

تُعَدُّ الأفازيا اضطرابًا عصبيًا مكتسبًا يمسُّ اللغة بوصفها وظيفة معرفية-عصبية مركبة، ويظهر غالبًا بعد السكتة الدماغية، وقد ينشأ أيضًا بعد إصابة دماغية رضّية أو ورم أو عدوى، أو ضمن اضطرابات تنكسية عصبية.

بنهاية المحاضرة يُفترض أن يكون الطالب قادرًا على:

1. تعريف الأفازيا وتمييزها عن الاضطرابات القريبة (عسر التلقظ وتعذر الأداء الكلامي).
2. شرح أهم أسبابها وآلياتها العصبية العامة.
3. تصنيف الأنواع السريرية الرئيسة للأفازيا المكتسبة، والتعرّف إلى الأفازيا التقدمية الأولية.
4. اقتراح محاور للتدخل النفسي "المساعد على التواصل" مع المصابين بالأفازيا وأسرههم، ضمن إطار تكاملي مع فريق إعادة التأهيل.

## 2- تعريف الأفازيا وتمييزها عن اضطرابات قريبة

التعريف: الأفازيا اضطراب لغوي عصبي مكتسب ناتج عن أذية في الشبكات الدماغية المسؤولة عن اللغة (غالبًا في نصف الكرة المخية الأيسر)، ويؤثر بدرجات متفاوتة في: التعبير الشفهي، وفهم الكلام، والقراءة، والكتابة.

ماذا ليست الأفازيا؟ (تمييز تشخيصي مختصر)

- عسر التلقظ (Dysarthria) خلل في التنفيذ الحركي للكلام (القوة/التناسق/التنغيم)، بينما قد تبقى البنية اللغوية سليمة نسبيًا.
- تعذر الأداء الكلامي (Apraxia of Speech) صعوبة تخطيط/برمجة الحركات الكلامية، وقد يترافق مع أفازيا خاصة في أنماط غير طليقة.

هذا التمييز مهم نفسيًا-عياديًا لأن الاستجابة الانفعالية والإحباط وملاح "العجز" المدرك تختلف تبعًا لما إذا كانت المشكلة "لغة" أم "نطق/حركة كلامية".

## (3) الأسباب والآليات (Etiology & Mechanisms)

### الأسباب:

1. السكتة الدماغية (نقص تروية أو نزف) وهي السبب الأبرز للأفازيا المكتسبة.
2. إصابة دماغية رضّية.
3. أورام الدماغ/الجراحة الدماغية.
4. التهابات دماغية.
5. أسباب تنكسية عصبية قد تبدأ في بعض الحالات بأفازيا بارزة قبل بقية الأعراض المعرفية/السلوكية

ملاحظتان عصبيتان عامتان:

- تتوافق الصورة اللغوية مع موضع واتساع الأذية ضمن "شبكة اللغة" وليس مع موضع واحد فقط.
- قد تتبدل المظاهر عبر الزمن مع التعافي العصبي-الوظيفي وإعادة التنظيم، لذا فإن "نوع الأفازيا" ليس دائمًا ثابتًا

## 4) أنواع الأفازيا (تصنيف سريري وظيفي)

(أ) تقسيم عام: طليقة vs غير طليقة

تقسّم كثير من المراجع الأفازيا (بعد أسباب غير تقدّمية كالسكتة) إلى فئتين كبيرتين:

- أفازيا طليقة (Fluent) كلام كثير نسبيًا، لكن قد يعتره اضطراب المعنى، أو الاستبدالات اللفظية/الصوتية، وقد يكون الفهم متأثرًا.
- أفازيا غير طليقة (Nonfluent) إنتاج لفظي قليل، مجهودي، مع صعوبات نحوية/صرفية أو بطء شديد، وغالبًا يكون المريض أكثر وعيًا بصعوبته.

## (ب) أنماط كلاسيكية شائعة (بعد السكتة غالبًا)

ملاحظة تعليمية: الحدود بين الأنماط ليست صارمة، وكثير من الحالات "مختلطة" أو تتغير مع الزمن

1. حبسة بروكا (Broca's aphasia) غير طليقة  
كلام قصير مجهودي، حذف كلمات وظيفية، صعوبة تركيب الجملة، وفهم أفضل نسبيًا مقارنة بحبسة فيرنيكه، مع قابلية للإحباط وارتفاع الوعي بالقصور. (NIDCD, n.d.)
2. حبسة فيرنيكه (Wernicke's aphasia) طليقة  
كلام طليق طويل لكنه قليل المعنى، مع صعوبات فهم ملحوظة، وقد تقلّ البصيرة بالأخطاء.
3. الحبسة الشاملة (Global aphasia)  
اضطراب شديد في التعبير والفهم معًا بسبب أذية واسعة لمناطق اللغة، ما يجعل العبء النفسي والأسري كبيرًا ويستلزم دعمًا تواصليًا مبكرًا (NIDCD, n.d.).

#### 4. حبسة التوصيل (Conduction aphasia)

طلاقة أفضل نسبيًا مع صعوبة واضحة في التكرار، وأخطاء تصحيح ذاتي متكررة.

#### 5. الحبسات عبر القشرية (Transcortical: حركية/حسية/مختلطة) (الحبسة الاسمية) (Anomic)

تُعدّ ضمن طيفات أخرى يشار إليها في التصنيفات السريرية، مع تباين في التكرار والفهم والتسمية.

#### (ج) الأفازيا التقدمية الأولية) PPA ضمن الأسباب التنكسية)

هي متلازمة يكون فيها اضطراب اللغة هو العرض الأبرز في البداية ولمدة أولية، ثم تتطور لاحقًا أعراض معرفية/سلوكية أخرى بحسب الباثولوجيا الكامنة (Gorno-Tempini et al., 2011).

ووفق تصنيف (Gorno-Tempini et al., 2011) تُذكر ثلاث متغيرات رئيسية:

- غير طليقة/لا-نحوية (nonfluent/agrammatic)
- دلالية (semantic variant)

#### 5) لمحة عن التقييم (الخدمة التدخل النفسي)

التشخيص الدقيق عادةً يتم عبر فريق متعدد التخصصات، ويقوده اختصاصي علاج النطق واللغة مع الإحالة عند الحاجة لتقييم عصبي/تصويري (NIDCD, n.d.; ASHA, n.d.) ومن أشهر أدوات التقييم اللغوي:

• BDAE (Goodglass et al., 2001).

• WAB-R (Kertesz, 2006).

بالنسبة للأخصائي النفسي، الأهم عمليًا هو:

1. تقدير القدرة على الفهم والتعبير (لتكييف المقابلة والعلاج).
2. تقييم المزاج/القلق/الهوية والاندماج الاجتماعي بأدوات ملائمة للأفازيا قدر الإمكان. (Aphasia Pathway, 2025).
3. الانتباه إلى شيوع الاكتئاب بعد السكنة لدى المصابين بالأفازيا (معدل مُجمَع قُدْر بنحو 31.7%) وما يفرضه ذلك من تحمّل منظّم وإتاحة تدخلات نفسية مناسبة. (Vogel-Eyny et al., 2025)

#### 6) التدخل النفسي مع المصابين بالأفازيا: مبادئ ومحاور عملية

(أ) لماذا تدخل نفسي "مُساند للتواصل"؟

الأفازيا لا تقتصر على "خلل لغوي"، بل تُحدث اضطرابًا في الأدوار الاجتماعية، والاستقلالية، والهوية، وتزيد العزلة، وقد تقترن بالاكتئاب والقلق؛ وهذا كله ينعكس على الدافعية للعلاج وعلى مسار التعافي كما تؤكد الإرشادات الحديثة ضرورة إتاحة علاج نفسي مع تكييفات تواصلية (communication supports) للأشخاص المصابين بالأفازيا عندما توجد أعراض اكتئاب/قلق مشخصة أو ضاغطة

#### (ب) مبادئ تأسيسية في المقابلة والعلاج النفسي

1. تكييف التواصل داخل الجلسة: جمل قصيرة، سرعة أبطأ، سؤال واحد في كل مرة، استخدام كلمات مفتاحية مكتوبة/صور، التحقق المتكرر من الفهم، إعطاء وقت للاستجابة، وتوفير بدائل للإجابة (إشارة/اختيار/كتابة/رسم)
2. التركيز على المشاركة في الحياة لا على العجز فقط: أي جعل أهداف الحياة اليومية والاندماج الاجتماعي محورًا صريحًا (LPAA Project Group, n.d.).
3. شمول الأسرة/الشريك التواصلي لأن جودة البيئة التواصلية عامل حاسم في الرفاه، ولأن أفراد الأسرة يحتاجون مهارات تواصل تحمي كرامة المريض وتقلل الصراع اليومي.

#### (ج) تدخلات نفسية قائمة على الدليل/الممارسة مع تكييفات للأفازيا

1) العلاج المعرفي-السلوكي المعدّل (Modified CBT) والتنشيط السلوكي (Behavioral Activation)

توصي مسارات الممارسة بإتاحة علاج نفسي مُكيّف) مثل CBT المعدّل والتنشيط السلوكي (مع "دعم تواصلي" للأفازيا عند وجود اكتئاب/قلق، مع ضرورة أن يكون المعالج كفوًّا في دعم التواصل.

وتُظهر دراسة نوعية حديثة ضمن برنامج ADaPT أن العلاج النفسي المعدّل لمرضى أفازيا ما بعد السكنة قد يُدرك على أنه مفيد (عناصر متمعة/طرق تفكير جديدة/حل مشكلات/تقبل "الذات الجديدة") مع إمكانية تقديمه حضورًا أو عن بُعد بحسب الحاجة (Baker et al., 2024).

#### 2) تعزيز الهوية الاجتماعية وتقليل العزلة

العمل النفسي هنا يستهدف: إعادة بناء السردية الذاتية بعد الإصابة، واستعادة أدوار ذات معنى، وتوسيع دوائر المشاركة (مجموعات، نوادٍ، أنشطة)، لأن استعادة "الانتماء" عامل علاجي يحد ذاته

### 3) تدريب شركاء التواصل (Communication Partner Training) ودعم المحادثة

هذا محور “نفسى-اجتماعى” جوهرى: تدريب الأسرة/المحيط على أساليب محادثة داعمة يقلل الإحباط ويزيد الاستقلالية. نموذج Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA) يُقدّم كإطار لتدريب الشركاء على جعل المحادثة أكثر إتاحة واحترامًا لقدرات الشخص مع الأفازيا. (Kagan, 1998)

كما تشير موارد NIDCD إلى أن إشراك الأسرة وتعلّم طرق تبسيط اللغة وكتابة الكلمات المفتاحية وتقليل المشتتات وإتاحة وقت كافٍ للتعبير عناصر محورية في الرعاية. (NIDCD, n.d.)

### 4) تدخلات جماعية ومجتمعية (Group & Community Interventions)

المجموعات (مجموعات أفازيا/نوادي سكتة/أنشطة فنية) تُستخدم لدعم الثقة الاجتماعية والرفاه وتقليل الوصمة، مع أثر إيجابي على تقدير الذات الاجتماعى.

### 5) نموذج تكاملي مع إعادة التأهيل

حتى مع كون تركيز هذه المحاضرة نفسيًا، من المهم توطئ التداخل داخل فريق: علاج النطق واللغة يبقى حجر الأساس لتحسين التواصل، وتدعمه مراجعات منهجية واسعة تؤكد فعالية العلاج اللغوي بعد السكتة. (Brady et al., 2016)

ويوصى أيضًا ضمن إرشادات السكتة بالتركيز على إعادة التأهيل التواصلى والبيئة الداعمة وطرق الخدمة (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

### (د) “خطة عمل” مختصرة للأخصائى النفسى (إجرائية)

1. التحقق من الأهلية التواصلية للجلسة: ما القنوات المتاحة (إشارة/كتابة/لوح صور/تطبيق)؟
2. تقييم المزاج والقلق بطرق مناسبة (مقابلة مدعّمة بصريًا، تقارير قريبة، أسئلة اختيارية...). مع التحري المنهجي للاكتئاب نظرًا لشيوعه في هذه الفئة.
3. تحديد أهداف وظيفية: هدف تواصلى واحد + هدف مشاركة واحد + هدف انفعالى واحد. (LPAA Project Group, n.d.)
4. تدخل نفسى معدّل/ CBT: تنشيط سلوكى/حل مشكلات وفق قدرة الفهم والتعبير، مع واجبات منزلية “أفازيا-صديقة” (صور، قوائم قصيرة، تسجيلات صوتية...). (Baker et al., 2024)
5. جلسات مشتركة مع الأسرة/الشريك لتدريب التواصل وتقليل النزاعات اليومية. (Kagan, 1998)
6. إحالة/تكامل عند الحاجة: طبيب/طب نفسى/علاج نطق/علاج وظيفى—خصوصًا عند أعراض شديدة أو خطر انتحارى أو اضطراب عصبى-سلوكى شديد.

### 7-خلاصة

الأفازيا اضطراب لغوي عصبي مكتسب يتطلب فهمًا لسانيًا-عصبيًا وتشخيصًا تواصليًا دقيقًا، لكنه أيضًا حالة ذات أثر نفسى-اجتماعى عميق. التدخل النفسى الفعال لا يقتصر على “علاج المزاج” بل يقوم على تكييف التواصل، إعادة بناء الهوية والمشاركة، تدريب المحيط، ودمج العلاج النفسى داخل فريق إعادة التأهيل