الحبسة و اساليب التكفل

ا.د. ابراهيمي س.

مدخل

-عرف ميدان الحبسة تطورات كبيرة في الآونة الاخيرة ’ ترجع اساسا الى تغير في المقاربة المنهجية و المقاربة النظرية للاضطرابات ذات الاصل العصبي.

-انتقل الاهتمام من مجال علم النفس العصبي "العيادي" ’ الذي ينطلق من تشخيص مكان الاصابة (diagnostic topographique des lésions)

الى علم النفس العصبي "المعرفي" ’ الذي يعتمد بصفة اساسية على تطبيق اساليب التصوير الدماغي المتطورة و التي وضحت عمل الدماغ.

- و دون اهمال لدور المقاربة العيادية للحبسة ’ ساهمت الابحاث التصويرية التشخيصية (Imagerie diagnostique)في الفهم الدقيق للظواهر المرضية

(Phénomènes pathologiques) و ذلك بإجراء مواجهة عرضية تشريحية

(Clinicolésionnelle) . بأدوات تصويرية حديثة ومقارنتها بمعطيات علم النفس العصبي سابقا.

-ادت هذه المقاربة الجديدة الى ازالة الخلاف القائم بين التيار المعتمد على الملاحظة السريرية و التيار المعتمد على البنية التشريحية. و اصبح هناك تبادل في الافكار قائم على نمط تشريحي وظيفي. (schéma anatomo-fonctionnel)

’ معتمدا على دراسة حالات مرضية و اشخاص متطوعين غير مصابين.

-و عليه اثبت علم النفس اللغوي دوره في الفهم الدقيق للمظاهر المرضية في الحبسة و اصبح يشكل اداة فعلية لدى العياديين و الممارسين و ذلك لانه يساعد في التحديد الدقيق للأهداف العلاجية.

(Viader F, Lambert J, de la Sayette V, Eustache F, Morin P, Morin I et Lechevalier B. Aphasie. Encycl Méd Chir (Edition Scientifique et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés). Neurologie, 17-018-1-10,2002,32p.

التطور التاريخي

-1861 عرض بروكا ب. طبيب جراح بمستشفى بيسترللجمعية الانثربولوجية بباريس دماغ رجل يبلغ من العمر 51 سنة' توفي بعد معاناته منذ 20 سنة من فقدان اللغة الذي اصبح مختصرا في اللفظة (TAN)

في حين انه كان محتفظا بقدر كاف من الفهم. وصف بروكا تلين (Ramollissement)

كبير في نصف الكرة الايسر من المخ' يصل الى غاية الفص الجبهي و الفصوص الجدارية الصدغية. و فسر الحبسة بفكرة التلفيف الجبهي الايسر.

-1984 فحص سينيوري و فرقته دماغ نفس الحالة باستعمال الاشعة المقطعية

(Examen Scanographique)و اكد وصف 1861 و أضاف اصابة رمز

النواة(Noyau Codé) و النواة العدسية (Noyau lenticulaire)

ساحة فارنيكي و التلفيف فوق الهامشي (Gyrus supra marginal).

-1868 يضيف بروكا معطيات جديدة مبنية على ملاحظات لحالات اخرى ' قام بمتابعتها و توصل الى ان ملكة اللغة المنطوقة متصلة بصفة مباشرة بالنصف الخلفي اوالثلث الخلفي للتلفيف الجبهي الثالث في نصف الكرة الايسر.

-1874 وصف فارنيكي ك. انواع اخرى من الحبسة منها الشكل الذي يحمل اسمه حاليا او الحبسة الحسية و الذي يرجع الى اصابة صدغية يسرى ' الحبسة الحركية(بروكا) و الحبسة التوصيلية(Aphasie de Conduction)

-1885 نشر ليشتايم(Lichtheim) مقالا في (Brain) وصف الحبسة في ستة اشكال هي

الاشكال الحبسية القشرية الحركية (بروكا) و الحسية (فارنيكي)

(Aphasies Corticales Motrices et Sensorielles)

الحبسة التوصيلية

(Aphasie de Conduction)

الاشكال الحبسية العبر قشرية الحركية و الحسية

(Aphasies Transcorticales Motrices et Sensorielles)

الاشكال الحبسية التحت قشرية الحركية و الحسية

(Aphasies sous-corticales Motrices et Sensorielles)

- 1891رفض فرويد س. وجود مراكز للغة و اعتبر ان المنطقة القشرية للغة هي ساحة مستمرة في القشرة المخية اليسرى. و تمثل الكلمة باستحضار عدة تجمعات بصرية' لمسية و صوتية. و وصف عرضا جديدا هو اضطراب التعرف (Agnosie).

-1906 نشر بيار ماري دراسة تحت عنوان مراجعة مسالة الحبسة. و توصل من خلالها الى ان التلفيف الجبهي الثالث الايسر لا علاقة له بوظيفة اللغة. و اضاف ان حبسة بروكا التي لا ينفي وجودها ما هي الا مزيج بين حبسة فارنيكي و . . حبسة نطقية(Anarthrie).

و ترجع الى اصابة على مستوى النوى الرمادية المركزية و الكبسولة الداخلية.

-1908 يحتفظ ديجورين ج. بمفهوم بروكا و يفتح المجال للفهم الترابطي للحبسة و ذلك عندما وصف عرض العجز القرائي بدون العجز الكتابي.

(Alexie sans Agraphie)

-1915 تحفظ جاكسون في تحديد موقع اللغة. و قال بان اللغة الافتراضية

(Langage propositionnel) تخضع لسيطرة نصف الكرة الدماغي الايسر

اما اللغة الالية(Langage automatique) فالنصف الايمن.

-1928 يقيم فوا ش. ترابطات تشريحية سريرية صارمة

(Corrélation Anatomo-clinique) بين موقع التلين الدماغي

(Ramollissement Cérébral) و نوع الحبسة المشاهدة على الحالة.

-1933 ادعى قولدشتاين ك. فهما شاملا للحبسة حيث اعتبرها اضطرابا في التنظيم الوظيفي للمخ.

-1939 القى الاجوانين ت. الضوء على الساحة اللسانية للحبسة في كتابه

.(Désintégration phonétique de l’aphasie)

اعتمد على مبدا بيلارجر جاكسن ليبرهن التفكك الالي الارادي في الحبسة. و انشا بالاستعانة ب ليرميت ف. و دوكارن ب. اول مركز لعلاج اللغة بمستشفى سال بيتريار بباريس.

-1964 توصل لوريا الى صياغة اول تصنيف لساني عصبي للاضطرابات الحبسية.

-1975 ظهر تيار جديد علم الاعصاب اللغوي النفسي. و كان هدفه وضع نظريات للمعالجة المعلوماتية لدى الشخص السليم انطلاقا من تحليل اضطرابات الحبسة.

كما هدف الى استخدام النماذج النظرية التي تتوصل اليها هذه الدراسات و الاساليب المنهجية في وصف و فهم الاضطرابات الملاحظة على الحالات.

هذه المقاربة المعرفية لا تهتم بالترابطات التشريحية السريرية. في نفس الفترة بدا تطور التصوير الشكلي و الوظيفي للمخ. سمح الماسح الضوئي العاشر

(Scanner x)’ ثم التصوير بالرنين المغناطيسي

(Imagerie par résonnance magnétique IRM) بالملاحظة الدقيقة للإصابات الدماغية.

وبواسطة دراسة التمثيل الغذائي بالتصوير المقطعي للانبعاث

ظهرت الاثار الوظيفية (Tomographie par émission de position TEP)

للإصابة بصفة اكثر شمولية. و استعمل تنشيط لفظي لدى اشخاص غير مصابين بتطبيقIRMF &TEP.

و تهدف الاعمال الحالية الى التوفيق بين النماذج المعرفية الاستغلال الوظيفي للمخ. و اصبح موضوع العمليات العقلية و التنشيط الوظيفي للمخ يشكل المنحى الديناميكي الجديد للمواقع الدماغية.

تستغل هذه المعطيات في الكفالة و اعادة التربية.

تعريف الحبسة

من بين العديد من التعاريف التي تطرقت للحبسة' يمكن عرض تعريف دماسيو (Damasio A.R.) (Viader F, Lambert J, de la Sayette V, Eustache F, Morin P, Morin I et Lechevalier B. ,2002).

الذي يجمع الخصائص الفارقية الاكثر اهمية. "تتمثل الحبسة في اضطراب في الفهم و في صياغة الرسائل اللفظية الناتج عن اصابة مكتسبة حديثا في الجهاز العصبي المركزي".

يظهر من هذا التعريف انه يسمح بالتمييز بين الحبسة و باقي الامراض و الانحرافات اللسانية ," مكتسبة حديثا / اضطرابات اللغة الخلقية او النمائية' الجهاز العصبي المركزي / الاستعمال المنحرف للغة مرتبط باستعمال اجتماعي خاص او اصابة نفسية ' الرسائل اللفظية / اضطرابات التواصل او الوجداني' فهم الرسائل اللفظية / اضطرابات سمعية ادراكية(صمم) او بصرية (عمه)' صياغة الرسائل اللفظية / اضطرابات الصوت و النطق و اخيرا يميز هذا التعريف بين الحبسة و اضطرابات اللغة الناتجة عن الخلل العقلي.

التقييم

بالرجوع للتصنيف الدولي'(Mazaux Michel J., 2008) للاداء البشري'

و الاعاقة يمكن التمييز الصحة بين

-تقييم اضطرابات اللغة' التواصل و الاضطرابات المعرفية المصاحبة اي اختبار الحبسة'

-تقييم حدود النشاط التواصلي' الحالة النفسية' العيوب و نوعية الحياة اي اختبار الشخص الحبسي.

يمكن تعريف الاختبار بانه قياس اداء او سلوك اني ' في الحاضر و امام الفاحص' هو اذن وضعية موحدة و قابلة للتكرار لكنها مصطنعة و غير مستنسخة.

هناك الاختبارات العامة (Tests généraux)

تقيس اداء المرضى في مستويات متفاوتة الصعوبة في

كل مجالات الوظيفة اللغوية بينما (Tests Spécifiques) الاختبارات المحددة تعمل على الكشف بصفة موسعة على خاصية سيميولوجية محددة او عملية المعالجة المعرفية للغة.

تستعمل البطاريات خاصة في المرحلة الاولى من التقييم العام' في التقييم الطبي الجنائي و في تقييم فعالية اعادة التربية. اهمها

1-اختبار (Ducarne de Ribaucourt B.)

هو اول اختبار في الاوساط الفرنكوفونية يقيس هذا الاختبار مستويات هي

-التعبير الشفهي و يحتوي على اللغة العفوية' اللغة التلقائية' الاعادة' التسمية' وصف الصور' تعاريف' تكوين الجمل و شرح الامثال.

-الفهم الشفهي و فيه تعيين الصور' تنفيذ الاوامر' تكملة الجمل' نقد قصص سخيفة و تلخيص نص مسموع.

-القراءة تعيين و قراءة مجهورة لرموز كتابية' قراءة مجهورة لنص' تنسيق بين الصور و الكلمات و بين النصوص و الافعال و تنفيذ الاوامر كتابيا.

-الكتابة الكتابة العفوية' الكتابة التلقائية' التسمية الكتابية' الوصف الكتابي للصور' تلخيص كتابي لنص مسموع' نقل ثم املاء رموز كتابية و جمل و السرد الكتابي العفوي.

يكون التقييم
-كميا و ذلك باستخراج نسب النجاح في كل بند مقارنة بالحد الاقصى المتوقع من المفحوص.
-كيفيا بتحليل المدونة التي سجلها الفاحص و استخراج نوع الخطا الذي ارتكبه المفحوص.

2- اختبار (Boston Diagnositic Aphasia Examination, Goodglass & Kaplan, 1972, 2000)

هو الاختبار الاكثر استعمالا حول العالم. و بشهادة الباحثين' (Mazaux Michel J., 2008)

يحمل هذا الاختبار خصائص ايجابية تتمثل في كونه شاملا' يتمتع بمستوى عال من الحساسية ' قابل للاقتباس' و صمم وفق معايير قياسية دقيقة. كما ان له نقاطا سلبية تتمثل في كونه اعتمد على اساس نظري قديم و ركز على المقاربة الوصفية في التشخيص.

لهذه الاسباب' قام باحثون امريكيون (2000) بمراجعته و اعادة تصميمه وفقا لمفرزات التطور في علم الاعصاب النفسي المعرفي.

و اصبح يتكون من ثلاثة نسخ

-النسخة القصيرة(Version courte)

-النسخة المعيارية(Version standard)

-النسخة المفصلة(Version détaillée)

و هو يتكون في شكله الاول المكيف على الوسط الفرنسي من (Mazaux & Orgogozo, 1982)

-تقييم شامل لدرجة خطورة الحبسة

-تقييم اللغة العفوية

-تقييم الفهم الشفهي بواسطة تعيين الصور و اجزاء الجسم' تنفيذ الاوامر و اسئلة تطرح حول نصوص مسموعة.

-تقييم التعبير الشفهي بواسطة بنود اللغة التلقائية' الطلاقة الدلالية' النطق' الاعادة' القراءة المجهورة و التسمية.

و من خلال هذه البنود يتم تقييم التحولات الحرفية و الدلالية او Paraphasies)).

-تقييم الفهم الكتابي و يشمل تعيين الحروف و الكلمات' التعرف على الكلمات المملاة' ربط الكلمات بالصور و تكملة جمل كتابية انطلاقا من نص مسموع.
-تقييم الكتابة يكون بواسطة بند التخطيط' الكتابة العفوية' املاء الكلمات و الجمل و تسمية ووصف الصور كتابيا.
و تنتهي البطارية بتقييم مرتب للمستوى الايقاعي و النغمي.

التنقيط

يكون بصفة دقيقة جدا' كميا' اذ يستخرج نسب النجاح في كل بند و يمثلها في مخطط بياني و يلجا الى تطبيق التحليل العاملي.

3- اختبار Protocole Montréal-Toulouse, (Nespoulous, Lecourt, Lafond, Lemay, Puel, Joanette, Cot et Rascol, 1986)

تمت مراجعته من طرف نفس الفريق سنة 1992' كما تم تكييفه على البيئة اللسانية و الثقافية الجزائرية من طرف زلال ن. و باي ح.(1995). يتكون من شكلينM1 اختبار سريري موحد وM2 اختبار لساني مفصل للغة.

و يحتوي

-مقابلة موجهة
-بند التسمية
-بند الاعادة
-بند القراءة المجهورة
-بند الكتابة المنقولة و المملاة
-الفهم الشفهي للكلمات و الجمل
-الفهم الكتابي للكلمات و الجمل
- و تحتوي النسخة الثانية على
-وصف شفهي و كتابي للصور
-استبانة كتابية
-بنود للغة العفوية
-تعيين شفهي و كتابي لاجزاء الجسم
-استحضار المفردات (اسماء الحيوانات)

-الكتابة المجهورة
-فهم النص
-استعمال الاشياء بناء على تعليمات شفهية
و اضافت النسخة الجزائرية
-بندPraxie
-بندGnosie

تقييم التواصل

-اختبار (Test Lillois de Communication, TLC, Rousseaux et Coll., 2000)

هو الاداة الاكثر استعمالا في الاوساط الفرنكفونية (Mazaux Michel J., 2008)
لتقييم التغيرات الكيفية للتواصل عند المصاب بالحبسة. يضم
- شبكة للانتباه-الدافعية و تتعرف على رغبة المصاب في التواصل و مشاركته و مبادلاته الحوار
-شبكة التواصل اللفظي
-شبكة التواصل الغير لفظي
يقيم الفاحص هذه المستويات بالاعتماد على حوار حول مواضيع بسيطة ثم مواضيع معقدة تتطلب من المفحوص استعمال ادلة كما يتم تبادل المعلومات حول الصور.

-الاضطرابات المعرفية المصاحبة

لا يمكن بداية تقييم المصاب بالحبسة و الشروع في اعادة التربية دون تقييم مكمل لنشاطات معرفية اخرى و خاصة تلك التي تلعب دورا كبيرا في مسار اللغة و التواصل و منها

-الذاكرة العاملة اللفظية في مركباتها الثلاث و هي الحلقة الفونولوجية (الرصيد و العملية الانتعاشية)' المفكرة البصرية الفضائية و المسؤول المركزي

-الذاكرة العرضية و الدلالية

الادراك البصري و السمعي

-الوعي بالاضطراب' الوظائف التنفيذية و نظرية الفكر

-العمه الحركي

و هو مضمون الفحص النفسي العصبي.

اساليب التكفل بالحبسة

بلغت درجة عالية من النضج' حيث تعددت اساليب و تقنيات العلاج الناجع و ادرجت ضمن مقاربات متسقة و متكاملة.

و تتمثل الاهداف العامة في تحسين استرجاع الوظائف اللسانية المضطربة' تطوير استعمال الوظائف المتبقية و تحفيز التكيف مع الاعاقة الاجتماعية.

اما عن التقنيات المطبقة في مجال اضطرابات اللغة و التواصل فهي تتكون اساسا من تلك التي تسجل في ضوء المقاربة المعرفية والتي تسجل تحت اسم المقاربة البراغماتية(Mazaux Michel J., 2008).

المقاربة المعرفية

تهدف الى تحسين اضطرابات اللغة. و يجب الاشارة الى ان التقنيات التي كان يطبقها اصحاب التيار التجريبي(Empirique) ادمجت و البرامج المبنية انطلاقا من فرضيات معرفية.

-يخضع بناء مشروع علاجي الى تحديد مستويات المعالجة المضطربة و ذلك بمقارنة انتاج المفحوص بالمنتوج الذي يقترحه النموذج النظري للشخص الغير مصاب.

-تحليل الوضعيات التي في اثنائها تم انتاج الخطأ ' ينبؤوا بحالة النظام و يؤدي الى تكوين فرضية حول الية الاضطراب.

-ثم يستعمل نموذج نظري لإيجاد مسالك لتجاوز الصعوبة و بدائل للفقرات او المكونات المصابة.

-تستعمل لإعادة تربية المهام السابقة نفس التقنيات التي طبقها رواد التيار التجريبي مع التركيز على تحفيز المسلك الذي نريد استغلاله و الاستعانة به.

في الفهم

-تؤخذ بعين الاعتبار التعقيدات الدلالية (المستوى) / التعقيدات النحوية و التمييز الموجود في بنية اللغة بين مختلف الاشكال الصرفية و النحوية' اضطرابات في الوصول / اضطرابات في الرصيد.

-يدل وجود اضطرابات في الوصول للتمثيلات المعجمية الدلالية (اضطرابات الفهم الشفهي) على صعوبات في تنفيذ الاوامر المعقدة و الفشل في البنود التي تقيس المستوى الدلالي (التصنيف' سلالم الكلمات المسموعة و اضطرابات فهم القصص المعقولة.

-تقترح في هذا المستوى مهام تتعلق ب (تعريف الكلمات' البحث عن السمات و الخصائص' التجميع الدلالي' التصنيف الى مجموعات' فهم قصص معقولة و منطقية.

في الانتاج

-يترجم وجود اضطرابات معجمية دلالية بنقص الكلمة المعتمد على الفئة الدلالية او الاستعمال دون القراءة الشفوية ' وجود تحولات دلالية

(Paraphasie sémantique) و عدم التناسق.

-تبقى تسمية الصور او استعمالها من اهم الادوات العلاجية التي تضاف لمهام متعلقة بالحيز الدلالي' الطلاقة المقطعية' انتاج المرادفات و الاضداد.

-في حالة الاضطرابات الصوتية الفونولوجية تلاحظ في مستوى الفهم (المدخلات)' اضطرابات في فهم الاصوات المتقاربة/fèl/-/ mèl/ واضطراب في القدرة على اخذ القرار المعجمي.

-في حالة الاضطرابات الفونولوجية الحادة (و التي كان يطلق عليها بالصمم اللفظي)' يتم تطوير القدرة على الوعي بالاضطراب و توجيه نحو الاهداف و الوسائل المحققة لذلك.
-في حالة الاضطرابات المتوسطة الحدة' تستعمل مهام تنفيذ الاوامر البسيطة ثم المعقدة' تعيين الصور بالاستعانة بأدوات كتابية مثل تنسيق الصور بالكلمات و الهجاء.
-كما يتم التركيز في هذا النوع من الاضطرابات على تطوير الوعي الفنولوجي بواسطة مهام تركز على القوافي' التقطيع و ايجاد عدد الالفاظ' النوع....
-كما يلاحظ في مستوى الانتاج كذلك اضطراب نقص الكلمة المعتمد على القراءة الشفوية' وجود التحولات اللفظية Paraphasies)
(phonémiques اختراع الكلمات (Néologisme)القولبية
(Stéréotypie) المثابرة (Persévération).
-تركز اعادة تربية في هذه الاضطرابات على
- وحدات التسمية باستعمال القراءة الشفوية
-تكملة الجمل
-اعادة الكلمات و المقاطع
-القراءة المجهورة
-الوعي الفونولوجي.
-في حالة القولبية و المثابرة' يطبق العلاج الايقاعي النغمي و تفرض مراقبة دقيقة للإنتاج في مهام محددة و ضيقة.
-الاضطرابات النطقية يصعب تمييزها عن الاضطرابات الفونولوجية. و هي عبارة عدم التحكم في البرمجة النطقية troubles)
(arthriques مع اختصار' انتقاء' ادغام' انتاج صوتي غير واضح تعالج هذه المظاهر عموما بالقراءة الشفوية.
-تعتبر اعادة التربية عمل شاق بالنسبة للمريض و للفاحص' الذي يقوم بتحليل المدونات و الاصوات الواحد تلو الاخر' تأكيد الوضعية الوجهية الفمية اثناء النطق و التركيز على الجانب الايقاعي النغمي و ذلك بواسطة اللغة التلقائية' اعادة الكلمات و المقاطع و القراءة المجهورة.

-و تستعمل الطريقة الايقاعية النغمية كسند في انتاج الجملة و يتم الاستغناء عنها شيئا فشيئا.

-اما تثبيت المكتسبات(Automatisation des acquis) فيتم بواسطة الحوار' المحادثة و السرد.

الاضطراب الصرفي النحوي(Agrammatisme)

هو من اهم الاشكال السريرية في هذا المستوى اللغوي. و حسب طرح Caplan ' هو ناتج عن مجموعة من التحولات المعرفية العامة الغير لسانية لنمط اداء الجملة دون الاصابة الحقيقية و التامة للقدرات الصرفية. النحوية(Mazaux Michel J., 2008)

-يطبق في اعادة التربية

-التعزيز اللفظي للافعال و نهاياتها و حفظ بنية الجملة

(Technique de Sentence Mapping, Helm-Estabrooks) ,

تحديد الادوار في المواضع(qui fait quoi à qui)بواسطة فهم و انتاج الجمل الغامضة.

-اما اضطراب المجرى العام للكلام(logorrhée)' فيتم تركيزاهتمام المفحوص عن طريق الاسئلة المغلقة بمساعدة الكتابة.

-وفي حالة الفقر اللغوي يتم اعادة تربية المستويات المعجمية' الفونولوجية' النطقية و الصرفية النحوية في ان واحد.

المقاربة البراغماتية و نفسية الاجتماعية

يعرف هذا التوجه تقدما ملحوظا' و الهدف لا يكمن في التقليل من الاعراض و انما في توقيف العزل للشخص الحبسي' مساعدته على التواصل الامثل مع اقرانه و استرداد مكانته داخل الاسرة و المجتمع.

(Promoting Aphasia Communication Effectiveness, Davis et-PACE,Wilcox)

تعتبر اول تقنية مقننة في هذا التوجه و تتمثل في مساعدة المريض على التواصل بكل الوسائل' بالكلام' بالرسم' ملامح الوجه....الخ و هذا من اجل تبادل معلومات مع الفاحص حول الصور.

و يسمح تبادل الادوار للمفحوص بوجوده عنصر فعال ' معطاء للمعلومة و مستقبلا لها بصفة دورية.

-كما يستطيع الفاحص استعمال لعب الادوار(البائع و الزبون)' العمل الجماعي و الحوار الجماعي' و هذا بحسب نسبة تقدم الحالة في البرنامج العلاجي.

و في الاخير يجب التنويه الى ان هناك تكامل بين المقاربتين المعرفية و البراغماتية.