

## Artikel erschienen in:

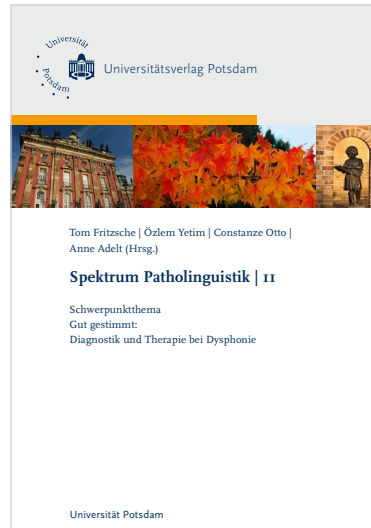
*Tom Fritzsche, Özlem Yetim, Constanze Otto,  
Anne Adelt (Hrsg.)*

### **Spektrum Patholinguistik Band 11. Schwerpunktthema: Gut gestimmt: Diagnostik und Therapie bei Dysphonie**

2019 – 142 S.

ISBN 978-3-86956-448-7

DOI <https://doi.org/10.25932/publishup-41857>



### **Empfohlene Zitation:**

Voigt-Zimmermann, Susanne: Stimmstörungen: Störungsbilder und interdisziplinäre Diagnostik, In: Spektrum Patholinguistik 11, Potsdam, Universitätsverlag Potsdam, 2019, S. 1–14.  
DOI <https://doi.org/10.25932/publishup-43766>

Soweit nicht anders gekennzeichnet ist dieses Werk unter einem Creative Commons Lizenzvertrag lizenziert: Namensnennung 4.0. Dies gilt nicht für zitierte Inhalte anderer Autoren:  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>



## Stimmstörungen: Störungsbilder und interdisziplinäre Diagnostik

*Susanne Voigt-Zimmermann*

Abteilung Sprechwissenschaft und Phonetik  
am Institut für Musik, Medien- und Sprechwissenschaften  
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

### 1 Zur Relevanz der Stimme im Kommunikationsprozess

Menschen für die Stimme im Kommunikationsprozess zu sensibilisieren bzw. deren stimmliche Fähigkeiten zu optimieren, ist eine der wichtigsten Aufgaben der Sprechwissenschaft und Sprecherziehung, respektive Sprechstimmgebung, also jenem Fach, das sich mit der praktischen Umsetzung sprechwissenschaftlicher Erkenntnisse in Forschung und Lehre beschäftigt. Denn die sprechsprachliche Kommunikation nimmt eine zentrale soziale und ökonomisch bedeutsame Rolle im menschlichen Miteinander ein. Es steigt zudem die Zahl der Menschen, die im Beruf auf ihre Stimme angewiesen sind und deren berufliche Tätigkeit eine hohe Anforderung an die Stimmqualität stellt (Vilkman, 2000, S. 120). Dieser Umstand bildet sich direkt im geänderten Verhältnis von handwerklich zu überwiegend sprechintensiven Berufen ab, das sich innerhalb von 50 Jahren umgekehrt hat. So schätzen Experten die Anzahl der Arbeitskräfte, die in modernen Industriegesellschaften in solchen Berufen tätig sind, in denen die Stimme als das wichtigste Werkzeug gilt, auf ungefähr ein Drittel bis zu 87,5% in solchen nichtländlichen Großstädten wie etwa New York (Ruben, 2000, S. 242). Und mit der Zunahme an sprech- und stimmintensiven Berufen nehmen die Stimmprobleme zu (Vilkman 2000, S. 121). Die allgemeine Prävalenz von Stimm- und Sprachstörungen wird mit fünf bis zehn Prozent angegeben (Ruben, 2000, S. 243). Die Lebenszeitprävalenz für Stimmstörungen liegt bei 29,9%, wobei aktuell 6,6% von 1326 befragten AmerikanerInnen unter Stimmstörungen leiden (Roy, Merrill, Gray & Smith, 2005, 1988).

Dass die Stimme ein wesentlicher Faktor am Gesamteindruck von SprecherInnen auf ZuhörerInnen/-seherInnen ist, belegen Zahlen von Mathelitsch und Friedrich (1995, S. 2f.). Demnach wird die Wirkung der SprecherInnen in der Face-to-face-Situation zu 38% von der Stimme bestimmt, zu immerhin 55% auch vom Aussehen und Verhalten und aber nur zu 7% vom Inhalt der Äußerung.

Das bringt mit sich, dass eine nicht gesunde, also im weitesten Sinne nicht störungsfrei funktionierende Stimme oder auch eine Abweichung von den kulturell und muttersprachlich erwarteten Stimmverläufen (Intonation) die Kommunikation enorm beeinflussen kann, weil dadurch vom Inhalt des Gesprochenen abgelenkt wird. Zur Entschlüsselung des Gesagten muss deshalb mehr oder minder starke Aufmerksamkeit gewidmet – oder mit anderen Worten – „zweckentfremdet“ werden. Das mindert den Erfolg der Kommunikation nachhaltig.

## 2 Exkurs zur stimmlichen »Norm«

Das Problem der stimmlichen Normgrenzen ergibt sich nicht nur im Verlaufe einer Stimmtherapie, sondern regelmäßig auch in der stimmlichen Arbeit mit Gesunden, beispielsweise mit Lehramtsstudierenden oder SchauspielerInnen, wo die „Perspektive des kommunikativ wirksamen Sprechens ursprünglich im Mittelpunkt stand und damit auch kaum aus dem Blickfeld geraten kann“ (Anders, 2003, S. 11). In der therapeutischen Arbeit Klinischer SprechwissenschaftlerInnen mit sprech-, sprach-, stimm- oder schluckgestörten PatientInnen spielen sie aber oft auch eine untergeordnete Rolle. Hier gilt es vielmehr, die Verbesserung des Krankheitszustandes soweit voranzutreiben, dass eine Teilhabe am und Rückkehr in das normale Leben mit Familie, FreundInnen, Hobbys und der Arbeit gelingt bzw. eine weitest gehende Verbesserung des derzeitigen Krankheitszustandes erreicht wird, die vor allem durch Schmerzfreiheit und Bewältigungsstrategien des alltäglichen Lebens gekennzeichnet sein sollte.

Dennoch helfen Normen bei der Orientierung und Zielstellung einer Therapie. Die Sprechwissenschaft hat sowohl hinsichtlich der Normen relativ klare Vorstellungen als auch verifizierte Annahmen hinsichtlich der Wirkung von Normen und Normabweichungen. Exemplarisch hierfür stehen die klinisch-sprechwissenschaftlichen Arbeiten zur Klassifizierung und Graduierung von Heiserkeiten (z. B. Anders, 1998; Nawka & Anders, 1996).

Bei beginnenden, nicht organisch bedingten Stimmstörungen etwa können solche Normen und Wirkungseffekte pädagogisch genutzt werden, um nicht nur einen selbstreflektorischen Prozess in Gang zu setzen, sondern auch Ziele in der Stimmtherapie zu formulieren. Bei organischen und vor allem irreversiblen Verletzungen, Lähmungen und progredienten systemischen oder malignen Erkrankungen müssen andere Zielvorgaben und Behandlungswege vorgegeben werden. Diesbezüglich suchen sich klinisch tätige SprechwissenschaftlerInnen zudem die Expertise anderer Professionen, vorrangig der Medizin, der Psychologie oder der Rehabilitationswissenschaft.

Ob die Stimme von SprecherInnen den ästhetischen Ansprüchen der HörerInnen genügt oder Hörererwartungen erfüllt, wird im Rahmen von Studien zur Stimmwirkungsforschung thematisiert. Zudem war die Frage, was tatsächlich „Stimmkranksein“ heißt und was trotz großer stimmlicher Auffälligkeit keinen Krankheitswert hat, immer wieder von Interesse für die (Klinische) Sprechwissenschaft. Ab einem gewissen Grad der klanglichen Veränderung wird jede Stimme auffällig, als nicht normal, als möglicherweise nicht gesund, als irgendwie gestört empfunden und löst dadurch bestimmte Reaktionen bei HörerInnen aus, die sich von jenen beim Hören gesunder Stimmen unterscheiden. Heiseren Menschen kann dabei das Bewusstsein für die eigene auffällige Stimme fehlen, was zwar für den heiseren oder sonst irgendwie klanglich veränderten Menschen beim Umgang mit der Stimmstörung wegen des fehlenden Leidensdrucks von Vorteil sein kann, aber möglicherweise für den Betroffenen unerklärlichen emotionalen Zündstoff im zwischenmenschlichen Miteinander birgt. Ablehnung, Desinteresse, Verneinung oder Aggressivität von

HörerInnenseite können die Folge sein sowie Frustration auf SprecherInnenseite.

Beim Gesang stellt sich die Rolle, Wirkung und Bedeutung der Heiserkeit anders dar. Viele Sänger nutzen geschickt und gekonnt ihre heisere oder klanglich auffällige Stimme als künstlerisches Ausdrucksmittel, was für den Rezipienten von besonderem Reiz sein kann. Beispiele gibt es viele: Tom Waits, Marla Glenn, Bonnie Tyler und Rod Stewart. Das sind Künstler und Künstlerinnen, denen man trotz oder gerade wegen der auffälligen Stimme gern zuhört.

Das gilt auch für Künstler, die – obwohl tatsächlich nicht heiser bzw. stimmkrank – ihre Stimme durch stimmfunktionelle Veränderungen, wie supraglottale Druckerhöhung, mediale Stimmlippenkompression, künstliches vocal fry oder das im Death-Metall-Gesang typische Growling, derart heiser bzw. klanglich auffällig machen, dass es ihnen als expressive künstlerisch agierende Menschen höchste Genugtuung verschafft (und zumindest akustischen Wiedererkennungswert besitzen), die innere emotionale Welt in eben jene heisere Stimmklänge umzusetzen, eventuelle Missempfindungen eingeschlossen und akzeptiert und vielleicht ja auch erwünscht. Beispiele dafür sind Tori Amos, Enrique Iglesias oder Bryan Ferry.

### 3 Stimmentwicklung und -alterung

Die menschliche Stimme verändert sich im Laufe des gesamten Lebens. Zunächst entfaltet sie sich nach der Geburt und dem ersten Schrei hinsichtlich Tonhöhe, Lautstärke, Tonhöhenumfang, Dynamikbreite, Resonanz, mittlerer Sprechstimmlage und stimmlicher Ausdruckskraft. Da der Kehlkopf ein sekundäres Geschlechtsmerkmal ist, geht dann mit dem Eintritt der Geschlechtsreife eine (insbesondere für Jungen sehr) starke stimmliche Veränderung einher. Bei Frauen durchläuft zyklusbegleitend die Stimmfunktion (mehr oder minder wahrgenommene) regelmäßige Veränderungen, die jedoch meist nicht bewusst werden. Nach dem Klimakterium verändert sich

die Stimme für beide Geschlechter dann erneut. Die Stimmen von Männern werden wieder höher und der Stimmklang behauchter, die Stimmen von Frauen werden in der Regel tiefer und rauer.

Parallel zu diesen normalen alters- und hormonbedingten Veränderungsprozessen der Stimme wird sie zusätzlich auch durch verschiedenste Umweltfaktoren, die tagtägliche Benutzung und durch psychische Prozesse beeinflusst. Die Stimme wird also einerseits entfaltet und geformt, aber auch mehr oder minder „abgenutzt“, sie kann deutlich hör- und fühlbare „Gebrauchsspuren“ zeigen.

Dennoch sind der Kehlkopf, die Stimmlippen und die Stimmfunktion auch ein ganzes Leben lang trainier- und konditionierbar. Die Stimme, ihre Funktionskreise und das stimmbildende Organ unterliegen somit den Prinzipien der physischen Plastizität.

Abgesehen von den genannten normalen Entwicklungs-, Alterungs- und Beeinflussungsprozessen kann das Stimmorgan bzw. die Stimmfunktion jedoch durch verschiedenste Aspekte derart negativ beeinflusst und verändert werden, dass sich die Stimmproduktion bzw. der Stimmklang für das einzelne Individuum gestört anfühlt und sogar Krankheitswert einnehmen kann.

#### **4 Zur Klassifikation und Ätiologie von Stimmstörungen**

Als Stimmstörungen (Synonym: Dysphonien) werden Erkrankungen des stimmbildenden Organs (Kehlkopf bzw. Stimmlippen) oder seiner korrespondierenden Strukturen bzw. Funktionskreise der Respiration, Phonation, Artikulation und resonatorischen Überformung (z. B. sub- oder supraglottischer Raum, Atmungsorgane, nervale Innervation, oberer Aerodigestivtrakt) oder der Stimmfunktion bezeichnet, die sich durch einen auffälligen bzw. veränderten Stimmklang (meist mit dem Leitsymptom Heiserkeit), durch fehlende bzw. veränderte stimmliche Leistungsfähigkeit sowie bzw. oder durch stimmfunktionsbezogene subjektive Missempfindungen bemerkbar machen können.

Betroffene fühlen sich in unterschiedlichem Maße in ihrer sprachlichen Kommunikation oder beim Singen beeinträchtigt, was sich wiederum unterschiedlich auf soziale Beziehungen, die Leistungsfähigkeit im Beruf und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben auswirkt. Meist überwiegen Störungen der Sprech- und/oder Singstimme bzw. unklare Halssymptomatiken ohne erkennbares organisches Korrelat. 70–80% aller Stimmstörungen sind „funktionell“ bedingt (Kiese-Himmel & Kruse, 1996, S. 20).

Dabei sind es nicht immer die Betroffenen selbst, die von sich aus stimmtherapeutischen bzw. -ärztlichen Rat holen. Häufig sind es Familienmitglieder, ArbeitskollegInnen oder FreundInnen, die die genannten Merkmale der Stimmstörung ansprechen. Denn die sprachliche Kommunikation kann wegen einer als störend empfundenen Stimmfunktion leiden.

Die Ursachen von Stimmstörungen sind dabei sehr vielfältig. Sie reichen von organisch bedingten bis hin zu psychisch bedingten Dysphonien. Sogenannte organisch bedingte Stimmstörungen entstehen aufgrund oder infolge organischer Veränderungen am Kehlkopf. Einige der organischen Stimmstörungen können von Geburt an vorliegen, z.B. sogenannte kongenitale Stimmlippenzysten. Organische Ursachen für Stimmerkrankungen entwickeln sich meist aber erst im Verlaufe des Lebens, zum Beispiel benigne oder maligne Tumoren. Andere Stimmstörungen treten in Rahmen der hochsensiblen hormonell bedingten Umbau- und Umstellungsprozesse der Stimme auf und manifestieren sich als Mutationsstimmstörungen. Meist jedoch sind Stimmstörungen nicht organisch, sondern sogenannte funktionell bedingte Stimmstörungen, bei denen (vordergründig meist) keine organischen Erklärungen zu finden sind. Es darf angenommen werden, dass funktionelle Dysphonien wohl auch deshalb oft diagnostiziert werden, weil bis dato entweder keine Diagnostikverfahren zur Erkennung der organischen bedingten Genese gefunden sind oder trotz ihres Vorhandenseins nicht eingesetzt werden. Wenn funktionelle Stimmstörungen nicht erkannt, diagnostiziert und behandelt werden, führt ihr Fortbestehen zu so-



genannten sekundärorganischen Dysphonien, etwa zu Phonationsverdickungen.

Stimmstörungen, insbesondere jene funktioneller Genese, sind meist multikausal bedingt bzw. werden so unterhalten. Das muss bei der Stimmdiagnostik berücksichtigt werden. Andererseits müssen die ätiologischen Faktoren im diagnostischen Prozess viel stärker gewichtet werden, um gezielt wirkende Therapieangebote unterbreiten zu können. Zu ätiologischen Faktoren der sogenannten funktionell bedingten Dysphonien zählen somatogene, konstitutionelle, habituelle, phonogene und psychogene (Wendler, Seidner & Eysholdt, 2015, S. 8). In der Praxis überwiegen psychogene Faktoren deutlich.

In der Literatur herrscht seit mindestens 100 Jahren der Disput darüber, ob Dysphonien „funktionell“ oder „psychogen“ bedingt sind. Behrendt schreibt dazu: „Psychogene Stimmstörungen und andere funktionelle Dysphonien sind ätiologisch als bedeutungsgleich zu verstehen. Leichte Ausprägungen funktioneller Heiserkeit und die psychogene Aphonie bilden nur die beiden Extreme eines quantitativen Kontinuums, so dass ähnliche Hintergründe wie jene der psychogenen Aphonie zu anderen Stimmstörungen und diese manchmal bis zur Stimmlosigkeit führen können“ (Behrendt, 2002, S. 9).

Von psychodynamischer Perspektive aus können Symptome funktioneller Dysphonien als „Probleme in der Verarbeitung und im Ausdruck von Emotionen bzw. für einen unaussprechbaren oder unlösbaren psychischen Konflikt [interpretiert]“ werden, die Lösung in der Somatisierung mit dem Ziel der Entlastung finden. So kann es sich bei organischen Dysphonien auch „um sekundär organische Veränderungen aufgrund bestimmter individueller psychischer Belastungssituationen und der Unfähigkeit, diese adäquat zu verarbeiten, handeln“ (Kiese-Himmel, 2014, S. 1). Kollbrunner begreift dieses Dilemma dagegen als Chance: „Funktionelle Stimmstörungen konsequent als psychosomatische Phänomene zu begreifen, bietet die Möglichkeit, den Patienten eine Hilfe auf ursächlicher Ebene anzubieten und so die therapeutische Arbeit mit ihnen für sie und die Therapeutinnen und Therapeuten fruchtbarer zu gestalten“ (Kollbrunner, 2006, S. 17).

## 5 Zur Notwendigkeit einer interdisziplinären Diagnostik und Therapie

Bei der Diagnostik und der Therapie von Stimmstörungen spielt die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine immer größere Rolle. Auf Basis der Erkenntnis, dass angesichts des meist multiplen und zudem äußerst heterogenen Ursachengefüges funktionell und organisch bedingter Stimmstörungen nicht alle Beteiligten im interdisziplinären Team über alle Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügen und nicht alle diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen und Verfahren besitzen, hat sich eine kooperative Atmosphäre der wertschätzenden Zusammenarbeit entwickelt. Das bedeutet, dass PatientInnen bei der Überwindung der Stimmprobleme bzw. bei der Bewältigung von Stimmstörungen verschiedenartige professionelle Unterstützung erhalten. Um jedoch Interventionen nicht der Beliebigkeit preiszugeben, ist es wichtig, dass sich alle Beteiligten im gegenseitigen Gedanken- und Erfahrungsaustausch über das Vorgehen informieren und es begründen.

Das Ziel jeder Therapie ist die „Wiederherstellung eines dem Patienten möglichen und für ihn nötigen Optimums an Kommunikationsfähigkeit, soweit es die Behebung oder Kompensation pathologischer Zustände betrifft. Dies wiederum muss in Beziehung gesetzt werden zu den Erfordernissen, denen der Patient mittels mündlicher Kommunikation gerecht werden muss“ (Miethe, Thiel & Zimmermann, 1998, S. 181). Von großer Bedeutung insbesondere bei einer Stimmtherapie sind zudem die psychisch-emotionale Unterstützung und Stärkung der PatientInnen durch StimmtherapeutInnen, was auch die Aktivierung von Ressourcen zur aktiven Beteiligung am Heilungsprozess im Sinne einer Selbstheilung bedeutet.

Die diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen lassen sich bis zu einem gewissen Grade operationalisieren. So besteht für die Diagnostik von Stimmstörungen Konsens darüber (Friedrich & Dejonckere, 2005), dass für StimmtherapeutInnen folgende Teilaspekte der Stimmdiagnostik obligatorisch sind: Perzeption (perzeptive Beur-

teilung und Graduierung von Heiserkeit, Behauchtheit, Rauigkeit), Videostroboskopie des Larynx und der Stimmlippen durch PhoniaterInnen oder HNO-ÄrztInnen mit entsprechender Erfahrung und technischer Ausstattung (Einschätzung von Amplitude, Randkantenverschiebung, Symmetrie, Regularität, Glottisschluss, supraglottische Kontraktion bei der Phonation), aerodynamische Messungen (Tonhaltedauer, Phonationsquotient, [s/z]-Ratio), akustische Messungen (Jitter, Shimmer, Glottal-to-Noise Excitation Ratio), Stimmleistungsmessungen (leiseste und lauteste Intensität, Stimmdynamik, tiefste und höchste Grundfrequenz, Stimmumfang, mittlere Sprechstimmlage), die subjektive Selbstevaluation durch die PatientInnen (selbst wahrgenommene Stimmqualität, kommunikative Beeinträchtigung usw.). Von besonderer Bedeutung, speziell für empirisch arbeitende StimmtherapeutInnen, sind die multiparametrische Indices wie der „Dysphonia Severity Index“, weil sie international anerkannt sind und in der Stimmtherapiewirkungsforschung im Prä-Post-Vergleich eine maßgebliche Rolle spielen.

Bei der phoniatischen bzw. HNO-ärztlichen Diagnostik haben endoskopische Entwicklungen (Chip-on-the-tip-Endoskope, flexible Endoskope mit geringem Durchmesser) und die Etablierung hochauflösender Aufnahme- und Wiedergabestandards die bildgebende Diagnostik deutlich verbessert. Waren es in den letzten drei Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts die Videostroboskopie und die Videokymografie, respektive Hochgeschwindigkeitsglottografie, so sind es seit Beginn der 2000er Jahre die Lichtfiltertechniken, welche zunehmend vertikale, horizontale oder temporale Auflösungen bzw. digitale Videoformate (High Definition, Ultra-HD, 4K/8K) einsetzen, die eine mit den bisherigen endoskopischen Möglichkeiten nicht vergleichbare Darstellungsqualität gestatten. Außerdem hat der Einzug der flexiblen Endoskopie in die Diagnostik des oberen Aerodigestivtraktes für die PatientInnen natürlichere Untersuchungsbedingungen bei der Phonation ermöglicht.

Dennoch darf nicht vergessen werden, dass dieses konsentrierte stimmdiagnostische Vorgehen lediglich die Symptomatik der Stimm-

störung erfasst. Die ätiologische Feindiagnostik muss sich anschließen bzw. vorausgehen, insbesondere bei funktionellen Dysphonien, die ja bekanntermaßen überwiegend psychogener Natur sind.

Rein organisch bedingte Dysphonien, z. B. durch ein Gewebsplus, durch Narben oder durch mehr oder minder große Glottisschlussinsuffizienzen, bedürfen normalerweise einer stark symptomorientierten Stimmtherapie. Bei funktionellen Dysphonien kann die Therapie symptomorientiert oder ursachenspezifisch verlaufen. Die Entscheidung darüber, welcher Weg beschritten wird, hängt von vielen Faktoren ab: Ursache, Dauer, Intensität und Auswirkung der Stimmstörung auf die PatientInnen. Zielführend kann sein, wie sich die Stimmstörung akustisch „äußert“, durch Behauchtheit, funktionelles (psychogenes) Knarren oder organisch bedingte konstante Rauigkeit. Während bei Gewebszunahmen, wie bei Tumoren etwa, Rauigkeiten den akustischen Eindruck der Stimme stören, sind es bei unvollständigen Glottisschlüssen vor allem die Behauchtheit, die Kraftlosigkeit, die Kurzatmigkeit und die sinkende stimmliche Belastbarkeit, die den betroffenen PatientInnen große Probleme bei der Stimmbenutzung bereiten und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben deutlich einschränken können.

Eine konservative symptomorientierte Stimmtherapie kann bei nur geringen Glottisschlussinsuffizienzen schon ausreichend sein und in Abhängigkeit von den persönlichen Therapiewünschen und -zielen der PatientInnen befriedigende Ergebnisse erzielen. Die Stimmtherapiemethoden, die in solchen Fällen zur Anwendung kommen, richten sich nach der Symptomatik, Ätiologie und Pathogenese der Dysphonie. Bei Glottisschlussinsuffizienzen stehen v. a. Übungen im Fokus, die die Physiologie der Stimmlippen als inspiratorischer Sphinkter aufgreifen und verstärken (Voigt-Zimmermann & Arens, 2013). Dabei wird ausgenutzt, dass alle an der Respiration beteiligten Muskelgruppen gleichsam die Körperhaltung und -bewegung bestimmen, da eine Wechselwirkung mit dem Doppelventilsystem vorliegt. Wenn also der Glottisschluss verbessert werden soll, so muss – wie etwa beim Klimmzug – das einatmungsgesteuerte Sphinktersystem akti-

viert werden. Je nach Symptomatik, Ursache und Dauer der Glottisinsuffizienzen, dem Alter der PatientInnen, den Ansprüchen an die eigene Stimme sowie der persönlichen Betroffenheit der PatientInnen können Übungen zur Kräftigung und zum Spannungsaufbau effektiv sein. Bei Lähmungen des Nervus laryngeus recurrens ist es das Ziel der stimmtherapeutischen Übungen, den Nerv anzuregen, den Stimmlippenchluss durch Übungen zu verbessern, die den sphinkterspezifischen Anforderungen der Glottis entsprechen, die Kommunikationsfähigkeit durch bestimmte, individuell unterschiedliche Phonations- und Artikulationseinstellungen zu unterstützen, Atrophien und kompensatorischen Dysfunktionen vorzubeugen sowie bei absehbar manifesten Stimmlippenlähmungen mögliche permanente Funktionseinbußen der gelähmten Seite durch Kompensationsbewegungen der intakten Stimmlippe auszugleichen, also die gesunde Stimmlippe die Mittellinie überschreiten zu lassen. Dabei hat sich bei einseitigen (!) Stimmlippenlähmungen eine phonationsgekoppelte Reizstromtherapie als erfolgreich erwiesen.

Manuelle „Stimm“-Therapieverfahren, wie etwa die Manuelle Faszilitation nach Piet Kooijman oder die Manuelle Stimmtherapie nach Gabriele Münch, haben das Inventar der stimmtherapeutischen Möglichkeiten bereichert. Das Verständnis für den Einfluss von Verspannungen, Blockierungen und Bewegungseinschränkungen der Halswirbelsäule auf die Feinmotorik der Kehlkopfstrukturen hat zur Erweiterung der ätiologischen Faktoren von Stimmstörungen beigetragen. Das Wissen um zervikogen bzw. vertebrogen bedingte Dysphonien und auch craniomandibuläre Dysfunktionen haben das interdisziplinäre Setting stark erweitert. Die Kooperationspartner sind nunmehr unter anderem auch KieferorthopädInnen, MedizinerInnen mit Ausbildung zum Manualtherapeuten oder Osteopathen.

Die Behandlung einer psychogen bedingten Stimmfunktionsstörung erfordert die Arbeit an den auslösenden und aufrechterhaltenden Dynamiken der Stimmerkrankung. Sie ist deshalb eher eine psychologisch-beratungsintensive Therapie. Doch gibt es wesentliche Unterschiede zur reinen Psychotherapie, die beispielsweise in der

Regel keine Körper-, Stimm- oder Sprechübungen integriert. Sie beinhaltet neben der Phase des gründlichen Erfassens des auslösenden und aufrechterhaltenden psychosozialen und psychodynamischen Ursachengefüges auch die sich daraus ableitende Phase der psychologischen ressourcen- und lösungsorientierten Intervention in Kombination mit dem Einsatz der bekannten übenden Verfahren. Hierbei steht demnach die psychologisch-beratungsintensive Intervention im Vordergrund (Voigt-Zimmermann & Miethe, 2018).

## 6 Literatur

- Anders, L. Ch. (1998). Anmerkungen zur Heiserkeitsbeurteilung nach dem RBH-System. In G. Falgowski, L. Greifenhahn-Kell & A. Leutloff (Hrsg.), *Zu Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen. Festschrift zum 65. Geburtstag von Jutta Suttner am 10. Februar 1998* (23–29). Hanau: Verlag Werner Dausien.
- Anders, L. Ch. (2003). Axiome der Klinischen Sprechwissenschaft. Populäre und unpopuläre Bemerkungen. In L.Ch. Anders & U. Hirschfeld (Hrsg.), *Sprechsprachliche Kommunikation – Probleme, Konflikte, Störungen. Hallesche Schriften zur Sprechwissenschaft und Phonetik, Bd. 12* (11–20). Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.
- Behrendt, S. (2002). Die psychogene Aphonie vor dem Hintergrund psychotherapeutischer Modelle und Erfahrungen. *Sprache – Stimme – Gehör*, 26(1), 9–13.
- Friedrich, G. & Dejonckere, Ph. (2005). Das Stimmdiagnostik-Protokoll der European Laryngological Society (ELS) – erste Erfahrungen im Rahmen einer Multizenterstudie. *Laryngo-Rhino-Otologie*, 84, 744–752.
- Kiese-Himmel, Ch. & Kruse, E. (1996). Gibt es eine psychosomatische Dysphonie? *Sprache – Stimme – Gehör*, 20(1), 20–25.

- Kiese-Himmel, Ch. (2014). *Why can't you cry baby? – Klinisch-psychologische Bausteine in der Betrachtung funktioneller Dysphonien*. Vortrag auf der 31. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP) 18.09.–21.09.2014, Lübeck. doi:10.3205/14dggp36.
- Kollbrunner, J. (2006). *Funktionelle Dysphonien bei Erwachsenen. Ein psychodynamischer Therapieansatz*. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.
- Mathelitsch, L. & Friedrich, G. (1995). *Die Stimme. Instrument für Sprache, Gesang und Gefühl*. Berlin: Springer-Verlag.
- Miethe, B., Thiel, S. & Zimmermann, S. (1998). Positionen zur Praxis der Klinischen Sprechwissenschaft. *Sprache – Stimme – Gehör*, 22, 180–183.
- Nawka T. & Anders, L. Ch. (1996). *Die auditive Bewertung heiserer Stimmen nach dem RBH-System. Doppel-Audio-CD mit Stimmbeispielen (Doppel-CD und Begleitheft)*. Stuttgart: Thieme.
- Roy, N., Merrill, R. M., Gray, St. D. & Smith, E. M. (2005). Voice disorders in the general population: prevalence, risk factors, and occupational impact. *Laryngoscope*, 115(11), 1988–1995. doi:10.1097/01.mlg.0000179174.32345.41.
- Ruben, R. J. (2000). Redefining the survival of the fittest: Communication disorders in the 21st century. *Laryngoscope*, 110(2), 241–245. doi:10.1097/00005537-200002010-00010.
- Vilkman, E. (2000). Voice problems at work: A challenge for occupational safety and health arrangement. *Folia Phoniatrica et Logopedica*, 52(1–3), 120–125. doi:10.1159/000021519.
- Voigt-Zimmermann, S. & Arens, C. (2013). Behandlung von Glottisschlussinsuffizienzen. *HNO*, 61(2), 117–134. doi:10.1007/s00106-012-2653-4.

- Voigt-Zimmermann, S. & Miethe, B. (2018). Kombiniert-Psychologische Übungstherapie (KPÜ). In J. Steiner (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Logopädie* (147–158). Bern: Hogrefe.
- Wendler, J., Seidner, W. & Eysholdt, U. (2015). *Lehrbuch der Phoniatrie und Pädaudiologie*. Stuttgart: Thieme Verlag.

## **Kontakt**

Susanne Voigt-Zimmermann

[susanne.voigt-zimmermann@sprechwiss.uni-halle.de](mailto:susanne.voigt-zimmermann@sprechwiss.uni-halle.de)