



LUND UNIVERSITY

Aspekte zur Rehabilitation von Patienten mit Aphasie

Kitzing, Peter

Published in:
HNO

1979

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Kitzing, P. (1979). Aspekte zur Rehabilitation von Patienten mit Aphasie. *HNO*, 29-34.

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

B 13

Aspekte zur Rehabilitation von Patienten mit Aphasie*

P. Kitzing

Phoniatische Abteilung, Universitäts-HNO-Klinik, Malmö

Aspects on the Rehabilitation of Patients with Aphasia

Bei unserem knapp 200000 Einwohner umfassenden Einzugsgebiet werden jährlich etwa 100 Patienten zur genaueren Aphasiediagnostik an die Abteilung überwiesen.

Nach unseren Beurteilungen besteht nur bei $\frac{2}{3}$ der uns zugewiesenen Patienten die Möglichkeit einer sinnvollen Rehabilitation. Den Grund für diese Auslese bildet die *Diagnostik*. Deshalb geht es uns hierbei nicht in erster Linie um das Aphasiesymptom als Zeichen der Lokalisation einer Hirnschädigung oder als Teil einer Syndromdiagnose, aus der an und für sich wichtige Rückschlüsse auf die Ursachen der neurologischen Erkrankung gezogen werden können. Vielmehr fassen wir die Aphasie in diesem Zusammenhang als eine Behinderungsdiagnose auf, womit die schwerwiegendste Versehrtheit des Patienten bezeichnet ist. „Reine“ Fälle von Aphasie sind allerdings sehr selten. Es bestehen meistens auch andere neurologische Ausfallerscheinungen oder Krankheitssymptome.

Die Feststellung und Abgrenzung von Aphasiesymptomen macht somit nur einen, wenn auch wichtigen Teil der die Rehabilitation einleitenden diagnostischen Arbeit aus. Mit Hilfe der internistischen und neurologischen Krankenblätter, sowie durch eigene ärztliche Untersuchungen einschließlich der audiometrischen Hörprüfung trachten wir, uns ein Bild über den gesamten Gesundheitszustand des Patienten zu verschaffen. Dabei befragen wir auch das für seine Pflege verantwortliche Stationspersonal. Nach unserer Erfahrung wissen die Krankenschwestern und -helfer meistens besser über die täglichen Aktivitäten des Patienten Bescheid, als der Stationsarzt.

Die gesammelten Informationen ergeben ein Bild über den derzeitigen Zustand des Patienten und bilden den *Ausgangspunkt* für die Rehabilitation. Ihre *Rich-*

tung jedoch können wir erst festlegen, wenn wir auch über die Person und die Verhältnisse des Patienten vor der Krankheit genauer Bescheid wissen.

Dies suchen wir auch durch ein ziemlich eingehendes anamnestisches Gespräch mit den nächsten Angehörigen zu erfahren, wo wir zugleich bestrebt sind so viele wie möglich der durch die akute Krankheit des Patienten aufgeworfenen Fragen zu beantworten. Im Anschluß an dieses Gespräch erhalten die Angehörigen eine kleine Aufklärungsschrift über das Krankheitsbild der Aphasie und ihre Behandlung. Unsere Absicht ist, nicht nur den Sprachbehinderten kennen zu lernen, sondern auch einiges über den Personenkreis zu erfahren, mit dem wieder kommunizieren zu können ihm besonders wichtig ist. In manchen Fällen kann seine Kommunikation ganz einfach dadurch gefördert werden, daß die Angehörigen es lernen, dem Patienten geduldiger zuzuhören ohne ihn zu unterbrechen, während sie selber langsamer und deutlicher in einfacheren Redewendungen zu ihm sprechen.

Nach dieser allgemeinen Beschreibung des Vorgangs unserer Diagnostik einige Hinweise auf Gegebenheiten, denen besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden muß. Sie sind dreierlei Art: das Vorkommen von anderen Krankheitssymptomen als der Aphasie; die Abgrenzung der Aphasie gegenüber anderen Zuständen mit Verlust der sprachlichen Fähigkeiten; und schließlich die durch die Hirnschädigung bedingten Persönlichkeitsveränderungen.

Etwa 90% der Aphasiepatienten sind halbseiten gelähmt. Über die Behandlung und Prognose dieses Symptoms werden wir in der neurologischen Vorlesung sicher eingehender unterrichtet. Aber auch hier sei hervorgehoben, daß der Umfang der motorischen Behinderung für die allgemeine Rehabilitation des Patienten selbstverständlich von großer Bedeutung ist. Eine enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Physiotherapeuten ist in der Aphasiotherapie unerläßlich.

Etwa 15% der Patienten leiden unter einer Einschränkung des rechtsseitigen Gesichtsfeldes, einer

* Vortrag an der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde in Bad Segeberg, 6. Mai 1978

homonymen Hemianopsie. Dies kann, wenn der Patient nicht mehr bettlägerig ist, zu Unfällen durch Zusammenstöße mit Türpfosten, Möbeln u. dgl. führen, die sich der Patient jedoch schnell abgewöhnt. In der Aphasietherapie erschwert die Hemianopsie das Lesen. Manchen Patienten ist dann mit der einfachen Maßnahme geholfen, den Text 90° in Richtung des Uhrzeigers zu drehen, so daß der Anfang der Zeilen nach oben kommt.

Bei etwa einem Viertel der Aphasiepatienten ist der allgemeine Gesundheitszustand geschwächt durch Kreislauferkrankungen, entweder zentral durch Herzfehler, Herzschwächen und nach überstandenen Infarkten, oder peripher durch Gefäßthrombosen. Die hierdurch verursachte Behinderung muß bei der Zielsetzung für die Rehabilitation berücksichtigt werden. Gegebenenfalls sollte in der Aphasiebehandlung auch manchmal die Schädlichkeit fortgesetzten Rauchens angesprochen werden, desgleichen der Genuß von Speisen und Getränken, die den Kreislauf schädigen.

In bezug auf die Abgrenzung der Aphasie, die Differentialdiagnose, seien hier nur zwei Schwierigkeiten hervorgehoben. Erstens müssen wir immer wieder feststellen, wie schwer es besonders Laien aber auch gewissen Ärzten fällt, zwischen Sprechen und der Sprache zu unterscheiden. Fehlt diese für die gesamte Aphasieologie vollkommen grundlegende Distinktion, so kann das zu verhängnisvollen Fehlurteilen führen. Vor allem werden manchmal schwere Dysarthrien, z.B. nach suprabulbären Paralyse, nicht als solche erkannt, sondern als Aphasien zur Behandlung in unsere Abteilung überwiesen. Die Patienten klären uns dann in vollkommener Sprache, aber schriftlich, über das Mißverständnis auf. Selbstverständlich bedürfen sie keiner sprachlichen Therapie. Für die Rehabilitation ist es jedoch wichtig, auch die leichteren Formen von Dysarthrie festzustellen, die oft in Kombination mit expressiven Sprachstörungen auftreten, und sie von diesen zu unterscheiden. Während die sprachlichen Symptome nicht zuletzt unter dem Einfluß der Therapie sich weitgehend zurückbilden können, ist die Prognose der Artikulationsstörungen bei weitem nicht so günstig, so daß mit einem Fortbestand der Dysarthrie gerechnet werden muß. Dies kann sich für den Patienten im Umgang mit Fremden als recht invalidisierend auswirken. Immer wieder stößt er auf Personen die keinen Unterschied machen können zwischen krankheitsbedingten Aussprache Fehlern und einer akuten Alkoholisierung.

Zweitens soll die Unterscheidung zwischen einer impressiven Aphasie und einer Konfusion hervorgehoben werden. In beiden Fällen ist die Sprache des Patienten sinnlos. Einfach ausgedrückt: beim letzten Zustand entbehren die ausgedrückten Gedanken eines uns verständlichen Sinns. Bei der impressiven oder rezeptiven Aphasie jedoch fehlt dem Patienten die sonst ständig funktionierende Selbstkontrolle durch die auditive Rückkopplung. Vielleicht meint der Patient etwas sehr Sinnvolles, er ist sich des defek-

ten sprachlichen Ausdrucks jedoch nicht genügend bewußt, um sich selber korrigieren zu können. Im Prinzip ist dieses Problem nicht zu lösen. In der Praxis bedarf es einer sehr langwierigen und einführenden Beobachtung des gesamten Verhaltens in verschiedenen Situationen um diese Unterscheidung zu treffen. In vielen Fällen wird man sich mit Wahrscheinlichkeitsaussagen begnügen müssen, nicht zuletzt weil leichte Formen von Verwirrung nicht selten mit impressiven Aphasiesymptomen kombiniert auftreten.

Die Abklärung von Symptomen, die wie die Konfusion auf allgemeine Störungen der Psyche zurückzuführen sind, ist jedoch unerläßlich und sollte in der Diagnostik grundsätzlich immer mit der Untersuchung der spezifisch sprachlichen Symptomatik parallel betrieben werden. Hier sind im Verlauf der Krankheit allgemein zwei mehr oder weniger ausgeprägte Phasen zu erkennen. Der akute Zustand nach einer Hirnschädigung und das chronische Defektsyndrom. Auch gilt es in der fortlaufenden Beobachtung des Patienten, das etwaige Aufkommen einer reaktiven Depression schnell zu erkennen und zu vereiteln.

In den ersten Stunden oder auch Tagen nach der erfolgten Hirnschädigung ist der Patient manchmal bewußtlos. Auch wenn dies nicht zutrifft, ist die erste akute Krankheitsphase durch Schwankungen des Bewußtseins gekennzeichnet, die nicht selten mit einer motorischen Unruhe verbunden sind. Der Patient ist dann oft desorientiert; z.B. weiß er nicht, wo er sich befindet, oder er kann seine Angehörigen nicht erkennen. Sein Einprägungsvermögen ist gestört. Seine Aufmerksamkeit flackert ziellos vom einen zum andern, und seine Konzentrationsfähigkeit ist stark eingeschränkt. Bezeichnend für diese Phase im Krankheitsverlauf ist, daß der Zustand stark schwankt: während der Patient im einen Augenblick interessiert und aufmerksam an der Untersuchung teilnimmt, kann es passieren, daß er im nächsten Augenblick schon in Apathie versinkt. Unter diesen Voraussetzungen ist es unmöglich, die spezifischen Aphasiesymptome, den Verlust sprachlicher Fähigkeiten, gegenüber den übrigen allgemein psychopathologischen Symptomen diagnostisch abzugrenzen. Ebenso ist es sinnlos, schon in diesem Stadium mit einer systematischen sprachlichen Übungsbehandlung zu beginnen. In der Diagnostik erlauben die in dieser Phase erhobenen Befunde nur begrenzte Schlüsse hinsichtlich der Prognose.

Die Dauer dieser akuten Phase beträgt nach unseren Erfahrungen einen bis drei Monate, jedoch mit großer Streuung. Dies soll nicht heißen, daß wir unsere Patienten erst einige Monate nach der Erkrankung kennen lernen möchten. Im Gegenteil erfolgt die erste Kontaktaufnahme praktisch unmittelbar nach Eintreffen des Überweisungsscheins, d. h. gewöhnlich in der dritten oder vierten Krankheitswoche. Es ist dies die Zeit der intensivsten „indirekten“ Therapie, nämlich der Information und Unterstützung der Angehörigen des Patienten. Dieser selbst

benötigt in der akuten Phase eher Ruhe und allgemeine Ermunterung, und es ist zu früh, ihm in einer strukturierten Übungstherapie eigene Leistungen abzuverlangen.

Die Symptomatik der akuten Hirnschädigung kann sich zu einem chronischen Defektsyndrom entwickeln, das gewöhnlich durch eine Demenz leichteren oder schwereren Grades geprägt ist. Sie macht sich nicht nur in einer Einschränkung der allgemeinen intellektuellen Fähigkeiten bemerkbar, wie z.B. des abstrakten Denkens oder der Merkfähigkeit. Sie ist auch durch ein Verflachen der Emotionalität des Patienten gekennzeichnet, wie etwa eine Euphorie oder eine Apathie. Die Antriebskraft des Patienten ist dann sehr geschwächt, ein Faktor von ausschlaggebender Bedeutung für die Rehabilitation. Der Patient hat nämlich kein Interesse für seine Behandlung und reagiert verdrießlich auf die Aufforderungen zu eigenen Leistungen. Oder er kann sich bei der Behandlung nur scheinbar Mühe geben, um sich die hierdurch gewährte Gesellschaft und Abwechslung im Tagesablauf zu erhalten. Solche Patienten möchten die Therapie unendlich lange fortführen, ohne daß bei ihnen der geringste Fortschritt zu verzeichnen wäre.

In vielen Fällen liegen keine offenbaren Demenzsymptome vor. Der Aphasiepatient behält jedoch als Restzustand nach seiner Hirnschädigung eine Psychasthenie, die vor allem durch leichte Ermüdbarkeit und Reizbarkeit erkenntlich ist. Diese Patienten werden auf den geringsten Grund verärgert, können schnell jähzornig aufbrausen und zeichnen sich überhaupt durch die Labilität ihrer Affektäußerungen aus. Ihr Verhalten erscheint jedoch gefühlsmäßig nicht sonderlich tief begründet: es ist durch geringsten Anlaß auszulösen, aber auch leicht beeinflussbar. Das Weinen dieser Patienten erinnert an einen Aprilregen mit Sonnenschein: ohne mit dem Weinen richtig aufgehört zu haben, können sie schon wieder lauthals lachen. Diese Labilität der Gefühlsäußerungen muß den Angehörigen erklärt werden. Sie können sonst durch Zeichen ihrer Anteilnahme mit der Traurigkeit des Patienten den Strom der Tränen immer wieder erneut auslösen.

Sehr wichtig ist es, das hirnschädigungsbedingte, manchmal sogar zwangsmäßige Weinen des Patienten von einer echten reaktiven Depression zu unterscheiden. Es ist sehr natürlich, daß chronisch kranke oder behinderte Menschen zur Melancholie neigen. In den ersten Wochen und Monaten nach der akuten Erkrankung ist der Patient jedoch aufgrund seiner Hirnschädigung oft gar nicht in der Lage, das Ausmaß der erlittenen Katastrophe realistisch einzuschätzen, und er kann sogar euphorisch wirken. Anschließend ist er dann vollauf damit beschäftigt, der entstandenen Situation Herr zu werden und sich neu anzupassen. Auch kann er an sich selbst von Woche zu Woche Verbesserungen seines Zustandes feststellen, sei es betreffs seiner sprachlichen Fähigkeiten oder in bezug auf seine Halbseitenlähmung. Wenn der Patient sich

jedoch nach mehreren Monaten dessen gewahr wird, daß er eine volle Gesundheit nie wiedererlangen wird, daß er nie wieder ein „normales“ Leben führen können wird, so kann dies eine tiefe Depression auslösen. Besonders Patienten die durch ihre impressive Aphasie vom Zuspruch ihnen nahestehender Menschen abgeschnitten sind, neigen leicht zu solchen Reaktionen.

Bei Anzeichen einer Depression müssen gegebenenfalls die Behandlungsroutinen unterbrochen werden. Falls notwendig sollte der Patient unverzüglich zu einer fachpsychiatrischen Beurteilung überwiesen werden, und es ist auch zusammen mit den Angehörigen über fortgesetzte Maßnahmen zu beraten. Im Gegensatz zu manchen anderen Autoren, scheuen wir bei solchen Fällen nicht den Gebrauch von trizyklischen antidepressiven Mitteln (Amitryptilin oder Imipramin), nur muß man bei der Dosierung zurückhaltend sein. Wie paradox sich dies anhören mag, so ist nicht nur den Angehörigen sondern auch dem Patienten manchmal viel mit der tatsächlich zutreffenden Mitteilung geholfen, daß eine depressive Reaktion die Fähigkeit zu einer realistischen Einschätzung der schweren Lage des Patienten voraussetzt, und daß eben diese Fähigkeit als sicheres Zeichen für das Beibehalten wichtiger psychischer Funktionen, trotz der eingetretenen Hirnschädigung, zu werten ist: die Einsicht der schweren Lage als Zeichen dafür, daß sie nicht aussichtslos ist. Selbstverständlich ist solch ein therapeutischer Paradox nur in vereinzelten ausgewählten Fällen anzuwenden, und er setzt einen guten Kontakt mit dem Patienten und seinen Angehörigen voraus. Auch bildet er nur einen von vielen möglichen Ansatzpunkten für die bei allen Patienten bestehende therapeutische Aufgabe: das einfühlende und unterstützende Mitgehen mit dem Patienten.

Was nun die spezifische Therapie, die regelrechte Aphasiebehandlung anbetrifft, so stimmen wir mit Martha Taylor Sarno darin überein, daß die vielen beschriebenen Techniken hauptsächlich die Vorstellungen des Therapeuten von den Parametern widerspiegeln, die gerade er als besonders wichtig empfindet. Aber bis jetzt bietet noch keine Technik, keine einzige Behandlungsmethode, die totale Lösung der Problematik des Aphasiepatienten. Und um es gleich vorweg zu nehmen, der typische Aphasiepatient fühlt sich nie vollkommen von seiner Behinderung wiederhergestellt. Der Leitgedanke unserer Behandlung heißt deshalb eher Patientenbetreuung als Aphasitherapie. Und dabei sind wir sehr eklektisch.

Mit Hildred Schuell lehnen wir die Parallelität der Therapeutenrolle mit der eines Pädagogen ab. Aus der Einsicht, daß die Aphasie zum großen Teil eine Einschränkung der Verfügbarkeit bestehender Sprachfähigkeiten ausmacht, leiten wir ab, daß es eher gilt, sprachliche Prozesse zu stimulieren als — wie Schuell es drastisch ausdrückt — Wörter oder gar Aussprache zu lehren. Schritte auf diesem Weg sind das Erwecken und Erhalten der Motivation; das dem Patienten geschickt angepaßte Auswählen und Anbie-

ten sprachlicher Stimuli auf dem ihm am besten zugänglichen Wege; und abschließend die Festigung neuerweckter Fähigkeiten durch fleißige Wiederholung. Dies soll womöglich immer ruhig und entspannt vor sich gehen, und der Patient sollte versuchen, die oft auftretenden Verkrampfungen unter Kontrolle zu bringen. Mit Martha Taylor Sarno arbeiten wir vorwiegend mit der am besten erhaltenen sprachlichen Modalität, sei es akustisch, optisch oder auch taktil. Und mit Fredric Darley streben wir ein Maximum an Erfolgserlebnissen gleichwie ein Minimum an Scheiterungserlebnissen für den Patienten an. Mit Frank Benson schließlich stimmen wir überein wenn er sagt: Das Durchführen einer sprachlichen Therapie stellt an sich schon eine Psychotherapie dar.

Allerdings meinen wir, dies sei eine so qualifizierte Aufgabe, daß sie mehrseitig ausgebildete Fachkräfte voraussetzt, die sich der Problematik in ihrer geschilderten Komplexität vollauf bewußt sind und damit umzugehen wissen. Einseitige Fachkenntnisse – seien sie sprachwissenschaftlicher, neurologisch-medizinischer oder rein psychotherapeutischer Art – reichen nach unserer Erfahrung hierfür nicht aus. Auch ist es uns ein Greuel, wenn der Patient quasi wie ein zu behandelndes Objekt vom einen Experten zum anderen gesandt wird. Der einzig gangbare aber nicht immer einfache Weg ist die Erstellung eines wohl integrierten Behandlungsteams, wo *ein* Therapeut die Hauptverantwortung trägt, wobei er gleichzeitig von den übrigen Mitgliedern unterstützt wird. Ein Team, in das die Angehörigen selbstverständlich mit einbezogen werden, und dessen wichtigstes Mitglied – der Patient sein sollte. Denn soweit dies irgend möglich ist, sollte der Patient die Verantwortung für seine Rehabilitation selber übernehmen, seine Autonomie sollte weitgehendst respektiert werden.

So versuchen wir auch, wenn immer möglich, den *Inhalt* der sprachlichen Therapie den Interessen des Patienten anzupassen, während es unseren Therapeuten zukommt, die für die Behandlung zweckmäßigste *Form* zu finden. Die Variation des Inhalts der Übungen bezweckt selbstverständlich auch Abwechslung, um die Motivation des Patienten zu notwendigerweise wiederkehrenden Formübungen aufrechtzuerhalten.

Nur kurz ein Wort zur Frage: Wie und wann hört die sprachliche Therapie auf? Auch hier ist uns die Einstellung des Patienten ausschlaggebend. Manche Patienten mit an und für sich sehr geringen Aphasiesymptomen sind aufgrund ihrer Interessen vor der Krankheit oder um ins Berufsleben zurückzugelangen intensiv für eine langwierige Therapie motiviert. Andere möchten schon auf halbem Wege mit der Therapie aufhören, obwohl sie unseres Erachtens durchaus die Voraussetzungen für ein erfolgreiches Fortführen der Behandlung aufweisen. Natürlich raten wir ihnen auch hierzu, aber die letzte Entscheidung wird dem Patienten überlassen. Als Faustregel für die Therapiedauer gilt: solange der Patient es selber wünscht, und so lange er Fortschritte macht.

Bei vielen Patienten besteht allerdings bald nur die erste Voraussetzung dieser Regel und es gilt, der Therapie auf taktvoller und konstruktiver Weise ein Ende zu setzen. Dies kann allmählich geschehen, indem der Patient schon von Anfang an daran gewöhnt wird, auch zu Hause gewisse Übungen durchzuführen, die ihm gewissermaßen als Heimaufgaben aufgetragen werden. Weist der Patient genügendes Interesse auf, kann am Ende der Therapie die Behandlung darauf eingeschränkt werden, daß ihm einige Male monatlich diese Hausaufgaben kontrolliert und neue aufgegeben werden. Das muß nicht nur schriftlich geschehen, da der Patient von uns auch mit Tonbandgerät oder Kassetten-Recorder ausgerüstet werden kann. So kann die spezifisch sprachliche Therapie in immer größeren Abständen erfolgen, um dann auf natürliche Art zu versiegen. Ein gewisser sprachlicher Defekt bleibt praktisch immer bestehen. Nie sollte man indessen beim Patienten das Gefühl aufkommen lassen, er sei eine fortgesetzte Therapie nicht wert. Die Beendigung der Therapie muß unbedingt so gestaltet werden, daß sie nicht vom Patienten als eine Bescheinigung seiner lebenslänglichen sprachlichen Untauglichkeit aufgefaßt wird.

Dies ist recht schwer, denn gleichzeitig ist es ja unsere Aufgabe, den Patienten von der Nutzlosigkeit einer fortgesetzten spezifisch sprachlichen Therapie in den von ihm gewohnten und erwarteten Formen zu überzeugen. In einer Vielzahl konkreter Fälle fehlte uns zunächst die Lösung zu diesem Problem. So wurde nicht selten die Therapie aus humanitären Gründen weit über den Zeitpunkt hinaus weiter fortgeführt, wo sie streng aphasiologisch gesehen sinnvoll war. Nach und nach haben wir es dann gelernt, gegen Ende der sprachlichen Behandlung den Schwerpunkt des Interesses auf soziotherapeutische Belange zu verlagern. Hierbei kann ein Sozialarbeiter gute Hilfe leisten, wenn er oder sie auch nur ganz selten die vollständige Verantwortung für ein Fortführen der Rehabilitation übernehmen kann. Allgemein kann man in Schweden vom Sozialarbeiter nicht genügend Kenntnisse von der schweren Behinderung erwarten, die durch den Verlust der sprachlichen Symbolfunktion entstehen. Deshalb sollte auch hier ein interessierter, linguistisch ausgebildeter Aphasiotherapeut dem Patienten bei der Wiedereingliederung ins Alltagsleben zur Seite stehen. Wir sind also bereit, aus der Therapiestunde herauszugehen und – falls der Patient es wünscht – ihm zu helfen, seine Angelegenheiten mit dem Arbeitgeber, mit dem Rechtsanwalt, mit der Rentenversicherung usw. zu erledigen.

Unsere soziotherapeutischen Aktivitäten konzentrieren sich ansonsten hauptsächlich auf ein wöchentliches Kaffeekränzchen im Gruppenraum der phoniatriischen Abteilung und vor allem auf den Aphasieclub. Das Kränzchen – es wäre schon zu anspruchsvoll hier von Gruppentherapie zu reden – besteht aus einem knappen Dutzend Patienten, die in der regelrechten Therapie keine Fortschritte mehr ma-

chen, andererseits sich noch nicht stark genug fühlen, um an den größeren Treffen des Aphasieclubs teilzunehmen. Es wird von einer Schwesternhelferin betreut und dient vorwiegend dem geselligen Beisammensein, wobei informell sehr viel sprachlich trainiert wird. Selbstverständlich sind auch die Angehörigen willkommen.

Das gleiche gilt für unseren vor drei Jahren gegründeten Aphasieclub, in dem die Personen mit Aphasie etwa ein Drittel, die Angehörigen ein Drittel und therapeutisches Personal das letzte Drittel der etwa 180 Mitglieder ausmachen. Die wichtigsten Tätigkeiten bestehen in monatlichen größeren Zusammenkünften, manchmal mit Aufklärungsvorträgen über gewisse Sparten der Aphasieproblematik mit anschließender Diskussion, öfter aber auch mit unterhaltenden Musik- oder Lichtbildervorführungen. Das gesellige Beisammensein beim abschließenden Kaffeetrinken darf bei diesen Zusammenkünften nicht fehlen, von denen eine jeden Frühling als eine Busfahrt ins Blaue gestaltet wird. In den Clubräumen, die durch einen Mietszuschuß der Stadt Malmö finanziert werden, wird zu bestimmten Zeiten offenes Haus gehalten, wo sich die Mitglieder zwanglos zu Karten- und Gesellschaftsspielen oder auch zu einem Plausch treffen. Schließlich treffen sich wöchentlich zwei regelrecht organisierte Studienkreise, um sich unter der Leitung von Logopäden sprachlich weiterhin zu üben. Die Verantwortung für die Gestaltung der Clubveranstaltungen wird weitgehend von den Aphasiebehinderten und ihren Angehörigen selber getragen, wobei es uns darauf ankommt, ihre Initiative und Selbständigkeit nicht zuletzt gegenüber den Therapeuten unter den Clubmitgliedern zu stärken.

Im zusammenfassenden Rückblick kann die Rehabilitationsarbeit somit in drei Zeitphasen eingeteilt werden. Unmittelbar nach der Erkrankung bedarf der Patient zunächst einmal Ruhe und Erholung. Es ist dies die Zeit der Kontaktaufnahme, des beruhigenden Zuspruchs. Zugleich ist es die Zeit der intensivsten Aufklärung der Angehörigen, die von Anfang an in die Rehabilitation mit einbezogen werden müssen. In der zweiten Phase erfolgt die spezifisch sprachliche Behandlung, oder Aphasitherapie im engeren Sinne. Gleichzeitig ist der Patient gewöhnlich auch in physiotherapeutischer Behandlung, oft ergänzt mit Beschäftigungstherapie beim Ergotherapeuten. Diese verschiedenen Behandlungen sollten immer gut koordiniert werden. Wenn der Patient z. B. durch Gehübungen in der Physiotherapie ermüdet zur sprachlichen Behandlung kommt, kann man keine großen Fortschritte erwarten. Oftmals können die Behandlungen auch integriert werden, so daß z. B. rhythmische Bewegungen in der Physiotherapie von manchen sprachlichen Übungen begleitet werden können, oder daß in der sprachlichen Aphasitherapie über die Aktivitäten des Patienten in der Beschäftigungstherapie gesprochen wird. In der dritten Phase verlagert sich der Schwerpunkt auf die Soziotherapie und Wieder-

eingliederung ins Alltagsleben des behinderten Patienten.

Abschließende Bemerkungen: Es ist festzustellen, daß die in medizinischer Behandlung sonst vorherrschende kecke, energisch-optimistische therapeutische Grundhaltung in der Rehabilitationsarbeit selten berechtigt ist. Ein aufforderndes Auf-die-Schulter-klopfen, ein überoptimistischer Zuspruch: — Bald wird's schon wieder gehen! dient meist nur dazu, den *Behandelnden* vor den Schwierigkeiten, vor der durch sie aufkommenden Angst zu schützen. Der *Kranke*, der dies durchschaut, fühlt sich verlassen. Er, der vor kurzem noch ein normales Dasein in steten Bahnen führte, steht nun vor dem Chaos. Seine Gesundheit ist aufs Leben gefährdet, die Kontrolle über den eigenen Körper ist stark eingeschränkt; bis hinein in privateste Sphären ist er von fremder Hilfe abhängig; er ist herausgerissen aus seiner gewohnten Umgebung. Dazu ist er durch die sprachliche Behinderung abgeschnitten vom tröstenden Zuspruch der ihm Nahestehenden; er vermag es nicht, seine bangen Fragen in Worte zu kleiden. Für den Betroffenen bedeutet die Aphasie mit ihren Begleiterscheinungen nichts weniger als eine Katastrophe. Auch die Umgebung wird hiervon tief berührt. Das gilt nicht zuletzt uns selber als Behandelnde, wo wir doch am besten wissen, daß dem Patienten nur bedingt zu helfen ist. Stellen wir schlicht und ehrlich fest: Gäbe es eine Heilung, so bedürfte es keiner Rehabilitation. Die schwere Situation des Patienten kann in uns als Behandelnde mehr oder weniger bewußte Angstreaktionen vor der Gefährdung der eigenen Existenz auslösen. Zu leicht neigen wir dazu, die aufkommende Angst durch einen unrealistischen Optimismus, durch einen nüchternen Professionalismus, durch einen akademischen Intellektualismus zu bewältigen. Für den, der seine Therapeutenrolle ernst nimmt, gilt jedoch: Er sollte sich nicht schützen vor der Schutzlosigkeit des ihm anvertrauten Patienten. Unsere Aufgabe ist es, nicht über die Schwierigkeiten der Probleme hinwegzutäuschen, sondern mitzuhelfen sie zu tragen.

Dies ist gewiß nicht einfach und stellt große Anforderungen an den Therapeuten. Er ist diesen Anforderungen besser gewachsen durch Kenntnisse und entsprechende Ausbildung in Krisentherapie im Sinne der Psychiatrie. Es wird im einzelnen nicht näher auf die Vorstellungen und Behandlungsmaßnahmen der Krisentherapie eingegangen. Aus dem oben geschilderten Verlauf der Aphasie-Rehabilitation sind die sich ablösenden Phasen einer Krisenbearbeitung wiederzuerkennen. Manches Patientenverhalten — z.B. eine Aggressivität gegen den ihm helfenden Therapeuten — ist erst aus krisentherapeutischer Sicht erklärlich oder deutbar und wird damit der Behandlung zugänglich.

Und hier sind wir schon beim zweiten Standpunkt, der hervorgehoben werden soll. Im Handeln mit Menschen, bei der Behandlung der von Aphasie betroffe-

nen Patienten, bedürfen wir Denkmodelle und Zielvorstellungen, die nicht oder nur begrenzt aus einer naturwissenschaftlich orientierten Medizin abzuleiten sind, wenigstens so wie die Medizin in Schweden, ich meine aber auch hier zu Lande, gelehrt wird. In den Naturwissenschaften nimmt die Feststellung kausaler Zusammenhänge den ersten Platz ein. Auf die Frage: Warum? wird eine Klärung der Ursache erwartet. Die angelegentlichsten Fragen des Menschen bei der Bewertung seiner selbst, bei der Einschätzung seines Verhältnisses zu anderen Menschen, bei der Strukturierung seiner gesamten Existenz, sind jedoch keine Kausalfragen, sondern Fragen nach Sinn und Zweck, es sind nicht kausale sondern finale Fragen. Diese zu beantworten in dem durch die Erkrankung entstandenen Chaos bedarf es einer Einschätzung der Gesamtsituation, so wie dies in der Darstellung der Rehabilitation deutlich unterstrichen worden ist. Ein Hervorheben des Ganzheitscharakters der Fragestellung reicht jedoch nicht aus. Um der Ganzheit Sinn zu geben, bedarf es der Deutung. Und so sollten wir von den humanistischen Wissenschaften lernen, die therapeutischen Probleme nicht nur kausal sondern auch hermeneutisch, d. h. deutend und sinngebend anzugehen. Vielleicht lernen wir das am besten aus der Literatur. „Nachdenken über Christa T.“, lautet der Titel einer modernen Menschenschilderung in der deutschsprachigen Literatur. — Nachdenken über den Aphasiepatienten, bildet einen guten Ansatz zur Therapie.

Rehabilitation — das bedeutet nicht nur Wiedereingliederung, d. h. daß der Patient nach erfolgter Rehabilitation diese oder jene Leistungen wieder vollbringen kann. Wie schwer dies an sich auch sein mag, so ist es nicht ausreichend nur wieder tüchtig zu werden. Rehabilitation heißt auch, daß der Patient nach Ermessen seiner Umgebung wieder für tauglich befunden

wird. Und hier erlebt er, trotz weitgehender Ertüchtigung, manchmal die stärkste Behinderung. Sie besteht in den hochgeschraubten Wertvorstellungen seiner Umgebung darüber, was als „normal“ anzusehen ist. In einer von Leistungsdenken geprägten Wettbewerbsgesellschaft kann es allzu leicht geschehen, daß auch der nur geringfügig Versehrte als untauglich aus der Gemeinschaft ausgeschlossen wird. Es sei dies der in diesem Referat letzte hervorzuhebende Aspekt. Nämlich, daß wir in der Rehabilitationsarbeit auch aufgerufen sind, in der Gesellschaft der Gesunden für das Recht unserer Patienten einzutreten, etwas anders, etwas schwächer zu sein als die Mehrzahl, aber trotzdem für vollwertig anerkannt zu werden. Wir sind aufgerufen, anzugehen gegen behindernde Normvorstellungen und zu arbeiten für das Recht zur Behinderung. Damit erreichen wir in unserer Gesellschaft ein höheres Maß an Humanität, das letztlich nicht nur unseren Patienten sondern uns allen zugute kommt.

Literatur

- Darley, F.L.: Treatment of acquired aphasia. In: I.W. Friedländer (Hrsg.): *Advances in Neurology*, Vol 7. New York: Raven Press 1975
- Hviid, J.: Frihed til at vaere handicappet. København: Gyldendal 1972
- Lindemann, E.: Symptomatology and management of acute grief. *Am. J. Psychiat.* **101** (1944)
- Sarno, M.T., et al.: Psychosocial factors and recovery in geriatric patients with severe aphasia, *J. Am. Geriatr. Soc.* **18**, 405 (1970)
- Sies, L.F. (Hrsg.): *Aphasia theory and therapy. Selected Lectures and Papers of Hildred Schuell*. Baltimore (Maryland, USA): University Park Press; London: Mac Millan Press Ltd. 1974

Dr. P. Kitzing
Universitäts-HNO Klinik
Phoniatische Abteilung
S-214 01 Malmö