

# Communicatiestoornissen bij rechterhemisfeerdysfunctie: casuïstiek

## Uitleg en adviezen belangrijk

Rèni I.I. Dharmaperwira-Prins, Francisca Hazelhorst-Hoogendijk,  
Monique Schol-de Bliëk, Fabienne F. Stok

Met behulp van het RCHO (Rechter Hemisfeer Communicatie Onderzoek) werden bij drie patiënten met een CVA communicatiestoornissen vastgesteld. De logopedie gericht op deze problemen, bleek een waardevolle aanvulling. Waarschijnlijk zijn er veel rechterhemisfeer patiënten met onopgemerkte communicatiestoornissen.

Communicatiestoornissen bij rechterhemisfeerdysfunctie blijven te weinig onderkend. Dit bleek weer bij de casuspresentaties die tijdens de cursus over dit onderwerp in 2001 aan de Hogeschool van Amsterdam werden gehouden. Ter illustratie van veel voorkomende communicatieproblemen ten gevolge van rechterhemisfeerdysfunctie worden hier drie casussen, voortkomend uit deze cursussen, gepresenteerd. Voor elk van hen gold dat een rechterhemisfeerlaesie was geconstateerd maar dat er, afgezien van dysartrie bij de tweede patiënt, geen

communicatiestoornissen gemeld waren. Doelstelling bij elke casus was om te onderzoeken of er toch sprake was van rechterhemisfeercommunicatiestoornissen en zo ja, of logopedische behandeling mogelijk en zinvol was.

### Rechterhemisfeercommunicatiestoornissen

Onder rechterhemisfeercommunicatiestoornissen wordt hier verstaan: stoornissen op het gebied van taal, prosodie, lezen en schrijven die veroorzaakt worden door een dysfunctie van de rechterhemisfeer. Het zijn:

- Stoornissen in de lexico-semantiek (woordniveau): het verkeerd begrijpen en het verkeerd uiten van woorden met een meer indirecte subtiele betekenis;
- Stoornissen in de microstructuur: het niet duidelijk verband leggen binnen en tussen zinnen;
- Stoornissen in de macrostructuur (taalinhoud): het niet goed begrijpen en het niet goed uiten van de bedoeling of moraal van een verhaal; problemen met de volgorde; problemen met het begrijpen of uiten van verbanden;
- Stoornissen in de pragmatiek (taalgebruik): problemen met het begrijpen van de bedoeling van hetgeen gezegd wordt, van sarcasme of humor; het vertellen van iets op het verkeerde moment of aan de verkeerde persoon; het vertellen van ongepaste verhalen en grappen;
- Prosodiestoornissen: geen vraag kunnen aangeven door middel van zinsmelodie; niet horen dat de gesprekspartner

een vraag stelt; geen emoties (verdriet, boosheid, blijdschap) uiten door middel van zinsmelodie; de emoties van de ander niet opvangen uit de zinsmelodie; stemmen niet kunnen onderscheiden of herkennen;

- Lees- en schrijfstoornissen: niet kunnen lezen door een linkszijdige hemi-anopsie (het niet zien van de linkerzijde van de ruimte) of door neglect (het verwaarlozen van de linkerzijde van de ruimte); van de pagina afschrijven; herhalingen van letters bij het schrijven.

Fonologie en morfo-syntaxis blijken uitsluitend aan de linkerhemisfeer gerelateerd te zijn en stoornissen op deze gebieden komen bij rechterhemisfeerdysfunctie dan ook niet voor. Wel treden naast de bovengenoemde communicatiestoornissen vaak aandachtsstoornissen en/of visueelruimtelijke stoornissen op. De aanwezigheid van één of meerdere stoornissen en de ernst van de stoornissen zijn afhankelijk van de plaats en grootte van de hersenlaesie.

Het niet onderkend worden van de communicatiestoornissen zal vaak tot gevolg hebben dat de patiënt moeilijk en onangepast gedrag verweten wordt en dat men hem op den duur gaat mijden. Zelfs als stoornissen gediagnosticeerd worden, maakt het zich vaak niet bewust zijn van de eigen stoornissen – communicatiestoornissen en overige stoornissen zoals een neglect (verwaarlozing van de linkerzijde van de ruimte) of een prosopagnosie (het niet herkennen van bekende gezichten) – dat de patiënt in eerste instantie niet gemotiveerd is voor behandeling. Alhoewel de stoornissen bij linkerhemisfeerdysfunctie (afasie) ernstiger lijken, blijken rechterhemisfeerpatiënten – statistisch gezien – uiteindelijk in het dagelijks leven slechter te functioneren dan linkerhemisfeerpatiënten (Cranenburgh, 1999). Behandeling van de stoornissen, liefst in een multidisciplinaire setting, is dus zeer belangrijk.

### **Rechter Hemisfeer Communicatie Onderzoek (RHCO)**

Het doel van logopedisch onderzoek met behulp van het RHCO (Dharmaperwira-Prins, 2000) bij patiënten met – mogelijke – rechterhemisfeercommunicatiestoornissen is het verzamelen van gegevens voor:

- A. Het stellen van de differentiaaldiagnose wel/geen communicatiestoornissen bij rechterhemisfeer-dysfunctie;
- B. Het in kaart brengen van de aard en de ernst van de stoornissen;
- C. Het duidelijk maken of en in hoeverre de patiënt zich bewust is van de stoornissen;
- D. Het verschaffen van informatie aan patiënt en omgeving, en aan derden;
- E. Het opstellen van een behandelplan.

Voor het verzamelen van deze gegevens wordt bij het RHCO gebruik gemaakt van een formele test en van een vragenlijst. Het gehele onderzoek omvat:

- Deel I, Rechter Hemisfeer Communicatie Batterij (RHCB). De RHCB bestaat uit: observatie, anamnese, 2 screeningstaken en 9 taken.
- Deel II, Rechter Hemisfeer Communicatie Vragenlijst (RHCV). Dit deel omvat drie identieke versies van de vragenlijst: een 'u-versie' voor de patiënt en een 'zij-versie' of 'hij-versie' voor de verzorger/respondent. Bij de vragenlijst behoort een Samenvatting Scores RHCV, Overzicht van Rechter Hemisfeer Stoornissen, en Onderzoeksverslag.

Begonnen wordt met de afname van de RHCB die de aspecten onderzocht op het gebied van spraak/taal en communicatie die tijdens een formeel onderzoek onderzocht kunnen worden. Vervolgens wordt de vragenlijst, RHCV, eerst voorgelegd aan de patiënt en daarna aan de 'respondent': een familielid of de verzorger van de patiënt. De RHCV vraagt naar de veranderingen in de functionele aspecten van spraak/taal en communicatie.

De door RHCB en RHCV-responsent geïdentificeerde stoornissen worden overgenomen in het Overzicht van RH-Stoornissen. De door respondent wel, maar door patiënt niet geïdentificeerde stoornissen worden omcirkeld. Met het overzicht worden de stoornissen van een patiënt overzichtelijk en wordt duidelijk of de patiënt inzicht heeft in zijn stoornissen. Op het overzicht worden tevens de voor patiënt en verzorger meest frustrerende problemen genoteerd.

Met behulp van het overzicht wordt het onderzoeksverslag ingevuld. Het verslag is bedoeld voor de eigen status en kan gekopieerd worden voor informatie aan patiënt en derden: familie, verzorgers, andere disciplines (huisarts, neuroloog, neuropsycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, maatschappelijk werker, bezigheidstherapeut).

### **Uitgangspunten van behandeling**

De op RHCO gebaseerde behandeling heeft als uitgangspunten:

- De behandeling is probleemgericht. De communicatieproblemen van patiënt en omgeving zijn de richtlijnen voor de behandeling.
- De invulling van de behandeling wordt bepaald door de onderzoeksgegevens. Deze bepalen hoe aan de problemen gewerkt kan worden, want ze geven aan welke communicatiestoornissen en overige stoornissen de patiënt heeft en wat dus de mogelijkheden en onmogelijkheden van de patiënt zijn.
- Het gekozen materiaal is zoveel mogelijk functioneel en aangepast aan de interesses van de patiënt.

Dit geldt zowel bij het geven van voorlichting en begeleiding van patiënt en omgeving als bij de invulling van gerichte therapie.

### **Casus 1**

De heer A, 74 jaar, van beroep timmerman, woont zelfstandig met partner en is vader van zeven kinderen. Tijdens een bezoek aan zijn dochter in Zuid-Afrika in april 1996 werd de heer A

onwel en opname in het ziekenhuis aldaar bleek noodzakelijk. De medische diagnose luidde: CVA met hemibeeld links. Uitslag CT-scan (juni 1996): groot cerebraal infarct rechter mediagebied.

Hij komt sinds juli 1996 twee dagen per week naar de dagbehandeling van een verpleeghuis op medische en sociale indicatie. Bij logopedisch onderzoek in 1996 bleek hij een dysartrie te hebben, die inmiddels goed hersteld is. Daarnaast werd een hemianopsie links opgemerkt, evenals slechthorendheid (linkeroor).

Tijdens een recente teambespreking komt naar voren dat er reeds drie jaar geleden door de groepsleiding opgemerkt werd dat de heer A soms ontremd gedrag vertoont en niet tegen grapjes/kritiek kan. Besloten wordt tot logopedisch onderzoek, met als doel vast te stellen of en in welke mate er sprake zou kunnen zijn van communicatiestoornissen ten gevolge van rechterhemisfeerdysfunctie en indien mogelijk behandeling/begeleiding van de heer A en zijn directe omgeving (familie/groepsleiding).

## COMMUNICATIESTOORNISSEN BIJ RECHTERHEMISFEERDYSFUNCTIE BLIJVEN TE WEINIG ONDERKEND

### Onderzoek

De RHC wordt op 14 augustus 2001 afgenomen. De afname verloopt heel vlot, in 45 minuten. Alleen bij het zelf invullen van het formulier 'Lezen en schrijven van persoonlijke informatie' heeft de heer A zeer veel instructie nodig. (Het 'Overzicht van RH-stoornissen' van deze patiënt is op te vragen bij l.elte@nvlf.nl)

Bij de *anamnese* geeft hij als belangrijkste problemen: stemprobleem, woordvindingsprobleem en gehoorprobleem.

De volgende stoornissen komen naar voren:

*Taalstoornissen:*

- Macrostructuur: stoornis in het vertellen van de verschillende onderdelen van een verhaal of procedure in de juiste volgorde. Thuis wordt regelmatig een stoornis in het brengen van de juiste informatie opgemerkt.
- Lexicosemantiek: problemen om op een bepaald woord of een bepaalde naam te komen; stoornis in het opnoemen en benoemen van distinctieve kenmerken van levende dingen.

*Prosodiestoornissen:* problemen met het herkennen en gebruiken van het melodisch en het ritmisch accent. Meneer spreekt eentonig, snel en er zijn weinig pauzes waar te nemen.

*Lees en schrijfstoornissen:* schuin van de pagina schrijven waarbij de kantlijn aan de linkerkant van de bladzijde steeds groter wordt.

*Overige relevante stoornissen:* Stoornis in de capaciteit van de aandacht en lichte desoriëntatie in tijd. De scores van het

onderdeel 'Verhaal navertellen' geven geen blijk van een duidelijke geheugenstoornis.

RHCv: Uit de scores van de echtgenote blijkt dat de heer A vooral met de pragmatische aspecten van taal moeite heeft. Tijdens een gesprek valt hij iemand vaak in de rede, spreekt ongeremd en houdt te weinig rekening met de opvattingen en voorkennis van de gesprekspartner. Soms gebruikt hij ongepaste taal en thuis ontstaan er vaak misverstanden doordat hij iets verkeerd begrijpt. Regelmatig vat hij iets letterlijk op, terwijl het figuurlijk bedoeld is. Tijdens het vertellen van grappen worden de gebeurtenissen door hem in de verkeerde volgorde gezet. De echtgenote geeft gedragsproblemen aan zoals opvliegenderheid en onverschilligheid. Opvallend is dat de heer A zich niet bewust is van deze stoornissen.

Voor de heer A zijn de meest frustrerende problemen de slechthorendheid en de hypokinetische dysfonie. Voor zijn echtgenote zijn de gedragsproblemen het meest frustrerend.

### Behandeling

De behandeling bestond uit:

- Nader onderzoek naar de stemklachten.
- Het geven van uitleg over de aard en ernst van de rechterhemisfeer-communicatiestoornissen aan de heer A en zijn echtgenote, evenals aan de groepsleiding van de dagbehandeling.
- Het opstellen van een benaderingswijze; geen individuele logopedische behandeling omdat het CVA al ruim vijf jaar oud was en de verwachting is dat de leerbaarheid gering zal zijn.

Enkele adviezen waren:

- Bij het brengen van een vraag of mededeling eerst de aandacht van de heer trekken.
- Bij het vertellen van een verhaal (kort en bondig) beginnen met het noemen van het centrale thema van het verhaal; essentiële onderdelen van het verhaal extra benadrukken of opschrijven.
- Figuurlijke taal vermijden.

Op grond van het RHC was het mogelijk om na vijf jaar eindelijk duidelijkheid te krijgen over de communicatiestoornissen van mijnheer. Ten onrechte werd de heer A jarenlang beschouwd als moeilijk in de omgang en onverschillig.

De directe omgeving van de heer A geeft aan veel steun gehad te hebben aan de uitleg en de adviezen.

### Casus 2

De heer B is 45 jaar, gehuwd en vader van twee kinderen. Zijn beroep is fiscaal jurist. Hij heeft altijd een drukke baan gehad, van 60 tot 70 uur per week.

Op 20 april 2001 krijgt de heer B een CVA. Een CT-scan toont een infarct in het arteria cerebri media gebied rechts. Als

gevolg hiervan heeft hij een coördinatioestoornis in de linkerarm, een dwangstand van het hoofd naar rechts, concentratieproblemen, moeite met dubbeltaken, een verminderd ruimtelijk inzicht, een facialisparese links en een lichte dysartrie.

Met deze stoornissen wordt hij verwezen naar de poliklinische revalidatiebehandeling, waar hij op 27 april 2001 start met fysiotherapie, ergotherapie, ondersteuning van maatschappelijk werk en logopedie. De verwijzing naar logopedie is vanwege de facialisparese en de dysartrie. In eerste instantie lijkt er geen rechterhemisfeer taalstoornis aanwezig. Maar omdat de heer B als uiteindelijke doelstelling werkhervatting heeft, wordt in overleg met hem besloten het RHCO af te nemen.

### Onderzoek:

Op 5 juni 2001 en 12 juni 2001 wordt de RHCB afgenomen, waaruit blijkt:

*Observatie:* de capaciteit van de aandacht blijkt verminderd en de heer B is snel afgeleid. Hij praat bijvoorbeeld met de therapeut terwijl hij naar de computer kijkt. Wat betreft 'pragmatiek' speelt het gestoord oogcontact de voornaamste rol.

*Anamnese:* de belangrijkste problemen van de heer B zijn:

1. Het is moeilijk om twee gesprekken tegelijk te volgen;
2. Hij is erg onzeker;
3. Hij kan zich moeilijk concentreren.

*Screeningstaken:* er blijkt nog steeds sprake van een lichte visuele veldstoornis en verwaarlozing van de ruimte. De dysartrie is inmiddels hersteld.

*Taken:*

1. Lichte stoornis in het onmiddellijk geheugen bij het naverellen van een verhaal;
2. Lichte stoornis in de beknoptheid bij het vertellen van een verhaal: de heer B is iets te breedspakig;
3. Lichte stoornis in het geven van essentiële informatie (confabulatie); Bij het opschrijven van zijn adres vergeet hij de letters van de postcode.
4. Problemen met het noemen van visueel distinctieve kenmerken: hij noemt wel kenmerken, maar geen distinctieve kenmerken.
5. Stoornis in de receptieve linguïstische prosodie: hij hoort een vraag als een mededeling.
6. Het lukt hem niet om de afbeeldingen in de juiste volgorde te leggen. Bij het beschrijven van de afbeeldingen wordt de onjuiste volgorde van de afbeeldingen niet door hem opgemerkt. Wel maakt hij een logisch verhaal.

*RHCV:* Ondanks het feit dat de heer B en zijn echtgenote de vragenlijsten onafhankelijk van elkaar hebben ingevuld, komen de antwoorden meestal wel overeen. De communicatie verloopt iets minder goed dan vroeger. De heer B ervaart minder problemen dan zijn vrouw.

De belangrijkste problemen die naar voren komen uit de lijst zijn:

1. De heer B laat informatie weg bij het vertellen van een nieuwtje of een verhaal.
2. Het begrijpen van een verhaal, gesprek of discussie over een bepaald onderwerp gaat iets minder goed dan vroeger. De heer B geeft aan dat hij dan reageert door ernaar te vragen. Zijn vrouw geeft aan dat hij onbegrijpend kijkt of niet adequaat antwoordt. Als oplossing geeft het echtpaar aan dat de ander de informatie moet herhalen of eenvoudigere zinnen moet gebruiken. Soms vat de heer B iets letterlijk op, terwijl het figuurlijk is bedoeld.
3. De heer B kan moeilijker zijn aandacht bij een gesprek houden, richt zijn aandacht sneller op iets anders. Hij maakt minder oogcontact dan vroeger tijdens een gesprek.
4. De heer B heeft meer moeite dan vroeger de humor van een grap te zien en de clou ervan te begrijpen. Hij is opvliegender dan vroeger wanneer iemand iets tegen hem zegt. En hij heeft meer moeite met het nemen van goede, gefundeerde beslissingen.

## HET NIET ONDERKEND WORDEN VAN DE COMMUNICATIE- STOORNISSEN ZAL VAAK TOT GEVOLG HEBBEN DAT DE PATIËNT MOEILIK EN ONAANGEPAST GEDRAG VERWETEN WORDT

Andere stoornissen die volgens de heer B meer problemen geven dan de communicatieproblemen zijn: snel vermoeid, minder actief, snel afgeleid, onrustig. Volgens zijn vrouw komen daar nog bij: vergeet snel dingen, gedraagt zich emotioneler, is bang om fouten te maken.

Mevrouw geeft aan dat de heer B bij vermoeidheid en verminderde concentratie minder actief deelneemt aan een gesprek.

Grootste problemen van de heer B zelf zijn: aandacht, oogcontact, minder bezoek (thuis). Het grootste probleem van zijn vrouw is: het nemen van beslissingen (veranderd rollenpatroon). De taalstoornis bestaat voornamelijk uit stoornissen in de macrostructuur, zoals stoornissen in het opvangen en vertellen van alle essentiële informatie en onderdelen van een verhaal, stoornis in het interpreteren van humor, stoornis in het in de juiste volgorde brengen van onderdelen, stoornis in het bondig vertellen van een verhaal. Alle stoornissen bij de heer B zijn licht te noemen. (Het 'Overzicht van RH-stoornissen' van deze patiënt is op te vragen bij [l.elte@nvlf.nl](mailto:l.elte@nvlf.nl))

### Behandeling

De behandeling startte aansluitend op het onderzoek, met een frequentie van één keer per week, en bestond voornamelijk uit

het bespreken van de testonderdelen. Dit gaf de heer B en zijn vrouw inzicht in de stoornis. Daarnaast is geoefend met het oogcontact tijdens de communicatie. De heer B kon dit goed herstellen. Er is geoefend met het navertellen van verhalen, waarbij de heer B de essentiële items moest weergeven. Ook dit is sterk vooruit gegaan.

Bij de ergotherapie heeft de heer B geoefend met logische reeksen.

De behandeling heeft kortdurend (twee maanden) plaatsgevonden en is gestopt in augustus 2001.

Adviezen voor de omgeving waren: probeer de aandacht van de heer B bij een gesprek te houden door zoveel mogelijk letterlijke taal te gebruiken. Maak een boodschap niet te lang en vraag terug of hij alles goed geïnterpreteerd heeft.

Het advies voor de heer B was: vraag bij twijfel of de informatie goed geïnterpreteerd is.

## DE COMMUNICATIEPROBLEMEN VAN PATIËNT EN OMGEVING ZIJN DE RICHTLIJNEN VOOR DE BEHANDELING

Nu, 10 maanden post onset, werkt de heer B weer 30 uur per week. Hij is overgeplaatst naar een andere afdeling, waar hij alle ruimte krijgt om in zijn eigen tempo zijn werk te doen. Wel moet hij nog leren zijn eigen grenzen in de gaten te houden en te bewaken. De aandacht ergens bijhouden is nog moeilijk voor hem. Het lukt nog niet altijd om twee gesprekken tegelijk te volgen. Hij begrijpt nog niet alle informatie meteen goed. Soms zijn er problemen in de interactie, vooral in het begin van een gesprek (een licht gestoord beurtgedrag), maar in de loop van het gesprek, als hij op zijn gemak is, normaliseert zich dat. Hij is erg gespist op zijn eigen fouten. Dit werkt zijn onzekerheid in de hand.

Over het algemeen is het echtpaar tevreden over hoe het nu gaat. De echtgenote geeft wel aan dat zij, vooral aanvankelijk, behoefte had aan partnerbegeleiding. Het doorspreken van de testresultaten heeft haar wel geholpen, maar ook nu loopt zij in de dagelijkse praktijk nog tegen problemen aan, zowel in de communicatie als met het toch licht veranderde karakter van haar man.

Het belangrijkste in de behandeling is de voorlichting geweest, zowel bij de heer B als zijn vrouw. Gezien de problemen die het echtpaar nu nog aangeeft, was mogelijk extra begeleiding van de heer B ten aanzien van zijn onzekerheid en partnerbegeleiding van zijn echtgenote zinvol geweest.

### Casus 3

Mevrouw C is een gehuwde vrouw van 78 jaar. Op een vakantie in het buitenland, begin februari 2001, had zij tweemaal een

scheve mond en tintelingen in de linkerarm. Door een misstap kwam zij op 22 februari ten val en werd in het ziekenhuis opgenomen met een enkelfractuur rechts, een wond aan het linkerbeen en een fractuur van de rechter wijsvinger, waarvoor zij een spalk kreeg. Op 12 maart kreeg zij, in het ziekenhuis, een ischemisch CVA in de rechterhemisfeer; op de scan werd een 3 cm grote laesie rechts temporo-pariëtaal gezien. Mevrouw had een parese links.

Op 29 maart werd mevrouw C in Nederland in het verpleeghuis opgenomen voor revalidatie. In eerste instantie kreeg zij fysiotherapie. De ergotherapeut werd ingeschakeld om een neuropsychologisch functieonderzoek af te nemen. Hieruit kwam geen stoornis naar voren; bij bestudering van het testformulier blijkt dat er kleine problemen waren in de visuele waarneming. In overleg met de verpleeghuisarts werd, drie maanden post-onset, logopedie ingeschakeld om communicatiestoornissen ten gevolge van rechterhemisfeerletsel te onderzoeken en te behandelen. De arts was opgefallen dat mevrouw C problemen had met termen voor persoonlijke referentie (te familiair, tutoyeren wanneer dat niet bij de situatie paste).

### Onderzoek

Op 12 juni 2001 werd de RHCB afgenomen. Het volgende kwam naar voren.

Mevrouw C gaf aan geen stoornissen in de communicatie te ondervinden die een gevolg zouden kunnen zijn van het CVA. Zij vertelde wel, dat zij niet meer kon huilen: emoties uiten zich in 'volschieten', daarna zakt dit gevoel direct weer af. Als anderen zeggen dat huilen zou kunnen opluchten, beaamt zij dit wel, maar ze ziet het niet kunnen huilen niet als een probleem. Voorts vertelde zij dat haar geheugen haar een tijdje in de steek had gelaten, maar dat het nu weer goed functioneerde.

Tijdens de anamnese had mevrouw af en toe moeite om haar aandacht bij het gesprek te houden.

De volgende stoornissen kwamen naar voren:

1. Stoornis in het aangeven van gevoelens en in het noemen van kwalitatieve adjectieven.
2. Lichte stoornis in het uitgestelde geheugen.
3. Stoornis in het noemen van visueel-distinctieve kenmerken van drie gegeven items.
4. Stoornis in de expressieve linguïstische prosodie: nauwelijks of geen melodische, dynamische of temporele accenten.
5. Stoornis in de expressieve emotionele prosodie.
6. Stoornis in de receptieve linguïstische prosodie: vraagzinnen worden niet als zodanig herkend.
7. Stoornis in het leggen van afbeeldingen in juiste volgorde. Ook wanneer zij de afbeeldingen beschrijft, wordt de foute volgorde niet gezien en/of gecorrigeerd. De essentie van het verhaal ontgaat haar.

De RHCv wordt door mevrouw en haar echtgenoot ingevuld. Zij zijn het zeer eens in hun beantwoording: er worden geen stoornissen gesignaleerd. Mevrouw geeft als enige aan dat ze minder

actief is en minder goed haar aandacht bij een gesprek kan houden. Beiden noemen zij het niet kunnen huilen als opvallend. Conclusie: taalstoornissen (een geheel overzien en uit een verhaal de essentie halen is moeilijk) en prosodiestoornissen (het herkennen van intonatie is gestoord waardoor informatie verloren gaat in een gesprek). Daarnaast is het vasthouden van de aandacht en het inprenten in het geheugen soms moeilijk. (Het 'Overzicht van RH-stoornissen' van deze patiënt is op te vragen bij l.elte@nvlf.nl)

## Behandeling

Bij het samen bekijken van het RHCO was er herkenning bij het onderdeel prosodie. Bespreken hiervan gaf opluchting: een eerst niet te definiëren probleem was benoembaar en er was een manier om er mee om te kunnen gaan.

De communicatieadviezen waren:

- In een gesprek eerst het onderwerp van gesprek noemen;
- Bij te volgen procedures de procedure op schrift zetten zodat mevrouw overzicht houdt;
- Een vraag inleiden met "Ik wil u iets vragen....." omdat ze een vraag anders als een mededeling zou kunnen beschouwen.

## BIJ DE DRIE CASUSSEN KWAM HET BELANG VAN UITLEG EN ADVIEZEN DUIDELIJK NAAR VOREN

Afgesproken werd dat de logopedist ongeveer een maand na ontslag uit het verpleeghuis contact zou opnemen. Dit gebeurde op 18 september. De heer en mevrouw C meldden dat de fysieke revalidatie goed verliep, maar dat mevrouw aandacht en geheugenproblemen had. Zij vergat bijvoorbeeld het gas uit te draaien of het licht uit te doen. Verder was zij af en toe gedesoriënteerd in de tijd. We hebben besproken hoe mevrouw met het geheugen- en aandachtsprobleem om zou kunnen gaan (belangrijke afspraken maken als zij uitgerust is, dus bijvoorbeeld 's morgens; geheugensteuntjes maken, zoals agenda goed gebruiken, briefjes met 'gas uit' en 'licht uit' bij de deurpost, enzovoort).

Hierna hebben we nog eenmaal contact gehad: alles verliep naar tevredenheid.

Terugziend op de logopedische behandeling gaven de heer en mevrouw C aan veel gehad te hebben aan de uitleg en de adviezen. De gevolgen van het hersenletsel werden daardoor voor hen inzichtelijk en er werden oplossingen aangereikt voor de (mogelijke) problemen.

## Samenvatting

Bij elk van de drie hier beschreven casussen gaf onderzoek met het RHCO aan dat er sprake was van communicatiestoornissen

en van overige stoornissen die de communicatie nadelig kunnen beïnvloeden. Het was mogelijk om de aard en de ernst van de stoornissen in kaart te brengen en tevens werd duidelijk of en in hoeverre de patiënten zich bewust waren van de stoornissen.

De vragenlijsten van de drie respondenten meldden aanzienlijk meer veranderingen dan die van de patiënten. Bestudering van het 'Overzicht van RH-stoornissen' van de heer A laat zien dat hij twee keer een verandering meldt die zijn vrouw niet heeft opgemerkt. Daar staat tegenover dat van de 24 door mevrouw A gemelde veranderingen slechts 15 door haar man onderkend zijn. De heer B indiceert één keer een verandering die zijn vrouw niet vermeldt; van de 19 door zijn vrouw onderkende veranderingen onderkent hij er 9. Bij casus C, waarbij de vragenlijsten zijn ingevuld toen de patiënt nog in het verpleeghuis was, is van onderkenning van veranderingen op dat moment vrijwel geen sprake, noch bij de echtgenoot, noch bij de patiënt. Alleen een aandachtsstoornis en een emotionele stoornis worden door de patiënt vermeld.

Het grootste aantal stoornissen bij deze drie casussen betreft stoornissen in de pragmatiek (28). De macrostructuur is met 15 indicaties een goede tweede. Bij de overige stoornissen is het aantal indicaties voor een gedragsstoornis het hoogst (12), met als tweede het aantal indicaties voor een aandachtsstoornis (10). De pragmatische stoornissen en de gedragsstoornissen kwamen vooral via de vragenlijst aan het licht.

De behandeling die werd gegeven startte bij elke patiënt met uitleg over de communicatiestoornissen. Vervolgens werden adviezen aangereikt aan de omgeving. Bij casus B en casus C werden daarnaast adviezen aangereikt aan de patiënt zelf. Bij casus B werd gerichte therapie gegeven voor de stoornissen in de macrostructuur en het gestoorde oogcontact. Bij deze drie casussen werd door de directe omgeving aangegeven dat de uitleg en de adviezen als zeer belangrijk werden beschouwd.

## Discussie

Bij de drie hier beschreven casussen werd het RHCO afgenomen, omdat de logopedist in het kader van een RH-cursus het onderzoek bij een RH-patiënt diende af te nemen. Bij elke gekozen patiënt was met een CT-scan een RH-laesie aangetoond, maar bij geen van de drie waren duidelijke communicatiestoornissen de aanleiding tot het onderzoek. Bij alle drie bleken communicatiestoornissen aanwezig en bleek de onderkenning van deze stoornissen voor patiënt en omgeving waardevol. Het gaat hier slechts om drie RH-patienten, een te klein aantal om een algemene uitspraak bij te doen. Toch is het een aanwijzing dat, zo niet alle, toch vele RH-patiënten communicatiestoornissen hebben die onopgemerkt blijven maar die wel voor problemen zorgen. Nader onderzoek zal moeten uitmaken hoe groot het percentage RH-patiënten met problematische communicatiestoornissen in werkelijkheid is.

Het moment van onderzoek lijkt niet beslissend voor het kunnen vaststellen van communicatiestoornissen. Bij de heer B werd het onderzoek 6 weken post-onset afgenomen, bij

mevrouw C na 3 maanden en bij de heer A gebeurde dit pas 5 jaar later. Het is duidelijk dat ter voorkoming van problemen die niet-erkenning van stoornissen meebrengen, zoals verwijten aan de patiënt van onverschilligheid en onaangepast (verbaal) gedrag, onderzoek in een vroeg stadium gewenst is. Bij mevrouw C kwamen bij afname van de RHCb stoornissen naar voren, maar noch mevrouw zelf noch haar man indiceerden bij invullen van de vragenlijst stoornissen. Mevrouw verbleef toen nog in het verpleeghuis en het dagelijks leven had zich bij hen nog niet hervat. Het voorleggen van vragenlijst aan patiënt en omgeving is zo te zien pas zinvol als patiënt en omgeving gelegenheid hebben gehad om 'dagelijkse communicatie' te ervaren. Na ontslag van mevrouw C bleken thuis problemen op te treden bij het plannen en uitvoeren van communicatieve taken (macrostructuur) en huishoudelijke taken. Op de communicatieproblemen waren beiden voorbereid door de voorlichting naar aanleiding van RHCb-bevindingen, op de huishoudelijke problemen niet. Afname van RHCb in een zo vroeg mogelijk stadium lijkt dus zinvol. De afnameduur van RHCb vergde bij A 30 minuten, bij B 45 minuten en bij C 55 minuten.

Is logopedische behandeling van rechterhemisfeercommunicatiestoornissen mogelijk en zinvol?

Behandeling van rechterhemisfeerpatiënten bestaat uit het geven van uitleg, voorlichting en begeleiding aan de patiënt en de personen in de naaste omgeving van de patiënt (familie, verzorgers) en het geven van gerichte therapie. De voorlichting over de communicatiestoornissen van de patiënt en over de nog bewaard gebleven mogelijkheden tot communicatie, moeten communicatieproblemen zoveel mogelijk voorkomen. Juist door de ongrijpbaarheid van de stoornissen en het vaak slechte inzicht van de patiënt in zijn eigen stoornissen zijn voorlichting en een intensieve begeleiding uitermate belangrijk. Zo kan ook gezorgd worden dat de patiënt zo goed en zo zelfstandig mogelijk en, zo mogelijk, in zijn eigen omgeving kan functioneren.

Bij alle drie casussen kwam het belang van uitleg en adviezen duidelijk naar voren. Dit aspect van behandeling is zo te zien bij rechterhemisfeerpatiënten altijd noodzakelijk, in de beginfase en na verloop van tijd in de eigen omgeving. Tomkins (1995) benadrukte het als volgt: "Education and counseling are ongoing processes for both patient and family." Mevrouw B noemde in dit verband het gemis aan partnerbegeleiding. Te denken valt aan partnergroepen waar de problemen in het dagelijks leven met lotgenoten besproken kunnen worden. Wanneer rechterhemisfeercommunicatiestoornissen meer aandacht krijgen zal aan dit aspect ongetwijfeld gewerkt worden.

De gerichte therapie bij rechterhemisfeerpatiënten is gebaseerd op de via het onderzoek bepaalde stoornissen, de ernst van deze stoornissen, het inzicht van de patiënt en op de door patiënt en omgeving ondervonden communicatieproblemen. Alleen de heer B kreeg gerichte therapie, voor de stoornissen in de macro-

structuur en voor het gestoorde oogcontact. Dit ging sterk vooruit. De behandeling werd na twee maanden gestopt. Toen na een half jaar de logopedist weer contact opnam, bleek de heer B zijn werk als jurist weer opgepakt te hebben, wel op een aangepaste manier. Hij ervoer nog problemen met aandacht en communicatie, en voelde zich onzeker. Een langere gerichte therapie was voor de heer B waarschijnlijk zinvol geweest.

## OVER GERICHTE BEHANDELING VAN PATIËNTEN MET DEZE STOORNISSEN IS NOG WEINIG BEKEND

Het was opmerkelijk dat zowel mevrouw A als mevrouw B een verminderd oogcontact aangaven. Een onderzoek door Prutting & Kirchner (1990) toonde aan dat ongeveer de helft van de onderzochte RH-patiënten een gestoord oogcontact vertoont. Bij afasiepatiënten blijkt het maken van oogcontact een belangrijke factor voor een goede interactie (Hayashi et al, 2000). Het lijkt aannemelijk dat dit ook voor RH-patiënten geldt. Bij beiden gaf de echtgenote aan dat patiënt minder goed de aandacht bij een gesprek kon houden. Mogelijk heeft (interactie met) verminderde aandacht een rol gespeeld. Bij afasiepatiënten blijkt aandachtstraining het gestoord taalbegrip te verbeteren (Helm-Estabrooks et al, 2000). Niet vergeten mag worden dat 'aandacht' geen unitair begrip is en dat de linkerhemisfeer en de rechterhemisfeer op een andere manier bij de verschillende aandachtsaspecten betrokken zijn (Dharmaperwira-Prins, 2000).

Mevrouw C had volgens het onderzoek met RHCb evenveel indicaties voor stoornissen als de heer B. De aard van de stoornissen (zowel de communicatieve als de overige) en de persoonlijke omstandigheden, en daarmee de problemen, waren duidelijk verschillend. Zij kreeg geen gerichte therapie, wel adviezen, die volstonden om alles naar tevredenheid te laten verlopen.

Daar rechterhemisfeercommunicatiestoornissen nog maar sedert enkele jaren onderkend worden, is over gerichte behandeling van patiënten met deze stoornissen nog weinig bekend. Hopelijk kan in de naaste toekomst hier meer aandacht aan besteed worden. De hier beschreven casussen zijn een aanwijzing dat behandeling bij deze patiëntengroep, nog meer dan bij andere groepen, maatwerk betreft. Een behandeling moet aan de ene kant gefundeerd zijn op een nauwkeurige onderkenning van de stoornissen en aan de andere kant op de persoonlijkheid en de persoonlijke omstandigheden van de patiënt, die bepalen welke problemen de patiënt en omgeving ervaren door de stoornissen.

### Samenvatting

Drie casussen worden beschreven, van twee mannen en een vrouw bij wie na een CVA rechterhemisfeerletsel vastgesteld was – respectievelijk 5 jaren, 6 weken en 6 weken voordien –

maar bij wie communicatiestoornissen niet onderkend waren. Onderzoek met Rechter Hemisfeer Communicatie Onderzoek (RHCO) bracht verscheidene stoornissen aan het licht, vooral pragmatische en macrostructurele stoornissen.

Behandeling was probleemgericht. Bij elke casus werd uitleg over de stoornissen gegeven en werden adviezen aangereikt aan patiënt en huwelijkspartner. Allen gaven het grote belang aan van hun inzicht in de stoornissen en de adviezen. Eén patiënt kreeg gerichte therapie.

Implicaties van bevindingen worden besproken.

### Summary

Three case studies are presented, of two men and one woman who developed post-stroke right hemisphere brain damage - respectively 5 years, 6 weeks and 6 weeks previously - but had never been diagnosed with communication disorders. Assessment with 'Rechter Hemisfeer Communicatie Onderzoek' (RHCO) revealed several disorders, mainly pragmatic and macrostructural.

Treatment was problem-oriented and in every case consisted of providing information about disorders and education and counselling, both for patient and partner. All indicated the importance of insight in disorders and counselling provided by the speech-language pathologist. One patient received disorder-oriented training. Implications of findings are discussed.

### Key words

rechterhemisfeer, macrostructuur, pragmatiek, prosodie.

### Auteurs

Rèni I.I. Dharmaperwira-Prins, logopedist, docent/onderzoeker neurogene taal/spraakstoornissen

Francisca Hazelhorst-Hoogendijk, logopedist Verpleeghuis Van Wijckerslooth, Oegstgeest

Monique Schol-de Bliëk, logopedist Arcus zorgcentra, locatie Verpleeghuis Cornelia, Zierikzee

Fabienne F. Stok, logopedist Medisch Centrum Rijnmond Zuid, Rotterdam

### Correspondentie

Reni Dharmaperwira-Prins

Heemsteedse Dreef 263

2101 KH Heemstede

e-mail: 101351.1176@compuserve.com

Een overzicht van de testuitslagen van de patiënten is via e-mail op te vragen bij: l.elte@nvl.nl

Wegens plaatsgebrek én omdat de uitslagen uitgebreid worden toegelicht, zijn deze testuitslagen niet in de tekst opgenomen.

### Literatuur

- Cranenburgh B. van (1999). Neuropsychologie: over de gevolgen van hersenbeschadiging. Maarssen, Elsevier/De Tijdstroom.
- Dharmaperwira-Prins RII (2000). Communicatiestoornissen bij Rechterhemisfeer-dysfunctie. RHCO: Rechter Hemisfeer Communicatie Onderzoek. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hayashi M, Ramsberger G, Menn L (2000). Sharing Responsibility for Checking Information: A Key to Transmission of Information in Conversation. *Brain and Language*, 74, nr 3, 466-469.
- Helm-Estabrooks N, Tabor Connor L, Albert ML (2000). Treating Attention to Improve Auditory Comprehension in Aphasia. *Brain and Language*, 74, nr 3, 469-472.
- Prutting CA & Kirchner DM (1990). A Clinical Appraisal of the Pragmatic Aspects of Language. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, 135-145.
- Tomkins CA (1995). *Right Hemisphere Communication Disorders: Theory and Management*. San Diego: Singular Publishing Group, Inc.