

# Sprachstörungen nach einem Schlaganfall

## Vom Umgang mit Schlaganfall-Betroffenen (2)

Von Dipl.-Psych. Helena Harms

Wird bei einem Schlaganfall oder einem Unfall die **sprachdominante Hemisphäre** geschädigt (das ist die Hirnhälfte, die bei einem Menschen überwiegend für die Steuerung der Sprache und des Sprachverständnisses zuständig ist, bei den meisten Rechtshändern ist dies die linke Hirnhälfte), kommt es oft zu Sprachstörungen. Diese können unterschiedlich stark ausgeprägt sein. In schweren Fällen kann es zu einem totalen Sprachverlust kommen. Das heißt, dass die Fähigkeit zu sprechen und die Sprache zu verstehen komplett verloren geht. Der Ausfall der Sprache bedeutet jedoch nicht, dass auch andere intellektuellen Funktionen betroffen sein müssen. Sehr oft versteht der Betroffene, was mit ihm passiert ist. Er ist in der Lage, nicht-sprachliche Informationen wie Aufforderungen durch Gesten und Gesichtsausdrücke richtig zu interpretieren. Es ist daher sehr wichtig die Kommunikation so zu gestalten, dass Missverständnisse vermieden werden und der Betroffene eine Chance erhält, seine Stimmungen und Bedürfnisse mitzuteilen.

Dabei gilt es zu verstehen, welche Art von Schwierigkeit im Vordergrund steht. Es wird zwischen Störungen der Sprache und des Sprechens unterschieden. Eine **Störung des Sprechens, Dysarthrie** genannt, bedeutet, dass die Mundmotorik gestört ist, so dass bestimmte Laute nicht mehr ausgesprochen werden können und die Sprache insgesamt verwaschen und unverständlich klingt. Die Zentren im Gehirn, die dafür zuständig sind, sind jedoch intakt. In diesem Fall versteht der Betroffene alles. Wenn keine weiteren Einschränkungen vorliegen, sind für ihn auch Lesen und Schreiben möglich. Die Kommunikation über diesen Weg ist in solchen Fällen eine gute Möglichkeit. Ist das Schreiben durch weitere Behinderungen erschwert, werden Buchstabentafeln verwendet. Der Betroffene kann dann seine Äußerungen buchstabieren, indem er auf einzelne Buchstaben zeigt. Da diese Methode sehr

aufwendig ist, kommt es oft dazu, dass kleine alltägliche Entscheidungen über den Kopf des Patienten hinweg getroffen werden. Diese in den Kliniken oft unvermeidliche Situation ist für den Betroffenen sehr belastend. Es ist daher hilfreich, wenn sich Angehörige die Zeit nehmen, wichtige Alltagsfragen mit ihm zu besprechen und seine Wünsche an das Klinik-Personal weiterzugeben: bequeme Liegeposition, angenehme Temperatur, Kleidungswunsch usw. – solche Kleinigkeiten machen den Alltag des Betroffenen aus, und gerade sie werden bei der Kommunikation mittels einer Sprachtafel oft vergessen. Denken Sie daran, dass der Patient kaum eine Chance hat, sich zu etwas zu äußern, wenn er nicht gefragt wird. Fragen Sie öfters, ob es noch etwas gibt, was er besprechen möchte. Die Fähigkeit, eigene Wünsche und Gedanken durch Sprache mitzuteilen, bleibt ja intakt, nur das Sprechen ist durch die Störung sehr erschwert.

Anders ist es, wenn das **Sprachzentrum im Gehirn** betroffen ist. Bei dieser Erkrankung, die **Aphasie** genannt wird, kommt es zum Ausfall einer oder mehrerer Funktionen, die für den Aufbau der Sprache notwendig sind. Um einen Gedanken oder einen Wunsch auszusprechen, führen wir unbewusst eine ganze Reihe von Schritten aus: passende Wörter werden aus dem Gedächtnis abgerufen und von ähnlichen Begriffen getrennt. Daraus werden nach bestimmten Regeln Sätze gebildet, die im letzten Schritt in ein motorisches Programm umgesetzt werden, das Sprechen oder Schreiben ermöglicht. Ähnliche Schritte sind notwendig, um gesprochene oder geschriebene Sprache zu verstehen. Je nach dem, welche dieser Funktionen nicht mehr ausgeführt werden kann, kommt es zu verschiedenen Störungen. Der Betroffene kann Schwierigkeiten damit haben, passende Wörter zu finden oder ähnliche Begriffe zu unterdrücken. Im letzteren Fall merkt der Betroffene oft gar nicht, dass er „Apfel“ statt „Birne“ und „März“ statt „Juni“ sagt. Es ist auch sinnlos zu fordern, er sollte sich mehr auf seine Sprache konzentrieren. Genauso wie ein Patient, der nach einem Schlaganfall seinen Arm nicht bewegen kann, ist der Betroffene in diesem Fall nicht in der Lage, die Begriffe zu filtern und sich für das Richtige zu entscheiden.

Ist dagegen die **Umsetzung in Bewegungsimpulse** gestört, werden die Wörter zwar richtig ausgesucht jedoch entstellt ausgesprochen, einzelne Silben und Laute werden vermischt, oft werden Teile von verschiedenen Wörtern willkürlich miteinander kombiniert. Meistens ist sowohl die gesprochene als auch geschriebene

Sprache davon betroffen, es kann also nicht auf das Schreiben ausgewichen werden. Andere Kanäle der Kommunikation gewinnen dagegen an Bedeutung. Insbesondere wenn Sprache und Sprachverständnis sehr stark gestört sind, ist es wichtig, auf die eigene Mimik und Körpersprache zu achten. Das Lächeln sollte auf keinen Fall fehlen, wenn wir einen solchen Patienten ansprechen. Für ihn ist es ein wichtiges Signal, dass wir es gut mit ihm meinen. Eine ernste Miene versteht er als verärgert oder bedrohlich. Aus dem selben Grund sollte jede Art von Hektik vermieden werden. Der Betroffene ist leicht zu verunsichern und braucht viel Zeit, um sich in einer neuen Situation zurechtzufinden. Wichtig ist es auch, seinen Rückzug zu akzeptieren. Insbesondere am Anfang wollen viele in dieser Situation in Ruhe gelassen und nicht angesprochen werden. Nach dem Kontaktaufbau gilt es, die neuen Formen der Kommunikation zu entdecken und auszuprobieren. Es gibt eine Menge nicht sprachlicher Mitteilungen, die vom Betroffenen verstanden werden: das vorgehaltene Glas bedeutet meistens eine Aufforderung zum Trinken, wird eine Jacke aus dem Schrank genommen, heißt es, dass man sich anziehen und das Haus verlassen will. Auch kurze, langsam und deutlich ausgesprochene Sätze oder nur einzelne Stichwörter werden oft verstanden. Man braucht dabei auch nicht besonders laut zu sprechen.

Wichtig ist zudem die Unterscheidung zwischen einer flüssigen und einer nicht flüssigen Aphasie. Bei einer **nicht flüssigen Aphasie** wird der Betroffene schweigsam und wortkarg, die Sprache ist von längeren Pausen unterbrochen. Oft verleiten diese Pausen den gesunden Gesprächspartner dazu, die Initiative im Gespräch zu übernehmen. Bei Aphasikern scheint jedoch das Empfinden für das „Dosieren“ von Pausen gestört zu sein, außerdem brauchen sie oft mehr Zeit, um die nötigen Worte zu finden. Unser Eingriff wird daher als ein Zeichen der Ungeduld empfunden, der Betroffene fühlt sich verletzt und zieht sich womöglich zurück, um weitere Kränkungen zu vermeiden. Wir müssen daher lernen, längere Pausen im Gespräch auszuhalten.

Das gegenteilige Problem haben Patienten mit einer so genannten **flüssigen Aphasie**: einmal angefangen zu sprechen, finden sie kein Ende mehr, vermischen dabei sinnvolle Sätze mit Floskeln und unpassenden Sprüchen. Oft werden dabei sinnlose Wörter erfunden oder bekannte Wörter entstellt. Die Kommunikation mit dieser Gruppe von Aphasikern gestaltet sich besonders schwierig, weil der

Gesprächspartner durch deren Redefluss meistens überfordert wird. Die von uns intuitiv befolgten Sprachregeln besagen, dass wir erst etwas äußern dürfen, wenn der Gesprächspartner eine kleine Pause einlegt. Dem Anderen mitten im Satz ins Wort zu fallen, ist meist mit einer gewissen Überwindung verbunden. Eine sinnvolle Kommunikation ist in diesem Fall jedoch erst dann möglich, wenn wir uns bewusst machen, dass der Betroffene seinem Rededrang ausgeliefert ist und unsere Hilfe bei der Strukturierung des Gesprächs braucht.

Bei jeder Art der Aphasie ist es jedoch wichtig, dem Betroffenen das Gefühl zu geben, dass die **Kommunikation** möglich ist, dass wir vieles verstehen, was er uns sagen will und auch an seinen Gesprächsbeiträgen interessiert sind. Oft kommen die Gesunden in die Versuchung, Fragen die vom Arzt oder Pflegepersonal an den Betroffenen gestellt werden, schnell für ihn zu beantworten. Auch wenn das durch den verständlichen Wunsch ausgelöst ist, schnell Klarheit zu schaffen, ist diese Situation für den Aphasiker sehr belastend. Wenn dies einmal nicht zu vermeiden ist, sollte man darauf achten, dass der Betroffene nicht aus dem Gespräch ausgeschlossen wird. Blickkontakt und Nachfragen nach der Zustimmung können in diesem Fall eine entscheidende Rolle spielen.

## **Vertiefende und weiterführende Literatur:**

**[Schlaganfall - und dann?](http://www.ipsis.de/themen/thema_schlaganfall.htm)** - Vom Umgang mit Schlaganfall-Betroffenen (1). Helena Harms. IPSIS, 2002 ([http://www.ipsis.de/themen/thema\\_schlaganfall.htm](http://www.ipsis.de/themen/thema_schlaganfall.htm)).

**[Katze fängt mit S an.](http://www.amazon.de/exec/obidos/ASIN/3596123976/drmedmichaungero)** Aphasie oder der Verlust der Wörter. Ingrid Tropp Erblad. Fischer, 1994 (<http://www.amazon.de/exec/obidos/ASIN/3596123976/drmedmichaungero>).

**[Klinische Neuropsychologie.](http://www.amazon.de/exec/obidos/ASIN/3136245040/drmedmichaungero)** Wolfgang Hartje, Klaus Poeck. Thieme, 2000 (<http://www.amazon.de/exec/obidos/ASIN/3136245040/drmedmichaungero>).

**[Neuropsychologische Störungen und ihre Rehabilitation.](http://www.amazon.de/exec/obidos/ASIN/3790508632/drmedmichaungero)** Mario Prosiegel. Pflaum, 2002 (<http://www.amazon.de/exec/obidos/ASIN/3790508632/drmedmichaungero>).

**[Neuropsychologie im Alltag.](http://www.amazon.de/exec/obidos/ASIN/3131249714/drmedmichaungero)** Goldenberg, Pössl, Ziegler. Thieme, 2001 (<http://www.amazon.de/exec/obidos/ASIN/3131249714/drmedmichaungero>).

**Schlaganfall** - Wie Sie sich auf ein verändertes Leben einstellen. Wilhelm/Lauer.  
TRIAS, 2002  
(<http://www.amazon.de/exec/obidos/ASIN/3830430507/drmedmichaungero>).

**Copyright** © 2002 by IPSIS® Institut für psychotherapeutische Information und  
Beratung, <http://www.ipsis.de>