل اضطرابات الكلام الحركية مثل ابراكسيا الكلام وعسر التلفظ واضطراب البلع. كما يشمل التقييم تحليل الأداء اللغوي بعد الإصابة بتلف الدماغ. (الزريقات، 2006، ص ص 282-283).

يمكن الرجوع في مجال تقييم لغة الحالة المصابة بالحبسة سواء كانت راشدة او طفل الى مستويات تحليل اللغة بتفاصيلها ومن اهم المحاور التقييم:

-فحص التعبير الشفهي.

-فحص الفهم الشفهي.

-فحص فهم المكتوب.

-فحص انواع الحركات الادائية الحركية.

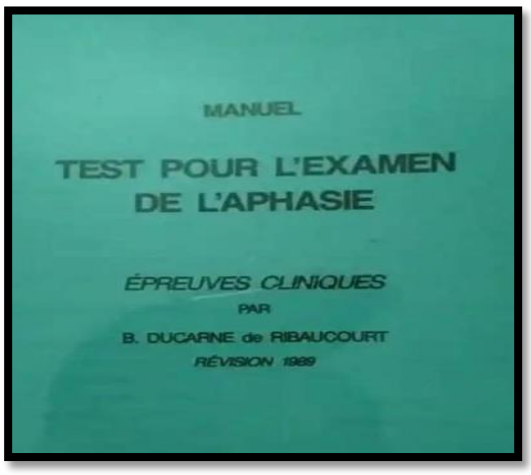
-فحص التعبير المكتوب (أجد، 2022)

فاغلب الاختبارات تتضمن مستويات التحليل اللساني كبنود أساسية منها:

1.2.4 اختبار: Blanche Ducarne 1989

اختبار تقييم الحبسة موجه لفئة الراشدين من طرف (B. DUCARNE de RIBAUCOURT) باحثة في مجال علم النفس العصبي صدرت نسخة 1965 والنسخة الثالثة المعدلة في 1989.

يتكون الاختبار من 5 اختبارات فرعية وهي:



شكل رقم 11 يمثل صورة لاختبار B. DUCARNE

-التعبير الشفهي يتضمن اختبارات السرد الشفهي مقابلات موجهة عبر السلاسل اللغوية الاوتوماتيكية ....

-الفهم الشفهي يتضمن اختبارات تعيين الصور اختبارات متعددة الاختيارات ...

- القراءة بند التوافق صور – جمل القراءة الجهرية التعيين

- اللغة المكتوبة يتمثل في التعبير الكتابي التلقائي التسمية الكتابية املاء الحروف والمقاطع والجمل

-اللغة المتقدمة اختبارات تعريف الكلمات وتسلسل الجمل وتعريف العبارات المجازية ...

2.2.4 اختبار MTA 2002 :

بطارية اختبارات مونترال-تولوز 2002، النسخة الجزائرية، هي أداة متكاملة ومهمة في مجال الحبسة اللغوية، حيث تُعتبر من أهم الأدوات الروائز اللسانية والنفسية المعرفية. تم تطويرها من قبل فريق متعدد التخصصات فرنكو-كندي يتألف من 12 خبيرًا في مجالات مختلفة. ثم تكييفها على البيئة الجزائرية من طرف الباحثة نصيرة زلال.

تتكون النسخة الجزائرية من حقيبة تحتوي على:

كراس الحالة-كتاب التوجيه.

كتاب الأختبارات الذي يحتوي بدوره على بنود البطارية

بند اختبار اللغة الشفهية.

بند اختبار اللغة المكتوبة.

بند الفهم الشفهي والكتابي .

بند اختبارات الابراكسيا .

بند اختبارات القنوزيا(قاسمي، 2018، 89).

شكل رقم 12 يمثل صورة لرائز MT86

3.2.4: سلم بوسطن لتقييم الحبسة:

شكل رقم 13 يمثل صورة لسلم بوسطن لتقييم الحبسة

اداة لتقييم الحبسة والاضطرابات المصاحبة تم نشر الاصدار الاول عام 1972 من قبل غودجلاس وكابلان والاصدار الثاني عام 1983 صدرت النسخة الاحدث عام 2001 تحتوي على نسخة مختصرة وموسعة.

يتكون الاختبار من 8 مقاييس فرعية:

- السلاسة – الفهم السمعي
- التعيين – القراءة الشفهية
- التكرار – الخطاب التلقائي
- فهم القراءة –الكتابة (Sabrina et Katherine, 2012)

وبعد التشخيص الطبي لسبب ونوع الإصابة، والتقييم الأرطوفوني لأعراض السلوك اللفظي للحالة، ننتقل الى مرحلة العلاج.

5 إعادة التأهيل الارطفوني:

تبدأ الكفالة الارطفونية بداية باللقاء الأول الذي يهدف فيه الفاحص إلى اكتساب ثقة المفحوص. فهذه الثقة أمر أساسي لبناء علاقة علاجية، وتحديد العقد العلاجي الذي يأتي استنادا إلى التشخيص وتحديد نوع الاضطراب والاضطرابات المصاحبة.

من خلال هذا التشخيص، يمكن للفاحص وضع برنامج علاجي أرطفوني وإعادة تأهيل مخصصة للحالة، تشمل الاهتمام بجميع الجوانب النفسية واللغوية التي تعاني منها الحالة.

تكون التمارين المقترحة من قبل الفاحص مبنية بطريقة علمية تتوافق مع قدرات وصحة الحالة العامة للمريض، وتأخذ بعين الاعتبار العادات اللغوية للمفحوص، مثل ما إذا كان يحب الكلام، والقراءة، والكتابة، وما هي ميولاته. وتساعد إجابات هذه الأسئلة في نجاح الكفالة والحصول على نتائج مرضية.

تتنوع التمارين بدءا من البسيط (بالنسبة للحالة) إلى المعقد، ومن الملموس إلى المجرد، ومن التغيير الأوتوماتيكي إلى التغيير الإرادي، ومن الفونيمات إلى الكلمات، ومن الجملة إلى النص.

وفيما يلي بعض التمارين المستعملة في إعادة التأهيل. (د. طيار، 2024).

إعادة تأهيل الاضطرابات النطقية:

يشمل كل التمارين الفمية الوجهية التي تعمل على ازالة التفكك العفوي الارادي تم بعدها تمارين تخص نطق الاصوات المنعزلة في الكلمات مع ضغط حركات نطقية على النبرة من خلال:

طريقة العلاج الايقاعي النغمي اي استخدام نماذج نغمية إيقاعية في شكل جمل بسيطة يسمح لبعض المصابين بالحبسة الاستعمال السريع للغة الخاصة ويتفق المختصون في الفيزيائيات الصوتية أن النبرة هي شدة موسيقية أو تغير في ارتفاع الصوت الحنجري .ولقد تم تكييف هذه الطريقة في الوسط العيادي الجزائري من طرف الاستاذة سعيدة إبراهيمي سنة 1996 من أجل إعادة تربية اللغة الشفهية عند المصاب بالحبسة المستعمل للغة العربية الدارجة، ثم اضافت شروطاً:

– تستعمل مع المصابين بحبسة بروكا والمعانين من الخرس أو نقص الكلمة أو الفقر اللغوي الحاد لأنها تستخدم لتسهيل الطلاقة اللفظية ولا تعتمد على التعبير الشفهي .

–تستعمل مع المرضى الذين يعانون من الشلل النصفي والذين لا يستطيعون استعمال الكتابة كأسلوب للتعبير.

إعادة تأهيل الاضطرابات الفونولوجية (المستقبلة):

في الحالات الحادة التي يكون فيها الفهم أكثرا تضررا نحاول تطوير الوعي بالاضطراب مع ضبط انتباه الحالة باستخدام وسائل غير لفظية مثل اللغة المكتوبة، الصور، الاشارات ....

اما الحالات التي يكون فيها مستوى الفهم أكثر تضررا نستعمل القراءة بصوت مرتفع التكرار الاملاء تمارين التعيين

إعادة تأهيل الاضطرابات الفونولوجية (التعبيرية):

من خلال محاول الحصول على كلام ايرادي متحكم فيه صحيح من الناحية الفونولوجية بالاعتماد على اللغة المكتوبة. تمارين الوعي الفونولوجي والمقطعي تكرار الكلمات الدالة والغير دالة التسمية الشفهية مع الاستناد الى التسهيلات اللفظية، تكملة الجمل.

إعادة تأهيل الاضطرابات الخاصة بالمعالجة الدلالية (الفهم والتعبير):

من خلال مهام التصنيف الفئوي، تسمية الصور بعد تقديم وظيفتها.

إعادة تأهيل الاضطرابات التركيبية:

العمل على تدعيم فهم الجمل مع التعرف على ادوار كل جزء منها، اقتراح قصص متبوعة بأسئلة (د. طيار، 2024).

في حين ان النموذج النظري المعتمد من طرف الباحثة نصيرة زلال نموذج يعتمد على معطيات ونتائج الحبسيين ومصطلحات لسانية ونفس معرفية لبناء قاعدة حيث ان مبدا العلاج هو اعطاء المفحوص القدرة على اعطاء معنى (Redonner au patient la force de créer un sens) وبذلك تحفيزه على انتاج اللغة ويكون العلاج عن طريق اعادة تأهيل الجشطالت.

حيث ترى أن المصابين بالحبسة يحللون اللغة بغض النظر عن بنيتها وأشكالها، ولكنهم غالبًا لا يستطيعون التقدم في هذا التحليل للوصول إلى فهم شامل وجمع المفاهيم، وذلك بسبب غياب الاشتغالات الإدراكية التي تعتبر عملية مهمة، وتتأثر في حالة وجود إصابة في الفص الجبهي من الجهة الأمامية للمخ. ويعود هذا الاختلال إلى زمن غير عادي في تحليل المنبهات الخارجية سواء كانت سمعية أو بصرية، مما يجعل الباحثة تقول إن الحبسة هي اضطراب زمني، حيث يتحكم فيها أوقات فيزيولوجية معينة يقوم عليها اللسان المضطرب. أما بالنسبة لإعادة التربية، فترى الباحثة أن هناك تقنيات عديدة للعلاج تعتمد على مبدأ واحد وهو استرجاع الإدراك، حيث يتم ذلك من خلال وحدات تجميع تقدم للمفحوص في شكل مهام متفرقة ويُطلب منه تجميعها، ومن خلال هذا الترتيب يصل المفحوص إلى فهم يكون هو بذاته. (قاسمي، 2018، ص 68)

خلاصة

تمكنا من خلال هذا الفصل التعرف على الحبسة، وهي أحد أكثر الاضطرابات العضوية شيوعًا التي تصيب الدماغ البشري، حيث يفقد المصاب من خلالها القدرة على التواصل بلغته وسلوكه وحياته اليومية. بدأنا بالنظرة العامة إلى هذا الاضطراب، وكيف تطور فهمنا له عبر التاريخ، ثم تناولنا مختلف التعريفات التي قدمها الباحثون والمختصون في هذا المجال.

بعد ذلك، ركزنا على نوع من أنواع الحبسة وهو حبسة بروكا، حيث قدمنا تعريفات لهذا النوع وتطرقنا إلى الجوانب التشريحية والأعراض المميزة له. وتناولنا كيفية التشخيص وعلاج هذا النوع من الحبسة، بما في ذلك إعادة التأهيل للشخص المصاب بها، وذلك باستخدام أساليب متعددة ومتكاملة لاستعادة وظائف اللغة والتواصل.

الفصل الثالث: المقاربة النفسية العصبية للأبراكسيا

تمهيد

أولا: البراكسيا

مناطق الدماغ المسؤولة عن الحركة

تعريف البراكسيا

ثانيا: الأبراكسيا

لمحة تاريخية حول الأبراكسيا

تعريف الأبراكسيا

أنواع الأبراكسيا

الأبراكسيا عند حبسي بروكا

تشخيص الأبراكسيا

اعادة تأهيل الأبراكسيا

خلاصة

الإنسان على مدار مختلف مراحل حياته معرض للإصابة في كل المستويات، وخاصة على مستوى تنفيذ الحركات، كما هو الحال في حالة الحبسة بروكا وما يُعرف بالأبراكسيا. وهذا الاخير سنتطرق اليه في هذا الفصل حيث قسمناه الى جزئين البراكسيا ومناطق الحركة في الدماغ أما الجزء الثاني الأبراكسيا تعريف، الأنواع، أعرضها عند حبسي بروكا ثم التشخيص وإعادة التأهيل.

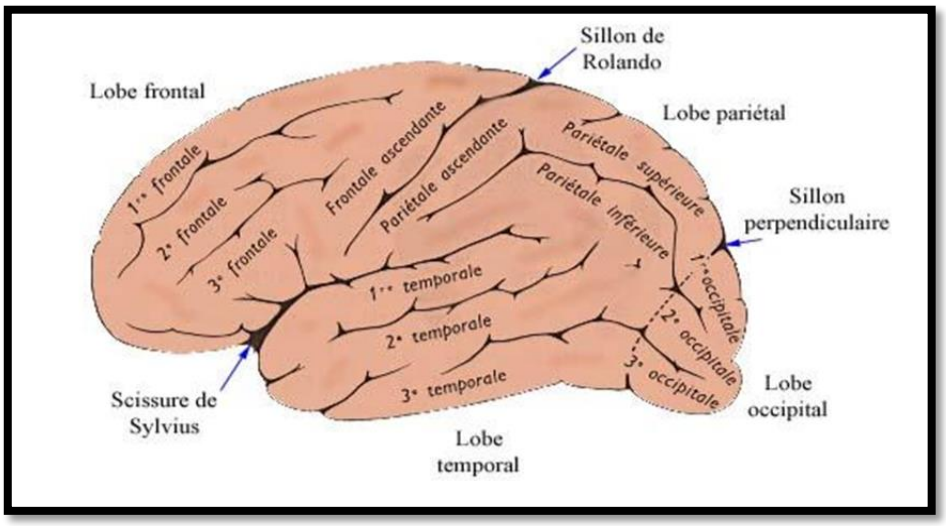
أولا: البراكسيا

1- مناطق الدماغ المسؤولة عن الحركة:

يتكون الفص الجبهي من منطقتين أساسيتين وهما:

1.1 القشرة الحركية الاولية (**primaire moteur cortex**) :

التي تمثل التلفيف الجبهي الصاعد (Frontal ascendante) او (Gyrus précentrale) ولها دور في التحكم في الحركة الارادية وتمثل الباحة رقم 4 من تصنيف برودمان .المنطقة العليا للقشرة الحركية تتحكم في الحركة الارادية للأطراف السفلى أما المنطقة السفلى فهي تتحكم في الحركة الارادية للوجه (بوحيدي، 2020، ص 2).



الشكل رقم14 يمثل صورة للفصوص والتلافيف في النصف الكرة الايسر.

2.1 القشرة الحركية الثانوية (motrice pré Aire):

التي تتكون من ثلاثة تلافيف وهي التلفيف الجبهي الأول (F1)، التلفيف الجبهي الثاني(F2) والتلفيف الجبهي الثالث (F3).

وهذه القشرة مسؤولة عن الأعمال اللاإرادية أو الأوتوماتيكية، السلوك الانفعالي والذاكرة .تمثل المنطقة (F3)منطقة بروكا والتي لها دور في الكلام .كما توجد منطقة إكزنر وهي المنطقة المسؤولة عن التعبير بالكتابة، وتوجد أيضاً في النصف الكروي السائد (بوحيدي، 2020، ص 3).

2- تعريف البراكسيا:

حسب القاموس الارطفوني تعرف بأنها" التنسيق العادي للحركات المنظمة بغرض القيام بشيء ما يتم تنفيذها بإرادة، بطريقة مدركة"(Brain-Henry, et all, 2021, pp 280-281)

مصطلح "البراكسيا" يعرف بتعاريف عديدة. يعرف بشكل أكثر شيوعًا في قاموس لاروس باعتباره "مجموعة من الحركات المنسقة بغرض بهدف بشكل أكثر تحديداً، يصف مصطلح البراكسيا في مصطلحات علم الحركة النفسي بأنه "مرادف للمهارة الحركية" والذي "يشير إلى أنظمة من الحركات المنسقة بغرض محدد أو نية" (DAVID, 2018, p 30).

ثانيا الأبراكسيا:

1- لمحة تاريخية عن الأبراكسيا:

في عام 1861، كان جون هيوينغز جاكسون على الأرجح أول من ربط بوضوح صورة الإعاقة في الحركة بالمعنى الذي وصفه ليبمان. منذ ذلك الحين، تطورت مفاهيم وتصنيفات الأبراكسيا بشكل مستمر. لاحظ الطبيب النفساني الألماني كارل ماريا فينكلنبورغ في عام 1870 أن حركات التواصل لدى مصابين بالأفازيا كانت غير ماهرة وغير مفهومة. استنتج أنهم يعانون من عدم القدرة الشاملة تمنع استخدام وفهم العلامات الاتصالية.

في عام 1871، قدم هايمان شتاينتال (1823-1899)، عالم لغوي ألماني، مصطلح الأبراكسيا للدلالة على الاستخدام الخاطئ للأشياء اليومية، مثل الشوكة والسكين، من قبل مرضى الأفازيا؛ وقال إن ذلك يرجع إلى

فشل في فهم الحركة المرغوبة أو التعامل مع الجسم. وصف "اضطراب العلاقات بين الحركات والأشياء التي ترتبط بها"، واعتبر الأخطاء "زيادة" في الأفازيا. في عام 1899، وصف دي دي بوك أيضًا الأبراكسيا واستخدم مصطلح الحركة الجانبية في مريضة "على الرغم من أنها تحتفظ بالمفاهيم لإجراءاتها، لم تنجح في تنبيه الصورة الحركية المقابلة". كان يعتقد أن مركز الصور الحركية مفصول عن الافتكار، ومرتبط بضرر في القشرة القذالية واللحائية. في عام 1905، أبلغ أرنولد بيك عن مريض فقد القدرة على استخدام الأدوات، على سبيل المثال استخدم مشط شعره بالجانب الخطأ ووضع مسدس في فمه. رأى بيك هذا كإعاقة حركية، مماثلة للاختلال في التعرف. كما وصف مينرت "عدم القدرة الحركية"، ونوثناجيل "الشلل النفسي"(pearce, 2009, pp 466-467) .

مع ذلك، كان يتعين الانتظار حتى نهاية القرن العشرين لتحديد الأبراكسيا كمتلازمة مستقلة. يعود ذلك إلى أبحاث ليبمان الذي في عام 1900، أكد استقلالية الوظيفة بين الأفازيا والأبراكسيا وصاغ أول تعريف للإعاقة: "اضطراب في الحركات الإرادية دون وجود نقص حسي حركي أساسي أو فهم" هو أيضًا أول من يعتقد أن هناك ثلاثة أنواع من الأبراكسيا وفقًا له: الأبراكسيا الفكرية: تتناول هذه الإعاقة الضرر في تصور الحركة. يواجه المريض الذي يعاني من الابراكسيا الفكرية "عدم القدرة على إعادة إنشاء فكرة ما يجب عمله، بحيث لا يمكن توجيه هذه الحركات بشكل صحيح."

الأبراكسيا الحركية الفكرية: يُختل فيها تنظيم الحركة. بحسب ف. أوسيوراك، "المريض يعرف ما يجب عمله (حفظ صيغ الحركة)، وهو قادر أيضًا على فعل ذلك (الذاكرة الحركية محفوظة)، لكنه غير قادر على ربط الاثنين معًا". يحدث انقطاع في التواصل بين التصور وإنتاج الحركة.

الأبراكسيا المركبة: تتعلق بتدهور إنتاج الحركة. في هذه الحالة، لا يكون المريض قادرًا على تنفيذ حركات مناسبة، على الرغم من وجود أنماط حركية صحيحة (DAVID, 2018, p 35).

2- تعريف الأبراكسيا:

إن النماذج النظرية للاضطرابات البراكسية تطورت بسرعة أكبر من تعريفها. في خط النظر من ليبمان، يصر معظم التعاريف على دور التجارب السابقة.

- بالنسبة لجيشويند (1975)، فإن الأبراكسيا هي اضطراب في تنفيذ الحركات المتعلمة.

-بالنسبة لروثي وآخرون (1991، 1997)، فإنها تمثل اضطراباً في الحركات المتعلمة والمتجربة (أي "الحركات المهارية المتعلمة") ناتج عن أضرار في الدماغ.

ومع ذلك، فإن بعض التعاريف لا تشير إلى هذا المفهوم من الذاكرة. يعتبر سينيوريه ونورث (1979) الأبراكسيا على أنها اضطراب مكتسب في تنفيذ الأعمال الحركية النية الموجهة نحو هدف، ناتج عن أضرار في الدماغ. من الصحيح أن الأبراكسيا تؤثر ليس فقط على إنتاج الحركات المألوفة (مثل حركات الاستخدام، والحركات الرمزية الاجتماعية) ولكن أيضًا على إنتاج الحركات بدون معنى (Josselin, 2015, p 81).

عرف الدكتور كمال الدسوقي الأبراكسيا بفقدان القدرة على أداء الحركات المقصودة (أي عدم القدرة على أداء سلسلة من الحركات الغرضية،) مع عدم وجود شلل أو اختلال حسي، ويرجع لإصابة في المنطقة الحركية للمخ، حيث ينتج عنها عجز عن تحريك الأشياء أو تناولها بذكاء (كمال، 1988، ص 121).

بالنسبة للفرماوي فالأبراكسيا تعني العجز عن تنفيذ التتابع الدقيق لأنماط معقدة للحركات المكتسبة التي تشكل في مجملها الكلام، هذا رغم عدم وجود شلل أو فقدان لحاسة ما. وهو ما ينظر له أحيانا على أنه تلف في الذاكرة المبرمجة التي تحتوي التنسيق الدقيق لتتابعات الأوامر الخاصة بتنفيذ الأنماط الحركية المعقدة والمكتسبة ولقد تناولت البحوث النيورولوجية هذه الحالة بمسميات عديدة منها متلازمة الطفل الاخرق أو ثقيل الحركة ، وأحيانا سميت باضطرابات التنسيق النمائية ، والخلل الوظيفي الحركي الإدراكي، أو صعوبة التعلم الحركية، أو اضطراب التخطيط الحركي الشفهي للكلام، إلا أن هذه المسميات تصف حالة واحدة، هي التلف في التنظيم الإدراكي للحركات، مما يؤدي إلى مشكلات تنفيذية في اللغة والإدراك والتفكير (الفرماوي، 2006 ص 244).

أما في معجم الطب النفسي والعقلي يعرف الأبراكسيا بانها اضطراب في الحركة الإرادية يتصف بالعجز عن اتيان الحركات الغرضية او تقليدها مع غياب أي سبب عضوي يسبب ذلك .أو هي العمى الحركي، هو فقد القدرة على القيام بحركات متناسقة معقدة، بسبب اختلال يطرأ على الوظائف التعبيرية الحركية لدى المرء، جاعلا إياه عاجزا عن القيام بمختلف الحركات القصدية، وعن فهم الأشياء المتواجدة حوله تتجلى في العجز عن الإتيان بحركة بناء على طلب أو أمر، وليس من الضروري أن يكون الشخص الذي تنتابه الأبراكسيا مصابا بالشلل أو يعاني من الاختلال العصبي (محمود، 2011، ص 256).

وحسب القاموس الأرطفوني فقد عرف ليمان (1980) هو اضطراب عصبي (ناتج عن إصابة في الفصوص الوجهية) يؤثر على الحركة الإرادية، والذي لا يرجع إلى اضطراب حركي أو حسي، ولا إلى نقص فكري سابق. غالباً ما يرتبط بالأفازيا، وتتجلى الأبراكسيا في عدم القدرة على تنفيذ حركات الحياة اليومية (في حالات الإصابة الشديدة) أو تكرار عناصر متعلقة بالتحليل البصري-المكاني. حيث أن كل نشاط حركي ينطوي على تنسيق متناغم للحركات الأساسية، وفي حالة النشاط المعقد، يجب على الفرد أولاً أن يصمم نموذجًا عقليًا لتنفيذ الفعل ككل، ويمكن أن يتعرض تنفيذ الفعل الفعلي للاضطراب على مستويات مختلفة (BRAIN- HENRY, et al, 2021, p32)

الأبراكسيا هي اضطراب مكتسب، ناتج عن إصابة في الدماغ (مثل الأمراض العصبية التناقصية على سبيل المثال)، يؤثر على تنفيذ الحركات النية. تتميز هذه الأعراض بأنها مستقلة عن العوامل الحسية أو الحركية، ولا ترتبط بتأخر عقلي أو اضطرابات معرفية أخرى (على الرغم من أنها غالباً ما ترتبط بالأفازيا). إنها حقًا اضطراب مكتسب، حيث يحدث فقدان للقدرة على تنفيذ الحركات التي تم تعلمها وتنفيذها سابقا(DAVID, 2018, p 35) .

انطلاقا مما سبق يمكننا تعريف الأبراكسيا بانها اضطراب مكتسب ناتج عن إصابة في الدماغ يؤثر في قدرة الشخص على تنفيذ الحركات الإرادية. يتميز هذا الاضطراب بصعوبة تنفيذ الحركات المقصودة دون وجود عوامل حسية أو حركية مسبقة. وعلى الرغم من أنه غالبا ما يرتبط بالأفازيا، إلا أنه يمكن أن يحدث مستقلا. تشمل الأعراض تعذر تنفيذ الحركات الغرضية أو تقليدها بشكل صحيح، مما يؤدي إلى صعوبة في القيام بالأنشطة اليومية بشكل طبيعي.

2 أنواع الأبراكسيا:

1.2 الأبراكسيا الفكرية:

هي فقدان المريض لقدرة استعمال الأشياء الموجودة أمامه (في حضور الشيء) شرط أن يكون الشيء المطلوب استعماله معروفا ومألوفا مثلا نضع قارورة ماء وكأس أمام المريض، وتطلب إليه ملأ الكأس، أو نضع شمعة وعلبة كبريت ونطلب إليه إشعال الشمعة، يقوم المريض بحركات مشوشة وغير موجهة نحو الهدف، مثلا يمسك علبة الكبريت ويديرها في مختلف الاتجاهات عوض فتحها أو يفتحها ويفرغ أعواد الكبريت ويضعها على الطاولة .في

بعض الحالات لا يتمكن المريض من تنفيذ حركة بسيطة أي حركة واحدة وليس تسلسل حركات مثلا استعمال المشط الذي أمامه. (بوريدح، 2021، ص 106)

2.2 الأبراكسيا الفكرية الحركية:

تعرف الأبراكسيا الفكرية الحركية على أنها " اضطراب في تنفيذ الحركات المكتسبة والمؤهلة"، لا تستند على أنها تنمل نصفي في الاطراف ولا اضطراب في التناسق ولا في حاسة اللمس ولا في الفهم اللغوي ولا عدم تعاون المريض بمعنى التنفيذ غير الصحيح للحركات الإرادية المعقدة نوعا ما والتي يجب القيام بها بناءا على تعليمات خارج سياقها الطبيعي، كما يمكن عادة القيام بنفس الحركات لكن في محتواها الطبيعي. (بن العيفاوي، 2021/2020، ص 87)

كما تعرف في القاموس الأرطوفوني بأنها اضطراب الحركة الفكرية المفهومية أو ما يُعرف بمتلازمة القصور الحركي الأيديوموتوري، وهو اضطراب يؤثر على قدرة الشخص على تنفيذ الحركات البسيطة والأساسية بشكل صحيح عند الطلب أو بناءًا على التقليد أو خارج وجود الجسم المعني. يمكن للمريض أن ينفذ هذه الحركات بشكل صحيح وتلقائي (مثل وضع نظارته)، لكنه قد لا يكون قادرًا على تنفيذها بناءا على أمر او تقليد او بدون وجود شيء. قد تكون الحركات الرمزية أكثر صعوبة في التنفيذ (مثل حركة إشارة بالقدم، أو التحية العسكرية). يمكن للمريض في بعض الأحيان أن يبدأ الحركة، ولكنه يتردد، ويتصرف بالتأخير، ويقوم بأخطاء في التوجيه، ويظهر في كثير من الأحيان استمراريات تعكس تأثير فعل سابق على الفعل الحالي. وفي حالة النشاط الحركي المعقد، يتمكن المريض من رؤية مكان وتتابع كل من الحركات البسيطة المكونة له، لكنه غير قادر على تنفيذ كل حركة بشكل صحيح عند اعتبارها بمفردها(BRAIN- HENRY, et al, 2021, p33)

3.2 الأبراكسيا الحركية:

هي فقدان الذكريات الحركية فالمريض يكون في حالة عدم القدرة على تنفيذ الحركات السريعة أو المتتالية أو المجتمعة، فهي تظهر من خلال انخفاض مهارة وسرعة التنفيذ ونادرا ما تكون أبراكسيا ثنائية الجانب .أما من الجانب التشريحي فإصابتها تنحصر بكثرة في المنطقة ما قبل الحركية.

جدول رقم 02 يمثل أنواع الابراكسيا الايشارية

<table>
<tr><td rowspan="4">أبراكسيا الفكرية الحركية
تعني العجز عن تنفيذ الحركات البسيطة بشكل ارادي</td><td colspan="2">الأبراكسيا الفكرية الحركية للأطراف السفلية: عدم القدرة على تنفيذ الحركات الغير هادفة والهادفة باستخدام الاطراف السفلية.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">أبراكسيا فكرية حركية ثنائية: هو العجز الذي يظهر بشكل ثنائي في نصفي الجسم</td><td>الحفاظ الفوق نمطي على التعرف على الحركات</td></tr>
<tr><td>خاص بنمط معين (بصري، لمسي، مرئية–مقلدة)</td></tr>
<tr><td colspan="2">أبراكسيا فكرية حركية احادية الجانب: ابراكسا التي تظهر بشكل احادية الجانب</td></tr>
<tr><td rowspan="4">أبراكسيا حركية
تعني عدم تنظيم الأنشطة العضلية الأساسية المكونة للحركة</td><td rowspan="2">(Apraxie mélokinétique) : صعوبة في تنفيذ حركات الاصابع الدقيقة و المتتالية</td><td>أبراكسيا تجنب الحركات</td></tr>
<tr><td>أبراكسيا تنفيذ الحركات</td></tr>
<tr><td colspan="2">(Apraxie kinesthésique) : تدهور في تنفيذ الوضعيات الأساسية و الحركات المعزولة و المتكررة، بالاضافة الى التلاعب بالأشياء</td></tr>
<tr><td colspan="2">(Apraxie dynamique) : عدم القدرة على تنفيذ الفعل وفقا لخطة، مع ظهور تكرار الفعل</td></tr>
<tr><td colspan="3">أبراكسيا فكرية: عدم القدرة على تنفيذ اجراء معقد ناتج عن نقص في التنظيم المنطقي والتناغم بين المتتابعات الأساسية بشكل منفصل</td></tr>
</table>

(Mathilde, 2015, p 27)

4.2 أبراكسيا الفمية– الوجهية:

تتميز بصعوبة تنفيذ الحركات الفمية–الوجهية قبل عام 1960 وكانت تدرس بشكل رئيسي بعلاقتها مع اضطرابات النطق في الحبسة الحركية وفي 1960 وصف الجوانين وليرميت لأول مرة وجود الابراكسيا الفمية الوجهية لدى المرضى الذين يعانون من حبسة فارنيك(Ohigashi, et all, 1981, p 02)

تعرف بأنها "عدم القدرة على تنفيذ حركات الوجه بناءًا على أمر شفهي أو على التقليد في غياب أي اضطراب في الفهم، أو اضطراب حسي، أو ضرر حركي" (جيشويند، 1975). يوضح لبرون أن هذه الصعوبات، وحتى العجز، في تنفيذ حركات محددة قد تشمل واحدة أو أكثر من أجزاء الوجه، الفم، والحنجرة دون وجود شلل في الوجه (1994). تكون الصعوبات أكثر وضوحًا عندما تكون الحركة متعمدة ومستقلة عن السياق الطبيعي. وفي الواقع، يُلاحظ وجود آلية للفصل الذاتي–الإرادي بين عدم القدرة على تنفيذ الأنشطة التطوعية والمحافظة على الأنشطة التلقائية والردود العصبية مثل (عند البلع). وتكون هذه الصعوبات موجودة على الرغم من المحاولات الحقيقية للمريض لتنفيذ الحركة. ترتبط الابراكسيا الفموية الوجهية بإصابات في النصف الأيسر من الدماغ (حُصين رولاندي، الجزء المجاور من المعقدة الصدغية الأولى، الجزء الأمامي من الحجرة) (Véronique, et all, 2018, p 39).

5.2 أبراكسيا المشي:

تشير أبراكسيا المشي الى صعوبة المشي، وهذا العجز يتراوح بين تحفيز الحركة الى عدم البراعة في التنقل. عادة ما يرجع ذلك الى سوء تموضع الاطراف السفلية في بعض الاحيان تصبح الحركات الارادية للمشي تماما مستحيلة على الرغم من استمرار الحركات الاندفاعية (Cameroun, 2017).

بحيث تكون أبراكسيا المشي دون شلل على مستوى الأطراف السفلية أو أي مشكل حسي حركي، وتتمثل في فقدان القدرة على تنفيذ حركة الأطراف والقيام بالخطوات المنتظمة والمحددة والموجهة بهدف المشي، بحيث يقوم المريض المصاب بهذه الأبراكسيا بحركات مشوشة وغير منتظمة وعشوائية تحول دون تحقيق فعل المشي والتقدم بخطوات، وينجم هذا الاضطراب عن إصابات ورمية على مستوى القص الجبهي (بوريدح، 2021، ص 108).

6.2 أبراكسيا اللباس:

هي اضطراب يتعلق بتنظيم الحركات المنجزة من أجل اللباس، فالمصاب لا يقدر على لبس سرواله أو وضع قميصه، أو عقد ربطة عنقه مثلا، وتكون إصابتها بكثرة في الفص الجداري، فهي أيضا من جهة عدم القدرة على مشاهدة الفرق بين الملابس (المصاب يلبس سرواله قبل ملابسه الداخلية) ومن جهة أخرى في استعماله للملابس نفسها فمثلا يضع ساقه في كم قميصه عوض ذراعه (لعثماني وشموسة، 2020، ص 34)

7.2 الأبراكسيا البنائية:

يفقد المريض القدرة على التعامل مع العناصر في الفضاء بهدف البناء، على الرغم من معرفته بالأشياء، إلا أنه لا يستطيع البناء سواء على الورق في الشكل أو في الفضاء ويتم تشخيص هذا بوضوح من خلال اختبارات الرسم المقتبس والتلقائي والبناء في الفضاء ثلاثي الأبعاد(BOUTTIER, 2002, p 5) .

فهي اضطراب النشاط الحركي للحركات التي تستلزم التنفيذ والبناء في المجال البصري مثل صعوبة الرسم تلقائيا، أو عن طريق النموذج أشكال بسيطة (مربع، مثلث) أو أشكال معقدة أما تشريحيا نجدها في الإصابات الجدارية للنصف الدماغي الكروي الأيسر، وأحيانا في النصف الأيمن.

يمس هذا النوع من الأبراكسيا القدرة على التركيب والبناء أي تجميع باستعمال الحيز او المكان الملائم.

مثلا: رسم زهرة بأجزائها – طاولة بمكوناتها – جسم انسان وغير ذلك ويتطلب هذا الأداء القدرة على الاستخدام الصحيح للمعطيات البصرية الحيزية والقدرة على الادراك البصري الحيزي اللازمة لإنجاز شكل معين في حيز معين عن طريق نشاط حركي منظم (بوريدح، 2021، ص ص 108-109).

3- الأبراكسيا عند حبسي بروكا:تتمثل في:

- اضطراب في نطق الأصوات أو الكلمات أو المقاطع غير ناتج من ضعف او عجز في العضلات.
- ضعف تنظيم، تنسيق وتسلسل حركات اعضاء الشفاه الفك – اللسان.
- يعرف ما يريد أن يقول لكن الدماغ لديه مشكلة في تنسيق حركات العضلات الضرورية.
-تشوه في أصوات الحروف.

- إسقاط أو اضافة حرف مثل: قللم بدلاً من قلم.

- التأخر في التواصل مع الأخرين.

- عسر في تكوين جمل معقدة.

- مشاكل في الأكل صعوبة في البلع والمصغ.

- زيادة أو قلة الاحساس بالفم، يرفض غسل الاسنان أو تناول الأكل الصلب لا يتعرف على مذاق بالاطعمة (عبد الله، 2023)

4 تشخيص الأبراكسيا:

1.4 من الجانب الطبي:

-إجراء اختبارات معيارية لوظائف الدماغ.

-إجراء اختبارات التصوير، مثل التصوير المقطعي أو التصوير بالرنين المغناطيسي.

يطلب الأطباء من الشخص أن يقوم أو يقلد المهام المكتسبة الشائعة، مثل استخدام فرشاة الأسنان أو المقص أو مفك البراغي. كما يقومون بإجراء الفحص السريري لمعرفة ما إذا كانت الأعراض ناجمةً عن الضُعف العضلي، أو عن مشكلة في المِفاصل.

طرح الأطباء على الأشخاص أسئلة مصممة لتقييم الذكاء، والقدرة على حلّ المشاكل، والتخطيط للأفعال والبدء بها (الوظيفية التنفيذية)، والانتباه، والذاكرة، واللغة، والحوافز، والمزاج والعاطفة، وجودة الحياة، والشخصية. كما يجري الأطباء أيضًا اختبارات بسيطة ويطلبون من الأشخاص القيام بحركات محددة لتقييم مدى نجاح الدماغ في معالجة الطلب (مثل طلب القيام بحركة وداع أو إظهار كيفية استخدام المطرقة).

تُجرى اختبارات التصوير مثل التصوير المقطعي المحوسب (TC) أو التصوير بالرنين المغناطيسي (IRM) واختبارات أخرى لتحديد سبب تضرُّر الدماغ.

2.4 من الجانب الارطوفوني: هناك العديد من الاختبارات التي تقيم الأبراكسيا من بينها نجد:

البطارية التقييمية للأبراكسيا: (Batterie d'Evaluation des praxie: BEP)

هي أداة تقييم الأبراكسيا تحتوي على 3 أجزاء:

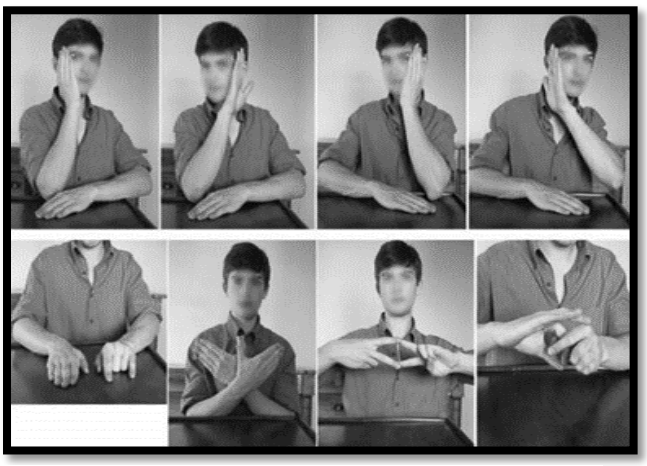
– تنفيذ الايماءات الرمزية بناء على الأمر اللفظي: أريني كيف تفعل ذلك بيدك

-أداء التحية العسكرية-أطلب الصمت- أظهر أن رائحته كريهة-القول بأن احد مجنون -أرسل قبلة.

- التمثيل على الامر اللفظي بتمثيل الأفعال: أريني كيف تمسك

-دق المسمار بالمطرقة- قم بتمزيق الورقة الى نصفين - اشعل عود ثقاب-امشط شعرك- تناول مشروبا.

- تقليد الايماءات المجردة:



الشكل رقم 15 يمثل الايماءات المجردة

-كف اليد اليمنى على الخد الأيمن.

-ظهر اليد اليمنى على الخد الأيسر.

-كف اليد اليسرى على الخد الأيسر.

-اظهر اليد اليسرى على الخد الأيسر.

-الأيادي على الطاولة مسطحة يمينا يسارا

-فراشة.

-الأيادي مقلوبة و متعامدة مع الطاولة في الهواء.

حلقة مزدوجة(Galbrun et all, 2009, 568)

5 إعادة تأهيل الأبراكسيا:

يتعاون الأخصائي الأرطفوني مع فريق متعدد التخصصات لإعادة التأهيل الأبراكسيا من خلال برامج وتقنيات من بينها:

1.5 برنامج (Audiblox)للتعامل مع حالات الأبراكسيا:

هو نظام تدريب معرفي يهدف إلى تطوير مهارات التعلم الحركي الأساسية، مثل التنظيم والتنسيق للحركات المعقدة مثل الحركات المنتجة للكلام الفظي أو المكتوب. يتم تنفيذ تمارين هذا البرنامج بشكل فردي، ويتم تحديد أنماط الحركة التي يحتاج المريض إلى التدريب عليها بدقة، مما يساعده على التقدم من مهارات بسيطة إلى مهارات أكثر تعقيداً.

بالإضافة إلى ذلك، قد يحتاج المريض المصاب بالأبراكسيا إلى استخدام وسائل تواصل بديلة مثل لوحات التواصل أو أجهزة التواصل البديلة خلال فترة التدريب. هذه الوسائل ليست بديلة تمامًا عن الكلام، ولكنها تساعد على تسهيل التواصل بين المصاب والآخرين. (الفرماوي، 2006، ص 247).

يهدف برنامج (Audiblox) إلى تقديم تمارين متنوعة ومتدرجة لتحسين مهارات التنظيم والتنسيق لدى المرضى، مما يساعدهم في تطوير قدراتهم على الحركة والتواصل، وتقليل الصعوبات التي يواجهونها في حياتهم اليومية (الفرماوي، 2006، ص 248)

الشكل رقم 16 يمثل صورة للبرنامج Audiblox

2.5 تقنية التدريب الحركي:

هي طريقة لإعادة التأهيل الذي تم تطويرها قبل سمانيا وآخرين لمعالجة الأبراكسيا الحركية، ويتكون البروتوكول من سلسلة جلسات تدريبية تستمر لمدة 35 جلسة، حيث تستمر كل جلسة لمدة 50 دقيقة. يتمحور التركيز في هذه التقنية حول ثلاثة أنواع من الحركات: الحركات الانتقالية، الحركات الغير انتقالية الرمزية، والحركات الغير انتقالية العكسية.

الحركات الانتقالية: تشير إلى الحركات التي يكون الفرد مستهدفا فيها نحو جسم معين، مثل تقليد استخدام الأدوات ويتم تدريب هذه الحركات عبر ثلاث مراحل:

– استخدام الجسم الفعلي المقدم للمريض– تقليد استخدام الجسم المقدم في صورة موجودة – انتاج البانتوميم المقابل لاستخدام الجسم بمفرده.

الحركات الغير انتقالية الرمزية: تشمل الحركات التي لا تتطلب جسمًا وتكون ذات دلالة رمزية مثل التصفيق أو الوداع ويتم تدريب هذه الحركات عبر ثلاث مراحل مشابهة لتلك المستخدمة في الحركات الانتقالية.

الحركات الغير انتقالية العكسية: تتضمن تدريب المريض على تقليد الحركات التي يقوم بها المعالج، مع مراقبة ما إذا كان المريض يحتاج إلى دلالة لتنفيذ الحركات. (Mathilde، 2015, 64 p)

خلاصة

في هذا الفصل استكملنا دراسة اضطراب الأبراكسيا بشكل عام، حيث قمنا بتتبع تطوره التاريخي الذي يتميز بظهور مختلف أشكاله من فترة لأخرى وتشترك جميع هذه الأشكال في فقدان القدرة على أداء المهام التي تتطلب نماذج أو سلسلة من الحركات من خلال التقليد او غياب الشيء، والتي غالبًا ما تكون ناتجة عن إصابة عصبية في مناطق الحركة من الدماغ مما يتطلب التشخيص الدقيق لها متعدد الجوانب لضمان اعادة تأهيل سليم.

فصل الرابع الاجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

الحدود المكانية

الحدود الزمانية

منهج الدراسة

تقديم حالات الدراسة

أدوات الدراسة

خلاصة

من خلال هذا الفصل الإجرءات المنهجية للدراسة، حيث قمنا أولا بتقديم الحدود المكانية والزمانية، المنهج، تقديم الحالات العيادية، أدوات الدراسة واجراءات تطبيقها.

1 الحدود المكانية:

واجهتنا العديد من العراقيل والصعوبات من بينها مكان اجراء هذه الدراسة، فالحالات لم تكن تأتي لحصص التأهيل وذلك أخد منا الكثير من الوقت للبحث في العديد من المراكز لإيجاد العينة.

قبل الشروع في الدراسة التحقنا بعدة عيادات ومصالح استشفائية داخل وخارج ولاية وهران بهدف القيام بدراسة استطلاعية والتأكد من توفر حالات دراستنا، بحيث كانت وجهتنا الاولى الى المركز الاستشفائي الجامعي (CHU)بولاية وهران مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي ثم انتقلنا الى المؤسسة الاستشفائية (UTSO) لولاية وهران وكذا العيادات الخاصة.

تم اجراء الدراسة على مستوى ولاية عين تموشنت في المؤسسة الاستشفائية احمد مدغري، وهي مؤسسة عمومية ذات طابع وظيفي إداري مستقل إداريا وماليا، أنشئت بمرسوم تنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 2007/05/19، تعتبر من المؤسسات العريقة في الجزائر حيث تم بناؤها سنة 1934 على مساحة 6000 م ^{2} وبعد الاستقلال تم ترميمها واعادة تهيئتها واعتبرت مؤسسة استشفائية بداية من سنة 2008

تتكون من وحدة الاستعجالات الطبية، امراض النساء والتوليد، مصلحة الامراض العقلية، الامراض الصدرية والتنفسية، مصلحة الجهاز الهضمي وامراض المعدة، مصلحة طب الاطفال، مصلحة الجراحة العامة، مصلحة تصفية الدم، التحاليل الطبية، الاشعة، الانعاش، الطب الداخلي حيث في هذه المصلحة توجد حالات الدراسة تتكون من طابقين الاول مخصص للرجال يشمل مكتب الاخصائية النفسانية، مكتب الاخصائية الأرطفونية ومكاتب الأطباء المختصين، قاعتين استشفائيتين، اما الطبق الثاني يشمل على مكتب رئيس المصلحة، مكتب الأمانة ومكاتب الاطباء المختصين، قاعة الانتظار وكذلك قاعتين استشفائيتين خاصة بالنساء وغرفتين للأرشيف وتخزين الادوية.

2 الحدود الزمنية:

تمت الدراسة خلال الموسم الجامعي 2024/2023، حيث كانت الانطلاقة في الدراسة من خلال العنوان واختيار الحالات المناسبة وتم تحديد خصائصها والمنهج والقيام بدراسة الجانب النظري من 2024/01/01 الى غاية 2024/04/14.

بعد تأكيد عنوان الدراسة والمنهج المستخدم وتحديد العينة وخصائصها باشرنا بتطبيق الأداوات، وكانت الفترة من 2024/04/15 الى غاية 2024/05/12.

3 منهج الدراسة:

يعتبر اختيار نوع المنهج في البحوث العلمية مرتبط بطبيعة المشكلة المراد دراستها وبما أن طبيعة بحثنا تتناول دراسة أنواع الأبراكسيا لدى حالات تعاني من حبسة بروكا اعتمدنا على المنهج الذي يخدم هذه الدراسة ألا وهو المنهج العيادي بحيث يكشف عن الحقيقة ويتناول السلوك البشري بأسلوب علمي وفيما يخص دراسة الحالة اعتمدنا على دراسة حالة كأسلوب للدراسة الذي من خلاله نتمكن من جمع معلومات كثيرة وبيانات حول الحالة.

4 تقديم الحالات العيادية:

تتكون عينة الدراسة من (05) حالات عيادية (02 نساء و03 ذكور) تم اختيارها بطريقة قصدية وفقا لمعايير.

جدول رقم 03 يمثل خصائص الحالات العيادية

الحالات	السن	الجنس	سبب الاصابة
الحالة الأولى	48	انثى	حادث وعائي انسدادي
الحالة الثانية	58	انثى	حادث وعائي انسدادي
الحالة الثالثة	63	ذكر	حادث وعائي انسدادي
الحالة الرابعة	50	ذكر	حادث وعائي انسدادي

الحالة الخامسة	69	ذكر	حادث وعائي انسدادي

ولبلوغ أهداف الدراسة أخدنا بعين الاعتبار بعض الشروط:

- تعاني من حبسة بروكا.
- العينة تضم كلا الجنسين.
- عدم وجود اضطرابات حركية قبل الاصابة.

5 أدوات الدراسة:

1.5 المقابلة:

تعتبر المقابلة حوار يدور بين الباحث (المقابل) و الشخص الذي تتم مقابلته (المستجيب) و تكون وجها لوجه ، حيث يبدأ الحوار بخلق علاقة وئام بينهما ليضمن الباحث الحد الأدنى من تعاون المستجيب، ثم يشرح الباحث الغرض من المقابلة في محادثة موجبة من طرف الباحث للشخص المستهدف بغية الوصول إلى حقيقة علمية أو موقف معين ، كما تهدف المقابلة إلى الحصول على المعلومات التي يريدها الباحث من المبحوثين و التعرف على مشاعره أو تصرفاته عن طريق الإيماءات و الإشارات في مواقف معينة(غنيم و مصطفى، 2000، ص ص 102-103).حيث تمت مع مرافقي الحالات و مع الحالات عند تطبيق الاختبارات.

2.5 الملاحظة:

تعني الاهتمام أو الانتباه إلى الشيء أو حدث أو ظاهرة بشكل منظم عن طريق الحواس حيث نجمع خبراتنا من خلال ما نشاهده أو نسمع عنه، والملاحظة العلمية تعني الانتباه للظواهر والحوادث بقصد تفسيرها واكتشاف أسبابها والوصول إلى القوانين التي تحكمها. (عطوي، 2000، ص ص 121-122). فهي تساعد على معرفة سلوك الحالة عند التعبير بالإشارات او عند شعورها التعب.

3.5 اختبار الحبسة MTA 2002:

اعتمدنا على بطارية الاختبارات المتمثلة في (MTA2002) الموجهة لفحص الحبسيين حيث تعتبر هذه البطارية اهم رائز لساني نفسي معرفي في ميدان الحبسة تم انشاء هذه الاداة في 1986 طرف فرقة فرنكو كندية متكونة من 18 عضو من بينهم مختصين في أمراض الأعصاب، في اللسانيات والأرطفونيا في علم النفس.

وفي إطار الاتفاقية التي انعقدت بين جامعة الجزائر من إشراف الدكتورة نصيرة زلال وجامعة حيث تمت الباحثة "نصيرة زلال" بتكييف وتغيير هذه البطارية على الواقع الثقافي والاجتماعي واللساني الجزائري وأضافت إليه بعض البنود الجديدة الخاصة باختبارات الأبراكسيا والأقنوزيا ثم أصدرت بعد ذلك النسخة الجزائرية المتعددة اللغات في سنة 2002 من طرف جامعة الجزائر .وتتكون النسخة الجزائرية من حقيبة تحتوي على: كراس خاص بالحالة- شريط k7-كتاب التوجيه(قاسمي، 2018، 89).

جدول رقم 04 يمثل بنود اختبار (MTA)

بنود (MTA)				
اختبارات اللغة الشفهية	اختبارات اللغة المكتوبة	اختبارات الفهم الشفهي والكتابي	اختبارات البراكسيا	اختبارات الأقنوزيا

جدول رقم 05 يمثل البنود المستعملة في إطار الدراسة

بند الحوار الموجه	بندالانتاج التلقائي اللساني	بند البقايا النحوية (الجهوزية).	بند تكرار المقاطع الكلمات الجمل العربية	بند الفهم الشفهي.	البراكسيا البنائية

طريقة تطبيق الاختبار:

مبادئ التطبيق :

عدم الالحاح على الحالة والانتقال إلى الاختبار الفرعي التالي في حالة الخطأ

في حالة العجز الكلي عن كل الاختبارات الفرعية للبند يجب الانتقال مباشرة إلى البند الموالي.

في حالة أعطى الحالة الاجابة خاطئة ثم تبعها مباشرة بالإجابة الصحيحة تحتسب الاجابة الصحيحة، الاجابات تسجل ثم يتم ترجمتها فيما بعد بالكتابة الصوتية على كراس. (شريط وعطوي، 2022، ص 58)

الطريقة المستعملة في حساب النسبة المئوية لكل بند هي:

النسبة المئوية = عدد الإجابات الصحيحة × 100% / عدد التعليمة.

4.5 أداة (**Praxie Box**):

براكسيا بوكس هو اداة التقييم والتأهيل للمرض الذين يعانون من اضطرابات براكسية عصبية، انشئ من طرف (Sophie Tosi)في جوان 2020 موجه لفئة الراشدين.

شكل رقم 17 يمثل صورة لاختبار Praxi Box

يحتوي على:

- 57 بطاقة صورة تمثل كل واحدة براكسيا محددة.
- 75 بطاقة تعليمات تساعد في تقديم اساليب متنوعة.
- 12 بطاقة متغيرة لتقديم استخدام مثلى.

حقيبة تحتوي على لوحة "استخدام المخططات " 6 لوحات بتصاميم الوجوه ورق شفاف لمساعدة الحالات على رؤية الحركات

المطلوبة بشكل أفضل: وجه الرجل / ملامح الرجل /وجه الرجل للإكمال ووجه المرأة /ملامح المرأة / وجه المرأة للإكمال.

– ورقة شفافة –كتيب تمارين متنوعة شفهية وغير شفهية استنادا الى التعبير عن المشاعر والفصل التلقائي – الارادي واللغة الشفهية ... يحتوي ايضا على جلسات للاسترخاء والتخفيف من توتر منطقة الوجه بالإضافة الى تدليك الوجه.(Praxibox, s.d)

طريقة التنقيط:

المرحلة السالبة الكلية 0%

إذا كانت لا يمكن عمل أي حركة: يكون من المعالج النطقي الذي يُنفذ الحركة ثم يسمح للألياف العضلية بالاسترخاء. لا يوجد مشاركة نشطة من المريض ومع ذلك يُطلب منه تخيل الحركة.

المرحلة السالبة المساعدة 25%

إذا كان هناك بداية للحركة: فور انتباه المعالج النطقي للانقباض، يدعمه بحركة ويصاحب الحركة للحفاظ عليها لبضع ثوانٍ.

المرحلة النشطة المساعدة 50%

إذا كانت الحركة ممكنة ولكن محدودة: يبدأ المريض الحركة ويدعمه المعالج في نهاية التنفيذ مع الحفاظ على الجانب السليم.

المرحلة النشطة 75%

إذا كانت الحركة ممكنة ولكن لا يمكن تنفيذها بقوة مقاومة: يعمل المريض بدون مساعدة من المعالج النطقي أمام المرآة.

المرحلة النهائية100%

إذا كان بإمكان الحركة البقاء: يتم تقديم التمارين مع المقاومة.

5.5 اختبار الابراكسيا الفكرية الحركية (Apraxia sceen TULIA)

بطارية (TULIA) صممت من طرف الباحث(Vanbellingen) وفريق بحثه سنة.2009 يتكون المقياس من (48) بند موزعة على محورين أساسيين المحاكاة (التقليد) والتمثيل الإيمائي لمرضى الأبراكسيا الناتجة عن حادثة وعائية دماغية. يحتوي محور المحاكاة على (24) بند، ومحور التمثيل الإيمائي على (24) بند مقسمة على الإيماءات بدون مدلول، ذات مدلول، بوجود اداة وعدم وجود اداة.

قامت الباحثة بن العيفاوي حليمة بترجمة فقرات اختبار وإعادة صياغة فقراته والتوصل الى مقياس مكون من (12) فقرة موزعة على محورين أساسيين المحاكاة والتمثيل الايمائي لمرضى الابركسيا الفكرية الحركية الناتجة عن حادثة وعائية دماغية ويحتوي محور المحاكاة على (07) فقرات، ومحور التمثيل الايمائي على (05) فقرات.

– صدق الاختبار:

اعتمد في تقنين هذا الإختبار على صدق الترجمة، بحيث لم تجر أي تغييرات في بنوده ماعدا ترجمته وترجمة التعليمات من اللغة الإنجليزية الى اللغة العربية، تم التحقق من صدق المحتوى للمقياس وفقراته بعرضه على مجموعة مكونة من (10) محكما، لإبداء رأيهم في صحة ودقة محتوى المقياس، الترجمة، الصياغة اللغوية ومناسباته لقياس ما وضعت ألجله.

–ثبات الاختبار:

قامت الباحثة بتطبيق هذا الإختبار على عينة التقنين المكونة من 30 فرد (مرتين) حيث تقدر الفاصل الزمني بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني 15 يوم، ثم قامت بحساب درجة الثبات باستخدام معامل بيرسون (pearsean)فكانت النتيجة قريبة من الواحد "0.89" وبالتالي معامل الارتباط بين التطبيقين قوي (بن العيفاوي، 2021، ص ص 139-145)

1.5.5 تقديم بنود وتعليمات الاختبار:

في غرفة هادئة يجلس الفاحص وجها لوجه مع المفحوص وتفصل بينهما طاولة العمل ويضع المفحوص يديه فوق الطاولة .**المحاكاة أو التقليد:** "هناك سبعة ايماءات على شاشة الكمبيوتر، قلدها باعلى دقة ممكنة "

تتمثل هذه الإيماءات في وضع الإبهام على الجبين والأصابع الأخرى تشير نحو الأعلى، مسح الغبار من على الكتفين، تعليمات إضافية :" تخيل أنك تمسك بالأداة او الشيء في يدك، لا تستعمل أصابعك كأداة ".

وتتمثل فيمايلي (تناول مشروب من كأس، تدخين سيجارة، استخدم المطرقة، استخدام المقص، إستعمال طابع بريدي).

التمثيل الإيمائي :" سأطلب منك في هذه الحالة عمل إيماءات، اسمع جيدا ومثلها بأعلى دقة ممكنة ".

تتمثل الإيماءة في إظهار كما لوكان شخص ما مجنون، اعمل علامة تهديد .

تعليمات إضافية :"هذه المرة تخيل أنك تمسك بالأداة او الشيء في يدك، لا تستعمل أصابعك كأداة ".

ونطلب منه غسل الأسنان، لم الشعر واستعمال مفك البرغي .

2.5.5 طريقة التنقيط:

تعطى الدرجة (0) في حالة رسوب المفحوص في تقليد الايماءات والتمثيل الإيمائي.

تعطى الدرجة (01) في حالة نجاح المفحوص في تقليد الإيماءات والتمثيل الإيمائي .

- النتيجة القصوى 12.

-إذا كانت نتيجة أقل من 9 نقول إن المفحوص يعاني من أبراكسيا خفيفة .

-إذا كانت نتيجة أقل من 5 نقول أن المفحوص يعاني من أبراكسيا حادة (بن العيفاوي، 2021، 147).

خلاصة

من خلال هذه الدراسة تمكنا من تحديد وتوضيح للبحث الميداني حول موضوعنا دراستنا، بالإضافة تعرفنا على مكان إجراء البحث وكذا اختيارنا للعينة ومعايير انتقائها وكذلك الأدوات المستخدمة لقياس الحبسة والابراكسيا وقد قمنا بإجراء الاختبار على عينة تتكون من 05 حالات بجنسين مختلفين وسنقوم بعرض النتائج في الفصل الموالي ونقدم تحليلا لها واستنتاجا عاما عليها.

الفصل الخامس: تحليل النتائج ومناقشتها

تمهيد

تحليل نتائج الحالة الاولى.

تحليل نتائج الحالة الثانية.

تحليل نتائج الحالة الثالثة.

تحليل نتائج الحالة الرابعة.

تحليل نتائج الحالة الخامسة.

مناقشة النتائج.

سنحاول من خلال هذا الفصل عرض وتقديم حالات الدراسة مع تحليل النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق الأدوات المستخدمة تحليلا كميا وكيفيا بهدف مناقشة فرضيات الدراسة والتأكد من صدقها وثباتها أو عدمه، من اجل الوصول إلى حل الإشكالية محل الدراسة.

1 تحليل نتائج الحالة الاولى:

1.1 تقديم الحالة:

سيدة (ج. ب) البالغة من العمر 48 سنة مقيمة بولاية عين تموشنت بلدية سيدي الصافي، ام لطفلين ماكثة في البيت، تتكلم اللغة العربية والدارجة مستواها الدراسي رابعة متوسط.

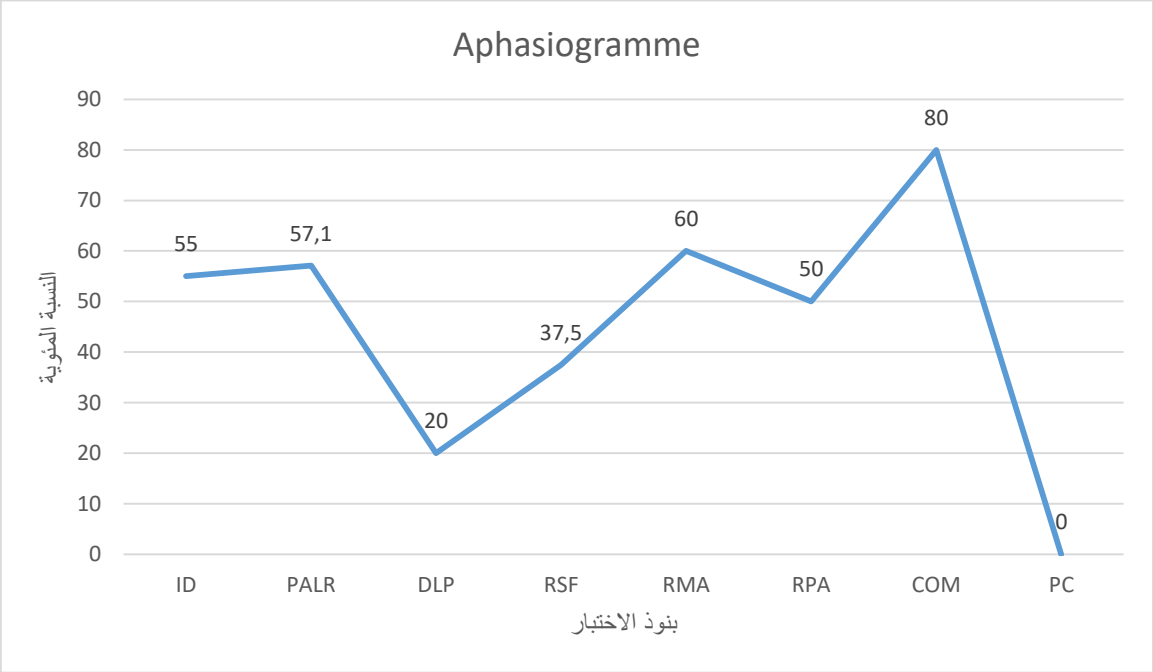
فيما يخص السوابق المرضية كانت تعاني من مرض على مستوى الكلى، اصيبت بحادث وعائي انسدادي في فيفري 2023 ادى الى سقوطها على الارض، تم نقلها الى وحدة الاستعجاليات الطبية وفحصها من قبل طبيب الاعصاب، قام بكل الفحوصات اللازمة وتم احالتها الى الاخصائية الارطفونية سمح التقييم الاولي ملاحظة ان الحالة اصيبت بحبسة بروكا مصاحبة بشلل نصفي يمني، كما انها تعاني من عرض نقص الكلمة وصعوبة في انتاج الكلام ومشاكل حركية (ابراكسيا) اما من ناحية الفهم فهو جيد.

2.1 تحليل نتائج الحالة الاولى في اختبار :MTA

جدول رقم06 يمثل نتائج الحالة الاولى في اختبار MTA

البند	الرمز	عدد الاجابات الصحيحة	النتائج
الحوار الموجه	ID	11/20	%55
الانتاج التلقائي اللساني	PALR	4/7	%57,1
البقايا النحوية (الجهوزية)	DLP	2/10	%20
تكرار المقاطع	RSF	30/80	%37,5
تكرار الكلمات – العربية –	RMA	6/10	%60

تكرار الجمل – العربية –	RPA	1/2	%50
الفهم الشفهي للكلمات	COM	4/5	%80
البراكسيا البنائية	PC	0/3	%0



الشكل رقم 18 يمثل المخطط الحبسي لنتائج الحالة الاولى في اختبار MTA

من خلال نتائج الحالة الأولى في الجدول رقم 06 والمخطط الحبسي الشكل رقم 18 أظهرت ان الحالة نتائج تتراوح بين المتوسطة وفوق المتوسطة في معظم البنود، وفي بند الحوار الموجه والإنتاج التلقائي، لم تتمكن الحالة من صياغة جمل طويلة وظهرت لديها صعوبات في النحو الكمي والنوعي، مما يشير إلى معاناتها من فقدان النحو (Agrammatisme). كانت نسبة الإجابات الصحيحة 55% و57.1% على التوالي، مما يعكس مستوى متوسطًا من الكفاءة في هذه المهارات، وفي بند البقايا النحوية كانت النسبة الأدنى التي تحصلت عليها الحالة هي 20%، حيث قدمت إجابتين صحيحتين فقط من أصل 10، بحيث يظهر هذا البند صعوبة كبيرة في استحضار الكلمات المناسبة مما يشير إلى وجود عرض نقص الكلمات، بالإضافة إلى ذلك ظهرت مشكلة

خلط دلالي (بارافازيا دلالية) مثل استبدال كلمة "كبش" بكلمة "ماع." اظهرت الحالة نتائج متوسطة في بند تكرار المقاطع بنسبة 37.5%، حيث كانت بعض الكلمات والمقاطع غير مفهومة على سبيل المثال تم استبدال المقطع "Hko" بالمقطع "Fi" و "Chlu"بالمقطع ."Hu" في تكرار الكلمات، وكانت النسبة 60%ظهرت كلمات جديدة خارج سياق التعبير(Néologisme) ، وفي تكرار الجمل كانت 50.%،و في بند الفهم الشفهي استطاعت الحالة تحقيق نسبة عالية بلغت 80%، حيث تمكنت من تحديد كل الصور ما عدا واحدة مما يدل على أن مستوى الفهم الشفهي لديها مرتفع بشكل كبير. وفي بند الأبراكسيا البنائية تحصلت على نسبة 0% لم تتمكن من الرسم.

3.1 تحليل نتائج الحالة الأولى في أداة Praxi box:

جدول رقم 07 يمثل نتائج الحالة الاولى في اداة Praxi Box

البنود	عدد الحركات الصحيحة	النسبة المئوية
الأبراكسيا اللسانية	5\10	50%
الأبراكسيا الشفهية	3\10	30%
أبراكسيا الخدود	3\5	60%
أبراكسيا الفك	5\9	55.5%
الأبراكسيا الوجهية	2\10	20%
المتوسط الحسابي لبنود لنتائج بُعد البراكسيا الفمية الوجهية		43.1%

من خلال نتائج الحالة الأولى في الجدول رقم 07، نلاحظ أنها تتراوح ما بين الضعيف والمتوسط. في بند الأبراكسيا اللسانية كان الأداء متوسطًا حيث تمكنت الحالة من تقديم 5 حركات صحيحة بنسبة 50%، مما يعكس تمكنها من تنفيذ بعض الحركات بشكل جيد، إلا أنها واجهت صعوبة في الحركات الدقيقة والمعقدة مثل إخراج اللسان دون لمس الشفاه ووضع اللسان في آخر سن على اليمين، وهذا يعود لضعف التنسيق الحركي.

أما في الأبراكسيا الشفهية، فقد كان الأداء ضعيفًا جدًا بنسبة 30%، حيث لم تستطع الحالة تنفيذ معظم الحركات المطلوبة، مما يشير إلى ضعف في التنسيق العصبي-العضلي والقدرات الحركية الدقيقة للفم والشفتين. في بند أبراكسيا الخدود، كان الأداء جيدًا بنسبة 60%، إذ تمكنت الحالة من تنفيذ معظم الحركات بشكل جيد، ولكنها واجهت صعوبة في نقل الهواء من خد إلى خد آخر، مما يدل على ضعف في التحكم الدقيق بعضلات الخد. في أبراكسيا الفك، كانت النتائج متوسطة بنسبة 55.5%، حيث استطاعت الحالة تنفيذ حركات مثل تحريك الفك في اتجاه الأمام، لكنها وجدت صعوبة في حركات المضغ، مما يشير إلى ضعف في عضلات الفك ونقص في التنسيق الحركي. أما في الأبراكسيا الوجهية، فكان الأداء ضعيفًا جدًا بنسبة 20%، حيث واجهت الحالة صعوبة في حركات مثل إمالة الرأس نحو الكتف الأيمن وعقد الحاجبين، وهذا يعكس ضعفًا في عضلات الرقبة والوجه ونقصًا في التخطيط الحركي.

4.1 تحليل نتائج الحالة الاولى من خلال اختبار TULIA:

جدول رقم 08 يمثل نتائج الحالة الأولى في اختبار TULIA

	التعليمة	العلامة
المحاكاة	ضع الإبهام على الجبين والأصابع الأخرى تشير نحو الأعلى	0
	امسح الغبار من على الكتف	1
	تناول مشروب من كأس	1
	تدخين سيجارة	0
	استخدم المطرقة	1
	استخدام المقص	0
	استعمال طابع بريدي	0

التمثيل الإيمائي	اظهار كما لو كان شخص ما مجنون	0
	اعمل علامة تهديد	0
	اغسل اسنانك	1
	لملم شعرك	1
	استعمل مفك البراغي	0
	المتوسط الحسابي لبنود لنتائج بُعد الأبراكسيا الفكرية الحركية	41.6%

من خلال نتائج الحالة الأولى في الجدول رقم 08 نلاحظ انها تحصلت على مجموع 05 ايماءات من أصل 12، اي بنسبة 41،6% تعكس هذه النسبة قدرة الحالة على تنفيذ المهام المطلوبة في الاختبار، على الرغم من وجود صعوبات في بعض المهام، فإن الحالة أبدت رغبة قوية على تنفيذ جميع الحركات بشكل صحيح.

في بند المحاكاة قدمت 3 ايماءاة من أصل 7 حيث تمكنت من تنفيذ المهام بنجاح مثل تناول المشروب من الكاس واستخدام المطرقة، وهذا يعكس قدرتها الجيدة على تقليد الحركات الأساسية واستخدام الأدوات المناسبة. ومع ذلك واجهت صعوبة في تنفيذ الحركات الأخرى مثل تدخين السيجارة ووضع الابهام على الجبين، وهذا قد يكون بسبب صعوبة في تقليد الحركات الدقيقة او فهم متطلبات المهمة بشكل صحيح، اما بالنسبة للتمثيل الايمائي قدمت ايمائتين من أصل 5 وهي حركات مألوفة وبسيطة.

2 تحليل نتائج الحالة الثانية:

1.2 تقديم الحالة الثانية:

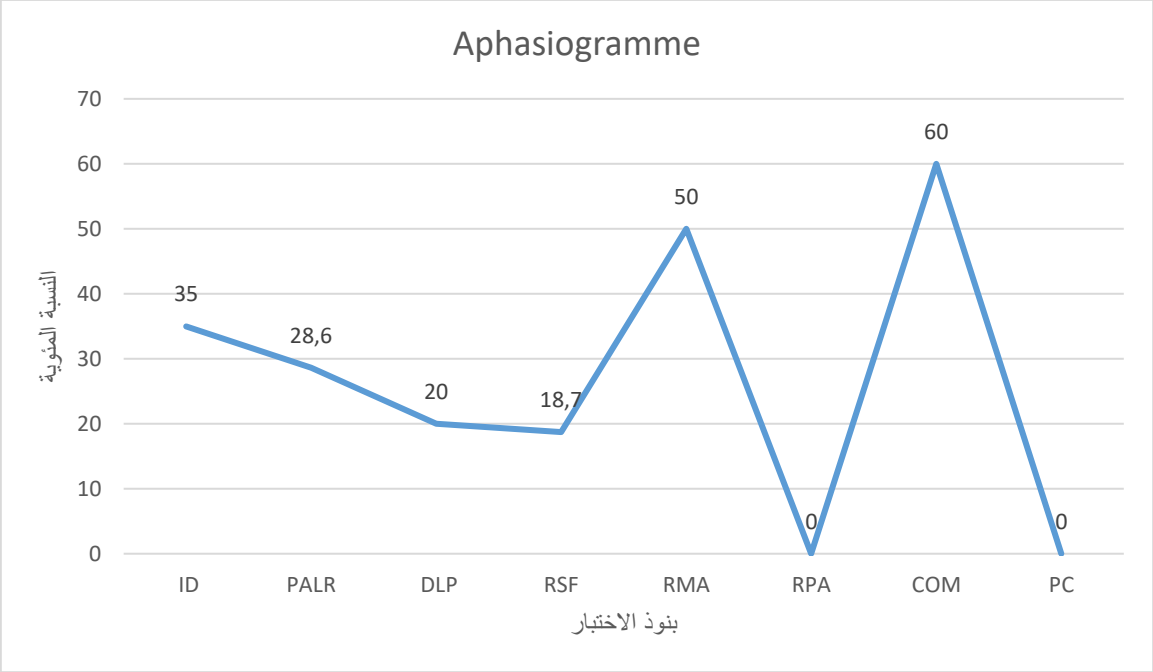
سيدة (ف.خ) البالغة من العمر 58 سنة مقيمة بولاية عين تموشنت دائرة حمام بوحجر، غير متزوجة، ماكثة في البيت تتكلم اللغة العربية والدارجة مستواها الدراسي04 متوسط.

فيما يخص السوابق المرضية لا تعاني من أمراض عضوية، اصيبت بحادث وعائي انسدادي في اواخر سنة 2022 ناتج عن ارتفاع مفاجئ لضغط الدم ادى الى سقوطها على الارض، اظهرت الفحوصات ان الحالة اصيبت بحبسة بروكا مصاحبة بشلل نصفي يمني، سمح التقييم الاولي للأخصائية الارطفونية ملاحظة ان الحالة تعاني من نقص الكلام وصعوبة في إيجاد الكلمة، عدم القدرة على التكرار او قراءة الجمل والنص مع القدرة على قراءة الكلمات المعزولة مصاحبة بابراكسيا فمية حركية اما الفهم سليم الى حد ما.

2.2 تحليل نتائج الحالة الثانية في اختبار MTA:

جدول رقم09 يمثل نتائج الحالة الثانية في اختبار MTA

البند	الرمز	عدد الاجابات الصحيحة	النتائج
الحوار الموجه	ID	7/20	%35
الانتاج التلقائي اللساني	PALR	2/7	%28.6
البقايا النحوية (الجهوزية)	DLP	2/10	%02
تكرار المقاطع	RSF	15/80	%18,7
تكرار الكلمات – العربية -	RMA	5/10	%50
تكرار الجمل – العربية -	RPA	0/2	%0
الفهم الشفهي للكلمات	COM	3/5	%60
البراكسيا البنائية	PC	0/3	%0



الشكل رقم 19 يمثل المخطط الحبسي لنتائج الحالة الثانية في اختبار MTA

من خلال نتائج الحالة الثانية في الجدول رقم 09 والمخطط الحبسي الشكل رقم 19 نلاحظ انها تحصلت في الحوار الموجه على نسبة 35%، حيث قدمت بعض الإجابات الصحيحة مثل الاسم والعنوان، لكنها أخفقت في الإجابة عن الوقت، وسبب الإصابة راجع الى صعوبة في استرجاع المعلومات الدقيقة والقدرة على التواصل الفعال في الحوار الموجه. اما في بند الإنتاج التلقائي اللساني حققت الحالة نسبة 28.6%، مما يشير إلى مستوى منخفض في التعبير اللغوي حيث كانت تجد صعوبة في استحضار الكلمات المناسبة، وظهرت عليها علامات اضطراب في قدرات البناء النحوي، مما يعكس مشاكل في التوليد اللغوي التلقائي والنحو. تحصلت الحالة على نسبة 20% في بند البقايا النحوية حيث تمكنت من ذكر حيوانين فقط في ظرف 90 ثانية.، يعكس هذا العرض نقصًا واضحًا في القدرة على استحضار الكلمات المناسبة في سياق معين. وفي تكرار المقاطع حققت نسبة 18.7% مع ظهور بارافازيا فونيمية ورطانة لغوية، اما تكرار الكلمات حققت نسبة 50.% على الرغم من أن النتيجة تعتبر أفضل مقارنة ببنود أخرى، إلا أن نصف الإجابات كانت خاطئة مما يشير إلى عدم الاستقرار في القدرات التكرارية. بند تكرار الجمل لم تتمكن الحالة من تقديم أي إجابة صحيحة،

بنسبة 0% يعكس هذا فشلاً في القدرة على تكرار الجمل المعقدة، اما الفهم الشفهي حصلت الحالة على نسبة 60% مما يعتبر أفضل نتائجها ويعكس هذا مستوى جيدًا نسبيًا في الفهم الشفهي، مع قدرة جيدة على تمييز المعاني في الكلمات المفردة.

3.2 تحليل نتائج الحالة الثانية في أداة Praxi box:

جدول رقم 10 يمثل نتائج الحالة الثانية في اداة Praxi Box

البنود	عدد الحركات الصحيحة	النسبة المئوية
الأبراكسيا اللسانية	4/10	40%
الأبراكسيا الشفهية	4/10	40%
أبراكسيا الخدود	1/5	20%
أبراكسيا الفك	3/9	33.3%
الأبراكسيا الوجهية	2/10	20%
المتوسط الحسابي لبنود لنتائج بُعد البراكسيا الفمية الوجهية		30.66%

من خلال نتائج الحالة الثانية في الجدول رقم 10، نلاحظ أن أداءها كان أقل من المتوسط في معظم بنود الأبراكسيا مما يعكس صعوبات متعددة في التنسيق الحركي وفي بند الأبراكسيا اللسانية قدمت الحالة أربع حركات صحيحة بنسبة 40% وكانت قادرة على تنفيذ بعض الحركات مثل دفع اللسان داخل الخد اليمني، لكنها لم تتمكن من تنفيذ حركات أخرى مثل إخراج اللسان مستقيماً دون لمس الشفاه، وهذا يشير إلى صعوبة في التحكم الدقيق بعضلات اللسان والتنسيق العصبي-العضلي. في الأبراكسيا الشفهية قدمت أربع حركات صحيحة بنسبة 40%، كانت غير قادرة على تنفيذ حركات مثل الابتسام بشكل جيد بدون إظهار الأسنان، مما يعكس صعوبة في التحكم الدقيق بعضلات الشفتين، أما في بند أبراكسيا الخدود كان أداؤها ضعيفاً جداً، حيث قدمت حركة واحدة فقط بنسبة 20% ولم تستطع تنفيذ حركات مثل نفخ الخدين وإدخالهما، مما يشير

إلى ضعف في عضلات الخد وصعوبة في التنسيق الحركي. في بند أبراكسيا الفك، قدمت ثلاث إجابات صحيحة بنسبة 33.3% كما تمكنت من تحريك الفك إلى الأمام وفتح الفم جيداً، لكنها واجهت صعوبة في تنفيذ حركات المضغ بوضعية الفم المفتوح وهذا يعكس ضعفاً في عضلات الفك وصعوبة في تنسيق الحركات المعقدة. أما في الأبراكسيا الوجهية، كان الأداء ضعيفاً جداً، حيث قلدت حركتين من أصل 10 حركات بنسبة 20% ولم تستطع تنفيذ حركات مثل الغمز، فتح العينين، مما يعكس ضعفاً في عضلات الرقبة والوجه وصعوبة في التخطيط الحركي.

4.2 تحليل نتائج الحالة الثانية في اختبار :TULIA

جدول رقم 11 يمثل نتائج الحالة الثانية في اختبار TULIA

	التعليمة	العلامة
المحاكاة	ضع الإبهام على الجبين والأصابع الأخرى تشير نحو الأعلى	0
	امسح الغبار من على الكتف	0
	تناول مشروب من كأس	1
	تدخين سيجارة	0
	استخدم المطرقة	0
	استخدام المقص	0
	استعمال طابع بريدي	1
التمثيل الإيمائي	اظهار كما لو كان شخص ما مجنون	0
	اعمل علامة تهديد	0
	اغسل اسنانك	1

	لملم شعرك	0
	استعمل مفك البراغي	0
	المتوسط الحسابي لبنود لنتائج بُعد الأبراكسيا الفكرية الحركية	25%

من خلال نتائج الحالة الثانية في الجدول رقم 11 نلاحظ انها تحصلت على مجموع 03 ايماءات من أصل 12، اي بنسبة 25% تعكس هذه النسبة قدرة الحالة على تنفيذ المهام المطلوبة في الاختبار وبناءً على النتائج، يُلاحظ أن الحالة لم تبدِ الاهتمام الكافي أو الرغبة في تنفيذ الحركات المطلوبة، كما أنها كانت إتكالية إلى حد ما، مما أثر سلبًا على أدائها في الاختبار.

في بند المحاكاة، قدمت الحالة حركتين فقط بشكل صحيح، وهما تناول المشروب من الكأس واستعمال طابع البريد، أما بقية الحركات فلم تستطع تطبيقها بشكل جيد، وهذا يشير إلى وجود عجز في تنفيذ المهام بشكل كامل وصحيح.

أما في بند التمثيل الإيمائي، فواجهت الحالة ضعفًا كبيرًا حيث لم تستطع تنفيذ سوى حركة واحدة وهي غسل الأسنان اما بقية الحركات لم تستطع تنفيذها بشكل صحيح، مما يشير إلى وجود صعوبات كبيرة في تقليد وتنفيذ الحركات المطلوبة بدقة.

3 تحليل نتائج الحالة الثالثة:

1.3 تقديم الحالة الثالثة:

سيد (ض.ع) البالغ من العمر 63 سنة مقيم بولاية عين تموشنت دائرة بني صاف، متزوج واب لطفلين، يجيد تكلم اللغة العربية والفرنسية مستواه الدراسي 3 ثانوي رئيس مصلحة الشباب والرياضة.

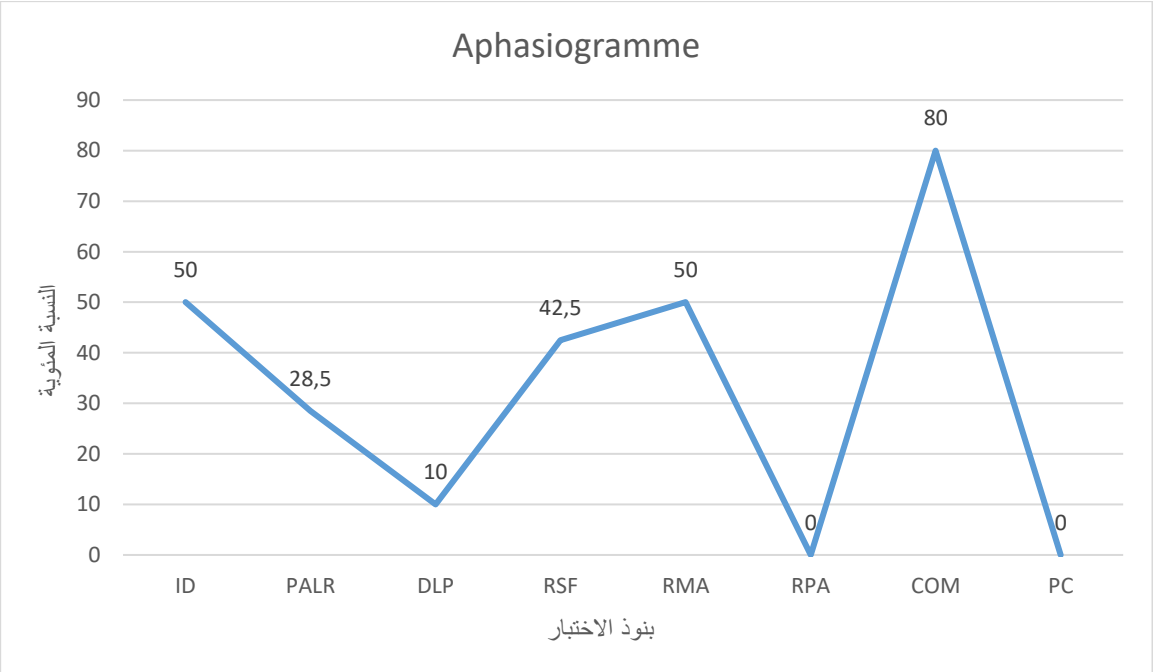
فيما يخص السوابق المرضية يعاني من مرض على مستوى الغدة الدرقية، دخل المريض إلى مصلحة الاستعجالات التابعة لمستشفى احمد مدغري حينما فقد الوعي فجأة مع ارتفاع في الضغط الشرياني 18/10. الفحص العصبي الاولي أظهر وجود شلل نصفي أيمن كما بينت نتائج معطيات الفحص بالاشعة وجود حادث وعائي انسدادي متسبب في حبسة (بروكا) وعجز حركي.

سمح التقييم الاولي للأخصائية الارطفونية ملاحظة ان الحالة تعاني من نقص الكلمة، اضطرابات صرفية ونحوية وابراكسيا كما ان الحالة لا تعاني من مشاكل في مستوى الفهم.

2.3 تحليل نتائج الحالة الثالثة في اختبار: MTA

جدول رقم يمثل12 نتائج الحالة الثالثة في اختبار MTA

البند	الرمز	عدد الاجابات الصحيحة	النتائج
الحوار الموجه	ID	10/20	%50
الانتاج التلقائي اللساني	PALR	2/7	%28.5
البقايا النحوية (الجهوزية)	DLP	1/10	%10
تكرار المقاطع	RSF	34/80	%42.5
تكرار الكلمات – العربية -	RMA	5/10	%50
تكرار الجمل – العربية -	RPA	0/2	%0
الفهم الشفهي للكلمات	COM	4/5	%80
البراكسيا البنائية	PC	3/0	%0



الشكل رقم20 يمثل المخطط الحبسي لنتائج الحالة الثالثة في اختبار MTA

من خلال نتائج الحالة الثالثة في الجدول رقم 11 والمخطط الحبسي شكل رقم 20 نلاحظ ان الحالة تحصلت في الحوار الموجه على نسبة 50%، حيث تمكنت من تقديم بعض الإجابات الصحيحة بينما أخفقت في الإجابات التي تتطلب تعبيرًا أكثر تعقيدًا. تشير هذه النتائج إلى وجود قدرة صعوبات ملحوظة في التعبير اللغوي المعقد به نقص كمي وكيفي، وفي الإنتاج التلقائي اللساني حققت الحالة نسبة 28.5%، مما يعكس مستوى منخفضًا في التعبير اللغوي التلقائي، حيث كانت الحالة تجد صعوبة في استحضار الكلمات المناسبة وظهرت عليها علامات اضطراب في قدرات البناء النحوي(Agrammatisme) ، مما يشير إلى مشاكل في التوليد اللغوي التلقائي والنحو. وبند البقايا النحوية حصلت الحالة على نسبة 10% فقط، حيث تمكنت من ذكر حيوان واحد فقط في ظرف 90 ثانية، يعكس هذا العرض نقصًا شديدًا في القدرة على استحضار الكلمات المناسبة في سياق معين، مما يشير إلى ضعف كبير في الذاكرة اللفظية والبحث الدلالي. اما في تكرار المقاطع حققت نسبة 42.5% حيث ظهرت بارافازيا فونيمية واختراع كلمات جديد(Néologism) ، تشير هذه النتائج إلى وجود صعوبات معتدلة في القدرة على تكرار المقاطع بدقة. وفي تكرار الكلمات حققت نسبة 50.% تعتبر هذه النتيجة متوسطة، مما يشير إلى عدم الاستقرار في القدرات التكرارية، مع بعض الصعوبات في الحفاظ على الدقة. وفي تكرار الجمل لم تتمكن الحالة من تقديم أي إجابة صحيحة، بنسبة 0.% يعكس هذا فشلاً في

القدرة على تكرار الجمل المعقدة. اما في بند الفهم الشفهي حصلت الحالة على نسبة 80% مما يعتبر أفضل نتائجها .يعكس هذا مستوى جيدًا نسبيًا في الفهم الشفهي، مع قدرة جيدة على تمييز المعاني في الكلمات المفردة.

3.3 تحليل نتائج الحالة الثالثة في أداة Praxi Box:

جدول رقم 13 يمثل نتائج الحالة الثالثة في أداة Praxi Box

البنود	عدد الحركات الصحيحة	النسبة المئوية
الأبراكسيا اللسانية	3\10	30%
الأبراكسيا الشفهية	2\10	20%
أبراكسيا الخدود	3\5	60%
أبراكسيا الفك	4\9	44.44 %
الأبراكسيا الوجهية	2\10	20%
المتوسط الحسابي لبنود لنتائج بُعد البراكسيا الفمية الوجهية		34.88%

من خلال نتائج الحالة الثالثة في الجدول رقم 13، نلاحظ أن أداء الحالة كان منخفضاً بشكل عام في مختلف بنود الأبراكسيا، مما يعكس وجود صعوبات متعددة في التنسيق الحركي وتنفيذ الحركات المطلوبة. في بند الأبراكسيا اللسانية، كانت النتيجة 30% حيث قدمت الحالة 3 إجابات صحيحة فقط، ما يعكس صعوبة كبيرة في تنفيذ حركات اللسان مثل دفع اللسان، وهذا قد يكون ناتجاً عن مشاكل في التحكم العصبي العضلي للسان. في بند الأبراكسيا الشفهية، كانت النتيجة 20% مع تقديم إجابتين صحيحتين، مما يشير إلى ضعف في التنسيق الحركي لعضلات الشفاه وصعوبة في التحكم بحركات الشفاه الدقيقة مثل نقل الهواء من الشفة العليا إلى السفلى. أما في بند أبراكسيا الخدود، فقد كان أداء الحالة متوسطاً بنسبة 60% مع تقديم 3 حركات صحيحة، ولكنها واجهت صعوبة في حركات مثل نفخ الخد الأيمن ونقل الهواء من خد لآخر، مما يشير إلى

مشاكل في التحكم بالعضلات المحيطة بالفم والخدين. في بند أبراكسيا الفك، كانت النتيجة 44.44% مع تقديم 4 حركات صحيحة، حيث تمكنت الحالة من تنفيذ حركات مثل تحريك الفك إلى الأمام، لكنها واجهت صعوبة في حركات أخرى مثل تحريك الفك إلى اليسار واليمين، مما يعكس ضعفاً في عضلات الفك وصعوبة في التنسيق الحركي لهذه المنطقة. في بند الأبراكسيا الوجهية، كانت النتيجة 20% مع تقديم حركتين صحيحتين، حيث تمكنت الحالة من تحريك الرأس نحو الأمام والخلف، لكنها واجهت صعوبة في حركات مثل عقد الحاجبين وفتح العين مع رفع الحاجب، مما يشير إلى ضعف في التحكم بالعضلات الوجهية وصعوبة في تنفيذ الحركات الدقيقة والمعقدة.

4.3 تحليل نتائج الحالة الثالثة في اختبار TULIA:

جدول رقم 14 يمثل نتائج الحالة الثالثة في اختبار TULIA

	التعليمة	العلامة
المحاكاة	ضع الإبهام على الجبين والأصابع الأخرى تشير نحو الأعلى	1
	امسح الغبار من على الكتف	1
	تناول مشروب من كأس	1
	تدخين سيجارة	0
	استخدم المطرقة	0
	استخدام المقص	0
	استعمال طابع بريدي	0
التمثيل الإيمائي	اظهار كما لو كان شخص ما مجنون	0
	اعمل علامة تهديد	0
	اغسل اسنانك	1

	لملم شعرك	1
	استعمل مفك البراغي	0
	المتوسط الحسابي لبنود لنتائج بُعد الأبراكسيا الفكرية الحركية	%41.6

من خلال نتائج الحالة الثالثة في الجدول رقم 14 نلاحظ انها تحصلت على مجموع 05 ايماءات من أصل 12، اي بنسبة 41.6% تعكس هذه النسبة قدرة الحالة على تنفيذ المهام المطلوبة في الاختبار. يظهر من أدائها تجاوب جيد ومبادرة في العمل، إلا أنها واجهت بعض الصعوبات في التنفيذ.

في بند المحاكاة، قدمت الحالة بعض الحركات المطلوبة بشكل جيد مثل مسح الغبار من على الكتف وتناول المشروب من الكأس، مما يشير إلى قدرتها على تنفيذ المهام البسيطة بنجاح. ومع ذلك، واجهت صعوبة في تنفيذ بعض الحركات الأخرى مثل استخدام المقص والمطرقة، وهذا يمكن أن يكون ناتجًا عن صعوبة في فهم متطلبات المهمة أو في التنفيذ الدقيق للحركات.

أما في بند التمثيل الإيمائي، فقد واجهت الحالة صعوبات كبيرة في التنفيذ، على الرغم من تكرار المطلوب لتنجز الحركة بشكل جيد. فقد قدمت بعض الحركات ولكنها لم تستطع تنفيذ الحركات المتبقية بنجاح، مثل استعمال مفك البراغي، مما يشير إلى وجود صعوبات في التقليد الدقيق للحركات أو في تنفيذ المهام التي تتطلب مهارات دقيقة.

4 تحليل نتائج الحالة الرابعة:

1.4 تقديم الحالة الرابعة:

سيد (ش.م) البالغ من العمر 50 سنة مقيم بولاية عين تموشنت متزوج واب ل 04 اطفال، عون امن يتكلم اللغة العربية والفرنسية مستواه الدراسي 3 ثانوي.

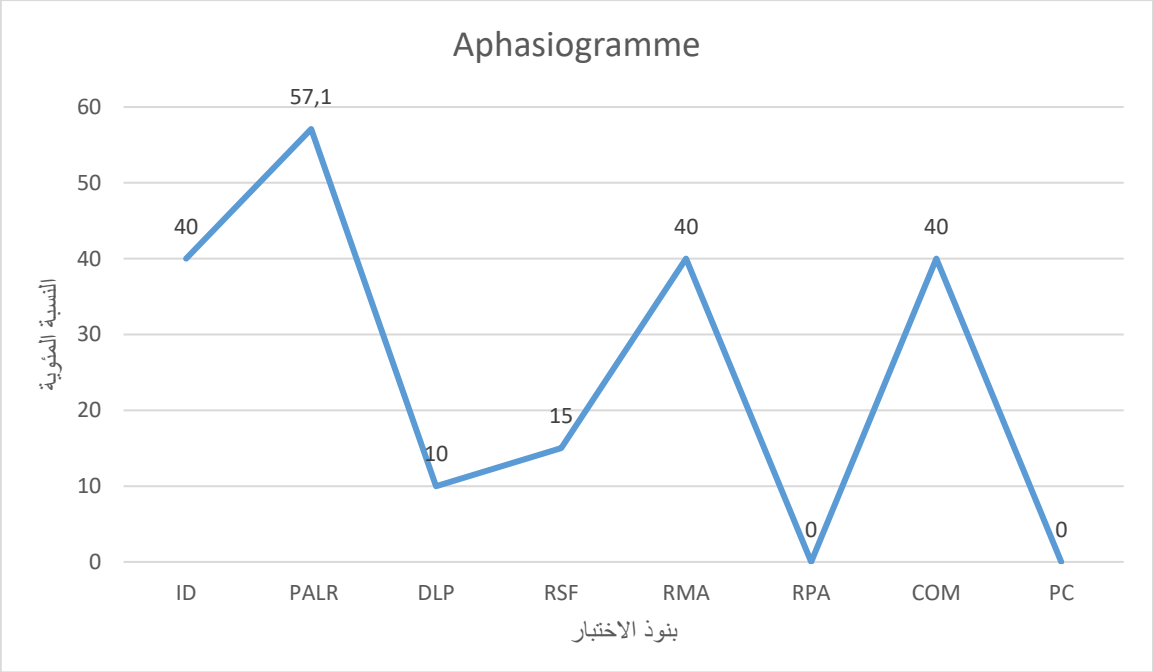
ثم استقباله في مصلحة الاستعجالات الطبية التابعة لمستشفى احمد مدغري حيث كان يعاني من شلل نصفي ايمن وخرس وارتفاع في الضغط الشرياني (10/19). مكث في المستشفى 04 ايام للقيام بالفحوصات اللازمة اظهرت النتائج وجود اصابة دماغية وعائية انسدادية.

أما الفحص الارطفوني سمح بالتعرف ان الحالة مصابة بحبسة بروكا تعاني من نقص في التعبير الشفهي، اضطرابات نطقية، صعوبة في التكرار، افهم مضطرب بعض الشيء اضطرابات حركية ناتجة عن الشلل.

2.4 تحليل نتائج الحالة الرابعة في اختبار *MTA*:

جدول رقم15 يمثل نتائج الحالة الرابعة في اختبار MTA

البنود	الرمز	عدد الاجابات الصحيحة	النتائج
الموجه	ID	8/20	40%
الانتاج التلقائي اللساني	PALR	4/7	%57,1
البقايا النحوية (الجهوزية)	DLP	1/10	%10
تكرار المقاطع	RSF	12/80	%15
تكرار الكلمات – العربية -	RMA	10/4	40%
تكرار الجمل – العربية -	RPA	0/2	%0
الفهم الشفهي للكلمات	COM	2/5	40%
الأبراكسيا البنائية	PC	3/0	%0



الشكل رقم21 يمثل المخطط الحبسي لنتائج الحالة الرابعة في اختبار MTA

من خلال نتائج الحالة الرابعة في الجدول رقم 15 والمخطط الحبسي شكل رقم 21 نلاحظ ان الحالة تحصلت الحوار الموجه على نسب40% أظهرت غياب التلقائية في الحديث، مع فقر لغوي حاد وصعوبة في صياغة جمل كاملة. كانت الإجابات تقتصر غالبًا على الإشارات أو الإيماءات بدلاً من الإجابة اللفظية الكاملة. مما يشير إلى وجود صعوبات كبيرة في إنتاج اللغة بشكل تلقائي وطبيعي. وفي بند الإنتاج التلقائي اللساني تحصلت57.1% على الرغم من أن النسبة في هذا البند كانت أعلى نسبياً، إلا أن الحالة لم تظهر تلقائية في الإجابات. كان هناك تأخير وصعوبة واضحة في استحضار الكلمات المناسبة والتعبير مما يدل على اضطراب في القدرات اللغوية(Agrammatisme) وفي بند البقايا النحوية قدمت الحالة نسبة 10% حيث لم تتمكن إلا من ذكر حيوان واحد فقط في 90 ثانية، مما يوضح وجود صعوبة كبيرة في استحضار الكلمات الصحيحة في الوقت المناسب. هذا يشير إلى عرض نقص الكلمة، حيث يكون الشخص غير قادر على تذكر أو العثور على الكلمة المناسبة في الوقت المناسب. اما تكرار المقاطع حصلت على 15% كانت الحالة تواجه صعوبة في التكرار بشكل صحيح، حيث كانت تستبدل المقاطع بمقاطع مشوهة

.(Paraphasie Phonémique) هذا يشير إلى وجود صعوبات في القدرة على تكرار الأصوات والمقاطع بشكل دقيق، مما يؤثر على وضوح الكلام. وفي تكرار الكلمات تحصلت الحالة على 40% قدمت 4 إجابات صحيحة، لكن باقي الإجابات كانت مليئة بالبرافازيا الفونيمية (تحريف الأصوات) والقولبية واختراع كلمات الجديدة، مما يعكس وجود اضطراب في القدرة على تكرار الكلمات بشكل صحيح. وفي تكرار الجمل لم تتمكن الحالة من تكرار الجمل بشكل صحيح، حيث كانت الجمل مشوهة تمامًا وغير مفهومة. هذا يشير إلى وجود صعوبات كبيرة في القدرة على تكرار الجمل الطويلة والمعقدة. اما في بند الفهم الشفهي للكلمات تحصلت الحالة على 60% هذا يشير إلى أن الفهم الشفهي للكلمات كان محتفظًا به نسبياً. وفي بند الأبراكسيا البنائية تحصلت على نسبة 0%

3.4 تحليل نتائج الحالة الرابعة في أداة Praxi Box:

جدول رقم 16 يمثل نتائج الحالة الرابعة في أداة Praxi Box

البنود	عدد الحركات الصحيحة	النسبة المئوية
الأبراكسيا اللسانية	1/10	10%
الأبراكسيا الشفهية	3/10	30%
أبراكسيا الخدود	3/5	60%
أبراكسيا الفك	2/9	22.2%
الأبراكسيا الوجهية	5/10	50%
المتوسط الحسابي لبنود لنتائج بُعد البراكسيا الفمية الوجهية		34.44%

من خلال نتائج الحالة الرابعة في الجدول رقم 16، نلاحظ أن أدائها كان متبايناً من جيد إلى ضعيف في مختلف بنود الأبراكسيا، مما يعكس وجود تفاوت في القدرة على تنفيذ الحركات المطلوبة. في بند الأبراكسيا اللسانية، كان الأداء ضعيفاً حيث قدمت الحالة حركة واحدة صحيحة فقط، أي بنسبة 10%. هذا يشير إلى

وجود صعوبة كبيرة في تنفيذ الحركات اللسانية بشكل جيد، وهو ما قد يكون ناتجاً عن ضعف في التحكم العصبي العضلي للسان أو نقص في التنسيق الحركي. في بند الأبراكسيا الشفهية، كانت النتيجة أفضل بقليل، حيث قدمت 3 حركات صحيحة بنسبة 30%، لكنها لم تتمكن من تنفيذ الحركات التي تتطلب الابتسامة، مما يشير إلى صعوبة في التحكم بعضلات الشفاه الدقيقة. في بند أبراكسيا الخدود، كان الأداء جيد نسبياً بنسبة 60%، حيث قدمت 3 حركات صحيحة. تمكنت الحالة من تنفيذ معظم الحركات المطلوبة، لكن واجهت صعوبة في نقل الهواء من خد لآخر، مما يعكس وجود تحديات في التحكم بعضلات الخدين. في بند أبراكسيا الفك، كان الأداء ضعيفاً بنسبة 20%، حيث قدمت حركتين صحيحتين فقط، كصعوبة في تحريك الفك إلى اليسار واليمين، مما يشير إلى ضعف في عضلات الفك وصعوبة في التنسيق الحركي لهذه المنطقة. أما في بند الأبراكسيا الوجهية، كان الأداء متوسطاً حيث قدمت 5 حركات صحيحة بنسبة 50%.

4.4 تحليل نتائج الحالة الرابعة في اختبار TULIA:

جدول رقم 17 يمثل نتائج الحالة الرابعة من اختبار TULIA

	التعليمة	العلامة
المحاكاة	ضع الإبهام على الجبين والأصابع الأخرى تشير نحو الأعلى	0
	امسح الغبار من على الكتف	0
	تناول مشروب من كأس	0
	تدخين سيجارة	1
	استخدم المطرقة	0
	استخدام المقص	0
	استعمال طابع بريدي	0

التمثيل الإيمائي	اظهار كما لو كان شخص ما مجنون	0
	اعمل علامة تهديد	0
	اغسل اسنانك	1
	لملم شعرك	0
	استعمل مفك البراغي	0
	المتوسط الحسابي لبنود لنتائج بُعد الأبراكسيا الفكرية الحركية	%16.67

من خلال نتائج الحالة الرابعة في الجدول رقم 17 نلاحظ انها تحصلت على مجموع إيمائتين من أصل 12، اي بنسبة 16.67%. تعكس هذه النسبة قدرة الحالة على تنفيذ المهام المطلوبة في الاختبار. يلاحظ أن الحالة تعاني من خجل وغضب أثناء مواجهة الصعوبات في تنفيذ المهام، مما أدى إلى العجز والملل السريع أثناء الاختبار.

في بند المحاكاة، تظهر صعوبة الحالة في تنفيذ الحركات بشكل صحيح، حيث فشلت في تنفيذ حركة استخدام المقص على الرغم من نجاحها في تنفيذ حركة تدخين السيجارة بشكل جيد.

أما في بند التمثيل الإيمائي، فقد واجهت الحالة صعوبة كبيرة في تنفيذ الحركات المطلوبة، حيث لم تستطع تنفيذ إلا حركة واحدة بشكل صحيح وهي غسل الأسنان. لم تتمكن من تنفيذ بقية الحركات بشكل صحيح، مما يشير إلى وجود صعوبات كبيرة في التعامل مع متطلبات المهمة وفي تنفيذ الحركات بشكل دقيق.

5 تحليل نتائج الحالة الخامسة:

1.5 تقديم الحالة الخامسة:

سيد (س.ز) بالغ من العمر 69 سنة، متزوج وأب لخمسة أطفال ومقيم في ولاية عين تموشنت بالمالح مستواه الدراسة السنة السادسة ابتدائي، متقاعد.

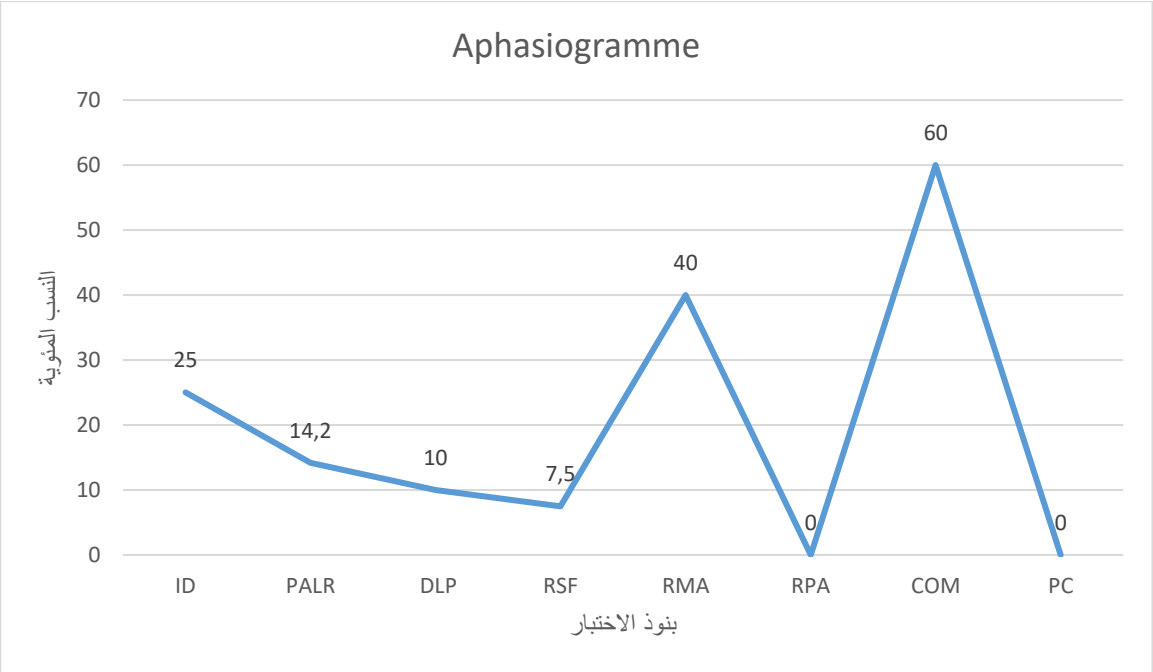
فيما يخص السوابق المرضية يعاني من مشاكل على مستوى المفاصل وارتفاع ضغط الدم. أصيب بحادث وعائي انسدادي شهر اكتوبر 2022 اتجه مباشرة الى المستشفى، تم فحصه من قبل طبيب الأعصاب الذي قام بالفحوصات الازمة والتي اظهرت إصابته بحبسة بروكا وشلل نصفي. عموما الحالة واعية بمرضها.

من خلال المقابلة الارطفونية تم ملاحظة الاعراض التالية: كلام اوتوماتيكي وغير مفهوم مع وجود تقطعات أثناء التلفظ. لغته الام جيدة من ناحية الفهم اما بالنسبة للإنتاج ضعيفة نوعا ما ومكتسباته اللغوية فقيرة بعض الشيء مع وجود نقص الكلمة وصعوبة في انتاج الكلام.

2.5 تحليل نتائج الحالة الخامسة في اختبار :MTA

جدول رقم18 يمثل نتائج الحالة الخامسة في اختبار MTA

البند	الرمز	عدد الاجابات الصحيحة	النتائج
الحوار الموجه	ID	5/20	25%
الانتاج التلقائي اللساني	PALR	1/7	14,2%
البقايا النحوية (الجهوزية)	DLP	1/10	10%
تكرار المقاطع	RSF	6/80	7,5%
تكرار الكلمات – العربية –	RMA	4/10	40%
تكرار الجمل – العربية –	RPA	0/2	0%
الفهم الشفهي للكلمات	COM	3/5	60%
البراكسيا البنائية	PC	0/3	%0



الشكل رقم 22 يمثل المخطط الحبسي لنتائج الحالة اخامسة في اختبار MTA

من خلال نتائج الحالة الخامسة في الجدول رقم 17و المخطط الحبسي شكل رقم 22 نلاحظ ان الحالة في بند الحوار الموجه أظهرت الحالة صعوبة كبيرة في الإجابة على معظم الأسئلة، حيث تمكنت من تقديم 5 إجابات صحيحة من مجموع 20، أي بنسبة 25%. استطاعت الإجابة عن بعض المعلومات الأساسية مثل الاسم والعمر، لكنها فشلت في الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بالعنوان ووقت وسبب الإصابة. هذا يشير إلى وجود مشاكل كبيرة في استحضار المعلومات والتعبير عنها بوضوح .وفي الإنتاج التلقائي اللساني أظهرت الحالة صعوبة شديدة في الإنتاج التلقائي للكلام، حيث قدمت إجابة واحدة صحيحة من مجموع 7، بنسبة 14.2%. كانت تعاني من نقص كبير في الكلمات واضطراب في القدرة على بناء الجمل بشكل صحيح، بالإضافة إلى غياب التلقائية في الحديث، مما يوضح وجود اضطراب في القدرات اللغوية الإنتاجية. وبند البقايا النحوية طلبنا ذكر أكبر عدد ممكن من الحيوانات، استطاعت الحالة استحضار حيوان واحد فقط في ظرف 90 ثانية، بنسبة 10%. هذا يدل على صعوبة كبيرة في استحضار الكلمات المناسبة، مما يعكس وجود عرض نقص الكلمة وصعوبة في الوصول إلى المفردات المطلوبة. اما تكرار المقاطع أظهرت الحالة ضعفًا شديدًا في تكرار المقاطع، حيث كانت النتائج بنسبة 7.5% فقط. كانت هناك بارافازيا فونيمية ورطانة لغوية، مما يشير إلى وجود اضطراب في القدرة على تكرار المقاطع بشكل صحيح. وفي تكرار الكلمات تمكنت الحالة من تقديم 4 إجابات صحيحة

من أصل 10، بنسبة 40%. ولكن باقي الإجابات كانت مليئة بالأخطاء الفونيمية والقولبية واختراع الكلمات الجديدة، مما يعكس وجود صعوبة في تكرار الكلمات بشكل دقيق. وبند تكرار الجمل لم تتمكن الحالة من تكرار الجمل بشكل صحيح، حيث كانت النتيجة 0%. وكانت الجمل مشوهة تمامًا وغير مفهومة، مما يشير إلى وجود صعوبات كبيرة في القدرة على تكرار الجمل الطويلة والمعقدة. اما بند الفهم الشفهي للكلمات كانت الحالة قادرة على فهم الكلمات إلى حد كبير، حيث قدمت 3 إجابات صحيحة من أصل 5، بنسبة 60%. هذا يشير إلى أن الفهم الشفهي للكلمات كان محتفظًا به نسبيًا.

3.5 تحليل نتائج الحالة الخامسة في أداة Praxi Box:

جدول رقم 19 يمثل نتائج الحالة الخامسة في أداة Praxi Box

البنود	عدد الحركات الصحيحة	النسبة المئوية
الأبراكسيا اللسانية	3\10	30%
الأبراكسيا الشفهية	5\10	50%
أبراكسيا الخدود	2\5	40%
أبراكسيا الفك	4\9	44.4%
الأبراكسيا الوجهية	7\10	70%
المتوسط الحسابي لبنود لنتائج بُعد البراكسيا الفمية الوجهية		46.88%

من خلال نتائج الحالة الخامسة في الجدول رقم 19، نلاحظ أن أداء الحالة يتراوح بين المتوسط والجيد، مع بعض الصعوبات في بنود مختلفة. كان أداءها ضعيفًا في بند الأبراكسيا اللسانية، حيث قدمت 3 حركات صحيحة فقط بنسبة 30%. هذا يعكس صعوبة في إنجاز الحركات بالشكل الصحيح، مثل تتبع اللسان على الشفتين. أما في بند الأبراكسيا الشفهية، فقد كان أداؤها متوسطًا، حيث قدمت 5 حركات صحيحة بنسبة 50%. واجهت صعوبة في تنفيذ الحركات التي تتطلب النفخ، مما يشير إلى مشاكل في التحكم العضلي الدقيق

للشفتين والفم. في بند أبراكسيا الخدود، كان أداء الحالة منخفضًا، حيث قدمت حركتين صحيحتين فقط بنسبة 40%. يعود هذا إلى ضعف قدرتها على تنفيذ حركات مثل إدخال الخدود ونفخ الخد، مما يعكس مشاكل في التحكم بعضلات الخدود. كذلك، كان أداء الحالة ضعيفًا في بند أبراكسيا الفك، حيث قدمت 4 حركات صحيحة بنسبة 44.4%. بالرغم من تمكنها من تنفيذ حركات مثل تحريك الفك إلى الأمام وتحريك الفك لليسار بشكل جيد، إلا أنها واجهت صعوبات في حركات المضغ. من جهة أخرى، كان أداء الحالة جيدًا في بند الأبراكسيا الوجهية، حيث قدمت 7 حركات صحيحة بنسبة 70%. بالرغم من ذلك، لم تستطع تنفيذ بعض الحركات مثل الغمز وعقد الحاجبين.

4.5 تحليل نتائج الحالة الخامسة في اختبار :TULIA

جدول رقم 20 يمثل نتائج الحالة في اختبار TULIA

	التعليمة	العلامة
المحاكاة	ضع الإبهام على الجبين والأصابع الأخرى تشير نحو الأعلى	0
	امسح الغبار من على الكتف	1
	تناول مشروب من كأس	1
	تدخين سيجارة	1
	استخدم المطرقة	1
	استخدام المقص	1
	استعمال طابع بريدي	1
التمثيل الإيمائي	اظهار كما لو كان شخص ما مجنون	0
	اعمل علامة تهديد	0
	اغسل اسنانك	1

	لملم شعرك	0
	استعمل مفك البراغي	0
	المتوسط الحسابي لبنود لنتائج بُعد الأبراكسيا الفكرية الحركية	%58.33

من خلال نتائج الحالة الخامسة في الجدول رقم 20 نلاحظ انها تحصلت على مجموع 07 من أصل 12، اي بنسبة 58.33%. تعكس هذه النسبة قدرة الحالة على تنفيذ المهام المطلوبة في الاختبار. يتضح من أدائها المتميز تعاونها وحماسها للتطبيق، مما أثر بشكل إيجابي على تقديمها للمهام.

في بند المحاكاة، نجحت الحالة في تنفيذ معظم الحركات المطلوبة بشكل جيد، مثل تدخين السيجارة واستعمال طابع البريد. ومع ذلك، واجهت بعض الصعوبات في تنفيذ حركة وضع الإبهام على الجبين وتوجيه الأصابع نحو الأعلى، مما يشير إلى وجود بعض الضعف في التنفيذ الدقيق لهذه الحركات.

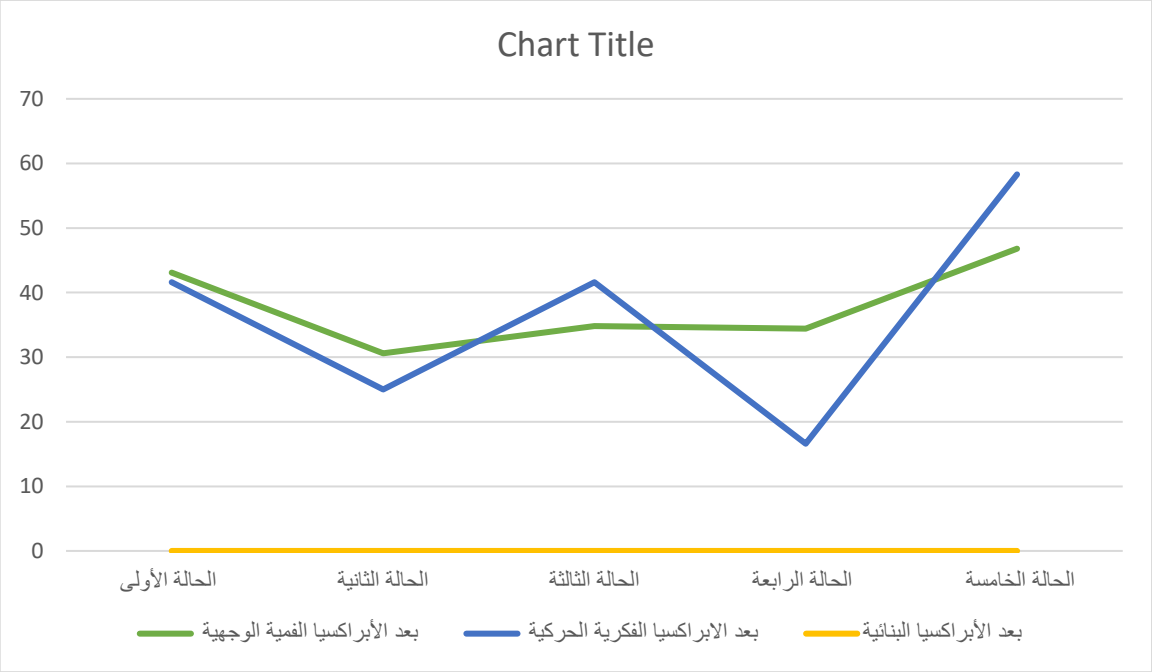
أما في بند التمثيل الإيمائي، فقد استطاعت الحالة تنفيذ حركة غسل الأسنان بشكل جيد، لكنها واجهت صعوبات في تنفيذ بقية الحركات المطلوبة. يبدو أن الحالة قد استطاعت التركيز والتنفيذ الجيد لبعض الحركات، لكنها واجهت صعوبات في تنفيذ الحركات الأخرى.

6 تحليل النتائج الإجمالية لحالات الدراسة:

جدول رقم 21 يمثل نتائج الحالات وفق الأبعاد الثلاثة

	بُعد الأبراكسيا الفمية الوجهية	بُعد الأبراكسيا الفكرية الحركية	بُعد الأبراكسيا البنائية	المؤشر العام
الحالة الأولى	%43.1	%41.6	%0	%28.23
الحالة الثانية	%30.6	%25	%0	%18.55

الحالة الثالثة	%34.8	%41.6	%0	%25.49
الحالة الرابعة	%34.4	%16.6	%0	%17.03
الحالة الخامسة	%46.8	%58.3	%0	%35.07
				$\bar{X}$= 24.87%



شكل رقم 23 يمثل نسب الحالات الخمس وفق الأبعاد الثلاثة

نلاحظ من خلال الجدول رقم 21 يلخص النتائج الإجمالية للحالات الخمس وفق الأبعاد الثلاثة و الشكل رقم 22. أن بُعد الأبراكسيا الفمية الوجهية يتراوح بين الأداء المتوسط الى الضعيف حيث سجلت الحالة الخامسة أعلى نسبة 46.88% مما يعكس القدرة الأفضل نسبيا في هذا البُعد، بينما نسبة الحالة الثانية كانت أدنى 30.66% وهذا التفاوت يشير إلى اختلاف في قدرة الحالات على تنسيق حركات الفم والوجه. بالنسبة للأبراكسيا الفكرية الحركية أظهرت النتائج تبايناً ملحوظاً أيضاً، حيث تراوحت النسب بين المتوسط إلى الضعيف كانت أعلى نسبة تحصلت عليها الحالة الخامسة 58.3% وأدنى نسبة تحصلت عليها الحالة الرابعة قدرت ب

16.6%. هذا البعد يعكس القدرة على تخطيط وتنفيذ الحركات المركبة بناءً على الأوامر الفكرية، اما النسب العالية في بعض الحالات تشير إلى القدرة الأفضل على تنفيذ الحركات المعقدة، في حين أن النسب المنخفضة تعكس صعوبة في هذا الجانب. أما الأبراكسيا البنائية فقد كانت غائبة تماما 0% عند جميع الحالات، مما يدل على وجود قصور شديد قي القدرة على التخطيط الحركي المعقد والبناء الذهني.

من خلال المؤشر العام، نلاحظ التباين الواضح في الأداء والذي يعكس مدى الصعوبات التي يواجها الأفراد في كل بُعد من الأبعاد الثلاثة.

فالحالة الأولى حققت نسبة 28.23%، مما يدل على صعوبات متوسطة في الأبراكسيا الفمية الوجهية والفكرية الحركية، ولكنها تعاني من عدم القدرة على تنفيذ المهام البنائية. الحالة الثانية كانت النسبة أدنى بنسبة 18.55%، مما يعكس صعوبات كبيرة في الأبراكسيا الفمية الوجهية والفكرية الحركية، بالإضافة إلى الفشل التام في المهام البنائية. الحالة الثالثة حققت نسبة 25.49%، مشيرة إلى صعوبات متوسطة إلى شديدة في الأبراكسيا الفمية الوجهية والفكرية الحركية، مع عدم القدرة على تنفيذ المهام البنائية. الحالة الرابعة سجلت النسبة الأدنى بين الحالات بنسبة 17.03%، مما يدل على صعوبات كبيرة للغاية في الأبراكسيا الفكرية الحركية والفشل التام في المهام البنائية، بالإضافة إلى صعوبات في الأبراكسيا الفمية الوجهية .الحالة الخامسة كانت الأفضل بين الحالات بنسبة 35.07%، مما يشير إلى أداء نسبي أفضل في الأبراكسيا الفمية الوجهية والفكرية الحركية، ولكنها لا تزال تواجه صعوبات كبيرة في المهام البنائية.

فالمؤشر العام لجميع للحالات هو 24.87%، مما يعكس أن المتوسط العام للأداء في جميع الأبعاد الثلاثة للأبراكسيا هو دون المتوسط. هذا يعني أن الحالات تعاني من صعوبات كبيرة في تنفيذ المهام الحركية المختلفة.

7 مناقشة نتائج الحالات العيادية في ضوء فروض الدراسة:

– مناقشة الفرضية الجزئية الأولى التي تنص على ان "الحالات العيادية المصابة بحبسة بروكا تعاني من أبراكسيا فمية وجهية"

انطلاقا من النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق أداة تقيمية(Praxi Box) وبعد التحليل الكمي والكيفي لكل من الحالات الخمس، نجد أن المتوسط الحسابي في هذا البُعد يقدر بنسبة 37.9%، وهو ما يقل عن المتوسط. مما يشير إلى صعوبات على مستوى الأبراكسيا الفمية الوجهية، حيث لاحظنا أن الحالات غير قادرة على تنسيق الحركات الدقيقة لحركات اللسان، الشفاه، الخدود، الفك، والوجه. يعود هذا إلى البعد العصبي الحركي المختل جراء الاصابات العصبية التي تعاني منها الحالات الخمس، وبالرجوع إلى المعطيات النفسية العصبية لوظيفة الفص الجبهي (Gil, 2014)، فهو يلعب دورًا حيويًا في تخطيط وتنفيذ الحركات اللازمة للكلام والتعبيرات الوجهية. فإصابة هذه المنطقة وخاصةً باحة بروكا تؤدي إلى اضطراب في القدرة على تنسيق الحركات الفمية والوجهية بشكل صحيح، وهذا ينعكس على قدرتهم في تنسيق تلك الحركات الدقيقة المتمثلة في: اللسان، الشفاه، الخدين، والفك. وبالتالي يعاني الأشخاص المصابون بحبسة بروكا من تحديات كبيرة في التحكم بالعضلات الوجهية والفمية، هذه الصعوبات يمكن أن تتضمن مشاكل في التقليد، مثل التصفير أو النفخ، وكذلك صعوبة في التحكم في تعابير الوجه، كل هذا يتوافق مع الدراسات السابقة التي وضحت الجدول العيادي الخاص بحبسة بروكا والتي أكدت مدى حدة فقدان البراكسيا الفمية الوجهية حيث ترى بوريدح نفيسة (2013) ان الابراكسيا الوجهية الفمية ترافق الحبسة الحركية كحبسة بروكا وعلى ضوء هذا قامت هني حياة (2023) ببناء أداة لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية لدى حالات تعاني من حبسة بروكا وتوصلت الى ان الاداة فعالة ،وعليه يتضح ان الحالات تعاني فعلا من تلك الصعوبة .

– مناقشة الفرضية الجزئية الثانية التي تنص على ان "الحالات العيادية المصابة بحبسة بروكا تعاني من أبراكسيا فكرية حركية"

انطلاقا من النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق اختبار (TULIA) وبعد التحليل الكمي والكيفي لكل من الحالات الخمس، نجد أن المتوسط الحسابي في هذا البُعد يقدر بنسبة 36.6%، وهو

ما يقل عن المتوسط، مما يشير إلى صعوبات على مستوى الأبراكسيا الفكرية الحركية، حيث لاحظنا أن الحالات المصابة تعاني من صعوبة في تخطيط وتنفيذ الحركات المركبة بناءًا على الأوامر الفكرية، وهذا يعني أنهم يواجهون تحديات في أداء الأنشطة التي تتطلب تسلسلًا معقدًا من الحركات أو التي تحتاج إلى تنسيق حركي دقيق. يعاني المرضى من مشكلات في تنفيذ الأفعال الحركية التي تعتمد على التعليمات الشفهية أو الذهنية، وهو ما يتجلى في أداء ضعيف لمهام مثل تقليد الحركات أو استخدام الأدوات بشكل صحيح. حيث بينت نتائج دراسة Goldenberg (2003) أن المرضى الذين يعانون من ضرر في الدماغ الأيسر يواجهون صعوبات أكبر في التقليد عكس الذين يعانون من ضرر في النصف الايمن كما لاحظ كل منGoodglass و Kalpan(1963) ان المرضى الذين يعانون من الأبراكسيا الفكرية الحركية يرتكبون الكثير من الأخطاء في الوضعية، حيث يستخدمون جزءًا من الجسم بدلا من الأداة المناسبة، وأيضا أخطاء في المسار الفضائي للحركة، أخطاء في التوجيه الفضائي وتنسيق عدة حركات معا(Siéroff, 2009, pp 83-84) .

ترجع هذه الصعوبات إلى تأثير حبسة بروكا على المناطق الدماغية المسؤولة عن التخطيط والتنفيذ للحركات الإرادية، حيث تؤثر على الاتصال العصبي الذي يساهم في تكوين الأنماط الحركية المعقدة وبالتالي تؤدي إلى اضطرابات في التخطيط الحركي، فينعكس بشكل مباشر على أداء الأبراكسيا الفكرية الحركية.

– مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة التي تنص على أن "الحالات العيادية المصابة بحبسة بروكا تعاني من أبراكسيا بنائية"

انطلاقا من النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق اختبار (MTA)وبعد التحليل الكمي والكيفي لكل من الحالات الخمس، نجد ان المتوسط الحسابي في هذا البُعد معدوم 0% لم تتمكن كل الحالات من الرسم حيث كان البعض قريب من الخربشة والبعض الآخر لديها صعوبات في تنظيم الأشكال بطريقة صحيحة وفق الأبعاد الفضائية. هذا يظهر في عدم القدرة على الحفاظ على النسب الصحيحة للأشكال المرسومة أو وضع العناصر في المكان المناسب. وبالتالي فإن الحالات يواجهون

تحديات في أداء الأنشطة التي تنفيذ سلسلة من الحركات بشكل متتابع ومنظم، وصعوبات في اتباع تسلسل منطقي للخطوات، مما أدى إلى رسومات غير مكتملة أو مشوهة.

ترجع هذه الصعوبات الى حبسة بروكا التي تؤثر على الشبكات العصبية المتصلة بالتخطيط والتنفيذ الحركي المكاني، مما يعوق القدرة على رسم الاشكال بشكل صحيح وهذا ما توصلا اليه Mouzaouiو Taouache(2020) في دراستهما الى ان التخطيط مضطرب لدى حالات تعاني من حبسة بروكا. وهذا راجع الى ان منطقة بروكا تقع قرب القشرة الحركية التي تتحكم في الحركات الطوعية، لذا فإن تلفها يمكن ان يؤثر على القدرة في تنسيق الحركات الدقيقة، علاوة على ذلك يمكن ان تؤثر بشكل غير مباشر على القدرات البصرية المكانية، مما يجعل من الصعب تصور وتخطيط الاشكال أكثر صعوبة. غالبا ما تترافق حبسة بروكا مع صعوبات في العمليات المعرفية اللازمة لمهام الرسم، مثل تصور الشكل النهائي وتجزئة المهمة الى خطوات يمكن تنفيذها حركياً. كما ايدت دراسةHécean وAssel (1970) أن المرضى بالإصابات في النصف الأيسر من الدماغ يواجهون صعوبة في التخطيط وتنظيم الحركات.

– مناقشة الفرضية الرئيسية التي تنص على أن "الحالات العيادية المصابة بحبسة بروكا تعاني من أبراكسيا "

مما تم عرضه في نتائج الفرضيات الجزئية تحققت الفرضية الرئيسية التي تنص على أن الحالات العيادية المصابة بحبسة بروكا تعاني فعلا من أبراكسيا وجاءت بالدرجة الأولى في الأبراكسيا البنائية مشتركة بنفس النتيجة ومنعدمة عند جميع الحالات، في حين جاءت بنسب متباينة تحت المتوسط في أنواع الأبراكسيا الأخرى الفمية –الوجهية والفكرية–الحركية. وهذا راجع إلى ان منطقة بروكا جزء من الفص الجبهي الأيسر من الدماغ، حيث تقع بالقرب من المناطق التي تتحكم في الحركات الارادية، فحسب Kertz(1985) تتشارك الحبسة والابراكسيا إما بسبب القرب التشريحي لاليات ممارسة اللغة او بسبب مشاركتهما في الآليات العصبية المشتركة. وعليه فإن الاضرار التي تصيب منطقة بروكا يمكن ان تؤثر على القدرة في تنفيذ الحركات المعقدة، ما يؤدي الى أنواع مختلفة من الأبراكسيا.

على عكس ما توصلت اليه Leary Manon(2019) اثناء دراستها للعلاقة بين الحبسة، الأبراكسيا والتواصل غير اللفظي في حالة الإصابة بسكتة دماغية، انه لا يوجد فرق ملحوظ في استخدام الإيماءات غير اللفظية بين المرضى الذين عانوا من جلطة دماغية في النصف الأيسر وبين الأشخاص الأصحاء. كما أن شدة الأفازيا لم تؤثر على كمية الإيماءات التي قاموا بها.

خاتمة

تتزايد أهمية دراسة اضطراب حبسة بروكا في العلوم العصبية والسريرية نظرا لشيوعها في الوسط الإكلينيكي. حيث يتميز المصابون بهذا الإضطراب بالقدرة على الفهم الجيد ولكنهم يواجهون صعوبة في التعبير عن أفكارهم، بالإضافة إلى وجود أعراض مصاحبة أخرى مثل الأبراكسيا، وهذا ما صب اهتمامنا لدراسة أنواعها لدى حالات عيادية تعاني من حبسة بروكا.

قمنا بإجراء دراسة ميدانية في المؤسسة العمومية الاستشفائية "أحمد مدغري" بعين تموشنت، باستخدام أدوات بحثية تمثلت في اختبار الفحص اللغوي للحبسة وتقييم البراكسيا البنائية (MTA)، اختبار الشاشة للأبراكسيا (Apraxia sceen of TULIA) لتقييم الأبراكسيا الفكرية-الحركية، وأداة علبة براكسي (Praxie Box) لتقييم الأبراكسيا الفمية-الوجهية، على خمس حالات تعاني من حبسة بروكا. أظهرت النتائج تطابق مع صحة الفرضيات والمتمثلة في أن الحالات العيادية المصابة بحبسة بروكا تعاني من الأبراكسيا، وجاءت بالدرجة الأولر الغياب التام للأبراكسيا البنائية، كما ظهرت صعوبات متفاوتة في الأبراكسيا الفكرية الحركية والأبراكسيا الفمية الوجهية.

بناءًا على النتائج التي توصلنا اليها، نود ان نختم الدراسة بتقديم إقتراحات التي يمكن تلخيصها في النقاط التالية:

- توسيع عينة الدراسة من اجل الوصول الى حقائق جيدة وأكثر موضوعية.
- اقتراح هذه الدراسة على الأنواع الأخرى من الأبراكسيا.
- بناء برنامج علاجي يستهدف علاج الأبراكسيا لدى حالات تعاني من حبسة بروكا.

المراجع

1-ابراهيمي، سعيدة. (2012). ***الحبسة وعلم النفس العصبي عند الراشد***. الطبعة الأولى. القبة، الجزائر: دار الخلدونية.

2-أجد، محمد عربي. (2022). ***مقياس الحبسة وأساليب التكفل***. محاضرات غير منشورة. جامعة وهران02: كلية العلوم الإجتماعية. شعبة الأرطفونيا.

3-أحمد، سعيدة حميدة وبن تارزي، سارة. (2021). ***تقييم الوظائف التنفيذية (الكف، التخطيط، الليونة الذهنية) والإنتباه الإنتقائي لدى المصاب بحبسة بروكا***. تيزي وزو: كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية فرع: ارطوفونيا.

4-الزريقات، ابراهيم عبد الله فرح. (2005). ***اضطرابات الكلام واللغة التشخيص والعلاج***. الطبعة الرابعة. الاردن: دار الفكر.

5-الطاهر، مساحلي. (2012). ***تفسير الاضطراب النحوي عند المصابين بحبسة بروكا باستعمال نموذج النظرية الخليلية الحديثة –دراسة نفسية لسانية معرفية***. مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علوم اللسان والتبليغ اللغوي. جامعة الجزائر: تخصص علوم اللسان والتبليغ النحوي.

6-الطائي، حسن. (2006). ***طرق التعامل مع المعاقين. الطبعة الأولى***. مصر: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

7-الفرماوي، حمدى علي. (2006). ***نيروسيكولوجيا معالجة اللغة واضطرابات التخاطب (موجهات تشخيصية وعلاجية وأسرية)***. القاهرة، مصر: مكتبة انجلو المصرية.

8-بن العيفاوي، حليمة. (2021). ***الأبراكسيا الفكرية الحركية لدى المصابين بالحوادث الوعائية الدماغية وعلاقتها بالسلوك اليومي–دراسة نفس عصبية–***. أطروحة منشورة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العصبي. جامعة الجزائر02: كلية العلوم الاجتماعية.

9-بن عصمان، عبد الله وحداد، رانية. (2023). ***الكشف عن مؤشرات اضطرابات المستوى الفونولوجي والمستوى المعجمي لدى حبسي بروكا الراشد من وجهة نظر الاخصائيين الارطفونيين.*** مجلة دفاتر البحوث العلمية، 3(11).

10-بوحيدي، هندة. (2020). ***مقياس تشريح الجهاز العصبي.*** محاضرات منشورة.

11-بوريدح، نفيسة. (2013). ***فقدان الكلمة واستراتيجيات التخفيف في الحبسة وصف وتحليل وتصنيف وتفسير استراتيجيات التخفيف المستعملة من طرف الحبسي المصاب بفقدان الكلمة في نشاط التسمية: دراسات حالات من الوسط العيادي الجزائري.*** أطروحة منشورة لنيل شهادة الدكتوراه. جامعة الجزائر02: كلية العلوم الاجتماعية تخصص ارطوفونيا.

12-بوريدح، نفيسة. (2021). ***الحبسة وعلم الأعصاب اللغوي العيادي مقاربة عيادية وطرق التكفل.*** الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع.

13-بومعراف، آسيا. (2015). ***تناول لساني ومعرفي لاضطرابات اللغة العربية المكتوبة لدى الاشخاص المصابين بالحبسة.*** أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في الارطفونيا. جامعة الجزائر02: كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.

14-جديد، حنيفة. (2023). ***بناء برنامج علاجي يعتمد على نظام التواصل عبر تبادل الصور PECS للتقليل من نقص الكلمة عند حبسي بروكا.*** مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، 1(08).

15-حمان، حنان وبن سبع، شيماء. (2020). ***دراسة لسانية عيادية لفقدان البناء التركيبي في نشاط السرد عند حبسي بروكا وفق مبادئ المدرسة الخليلية الحديثة.*** مذكرة لنيل شهادة الماستر. جامعة وهران:02 كلية العلوم الاجتماعية، شعبة الارطفونيا.

16-حوله، محمد. (2011). ***الارطفونيا علم اضطرابات اللغة والكلام والصوت.*** الجزائر: دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع.

17-حياة، لعثماني، وسارة، شمومة. (2020). ***تقييم أبراكسيا اللباس عند المصابين بحبسة بروكا.*** مذكرة لنيل شهادة الماستر. جامعة مستغانم: كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، تخصص امراض اللغة والتواصل.

18-د. طيار، شهيناز. (2024). ***مقياس اعادة التأهيل النفس-عصبي للغة***. محاضرات غير منشورة. جامعة وهران02: كلية العلوم الإجتماعية.

19-سهير، محمد سلامة شاش. (2007). ***اضطرابات التواصل (التشخيص – الاسباب – العلاج)***. الطبعة الأولى. القاهرة: زهراء الشرق.

20-شالة، ليندة وعمراني، نوال. (2007). ***محاولة بناء أداة معرفية لتقييم المهارات الحركية العامة والدقيقة لدى الشخص المصاب بالحبسة من نوع بروكا –دراسة ميدانية ل 4 حالات***. مذكرة لنيل شهادة الماستر. تيزي وزو: العلوم الإنسانية والاجتماعية.

21-شوال، نصيرة. (2017). ***معوقات العلاج الارطفوني لحبسي بروكا المصاب بالاكتئاب – دراسة ميدانية لحالات نموذجية***. مجلة جسور المعرفة ،3(12).

22-عامر، مباركة. (2018). ***دراسة وتحليل الفعالية اللغوية عند المصابين بحبسة بروكا***. مذكرة لنيل شهادة الماستر. جامعة مستغانم: كلية العلوم الاجتماعية، تخصص أمراض اللغة والتواصل.

23-عبد الله، هشام اسراء. (2023). ***الأبراكسيا تعريف، أنواع، أعراض، أسباب، العلاج***. موقع سوبر الاخصائي.

24-عبدوش، ريم. (2012). ***علاقة الكفالة الارطفونية باعادة التربية الحركية عند المصاب بحبسة بروكا***. مذكرة لنيل شهادة الماجستير جامعة الجزائر02: كلية العلوم الإجتماعية، تخصص ارطفونيا.

25-عراشي، ريم ومعاش، خديجة. (2021). ***الاضطرابات المعجمية والدلالية والفونولوجية عند حبسي بروكا***. مذكرة لنيل شهادة الماستر. جامعة الجزائر: كلية العلوم الاجتماعية، تخصص امراض اللغة والتواصل.

26-غنيم، عثمان محمد وعليان ربحي مصطفى. (2000). ***مناهج وأساليب البحث العلمي، النظرية والتطبيق***. الاردن: دار الصفاء.

27-قاسمي، صالح. (2018). ***اقتراح بروتوكول علاجي معلوماتي لتقييم نتائج اختبارات رائز ام.تي. ا 2002عند حبسي بروكا دراسة مقارنة بين الرائز الكلاسيكي والمبرمج –تحليل لساني معرفي–***. اطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الارطوفونيا. جامعة الجزائر02: كلية العلوم الاجتماعية.

28-كمال، دسوقي. (1988). ***ذخيرة تعريفات مصطلحات أعلام (علوم النفس، سيكوفيزيقا، سيكوبيولوجيا، قياسات عقلية، تحليل نفسي، طب عقلي، صيدلة نفسية)***. مصر: دار الهرام التجارية.

29-محمود، عواد. (2011). ***معجم الطب النفسي والعقلي***. الاردن –عمان: دار اسامة للنشر والتوزيع.

30-منى، حسين جميل محمد. (2008). ***الخطاب اللغوي للحبسات الكلامية (دراسة وصفية تحليلية)***. اطروحة منشورة لنيل شهادة الدكتوراه في اللغة العربية وآدابها. كلية الدراسات العليا

31-مولوج، يسرى. (2023). ***تقييم اللغة الشفهية عند الشخص المصاب بحبسة بروكا***. مذكرة لنيل شهادة الماستر. جامعة وهران 02: كلية العلوم الاجتماعية، شعبة الارطفونيا.

32-موهوب، مراد. (2017). ***الاضطرابات اللغوية: الحبسة اللغوية "الافازيا" نموذجا***. المجلة الصحية المغربية،17.

33-BOUTTIER, T. (2002). ***« Le symptôme d'Apraxie Constructive Constructive » Rééducation d'un adolescent traumatisé crânien. Rééducation d'un adolescent traumatisé crâni***. UNIVERSITE PARIS XII VAL-DE-MARNE : En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapie.

34-BRAIN- HENRY, F, et all. (2021). ***Dictionnaire d'Orthophonie***. 4 éme édition révisée. France: Ortho édition.

35-Bruce, J, et all. (1994). ***Diagnosis in Speech -Language Pathology***. California : singular.

36- Cameroun, E. (2017). ***L'apraxie : incapacité à coordonner les mouvements***. *Slideshare*.

https://fr.slideshare.net/ETIC-CAMEROUN/lapraxie-incapacit-coordonner-les-mouvements?from_action=download&slideshow_id=81800895&original_file=true

37-Chomel-Guillaune, S, et all. (2010). ***Les aphasies évaluation et rééducation***. France : Elsevier Maison.

38-DAVID, M. (2018). ***Praxies et autonomie dans la vie quotidienne de la personne âgée Alzheimer. De la figure de Rey à la mise en situation écologique***. France : Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité. Université de Bordeaux Collège Science de la santé.

39-EXPERT-CALAS, L. (2018). ***Les marqueurs de l'apraxie visuo-constructive et/ou visuo-spatiale dans les bilans de première intention chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.*** Nice : Université Nice Sophia Antipolis – Faculté de Médecine - Département d'Orthophonie.

40-Hécan, H et Assal, G. (1970). ***Acomparion of constructive déficite followring right and left hemispheric lesion***. Neuropsychologia, 8(3).

41-Josselin, B. (2015). ***De l'outil et du corps : Etude neuropsychologique des troubles praxiques et du schéma corporel dans les pathologies neurodégénératives.*** Université d'Angers : Psychologie. https://theses.hal.science/tel-01474883

42-Mathilde, D. (2015). ***Les apraxies gestuelles Evaluation et perspectives de rééducation auprès de 3 patients cérébro-lésés suite à un AVC ischémique sylvien gauche.*** Université de Toulouse : Faculté de médecine Toulouse Rangueil.

43-Mouzaoui, k et Taouache, s. (2020). ***La planification chez les personnes atteintes d'aphasie de broca – Etude de 4 cas réalisée au niveau de l'hopital d'akbou service Méedecine INTERNE***. Université Béjaia : departement science sociales.

44-Ohigashi, Y, Ohashi, H, & Hamanaka, T. (1981). ***Tentative de démenbrement de l'apraxie bucco-faciale***. Kyoto University: departmental bulletin paper.

45-pearce, J. (2009). ***Hugo Karl Liepmann and apraxia***. *09(05)*. Clinical Medicine.

46-Sabrina, F, Vanessa, B, & Kathrine, S. (2012). ***Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE).*** (Storken Engine) Consulté le 10 25, 2012,

sur info AVC : https://strokengine.ca/fr/assessments/boston-diagnostic-aphasia-examination-bdae/

47-Siéroff, é. (2009). ***La neuropsychologie Approche cognitive des syndroms cliniques***. 2 éme édition. Armand Colin. Paris

48-Véronique, S, et all. (2018). ***Pathologie neurologique Bilan et interventions orthophonique***. Paris : De Boeck Supérieur.

الملاحق

الملحق (01): اختبار تقييم الحبسة (MTA)

Interview dirigée

1. Bonjour, comment ça va ?
2. Comment trouvez-vous le temps aujourd'hui ?
3. (le cas échéant: il fait beau, il pleut, etc...)

   A) Vous êtes bien Monsieur X ou Madame Y ?

   (l'examinateur donne un nom fictif).

   B) Quel est votre nom ?

   (si le sujet s'est identifié en A, l'examinateur fait mine de ne pas avoir compris).
4. Quel âge avez-vous ?
5. Etes-vous marié(e) ?
6. Demeurez-vous à Alger ?
7. A) Vous habitez en appartement ?

   B) Décrivez-moi votre appartement (votre maison).

Production d'automatismes linguistiques - Récitation

1. Quel est votre nom ?
2. Votre prénom est bien X ?
   - Est-ce qu'il pleut aujourd'hui ?
   - Portez-vous des lunettes?
3. Comptez de 1 à 10.
   - Donnez-moi les mois de l'année.
4. Chantez l'Hymne national [qassamen], puis fredonnez-en la mélodie.

2 : Mots - Français

FEU - PARC - BIJOU - PORTRAIT - ECURIE - INSTRUCTEUR - DECOLORANT - PROXIMITE - LOCOMOTION - SURPEUPLEMENT

3 : Mots - Arabe dialectal

[tu:m] « ail »

[pa:rk] « parc »

[ta:qa] « fenêtre »

[popjé] « pompier »

[kuzi:na] « cuisine »

[madersa] « école »

[ta:bla de nwi] « table de nuit »

[sabu:n ri:ha] « savon parfumé »

[télévizjo] « télévision »

[taksi kotor] « taxi compteur »

Répétition

1: Syllabes

ba	ab	du	ud	fé	éf	ré	ér
bo	ob	ko	ok	fi	if	za	az
lé	él	ra	ar	chu	uch	Ra	aR
3a	a3	tcha	atch	qa	aq	xa	ax
ma	am	ja	aj	ha	ah	ha	ah
kro	fra	ské	hko	xli	ska	µlef	hfé
sbi	bli	sta	ba:n	hro	3fa	fha	tqa
dré	tru	kla	su:n	kwa	Rna	hna	hma
blo	flu	bro	té:n	tra	3ta	hfa	Rra
gro	hjé	fri	chlu	sla	Rsi	3qa	Rza

الملحق (02): أداة علبة براكسي (Praxi Box)

الملحق (03): اختبار الشاشة للأبراكسيا (Apaxia sceen of TULIA)

اختبار الشاشة للأبراكسيا Apraxia screen of TULIA

مترجم من الإنجليزية إلى العربية من طرف الباحثة

- **المحاكاة**

✓ **تعليمات عامة:**

" هناك سبعة إيماءات على شاشة الكومبيوتر، قلدها بأعلى دقة ممكنة"

1. ضع الإبهام على الجبين و الأصابع الأخرى تشير نحو الأعلى.
2. امسح الغبار من على الكتف.

✓ **تعليمات إضافية:**

"بالنسبة للإيماءات الخمسة الموالية ، تخيل أنك تمسك بالأداة أو الشيء في يدك، لا تستعمل أصابعك كأداة."

3. تناول مشروب من كأس.
4. تدخين سيجارة.
5. استخدم المطرقة.
6. استخدام المقص.
7. استعمال طابع بريدي.

- **التمثيل الإيمائي:**

✓ **تعليمات عامة:**

" سأطلب منك في هذه الحالة عمل إيماءات، اسمع جيدا و مثلها بأعلى دقة ممكنة."

8. إظهار كما لوكان شخص ما مجنون.
9. أعمل علامة تهديد.

✓ **تعليمات إضافية:**

"هذه المرة تخيل أنك تمسك بالأداة او الشيء في يدك، لا تستعمل أصابعك كأداة."

10. اغسل أسنانك.
11. لملم شعرك.
12. استعمل مفك البراغي.

❖ **طريقة التنقيط:**

-مقياس ثنائي التفرع: 0 "رسوب" ، 1 "نجاح".

- النتيجة القصوى: 12.

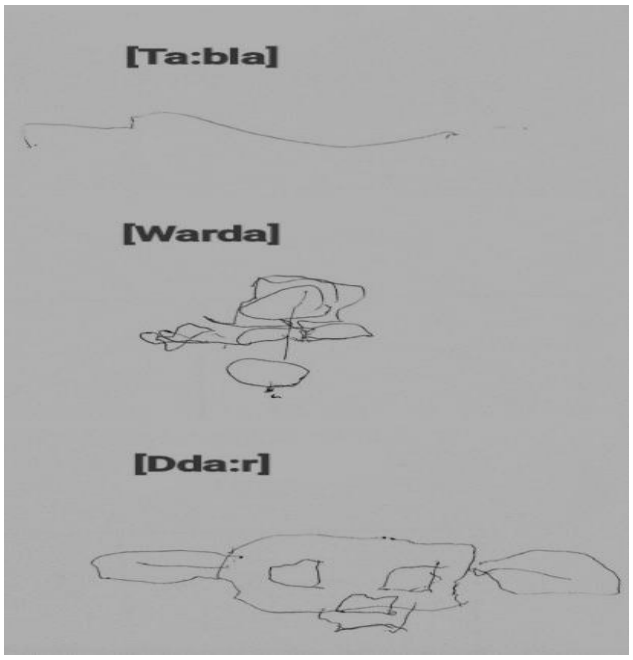
-اضطراب البراكسيا < 9.

-أبراكسيا حادة < 5.

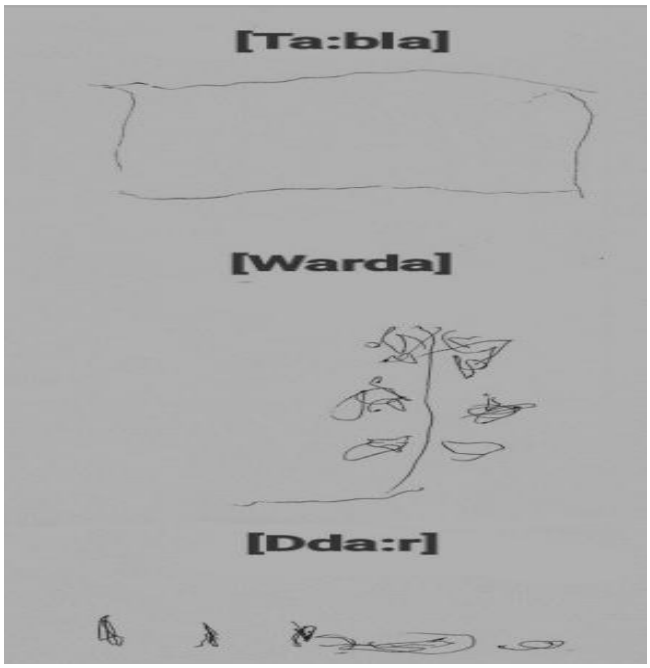
➢ **نتيجة 0: خطأ**

➢ **نتيجة 1: صحيح**

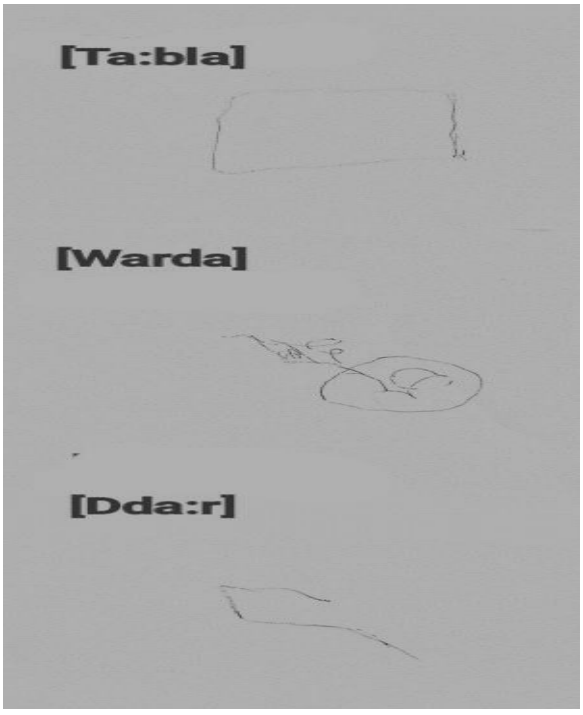
الملحق (04): نتائج الحالات في بند البراكسيا البنائية.



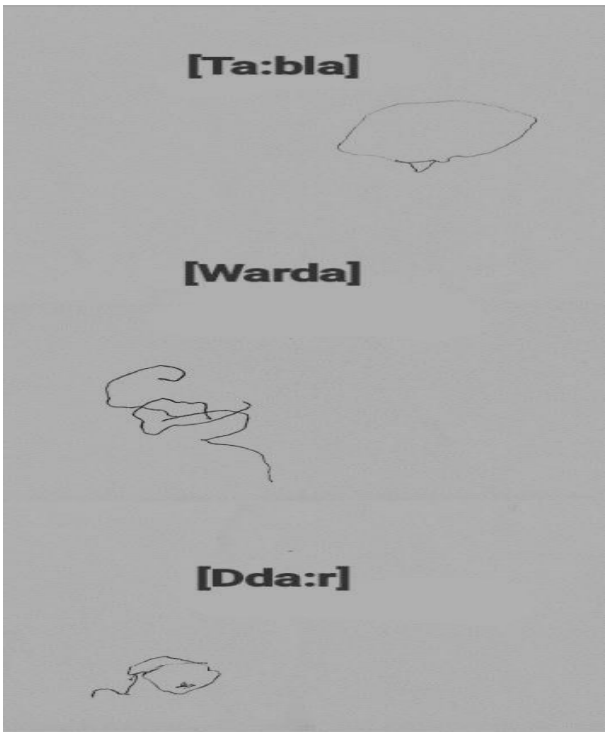
الحالة الأولى



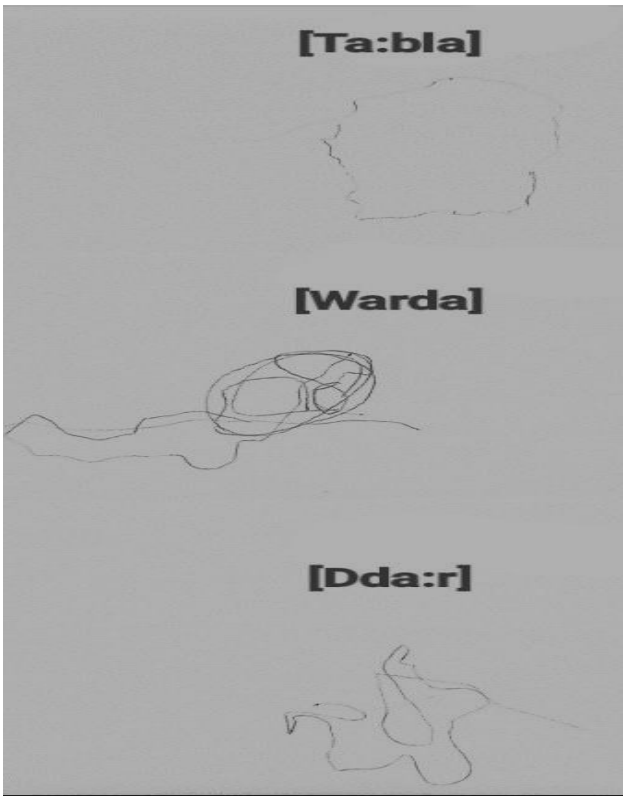
الحالة الثانية



الحالة الثالثة



الحالة الرابعة



الحالة الخامسة