



LUND UNIVERSITY

Die ärztliche Betreuung von Patienten mit Störungen der Stimmfunktion

Kitzing, Peter

Published in:
Therapiewoche (Sonderdruck)

1983

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Kitzing, P. (1983). Die ärztliche Betreuung von Patienten mit Störungen der Stimmfunktion. *Therapiewoche (Sonderdruck)*, 33(26), 3675-3680.

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

THERAPIE WOCHE

WOCHENSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE MEDIZIN

P. Kitzing

Abteilung Phoniatrie und Audiologie der HNO-Klinik (Direktor: Prof. Dr. P. Kitzing)
der Universität Freiburg

Die ärztliche Betreuung von Patienten mit Störungen der Stimmfunktion

Therapiewoche 33, 3675-3680 (1983)

Sonderdruck Heft 26 Juni 1983

© Verlag G. Braun
Karl-Friedrich-Straße 14-18
Postfach 1709
7500 Karlsruhe 1
Telefon 07 21/165-1
Telex 07826904 vgb d

Schriftleitung
Dr. med. H.F. Späth
Dr. med. P. Hoffmann
Kaiserallee 30
7500 Karlsruhe 1
Telefon 07 21/84 30 21

Die herkömmliche Einteilung von Stimmstörungen in „organisch“ und „funktionell“ stellt eine negative Ausschlußdiagnostik dar, die leicht dazu führt, eine sachgemäße Betreuung bei nicht-organischen Stimmstörungen zu beeinträchtigen. Eine bessere Grundlage für die Patientenbetreuung bietet die direkte Einschätzung der Phonationsfunktion und ihres Trägers. Ersteres geschieht vorwiegend aufgrund einer stroboskopischen und kehlkopfmikroskopischen Befundung sowie einer perzeptuellen Stimmbeurteilung nach stimmphysiologischen Kriterien gestützt auf Tonbandaufnahmen bei Verlaufskontrollen; letzteres mit Hilfe einer eingehenden, nicht selten psychiatrisch orientierten Anamnese. Voraussetzung für eine sinnvolle phoniatische Diagnostik ist ein nicht unerheblicher Zeitaufwand. Mit dieser Basis kann der Arzt auch bei nicht-organischen Störungen den Stimmtherapeuten aktiv unterstützen. In vielen Fällen wird er seinen stimmgestörten Patienten auch therapeutisch selber betreuen können im Sinne einer „therapia minor“ für die Stimme und einer einführenden stimmhygienischen Beratung. Diese Richtlinien für ein ganzheitliches Vorgehen bei der Betreuung von Patienten mit Stimmfunktionsstörungen werden durch Hinweise auf wichtige Einzelheiten ergänzt.

The author feels that the traditional division of voice disorders in "organic" and "functional" to a certain degree is beside the point, because functional usually only means "non-organic" and the phonatory function itself seldom is considered. A better basis for the care of patients with disorders of the vocal function is to combine the indirect microscopy and stroboscopy of the larynx with an auditory perceptual evaluation of the phonation according to physiological criteria, supplemented by reproducible tape recordings for the control cases. A necessary prerequisite for a meaningful therapy is a thorough case history, revealing not only the throat disease but also the communicative problems of the patient and his motivation to change his phonatory behaviour. With this background, the physician not only can give active support to the voice therapist, but in many cases he will be able to treat the patient himself by suggesting specific vocal exercises or giving advice as to voice hygiene. In the paper, a rather detailed outline is given for a holistic approach when taking care of patients with disorders of voice function.

Als „funktionell“ werden Symptombilder bezeichnet, bei denen trotz eingehender und umfassender Untersuchungen kein pathologischer Befund erhoben wurde und die Beschwerden des Patienten gleichwohl anhalten. Die Diagnose eines sog. funktionellen Leidens ist eine negative, sie beruht auf dem Ausschluß krankhafter Veränderungen. Diese Situation ist in doppelter Hinsicht unerfreulich. Einmal ist der Patient selten zufrieden, nach dem Motto: „Ich fühle doch, daß ich etwas habe, der Arzt kann es nur nicht finden“, und der Arzt wird — oftmals gegen seine eigene Überzeugung — einen aufwendigen diagnostischen Apparat in Gang setzen, um sich gegen solche Unterstellungen zu wehren. Zum anderen sind doch bei den meisten Medizinern etwas abwertende Gefühle mit im Spiel, wenn von funktionellen Beschwerden die Rede ist. Etwa im Sinne, der Patient sei ein Hypochonder, er sei psychisch insuffizient und als Patient nicht ganz ernst zu nehmen. Das Arzt-Patienten-Verhältnis leidet. Die genannte Aufteilung in Störungen organischer und funktioneller Art ist bei der Beschreibung der Heiserkeiten oder Dysphonien auch in die phoniatische Lehre aufgenommen worden. Dies ist m.E. nicht unproblematisch, vor allem

für Kollegen, die der Phoniatrie nicht ganz nahe stehen. Durch gewohnheitsgeprägte medizinische Denkschemata etwa der eben geschilderten Art können nämlich tatsächliche Zusammenhänge verdeckt werden, die für die Stellungnahme bei Stimmstörungen von relevanter Bedeutung sind.

Die Einteilung in „organisch“ und „funktionell“ führt leicht zu einem Handeln am stimmkranken Patienten, das sich nicht auf die Störung, sondern vorrangig auf das stimmproduzierende Organ, den Kehlkopf, konzentriert. Wenn dieser keinen pathologischen Befund aufweist, geschieht es nur allzu leicht, daß der Patient mit dem nicht ausgesprochenen Verdacht einer Psychogenese als „funktionell“ abgetan wird.

Der Schlüssel zu einem effektiveren und für den Untersucher auf die Dauer auch viel interessanteren Vorgehen liegt m. E. in einer sachgemäßen Einschätzung der Stimme. Nicht die Frage, ob eine organische oder funktionelle Stimmstörung, sondern ob überhaupt eine Störung der Stimmfunktion vorliegt, sollte den Untersucher in erster Linie interessieren. Wenn dies der Fall ist, kann er anschließend der Frage nachgehen, welcher Art und welcher Genese die Funktionsstörung ist. Hierbei sei unterstrichen, daß eine solche Einschätzung der Stimmfunktion eine positive Diagnostik darstellt, und keine negative Ausschlussdiagnose mit den damit zusammenhängenden Schwierigkeiten.

Allerdings setzt dies Kenntnisse über die Stimmfunktion und Ausbildung in deren Untersuchungsmethoden voraus, die heute auch bei vielen, die stimmkranken Patienten betreuen, nicht als selbstverständlich betrachtet werden können. Es ist zwar so, daß jeder Mediziner in der Auskultation des Herzens eingehend ausgebildet wird und sich auch eine umfassende Terminologie für die Beschreibung pathologischer Herztöne und -geräusche aneignen muß. Eine Ausbildung in der Aus-

kultation des einzigen Organs, das unser Organismus zur Produktion von Tönen und Klängen entwickelt hat, findet jedoch noch nicht einmal in der Laryngologie statt, und Beschreibungen von Funktionsstörungen der Stimme in unseren Krankenblättern erreichen höchstens das von gebildeten Laien zu erwartende Niveau. Schon in seiner physiologischen Ausbildung erfährt der angehende Arzt sehr viel über das versteckte Reizleitungssystem des Herzens, während er über einfachste stimmphysiologische Zusammenhänge, mit denen er bei jedem Gespräch täglich konfrontiert wird, weitgehend in Unwissenheit belassen wird. Hier öffnet sich in Zukunft ein weites Feld der Aufklärungsarbeit für die Phoniatrie.

Einige Aspekte der Phonation

In diesem Beitrag können lediglich einige wichtige (und einfache) Aspekte der Stimmfunktion und deren Untersuchungsmethoden als Voraussetzung für die fortgesetzte Darstellung schlagwortartig hervorgehoben werden. Zwei Erscheinungen sind für die Stimmfunktion oder Phonation von grundlegender Bedeutung. Erstens der mehrschichtige Aufbau der Stimmlippe. Er gewährleistet eine Verlängerung der geschlossenen Phase während der phonatorischen Schwingungsperiode, ohne daß hierzu zusätzliche Muskelkraft beansprucht wird. Bei Verringerung oder Verlust der geschlossenen Phase ähnelt die Konfiguration der Schwingungsperiode zunehmend einer Sinusperiode. Dabei verliert die Stimme ihren Gehalt an Obertönen, sie wird weniger klangvoll. Der mehrschichtige Aufbau der Stimmlippe muß bei stimmverbessernden Operationen unbedingt berücksichtigt werden. Ein Abtragen der submukösen Verschiebschicht bis hinunter auf das Ligamentum vocale ergibt zwar dem

Aussehen nach sehr schöne Resultate. Es kann indessen zu Verwachsungen zwischen Epithel und Ligament führen, die ähnlich den Adhäsivprozessen des Trommelfells im Ohr vom HNO-Arzt gefürchtet werden sollten, da sie die Schwingungsfähigkeit der Stimmlippe aufheben und bei beidseitigem Auftreten zu einer Aphonie führen.

Die zweite stimmphysiologisch wichtige Erscheinung ist der aus Hydro- und Aerodynamik bekannte Bernoulli-Effekt, der z. B. auch den Sog der Wasserstrahlpumpe und die Tragfähigkeit der Flugzeugtragflächen bewirkt. Durch die Luftströmung aus der Lunge unterhalb der Stimmritze wird die Schleimhaut der Stimmlippen mehr oder weniger passiv (ohne Adduktionskraft der Kehlkopfmuskeln) nach medial angesogen, bis sich beide Stimmlippen berühren. Die Strömung durch die Stimmritze ist dann momentan unterbrochen. Darunter baut sich ein Luftdruck auf, der bei genügender Größe die beiden Stimmlippen auseinandersprengt, so daß die Luft wieder hindurchströmen und so eine neue Schwingungsperiode beginnen kann. Bei genügender Strömungsquote verläuft dieser Vorgang passiv ohne zusätzliche Arbeit der Kehlkopfmuskeln. So kann man auch ohne weiteres einen Leichenkehlkopf zur Phonation anblasen, gleich wie ein einfaches Papiermodell. Die Luftströmungsquote ist somit von ungemeiner Bedeutung für die Phonation.

Kriterien für den Stimmbefund

Nun zu den klinischen Untersuchungsmethoden der Stimmfunktion. Die bewußte auskultatorische Einschätzung der Stimmfunktion ist in erster Linie eine Frage der Erfahrung und Übung. Oft wird man als Phoniater gefragt, ob dies beim Untersucher ein bestimmtes Maß an Musikalität voraussetze (was immer

mit diesem Begriff auch gemeint sein mag). Gewiß, Musikalität schadet nicht, aber man sollte bedenken, daß es hier nicht um die Einschätzung der ästhetischen Qualitäten einer Stimme geht, sondern um die Beurteilung physiologischer Parameter. Damit entfällt weitgehend die in diesem Zusammenhang florierende unpräzise Terminologie, wo fast jeder Untersucher sein eigenes Vokabular entwickelt, und man kann sich auf eine geringe Anzahl leicht verständlicher Ausdrücke beschränken, die physiologischen Parametern zugeordnet werden können. Die allgemein akzeptierten, auskultatorisch feststellbaren physiologischen Kriterien der Sprechstimme sind aus dem Kästchen ersichtlich.

Physiologische Kriterien der Sprechstimme sind

- 1. die Stimmstärke, sie entspricht der Intensität**
- 2. die Stimmlage oder Sprechtonhöhe, entsprechend der Grundfrequenz**
- 3. der Klang, entsprechend dem Gehalt an Obertönen im Spektrum**
- 4. die Funktion, entsprechend dem Tonus der Kehlkopfmuskulatur. Ist dieser überhöht, spricht man von einer hyperfunktionellen Dysphonie. Dies ist die häufigste Fehlfunktion**
- 5. das Vorkommen hochfrequenter Geräuschkomponenten, die auf einen ungenügenden Glottlsschluß hindeuten. Man nennt dies eine verhauchte Stimme**
- 6. das Vorkommen niederfrequenter Geräuschkomponenten, die mit Unregelmäßigkeiten im Schwingungsablauf der Stimmlippen zusammenhängen. Die hierbei entstehende Stimmqualität wird meist als „rau“ bezeichnet**

Im Zusammenhang mit der Stimmlage ist es sinnvoll, gleich mit zur Registerqualität Stellung zu nehmen (Voll- oder Randregister oder, nach sängerischer Bezeichnung, Brust- oder Fistelstimme), die Kehlkopfartikulation wird beurteilt (Härte der Einsätze), und man achtet auf Resonanzphänomene (offener oder verhaltener, kloßiger oder nasaler Klang).

Es ist offensichtlich, daß ein nach diesen oder ähnlichen Kriterien differenzierter Stimmbefund eine bessere Grundlage für die Stellungnahme zur Problematik des stimmkranken Patienten bietet als Pauschalurteile wie etwa „Stimme schlecht“ oder „Stimme heiser“. Die Tatsache, daß die Auskultation der Stimmqualität nicht genügend ernst genommen und allzuwenig ausgeübt wird, mag damit zusammenhängen, daß sie wie andere Erscheinungen in der akustischen Modalität zeitabhängig ist und als eher subjektiv empfunden wird, da sie nicht genügend reproduzierbar erscheint. Ein visuell erhobener Befund läßt sich beliebig oft und von mehreren Untersuchern inspizieren, und es entsteht der Eindruck einer Objektivität. Hinzu kommt, daß individuelle Stimmqualitäten gewiß so komplex sind, daß sie sich mit keiner noch so ausgefeilten Terminologie verbal hinreichend beschreiben lassen.

Einen Ausweg aus diesem Dilemma bietet die moderne Tonbandaufnahmetechnik. Schon mit einem ziemlich geringen Aufwand ist es möglich, qualitativ hinreichende und vor allem reproduzierbare Aufzeichnungen der Stimme anzufertigen. Nicht die Qualität der Apparatur oder der Raumakustik bildet dabei, wie vielleicht zu erwarten wäre, die Schwachstelle, sondern der ungenügend festgelegte und häufig schwankende Abstand zwischen dem Mikrophon und dem Mund des Patienten. Dieses Problem ist jedoch mit am Kopf angebrachten Kleinmikrophonen heutzutage leicht zu lösen. Die Registrierung der Stimme auf Tonband im Zu-

sammenhang mit der ärztlichen Diagnostik von stimmkranken Patienten ist ein so einfacher und einleuchtender Vorgang, daß man sich nur darüber wundern kann, daß sie nicht allgemein ausgeübt wird. Dies vor allem auch in Zusammenhang mit operativen Eingriffen zum Zweck einer Stimmverbesserung, und hierzu dürften wohl alle Abtragungen von Veränderungen zählen, die von vornherein bei der Kehlkopfspiegelung als gutartig diagnostiziert worden sind. Manchmal wird argumentiert, der Aufwand sei zu groß. Abgesehen davon, daß das Lesen eines Probetextes auf Tonband etwa fünf Minuten beansprucht und daß der Preis eines Tonbandes kaum zehn Mark beträgt, würde im Vergleich wohl niemand, der sich für die Funktion des Ohres interessiert und der gehörverbessernde Chirurgie betreibt, mit dem Argument eines zu hohen Aufwandes von einer audiometrischen Registrierung der Hörfunktion absehen wollen. Es wird Zeit, daß die reproduzierbare Registrierung der Stimmfunktion auf Tonband im Zuge der ärztlichen Betreuung von stimmkranken Patienten genau so selbstverständlich wird wie die Audiometrie in der Otologie.

Stimmlippen- und Kehlkopfuntersuchungen

Ähnliches gilt abgewandelt für die Stroboskopie. Dies ist ein optisches Verfahren, mit dem der Schwingungsverlauf der Stimmlippen bei Phonation zur Darstellung gebracht werden kann. Auch hier kann eine Entsprechung zur Otologie angeführt werden: So wie die Untersuchung der Trommelfellbeweglichkeit mit Hilfe des Ziegleschen Trichters oder des Tympanogramms zur Diagnostik der Funktion des Ohres gehören, so gehört die Untersuchung der Stimmlippenschwingun-

gen mit Hilfe des Stroboskopes zur Funktionsdiagnostik des Kehlkopfes. Leider ist die Apparatur noch ziemlich kostenaufwendig, und das Verfahren stellt hohe Ansprüche an die Erfahrung des Untersuchers. Es ist zu erwarten, daß es sich auch weiterhin nur zögernd durchsetzen wird.

Anders ist dies mit optischen Hilfen zur Untersuchung des Kehlkopfes. Ähnlich wie bei der Otoskopie kann es heutzutage kaum mehr als sachgerecht betrachtet werden, wenigstens etwas kompliziertere Kehlkopfbefunde mit unbewaffnetem Auge nur mit dem Kehlkopfspiegel erheben zu wollen. Eine hervorragende Untersuchungssituation ist durch die direkte Mikrolaryngoskopie nach Kleinsasser gegeben. Allein schon der Narkoseaufwand verbietet eine routinemäßige Anwendung in der Diagnostik. Eine zweite Möglichkeit besteht in der Anwendung von Kehlkopfendoskopen, d. h. vergrößernden 90-Grad-Optiken. Eine dritte Möglichkeit, die sich international besonders in der phoniatischen Praxis durchgesetzt hat, ist die indirekte Kehlkopfmikroskopie. Das für die Otomikroskopie ohnehin am Untersuchungsplatz meist schon vorhandene Mikroskop wird mit einem 300-mm-Objektiv versehen und dazu benutzt, das Spiegelbild bei der herkömmlichen Kehlkopfspiegelung zu vergrößern. Das ungemein starke Licht und die Optik des Mikroskops sowie die Möglichkeit zur stereoskopischen Betrachtung ergeben eine Sicherheit in der Befundung, wie sie sonst nur von der direkten Mikrolaryngoskopie zu erwarten ist.

Die indirekte Kehlkopfmikroskopie, am besten zusätzlich auch mit stroboskopischem Licht durchgeführt, ermöglicht es, bei Verdacht auf „funktionelle“ Stimmstörungen auch geringste Organveränderungen, wie z. B. sogenannte Mikroläsionen der Stimmlippschleimhaut, bei der Untersuchung auszu-schließen.

Anamnese als klinische Realität

Abgesehen von der auskultatorischen Einschätzung der Stimme und der genauen Kehlkopfbefundung fußt die Diagnostik von Stimmfunktionsstörungen vorwiegend auf einer eingehenden Anamnese, die in Umfang und vielschichtiger Aufdeckungskraft mit einer guten psychiatrischen Exploration vergleichbar sein sollte. Viel hängt dabei von den Kenntnissen und der persönlichen Erfahrung sowie von der Gesprächstechnik des Untersuchers ab, und es ist schwer, hier allgemeine Richtlinien anzugeben. Eingangs sei festgestellt, daß die Wichtigkeit der Anamnese eine klinische Realität darstellt, und nicht nur Schönrederei zu Kongreßzwecken ist. Wer das Engagement und den Zeitaufwand für eine eingehende Anamnese scheut und sich meistens mit dem „hinreichend bekannt“ der Arztbriefe begnügen möchte, sollte mit der Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Stimmfunktionsstörungen zurückhaltend bleiben.

Einige für die richtige Einschätzung von Stimmfunktionsstörungen notwendige Fragen sollten immer beantwortet werden. Zunächst sollte man sich die Hauptklage des Patienten anhören und fragen, ob er wirklich vorwiegend an Heiserkeit oder Stimmchwäche leidet. Nicht selten besteht eher ein Fremdkörpergefühl und Schleimhautreiz im Schlund oder auch ein ständiger Reizhusten, der Anzeichen eines Katarrhs sein kann und wobei die Stimme nur am Rande in Mitleidenschaft gezogen ist. U. a. ist hier eine allergische Genese auszuschließen. Oder die geringer werdende Belastbarkeit z. B. einer Lehrerstimme ist vielleicht nur ein kleines Anzeichen einer zunehmenden allgemeinen Ermüdbarkeit in einer sich zuspitzenden Schulsituation. Überhaupt sollte man sich vergewissern, in wel-

chen konkreten Situationen die gestörte Stimmfunktion dem Patienten Schwierigkeiten bereitet. Dies ergibt öfter den besten Anhaltspunkt für die stimmtherapeutische Beratung. Nicht selten stellt sich heraus, daß der Patient seine Stimme durch allzu lauten Einsatz in Lärmsituationen überanstrengt, wie etwa bei Fahrgemeinschaften im Auto, wo vielleicht auch noch geraucht wird, in lärmenden Fabrikhallen oder in Kindergärten, wo überaus hohe Lärmpegel herrschen können. Die Stimmfunktion wird weitgehend durch die Selbsteinschätzung des Stimmträgers im Verhältnis zu seinem Kommunikationspartner geprägt. Die schüchtern verhaltene, verspannte Stimmführung einer Schülerin im Gespräch mit strengen Lehrern kann durchaus zu so schweren Funktionsstörungen führen, daß eine ärztliche Stellungnahme veranlaßt wird. Manchmal besteht die Stimmstörung eher in den Ohren der Umgebung als in der Kehle des Patienten. Dies gilt fast immer für die Heiserkeit der Schreikinder, die subjektiv frei von Beschwerden sind.

Hiermit gelangt man zur Frage, ob der Patient an seiner Heiserkeit auch wirklich leidet. Die Frage nach dem Leidensdruck gibt dem Therapeuten die notwendige Information, ob der Patient eine genügende Motivation aufbringen wird, sein kommunikatives Verhalten so eingreifend zu verändern, wie das für die erfolgreiche Durchführung einer Stimmübungsbehandlung meistens notwendig ist. Ähnliches bezweckt die Frage an stimmkranke Raucher, ob sie bereit sind, ihren Tabakkonsum aufzugeben.

Damit wäre die Vielschichtigkeit und Komplexität der Aufgabe ange-rissen, vor die der Arzt in seiner Stellungnahme zu Patienten mit Stimmfunktionsstörungen gestellt wird. Es wird deutlich, daß es dabei weniger um das Stellen von Diagnosen im Sinne einer Erkennung verschiedener Krankheiten ankommt, als auf ein intelligentes Aufdecken der relevanten Problematik

des einzelnen Patienten. Erst dies erlaubt auch ein gezieltes, differenziertes therapeutisches Vorgehen, sei es medikamentöser, chirurgischer oder verhaltensbeeinflussender Art. Eine Diagnostik wie die geschilderte bietet dem Arzt eine Grundlage dafür, mit dem Stimmtherapeuten auf einer Ebene zusammenarbeiten zu können. Sie bildet die Voraussetzung dafür, das Resultat einer geplanten Stimmübungsbehandlung fachgerecht zu prognostizieren. Nur so können viele Überweisungen zu kostspieliger, aber aussichtsloser Stimmtherapie vermieden werden, die für den Patienten wie auch für den Therapeuten gleich frustrierend sind.

Einige Ratschläge für die phoniatische Praxis

Es können aber nicht nur Frustrationen vermieden werden. Die „kleine Stimmtherapie“ und die auf die Problematik des Patienten konkret eingehende Beratung durch den Arzt zeitigen viele erfreuliche Erfolge. Es ist erstaunlich, welche triviale Ratschläge und einfache Kniffe zu einer weitgehenden Besserung der Stimmfunktionsbeschwerden führen können, wenn sie nur am rechten Ort in der Problematik des Patienten eingesetzt werden. Vielleicht ist es nützlich, einige in der phoniatischen Praxis immer wiederkehrende Ratschläge aufzulisten (s. Kasten umseitig). Sie sollten in hier gebrachter Form und Umfang beileibe nicht direkt an den Patienten vermittelt, sondern wie jede andere Therapie behutsam dosiert werden.

Bei genügendem Interesse wird sich der Arzt bei einem Logopäden außer über die Schonstimme noch über einige einfache Stimmübungen informieren. Dabei seien besonders Kau- und Kieferlockerungsübungen zur Entspannung der Artikulationsmuskulatur und kurze Summübungen hervorgehoben. Letztere können auch dazu nützlich sein, um das Durchführen einer gründlichen Kehlkopfspiegelung oder die Stroboskopie bei verspannten, empfindlichen Patienten zu erleichtern. Nach den dargestellten Richtlinien kann der Arzt der Mehrzahl der Patienten mit Stimmfunktionsstörungen helfen, die ihm in seiner Praxis begegnen. Meistens wird es sich um Verspannungen der Kehlkopfmuskulatur handeln, die mit Atem- und Stimmübungen gelockert werden können, sog. hyperfunktionelle Dysphonien.

Ein zweites großes Problem stellt die unzureichende Belastbarkeit oder vorschnelle Ermüdbarkeit der Stimme dar, die sog. Phonasthenie. Über spezielle Stimmstörungen ist in der gängigen phoniatischen und laryngologischen Literatur nachzulesen. Einige Störungsbilder seien hier ergänzend kurz kommentiert. Bei heiseren Schreikindern wird heutzutage wohl niemand mehr eine Knötchenabtragung vornehmen, und auch die Differentialdiagnose einer Papillomatose dürfte hinreichend bekannt sein. Bei genügend eingehender Anamnese stellt sich bei diesen Kindern nicht selten heraus, daß sie entweder an einer sprachlichen Insuffizienz leiden, wobei im Vorschulalter meistens eine Sprachentwicklungsverzögerung vorgelegen hat, oder daß sie auch in ihrem sonstigen Verhalten,

etwa mit einer Erziehungsproblematik, auffällig geworden sind. Das Schreien dieser Kinder ist somit als symptomatisch zu deuten, und sie sollten gegebenenfalls einer geeigneten heilpädagogischen Betreuung zugeführt werden.

Der typische Patient mit einer Mutationsfistelstimme ist ein aufgeschossener Jüngling, für den die Eltern beim Erheben der Anamnese Rede und Antwort stehen. Psychodynamisch wird sein Verhalten allgemein so gedeutet, daß er sich vor dem Erwachsenwerden fürchtet und die Kinderrolle durch Anwenden seiner Fistelstimme noch beibehalten möchte. Der normal tiefe, männliche Stimmklang beim Husten wie auch das oft als lästig empfundene Umkippen der Stimme in die tiefere Lage enthüllen, daß die Mutation normal fortgeschritten ist, und daß zu einer weiteren Abklärung, etwa durch Untersuchungen der Testosteronwerte, keinerlei Anlaß vorliegt. Die Behandlung ist logopädisch und geht allgemein von der nicht-kommunikativen Phonation in normal tiefer Lage wie etwa beim Husten aus. Sie sollte auf eine Zeit verlegt werden, in der der Patient nicht so viel mit seinen üblichen Gesprächspartnern zusammentrifft.

Auch die psychogene Aphonie ist mit Hilfe des Hustenstoßes, der normal stimmhaft ist, meist leicht festzustellen. Bei der Kehlkopfspiegelung fällt meist die paradoxe Abduktion der Stimmlippen auf im Zusammenhang mit dem angeblichen Versuch, die Phonation zu beginnen. Die Patienten zeigen allgemein wenig Engagement in ihre Stimmsymptomatik — im Gegensatz zur Aphonie z. B. bei akuten



Laryngitiden — und die Kommunikation ist keineswegs eingeschränkt, sondern wird lächelnd mit einem intensiven Flüstern bewältigt. Therapeutisch sollte man den Zustand nicht allzu lange (über mehrere Wo-

chen) bestehen lassen, da er sich sonst zu fest einschleift. Die Behandlung gestaltet sich öfter zu einer psychischen Kraftprobe zwischen dem Therapeuten und dem Patienten. Der Patient muß am besten in einer Sitzung dazu geführt werden, sein Symptom aufzugeben, was vor allem voraussetzt, daß genügend Zeit zur Verfügung steht. Meistens gelingt dann eine vollkommene Normalisierung des Stimmklanges. Es empfiehlt sich, erst danach eine Exploration und unterstützende Beratung im Sinne der kleinen Psychotherapie anzuschließen. Diese Arbeit setzt einige stimmtherapeutische Ausbildung und Erfahrung voraus. Die im älteren Schrifttum beschworene Symptomwanderung stellt nach neueren Erkenntnissen kein Problem dar. Eine fachpsychiatrische Behandlung ist fast nie indiziert. Der Patient ist hierzu auch nur ganz selten motiviert.

Im Gegensatz hierzu stellt die seltene, aber immer wieder intensiv diskutierte Dysphonia spastica (oder wie im amerikanischen Schrifttum besser: D. spasmodica) eine schwere psychiatrische Störung dar, und zwar in der Form einer Charakter- oder Kernneurose. Die Stimmgebung ist spasmodisch unterbrochen, aber nicht immer so verpreßt, wie die Bezeichnung „spastica“ andeutet. Diese Phonationsform wird auch zutreffend als laryngeales Stottern bezeichnet. Nicht selten findet man Phonationsabschnitte, meistens in nicht-kommunikativen Zusammenhängen, wie beim Lachen, bei der Kehlkopfspiegelung u. dgl., oder auch bei starker Sedierung (Amytal-Gespräch), in denen die Stimmfunktion vollkommen normal ist. Auch weist der Patient sonst keinerlei Anzeichen einer Krankheit auf. Insgesamt dürfte dies die seltenen neurologischen Syndrome ausschließen, die zu Dysarthrophonien mit einer ähnlich klingenden Störung der Stimmgebung führen können. Wie auch bei anderen Kernneurosen sind diese Patienten schwer zu einer Aufgabe

ihres Fehlverhaltens zu bewegen, und die Prognose wird allgemein sehr pessimistisch bewertet. Der Leidensdruck dieser Patienten ist meist bedeutend. Sie engagieren ihre Umgebung und ihre Therapeuten. Die logopädische Behandlung kann zu einer zeitweiligen Besserung verhelfen. Als letzter Ausweg wird in den USA, aber zunehmend auch in Skandinavien, eine totale oder partielle Durchtrennung des N. recurrens durchgeführt. Die so gesetzte Parese verhindert angeblich die überaus anstrengende Phonationsweise. Nach letzten Meldungen sind jedoch auch nach dieser Behandlung Rückfälle nicht ungewöhnlich. Vielleicht stellen regelmäßige Kontrollen und stützende Gespräche mit einem einsichtigen Arzt für diese Patienten noch die beste Hilfe dar.

Abschließend sei nochmals hervorgehoben, daß die hier erfolgte Schilderung der Betreuung des Patienten mit Stimmfunktionsstörungen vom behandelnden Arzt — meist wird es sich dabei um einen Phoniater oder phoniatisch interessierten Kollegen handeln — eine Bereitschaft voraussetzt, die gesamte Problematik der stimmlichen Kommunikationsstörungen in ihrer Vielschichtigkeit und Komplexität aufzugreifen. Zieht er sich von dieser Aufgabe auf ein schmalspuriges, strikt laryngologisches Fachwissen zurück, so ist er in die lange Reihe von Spezialisten und Subspezialisten einzureihen, bei denen dem Patienten, der seine Stimme nicht mehr erheben kann und der deshalb in seiner Stimmungslage beeinträchtigt ist, eine echte Hilfe von ärztlicher Seite versagt bleibt.

Literatur

- [1] Boone D. R.: The voice and voice therapy. Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, New Jersey 1971
- [2] Greene M. C. L.: The voice and its disorders. 4. ed. Pitman Medical, Tunbridge Wells, Kent 1980
- [3] Hirano M.: Clinical examination of voice. Springer, Wien — New York 1981

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. med. P. Kitzing, Department of Phoniatrics, General Hospital, S-21401 Malmö

Ratschläge

1. Tabakkonsum abstellen
2. Schutz vor Luftverschmutzung
3. Schutz vor Austrocknen der Schleimhäute
4. Hüstein und Räuspörn vermeiden
5. Keine scharfen Lutschtabletten nehmen
6. Auf entspannte Körperhaltung achten (nicht die Schultern hochziehen, Atmung frei strömen lassen)
7. Deutlicher artikulieren, aber nicht lauter reden, wenn nachgefragt wird. Sich zum Zuhörer hinwenden
8. Nicht in zu langen Abschnitten und nicht zu schnell reden. Pausen machen
9. Bei hohem Störgeräuschpegel nicht lauter werden, sondern näher an den Zuhörer herangehen
10. Bei Telefongesprächen nicht laut und verspannt sprechen, sondern ruhig mit der Sprechmuschel nahe am Mund. Gleiches gilt für den Umgang mit Diktiergeräten
11. Stimme nicht zurückhalten, sondern frei ausströmen lassen (so wie beim Autofahren nicht gleichzeitig Gas geben und bremsen)
12. Bei Erkältung die Stimme viel schonen, aber nicht flüstern. Schwachen, tiefen, lockeren, etwas verhauchten Stimmklang anstreben (Schonstimme)