أساليب التكفل الأرطوفوني بالحبسة المتدفقة وغير المتدفقة بالرجوع إلى أهم المدارس العلاجية

The Orthophonic treatment of Fluent and non-Fluent Aphasia based on the most important therapeutic schools

الدكتورة طيار شهيناز

Doctor TIAR Chahinez

جامعة وهران 2، الجزائر

tiarchahinez@yahoo.fr

تاريخ الارسال : 2020/08/11	تاريخ القبول :2020/08/26	تاريخ النشر : 2020/10/30

الملخص:

كل اصابة على مستوى الدماغ تؤدي حتما الى اختلال في القدرات المعرفية للإنسان وظهور اضطرابات عدة، منها الحبسة التي عرفتها (RONDAL) على أنها اضطراب أو فقدان اللغة الشفهية أو المكتوبة أو الاثنين معا، ناتجة عن إصابة الجهاز العصبي المركزي، من خلال هذا العرض الموجز سنحاول تقديم أهم المقاربات والطرق العلاجية التي يمكن على المختص الارطوفوني اتباعها في علاج الحالة الحبسية مهما كان نوعها سواء كانت حبسية تدفقية أي الحالة قادرة على انتاج وحدات لغوية شفهية مهما كان نوعها من الناحية الكيفية (أي كلام مفهوم أم لا) والحبسة الغير تدفقية أين تعاني الحالة الحبسية من صعوبات متفاوتة الدرجات في انتاج كلام شفهي.

الكلمات المفتاحية: الحبسة، التكفل الارطوفوني، الحبسة المتدفقة، الحبسة غير متدفقة، المدارس العلاجية.

Abstract

Any brain-level injury inervitably leads to an impairment in the cognitive abilities of the human being and the emergence of several disorders, including the Aphasia as defined by RONDAL as a disorder

or loss of oral or written language or both, resulting from the central nervous system.

To provide the most important approaches and therapeutic methods that can be followed by specialist orthophonic treatment in the case of any type of aphasia whether as fluent aphasia : the patient is able to produce oral language units (clear langage or not) and non-fluent aphasie where the patient suffers from difficulties in his oral production.

Keywords: aphasia, orthophonic treatment, fluent aphasia, non-fluent aphasia, therapeutic schools.

مقدمة:

يعرف الاخصائيون الحبسة (Aphasie)على أنها اضطراب لغوي ناتج عن اصابة دماغية مكتسبة على مستوى الفص الدماغي الأيسر لذوي السيطرة اليمينية . الحبسة هي ضياع أو فقدان كلي أو جزئي للقدرة على الاتصال أي التكلم أو فهم ما يقال ناتج عن إصابة دماغية متمركزة في مناطق اللغة، كما أنها اضطراب في اختيار تسلسل الحروف أو اضطراب في استعمال الكلمات أثناء الكلام وهي تمس كل نماذج الاتصال: القراءة، التعبير، الفهم...(LECOURS, 1979)

تتوقف طبيعة الحبسة على أسبابها، تموقع الاصابة وعلى إنتسارها وبالتالي فالعديد من العلماء حاولوا تقديم تصنيفات من خلال الأعراض السميائية لها. من بين المقاربات التي نتبعها في عرضنا هي المقاربة التجريبية (Empirique) لـ (GESCHIND) (HOUES) سنة 1964 حيث ارتكزت على مفهوم التدفق اللفظي الذي تم تعريفه على أنه تقديم شفهي يكون من الناحية الكمية والكيفية كافي مع كلمات مختارة بدون أي تردد وبإيقاع عادي يشكل في الاخير كلام متجانس.

قسمت هذه المقاربة الحبسة إلى نوعين حسب السيولة أو التدفق اللفظي:

- الحبسة المتدفقة أو الطليقة: (Aphasie fluente) حيث يكون هناك كلام طليق يتم فيه انتاج عدد طبيعي أو متزايد من الكلمات تصل حتى الاسهال اللفظي (Logorrhée)، ما يشكل لنا كلام رطاني مع صعوبة في فهم اللغة المسموعة أو في إعادة المقاطع والكلمات المسموعة.

- الحبسة غير المتدفقة أو غير الطليقة: (Aphasie non fluente) يكون فيها الانتاج اللفظي منخفض ومحدود يصل حتى الخرس مع صعوبة في عملية النطق ولكن الفهم المسموع محتفظ به نسبيا، من أعراضها: الفقدان النحوي الصرفي، نقص الكلمة المستهدفة، خطاب تيليغرافي...

2- الإشكالية:

سنتطرق في هذا العرض إلى عدة مدارس التي اقترحت طرق للتكفل بالحالة الحبسية بصفة علمية عملية ومبسطة حتى يكون المختص الارطوفوني على علم بالأرضية النظرية لهذا الموضوع وفي الجزء الثاني من هذا العرض سنتطرق إلى كيفية علاج الحبسة بشكل مفصل سواء كانت حبسة متدفقة أي يتمكن المفحوص من انتاج لغة شفهية بدون صعوبة أو حبسة غير متدفقة حيث تعاني الحالة من تقليل كمي وكيفي لإنتاجها الشفهي يكون ذلك مصحوب عادة سواء باستحالة تنفيذ حركات نطقية ولو بسيطة هذا ما يدعي الانارثريا أو بصعوبة على مستوى النطق والذي نسميه الديزارثريا أو اللكنة. وعلى هذا الأساس يتم صياغة إشكالية عرضنا على النحو التالي:

- ما هي أهم المدارس النظرية التي اقترحت علاج للحالة التي تعاني من حبسة؟
- كيف يتم التكفل الارطوفوني بالحالة التي تعاني من حبسة غير متدفقة؟
- كيف يتم التكفل الارطوفوني بالحالة التي تعاني من حبسة متدفقة؟

3- تعريف الحبسة:

الحبسة هي ضياع أو فقدان كلي أو جزئي للقدرة على الاتصال أي التكلم أو فهم ما يقال. الحبسة عبارة عن اضطراب الكلام مصحوب باضطرابات لغوية تمس كل نماذج الاتصال: القراءة، التعبير، الفهم... غالبا ما لا يستطيع الحبسي تسمية الأشياء ولا العثور على أسماء الأشخاص التي يعرفها، ولا حتى الإجابة بصفة واضحة بنعم أو لا.

الحبسة هي اضطراب مكتسب أي يصاب بها الشخص بعد اكتسابه للغة، وهي تمس بقدر متساوي الرجال والنساء، كما أنها اضطراب الرمز اللغوي الذي يصيب الترميز (التعبير) وفك الترميز (الفهم) سواء للغة الشفهية أم المكتوبة.(RONDAL, 2000)

4- أسباب الحبسة:

هناك عدة أسباب قد تؤدي إلى الإصابة بالحبسة، وتسمى الحبسة حسب السبب المؤدي لها:

- **الحبسة الوعائية: (Aphasie Vasculaire)**

الحادث الوعائي الدماغي عبارة عن تغيرات مرضية للأوعية الدموية المغذية للدماغ، يؤدي هذا التغير إلى انقطاع أو اضطراب في الدورة الدموية. قد يصاب المريض شلل نصف الجسم وقد يدخل في غيبوبة وفي الحالات الخطيرة يتوفى.

تعتبر الحوادث الوعائية الدماغية أول سبب للإعاقة عند الراشد، حيث شهر بعد الإصابة بالحادث الوعائي الدماغي 20 إلى 25% من المرضى يتوفون، و75% منهم يبقوا يعانون من إعاقة دائمة.

قد يرافق هذه الإصابة الوعائية مجموعة من الاضطرابات العصبية مثل: اختلال في الرؤية، الارتباك أو الخلط الزماني والمكاني...، من أنواعه:

- الحادث الوعائي الدماغي التموضعي: (AVC ischémique)

هو عبارة عن انقطاع في الدورة الدموية المغذية للدماغ، فالخلايا التي لا يصلها الدم تضمر وتموت، ففي حالة انقطاع قصير المدى للدورة الدموية بسبب جلطة دموية نتكلم عن (A.I .T) فتكون الاضطرابات غير دائمة، ولكن في حالة ما إذا كان الانقطاع طويل المدى فسيكون هناك خلل دماغي دائم.

- الحادث الوعائي الدماغي النزيفي: (AVC hémorragique)

هو عبارة عن انقطاع أو فصل للشريان المغذي للدماغ، هذه الحالة جد خطيرة وتؤدي في أغلب الأحيان إلى وفات المريض. (MAZAUX J. M, 2007)

- الخصائص الإكلينيكية للمصاب بالحادث الوعائي الدماغي:

بعد الاختبار العصبي الذي أجري 11 يوم بعد الحادث الوعائي الدماغي سجل:

- 50 % من الحالات تعاني من حبسة كلية
- 15 % من الحالات تعاني من حبسة غير متدفقة نوع بروكا
- 15 % من الحالات تعاني من حبسة فرنيكي أو الحبسة تحت القشرية الحسية.

أما فرقة بحث دانماركية قدمت النتائج التالية الخاصة بـ 27 حالة أصيبت بحادث وعائي تموضعي، فسجل:

- 32 % من الحالات تعاني من الحبسة الكلية
- 12 % من الحالات تعاني من حبسة بروكا
- 16 % من الحالات تعاني من حبسة فرنيكي
- 25 % من الحالات تعاني من الحبسة النسانية
- 7 % من الحالات تعاني من الحبسة عبر القشرية الحسية
- 2 % من الحالات تعاني من الحبسة عبر القشرية الحركية
- 5 % من الحالات تعاني من الحبسة التوصيلية.

* **التطور:**

احتمال وفاة الحالة يكون مرتفع في 18 أشهر الذي يتبع الحادث الوعائي الدماغي، حيث بينت الدراسة الطولية لـ 119 حالة حبسية أن:

- 24% من 119 حالة استرجعوا قدراتهم اللغوية السابقة
- 43% من 119 حالة لا يزالوا يعانون من حبسة معتبرة
- 21% من 119 حالة توفو.

كما بينت الدارسة أن التنبؤ بالاسترجاع مرتبط بخطورة الحبسة حيث يمكن معرفته في الأشهر الأولى التي تتبع الإصابة، فليس للتنبؤ علاقة (كما يظنه الباحثون الاخرون) بالجنس، أما السن فله دخل بسيط في هذه العملية. بينت دراسة أخرى أن الحبسة بعد سنة من الإصابة بالحادث الوعائي الدماغي تكون أقل حدة من الحبسة في الفترة الأولية، وأن الحبسة الغير متدفقة تتطور إلى حبسة متدفقة ولكن العكس غير ممكن. (GIL R., 2010)

- **الحبسة الصدمية: (Aphasie Post-Traumatique)**

تكون راجعة لحوادث المرور أو العمل، وتعتبر من الأسباب الأكثر شيوعا عند الراشدين والأطفال. تسبب الإصابة الصدمية اضطرابات متفاوتة الخطورة منها: الاضطرابات اللغوية، الصوتية، البلعية والاتصالية والتي تعيق التكفل الارطوفوني.

- **الحبسة الناتجة عن الأمراض التطورية: (Aphasie dans les pathologies dégénératives)**

الامراض التطورية عبارة عن مجموعة من الاضطرابات الناجمة عن انحلال الخلايا العصبية في الجهاز المركزي الذي يتطور بصفة تدريجية.

تتميز هذه الاضطرابات بالانحلال التدريجي والمتزايد للوظائف المعرفية والسلوكية للشخص، قد تمس هذه الإصابة مناطق خاصة باللغة هذا ما يجعلنا نتكلم عن حبسة مثل ما يمكن ملاحظته في APP الحبسة الأولية التطورية.

- **الحبسة الناتجة عن الامراض الالتهابية أو الجرثومية: (Aphasie dans les pathologies infectieuses ou bactériennes)**

هناك عدة أمراض سواء التهابية أو جرثومية التي قد تسبب الحبسة مثل مرض التصلب العصبي المتعدد SEP أين تكون أساسا غير متدفقة، حيث يعاني 45% إلى 65% من الحالات من اضطرابات معرفية منها الذاكرة، الانتباه، الوظائف التنفيذية والقدرات البصرية الفضائية.

- **الحبسة الناتجة عن الأورام:**

الأورام عبارة عن تكتل تدريجي ومتزايد داخل النسيج الدماغي، فهناك أورام حميدة ذات المناطق المحدودة وغير قابلة للانتشار، فتكون قابلة للعلاج الجراحي. وهناك أورام خبيثة ذات التطور السريع فتعتبر من أكثر اسباب الحبسة.(GIL R., 2007)

5- تقديم لأهم المدارس النظرية التي إقترحت علاج للحبسة:

من خلال قراءاتنا النظرية وممارستنا التطبيقية سنقوم بعرض مبسط لأهم المدارس العلاجية التي قدمت طريقة التكفل بالحالة الحبسية:

- **المدرسة النفسية** (1969) (Colette Durieu):

(Colette Durieu) أخصائية نفسية اهتمت بإعادة تأهيل النفسي المحض للحبسين كون أنها اشتغلت في مركز التأهيل الوظيفي، حيث ركزت في عملها على الملاحظة العيادية اليومية لهذه الحالات.
تجربتها المهنية دفعتها إلى التساؤل عن الطريقة المثلى للتكفل بالحبسي بحيث كان العلاج في المركز الذي عملت فيه حركي فقط وليس لغوي وأجابت على ذلك في النقاط التالية:
-كان المختص الارطوفوني غير معروف من قبل الاطباء وحتى العائلة نظرا لنقص الاعلام
-المحاولات العلاجية التي تمت في تلك الفترة كانت فاشلة
-رفض البعض المختصين الارطوفونيين التكفل بالحبسة كونها اضطراب صعب مع نتائج محدودة
-نقص من المنشورات والكتب التي تعالج هذا الموضوع في ذلك الوقت.

هذا ما دفعها على بناء بروتوكول علاجي نفسي الذي تعود أصوله إلى الممارسة وأكدت على ضرورة التكفل النفسي في علاج الحبسي. من مبادئ التي تقوم عليها هذه المقاربة النفسية:

- **مبدأ إعطاء الامان:(donner de la sécurité)**

من الآثار التي خلفتها الاصابة الدماغية والتي أدت إلى الحبسة هي جعل المريض يعيش في وضعية غير آمنة، فبعدما كان شخص مستقل ونشيط يقوم بأنشطة الحياة اليومية (الاكل، العمل، الخروج...) أصبح يخشى الكلام خوفا من الخطأ ويخشى الخروج من منزله خوفا من السقوط.
يقوم هذا المبدأ على أهمية بناء علاقة متينة وقوية مع المفحوص تكون قائمة على الاستماع والإصغاء لكل ما يشعر به، كما يقوم الفاحص بالتأكيد على وضعيات النجاح وتفادي وضعيات الفشل.
تعتبر الباحثة أن المحيط الاسري يشكل خطر على الحالة لأنه يدعم احساسه بالفشل والرسوب بسبب عدم تفهم لمشاعره ولمعاشه. بذلك فإن الوسط العلاجي الأمثل للتكفل بالحبسي هو مركز إعادة التأهيل الوظيفي حيث يكون التكفل شامل ومكيف حسب صعوبات الحبسي.

- **الترويض على المهارات:(Entrainer à des performances)**

من نتائج الإصابة الدماغية فقدان الاستقلالية والتقليص من القدرات الاتصالية للحالة الحبسية، حيث تجعله هذه الوضعية متعلق بالماضي مع عدم تقبل حالته الآنية التي تذكره بصعوباته، لذلك لابد من المختص الارطوفوني مساعدته عن طريق جلب انتباهه إلى كل المجهودات والنجاحات التي يقوم بها مع تفادي الوضعية المدرسية التي تحبط معنوياته.

- **التحفيز على الحوار(Susciter le plaisir de la communication)**

يتحقق هذا المبدأ في الواقع من خلال الابتسامة مع المفحوص والتي تشكل لنا باب الدخول العلاجي، كما يجب العمل على الجانب اللفظي والغير لفظي من خلال الاماءات والاشارات والتعجبات.
كما نطلب من الحبسي أن يسرد لنا بطريقته ما حدث له ثم نقيم أفكاره وتسلسلها فإذا كانت جيدة نشجعه على ذلك وإذا كانت خاطئة نوجهها.(DUCARNE B., 1986)

- **المدرسة الاشراطية السلوكية (1986) (Xavier SERON)**

تقوم هذه المقاربة على فكرة أنه يمكن تغيير السلوك بواسطة التعزيز، من خلال إتباع المبدأ الذي ينص على أن السلوك اللغوي يقع بين السلوك القبلي والسلوك البعدي وإذا تحكمنا في إحداهما يمكننا ان نتحكم في اللغة.

الحادث القبلي/ السلوك اللغوي/ الحادث البعدي

المثير/ / الاستجابة

- الحادث البعدي:(événement conséquent) لما ينتج المفحوص إجابة يقوم الفاحص:
  - إما بتحفيزها لما تكون مناسبة فهذا ما يزيد من حظوظ ملاحظتها من جديد.
  - إما بتثبيطها لما تكون غير مناسبة هذا ما يقلل من ملاحظتها مرة أخرى.

حيث لا يجب ترك وقت طويل بين الاستجابة والتحفيز أو التثبيط، وتتم هذه العملية بطريقة منتظمة مع اتباع منهجية علمية دقيقة حيث بعد كل اجابة خاطئة نقوم بالتثبيط أو العقاب وبعد كل اجابة صحيحة نشجع ونحفز. ما يجب معرفته هو أن الحادث البعدي يتأثر بردود أفعال الفاحص أو المستمع.

- الحادث القبلي: (événement antécédent): يتمثل الحادث القبلي في المثير المقدم للحالة والذي يجب انتقاؤه بصفة مدروسة ودقيقة.(SERON X, 1986)

- **المدرسة الامبريقية:(Blanche DUCARNE) (1986)**

تعتبر من أولى المدارس العلاجية للحبسة في ميدان علم النفس العصبي وهي التي تدعى الطريقة الكلاسيكية حيث اهتمت الباحثة بالعرض الاكلينيكي الظاهر. تقوم هذه المقاربة على علاج الحبسي وفق ثلاثة متغيرات وهي:

- أسباب الاصابة الدماغية: حيث تعتبر أن العلاج الارطوفوني ضروري في حالة الاصابة بالحوادث الوعائية الدماغية التموضعية، كذلك السرطان الدماغي الحميد، نقص الاكسيجين ويكون التدخل الارطوفوني غير نافع في الحالات التالية:
  - الامراض التطورية
  - السرطان الدماغي الخبيث
  - الامراض الوعائية الدماغية المنتشرة.
- سن المريض: تم تحديد السن الامثل لعلاج الحبسة بين 4 سنوات و65 سنة لأنه بعد هذا السن يكون للمصاب اضطرابات مصاحبة التي تعرقل العلاج مثل اضطرابات سلوكية، خرف... (DUCARNE B., 1986)

- **التيار البراغماتي: (1985) (WILCOX)**

ينطلق أصحاب هذا التوجه في تسطير برنامج علاجي للحبسة من خلال دراسة العلاقة بين السلوك اللغوي والإطار الذي يُنتج فيه. يرتكز هذا التيار على تطوير القدرات الاتصالية في مجملها وليس على تطوير اللغة الشفهية فقط. فلا يهتمون روادها بالشكل أو البنية اللغوية الصحيحة للكلام وإنما يطورون أساليب الاستعمال الأمثل لكل القدرات التواصلية المتبقية بعد الاصابة الدماغية مثل الاماءات والاشارات، الملامح الوجهية، الرسومات أي تطوير الاستراتيجيات التعويضية بهدف واحد هو مساعدة الحالة على التكيف مع محيطها الاسري والاجتماعي.

يتوقف هدف العلاج الارطوفوني على عدة عوامل وهي:

- درجة خطورة الإصابة
- آفاق الاسترجاع
- خصوصيات الجدول العيادي
- حاجيات وتوقعات الحالة

فهناك تيارين حديثين لعلاج الحبسة حيث يرتكز التيار الاول على الاستراتيجية التحليلية (stratégie analytique)التي تقوم على أساس محاولة –خطأ باستعمال الوسائل التسهيلية مع أخذ الحذر في اختيار المنبهات وضبطها حيث يكمن هدفها في محاولة استرجاع الوظائف اللغوية والمعرفية من خلال التدريب المكثف، بينما يقوم التيار الثاني على المبدأ الوظيفي الذي يقترح تدريبات تدريجية للسلوك والأنشطة الخاصة بالحياة اليومية (التيار البراغماتي) وكيفية تجاوز الصعوبات التي يوجهها في الوضعية المعينة. (WILCOX, 2013)

6- أساليب التكفل الارطوفوني بالحالة الحبسية:

يكون الهدف من العلاج الارطوفوني مساعدة المفحوص على استرجاع كل قدراته اللغوية المفقودة، ففي حالات أين تكون الإصابة أكثر خطورة يكون الهدف تقديم وسائل **اتصالية تعويضية** مع مساعدته على التكيف مع مجتمعه وتحسين المبادلات اللسانية الاتصالية في حياته اليومية.(KREMER J. M., 2016)

يمكن تلخيص هدف التكفل الارطوفوني في النقاط التالية:

- مساعدة المفحوص على استرجاع إلى حد أقصى قدراته الاتصالية (اللفظية والغير لفظية) بالتكيف مع قدراته بهدف إعادة إدماجه في المجتمع.
- تقوية التبادلات اللغوية
- تطوير البدائل الاتصالية التعويضية

- **التكفل الارطوفوني بالحبسة التدفقية وغير تدفقية:**

سنقدم في هذا الجزء عرض مفصلا حول كيفية التكفل الارطوفوني بالحالة التي تعاني من حبسة سواء متدفقة أي هناك انتاج وسيولة شفهية من طرف الحالة، وغير متدفقة أي تعاني الحالة من خرس أو من تقليل كمي وكيفي للغتها.

- **إعادة تأهيل الحبسة غير التدفقية:**

يقوم التكفل الارطوفوني بالمصاب بالحبسة غير التدفقية على ثلاثة مراحل وهي:

- التنطيق (la Démutisation)
- إعادة تأهيل الفهم الشفهي (la Rééducation du langage oral)
- إعادة تأهيل التعبير الشفهي (la Rééducation de l'expression orale)

✓ **التنطيق: (Démutisation)**

يمكن ملاحظة عرض الخرس (mutisme) بعد الاصابة الدماغية حيث يعرف على أنه اختصار أو غياب كلي للغة الشفهية يؤدي إلى نقص كمي وكيفي معتبر للغة، لذلك فالخطوة الأولى من العلاج الارطوفوني هو تنطيق الحالة بشتى الطرق الممكنة. تكمن هذه العملية في الحصول على انتاج لغوي **إرادي**.

هناك طريقتان يمكن استعمالهما واللتان ترتكزان على مبدأ الاشراط الايجابي:

- **الطريقة الكلاسيكية**: لـ (DUCANE) تقوم هذه الطريقة على خفض من حدة العوامل التي تؤدي إلى الكف اللساني ونستعمل لذلك أساليب مسهلة مثل: إنهاء الجمل (fins de phrases)، ملئ الفراغات، السلاسل الأتوماتيكية، استعمال حركات الوجيه، لمس المفحوص والضغط على كتفه للفت انتباهه بهدف النظر إلى حركات واماءات الفاحص، استعمال ألفاظ مختصرة وبسيطة.

- **الطريقة الحركية** :(kinesthésique) لـ (VAN EECKOUT) يقوم الفاحص بالضغط النشيط على صدر الحالة للحصول على نفس تصويتي.

تعتبر مرحلة التنطيق مرحلة حساسة حيث إذا لم تتم بصفة جيدة تكون مسؤولة عن ظهور عرض القولبية أو الاستمرارية ولذلك فعلى الفاحص أن يكون حريصا عند إختياره للسوائل العلاجية (عدم استعمال نفس المقاطع أو نفس السلاسل الكلامية الاوتوماتيكية) مع تفادي للجوء المفرط للتسهيلات اللغوية (ébauches orales).

✓ **إعادة تأهيل الاضطرابات الخاصة بالفهم الشفهي:**

يستحسن استعمال **أدوات حقيقية** في بداية العلاج مثل عند اقتراح أنشطة التعيين، التصنيف، المطابقة والمقابلة، تنفيذ أوامر بسيطة باستعمال الأدوات مع مراعاة تحديد مستوى تعقيد التعليمة.
تشمل المرحلة الثانية أنشطة خاصة بالتطابق بين الشيء الحقيقي والصورة المناسبة لها، تعين وتصنيف الصور، تنفيذ أوامر. أما المرحلة الثالثة من العلاج الخاص بالفهم الشفهي تشمل التطابق بين تعريف/ صورة، تنفيذ أوامر معقدة، فهم نص مسموع وأنشطة خاصة بالتفكير المنطقي.

✓ **إعادة تأهيل التعبير الشفهي:**

بالتوازي مع مراحل العلاج سابقة الذكر، يقترح المختص عمل علاجي للقدرات التعبيرية الشفهية للحالة من خلال مساعدتها على استعادة المراقبة الفمية الصوتية بصفة إرادية ودقيقة.
يقوم في المرحلة الأولى باقتراح تمارين خاصة بحركية المنطقة الفمية الوجهية (علاج الأبراكسيا) باستعمال المرآة، بهدف حيث مساعدة الحالة على إنتاج وحدات لغوية بصفة **إرادية**.
تخص المرحلة الثانية الانتقال من أصوات بسيطة منعزلة إلى أصوات كلامية من خلال إجراء نفس التمارين الخاصة بالمنطقة الفمية الوجهية ولكن مع إصدار أصوات. لابد من احترام ترتيب إخراج الصوامت أي من الامام إلى الخلف، المصوتات قبل الصوامت والصوت قبل المقطع، وأخيرا الأصوات المهموسة قبل المجهورة.

- **إعادة تأهيل الحبسة المتدفقة:**

أول عرض الذي يجب العمل عليه هو الرطانة الكلامية والتي نلاحظها في حالة حبسة فرنيكي الحادة، حيث يكون المصاب غير واعي باضطرابه مع سيولة لفظية مفرطة وصعوبة شد انتباهه.
يرتكز علاج الحبسة المتدفقة على مرحلتين وهي:

- إعادة تأهيل عمه العاهة (l'anosognosie)
- إعادة تأهيل اضطراب الفهم الشفهي (trouble de la compréhension orale)

✓ **إعادة تأهيل عمه العاهة (l'anosognosie):**

يكون الهدف الاول للمختص هو التخلص من عرض عدم الوعي بالاضطراب (عمه العاهة) ولذلك يقترح الاستراتيجيات التالية:

- نسمع الحالة إنتاجاتها اللغوية المسجلة ولكن هذه الطريقة ليست فعالة دائما.
- يقوم الفاحص بتوقفات كلامية إرادية وأخد الكلام باستعمال مؤشرات غير لفظية مثل: الضرب على اليد أو الطاولة بهدف إسكات الحالة.
- اتخاذ وضعية الملاحظة الكامنة (passive) بدون التكلم مع الحالة، فيبقى الفاحص في هذه الوضعية طالما واصل المفحوص سلوكه الرطابي ولم يبالي بالأدوار في الكلام. في حالة ما إذا غيرت الحالة نبرتها الكلامية (استفهام) يبين المفحوص أنه لم يفهم ما يقوله باستعمال لغة شفهية أو عن طريق إشارات تبين أنه لم يفهم.

✓ إعادة تأهيل اضطراب الفهم الشفهي:

يشمل الجزء الثاني من العلاج الارطوفوني يشمل العمل على الخلل في الادراك وعلى الخلل على المستوى الدلالي.
يعتمد الفاحص في حالة العمل على المستوى الإدراكي للغة على وسائل تسهيلية مثل: الحركات المرافقة لكل صوت أو حتى الصورة الخطية أو الكتابية(الجرافيم) للحرف المنطوق، القراءة على الشفاه، استعمال تسجيل لصوت الحالة، استعمال الأدوات والوسائل الكمبيوترية ...
أما العمل على المستوى الدلالي للغة يخص الربط بين الكلمة المكتوبة بالصورة المناسبة أو الكلمة المسموعة بالصورة، التصنيف وفق الحقل الدلالي للكلمات المسموعة أو المكتوبة، التعرف على العنصر الدخيل، الحكم الترابطي الوظيفي مثلا: ربط مشط مع شعر.(GIL R., 2010)

7- خاتمة:

التكفل بالحالة الحبسية ليس بالأمر السهل حيث يتدخل عدة عوامل في عملية العلاج منها نوع الإصابة الدماغية ودرجة خطورتها وبالتالي عملية إعادة التأهيل تتطلب العمل مع فرقة متعددة الاختصاصات لأن الحبسة تصب عدة جوانب منها معرفية، لغوية، سلوكية...، بالتالي فعلى المختص الارطوفوني أن يكون على دراية بكل المراحل العلاجية وبكل التقنيات الحديثة حتى يتمكن من تقديم العلاج الأنسب للحالة مع تصمم خطة علاجية مضبوطة وذلك حسب المقاربات العلاجية التي تطرقنا عليها في العرض، كما يجب على المختص الارطوفوني احترام التدرج

في الصعوبة لما يقدم للحالة الحبسية الأنشطة العملية مع اختياراها بطريقة ذكية دون اللجوء إلى صور ذات الطابع الطفولي التي تحبط من معنويات الحالة.

8- قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

- براهيمي سعيدة، الحبسة وعلم النفس العصبي عند الراشد، دار الخلدونية، الجزائر، 2011.
- شريقات عبد الرحمن، مقدمة في علم النفس العصبي، دار الشروق، الأردن، 2005.

المراجع باللغة الفرنسية:

- AUGUSTIN P., « Cahier de l'infirmière, 12 neurologie», Masson, N°03, 1984.
- BRIN F., « Dictionnaire D'orthophonie », ortho, Paris, 2014.
- DORAND A., PAROT F., «Dictionnaire de Psychologie », quadrige et PUF, France, 1991.
- DUCARNE B., « Rééducation sémiologique de l'aphasie », Masson, Paris, 1986.
- DUMART A., « Le nouveau Larousse Médical », Larousse, Paris, 1993.
- DURIEU C., « la rééducation des aphasiques », Mardaga, Bruxelles, 1969.
- EUSTACHE F., « Langage et Aphasie », DeBoek, Paris, 1993
- HEMREETTE B., « Grand dictionnaire de psychologie », Larousse, 1993
- GIL R., « Neuropsychologie », Masson, Paris, 1996.
- GIL R., les aphasies : evaluation et rééducation, Masson, 2010.

- KREMER J. M., LEDERLE E., « Intervention dans les troubles neurologiques, liés au handicap, soins palliatifs », volume 5, Lavoisier, Paris, 2016.
- LECOURS A.R., LHERMITTE F., « Aphasie », Flammarion, Paris, 1979.
- LELOUP G., BERNARD I., « Aphasies : évaluation et rééducation », Masson, Paris, 2010.
- LENTERI A., « Restauration du langage chez l'aphasique », DeBoek, 1996.
- MAZAUX J. M., « Aphasies et Aphasiques », Masson, Paris, 2007.
- RONDAL A., SERON X., « Trouble du langage, diagnostic et rééducation », Mardaga, Bruxelles, 2000.
- SERON X., « Rééduquer le cerveau », Mardaga, Bruxelles, 1986.
- SERON X., « Aphasie et neuropsychologie », Mardaga, Bruxelles, 1995.
- SIKSOU M., « introduction à la neuropsychologie clinique », Dunod, Paris, 2012.
- TISSOT A., « Rééducation de l'aphasique adulte », Masson, Paris, 1983.