

Diagnostikstandards Dysarthrie / Dysarthrophonie

Entwickelt von der BKQM im dbi,
Verabschiedet vom BVS im September 2009

Definition

Unter dem Begriff *Dysarthrie* versteht man eine erworbene neurogene Sprechstörung, die durch eine Schädigung des zentralen oder des peripheren Nervensystems verursacht wurde und auf einer beeinträchtigten Steuerung und Ausführung von Sprechbewegungen beruht (Ziegler et al., 1998). Betroffen sind dabei eines oder mehrere der am Sprechen beteiligten Funktionssysteme Atmung, Phonation und Artikulation. Die schwerste Form wird häufig als *Anarthrie* bezeichnet. Der Begriff *Dysarthrophonie* wird oft verwendet, wenn betont werden soll, dass der Störungsschwerpunkt im Bereich Atmung und/oder Phonation liegt. In der klinischen Praxis werden die Begriffe jedoch oft synonym verwendet.

Differenzialdiagnostisch gilt es die Dysarthrie primär von der *Aphasie* und von der *Sprechapraxie* abzugrenzen (siehe entsprechende Diagnostikstandards).

Ätiologie

Dysarthrien sind die am häufigsten auftretenden neurologisch bedingten Kommunikationsstörungen (Ziegler et al., 1998) und können definitionsgemäß bei Erwachsenen sowie bei Kindern/Jugendlichen nach Abschluss der Sprachentwicklung durch ein neurologisches Krankheitsereignis verursacht werden. Nähere Angaben zu den zugrunde liegenden Pathomechanismen sowie zur Ätiologie bei Dysarthrie finden sich in Huber (1997) und in Ziegler et al. (1998).

Wesentlich für die Befunderhebung und letztendlich auch für Therapieplanung und –prognose ist die zugrunde liegende Ätiologie der Sprechstörung, d.h. die Differenzierung einer progredienten Verlaufsform bei degenerativen Erkrankungen (z. Bsp. Morbus Parkinson) versus einem neurologischen Ereignis mit akuten Krankheitsbeginn und anschließender Remissionsphase wie sie beispielsweise bei traumatischen bzw. zerebrovaskulären Hirnschädigungen auftritt.

Klassifikation

Weit verbreitet für die Diagnostik ist das von Darley et al. (1975) entwickelte Klassifikationsschema der Dysarthriefformen, das einzelne Symptomenkomplexe wie folgt unterscheidet: hypotone Dysarthrie, hypertone Dysarthrie, hypokinetische Dysarthrie, hyperkinetische Dysarthrie und ataktische Dysarthrie. Dieser syndromorientierte Ansatz basiert auf einem Analogieschluss entsprechend der Klassifikationsprinzipien bei Bewegungsstörungen von Rumpf und Extremitäten (Ziegler et al., 1998). Es wird jedoch in diesem Zusammenhang oft betont, dass diese Einteilung „lediglich zur Systematisierung angewendet werden [kann], da reine Verlaufsformen eher selten sind und Mischformen überwiegen“ (Böhme, 1997:223). Nähere Erläuterungen zu diesem Klassifikationsprinzip finden sich dazu beispielsweise in Huber (1997) und in Ziegler et al. (1998).

Befunderhebung

Die Befunderhebung bei Dysarthrien bzw. Dysarthrophonien fällt grundsätzlich in den logopädischen Aufgabenbereich. Hier spielt insbesondere die auditive Beurteilung der Sprechweise des Betroffenen eine wesentliche Rolle (Ackermann et al., 2008).

Die logopädische Diagnostik dysarthrischer Störungen umfasst in der **klinischen Praxis** folgende Komponenten (Bauer et al., 2001):

- Erhebung der Anamnese (Eigen- und Fremdanamnese)
- auditive Analyse sprechmotorischer Fertigkeiten aus den Funktionsbereichen Atmung, Phonation, Artikulation und Prosodie (mittels Spontansprache sowie gezielter Aufgaben)
- taktile und visuelle Untersuchung der Sprechwerkzeuge
- Beurteilung der alltagsorientierten Kommunikationsfähigkeit

Für die auditive Analyse und die Untersuchung der Sprechwerkzeuge kommen orientierende Untersuchungsverfahren zum Einsatz, z. Bsp. die Untersuchung Neurologisch bedingter Sprech- und Stimmstörungen (Breitbach-Snowdon, 2003) oder die Frenchay Dysarthrie Untersuchung (Enderby, 2004). Hierbei nimmt der Untersucher eine qualitative Beschreibung der beobachteten Störungsmerkmale vor, die durch quantitative Daten ergänzt werden (z. Bsp. Messung der maximalen Tonhaldedauer). Eine Ton- bzw. Videoaufnahme des Patienten ist für eine systematische Datenerhebung erforderlich.

Die Beurteilung der alltagsorientierten Kommunikationsfähigkeit, insbesondere bzgl. Variablen wie Verständlichkeit und Natürlichkeit der Sprechweise, erfolgt durch eine gezielte Befragung des Betroffenen und wichtiger Bezugspersonen im Rahmen der Anamnese und sollte durch geeignete Screenings bzw. Beurteilungsskalen erweitert werden (Huber, 1997; Ziegler et al., 1998; Bauer et al., 2001).

Eine ICF-orientierte Sichtweise bei der Befunderhebung, die eine Beurteilung von Alltagsaktivitäten und Partizipation sowie eine Bewertung sogenannter Kontextfaktoren beinhaltet (Rentsch und Bucher, 2006), ist auch für das Störungsbild der Dysarthrie wünschenswert (Bauer et al., 2001). Es gilt zu beachten, dass Verständlichkeit und Natürlichkeit der dysarthrischen Sprechweise nicht in direkter Abhängigkeit vom Ausmaß der zugrunde liegenden Symptomatik stehen, so dass der Grad an sozialer Beeinträchtigung erfahrungsgemäß vom Patienten und dessen sozialem Umfeld sehr unterschiedlich bewertet wird (Ziegler et al., 1998). Sprechanstrengung, Stigmatisierung („wie betrunken“ sprechen), sozialer Rückzug, Einschränkungen der Berufsausübung, Abhängigkeit von Hilfsmitteln bzw. Personen sind nur einige der Folgen, die eine Dysarthrie für den Betroffenen haben kann (Ziegler et al., 1998).

Ergänzt werden kann diese logopädische Befunderhebung -abhängig von der diagnostischen Fragestellung- durch **apparative Verfahren**, die in der Regel eine HNO-ärztliche bzw. phoniatische Untersuchung der Sprechorgane umfasst (z. Bsp. Lupenlaryngoskopie). Einen Überblick über Möglichkeiten der geräteunterstützten Diagnostik bei Dysarthrie mit Hilfe physiologischer, aerodynamischer und akustischer Verfahren bieten Ziegler et al. (1998). Allerdings finden diese Methoden in der klinischen Praxis eher selten Anwendung (Ackermann et al., 2008).

Abhängig von den Ergebnissen der Befunderhebung (inkl. Parameter wie Störungswahrnehmung bzw. Therapiemotivation seitens des Patienten) wird

entweder eine logopädische Therapieindikation abgeleitet und Behandlung initiiert, ein Beratungsgespräch vereinbart, eine Kontrolluntersuchung nach einem bestimmten Zeitraum veranlasst (z. Bsp. bei degenerativen Erkrankungen) oder eine Behandlung für nicht erfolgversprechend bzw. notwendig erachtet.

Literatur:

- Ackermann, H., Bilda, K., Nebel, A., Vogel, M., Treig, T. & Ziegler, W. (2008). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Bauer, A. et al. (2001). Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie). Hrg. Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB) und deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie (DGNKN). Sprache - Stimme - Gehör, 25, S. 148 - 161.
- Böhme, G. (1997). Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Band 1: Klinik. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Breitbach-Snowdon, H. (2003). UNS- Untersuchung Neurologisch bedingter Sprech- und Stimmstörungen. Köln: Prolog.
- Darley, F.L., Aronson, A.E. & Brown, J.R. (1975). Moot Speech Disorders. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Enderby, P. (2004) Frenchay Dysarthrie Untersuchung / Handanweisung. Idstein: Schulz Kirchner Verlag.
- Huber, W. (1997). Dysarthrie. In Hartje, W. & Poeck, K. (Hrsg.), Klinische Neuropsychologie, S. 144-168. Stuttgart: Thieme.
- Rentsch, H.P. und Bucher, P.O. (2006). ICF in der Rehabilitation. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Ziegler, W., Vogel, M., Gröne, B. & Schröter-Morasch, H. (1998). Dysarthrie: Grundlagen – Diagnostik – Therapie. Stuttgart: Thieme Verlag.