الحبسة الكلامية -حبسة بروكا نموذجا-

Aphasia –Broca's Aphasia as a model-

ط.د. دقيش رحمة [1] DAKKICH RAHMA أ.د. خرباش هدى [2] KHERBACHE HOUDA
وحدة بحث "تنمية الموارد البشرية" جامعة سطيف 2
Rahmadekk2@gmail.com

تاريخ الاستلام:2019/06/02 تاريخ القبول:2020/05/08

الملخص:

تعد الحبسة اضطرابا لغويا مكتسبا. فهي تحدث مفاجئة بذلك شخصا كان يملك لغة عادية، تنتج جراء حدوث إصابة عصبية تمس مناطق اللغة، وتعد حبسة بروكا من بين أنواع الحبسة غير الطلقة الأكثر شيوعا، وسنسلط الضوء في هذا المقال على حبسة بروكا، كونها الحبسة الأكثر شيوعا والأكثر وقوعا من بين باقي الأنواع الأخرى.

الكلمات المفتاحية: الحبسة، حبسة بروكا، الحادثة الوعائية الدماغية، الفحص والتشخيص، إعادة التأهيل.

Abstract:

Aphasia is an acquired linguistic disorder. It surprises a person who had a normal language, caused by a neurological injury, Broca is one of the most common types of aphasia in this article, we will highlight Broca's aphasia, the most common aphasia among other types.

Key words: aphasia, Broca's aphasia, stroke, examination and diagnosis, reeducation

مقدمة:

تعد الحياة البشرية جملة من الوظائف التي يقوم بها الإنسان في حياته اليومية، وكل وظيفة تكمل الأخرى، واللغة هي الوسيلة الوحيدة التي تجمع بينها باعتبارها أداة للتواصل والتفاهم بين الأفراد، فإن وجود أي خلل على مستواها يؤدي إلى إعاقة الحياة اليومية للفرد، فيصبح غير قادر على توصيل الرسائل الشفوية للآخرين.

وهناك العديد من الاضطرابات اللغوية التي تمس الفرد، كاضطراب الحبسة والتي تنتج إثر إصابة عصبية تمس المناطق اللغوية في الدماغ، وتتنوع الحبسة بتنوع موقع

ورقعة الإصابة الدماغية، وتعد حبسة بروكا من بين أكثر أنواع الحبسة وقوعا، وتسبب بدورها إعاقة حقيقية تشل جميع جوانب حياة المريض، فماهي حبسة بروكا؟ وماهي أسباب الإصابة بها؟ وماهي الأعراض الناجمة عنها؟ وماهي سبل تشخيصها وعلاجها؟

1- تعريف الحبسة: لقد ورد في معجم مفاهيم اضطرابات النطق والكلام واللغة أنّها مجموعة العيوب التي تتصل بفقد القدرة على التعبير بالكلام أو الكتابة، أو عدم القدرة على فهم معنى الكلمات المقروءة أو المنطوق بها أو إيجاد الأسماء لبعض الأشياء والمرئيات أو مراعاة القواعد النحوية التي تستعمل في الحديث والكتابة، وقد يحدث اختلال وظائف اللغة حركيا وحسيا أي احتباس الكلام مصحوبا باضطراب في القدرة على فهم مدلول الكلمات المنطوقة أو المكتوبة. (أديب عبد الله النوايسة،2014، ص.10). وعرّفتها Isabelle Jouge(2014,p90) بأنها " إصابة عصبية تتميّز باختلال في التعبير أوالفهم اللّغويين الشفهيّين أو الكتابيّين".

2- تعريف حبسة بروكا: تعرفها شوال نصيرة (2017، ص.169) 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".

3- موقع الإصابة: تقع الإصابة على مستوى قدم التلفيف الجبهي الثالث لنصف الدماغ المسيطر (F3)، أو باحة بروكا (l'aire de Broca) الموافقة للباحة رقم 44 والباحة رقم 45 لخريطة برودمان وهذا على مستوى المنطقة القشرية، أما على مستوى المنطقة تحت قشرية فقد يصاب كل من البطامة (putamen)، المادة البيضاء (substance blanche)، l'insula antérieure والوصاد الجداري (l' opercule pariétal).(Armin Schnider,2008,pp.51,52).

4- نبذة عن تطور الدراسات في الحبسة: " بروكا وإنتاج الكلام"

في عام (1861)، عقدت في جمعية الأنثروبولوجيا في باريس ندوة للحديث عن مميزات وعيوب نظرية تساوي الجهد (Equipotentiality) مقابل نظرية التمركز (Localization)، وأعلن "إرنيست أبورتن" (Ernest Auburtin) عضو الجمعية وهومؤيد لوجهة نظر التمركز عن حالة مريض كان يعاني من بعض المعوقات في الجزء الأمامي للمخ، فقد هذا المريض القدرة على الكلام كليّة، ولكنه لم يفقد الوعي وهذه النتيجة كانت مثيرة، وجاء في التقرير الذي أعلن عنه مؤسس الجمعية وسكرتيرها الجراح الفرنسي "بيير باول بروكا" (Pierre Paul Broca) (1824-1880) معلومات مهمة تمثل الإسهام التاريخي والدراماتيكي للندوة. فقد قابل "بروكا" مريضا يدعى "ليبورن" (Leborgne) مصابا بحالة صرع (Epilepsie) ويعاني من شلل نصفي (شلل في الجزء الأيمن من الجسم) ولم يتكلم منذ عشرين عاما، عدا النطق بكلمة (تان) (التي أصبحت اسمه المستعار). بالإضافة إلى بعض الكلمات الغامضة والفاحشة، قام "بروكا" بدعوة "أبورتن" لفحص المريض "ليبورن"، وبعد ستة أيام مات المريض، وتم الكشف عنه بعد موته، وكان لحالة هذا المريض تأثير كبير علة تطور علم النفس العصبي أكثر من أي حالة أو تقرير آخر. وفي أيام تالية تم إحضار مخ "ليبورن" والجمجمة وفحصها، وبعد أربعة أشهر وجد "بروكا" و"أبورتن" تلفا في التلفيفة الأمامية اليسرى الثانية والثالثة. وكان هذا التلف على شكل تجويف بيضوي مملوء بالسائل ويشغل الجانب الأيسر من المخ. وهكذا قام "بروكا" بتحديد المنطقة المسؤولة عن الكلام (L'aire de Broca). (الزراد،2017، ص 31.30).

5- التشريح العصبي للغة:

حتى نتعرف على حبسة بروكا بصفة دقيقة لابد لنا أن نعرج على المناطق الخاصة بآلية اللغة، والتي تتموضع في نصف الكرة المخية اليسرى لليميني (نصف الكرة المخية اليمنى للأعسر). وبإمكاننا أن نحدد قطبين هما:

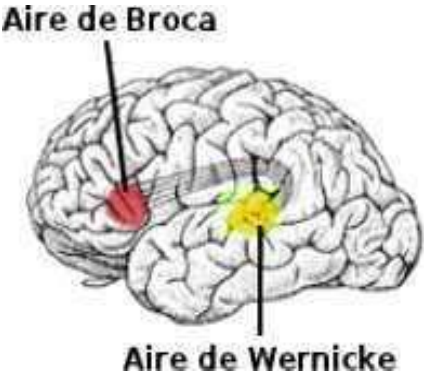
5-1- القطب التعبيري، أو باحة بروكا والتي تقع على مستوى قدم التلفيف الجبهي الثالث لنصف المخ المسيطر، بمعنى أنها تتموضع في الأمام لقدم التلفيف قبل المركزي (gyrus précentral) أو الوصاد الرولاندي (opercule rolandique) والذي يتحكم في الجهاز الفونو- نطقي (phono- articulatoire).

5-2- القطب الاستقبالي، أو باحة ورنيكي والتي تقع في المنطقة الخلفية للتلفيف الأولي الصدغي (T1) والمنطقة القريبة للفص الجداري التلفيف الهامشي (gyrus supramarginal) والطية المقوسة (pli courbe)، بمعنى أنها تتموضع في المنطقة الخلفية السفلية للقشرة السمعية الأولى.

وبالتالي فباحتي بروكا و ورنيكي تتصلان:

- بواسطة الحزمة المقوسة (faisceau arqué).
- مع المستقبلات والمرسلات الأولية (الوصاد والقشرة السمعية).
- مع الباحات الترابطية الداخلية (les zones associatives antérieures) (الفص الجبهي)، والخلفية للملتقى (carrefour) الجداري-القفوي: التلفيف الزاوي (gyrus angulaire) والتلفيف الهامشي (gyrus supra-marginal) وبالتالي تتصلان بالمهاد. (Sémiologie des fonctions cognitives : http// : www .collèges des enseignants en neurologie.html).

الشكل رقم 01: صورة توضح تموقع باحتي بروكا وورنيكي واتصالهما بواسطة الحزمة المقوسة.



المصدر: Aphasie ou trouble du langage - L'AVC et sa prise en charge

Http// :www.overblog.html

6- أسباب الإصابة بالحبسة:

6-1- الحادثة الوعائية الدماغية (accident vasculaire cérébral):

أسفرت دراسة أنه على مستوى 881 إصابة وعائية دماغية حادة هناك ما يعادل 38% كنسبة ممثلة للحبسة بمختلف أنواعها (10/9 إصابة يسارى و10/1 إصابة يمنى) (Lambert et all,2002,p09)، فهي تعتبر من أكثر الأسباب المؤدية للإصابة بالحبسة عند الراشدين. وغالبا ما تترك هذه الأمراض أثارا دماغية ثابتة ومحدودة.

وهناك نوعين من الإصابات الوعائية الدماغية هما:

- الحادث الوعائي الانسدادي (AVC Ischémique): يحدث نتيجة انسداد الشريان المغذي للدماغ عن طريق تكوين ما يسمى بخثرة (thrombus) على مستوى فتحة الشريان ممّا يؤدي إلى تليين على مستوى المخ وأهم أسباب حدوث الخثرة الدماغية تتمثل في ارتفاع الضغط الدموي أو ارتفاع نسبة الكولسترول في الدم. كما ينتج الحادث الدموي الإنسدادي إثر انغلاق الشريان المغذي للدماغ عن طريق جسم غريب تحمله الدورة الدموية المغذية للدماغ يسمّى بالصمّة الدماغية (embolie

cérébrale) ويحدث عادة عند المصابين بأمراض قلبية، أو الذين تعرضوا لنوبات قلبية وأهمّها السكتة القلبية (infarctus du myocarde).

- الحادث الدموي النّزيفي (AVC hémorragique): أهم الحوادث النزيفية هي تلك الناتجة عن ارتفاع الضغط الدموي الذي يؤدي إلى تمزق شريان المخ وحدوث نزيف يتسبب في تهديم منطقة هامة من الدماغ، وبالتالي يمس مناطق شاسعة من الدماغ تتسبب في ظهور حبسة حادة كون النزيف يمتد إلى أغلبية المناطق المسؤولة على اللغة. (بوريدح ،2012، ص ص73،74).

2-6-الصدمات الجمجمية (Traumatisme crânien):

تتسبب الصدمات الجمجمية في إصابة أكثر من مليون حادثة غير مميتة من إصابات الدماغ و52000 حالة وفاة في الولايات المتحدة على سبيل المثال كل عام. إن إصابات الدماغ الرضحية تحدث في نمط ثنائي النسق؛ في الفئة العمرية 15-24 سنة، معظم الصدمات الجمجمية ناتجة عن جروح إثر طلقات نارية أو حوادث السيارات، وفي المرضى الذين تزيد أعمارهم عن 65 عاما فإن معظم الإصابات ناجمة عن السقوط. (Jonathan A.Edlow ;Magdy H.Selim,2011,p184).

ويمكن للصدمات الجمجمية أن تؤثر على وظيفة الدماغ عن طريق التسبب في تلف مباشر للمخ من خلال: تعطيل إمدادات الدم؛ عن طريق إحداث نزيف مما يؤدي إلى زيادة الضغط داخل الجمجمة وعن طريق حدوث انتفاخ (gonfle) أو التورّم مما يؤدي كذلك إلى زيادة الضغط القحفي، وجعل المخ عرضة للإصابة بالالتهابات والعدوى، وعن طريق إنتاج ندوب في أنسجة المخ كذلك بحيث يصبح النسيج المتضرّر محور لنوبات الصرع لاحقا، وهناك نوعين رئيسيين من إصابات الرأس هما: إصابات الرأس المفتوحة وإصابات الرأس المغلقة.(Bryan Kolb,Lan Q whishaw,2003,p702).

3-6-الأورام الدماغية (Tumeurs cérébrales):

تتمثل في زيادة مرضية لحجم النسيج الدماغي والتي تنتج بسبب تكاثر الخلايا المكونة له، ويذكر محمد عبد الرحمن الشقيرات (2015، ص 229، 230) أنّ هناك ثلاثة أنواع من أورام الدماغ بناء على مكان نشوئها وهي:

1- الأورام الدبقية (Gliomes) وهي تشير إلى الأورام التي تنشأ من الخلايا الدبقية وتنتشر في الدماغ. وهي تشكل حوالي (45 %) من أورام الدماغ وقد تكون حميدة نسبيا أو خبيثة جدا. ومن أنواعها:

1-1-ورم النجميات (Astrocytome) الذي يتكون من الخلايا النجمية ويكون بطيئا ويشكل حوالي (45 %) من الأورام الدبقية وشائعة الحدوث بعد سنّ الثلاثين، ولأنها ليست خبيثة كثيرا ونموها بطيء فتكون غير مؤذية بعد علاجها ويمكن أن يعيش الشخص بعد ذلك لمدة عشرين سنة.

1-2-ورم أرومي دبقي (Glioblastome) وهو خبيث جدا وسريع النمو خصوصا عند البالغين، وخصوصا الذكور بعد سنّ (35)، ويشكل تقريبا (30%) من الأورام الدبقية، ولأنه سريع النمو فإن توقع الحياة بعد الجراحة قد لا يتعدى السنة.

1-3-ورم الأورمة النخاعية (Medulloblastome) وهو خبيث جدا، وتقريبا يكون منتشرا عند الأطفال في المخيخ، ويشكل (11%) من الأورام الدبقية والحياة بعد الإصابة تتراوح بين سنة ونصف إلى سنتين.

2- الأورام السحائية (Meningiomes) وهي ترتبط بالسحايا وتنمو خارج الدماغ. وهي من أكثر أورام الدماغ حمادة (حميدة)، ويمكن أن تسبب خللا في وظائف الدماغ عن طريق الضغط عليه، وإن كانت في معظمها فوق نصفي الدماغ، إلا أن بعضها يمكن أن يكون بين نصفي الدماغ وعادة ما تكون مغلفة وعند إزالتها فإنها عادة لا تعود.

3- الأورام المتنقلة أو المنتقلة (Tumeurs métastatiques) ويشير مصطلح الانتقال هنا (métastatique) إلى انتقال المرض من موقع لآخر في الجسم، وهذا يعني انتقال الخلايا السرطانية من العضو المصاب إلى أعضاء أخرى أو مناطق أخرى في الجسم. والأورام المتنقلة للدماغ هي التي أتت من خلايا ورم آخر في الجسم عادة من الرئة والثدي. ومن الشائع أن يكون أول دليل على سرطان الرئة هو وجود ورم في الدماغ. والأورام المتنقلة في الدماغ تكون متعددة مما يجعل عملية علاجها معقدة والتحسن ضعيف.

6-4-الأمراض الالتهابية (Pathologies inflammatoires):

يعدّ التصلب اللّويحي (sclérose en plaques) أكثر الأمراض الالتهابية شيوعا في طب الأعصاب. وهو في المقام الأول هجوم مزيل للمادة البيضاء في الجهاز العصبي المركزي (المخ والنخاع الشوكي). عندما يكون التطور في مرحلة متقدمة، يصاحب إصابة المادة البيضاء خسارة عصبية مع ضمور دماغي (atrophie cérébrale). في حين أن الاضطرابات المعرفية هي من بين العلامات السريرية المحتملة للمرض، إلا أن الحبسة لا تزال اضطرابا نادرا-حوالي 1% من الحالات فقط – ويمكن أن تكون علامة منبهة عندما تكون اللّويحة الكبيرة إلى حد كبير تلفّ الروابط القشرية و-تحت - قشرية. (Sophie Chomel.Guillaume ; Gilles Leloup ; Isabelle Bernard, 2010, p57).

6-5-الأمراض الجرثومية (عدوى الجهاز العصبي المركزي Infections du système nerveux central):

إن العدوى التي تصيب الجهاز العصبي متنوعة، ويؤدي الكثير منها إلى الوفاة أو المرض والاعتلال الشديد إذا لم يتم تشخيصها وعلاجها مبكرا. وتحدث العدوى نتيجة للانتشار الدموي أو الامتداد المباشر من العظم المجاور، أوعن طريق الأنسجة الرخوة والجيوب الأنفية. وتشارك مجموعة كبيرة من مسببات الأمراض بما في ذلك

الفيروسات والفطريات والبكتيريا في التعرض للعدوى، ومن أكثر أنواع العدوى شيوعا نجد:

- التهاب السحايا الجرثومي الحاد.
- خراج دماغي (abcès cérébral). (Andrew H.kaye, 2005, p.170).

6-6-الصداع (Maux de tête):

هذا العرض المألوف، الذي يشكل في العادة شكل ألم الخفقان في الرأس، يمكن أن يكون مؤشرا على حالة خفية خطيرة لو استمر ذلك. إنّ الصداع مفاجئ المنشأ يمكن أن يشير إلى النزيف شبه الجاف، خصوصا لو صاحبه تيبس في الرقبة وقيء.

لو استمر الصداع، ربما يكون مؤشرا على ورم. يوصف الألم بأنّه "انفجار" وربما يساعد في تحديد مكان الورم لأن هناك مستقبلات للألم في الأوعية الدموية. والصداع المجمع تسببه عادة الشقيقة (migraine)، وتنطوي على نوبات متكررة الحدوث، ويعرف أيضا بالألم العصبي الشقيقي ويميل إلى أن يكون أحادي الجانب. (فيصل محمد خير الزراد،2017، ص.158).

6-7-الأمراض التدهورية (Maladie dégénératives):

تدل هذه المجموعة من الإصابات على الفقدان التدريجي للخلايا العصبية في مناطق محددة في الدماغ والنخاع الشوكي، وعندما تسود هذه الأمراض القشرة الدماغية يحدث الخرف العضوي أي التدهور التدريجي للوظائف الذهنية. (ابراهيمي، 2011، ص.30).

7- أعراض المصاب بحبسة بروكا:

تحدد ماك-كفري (2001) Mccaffrey عدة أعراض وخصائص لحبسة بروكا هي:

1- اضطراب وتقطع في الأصوات وعجز عن إنتاجها.

2- لا يتكلم المريض إلا قليلا مع عدم طلاقة وفقدان الكلام للتنغيم.

3- صعوبة شديدة في نطق الكلمات.

4- غياب التراكيب النحوية الصغيرة مع التصريف غير السليم للأفعال.

5- يصاحب الأفازيا الحركية حالة الأنوميا (Anomia) والتي تشمل عدم القدرة على إعطاء الأشياء أسماءها رغم المعرفة بها.

6- استرجاع ضعيف للمفردات اللغوية.

7- كلمات برقية محسوسة وقصيرة.

ورغم ذلك فإن المصاب يمكنه التعبير اللغوي كتابة مع فهم ما يكتب، ويكون على وعي بمعظم ما يصدر عنه من أخطاء لغوية، إضافة إلى استبصاره بصعوبة النطق لديه. (الفرماوي،2011، ص 202).

8- **أمثلة عن الاختبارات الشائعة المستعملة في فحص وتشخيص الحبسة:** تعتبر مرحلة الفحص والتشخيص مرحلة مهمة وأساسية، وهي تعد أول خطوة تساعد في وضع خطة علاجية متناسقة، وتوجد عدة روائز واختبارات تستعمل لفحص وتشخيص الحبسة في ميدان الأرطوفونيا وعلم النفس العصبي، وسنذكر منها ما هو متاح ومستخدم بالبيئة الجزائرية وهي:

8-1-رائز فحص الحبسة ل Ducarne (1968-1989): يعتبر هذا الرائز أول وسيلة مقدمة لتقييم الحبسة في الميدان العيادي الفرنسي ويهدف إلى الكشف عن طبيعة الاضطرابات اللغوية عن طريق فحص الأنماط الأساسية للغة بواسطة اختبارات تمرر في وقت حر وتتمثل في:

- التعبير الشفوي: يشمل اللغة، المتتاليات الآلية، التكرار التسمية، وصف الصور، تعريف الكلمات، تكوين الجمل وشرح الأمثال.

- الفهم الشفوي: يشمل تعيين الصور، تنفيذ الأوامر، تكملة الجمل، نقد القصص الغير منطقية، تلخيص نص مسموع.

- القراءة: تشمل تعيين الكلمات المكتوبة، القراءة المجهورة، قراءة نص، جمع كلمات مكتوبة مع الصور المناسبة لها، إلى جانب تنفيذ أوامر مكتوبة.

- الكتابة: الكتابة العفوية، التسمية عن طريق الكتابة، وصف الصور كتابيا، السرد الكتابي العفوي.

- فحص الأبراكسيا ووظائف الإدراك البصري: يتم التنقيط بواسطة النسب المئوية للإجابات الصحيحة وذلك مقارنة بالحد الأقصى للإجابات الصحيحة الممكنة أما التقييم يكون على أساس تحليل نوع الأخطاء المسجلة لدى المريض. (مرواني، بوسبتة، 2018، ص 219).

2-8-رائز فحص الحبسة MTA: تتمثل النسخة الأصلية في بطارية الاختبارات MT 86 (protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie MT 86) والتي تتكون من جزأين: ML Alpha et Bêta(Zellal,1999,p 5)، ولقد تم إنشاؤها من طرف فرقة متعددة التخصصات فرانكو- كندية، متكونة من 18 عضوا مختصين في اللسانيات الأرطوفونيا، علم النفس وطب الأعصاب، ومن أبرز أعضائها نذكر: A.R.Lecours Lafon, Y.Joanette, F.Cot A.Rascol, J.L.Nespoulous (Zellal,1996,p209).

وفي إطار الاتفاقية التي انعقدت بين جامعة الجزائر تحت إشراف زلال وجامعة Toulouse le Mirailتحت إشراف Nespoulous تم تكييف وتعيير هذه البطارية على البنية الثقافية والنفسو-لسانية الاجتماعية الجزائرية. فبعد إحصاء الصعوبات الملقاة من طرف عدد من الحبسيين (باختلاف الجداول السيميائية سنهم وجنسهم)، يتم تعديل البند بالأخذ بعين الاعتبار العامل اللساني والاجتماعي للمفحوص أي إيجاد البديل في اللغة الأصلية (langue cible) للحالات (سواء العربية

الأكاديمية/ العامية أو الأمازيغية)، كما عملت الباحثة على إضافة بعض البنود الأخرى مثل: épreuves practognosiques، مع احترام مبدأ تحقيق فرضية حساسية البند (la sensibilité de l'item).(Zellal,1998,p297).

ويمكننا أن نذكر بعض التغييرات التي أجرتها الباحثة، فعلى سبيل المثال استبدلت فاكهة الأناناس "l'ananas» بالتمر "les dates".(Zellal,1999,p18).

تأتي بعدها مرحلة مراجعة المصداقية (vérification de la crédibilité)، حيث قامت الباحثة بتجميع عينة إحصائية تتكون من 460 شخصا عاديا (راشدين جزائريين: أحاديي ثنائي ومتعددي اللغة) من كلا الجنسين تتراوح أعمارهم ما بين 20و70 سنة ومررت عليها هذه البنود، وفي حالة تحصلها على نتائج أكثر من 65% من نسبة النجاح، نعتبر حينها أن الرائز مكيف ومعير ويجيب على المتطلبات العالمية. ولقد تم الحصول على نتائج فاقت85% من النجاح، وبالتالي الاختبار صادق وموثوق. وتم نشر النسخة الجزائرية المتعددة الألسن سنة 2000 (بمراعاة تعيير البنود) من طرف جامعة الجزائر وبمشاركة مخبر علوم الاتصال واللغة « SLANCOM ».

وتتكون النسخة الجزائرية من حقيبة تحتوي على: كراس الحالة – كتاب التوجيه – شريط k7 – كتاب الاختبارات والذي يحتوي بدوره على بنود البطارية وهي: اختبارات اللغة الشفوية – اختبارات اللغة المكتوبة – اختبارات الفهم الشفهي والكتابي – اختبارات البراكسيا والقنوزيا. (Zellal,1998,p304)

9- إعادة تأهيل المصابين بالحبسة:

تشير براهيمي (2012، ص53) إلى أنه قد اتضح لها من خلال التكفل النفس عصبي بالحالات المصابة بالحبسة منذ أكثر من عشر سنوات في الواقع الاستشفائي الجزائري أن الاسترجاع يقوم على آليتين معرفتين رئيسيتين هما:

1) تحسين وظيفة المراقبة على اللغة.

2) تحسين وظيفة التصحيح الذاتي.

وتذكر أنه كلما تحسن مستوى المراقبة على اللغة لدى الحالة كلما زادت قدرتها على التصحيح الذاتي بفضل تحسن الوعي بأهمية إعادة التربية وارتفاع نسبة فعالية المريض في عملية العلاج، أما الاستراتيجيات التي يسطرها الفاحص في هذه المرحلة من الكفالة فهي:

- الاسترجاع الأفضل للوظائف اللسانية المضطربة.
- تطوير استعمال القدرات المتبقية بعد الإصابة الدماغية.
- التشجيع على التكيف مع الإعاقة.

ومن بين سبل إعادة تأهيل المصابين بالحبسة الغير طلقة (كحبسة بروكا) نذكر: طريقة شويل، العلاج الإيقاعي النغمي، برنامج (PACE)، برنامج (VAT).

1- طريقة شويل (Showill): هي طريقة تعتمد على الاستثارة السمعية القوية والمكثفة، للنظام الرمزي المضطرب كوسيلة أولية لتسهيل إعادة تنظيم اللغة لمريض الأفازيا، وتحمل قواعد البرنامج العلاجي عند شويل مايلي:

- ✓ يجب استخدام الاستثارة السمعية المكثفة ويفضل استخدام الاستثارة المشتركة (سمعي – بصري).
- ✓ يجب التحكم في المثير ليكون مناسبا وسهلا.
- ✓ يجب تكرار المثير الحسي السمعي من أجل زيادة كفاءة المسارات السمعية.
- ✓ كل مثير لابد أن يؤدي إلى استجابة.
- ✓ لا يجب إصلاح الاستجابة أو الإصرار في الحصول عليها، فإن لم تكن هناك استجابة فالمثير غير مناسب.

- ✓ يجب محاولة الحصول على أكبر عدد من الاستجابات، فإن ذلك يؤدي إلى تغذية مرتدة متكررة، ومن ثم تقوية اللغة، كما تعمل على زيادة ثقة المريض بنفسه فيؤدي ذلك إلى محاولات لغوية يقوم بها بنفسه خارج جلسة العلاج.
- ✓ يجب إمداد المريض بالتغذية المرتدة Feed back والمكافأة المشجعة عند الإجابة الصحيحة، حيث يساعد هذا على رفع معنوياته، وحيث يستشعر مستوى تقدمه بنفسه.
- ✓ يجب العمل بدرجة مكثفة تتمشى مع احتياجات المريض.
- ✓ يجب أن تتدرج الجلسة العلاجية من تدريبات سهلة ومألوفة إلى تدريبات أكثر صعوبة. (الفرماوى، 2006، ص 215.214)

2- العلاج التنغيمي اللحني Melodic Intonation Therapy: من أكثر الطرق استخداما حيث يعمل على استخدام القدرة الغنائية والتنغيمية غير المعاقة، ويدرب المريض هنا على تنغيم الكلمات ثم أشباه الجمل بشكل تدريجي ثم يتلاشى التنغيم تدريجيا من خلال إنتاج الكلام وأشباه الجمل غير المنغمة ومن ثم نقل هذه الكلمات إلى السياق الكلامي للشخص المصاب بالحبسة الكلامية. (مصطفى سالم، 2014، ص 133).

3- برنامج (PACE): هو عبارة عن طريقة شاملة ووظيفية تندرج ضمن نهج براغماتي، اقترحت من طرف Davis et Wilcox في عام 1985، وقد وضعا لها أربعة مبادئ أساسية هي:

- ✓ تبادل المعلومات.
- ✓ المشاركة المكافئة.
- ✓ اختيار قناة الاتصال.
- ✓ التغذية الراجعة.

4- برنامج Visual action therapy (VAT): وضع من طرفFitzpatrick Baresi وHelm في عام 1982، وهو أسلوب غير شفوي يستند على استعمال المعلومات البصرية، والهدف منه هو تحسين قدرة المريض على إنتاج رسالة إشارية. يحتوي على 9 مراحل، كل مرحلة بها خطوات معينة، وتكون منهجية العمل كالتالي: يجلس المريض مقابل المعالج، تكون بحوزتهم مجموعة من الصور المتماثلة، وبالتناوب يجب ذكر وتعيين الصور التي تمثل وتطابق الصور المقابلة باستخدام قنوات الاتصال الممكنة سواء اللغة الشفوية أو المكتوبة، تعبيرات، إيماءات، رسم، نغمة، محاكاة صوتية، ويعتمد في التغذية الراجعة على مدى فعالية وكفاية الاتصال وليس على التصحيح اللغوي. وفي حالة ما إذا كان (VAT) فعالا ينتقلون إلى العمل بال (PACE). (Chomel-Guillaume et all,2010,p 190.189 p).

خاتمة: تحتل اللغة مكانة هامة في حياة الفرد، وإن إصابتها تؤدي إلى ظهور مشكلات نفسية واجتماعية لدى المصاب وقد بينا في هذا المقال أن حبسة بروكا تعتبر اضطرابا يمس اللغة المكتسبة والتي تقابل ضعفا في التمثيل النفسي والمعرفي للفرد. وتستدعي الإصابة بها عناية من نوع خاص وذلك بإتباع طرق علمية وعلاجية لأجل التخفيف من حدتها ومن أعراضها الجلية على لغة المصاب وكذا على جودة حياته بصفة عامة.

قائمة المراجع:

قائمة المراجع باللغة العربية:

1- ابراهيمي سعيدة. (2012). الحبسة وعلم النفس العصبي عند الراشد. الجزائر: دار الخلدونية.

2- أديب عبد الله النوايسة. (2014). معجم مفاهيم اضطرابات النطق والكلام واللغة. الأردن: دار يافا.

3- أسامة فاروق مصطفى سالم. (2014). اضطرابات التواصل بين النظرية والتطبيق. عمان، الأردن: دار المسيرة.

4- بوريدح نفيسة. (2012-2013). فقدان الكلمة واستراتيجيات التخفيف في الحبسة وصف وتحليل وتصنيف وتفسير استراتيجيات التخفيف المستعملة من طرف الحبسي المصاب بفقدان الكلمة في نشاط تسمية الصور. أطروحة لنيل شهادة دكتوراه في الأرطوفونيا: جامعة الجزائر 2.

5- حمدي علي الفرماوى. (2006).نيو وسيكولوجيا معالجة اللغة واضطرابات التخاطب. مصر: مكتبة الأنجلو مصرية.

6- الشقيرات محمد عبد الرحمان. (2015). مقدمة في علم النفس العصبي. عمان الأردن: دار الشروق.

7- شوال نصيرة.(2017). معوقات العلاج الأرطوفوني لحبسيي بروكا المصابين بالاكتئاب – دراسة ميدانية لحالات نموذجية-. جسور المعرفة.3 (12).

8- مرواني هاجر، بوسبتة يمينة. (2018). تقييم نفسي عصبي لغوي للحبسة عند الراشد. Route Educational&Social Journal.5. (10).208- 229.

9- نيل مارتن. (2017). علم النفس العصبي البشري. (فيصل محمد خير الزراد مترجم). الأردن: دار الفكر.

قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

10- Andrew H. Kay. (2005). *Essential Neurosurgery*. 3rd ed. USA: Blackwell publishing.

11- *Aphasie ou trouble du langage - L'AVC et sa prise en* charge : Http// :www.overblog.html

12- Armin Shnider. (2008). *Neurologie du comportement*. Paris : Masson.

13- Bryan Kolb, Lan Q. Whishaw. (2003). *Fundamentals of human Neuropsychology*. 5th ed. New York, Ny, US: worth publishers.

14- Isabelle Jouge et autre. (2014). *Larousse illustré*. Paris : France

15- Jonathan A. EDlow, Magdy H. Selim. (2011). *Neurology Emergencies*. Oxford university press.

16- *Sémiologie des fonctions cognitives* : http// : www . collèges des enseignants en neurologie.html.

17- Sophie Chomel Guillaume, Gilles Leloup, Isabelle Bernard, (2010). *Les aphasies évaluation et rééducation*. Paris : Elsevier Masson.

18- Viader Lambert et all. (2002). *Aphasie. encyclopédie médical*. Paris : éditions scientifiques et médical : http://psychologie-m-fouchey.psyblogs.net/public/fichiers%20joints/d%C3%A9mence/Aphasie.pdf

19- Zellal Nacera. (1986). *contribution à la recherche en orthophonie « l'aphasie en milieu hospitalier Algérien » étude psychologique et linguistique* .thèse pour le doctorat d'état et lettre et science humaines. Paris 3.

20- Zellal Nacera. (1999). *livret d'élaboration du MT86 : version plurilingue Algerienne*.université d'Alger.