

## اضطرابات اللغة الناتجة عن الإصابات الدماغية

### الحبسة – أنموذجا

د/ سميرة نورين

أستاذة محاضرة ب

جامعة الجزائر

: يتناول المقال موضوعا مهماً، يتعلق بالتعريف بالاضطرابات التي قد تمس اللغة الإنسانية، في حالة إصابة الدماغ، منها اضطراب " ب - ب " ، الذي سنقدمه للقارئ بنوع من التفصيل. ونشير إلى أنّ أهمية هذا الموضوع تعود إلى مدى الضرر الذي قد يتعرض إليه سلوك الفرد اللغوي إثر تعرضه إلى الإصابة الدماغية، وتأثير هذه المتقدمة في سلوكاته اللسانية، وبالتالي، انتقاله إلى وضعية جديدة غير طبيعية تمثل في اضطراب الاتصال، وتحول سلوكه اللغوي من سلوك سوي إلى سلوك مضطرب.

الكلمات المفتاحية: ل - ب - ب - التوصيلية - اللغوية.

#### Summary:

This present article deals with an important subject; in linking with the troubles that may affect the human language, once the brain is affected; among them "the aphasia" that we will detail. Mentioning that the importance of the subject relies on the damage that the individual linguistic behavior may faces, as a result of that brain effect; which ought to conduct to a new unnatural situation, performed in a set of communication troubles, and resulted in the replacement of the natural linguistic behavior by unnatural one.

**Keywords:** linguistic behavior - the aphasia - conductional aphasia - linguistic unities.

لكلّ منطقة دماغية وظيفة معينة، يعني هذا أنّ عملية تحديد السلوكيات اللغوية وتغيّراتها، تتطلب اللجوء إلى تحديد مواضع الإصابة العضوية في الدماغ وحجمها؛ أي المساحة التي تشغلها في المخ؛ وعليه، بدأت الدراسة العلمية للغة مع المقاربة التشريحية العيادية، التي أكدت العلاقة بين أعراض الاضطرابات اللغوية والإصابة القشرية؛ حيث أسهمت الدراسات التشريحية للدماغ في تحديد المناطق المسؤولة عن وظائف اللغة السليمة والمضطربة، واعتمد أصحاب هذا الاتجاه على أسس تشريحية وفيزيولوجية للجهاز العصبي؛ إذ يظهر دور المحّص في علم الأعصاب في تولي البحث عن أهم الاختلالات، التي يمكن أن تقدّم، من الناحية التشريحية، تقريراً حول اضطرابات اللغة لدى الشخص المصاب، وبالتالي تحديد أسباب الإصابة لم تتبين المعطيات الخاصة بمناطق اللغة في الدماغ، بشكل واضح كفاية، إلا في النصف الثاني من القرن التاسع عشر، مباشرة بعد اكتشاف عالين، هما: "مأس دأس" الذي يعدّ أول من قام في سنة 1836، بتحديد ما أطلق عليه اسم "نسيان علامات التفكير"، في النصف الأيسر من الدماغ؛ و"بول بروكا" (1861-1865) الذي قام بأول اكتشاف لدور المنطقة القشرية للتلفيف الجبهي الأيسر، إثر تلف قاعدة التلفيف الجبهي الثالث الأيسر، عند رجل أصيب بصدمة دماغية، فقد على إثرها الكلام، سُميت باسم مكتشفها "منطقة بروكا"، وهي تختصّ بإنتاج اللغة، وقد شكل هذا الاكتشاف إحدى أقوى المعطيات في علم الأعصاب الفيزيولوجي الحديث، إلى يومنا هذا (Rondal et Seron, 2003 14) إذا، "بروكا"، نشأت فكرة التلفيف الجبهي الثالث، التي تفسّر مجموع الاضطرابات التطيئة، التي تحدث في الحبسة؛ إذ يرى أنّ التلف في ن الأيسر من الدماغ يؤثر على اللغة؛ وعليه اعتُبر اضطراب الحبسة عَرَضاً عيادياً، ناتجاً عن إصابة القسم المهيمن للغة، متلفاً السلوكيات اللغوية للأشخاص المصابين بالحبسة؛ حيث أثبت نتائج الفحوصات التي قام بها "د" أنّ الإصابة المسببة للحبسة، موجودة بصفة غالبية في نصف الكرة الأيسر من الدماغ، وقد أكد هذه النتائج "بول بروكا"، في بداية السبعينيات من القرن التاسع عشر، حين صرح بأنّه نتيجة إصابة نصف الكرة الأيسر من الدماغ، يحدث فقدان القدرة على الكلام، حاصراً بذلك منطقة التلفيف الأمامي الثالث، في تونها المنطقة الوحيدة المسؤولة عن اللغة والكلام؛ ما حفّز "كارل فريكي" ليثبت بدوره وجود مناطق أخرى في الدماغ مسؤولة عن اللغة والكلام، وهي منطقة التلفيف الدماغي

العلويّ الأوّل، التي تشمل الجزء الخلفيّ في المنطقة الصدغيّة خلف العلوية، متضمّنة الأ . ومنه، حظي اضطراب الحبسة بوافر الحظّ من البحث والدراسة، بفضل جهود أطباء الأعصاب وعلماء النفس وعلماء اللّغة، وهي الجهود التي تجسّدت في نظريّات علميّة بالغة الأهميّة، كان لها السبق في تقديم أهمّ المفاهيم المتعلّقة باضطراب الحبسة؛ فمن خلال اطلّاعنا على ما كتب في مبحث الحبسة العربيّة منها والغربيّة، أدركنا حقيقة مفادها أنّه من الصّعوبة بمكان حصر مفهوم الحبسة بطريقة تسمح ببناء تصوّر موحد حوله؛ نظرا لوجود نظريّات عديدة للحبسة، اختلفت باختلاف نوع المقاربة المعتمّدة، بالإضافة إلى التصنيفات المختلفة لها. وعليه، فإنّ مسألة مباحثة الحبسة تميّز، خلافا لسائر المباحثات العلميّة، بكونها مقارنة متعدّدة، تشكلت من مجموعة من الإسهامات: العصبيّة والنفسية واللسانيّة، يمثّل كلّ إسهام منحى مستقلّا بذاته، رغم اشتراكها في مهامّ مركزيّة، تعتبر أساسيّة، ألا وهي

## 1.1

1.1.1 - جاء في معجم لسان العرب لابن منظور، تعريف الحبسة بأنّها « كلا يقول: «والحبسة والاحتباس في الكلام: « تحبّس في الكلام: « وقد جاء بمعنى " " في قوله: « با : الاسم من الاحتباس، يقال الصّمت حبسة». كما جاء في المعجم نفسه، قول المبرّد في باب علل اللّسان: «الحبسة تعذر الكلام عند إرادته. والعقلة التواء اللّسان عند كلا «؛ ما يعني وجود وعي تثبته إرادة المتكلّم، بمجرد ظهور الرّغبة في الكلام، كما تشير إلى وجود عائق ما، يعيق هذه الإرادة في إنتاج الكلام، ممّا يحوّل دون تحقيق تلك الرّغبة أو الإرادة. يؤكّد المعجم العربيّ الأساسيّ الفكرة ذاتها؛ إذ جاء فيه: « : ثقل في اللّسان يمنع من الإيابة، واحتبس يحتبس : - ي كلا، توقّف؛ - الشيء: ت ت « (المعجم العربيّ الأساسيّ، 1989 286-287).

2.1 : - : "aphasie" ، في البداية بمعنى عدم القدرة على الكلام، ثمّ له " " بعد ذلك، سنة 1865، ليعطيه معنى جديدا، هو المعنى المتداول اليوم، وقد كان يعرف عند بروكا " باسم "Aphémie" (SAM Nadia, 2008, p1) عرّفت الحبسة على أنّها اضطراب الوظائف اللّغويّة، الناتجة عن إصابة التّظام العصبيّ المركزيّ، عند شخص اكتسب اللّغة قبل حدوث الإصابة (Rondal et

Seron, 2003, p 661؛ وهي بالتحديد صنف من أصناف اضطرابات السلوك اللغوي، الناتج عن إصابة في نصف الكرة الأيسر من الدماغ؛ وهي اضطراب يصيب الفرد نتيجة لصدمة دماغية، يفقد المصاب على إثرها القدرة على التعبير وفهم ما يوجه إليه من كلام. يؤثر اضطراب الحبسة على الترميز، وفك الترميز، وقد يمس الجانب الشفوي، كما الكتابي، وهو اضطراب مرتبط بالإصابة الدماغية الموضعية أو المنتشرة، وتكون غالبا في المنطقة الجبهية، الجدارية و/ أو الصدغية للتلفيف الأيسر، ذات منشأ وراثي ورمي، أو ناتج عن صدمة دماغية (Brin et al, 2004,18) يعرفها " Pottier) على أنها اختلال يحدث على مستوى الآليات أو الميكانيزمات التفسيرية-الحسية-الحركية، المسؤولة عن إنتاج اللغة واستقبالها، والتي تبلور في منطقة محدودة من النصف المخي المهيمن (Pottier, B, 1995,p132). أما "بروكا" فيعرفها على أنها فقدان الكلام، دون شلل أعضاء التطق، أو فقدان الذكاء، وهي مرتبطة بإصابة التلفيف الجبهي الثالث. وقد ربط "بروكا" مسألة الهمنة الدماغية بمسألة الجانبية؛ بمعنى أن أغلب الأشخاص اليمينيين يخضعون إلى سيطرة نصف المخ الأيسر، المسؤول على التطق والكلام. كما يعرف "مصطفى فهمي" الحبسة على أنها اضطراب يتضمن مجموعة من العيوب، التي تتصل بفقد القدرة على التعبير بالكلام والكتابة، أو عدم القدرة على فهم معنى الكلمات المنطوق بها، أو إيجاد الأسماء لبعض الأشياء والمرئيات، أو مراعاة القواعد التحويلية التي تستعمل في الحديث أو الكتابة (مصطفى فهمي، 1975 59)؛ مضيفا أنه رغم التفاوت الموجود بين هذه العوارض المرضية في المظهر الخارجي، إلا أن هناك عامل مشترك يربط بينها، ينحصر في كون مصدر الخلل في كل منها يتصل بالجهاز العصبي المركزي، ويرجع الاختلاف في ظهور إحداها دون الأخرى، ولدى مصاب دون الآخر، إلى نوع الإصابة في الدماغ ( ). وتحصل الحبسة بفقد الشخص القدرة على إجراء أحد الوضعين أو استعماله الوضع البنوي للغة، أو الوضع الاصطلاحي، أو هما معا (في أخطر الحالات)، أو بتغلب الخلل، أو في أحدهما دون الآخر (عبد الرحمن الحاج صالح، 2007 222).

ورد في تعريف العلماء العرب القدامى للحبسة، على لسان "عبد الرحمن الحاج صالح"، أنها: - اضطراب يكون على مستوى المحور التركيبي ويسمى " "، وهو الذي يعرف حديثا بالحبسة؛ أين يتم فيه فقد القدرة على التركيب والترتيب، فيكون كلام المريض إما غم (مستوى الحروف)، وإما ثغثة (الكلم والألفاظ) أو عسلطة (كلاما لذاه)؛ - اضطراب يكون على مستوى المحور

الاستبدالي، ويسمى " أو " أو التبكّل"، وهو اختلال في استعمال الوحدات اللغوية، حيث لا يستطيع المريض أن يميّز بين العناصر التي تنتمي إلى المستوى الواحد؛ أيّ فقدان المريض لقدرة الإدراك والتشخيص للوحدات اللغوية ( ).

رغم وجود تقارب كبير في تحديدات الحبسة، إلا أنّ التقاش لا زال مفتوحا، وشكل واسع حول قضية معرفة ما هو حسيّ، عمّا هو ليس بذلك (Rondal, e Seron 2003, p 661).

2. أسباب الحبسة: ترتبط اضطرابات اللّغة عند الرّاشد، عموما، بالإصابات ذات المنشأ الوعائيّ أو الصّديّ أو الوريّ، وهي اضطرابات تُعرّف بما اتفق على تسميته بالحبسة، في المجال العياديّ التجريبيّ. وهو عرض أوجد الكثير من الأفكار، تحوّلت إلى فرضيات ونظريات مهمّة في مجال تفسير الاضطراب وتحليله، من أجل استعادة ما فقدته المصاب من قدرات لغوية. هذا، وتختلف درجة الإعاقه من شخص إلى آخر حسب درجة الإصابة وموضعها في الدماغ، كما تتعدّد الأسباب المؤدّية إلى الحبسة، وفق اختلاف الأنواع المتقدّمة. المتعارف عليه نظريّا وجود نوعين من الحبسة: "الحبسة العابرة" " الدائمة".

1.2. - - (aphasies transitoires): هناك ثلاثة أنواع من الأمراض العابرة، تتسبّب في ظهور الحبسة العابرة، إذا ما أصيبت المناطق الخاصّة بإنتاج الكلام وفهمه، وهي: الأمر الصداعية (maladies migraineuses)؛ الأمراض الصّرعية (processus comitial)، وتظهر في التوبات الجزئية البسيطة، وشمل: التوبات الحبسية الخالصة والتوبات الصوتية؛ والتوبات الجزئية المعقدة؛ انحباس الدّم العابر (phénomène d'ischémie transitoire) (Pottier, 1995, p. 76).

2.2. الحبسة الدائمة (aphasie permanente): وتظهر لأسباب وعائية، وورميّة، وصدميّة، ومعدية، وسباب أخرى ( ).

2.2. 1. الإصابات الوعائية الدماغية (accidents vasculaires cérébraux)، تسمى أيضا: " attaque cérébrale " "ictus" "congestion cérébrale" يُحدّثها اضطراب مفاجئ لرحض (irrigation) الدماغ، ويعود سببه إمّا إلى انسداد شريانيّ، أو انفجاره، وفي الحالتين تختلّ وظيفة الدماغ، نظرا لاستحالة وصول الأسجين والموادّ المغذية، كالسكر، مثلا، إلى المخّ، بسبب هذا الانسداد أو

الانفجار، تعتبر الإصابات الوعائية الدماغية (accidents vasculaires cérébraux) المسببة للحبسة لدى الرّاشد؛ وأكثرها انتشاراً، إذ تعدّ نسبة ثلث أرباع الحالات (75%) من أصل وعائي؛ نظراً لارتباطها بالسّير غير المنتظم للدورة الدموية، نتيجة التّزيف الدماغي الداخلي، المتعلق بارتفاع مستوى الصّغط الدّموي، فيكون التدفق الدّموي الناتج عن هذا التّزيف سبباً في تدهور جزء من الغشاء الدماغي؛ بالإضافة إلى الانسداد الوعائي، الذي هو انسداد في أحد أو عدّة شرايين التي تحمل الأوكسجين والمواد المغذية للدماغ، عن طريق الدّم، بسبب تكوّن جسم في الجدار الشرياني، يؤدّي إلى إصابة القشرة الدماغية، من الاضطرابات المصاحبة لها، نذكر: اضطرابات اللغة، والعمى البصري، والشلل النّصفي، والعمى الحركي.

نوجز أهم الأسباب التي تؤدّي إلى الإصابات، في الأمراض الآتية: الإلاد (infarctus cérébral)؛ تخثر الدّم أو الجلطة الدماغية (thrombose cérébrale)؛ الانسدادات الشريانية (infarctus carotidiens)؛ التّزيف الدماغي (hémorragies cérébrales). وسنفضّل الأسباب في التقاط التالية:

الإلاد (infarctus cérébral ou accident ischémique): حيث يكون الشريان مسدوداً بحصاة دموية، مما يمنع تدفق الدّم، وبالتالي تتوقف عمليّة تغذية الدماغ، بالأوكسجين والمواد التي يحتاجها، ويرجع السّبب إلى تكوّن حصاة دموية على جدار الشريان، الذي يضيق من جراء تراكم المواد الدهنية فيه، مما يسدّ مجرى الدّم، في هذه الحالة، يسمّى هذا الاضطراب "thrombose de l'artère".

-تخثر الدّم أو الجلطة الدماغية (thrombose cérébrale): هي حصاة دموية تشكل انسداداً في شريان أو عدّة شرايين مغذية للدماغ، مما يؤدي إلى ارتخاء دماغي، يعرف أيضاً باسم " " "occlusion". يُظهر اختلاف موضع الإصابة، على مستوى هذا الشريان، أنواعاً من الإصابات للحبسة، وهي: - في حالة تموضع الإصابة حول المساحة الوعائية، الواقعة في الجهة اليسرى، تُنتج الحبسة الكليّة، وتكون مصحوبة بإعاقة حسّية حرّية، تؤثر على النّصف الأيمن من الجسم؛ - في حالة تموضع الإصابة في منطقة المقدمّة، أي منطقة الفروع الأمامية للشرايين، فنتج عنه "حبسة بروكا"، وتكون مصحوبة بشلل نصفي؛ - أما في حالة تموضع الإصابة في الفروع الخلفية للوريد، فيحدث أحد أشكال حبسة "فرنيكي" مصحوبة بتلف أحد المستويات البصرية (hémianopsie)، ومن أهم الأعراض العصبية والنفسية-

العصبية المصاحبة لهذا العرض، نجد : العمى البصريّ (agnosie)، العمى الحركيّ (apraxie) الاضطرابات اللغوية، بالإضافة إلى الاستمرارية (persévération)، والذي يظهر في كلّ سلوكيات

-انسداد الشرايين المكوّنة للدماغ (embolie cérébrale) : هو انسداد مفاجئ لأحد الشرايين المغذية للدماغ، بسبب وجود جسم خارجي متنقل في المجرى الدمويّ، مؤدياً إلى إتلاف بعض الشرايين الثانوية، بدرجات متفاوتة، ولهذا تنتج إصابات القشرة الدماغية، أو تحت القشرة الدماغية، فتؤدي إلى اضطراب لغويّ لدى المصاب؛ فالتلف الجزئيّ القائم على مستوى "شريان سلفيوس"، ينجم عنه اضطرابات في القراءة، أمّا تلف الجزء الخلفي، فينجم عنه اضطراب "الأبراسيا"، مع حذف نصف المجال البصريّ، وفي حالة وجود تلف سطحيّ للجزء الأمامي، ينجم عنه شلل نصفيّ، مع اضطرابات نطقية، ومن أهم الأسباب المساهمة في انسداد الشرايين، نجد : السكتة القلبية، والتشنج العنيف، وانكماش العضلة القلبية.

-التزيف الدماغيّ (hémorragie cérébrale) : الصداع (céphalée)، يصيب الوظيفة البصريّة (hémianopsie)، لتظهر على إثره اضطرابات عصبية عابرة، مع ظهور اضطرابات لغوية مدتها محدودة، إذا تكررت الإصابة، تظهر أعراض مصاحبة كالشلل النصفيّ، واضطرابات أخرى، كعسر الكتابة (agraphie)، وعسر القراءة (الألكسيا) (alexie). يعتبر ارتفاع الضغط الدمويّ من الأسباب المؤدية إلى التزيف الدماغيّ؛ إذ يتم إتلاف المناطق المغمورة بالدم، وقد يصل التلف إلى المناطق المجاورة، مما يؤثر سلباً على الوظيفة اللغوية، وفي حالة تمركز التزيف في النصف الدماغيّ الأيسر في منطقة "Capsule lenticulaire"، يؤدي إلى شلل نصفيّ أيمن، مع ظهور الحبسة الكلية.

2.2.2 الأورام الدماغية (tumeurs cérébrales) : الورم عبارة عن زيادة مرضية في حجم النسيج الدماغيّ، ناتجة عن تكاثر الخلايا المكوّنة له، تتسبب في إحداث الحبسة عموماً، تكون ذات استقرار بطيء، إن لم تنفطن إليها. كما قد تستقرّ بصفة فجائية وحادة، عندما تكون مصحوبة بتزيف، ناجم عن هذا الورم، ونميز نوعين منها: أورام أولية (tumeurs bénignes) ؛ أورام خبيثة، أي السرطان. هذه الأورام على شكل كتلة من الأنسجة، مسببة ظهور حبسة "فرنيكي"، ويظهر هذه الكتلة في المنطقة الجبهية من الدماغ، تنتج اضطرابات نطقية.

2.2. 3. الصدمات الدماغية (traumatismes crâniens): تحدث الحبسة بعد صدمة دماغية، وقد تكون ناتجة عن جرح جمعي دماغي، أو صدمة دماغية مغلقة ( ).

2.2. 4. الأمراض التطورية (maladies dégénératives): وهي أمراض ناتجة عن تلف الخلايا العصبية، ويؤدي هذا النوع من الأمراض إلى اضطرابات لغوية، مصحوبة باضطرابات في الوظائف المعرفية، كالتركيز والقدرة على التجريد، والتعميم، والانتباه، والدائرة، والتركيز؛ تظهر الاضطرابات اللغوية في نقص الكلمة، خاصة أثناء الحوار، بالإضافة إلى تحولات لفظية، وتحولات خطية في الكتابة، والإعادة

2.2. 5. الأمراض الأيضية والتسمم (maladies métaboliques et intoxication): يرجع هذا النوع من الأمراض، في معظم الأحيان، إلى التسممات الغذائية التي تتسبب في التهابات الأنسجة الدماغية، وإذا كانت الإصابة في نصف الكرة الدماغية الأيسر، أدى ذلك إلى ظهور الحبسة.

2.2. 6. الأمراض المعدية (التعفن) (maladies infectieuses): وهي جميع الأمراض ذات الأصل البكتيري الفيروسي، قد تتسبب في إصابة الجهاز العصبي المركزي، الذي قد يؤدي إلى إتلاف أحد شرايين المخ، فيحدث ما يسمى بالتهاب السحايا، حيث يمتد التلف إلى مناطق اللغة، مؤدياً إلى ظهور اضطرابات لغوية، وبالتحديد

3. تصنيفات الحبسة: تعود البدايات الأولى للأبحاث في مجال اضطرابات اللغة، وبالتحديد اضطراب الحبسة، إلى علماء الأعصاب؛ حيث توصل هؤلاء إلى بعض المسائل المهمة، تأتي في مقدمتها مسألة تصنيف الحبسة.

رغم أسبقية علماء أوائل في هذا المجال ( كال " ومن سبقه في المجال)، إلا أن " بروكا" يعد صاحب أول اكتشاف تشريحي عيادي؛ حيث اكتشف المنطقة المسؤولة عن الاضطرابات التعبيرية، في حالة الإصابة الدماغية؛ إذ ثبت أن إصابة منطقة التلفيف الجبهي الثالث الأيسر، تؤدي حتماً إلى فقدان القدرة على التعبير بالكلام، وقد سُميت هذه المنطقة باسمه. كما اكتشف " فرنيكي" (1874) لة عن اضطرابات الفهم؛ حيث ثبت أيضاً أن إصابة منطقة التلفيف الصدغي الأول الأيسر، تؤدي إلى فقدان القدرة على الفهم عامة، والذي يعتبره موضعاً لـ" الصورة السمعية للكلمات"، وبالتالي، هي طبقة



قشرية مهمّة في فهم اللغة، وقد سُمّيت هي الأخرى باسم مكتشفها "فريكي". فنذ اكتشاف "بروكا" "فريكي" (القرن التاسع عشر)، اقترحت عدّة تصنيفات لحبسة الرّاشد، حيث قامت محاولات التصنيف انطلاقاً من عدّة اعتبارات، وهي: -تصنيفات ظهرت باعتبار الملاحظة التجريبية، مثل: "حبسة بروكا" (القسم الأمامي للنصف الأيسر من الكرة الدماغية) "حبسة فريكي" (الخلفي للنصف الأيسر من الكرة الدماغية)؛ -تصنيفات ظهرت باعتبار خضوعها إلى شروط فيزيولوجية، مثلاً: "حبسة الحرية" "حبسة الحسية"؛ -تصنيفات ظهرت باعتبار خضوعها إلى شروط سلوكية، مثل: "حبسة التعبيرية" "حبسة الاستقبالية"؛ -تصنيفات ظهرت باعتبار خضوعها إلى شروط لسانية، مثل: "حبسة اللفظية" "حبسة الاسمية" "حبسة التّيبية" "حبسة الدلالية"؛ -تصنيفات موضعية، مثل: "حبسة الأمامية"، والتي تمثّل الاضطرابات التعبيرية؛ و"حبسة الخلفية"، التي تمثّل اضطرابات الفهم. يصنّف كلّ من " (Lecours) " " (Lhermitte) الحبسة إلى: "حبسة بروكا" (aphasie de Broca)؛ "حبسة فريكي" (aphasie de Wernicke)؛ "حبسة التوصيلية" (aphasie de conduction)؛ "حبسة التّيبية" (aphasie amnesique)؛ "الحبسات المختلطة" (aphasies mixtes)؛ " الكليّة" (aphasie totale ou globale)؛ ولتوضيح أدقّ للتصنيفات، نعرضها ضمن الجدول الآتي:

الأشكال الكلاسيكية للحبسة		
حبسات غير طليقة (غير متسرّبة)	حبسات طليقة (متسرّبة)	
حبسة بروكا	عدم وجود اضطراب في الفهم	مع وجود اضطراب في الفهم
- حبسة كليّة	- حبسة توصيلية	- حبسة فريكي
- قشرية حرّية	- حبسة التسمية	- حبسة دلالية
- قشرية مختلطة		

**1.3. حبسة بروكا :** تسمى بـ "حبسة بروكا" في علم النفس العصبي، وتسمى بـ "الحبسة اللانحوية" في علم النفس المعرفي، وهي أيضا "الحبسة اللفظية" "هيد" "الحبسة الحريية" "تولدشتاين" "حبسة التحقيق الصوتي" "د" "44 45 في تقسيم ؛" (Brodmann). يرتبط هذا النوع من الحبسة، بتلف في الأجزاء الأمامية للنصف الأيسر من الكرة الحية، وهي ناتجة عن إصابة جبهية جدارية يسرى واسعة، تمتد خارج منطقة "بروكا" - قشري، لتطال المادة البيضاء، والقسم الأمامي للتوى الرمادية المركزية للكبسولة الداخلية، بينما الإصابات القشرية، فتؤدي إلى اضطرابات التطق المحضة؛ أما إصابة منطقة "بروكا" وحدها، فتعطي حبسة بسيطة عابرة، سرعان ما تزول، ويشفى المصاب، كما تتسبب في ظهورها الانسدادات (les infarctus) السيليفية السطحية والعميقة. ويتضح من خلال الجدول العيادي والتسميولوجي لها، أنها غير طليقة، مع وجود نقص كمي وبنفي في الإنتاج اللفظي: فحبسي بروكا لا يتكلم كثيرا، ويمتاز تعبيره الشفهي بفقر كبير؛ يظهر اضطرابات صوتية ونطقية، مع محاولات التصحيح الذاتي؛ ينخفض سلوكه اللغوي، نحو القولية اللفظية، لديه صعوبة في استحضار الكلمة (دون إصابة أعضاء التطق)؛ بالإضافة إلى اضطرابات نحوية، إذ يوصف الكلام اللانحوي بانخفاض استعمال الأفعال المساعدة وأدوات الربط والتهايات التصريفية والاشتقاقية؛ وجود تحولات صوتية، واضطرابات على مستوى القراءة والإملاء، وجود صعوبة كبيرة في الكتابة؛ الفهم سليم نسبيا؛ إذ لا يفقد المصاب بحبسة بروكا القدرة على فهم الكلمات المنطوقة أو المكتوبة؛ كما أنه يستطيع فهم ما يقرأه أو ما يدور حوله من كلام؛ أغلب المصابين يعانون من اضطرابات حريية، تتمثل في شلل نصفي أيمن.

**2.3. حبسة فرنيكي :** موضعها المنطقة الخلفية العلوية للفص الصدغي الأول الأيسر. تنتج عن تلف في الأجزاء الخلفية للنصف الأيسر للكرة الحية، حول مناطق السمع في الفص الصدغي. افترض "فرنيكي" (1874) وجود مركز سمعي كلاسي في الفص الصدغي من الدماغ، يحتل الجزء الخلفي من التلفيفين الصدغيين الأولين، وأي تلف في هذا الجزء من الدماغ، يؤدي إلى خلل في وظيفة مراقبة الترميز للغة الشفوية المسموعة، فينتج عن ذلك ما يسمى بالصمم اللفظي، وهو شكل من أشكال الحبسة الحسية؛ فحاسة السمع تكون سليمة، لكن تفقد الألفاظ معناها عند المصاب؛ حيث يتميز المصاب بطلاقة كبيرة؛

بل زائدة، بالإضافة إلى اضطراب الفهم السَمعيّ؛ كما توجد رطانة في كلامه، تطال مستوى الأصوات والكلمات والجمل؛ يمكن لحبسيّ فرينكي أن يكون غير واع بحالته. ولهذه الحبسة أشكال مشتركة:

- حبسة فرينكي الحقيقية (aphasie de Wernicke proprement dite).
- حبسة فرينكي مع استمرارية التكرار (aphasie de Wernicke avec persévération de la répétition).
- حبسة فرينكي مع هيمنة اضطراب اللغة المكتوبة (aphasie de Wernicke avec prédominance de l'atteinte de la langue écrite).

**3.3. الحبسة التوصيلية (Conductionaphasie de):** هي حبسة جارية، ناتجة عن إصابة الألياف الرابطة "منطقة بروكا" "منطقة فرينكي"، تمتاز بـ: إنتاج جمل خالية من الروابط التحوّية، وجود نقص الكلمة، وتحوّلات صوتيّة؛ تمتاز بإعاقة الفهم والإدراك السَمعيّ، الذي يتراوح بين البسيط والشديد نوعاً ما؛ اضطرابات واضحة في التكرار؛ القراءة بصوت مرتفع مضطربة؛ الكتابة مضطربة وملبّنة بالأخطاء.

**4.3. الحبسة التسميائية (aphasie amnesique):** تسمى أيضاً حبسة الانتقاء (الاختيار).  
انتقاء الكلمات المطلوبة، من أعراضها: عدم القدرة على تسمية الأشياء، ونقص الكلمة، وعدم الـ على الرّبط بين الدالّ والمدلول؛ كما تميّز بعدم القدرة على استدعاء أسماء الأشياء أو المواقف؛ فغالبا ما يحدث توقّف عن الكلام بسبب الإطالة في البحث عن الكلمة المناسبة، وفي الحالات الخفيفة، يمكن استدعاء الكلمات السهلة وشائعة الاستعمال، كما يُلجأ للإشارة إلى استعمالها ووظائفها، أمّا فيما يتعلّق باختيار الإجابة من مجموعة من الاقتراحات، فإنّه يُوقّف في ذلك، كما يتمكّن المصاب من التعبير وتنظيم الخطاب وفهم اللغة الشفهية والكتابية.

**5.3. الحبسة الكليّة (aphasie globale):** لا يمكن أن نصف الحبسة بأنّها كليّة، إلا إذا أصيبت كلّ المهارات اللغوية لدى المصاب؛ التعبير والفهم على السواء، حيث تظهر القوليّة اللقظية على لغة المصاب أحيانا، دون (anosognosiques)، وعلى العكس مما قد نلاحظه في أنواع أخرى، لا تأخذ أية قيمة تواصلية، وبالتالي تتصف باستحالة أيّ تواصل لسانيّ. تصاحب هذا النوع الخطير، غالبا أعراض مُشتركة كثيرة: كالشلل التصفيّ، والعمه الحركيّ، وأعراض من نوع ما قبل الجبّية، والقوليّة الحرّية (hémianopsie) (Tissot, 1980, p. 11). تنتج الحبسة الكليّة عن إصابة المناطق السطحية والعميقة للشريان السيلفيّ

الأسير، يميّز المصاب بها بفقدانه الكلام والقدرة على الاتصال، مع الاحتفاظ بالفهم ( Lanteri, 1995, p. 12-30). حسب الأعراض، هي قريبة جدًا من الحبسة التامة، لكن أقل حدة منها (11).

6.3. : «ديجيرين» (Dejerine)، ونسّمى أيضا "حبسة بروكا الكبرى" "حبسة فرنيكي الكبرى"، من أعراضها: فقدان اللغة والعجز على التواصل في الوقت ذاته.

4. أعراض الحبسة: يشير كلّ من " " "سيرون" إلى أنّ الاختلالات الملاحظة في المستويات اللغوية: لوجيّة والإفراديّة والصرفيّة والتحويّة، اعتبرت أعراضا للإصابة الدماغيّة (Rondal et Seron, 2003, 663). تقوم هذه الاضطرابات بإعاقة كلّ شخص مصاب بالحبسة عن التواصل بشكل طبيعي. وعليه، سنتناول في هذا الورقة أعراض مختلف أصناف الحبسة، وقد ركزنا على الأعراض الأكثر تداولاً في الدراسات العصبية العيادية، والتي نجدها عند كلّ من " " " : " " " ، اللذين اعتمدا التصنيف التجريبي، باعتباره أقدم تصنيف، والأكثر تداولاً بين أطباء الأعصاب؛ حيث عرفت الدراسات سابقة الذكر، نتائج مهمّة في المجال النظري والعيادي للأعراض، وتصوير الإصابات الدماغية والاسترجاع والتقييم وإعادة التأهيل. كما تمّ تأسيس ارتباطات بين الإصابات الدماغية والأعراض الملاحظة، وذلك بفضل تحسين التقنيات المستعملة، نظرا للعلاقات المتبادلة بين الدماغ واللغة بوجود المرض.

" " " : " " " أعراض الحبسة، انطلاقاً من أربعة أقسام فرعية من الاضطرابات: اضطرابات التعبير الشفهي، اضطرابات الفهم الشفهي، اضطرابات التعبير الكتابي، اضطرابات الفهم الكتابي (p.223, Lecours et Lhermitte, 1979)، نجلها في :

1.4. الخرس الحسيّ (suppression): إنّ مفهوم الخرس الحسيّ يعني انعداماً كلياً للإنتاج اللغوي، وهو يظهر في الحالات الحسيّة في بدايتها، والناتجة عن الإصابات الوعائية، والصدمات الدماغية، وما يلاحظ في هذا النوع من الإصابات، هو تون غياب الإنتاج اللغويّ عابراً؛ أي يحدث في فترة زمنية مؤقتة، يتوقف نحو نقص كميّ وتيفي ( ) (114-113). ونشير إلى أنّه في حالة وجود إنتاج لغويّ شفهيّ، هناك مقاييس موضوعية من الأفيد اللجوء إليها، لمعرفة عدد الكلمات المنتجة في وقت معيّن، وعدد الوقفات وطولها وما إلى ذلك. غير أنّه وفي كثير من الأحيان يتمّ التعرف على طبيعة الكلام؛ ما

إذا كان بطيئاً أو قليلاً، أو العكس (بمعنى كميّ عاديّ أو هو أكثر من العاديّ، كأن يصل إلى درجة التّثرة)، دون اللجوء إلى مثل تلك المقاييس.

**2.4. اضطراب مجرى الكلام (réduction qualitative):** ويكون مجرى الكلام إما سريعاً أو بطيئاً؛ فيتميّز الأوّل بصعوبة في التوقف عن الكلام، بمجرد الانطلاق فيه، ويتميّز الثاني بتوقفات عديدة أثناء الكلام؛ يعني مفهوم التقليل الكيفيّ انخفاض يّين في عدد الكلمات المختلفة الموجودة، وفي بعض الأصناف، نجد التقليل الكيفيّ والتقليل الكميّ؛ إذ يتماشيان معاً، وفي بعض الحالات قد نجد انخفاضاً بيّقيّاً في الكلمات بشكل حصريّ.

**3.4. التقليل الكميّ للغة (réduction quantitative):** ويظهر في شكل نقص شديد للإنتاج اللغويّ، يمكن أن يظهر في شكل "القولبيّة".

**4.4. القولبيّة (stéréotypie):** وهي عبارة عن كلمة أو مقطع أو جملة، تظهر بصفة آليّة في كلّ حالة اتصال شفويّ للحبسيّ.

**4.5. الاستمرارية (persévération):** وتعني عند المصاب بالحبسة، تكرار غير مناسب لسلوك سابق (كلمة أو إشارة) أثناء الكلام، وتُعرف كنتيجة مألوفة للإصابات الدماغية

**6.4. نقص الكلمة (manque du mot):** ينتمي نقص الكلمة "إلى الجدول العياديّ لحبسة "بروكا" نجده أيضاً في الأشكال العيادية الأخرى للحبسة؛ وهو يعني صعوبة، بل في كثير من الأحيان استحالة إنتاج الكلمة المناسبة في الوضعية الخطائية المتواجد فيها المريض (p.114, Lecours et Lhermitte, 1979)؛ حيث يجد المصاب صعوبة كبيرة في استدعاء الكلمات المناسبة، ويظهر ذلك بشكل جليّ في اختبار تسمية الصور. والحال هذه، يصبح اللجوء إلى وسائل التسهيل، ممثلة في الاستفتاح الشفويّ؛ أي التطق بالحرف الأوّل من الكلمة، واستغلال السياق، ضرورة بالتسبة للمصاب؛ ويتمظهر الجدول العياديّ له في امتناع المصاب عن الإجابة، أو الإجابة بعد مدّة زمنيّة متفاوتة؛ ولجوء المصاب إلى السلوكات لتعويضيّة، كالتعريف بالشيء؛ وإنتاج تحولات لسانيّة.

4.7. التحوّلات الحسّية للغة الشفوية: ( transformations aphasiques du langage oral ou Paraphasies)، وتمثّل في الإنتاج الخاطئ للكلمات، وهي:

- تحوّلات صوتية ( ي ) : غالبا ما تلاحظ التحوّلات الصوتية في سياق الحبسة غير الطليقة، "حبسة بروكا" أو "لمة"، نتيجة إصابة المناطق ما قبل الرولاندية للقسم الدماغى المهين، > يكونها شذوذ في التحقيق التطقي لبعض الصفات المكوّنة للفونيمات؛ نتيجة تلف البرمجة الحريّة للحركات الخاصة بالتحقيق التطقي، يصنّفها "الأجوانين" إلى ثلاثة أنواع، هي: خذليّة (الفشل العضلي)، وتوتريّة (الإفراط العضلي)، وشلليّة ((paralytiques, dystoniques, et dyspraxique) ونشير الدراسات، أنّه في حالة همنة الاضطرابات التطقيّة، يستعمل مصطلح "التفكك الصوتي" (désintégration phonétique) أو "لمة" (anarthrie).

• تحوّلات فونيمية: إذ يكمن الحلل في مستوى مميزات الفونيمات، حيث تتعرّض المقاطع الصوتية المكوّنة للكلمة إلى الحذف، والتبديل، والقلب، والإضافة.

• تحوّلات لفظية: وتكون بتبديل كلمة بكلمة، وتتكوّن بدورها من تحوّلات لفظية دلالية وتحوّلات لفظية شكلية ( ي )، وتظهر جليّا في اختبارات التسمية.

4.8. إصابة النغمة (dysprosodie): هو اضطراب كلام الحسّي في عناصره المختلفة من الإيقاع؛ الشدّة والحركات التطقيّة، وتميّز فيه نوعين من الاضطرابات:

• الإفراط النغمي: حيث يميّز كلام الحسّي بالشدّة في الحركات التطقيّة.

• في هذه الحالة نلاحظ نقص الكلام، ويكون النطق بصعوبة على المستوى الصوتي، نتيجة لذلك، نلاحظ إضافة الغنة.

4.9. الرطانة الحسّية واللاّحوية واللاترنيبية: (jargonaphasie, dysyntaxie et agrammatisme)؛ حيث تكون الجمل والترايب المنتجة غير مطابقة للقواعد التحوية، مع غياب أدوات الربط، وتمييز فيها: اللّاحوية أو اللاترنيبية، فقدان التّطمية:

- الاضطرابات النحوية أو اللانحوية (agrammatisme) : يتعلق النحو بدراسة القواعد التي تحكم بناء الجملة وترتيبها، وهو الذي يجعل للغة ميزة أو خاصية بشرية أساسية، ويتم عن طريق الربط بين الصوت والمعنى؛ وفي المقابل، يعني اضطراب النحو (agrammatisme) نوعا معينا من السلوك اللساني المرضي، يتميز ب: بطء مجرى الكلام لدى المصاب بحسبة بروكا؛ انخفاض عام للمفردات الممكنة في كلامه؛ انخفاض في عدد البنى التركيبية وتبسيطها؛ اللجوء إلى إنتاج جمل مختصرة جدا وكلمات مستعملة بشكل متتالي؛ حذف الوحدات النحوية واللغوية. ويعني أيضا، صعوبة في إنتاج التراكيب النحوية، رغم تون إنتاج الكلمات المفردة جيّدا، وهو اضطراب مصاحب لحالات حسبة بروكا.

- الاضطرابات التركيبية أو اللاتركيبية (paragrammatisme) : حدّدت الاضطرابات التركيبية أو "اللاتركيبية"، كعرض خاص بالحسبات من نوع "فريكي" "التوصيلية"، وتتميز الجدول العيادي لها بوجود شذوذ في بناء الجمل، ناتج عن اختيار غير مناسب للكلمات المعجمية أو النحوية المستقلة وغير المستقلة، أو أيضا ترتيب غير عادي للوحدات المعجمية في الجملة، وهو اضطراب يتضمّن صعوبة في فهم التراكيب النحوية واستخدامها، رغم أنّ فهم الكلمات المفردة يكون سليما وجيّدا.

1. عبد الرحمن الحاج صالح (2007)، بحوث ودراسات في علوم اللسان، منشورات المجمع الجزائري للغة العربية، ص 222
2. مصطفى فهمي (1975)، أمراض الكلام، ط4، مصر، دار مصر للطباعة، ص 59.
3. المعجم العربي الأساسي، 1989
4. Brin F, Corrier C, Lederlé E, Masy V, (2004), Dictionnaire d'orthophonie, 2<sup>ème</sup> Edition , France .
5. Kremin H. Koskas, E. (1984), Données de la pathologie sur la dénomination, in :langages, 19 e année, no 76
6. Lanteri A. (1995) Restauration du Langage chez L'Aphasique Paris Bruxelles De Boeck et Larcier s.a 1995 .
7. Lecours A. R. et Lhermitte F. (1979) , l'Aphasie, Flammarion Medecine- Sciences, Paris.
8. Pottier B. To. J EKELBERGER. O, (1995) APHASIE et LANGAGE, EDITIONS ESPACES 34,
9. Rondal J. A. et Seron X., (2003 ) Troubles du Langage-Bases Théoriques Diagnostic et Rééducation, Mardaga
10. Sam N. (2008) , L'aphasie de l'enfant, Algérie, Office des publications Universitaires Séminaire J
11. L Signoret (1993), Langage et Aphasie, De Boevk Université, paris
12. Tissot A. (2010) Rééducation de l'aphasique adulte Masson