المحاضرة الخامسة

أولاً: مدخل إلى علم الحبسة

تُعرَّف الحبسة (Aphasia) بأنها اضطراب مكتسب يؤثر في القدرة على استخدام اللغة أو فهمها نتيجة إصابة دماغية، وغالباً ما تكون هذه الإصابة في النصف الأيسر من الدماغ المسؤول عن الوظائف اللغوية لدى معظم الأفراد (Kertesz, 2022). وتختلف الحبسة عن اضطرابات أخرى مثل عسر التلفظ(Dysarthria) ، الذي يرتبط بخلل عضلي حركي في إنتاج الكلام، وتعذر الأداء الكلامي(Apraxia of speech) ، الذي يتمثل في صعوبة تخطيط الحركات اللازمة للكلام رغم سلامة العضلات.(Duffy, 2020)

تاريخياً، شكلت أبحاث بول بروكا وكارل فيرنيكه نقطة تحول في فهم العلاقة بين الدماغ واللغة، حيث ربط بروكا بين التلف في الفص الجبهي الأيسر وصعوبات الإنتاج اللغوي، بينما ربط فيرنيكه التلف في الفص الصدغي باضطرابات الفهم (Tremblay & Dick, 2016). وقد ساهمت هذه الاكتشافات في تأسيس علم الحبسة كحقل متعدد التخصصات يجمع بين علم الأعصاب، وعلم اللغة، وعلم النفس المعرفي.

في السياق الحديث، لم يعد يُنظر إلى الحبسة كاضطراب موضعي بسيط، بل كخلل في شبكات عصبية معقدة تتضمن مناطق متعددة مترابطة .(Hickok & Poeppel, 2016) كما أن فهم الحبسة أصبح يشمل أبعاداً وظيفية واجتماعية، حيث تؤثر هذه الحالة على جودة حياة المريض وقدرته على التفاعل الاجتماعي.(Code & Herrmann, 2021)

وعليه، فإن دراسة الحبسة لا تقتصر على وصف الأعراض، بل تمتد إلى فهم الآليات العصبية الكامنة، وطرق التشخيص، وأساليب التدخل العلاجي، مما يجعلها مجالاً مركزياً في علم النفس العصبي السريري.

ثانياً: الأسس العصبية للغة

تعتمد اللغة على شبكة عصبية معقدة تشمل عدة مناطق دماغية مترابطة، أبرزها منطقة بروكا في الفص الجبهي، المرتبطة بالإنتاج اللغوي، ومنطقة فيرنيكه في الفص الصدغي، المسؤولة عن الفهم اللغوي .(Friederici, 2017) ويُعد النصف الأيسر من الدماغ هو المسيطر لغوياً لدى الغالبية العظمى من الأفراد، رغم وجود مساهمات للنصف الأيمن في معالجة النبرة والسياق.(Vigneau et al., 2011)

تشير النماذج الحديثة إلى أن اللغة لا تعتمد على مناطق منفصلة، بل على شبكتين رئيسيتين: المسار الظهري (dorsal stream) المرتبط بتحويل الأصوات إلى حركات كلامية، والمسار البطني (ventral stream) المسؤول عن ربط الأصوات بالمعاني .(Hickok & Poeppel, 2016) وتلعب الحزمة المقوسة (Arcuate fasciculus) دوراً محورياً في الربط بين منطقتي بروكا وفيرنيكه.

كما أظهرت تقنيات التصوير العصبي الحديثة مثل fMRI و DTIأن اللغة تعتمد على تفاعل ديناميكي بين مناطق متعددة، بما في ذلك القشرة الجدارية والبنى تحت القشرية .(Dick et al., 2019) ويؤكد هذا المنظور الشبكي أن اضطرابات اللغة، مثل الحبسة، تنتج عن خلل في الاتصال بين هذه المناطق وليس فقط عن تلف موضعي.

إضافة إلى ذلك، يُبرز مفهوم اللدونة العصبية قدرة الدماغ على إعادة تنظيم نفسه بعد الإصابة، حيث يمكن لمناطق أخرى أن تعوض الوظائف المتضررة جزئياً .(Saur & Hartwigsen, 2012) وهذا المفهوم له أهمية كبيرة في تصميم برامج إعادة التأهيل.

ثالثاً: تصنيف الحبسات

يُعد تصنيف الحبسات أساسياً لفهم الأنماط المختلفة للاضطراب اللغوي، ويعتمد بشكل رئيسي على طلاقة الكلام، والفهم، والقدرة على التكرار .(Goodglass & Kaplan, 2001) وتنقسم الحبسات إلى نوعين رئيسيين: طليقة وغير طليقة.

في الحبسة غير الطليقة، مثل حبسة بروكا، يكون الكلام بطيئاً ومجزأً، مع أخطاء نحوية واضحة، بينما يبقى الفهم نسبياً سليماً .(Dronkers et al., 2007) أما في الحبسة الطليقة، مثل حبسة فيرنيكه، فيكون الكلام سلساً لكنه يفتقر إلى المعنى، مع ضعف شديد في الفهم.(Kertesz, 2022)

توجد أيضاً أنواع أخرى مثل الحبسة التوصيلية، التي تتميز بصعوبة التكرار نتيجة تلف الحزمة المقوسة، والحبسة الشاملة، التي تمثل أشد الأشكال حيث تتأثر جميع جوانب اللغة .(Fridriksson et al., 2018) أما الحبسة الاسمية، فتتميز بصعوبة في استرجاع الكلمات مع سلامة نسبية لبقية المهارات.

وقد أظهرت الأبحاث الحديثة أن هذه التصنيفات ليست دائماً منفصلة بوضوح، بل تمثل طيفاً من الاضطرابات اللغوية .(Mesulam, 2013)كما أن استخدام النماذج القائمة على الشبكات العصبية ساهم في فهم أعمق للفروق بين الأنواع المختلفة.

رابعاً: الأعراض اللغوية في الحبسة

تتجلى الحبسة في مجموعة متنوعة من الأعراض اللغوية التي تؤثر على التعبير والفهم. في جانب التعبير، قد يظهر فقر لغوي، واستخدام جمل قصيرة، وأخطاء نحوية، أو إنتاج كلام غير مفهوم .(Goodglass et al., 2001) أما في الفهم، فقد يعاني المريض من صعوبة في استيعاب الجمل المعقدة أو التعليمات اللفظية.

تشمل الأخطاء اللغوية ما يُعرف بالبارافازيا(Paraphasia) ، وهي نوعان رئيسيان: صوتية (استبدال أصوات) ودلالية (استبدال كلمات ذات معنى قريب) .(Dell et al., 2013) كما يُعد فقدان القدرة على التسمية (Anomia) من أكثر الأعراض شيوعاً في جميع أنواع الحبسة.

وتؤثر الحبسة أيضاً على مهارات القراءة والكتابة، حيث قد تظهر أخطاء في التهجئة أو صعوبة في فهم النصوص .(Beeson & Rapcsak, 2015)كما أن بعض المرضى يعانون من ضعف في استخدام اللغة في السياق الاجتماعي، مثل فهم النكات أو الإشارات غير المباشرة.

وتُظهر الدراسات أن شدة الأعراض وتوزعها يعتمد على موقع الإصابة ومدى انتشارها، إضافة إلى عوامل فردية مثل العمر ومستوى التعليم.(Code & Herrmann, 2021)

خامساً: التشخيص والتقييم

يُعد التشخيص الدقيق للحبسة خطوة أساسية في تحديد خطة العلاج، ويعتمد على التقييم الشامل لمكونات اللغة .(Brookshire, 2015)يبدأ التقييم بالمقابلة السريرية، التي تهدف إلى فهم التاريخ المرضي والأعراض الحالية.

تُستخدم اختبارات معيارية مثل اختبار بوسطن لتشخيص الحبسة (BDAE) ومقياس الحبسة الغربي(WAB) ، حيث تقيس هذه الأدوات مهارات الفهم، والتعبير، والتكرار، والتسمية .(Kertesz, 2022) كما تُستخدم اختبارات إضافية لتقييم الذاكرة والانتباه، نظراً لتداخلها مع الوظائف اللغوية.

وتلعب تقنيات التصوير العصبي دوراً مهماً في تحديد موقع الإصابة، مثل التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) والتصوير الوظيفي .(Fridriksson et al., 2018) (fMRI) كما يُستخدم التقييم الوظيفي لقياس تأثير الحبسة على الحياة اليومية.

وتؤكد الاتجاهات الحديثة على أهمية التقييم الديناميكي، الذي يركز على إمكانات التعلم والتعافي، وليس فقط على الأداء الحالي.(Peña et al., 2014)

سادساً: الأسباب والآليات المرضية

تُعد السكتة الدماغية السبب الأكثر شيوعاً للحبسة، حيث تؤدي إلى انقطاع التروية الدموية عن مناطق اللغة (Engelter et al., 2006). وتشمل الأسباب الأخرى إصابات الرأس، والأورام الدماغية، والأمراض التنكسية مثل الحبسة التقدمية الأولية.(Mesulam, 2013)

تختلف الآليات المرضية بحسب نوع الإصابة، فالسكتة تؤدي إلى موت خلايا عصبية مفاجئ، بينما تؤدي الأمراض التنكسية إلى تدهور تدريجي في الشبكات اللغوية. كما تلعب الالتهابات واضطرابات الأوعية الدموية دوراً في بعض الحالات.

وتشير الدراسات إلى أن شدة الحبسة تعتمد على حجم وموقع الإصابة، إضافة إلى سرعة التدخل الطبي (Fridriksson et al., 2018). كما أن العوامل الفردية مثل العمر والاحتياطي المعرفي تؤثر في مسار المرض.

سابعاً: التأهيل والعلاج

يركز علاج الحبسة على استعادة الوظائف اللغوية وتحسين القدرة على التواصل، ويعتمد على مبادئ اللدونة العصبية (Saur & Hartwigsen, 2012). ويُعد العلاج اللغوي المكثف من أكثر الأساليب فعالية، خاصة في المراحل المبكرة بعد الإصابة.(Brady et al., 2016)

يشمل العلاج تقنيات مثل تدريب التسمية، وتمارين الفهم، واستخدام استراتيجيات تعويضية كالإشارات أو الوسائل البصرية. كما تُستخدم التقنيات الحديثة مثل التطبيقات الرقمية والعلاج عن بعد.

ويُعد العمل متعدد التخصصات ضرورياً، حيث يشارك أخصائيو النطق، والأطباء، وعلماء النفس في خطة العلاج (Code & Herrmann, 2021). كما تلعب العوامل النفسية والاجتماعية دوراً مهماً في التعافي.

وتُظهر الأبحاث أن التدخل المبكر والمكثف يؤدي إلى نتائج أفضل، خاصة عندما يُصمم العلاج وفق احتياجات المريض الفردية.(Brady et al., 2016)