

失语症患者语言训练中的心理护理探讨

顾葫芦

[关键词] 失语症;语言康复;心理护理

中图分类号:R473.5,R493 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2004)11-0719-01

[本文著录格式] 顾葫芦.失语症患者语言训练中的心理护理探讨[J].中国康复理论与实践,2004,10(11):719.

失语症指人类获得语言后,因某种原因使神经中枢语言区及其相关区域受到损伤,而产生的后天性语言机能的障碍,即大脑对语言符号的接受、加工、整合和传出等出现障碍。失语症多见于成人,主要原因是脑血管病、脑外伤、脑肿瘤及脑组织炎症等;也可见于儿童,称为儿童获得性失语,主要原因是脑外伤。

在为失语症患者进行语言治疗时,应注意到人是一个生物、心理、社会相结合的整体,心理护理十分重要。现将我们的经验总结如下。

绝大多数患者早期常见的心理防御反应,对自己语言功能受损不能接受,心情悲观,有的甚至封闭自己,拒绝与外界沟通。作为语言治疗师,应采用适当手法,诱导起发音。当患者特别是某些严重刻板语患者忽然听到自己发出一个正确音,将会十分兴奋,自信增强,有助于激发语言训练的欲望,方便以后逐步引入正确训练轨道。

发病前文化程度、社会地位较高的患者往往已认识到自己在语言功能上的缺陷,而外表上不肯承认,甚至在训练过程中社会角色的互换欠佳,使得训练陷入僵局。对此患者采用打击疗法,然后再适当给予鼓励,使其逐步进入角色,配合治疗。对文化程度较低的患者,不宜采用电脑、多媒体等训练项目,否则会带来反感心理。

经过3-5d训练后,患者可能认为没有达到立竿见影的理想效果,会对训练不满意,所以对开始训练前应根据评估结果,向患者及家属说明训练效果、预后和需要训练的时期等,告知语言训练是一个需经较长时间不断努力的治疗过程,它的愈后与年龄、利手、文化程度、性别、智商水平、训练欲望等都有密切的关系,让他们对训练效果有正确的预期。而且语言能力还可以通过非口语语言交流方式进行补偿,如绘画、书写、手势、标记、甚至交流板等。

在语言训练过程中,有部分自尊心特别强的患者会拒绝家属观看,一旦家属在身边,患者会很不自在,发挥。这时,语言治疗师与家属的沟通不宜在患者面前进行,并谢绝旁人观看。

作者单位:214008 江苏无锡市,江苏省无锡市崇安人民医院。作者简介:顾葫芦(1972-),女,江苏无锡人,护师,研究方向:语言-言语障碍康复。

在给患者做初期评估或中、末期评估时,不宜让患者看到得分结果。在训练过程中,一般患者对自己的回答正确率较敏感。当他正确回答时要给予肯定和表扬;在误答时,不要直接给予否定,应鼓励他“您再看看”、“您再说一遍”,否则,在连续受到否定后,患者明显对训练产生排斥。当言语失用的患者进行复述时,在误答2-3遍后表情会很沮丧,认为自己很笨,这时应鼓励他:“没关系,你说得不错!”并马上转移话题,降低下一课题难度,使其能正确回答而提高兴奋性;在进行词与图匹配阅读理解或者听词指图的听理解训练时,不要等待时间太长,3-4s后患者仍在犹豫应马上告诉其正确答案。

所有失语患者,包括严重的韦尼克失语者,虽然对语言的理解力下降,但他们通过别人的神态、动作、语言、手势等非语言交流方式能感受到治疗师对他们的态度、看法、负责程度,所以,治疗师的行为举止必须得体。对于有一定理解的Broca失语患者,训练前要做好解释工作,否则在训练初期,他虽然正答率不高也会认为训练项目太简单,怀疑治疗师在敷衍他,例如:伴口颜面失用者进行口面部动作模仿时,他会拒绝。

失语伴半侧空间忽视患者在进行听理解训练时会较烦躁,并固执地把图片移到非忽视侧。这时应细心做好解释工作,说明半侧间忽略不改善,今后生活自理能力会受影响。语言治疗师应尽量在患侧,并经常提醒其注意患侧。

在成人患者的语言训练中,除了命名训练,应尽量采用黑白图片,不要采用彩色图片或卡通图片,否则他会有被人视为小孩的感觉;而在儿童获得性失语训练中,采用色彩鲜明、画面可爱又逼真的图片较能吸引注意力,患儿愿意配合。

治疗师应与患者建立一种平等的、相互信赖的朋友关系,让患者在治疗师面前完全放松,消除紧张情绪,整个训练过程在活跃的气氛中进行。在训练儿童时,不要以老师和学生的关系呈现;对性格内向的患儿宜保持气氛活跃,多穿插游戏等;对比较多动或注意力不太集中的患儿应稍严肃和加以引导;患儿有正确回答时应及时给予鼓励,如:食物、口头表扬、拥抱、触摸等,因为他们很需要被人疼爱 and 具有安全的感觉。

定期进行小组训练可以改善患者心理问题。训练时把2-3人分成1个小组,模拟日常生活的场景扮演各种角色,或做游戏、唱歌等,在设定的日常生活场景中促进相互交流的主动性,提高日常生活交流的能力,以利于回归家庭及社会。

(收稿日期:2004-09-15)