العى Dysphasia

العى هو اضطراب لغوى مكتسب يحدث بعد اكتمال نمو اللغة ويؤثر على كل الجوانب اللغوية المختلفة من قدرة الفهم، والتعبير، والقراءة والكتابة وهو يتصف بنقص حجم ذخيرة الألفاظ مع صعوبة إيجاد الأسماء، وقد يكون مصحوبًا باضطراب فى السمع والبصر والقنوات السحية والحركية أو بحبسة كلامية، وقد أجمع العلماء على تحديد سبب حدوث هذا الاضطراب اللغوى بأنه إصابة دماغية محددة فى النصف الأيسر (السائد) فى المخ وهو الجانب المسئول عن كل جوانب السلوك اللغوى بدءًا من إدراك الأصوات حتى تصنيع السياق والمضمون للحديث، كما يتحكم فى حركات النطق وفى الذاكرة اللفظية والحساب.

أسباب مرض العى والعوامل المهيئة لحدوثه :

العى هو علة تؤدى إلى تدهور اللغة عند الكبار وينتج عن اضطراب فى الجهاز العصبى المركزى وتعتبر السكتة الدماغية أكثر أسباب العى انتشارًا وهى تعنى حدوث تلف بالمخ ناتج عن أمراض مختلفة بالأوعية الدموية الدماغية كالنزف والجلطة. وثمة عوامل رئيسة تمثل دورًا مهمًّا لازدياد نسبة حدوث السكتة إذا توافرت إحداها أو بعضها فى شخص ما، وهذه العوامل تشمل:

١- ارتفاع ضغط الدم وهو من العوامل التى تهيئ الفرصة لحدوث حالات السكتة وهو ارتفاع ضغط الدم الشديد المزمن الذى يؤدى إلى تغيرات مرضية بجدار الأوعية الدماغية الصغيرة يؤدى إلى انسداد هذه الأوعية وحدوث الجلطات.

٢- الإصابة بمرض السكر: ويؤدى هذا المرض إلى نفس التغيرات الباثولوجية التى يحدثها ارتفاع ضغط الدم.

٣- أمراض القلب المختلفة: مثل الحمى الروماتزمية حيث تزداد نسبة حدوث الجلطات التى يحملها الدم إلى المخ.

٤- التدخين: أثبتت الدراسات المختلفة أن المدخنين يكونون أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب والشرايين وبالتالى أكثر عرضة للإصابة بالسكتة الدماغية وتزداد نسبة حدوث السكتة فى الذكور عن الإناث لانتشار عادة التدخين فى الذكور عن الإناث.

٥- تقدم السن: كلما زاد عمر الشخص كلما كان أكثر عرضة لحدوث السكتة والعى نظرًا لازدياد فرص حدوث أمراض القلب والشرايين وارتفاع ضغط الدم والإصابة بمرض السكر.

٦- تعاطى الكحوليات: يزيد تعاطى الكحوليات من نسبة حدوث السكتة خاصة فى مقتبل العمر وفى الذكور أكثر شيوعًا.

٧- عوامل وراثية: وهى دورها ضئيل جدًّا كأحد العوامل المهيئة لحدوث السكتة.

٨- انخفاض ضغط الدم المفاجئ: وقد يحدث هذا مع مرض ارتفاع ضغط الدم فى خلال فترة العلاج حيث ينخفض ضغط الدم بصورة شديدة تؤدى إلى نقص الدم بالمخ مرة واحدة فتحدث السكتة.

٩- سوء التغذية وخاصة الإكثار من تناول الملح فى الطعام أو الإفراط فى تناول الدهنيات فإذا توافر هذان العاملان مع ارتفاع ضغط الدم يؤدى ذلك إلى حدوث السكتة.

تقسيم مرض العى:

قام جوزيف ويبمان (١٩٥١) بتقسيم مرض العى إلى الأنواع الآتية:

١- عى تعبيرى Expressive dysphasia وهو الذى يسود فيه اضطراب القدرة على التعبير.

٢- عى استقبالى Receptive وهو الذى يسود فيه اضطراب القدرة على الفهم.

٣- عى تعبيرى استقبالى Expressive Receptive Dysphasia وهو الذى يتساوى فيه اضطراب القدرة على التعبير مع اضطراب القدرة على الفهم.

٤- عى شامل Global Dysphasia وهو نوع شديد تضطرب فيه كل جوانب اللغة من استقبال وإرسال.

٥- العمه Agnosia وهو فقدان القدرة على التعرف على المنبهات السمعية أو البصرية سواء كانت هذه المنبهات لفظية أو غير لفظية.

٦- الأفرقسية Aphraxia وهو فقدان القدرة على أداء الحركات الإرادية الخاصة بالكلام مع عدم وجود ضعف بالعضلات بسبب خلل فى الحركات المسئولة عن النطق.

التغيرات السلوكية والمشكلات النفسية لمريض العى:

الفرد كائن اجتماعى، وتمثل القدرة على الوظيفة التخاطبية أحد وسائل الارتقاء المهمة للمخلوقات حيث يستطيع الفرد أن يتبادل المعلومات من خلال اللغة والكلام ويكون الانهيار الانفعالى الذى يمر به الفرد بعد السكتة الدماغية مدمرًا للغاية حيث لا يستطيع المريض استخدام عملية التخاطب للتنفيس عن مشاعره أو التعبير عن انفعالاته أو حتى فهم الآخرين وعندما يفقد المرء القدرة على الفهم أو الكلام أو القراءة أو الكتابة فهذا يجعله منعزلًا عن الدنيا وحيدًا متوتر نفسيًا أو يشعر بالاكتئاب والإحباط والغضب.

أعراض العى :

أ- **اضطرابات فى التعبير اللفظى للغة:** اضطرابات فى انسياب الحديث، تظهر على هيئة قلة أو ازدياد، وتكون قلة انسياب الحديث أكثر حدوثًا ويكون الحديث مدمج وبطىء.

ب- القلة الكمية للتعبير اللفظى والتكرار:

- وهنا ينخفض عدد الكلمات المتاحة للتعبير.
- تكرار ثابت لا يتغير بالنسبة للمقطع أو الكلمة أو جملة قصيرة.
- هذا التكرار الثابت يمكن أن يختلف من حيث الشدة والتردد اللحنى للصوت كل مرة.

ج- صعوبة إيجاد الكلمة: ويجد المريض صعوبة فى إيجاد الكلمة المناسبة لاتجاه وسير الحديث ويظهر ذلك فى المريض بتوقفه عن الكلام لفترة (يصحح لنفسه) وهو عرض يصاحب غالبية أشكال العى المعروفة.

د- البارافيزيا

... تعريفها: أى خلل يؤدى إلى تغير الصوت داخل الكلمة أو خلل يؤدى إلى تغير الكلمة داخل الجملة.

أنواعها:

١- **بارافيزيا الفونيم** : وتشتمل على استبدال - إضافة - إعادة ترتيب الصوت المنطوق وفيها يمكن الاحتفاظ بأكثر من نصف الكلمة.

٢- **بارافيزيا اللفظ:** تستبدل بالكلمة أخرى موجودة بالقاموس اللغوى أو باللغة الخاصة بالمريض وهى نوعان:

٢/ أ- بارافيزيا المضمون : تستبدل بالكلمة كلمة أخرى لها علاقة بالمعنى مع الكلمة المقصودة وتعطى تلميحات تعنى أن الكلمة فى الذاكرة الدائمة.

- تعكس مدى الصعوبة فى عملية الاستدعاء أكثر من عملية النطق.

بارافيزيا عشوائية : وفيها نستبدال بالكلمة كلمة أخرى ليس لها أى علاقة بالمعنى.

٢/ ب- نيو لجزم : وهى عبارة عن أجزاء لغوية تستخدم ككلمات بالرغم من أنها غير موجودة بالقاموس اللغوى للغة، ويحدث تغير فى التركيب الصوتى فى أكثر من ٥٠٪ من الكلمة المستخدمة نتيجة التكسير فى اللغة المنطوقة.

الاضطرابات المصاحبة للعى :

عدم القدرة على معرفة أو التعرف (تمييز) على المثير الحسى المرسل إليه.

مثال: مريض لديه إصابة مخية تعوقه فى الاستقبال بالسمع ولكنه يمكن أن يدرك ويستقبل عن طريق النظر (يمكن أن يقرأ ما يكتب له).

* هذا على النقيض من الحس، فالمريض يجد صعوبة فى الاستيعاب بغض النظر عن الشكل الذى تقدم به (سمعى – بصرى).

أنواعها:

١- **أجنوزيا سمعية:** عدم قدرة المريض على تمييز أو التعرف على الأصوات المسموعة سواء للكلام أو الضوضاء الشائعة (المألوفة) بالرغم من عدم وجود ضعف سمعى.

٢- **أجنوزيا بصرية:**

* عدم القدرة على التعرف أو التمييز البصرى للأشياء مثلًا بالرغم من عدم وجود عيوب بحدة الإبصار (ضعف).

* عدم تمييز الألوان أو الفراغات أو التخيل أو الوجوه التى كان يعرفها من قبل.

١١- **الأبراكسيا (الأفرقسية)**

التعريف: عدم القدرة على القيام بفعل حركى (متعلم للمريض قبل الإصابة المرضية) بالرغم من سلامة المسارات العصبية (حسية وحركية) واستيعابه للمثير Stranulus.

الأعراض:

١- صعوبة فى الأداء الحركى الإرادى فى الطرف غير المصاب بالشلل.

٢- نقص فى المهارة وبطء فى الأداء.

٣- قصور فى أداء الحركات المفيدة للخلل فى التخطيط لهذه الحركة.

ملحوظة: هذه الأعراض ناتجة عن عدم تكامل الإشارات العصبية الحسية بسبب إصابة بالقشرة المخية الخلفية.

أمثلة:

أ- اضطرابات فى اتجاه الحركة وشكل الحركة.

مثال: عدم قدرة المريض على خلع الجاكيت.

ملحوظة: أبركسيا يمكن أن تصيب (الفم - الشفاة – اللسان- وعضلات تعبير الوجه أو البلعوم أو الحنجرة) وينتج عنها اضطراب فى الحركة التى لا يصاحبها كلام أو مع أبراكسيا الكلام وتكون الحركة الأوتوماتيكية سليمة لنفس العضلات.

أبراكسيا الكلام:

- يحدث صعوبة فى برمجة الحركات اللازمة لعملية النطق.
- أخطار كثيرة على مستوى الفونيم.
- عدم ثبات الخطأ (الخطأ متغير).
- زيادة الخطأ فى الفونيم بزيادة طول الكلمة.

الحبسة الكلامية:

مجموعة الاضطرابات فى الكلام الناتجة من إصابة الجهاز العصبى المركزى أو الطرفى.

التحسن التلقائى للعى :

تعريفه: هو العملية التى يحدث فيها استرجاع أو تحسن تلقائى للوظائف اللغوية فى فترة زمنية (٢-٦ شهور).

مظاهر التحسن التلقائى:

- المريض الذى لا يتحدث يبدأ التحدث (كلمات قليلة).
- ظهور القواعد النحوية فى الحديث.
- زيادة طول الحديث.
- قلة الترديد والتكرار.
- قلة الرطانة والعبارات التى ينطقها المريض ولا توجد باللغة.

التفسير:

- قصور مؤقت فى الوظائف المخية (خلل مؤقت) ورجوعها للوضع الطبيعى.
- ذوبان الجلطة أو توقف النزيف.
- تحميل وظيفة المنطقة المصابة بالمخ إلى منطقة أخرى سليمة.

العوامل التى تؤثر فى الشفاء التلقائى:

١- مريض الإصابة الدماغية يتحسن أفضل من مريض الجلطة.

٢- مكان الإصابة ونوع العى (عى بروكا أو العى التعبيرى) أفضل فى التحسن من العى الاستيعابى أو عى فيرونيكس.

٣- الشدة المبدئية للإصابة.

٤- المدة الزمنية للمرض وتطوره.

٥- السيادة المخية حيث نجد أن المرضى الذين يستخدمون اليد اليسرى أفضل فى التحسن من المرضى الذين يستخدمون اليد اليمنى.

٦- مكونات اللغة تتحسن أفضل.

٧- درجة المعرفة والثقافة للمريض قبل مرضه (القدرات اللغوية قبل الإصابة).

معايير التحسن:

١- وجود فروق بين تقييمات المريض.

٢- المدة الزمنية بين تقييمات المريض لا تقل عن أسبوعين.

٣- درجة التقييم (نطرح درجة التقييم الأول Early Score من الدرجة الأخيرة).

تحسن العى عند المريض الذى يتحدث أكثر من لغة:

١- تحسن متوازى جنبًا إلى جنب.

٢- تحسن فى لغة أكثر من لغة.

٣- تحسن تتابعى.

٤- تحسن للغة دون الأخرى.

٥- تحسن للغة بينما تضمحل اللغة الأخرى.

التقييم لمريض العى:

١- التاريخ للمريض.

٢- الفحص الكامل للمريض وخاصة الجهاز العصبى بالكامل.

٣- الفحوصات الطبية اللازمة.

٤- اختبارات اللغة للعى.

٥- اختبارات القياس النفسى للعى.

١- التاريخ المرضى:

المعلومات الشخصية للمريض: يتم فيه التعرف على المشكلة المرضية وتاريخ بدايتها وتطورها ثم السؤال عن الأعراض المختلفة التى يمكن أن تحدث للمريض

والاستفسار عنها وتاريخها الزمنى كما يتم جمع المعلومات التى توضح زمن الإصابة – نوعها – شدتها – مكانها.

٢- فحص المريض طبيًا:

أ- فحص عام للمريض.

ب- فحص خاص للجهاز العصبى.

ومنه نتعرف على:

١ - مكان الإصابة.

٢- شدتها.

٣- طبيعة الإصابة.

٤ - السبب المرضى الذى أدى إلى إصابة الجهاز العصبى.

٣- الفحوصات :

الهدف منها :

١ - تقييم الحالة العامة للمريض.

٢ - التأكد من وتوثيق التشخيص المرضى.

أنواعها:

١ - الإشاعات: أشعة مقطعية – رنين مغناطيسى.

٢- التحليل: مثل تحاليل الدم المختلفة... إلخ.

التدخل:

الهدف منه:

١ - العلاج الطبى (أدوية – جراحة).

٢- التأهيل :

أ- النفسى ، ب- العلاج الطبيعى، ج- تأهيل العى التخاطبى.

علاج العى:

الآن نتعرض لسؤال مهم وهو ماذا يعنى العلاج وأهدافه؟

تم تعريف العى على أنه اضطراب فى القدرات اللغوية وتدهور للوظائف اللغوية لدى المريض، فالعلاج هنا يعنى إعادة التأهيل اللغوى لهذا المريض حتى يستطيع استخدام وظائفه اللغوية بشكل سليم وجيد يمكنه من العودة للتواصل الاجتماعى مع من حوله تخاطبيًّا؛ ولذلك يجب أن نحدد عدة نقاط:

١- التوقيت المناسب لبدء التأهيل التخاطبى.

٢- الوقت اللازم للتدريب وشكله.

٣- أهداف التأهيل التخاطبى.

٤- الوقت المناسب لنهاية التأهيل التخاطبى.

متى يبدأ العلاج التأهيلى لمريض العى؟

١- يجب علينا أن نبدأ العلاج التخاطبى حينما يكون المريض فى حالة استعداد بدنى ونفسى للقيام بالتدريبات المطلوبة؛ لأن ذلك يتطلب منه بذل الجهد للوصول لمكان العلاج والاستمرار فى الخطة العلاجية لفترة زمنية طويلة تمتد إلى أكثر من ستة أشهر.

٢- نبدأ العلاج خلال الفترة الزمنية التالية للإصابة على ألا نبدأ قبل الثلاثة أشهر الأولى ولا تتأخر حتى الستة أشهر؛ لأن هذه الفترة يحدث بها تحسن تلقائى فتزيد بها فرص الشفاء اللغوى إلى معدل عالٍ؛ نظرًا لاستجابة المريض للعلاج.

٣- لا يجب البدء فى العلاج عندما يكون المريض فى الفترة الحادة الأولى من الإصابة؛ لأنه يكون متهيجًا وغير مستقرٍ انفعاليًّا وحالته الصحية سيئة جدًّا.

٤- أيضًا لا يجب التأخر فى بداية العلاج عن هذه المدة السابقة نظرًا لتعرض المريض لأضرار نفسية بالغة نتيجة طول فترة المرض دون تدخل علاجى، وقد يصاب باكتئاب نفسى مزمن أو بعض الطرق الإرشادية أو قد ينعزل تمامًا عن التخاطب مع البيئة المحيطة.

الوقت اللازم للعلاج:

١- فى بداية العلاج يتلقى المريض جلسات مكثفة يوميًا لمدة ساعة تقسم إلى نصفين يتخللها فترة راحة لتفادى شعور المريض بالإجهاد.

٢- تقل الجلسات تدريجيًا حتى تصل إلى جلستين أسبوعيًا.

توقيت نهاية العلاج:

١- لا يوجد وقت محدد لنهاية العملية العلاجية والتى تستغرق فترة زمنية طويلة، وقد نصح العلماء بأن يتوقف العلاج حينما لا يظهر المريض أى تحسن ويتم ثباته عند حد معين.

٢- أيضًا عندما يصل المريض لأرقى درجات التحسن فى عمل الوظائف اللغوية.

٣- يفضل عدم إنهاء العلاج بشكل كلى ولكن يفضل أن يستمر المريض فى حضور الجلسات على الأقل مرة واحدة كل خمسة عشر يومًا وذلك لمتابعة حالته وملاحظة أى تدهور قد يحدث ثانية.

٤- التأكيد على أهمية هذه الجلسات لكى يحدث تدعيم وتشجيع مستمر للمريض على استمرار التواصل التخاطبى مع المجتمع وإصلاح أى مشكلات قد يتعرض لها المريض.

العوامل المؤثرة على نجاح العملية العلاجية:

١- أهمية بداية العلاج فى الوقت المناسب غير متأخر أو مبكرًا.

٢- نوع الإصابة وشدتها.

٣- نوع الاضطراب اللغوى سواء كان استقباليًّا أو تعبيريًّا.

٤- عمر المريض واليد المفضلة فى الاستخدام.

٥- درجة القصور اللغوى وكمية البقايا اللغوية، فكلما كان التدهور شديدًا كان نجاح العلاج محددًا.

٦- شخصية المريض والخلفية الثقافية والعمل السابق.

٧- ذكاء المريض السابق للمرض حيث يتأثر هذا المستوى بالإصابة.

٨- قدرة المريض على التكيف مع الإعاقة ووجود الدافعية لمتابعة العلاج.

٩- المدة العلاجية المكثفة التى تلقاها المريض (حيث العلاج المكثف تكون نتائجه أفضل من المتقطع بشكل ثابت ومؤكد علميًّا).

١٠-كمية الدعم الموجه للمريض لمواصلة العلاج وطريقة تقدم الحوافز المعطاة لاستمرار الدافعية وتقويتها حتى لو كانت ضعيفة، وذلك أقوى من التدعيم السلبى.

القواعد العامة للعملية العلاجية:

١- إخضاع المريض لبرنامج علاجى مكثف.

٢- بداية التدريب تكون باستخدام أدوات ذات حجم كبير، ورفع صوت المعالج، وخاصة بالنسبة لمرض الإصابة الاستقبالية.

٣- استخدام الموضوعات التى يهتم بها المريض وهواياته وعمله السابق.

٤- تشجيع الكلام التلقائى ورفع مستواه من خلال استخدام الحصيلة اللغوية المتبقية لدى المريض.

٥- استخدام القناة البصرية والسمعية معًا فى أثناء التدريب.

٦- اختيار المنبهات للعلاج مسبقًا وأن تكون كثيرة ومتنوعة كما يراعى أن يتم تكرار التدريب لعدد من المرات.

٧- مراعاة طريقة عرض المنبهات والتوقعات خلال الجلسة ذاتها.

الإرشاد الأسرى لمرضى العى :

تلعب الأسرة دورًا أساسيًّا فى العملية العلاجية حيث تكون البيئة المحيطة بالمريض إما محبطة له أو مشجعة له، وتلك البيئة المحيطة يجب أن تساعد المريض على اجتياز أزمة المرض حتى يصل للشفاء وبالتالى فيجب على المعالج اتباع الآتى:

١- إرشاد الأسرة لأهمية دورها فى العملية العلاجية وقدرتها على إعطاء وزيادة الدافع لدى المريض على مواصلة العلاج والشفاء من خلال تشجيعه وزيادة وقت التدريب بالمنزل.

٢- على الطبيب المعالج والأخصائى شرح طبيعة الإصابة وكيفية تأهيله وكيفية قبولهم التوقع بأنه لن يعود بعد العلاج طبيعيًّا تمامًا كما كان فى السابق.

٣- يجب على الأسرة العمل على تخفيف شدة القلق من خلال معاملات سهلة خالية من التوتر والقلق والعمل على التقليل من الإحباط والتهيج من تفهم المريض واحتياجاته بدلًا من أدائها عنه.

دور الطبيب المعالج:

١- تقديم المعلومات للمريض وأسرته عن طبيعة المرض وحالته وملاحظة أى تدهور قد يحدث ثانية.

٢- التأكيد على أهمية هذه الجلسات لكى يحدث تدعيم وتشجيع مستمر للمريض على استمرار التواصل التخاطبى مع المجتمع، وإصلاح أى مشكلات قد يتعرض لها المريض وأسبابه ونسبة توقعات الشفاء منه.

٣- يجب على الطبيب توضيح أبعاد العجز اللغوى والتغيرات السلوكية والانفعالية المصاحبة لمرضى العى.

٤- توضيح استمرار النطق التلقائى غير متأثر بأمراض فى الوقت الذى تختفى فيه كل الدرجات اللغوية الأخرى.

الطريقة المثلى لتخاطب الأسرة مع المريض:

١- يجب أن يتم توضيح طريقة التخاطب المثلى لمريض العى لأسرته حتى يتم التواصل التخاطبى بينهم بشكل جيد ولا يحبط المريض وينزوى جانبًا.

٢- يجب على الأسرة عدم تقديم الرسائل اللغوية المراد تبادلها مع المريض كتابة؛ وذلك لأن المريض لا يستطيع فهم الرسائل المكتوبة والمطلوب منها نتيجة لاضطراب القدرة على الفهم لديه، مما تعيقه عن فهم ما هو مكتوب.

٣- يجب أن يتسم حديث الأسرة مع المريض بالوضوح والبطء وإعطائه الوقت الكافى لكى يعطى الإجابة الصحيحة.

٤- يجب على الأسرة أن تشجع المريض على الدخول فى الأحاديث الأسرية بمبادلته تلك الأحاديث وتغيرها بدون إشعاره بعدم القدرة على مواصلة التبادل اللغوى بينهم.

٥- أهمية معرفة أهداف العلاج والطرق المختلفة من خلال برامج العلاج المنظمة.

الطرق العلاجية المختلفة :

سوف نتعرض فى هذا المضمار لعدد من النظريات العلاجية المختلفة التى تناولت العلاج:

أولًا: طريقة التنبيه العلاجية:

تعتمد هذه الطريقة على استخدام التنبيه السمعى للنظام الرمزى المضطرب كوسيلة أولية لتسهيل إعادة تنظيم معاناة اللغة لدى المريض.

أهمية هذه الطريقة:

١- أن التنبيه السمعى يؤثر على تنشيط الذاكرة السمعية داخل المخ حيث تؤثر كثرة التكرار على تغير عتبة الاستجابة.

٢- التنبيه الحسى ضرورى من أجل تنظيم واسترجاع الأنماط بالمخ.

٣- النظام السمعى له دور مهم فى اكتساب اللغة وذلك من أجل تصنيع المعلومات والتحكم بها من خلال التغذية المرتجعة.

٤- معظم مرضى العى يتأثر لديهم الجانب السمعى للغة من جانب فهم الكلام المسموع وهذه الوظائف خطوة أولية لتحسن المرضى.

٥- استخدام التنبيه السمعى المكثف يتمشى مع تعريف العى على أنه اضطراب لغوى متعدد الجوانب.

٦- التنبيه السمعى من أهم الخطوات العلاجية حيث يمتد لقنوات اللغة بشقيها الاستقبال والتعبير.

قواعد البرنامج العلاجى:

١- استخدام التنبيه السمعى المكثف ويفضل استخدام التنبيه السمعى والبصرى.

٢- يجب أن يكون المنبه سهل ومناسب.

٣- تكرار المنبه الحسى السمعى من أجل زيادة كفاءة القناة السمعية.

٤- كل منبه يؤدى إلى استجابة.

٥- لا يجب إصلاح الاستجابة أو الإصرار على الحصول عليها إن لم تكن هناك استجابة مناسبة.

٦- محاولة الحصول على أكبر عدد من الاستجابات.

٧- إمداد المريض بالتغذية المرتدة عند الإجابة الصحيحة لرفع معنوياته.

٨- العمل بنظام مكثف يتماشى مع احتياجات المريض.

٩- استخدام مواد علاجية متنوعة كثيرة مثل الكلمات المألوفة.

١٠-بداية الجلسات تكون بتدريبات سهلة على المريض للوصول إلى أنشطة أصعب.

التأكيد على أهمية أداء البرنامج العلاجى أهم من كم المواد المقدمة بداخله حيث وجد أن:

١- عرض المنبهات معتمدًا على استخدام القنوات الحسية والبصرية يحسن من أداء المريض.

٢- التدريبات العلاجية لاستخدام التسمية وقراءة الكلمة تؤدى لنتائج أفضل.

٣- الإفراط من تلوين الواقعية يسهل عملية التسمية.

٤- عرض الرسومات الكبيرة أفضل من الصغيرة مع التسمية.

٥- يفضل المرضى رؤية الرسومات الكبيرة عن الصغيرة بالرغم من عدم إصابة البصر.

٦- يساعد التكرار حتى عشرين مرة لكل كلمة قبل الحصول على استجابة مع بطء عرض المنبهات.

٧- وجود قصور فى مجال الذاكرة اللفظية فى كل مرضى العى، ويستجيب للجامدة أكثر من المجردة.

٨- التكوين السياقى يكون متأثرًا، ولذلك من المهم تأكيد الأصوات فى اللفظ الواحد وخاصة فى أوله.

٩- وضع العوامل النفسية والإعاقة البدنية فى اعتباره فى أثناء جلسة العلاج.

١٠-يبدأ البرنامج العلاجى من نقطة انهيار اللغة ثم يتقدم تدريجيًّا من أسهل إلى أصعب.