

„Dysarthrie“ als Begleitstörung von Aphasien

Dysarthrien sind erworbene Störungen. Sie können dazu führen, dass Sprechbewegungen nicht mehr richtig gesteuert und ausgeführt werden und treten häufig neben den Aphasien auf. Im Gegensatz zur Aphasie handelt es sich bei der Dysarthrie jedoch nicht um eine Sprach-, sondern um eine Sprechstörung. Sie kann aber – genau wie die Aphasie – Folge einer Hirnverletzung sein und schränkt den Menschen in seiner Kommunikationsfähigkeit ein. Zu den Hirnverletzungen zählen zum Beispiel der Schlaganfall oder die traumatischen, degenerativen und entzündlichen Erkrankungen.

Da die Dysarthrie eine Sprechstörung darstellt, sind demgemäß die Bereiche betroffen, die das Sprechen ausmachen. Dem eigentlichen Sprechvorgang (Sprechäußerung oder Sprechakt) gehen dabei zunächst die Prozesse der Sprachverarbeitung voraus: Sprachverstehen und Sprachplanung. Nachdem im Gehirn bestimmt wurde, „was“ gesagt werden soll, wird bestimmt, „wie“ sich die für das Sprechen zuständigen Muskeln zu bewegen haben. Die einzelnen Bewegungsabläufe beziehen sich beim Sprechen in erster Linie auf die Atmung (Respiration), die Stimmgebung (Phonation) und die Lauterzeugung (Artikulation).

Wechselspiel der Sprechkomponenten

Die Atmung dient dem Zweck, die benötigte Ausatemluft mit angemessenem Druck und in erforderlicher Menge und Dauer bereitzustellen. Der Ausatemstrom stellt dabei das Ausgangs-



Autor

Dr. phil. Volker Runge, Klinischer Linguist in der Aatalklinik Wünnenberg, Leiter des Schlaganfallbüros Wünnenberg und 1. Vorsitzender des Landesverbandes der Aphasiker NRW

material der Phonation dar. Zentrales Organ der Phonation ist der Kehlkopf mit seiner Fähigkeit, den Atemweg zu unterbrechen. In ihm befinden sich die für die Stimmerzeugung benötigten Stimmlippen. Durch das abwechselnde Schließen und Öffnen wandeln sie den Luftstrom in rhythmische Luftstöße beziehungsweise -verdichtungen um, die das menschliche Ohr als Ton wahrnimmt.

Während der Artikulation verändern sich Größe und Form des Mund- und Schlundbereiches durch die Bewegungsabläufe sei-

ner Artikulationsorgane (Lippen, Zunge etc.). Ihre flexiblen Bewegungen und ihr fein abgestuftes Zusammenwirken führen zu Öffnungs-, Enge- und Verschlussbildung, die den Luftstrom gliedern und dadurch gleichzeitig die Formung eines Sprachlautes ermöglichen. Die Sprechmelodie (Prosodie) hilft der Verdeutlichung einer kommunikativen Äußerungsabsicht, indem Silben betont, Sprechpausen gesetzt und der Tonhöhenverlauf, die Lautstärke, das Sprechtempo und der Sprechrhythmus verändert werden.

Kommunikationseinschränkung isoliert

Die zuvor beschriebenen sprechmotorischen Prozesse basieren auf einer Vielzahl von Muskelbewegungen, die durch das Gehirn gesteuert werden müssen. Störungen im Gehirn – zum Beispiel im Rahmen eines Schlaganfalls – können dazu führen, dass die Steuerung der Sprechmotorik gestört wird. Im schlimmsten Fall spricht ein Patient gar nicht mehr oder verliert sein Sprechvermögen gänzlich (Anarthrie). Welche Form einer Dysarthrie vorliegt, hängt da-

von ab, welcher Teil des Gehirns gestört ist. Eine Schädigung des Hirnstamms kann etwa dazu führen, dass die Muskeln (in der Regel links-halbseitig) gelähmt sind. Anzeichen hierfür können beispielsweise ein schlaff herabhängender Arm oder eine schlaff herabhängende Gesichtshälfte sein. In diesem Fall spricht man auch von einer schlaffen oder bulbären (den Hirnstamm betreffenden) Dysarthrie. Schlaffe Lähmungen (Paresen) im Gesicht führen bei bulbären Dysarthrien dazu, dass die Patienten Schwierigkeiten in der Artikulation bekommen. So fällt es ihnen zum Beispiel schwer, den Unterkiefer richtig zu heben, die Lippen ausreichend zu bewegen oder die Wangen vollständig aufzublasen. Ein mangelnder Verschluss des Mundes führt unter Umständen dazu, dass beim Sprechen aus einem „p“ ein „b“ wird.

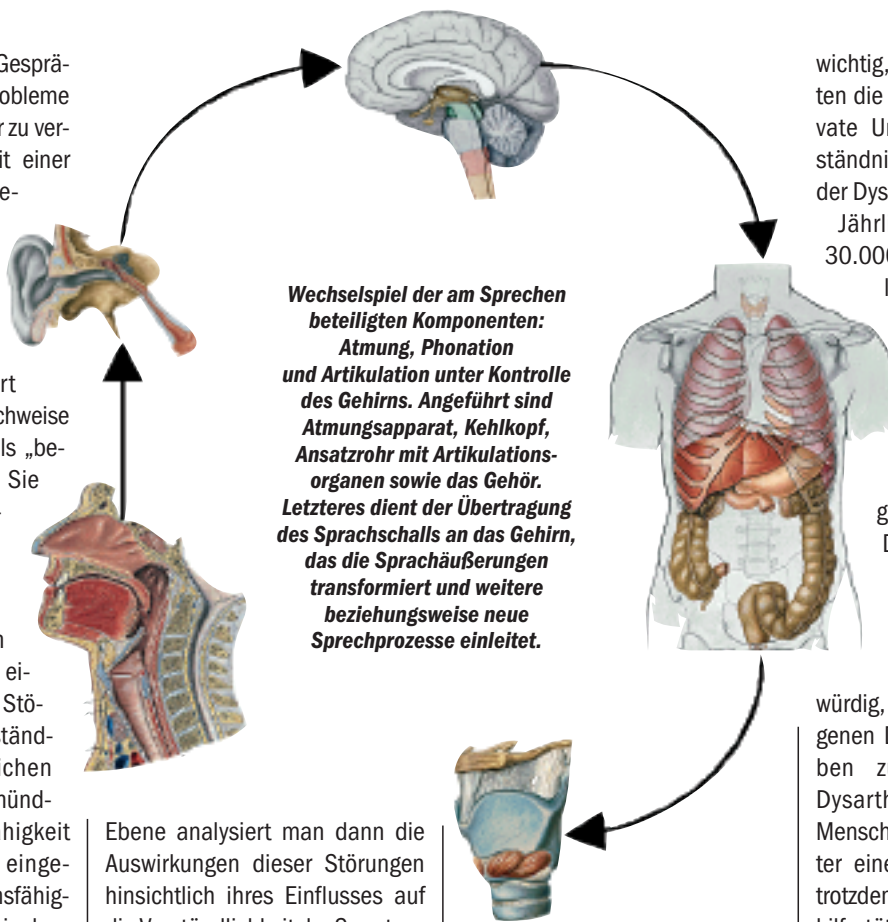
Konsequenzen für die Phonation und Respiration hätten Lähmungen bei schlaffen Dysarthriker in der Art, dass vom Patienten nicht genügend Luft ein- und ausgeatmet werden kann, weil etwa die Brustmuskulatur halbseitig gelähmt ist. Die aufsteigende Atemsäule ist zu gering, um die Stimmlippen in ausreichende Schwingung zu versetzen. Die Stimme klingt dann meist leise, rau und brüchig. Außerdem führen Lähmungen des Gaumensegels dazu, dass Luft während des Sprechens aus der Nase entweichen kann. Hinzu kommt, dass schlaffe Dysarthriker unter Umständen nicht mehr in der Lage sind, das Sprechen mit einer genügenden Prosodie zu versehen. Die Sprechweise ist zumeist verlangsamt und klingt monoton. Die Veränderungen in der Sprechweise des Dysarthrikers können bewirken, dass der Gesprächspartner nicht in der Lage ist, die Redeabsicht aus den dysarthrischen Äußerungen zu erkennen. So erschwert dem Hörer zum Beispiel die Reduktion des Sprechtempos und die mit dem Sprechen meist verbundene Anstrengung die konstante Beteiligung an Gesprächen mit Dysarthrikern. Es ist im Allgemeinen die Minderung der Artikulations-

schärfe, die dem Hörer in Gesprächen mit Dysarthrikern Probleme bereitet, Silben und Wörter zu verstehen. Die Patienten mit einer schlaffen Dysarthrie beschreiben ihre Sprechweise in der Regel als „verwaschen“ oder „kloßig“. Patienten, bei denen hingegen das Kleinhirn (Cerebellum) gestört ist, werden in ihrer Sprechweise von ihrer Umwelt häufig als „betrunken“ umschrieben. Sie weisen statt der Lähmungen Koordinierungsstörungen in den Sprechbewegungen auf.

Allen Dysarthriepatienten ist aber gemein, dass ab einem gewissen Grad des Störungsausmaßes die Verständlichkeit einer sprachlichen Äußerung und damit die mündliche Kommunikationsfähigkeit herabgesetzt wird. Die eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit kann den dysarthrischen Menschen in der heutigen Gesellschaft daran hindern, seine sozialen Rollen auszuüben oder zu erfüllen und die Beziehungen mit anderen Kommunikationspartnern aufzubauen oder zu erhalten. Gelingt die Erfüllung der sozialen Rollen nicht, können soziale Isolierung, institutionelle, technische oder personelle Abhängigkeiten, berufliche Einschränkungen oder gar Verlust des Berufes die Folge sein.

Frühe Therapie vermeidet Fehlanpassung

Der beschriebene Sachverhalt verdeutlicht, welchen Stellenwert die Therapie hirngeschädigter Patienten mit Dysarthrien im Rahmen der neurologischen Rehabilitation erhält. Grundlage der Therapie ist es zunächst, anhand diagnostischer Mittel festzustellen, wie die Sprechweise des Patienten von der „Normsprechweise“ abweicht. Dies bezieht sich auf die grundlegenden Aspekte der „natürlichen“ Respiration, Phonation und Artikulation. Auf einer komplexeren



Ebene analysiert man dann die Auswirkungen dieser Störungen hinsichtlich ihres Einflusses auf die Verständlichkeit der Spontansprache, auf ästhetische Aspekte des Sprechens (Prosodie) und auf die Flexibilität in Gesprächssituationen (z.B. Sprechtempo). Eine Dysarthrie kann je nach Intensität ihrer Symptome zu unterschiedlichen Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben (etwa im Beruf) führen. Eine Betrachtung der individuellen Lebenssituation hilft, grundsätzliche Therapieziele festzulegen und eine Beratung der Betroffenen und ihrer Angehörigen durchzuführen.

Ziel der Therapie ist es, die Aktionsbereitschaft und Wahrnehmung einzelner Sprechmuskeln oder Sprechmuskelgruppen zu stimulieren und zu erhöhen und darauf aufbauend das Wiederlernen normaler Sprechbewegungen zu erreichen. Ein Abbau gestörter Bewegungsmuster in der Respiration, Phonation und Artikulation zielt wiederum auf eine Erhöhung der Verständlichkeit der Spontansprache ab, um dem Patienten letztlich die Reintegration in den (beruflichen) Alltag zu ermöglichen. Übergreifend will man dem Patienten seine Sprechweise „bewusst werden“ lassen, seine Selbstwahrneh-



mung differenzieren und die Motivation für die Behandlung schaffen. Auf die Praxis übertragen heißt das, dass der Sprechtherapeut versucht, die gestörten Mechanismen in den Äußerungen des Patienten zu korrigieren. Dies geschieht dadurch, dass er fehlende oder nur andeutungsweise mögliche Sprechbewegungen (sowohl sprachlich als auch nicht-sprachlich) anbahnt und erhaltene/mögliche Bewegungen verstärkt und verbessert. Die therapeutischen Behandlungskonzepte zielen entsprechend auf die Behandlung von Bewegungskraft, -geschwindigkeit, -auslenkung, -genauigkeit, Selektivität und Symmetrie der Sprechorgane (Zunge, Lippen, Atmungsapparat etc.). Es empfiehlt sich, nach der Wiederherstellung von Vitalfunktionen (zum Beispiel dem Schlucken und der Ernährung), früh mit der Therapie zu beginnen, um Fehlanpassungen zu vermeiden und noch vorhandene Fähigkeiten auszubauen. Das Störungsausmaß und die Art der Störung sind dabei individuell verschieden. Nicht zuletzt ist es

wichtig, dass neben dem Patienten die Angehörigen und das private Umfeld ein richtiges Verständnis für das Erkrankungsbild der Dysarthrie erhalten.

Jährlich erkranken circa 30.000 Menschen in Deutschland an einer Dysarthrie.

Wie bei der Aphasie kann der Verlauf chronisch sein. Daher ist es wichtig, die Dysarthriker über die Selbsthilfe aufzufangen. Dies geschieht in Deutschland über die Aphasie-Bewegung und über den Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker. Es bleibt frag-

würdig, ob es sinnvoll ist, einen eigenen Dysarthrieverband ins Leben zu rufen. Häufig sind Dysarthriker auch Aphasiker. Menschen, die ausschließlich unter einer Dysarthrie leiden und trotzdem in der Aphasie-Selbsthilfe tätig sind, stellen derzeit in den Aphasiegruppen einen wichtigen Baustein dar. Denn Dysarthriker haben wie auch Aphasiker eine Kommunikationsstörung, sind aber dennoch in der Lage – wenn auch unter erschwerten Bedingungen – ihre Redeabsicht sinngerecht wiederzugeben. Den Aphasikern bieten die Dysarthriker somit die Chance, sich für die gleichen Interessen und Rechte zu engagieren.

Der Artikel erschien in „Schlaganfall und Aphasie“. Literaturnachweis kann beim Autor erfragt werden.

Kontakt
Aatalklinik
Wünneberg
Zu den Erlen 22
33181 Bad
Wünneberg
☎ 02953/970-873
☎ 02953/970-675
email: schlaganfall-
buero@aatalklinik.de
oder
regionalzentrum.owl
@aatalklinik.de
Internet:
www.aatalklinik.de