Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: 20 (1984)

Heft: 9

Artikel: Der Patient mit einer Hemiplegie und sein Verhalten aus der Sicht der Sprachtherapie

Autor: Schalch, Friedel

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-930278

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Der Patient mit einer Hemiplegie und sein Verhalten aus der Sicht der Sprachtherapie.

Eine Zusammenfassung der Referate anlässlich des Bobath-Kurses im Stadtspital Waid vom 12.–22. Oktober 1983 und vom 3.–7. Januar 1984.

Friedel Schalch, Logopädin am Stadtspital Triemli Zürich

Immer wieder begegnet man Fragestellungen beim Umgang mit Hemi-Patienten.

Da fragt z. B. die Frau eines Patienten:

> ...ich verstehe ja, dass mein Mann Schwierigkeiten beim Gehen und mit den Armbewegungen hat. Aber warum beginnt er in x-beliebigen Situationen zu weinen?

Die Tochter, die ihren Vater pflegt, wundert sich:

> ...warum ist mein Vater jetzt so ungeschickt und stösst sich immer wieder an?

Eine Nichte ist beunruhigt über ihre Tante:

> ...meine Tante war eine sehr exakte Hausfrau, ich kann mir nicht erklären, warum sie jetzt so schlampig ist.

Der Gatte einer Patientin hat Kummer:

> ...meine Frau war stets zufrieden und fröhlich, und nun kann ich ihr nichts mehr recht machen. Was hat sie denn andauernd herumzunörglen?

Die Listen der Fragen könnte beliebig fortgesetzt werden. Jede Person, die mit Hemiplegie-Patienten zu tun hat, begegnet ihnen. Es ist schon viel über diese Patienten geschrieben worden, ganz besonders über deren physische Störungen.
Man macht sich aber allgemein zu wenig Gedanken über die verhaltensmässigen, die intellektuellen und über die emotionalen Veränderungen. Man beginnt gewöhnlich sehr früh nach dem Ereignis mit physikalischer Therapie und hofft, dass mit der Erholung des Bewegungsapparates sich auch die anderen Beeinträchtigungen bessern werden.
Wenn nicht, was dann?

Vielleicht vermögen die nachfolgenden Ausführungen etwas erhellen, was für Erscheinungen sich zeigen können, und wie man ihnen begegnen kann.

Ein Schlaganfall beeinträchtigt das Gehirn nicht überall gleich stark. Die verschiedenen Ausfallserscheinungen und/oder Beeinträchtigungen sind abhängig von Art, Ausdehnung und Örtlichkeit der Verletzung.

So gibt es Hirnpartien, die normal weiter funktionieren und andere, die nur noch herabgesetzte oder sogar überhaupt keine Leistungen mehr vollbringen können. Bei keinem Patienten ist es gleich. So kommt es vor, dass ein Patient vielleicht einmal eine schwierig scheinende Aufgabe zu lösen vermag und handkerum eine ähnliche nicht. Ein anderer Patient bringt einmal eine Leistung gut, bald einmal weniger gut zustande. Ein dritter Patient glaubt vielleicht alles selber tun zu können, während ein vierter sich gar nichts mehr zutraut, usw.
Ein Linkshirn-Verletzter zeigt andere Verhaltensweisen als ein Rechtshirn-Verletzter und doch sind beiden vielerlei Leistungseinbussen gemeinsam.

Werfen wir zunächst einen Blick auf einen Linkshirn-Verletzten, einen Patienten mit einer Hemiplegie rechts:
Die meisten dieser Patienten zeigen Sprach- und/oder Sprechstörungen. Weil nun die Sprache unser Hauptkommunikationsmittel ist, wird ein Mensch, der nicht mehr richtig sprechen, verstehen schreiben und/oder Lesen kann, nicht selten als «geistig Behinderter» angesehen. Zum Beispiel heisst es: «Ein solcher Patient kann ja nicht mehr richtig kommunizieren. Was solls? Lassen wir ihn in Ruhe, schirmen wir ihn ab, sprechen wir möglichst wenig mit ihm. Eine Antwort ist sowieso nicht zu erwarten.»
Tun Sie das nicht! Nehmen Sie den Patienten so natürlich wie möglich auf in der Gemeinschaft (Familie, Gruppe, Freundeskreis usw.)
Zum Glück ist Sprache nicht unser einziges Kommunikationsmittel. Gesten, Mimik, Augenbewegungen und vielleicht Laute, evt. einzelne Wörter oder Reste davon helfen bei den täglichen Verrichtungen doch zu einer Kommunikation.
Nützen wir diese aus! Nehmen wir alle Kommunikationsmöglichkeiten auf, insistieren wir auf keinen Fall auf dem Wortgebrauch, wenn sich dies als zu schwierig erweist. Fortwährendes Fordern könnte Widerstände und Frustration bewirken.
Viele Patienten reagieren sehr natürlich und gesellschaftlich adäquat auch ohne Sprache zu gebrauchen oder zu verstehen. Es ist daher sehr wichtig, dass man anfänglich abklärt, wie viel ganz konkret gesehen, ein Gehirnverletzter noch versteht.

Zögern Sie nicht, in solchen Fällen einen Sprachtherapeuten zuzuziehen. Er zeigt Ihnen, wie Sie mit kurzen, klaren und direkten Sätzen Zugang zum Patienten finden können.

Zum Beispiel beim Üben einer Bewegung fassen Sie sich direkt und kurz:

Stehen Sie auf!
Stehen Sie gerade!
Heben Sie den Fuss!

Nennen Sie nur einen Teil der Bewegung aufs Mal. **(Gliedern Sie eine Aufgabe immer in einzelne Teilschritte. Schalten Sie unbedingt nach jedem einzelnen Satz eine kurze Pause ein!)**

Damit werden Sie Enttäuschung (falsche Erwartung) und Frustration vermeiden helfen und nicht ins falsche Schlüsse zu ziehen geraten müssen, wie:

...der Patient ist nicht kooperativ!
...der Patient verhält sich senil!
...der Patient ist mürrisch und sogar böse!
...der Patient verhält sich irrational!
usw.

Wenn Sie Fragen stellen müssen, halten Sie bitte diese auch so knapp und präzis:

Sind Sie müde?
Wollen Sie Wasser trinken?
Ziehen Sie den Pullover an?

Warten Sie bitte auf Antwort, bevor Sie weiterfragen. Stellen Sie nie Auswahlfragen wie z. B.: Sind Sie müde oder geht es noch? Auswahlfragen sind zu kompliziert und schaffen Verwirrung.

Sprechen Sie mit einem sprachgestörten Menschen auch nicht zu laut. Sie treffen bei Hemiplegiepatienten nicht mehr Leute mit Hörschäden an, als bei der Gesamtpopulation der entsprechenden Altersstufe. Zu lautes Sprechen kann irritierend wirken.

Ein Patient mit einer linksseitigen Hirnverletzung und einer rechtsseitigen Hemiplegie kann zusätzlich zu den Sprachproblemen weitere Auffälligkeiten zeigen. Diese sind oftmals zu beobachten bei neuen, ungewohnten Aufgaben. Es sind dies zum Beispiel:

- eine allgemeine Verlangsamung,
- eine übertriebene Vorsichtigkeit,
- sehr grosse Ängstlichkeit,
- eine ungewohnte Unordentlichkeit

Ein solcher Patient braucht sehr viel Ermunterung. Er braucht auch zusätzlich viel Bestätigung (Feed back).

Wie können wir seine Leistung bestärken? Wenn der Patient verbales Feed back nicht versteht, so geben Sie ein Lächeln, nicken Sie mit dem Kopf, oder geben Sie ihm einen leichten Klaps auf die Schulter. Wenn er Gesprochenes versteht, sagen Sie vielleicht: «Gut! oder Fein! oder Prima!» usw.

Diese Forderungen sind nicht übertrieben, denn ein Hemiplegiepatient braucht besonders am Anfang seines Leidens vermehrte Zuwendung. Mit der Zeit normalisiert sich der Bedarf diesbezüglich wieder etwas.

Wichtig für die Erteilung eines «Feed back's» sind folgende Punkte:

- geben Sie nur ehrliche Bestätigungen. Der Patient fühlt falsches Lob bald einmal und wird misstrauisch.
- geben Sie die Bestätigung sofort. Warten Sie nicht, bis die ganze Übung fertig ist. Das könnte zu lange dauern, so dass der Patient nicht mehr weiss, wofür Sie ihn loben.

Für den Fall, dass es bei der Ausführung einer Order Fehler gibt, warten Sie ruhig einen Moment. Korrigiert der Patient selber? Vielleicht können Sie ihm auch nur ein Zeichen geben, um ihn aufmerksam zu machen. Versuchen Sie auch Korrekturen in möglichst positiver Art zu geben.

Ein Patient mit einer Rechtshirn-Verletzung und einer Hemiplegie links zeigt im allgemeinen weniger Schwierigkeiten mit der Sprache als mit spatialer Wahrnehmung (Distanz, Lage, Grösse, Form, Bewegungsumfang, Ganzes-Teil-Relationen usw.) Manchmal können Ausfälle, wie die eben beschriebenen auch in einer gewissen Relation zu den sprachlichen stehen. Aber nicht immer.

Nicht selten wird nämlich geglaubt, dass ein Patient, der sprechen und verstehen kann, auch in anderen Belangen «unversehrt» sei. Dem ist leider nicht immer so. Aus diesem Grunde ist es wichtig zu wissen, dass räumliche Wahrnehmung ebenso wichtig ist, wie Sprache. Ein stark raum-wahrnehmungsgestörter Patient hat mehr Mühe, zu sich zu schauen und die täglichen Verrichtungen auszuführen, als ein stark sprachgestörter. Ein solcher Patient hat unter Umständen Mühe:

- den Rollstuhl durch die Türe zu schieben, ohne ständig an den Türkanten anzustossen.
- mit der Gabel zum Mund statt zum Ohr zu gelangen.
- die Kaffeetasse auf den Unterteller statt daneben zu stellen.
- den Unterschied zwischen der inneren und der äusseren Seite seines Pullovers zu erkennen.
- die linke Seite (des Körpers oder eines Gegenstandes) nicht mit der rechten zu verwechseln.
- das Gleichgewicht zu finden.
- die richtige Distanz zu erfassen, (z. B.

nicht zu weit oder zu kurz nach einem Objekt zu fassen).
- beim Lesen die Zeile zu halten.
- Zahlen zusammenzuzählen (nicht weil er nicht rechnen kann, sondern weil er die Kolonne verliert.) usw.

Ein Patient mit Raum-Wahrnehmungsstörungen sollte auch nicht Autofahren!

Patienten mit einer Rechtshirnstörung werden leicht überfordert. Sie sind im Gegensatz zu den Linkshirngestörten eher impulsiv und ungeduldig. Sie erfassen ihre Störungen vielmals nicht, ja sie verneinen sie sogar. (e.g. ein Patient, der im Korridor um die Ecke fahren musste und jedesmal anstiess, meinte: «Wenn ich einen besseren Rollstuhl hätte, käme ich glänzend um jede noch so enge Kurve. Bei diesem stehn die Räder nicht im richtigen Winkel.»)

Ein Patient, der seine Störung nicht richtig erfasst, tut auch Dinge, die gefährlich sein können:

- er nimmt den Stock nicht dorthin, wo er sollte.
- er findet seine Beinschiene passe überhaupt nicht und sei überflüssig.
- er geht ohne Geld fort und schaut auch nicht auf den Weg.
- er spaziert in den Socken aufs Clo.
- er lässt unbedacht heisses Wasser über seine Hände laufen. etc.

Weil solche Patienten viele Situationen so schlecht beurteilen können, ist es das beste, sie ihr Vorhaben demonstrieren zu lassen, und sie ab und zu durch ein Wort zu unterstützen.
So wie der Linkshirn-Verletzte versagt, wenn man ihn mit einem Wortschwall überschüttet, so vermag der rechtshirngestörte Patient eine Leistung nicht zu vollbringen, wenn man ihm eine ganze Handlungsabfolge vordemonstriert.

Das Gebot heisst also auch hier: Schritt für Schritt vorgehen!

Der Patient kann dazu lernen, sich selber verbal Stichwörter zu geben, z.B.:

- Kaltwasserhahn aufdrehen
- Glas nehmen,
- Glas unter Wasserstrahl halten,
- Glas füllen,
- volles Glas auf Teller stellen,
- Wasserhahn zudrehen.

Auch ein Patient mit einer Rechtshirnverletzung braucht viel «Feed back». Dieses soll hier in erster Linie zur angemessenen, sorgfältigen (nicht überstürzten) Ausführung der Anordnung ermuntern.
Diese Patienten vertragen meistens kritische Äusserungen schlecht. Es ist ihnen aufgrund ihrer Hirnverletzung nicht möglich, zu diskutieren. Als gute Hilfestellung bei der Ausführung von Aufgaben haben sich visuelle Stützpunkte und eine ganz bestimmte Ordnung im Ablauf der Handlung erwiesen.

Ganz «reine» Fälle von «nur» Rechtshirn-Verletzten oder Linkshirn-Verletzten findet man selten. Ebensowenig trifft man auf Patienten mit «gleich grossen» Ausfällen.
Öfter aber begegnet man Hemiplegiepatienten, deren Lähmungserscheinungen innerhalb von Stunden oder Tagen sich zurückgebildet haben und die nur kleine Hirnleistungsschwächen aufweisen.
Da bekannt ist, dass viele Aufgaben des täglichen Lebens nur von einem «voll»-leistungsfähigen Gehirn bewältigt werden, können solch kleine Schwächen am Arbeitsplatz sehr behindernd wirken. Es kommt dann zu Diskrepanzen wie folgenden:

- eine Person war ordentlich
- eine Person benannte Dinge am richtigen Ort und zur rechten Zeit.
- die Arbeitsleistung war konstant.
- eine Person war zurückhaltend, taktvoll.
- eine Person war sparsam, kaufte überlegt und klug ein.
- eine Person war kontaktfreudig und aufmerksam.

- jetzt ist sie unordentlich.
- jetzt werden die Dinge am falschen Ort und Zeitpunkt benannt.
- jetzt ist sie schwankend.
- jetzt ist sie vorlaut, distanzlos, aggressiv.
- jetzt verschleudert sie Geld.

- jetzt ist sie zurückgezogen und fahrig.

Alle die genannten und weitere Verhaltensmuster können im täglichen Leben nicht nur befremden, sondern auch störend wirken. Man deutet sie oft als «psychologische» Probleme. Vielmal aber ist der Grund zu solchen Störungen in Hirnleistungsdefekten zu suchen. Zum Beispiel kann ein Patient, der Handlungen nicht genau ausführt (schmuddelig und verschmiert ist), einen visuellen Defekt haben. Ein anderer Patient, der grübelnd, depressiv und uninteressiert scheint, kann ein Sprachdefizit aufweisen, und ein weiterer Patient, der nur einen Socken angezogen und seine Hosen nicht richtig geschlossen hat, leidet unter einem Gedächtnisdefekt. usw.

Es ist wichtig, dass solche Patienten ihr Verhalten selbst erkennen lernen, um wieder

möglichst situationsadäquat reagieren und handeln zu können. Hilfestellungen sind hier notwendig:
Man vergewissere sich stets, ob ein Auftrag verstanden worden ist. Visuelle Hilfen (z.B. ein tiefgesetzter Spiegel, evt. auch klare, einfache (aber bitte keine kindlichen) Zeichnungen etc. können die Kontrolle erleichtern.
Die Fehler sind als «Tatsachen» und nicht als «straffällige Tat» zu sehen.

Viele Hemiplegiepatienten vernachlässigen eine Seite ihres Körpers (solche mit Rechtshirnschäden vermehrt). Sie erkennen dabei den eigenen Arm oder das eigene Bein nicht mehr. Man nennt dies einen Neglekt. Dieser kann auf alle Sinne beeinträchtigend wirken. Es kann dabei vorkommen, dass der Patient meint, es sei eine andere Person bei ihm im Bett; oder vielleicht erkennt er eine Person, die auf der betroffenen Seite nicht mehr steht; etc. Das Problem des «Neglekt» lässt sich nicht einfach als ein sensorischer Verlust erklären. Ein Mensch z.B., der auf einem Ohr taub ist, dreht, um besser zu hören, den Kopf nach der Schallquelle hin. Ein Patient mit einem Neglekt ignoriert die betroffene Seite vollständig. Es ist, als gehöre sie gar nicht mehr zu ihm. Oftmals ist für einen solchen Patienten die Welt in der Mitte geteilt. Zum Beispiel wird konsequent nur die eine Hälfte des Tellers leergegessen; oder beim Schreiben nur die eine Hälfte des Papierblattes ausgefüllt; oder vom Bett aus wird nur der eine Teil des Zimmers wahrgenommen, der auf der gesunden Seite des Körpers liegt usw. Ein solcher Patient ist oft verwirrt, zerstreut und bedarf besonderer Hilfestellungen (im Bobath-Kurs besprochen).

Als weitere Ausfälle bei Hemiplegie-Patienten sind diejenigen des Gedächtnisses zu nennen. Fast jede Hirnverletzung führt zu Gedächtniseinbussen, genauso, wie zur Verlangsamung aller Prozesse. Gedächtnisstörungen betreffen die Leistungen beider Hirnhälften (spatiale Wahrnehmung, Sprache usw.). Aber wenn auch weder auffällige sprachliche noch spatiale Probleme festzustellen sind, können Gedächtnisdefizite beobachtet werden.

Zum Beispiel:

- eine verkürzte Erinnerungsspanne (Defizit im Kurzzeitgedächtnis)
  (Hier können kurze, klare Anweisungen eine Hilfe bedeuten.)
- Gedächtniseinbussen für Neues oder Altes.
  (Gedächtnisstützen:
  - in Form von Zetteln, z.B. für Arztbesuch usw.
  - in Form einer Foto, z.B. zum Erkennen der Zimmertür usw.
  - in Form eines akustischen Signals, z.B. zum Innehalten eines Zeitabschnittes usw.)
- Mühe mit Generalisieren.
  Im Spital geht der Transfer vom Bett zum Stuhl.
  Zuhause versagt der Patient.
  (Für einen solchen Patienten ist der Routineablauf sehr wichtig. Wenn Veränderungen vorgenommen werden müssen, ist es eine Hilfe, dies dem Patienten zum voraus anzumelden und dann Schritt für Schritt vorzugehen, immer vom Bekannten aus. Bei jedem Fortschritt ist ein «Feed-back» zu geben, damit der Patient seinen Erfolg nicht gleich wieder vergisst.)
- Bei Lernschwierigkeiten kann mit Vorteil vom Familiären aus in ganz kleinen Schritten Neues aufzubauen versucht werden.

Ein weiterer Hemmfaktor für den Hemiplegie-Patienten ist seine labile Emotionalität. Er kann sie vor allem, wenn er noch nicht neurologisch stabil ist, nicht steuern. Er bricht öfters, und viele Male ohne ersichtlichen Grund, in ein Lachen oder Weinen aus. Dies ist eine der Folgen des Hirnschadens. Man hilft dem Patienten am besten durch eine momentane, kurze Ablenkung. (z.B. mit dem Finger «schnappen», den Patienten beim Namen nennen, eine Frage stellen usw.)
Das Weinen kann auch als Folge der depressiven Grundstimmung des Patienten auftreten. Es ist dann eine natürliche Reaktion auf etwas Verlorenes oder auf eine abrupte Änderung des Lebens. Meist ist der Patient froh, wenn er «herausgerissen» wird aus einer ungewollten Gefühlsäusserung. Bei starken und länger dauernden Depressionen usw. sind Arzt und/oder Psychologe zuzuziehen.

Bei Hemiplegiepatienten stösst man zuweilen auch auf Anzeichen von sensorischem Verlust. Diese Patienten können Signale, die von der Umwelt her kommen, nicht oder nur noch teilweise aufnehmen.
Man weiss, dass auch älter werdende Menschen zum Teil unter sensorischen Einbussen zu leiden haben. Ein Patient mit einer Hemiplegie hat noch zusätzliche Krankheitsprobleme zu verkraften. Ist es da erstaunlich, wenn sich dabei manchmal Irritiertheit, Confusion, ja sogar Trugvorstellungen und/oder Halluzinationen einstellen?
Für Patienten, die unter Isolierung und unter zu kleiner Interaktionsmöglichkeit infolge herabgesetzter Wahrnehmungsfähigkeit leiden, ist es gut, wenn man sie möglichst nicht

allein lässt, wenn man mit ihnen spricht und/oder sie taktil stimuliert. Dabei ist es wichtig zu wissen, wieviel und was für Stimuli man einem Patienten anbieten muss, denn jeder Mensch reagiert anders und hat andere Bedürfnisse. Für den einen Patienten bedeutet schon ein leichter Stimulus genug Anreiz, während für den andern z. B. gleich mehrere Personen und dazu erst noch Musik nötig sind.

Aus den hier dargebotenen Ausführungen lässt sich erkennen, wie wichtig es ist, den Patienten mit einer Hemiplegie als Ganzheit eines eng ineinander verwobenen Gefüges psychischer und physischer Geschehnisse zu erkennen und zu behandeln.

Der Verschiedenartigkeit der Ausfälle wegen, die sich zudem oft nur in bestimmten Situationen und unter gewissen Umständen zeigen, dürfte das Gebot der Stunde heissen:

«Ausgewogenes Teamwork aller Beteiligten rund um den Patienten.»

Literatur:

American Heart Association:
STROKE: Why do they behave that way?
Washington 1974
LIATOWITSCH: Psychologische Aspekte der Situation und Rehabilitation von Hirnschlagpatienten. Bernina Druck, 1979

Korrespondenzadresse:

Friedel Schalch
Logopädin
Stadtspital Triemli
CH 8063 Zürich