

Mäh, Huuhuu? Ah! – Die Funktionale Stimmtherapie des Kindes

Wiltrud Föcking, Marco Parrino (Köln)

› **Zusammenfassung** Die Praxis der Funktionalen Stimmtherapie (Föcking/Parrino 2015) lässt sich aufgrund der umfangreichen oft spielerischen Herangehensweise an die Stimmfunktion gut auf die Stimmtherapie des Kindes übertragen. Das im folgenden beschriebene 3+1[©] Konzept nimmt direkten Bezug auf die Funktionale Grundausrüstung der Stimmbildung, indem diese in ihren Teilfunktionen betrachtet wird. Dadurch wird der Komplexität der Stimmfunktion Rechnung getragen. Für jede herausgearbeitete Teilfunktion (Basisfunktion und Add-On) wird eine spezifische Übung vorgestellt, um ein vollumfängliches Training der Stimmfunktion zu gewährleisten.

Anhand eines konkreten Falls aus der Praxis wird das therapeutische Vorgehen von der Befunderhebung über Auftragsformulierung bis zu Therapie und Training der Basis- und Add-on-Funktionen der Stimme, beschrieben.

Das Basissetting der Funktionalen Arbeit ist der Stimmdialog am Klavier. Der Transfer des erarbeiteten Funktionalen Klanggeschehens in das Sprechen und konkrete Alltagssituationen des Kindes sollte von Beginn an spielerischer Teil der Therapie sein.

1. Kindliche Stimmstörung: Was ist das und wieso entsteht sie?

Beginnen wir mit einem konkreten Fall aus unserer Praxis:

Erkan T. ist 9,7 Jahre alt. Er besucht die 4. Klasse einer Gemeinschaftsgrundschule in Köln und wird bald auf das Gymnasium wechseln. Seit ca. vier Monaten sei er „ständig heiser“, berichtet er. Auf der Verordnung der Abteilung für Phoniatrie & Pädaudiologie am Universitätsklinikum Bonn wird anamnestisch eine „starke Heiserkeit im Anschluss an einen Infekt der oberen Atemwege“ erhoben. Die videolaryngoskopische und stroboskopische Untersuchung ergab „deutliche Epithelverdickungen im Übergangsbereich vom vorderen zum mittleren Stimmlippendrittel bds.; inkompletter Glottisschluss mit posteriorer Schlussinsuffizienz“.

Erkan kann im Rahmen der logopädischen Befunderhebung seine Stimme und deren Veränderung in den letzten Monaten differenziert beschreiben. Er gehe gern zur Schule und freue sich auf die Herausforderungen des Gymnasiums. Im Fußballverein trainiere er zweimal pro Woche. Dass er sich mit seiner heiseren Stimme nicht richtig durchsetzen kann, betrübt ihn sehr. Er möchte wieder „mit den Lehrern Spaß haben“ und seine Stimme soll auch beim Fußball „aktiv bleiben“.

Beide Elternteile sind berufstätig, haben sich aber für den ersten Termin in der Praxis freigenommen. Es wird schnell klar, dass Erkan die Verantwortung für seine Stimme übernehmen möchte und seine Eltern den logistischen Part übernehmen und als Kontrollinstanz dienen werden. Übereinstimmend werden täglich wiederkehrende Kommunikationssituationen im Rahmen der Großfamilie als „sehr lebendig“ bzw. „wild und laut“ beschrieben. Im Rahmen eines Aufklärungsgesprächs mit den Eltern wird der mögliche Zusammenhang zu Erkans Stimmproblematik erörtert sowie angemessene Kommunikationsre-

geln erarbeitet. Die ungünstigen akustischen Verhältnisse in den Klassenräumen werden in einem Telefonat mit der Klassenlehrerin thematisiert.

Die Stimmklanganalyse zeigt Symptome einer hypofunktionalen Dysphonie. Im Stimmklang sind deutlich erhöhte Geräuschanteile hörbar. Er ist dünn und behaucht. Dynamiksteigerungen sind nur mittels kompensatorischer Druckerhöhung möglich: die Schultern werden nach oben gezogen, abdominal kommt es zu einem Atemwurf und die mimische Muskulatur verhärtet sich. Zur Funktion auf Glottisebene lässt sich daher die Hypothese einer Minderaktivierung der Dynamikfunktion mit reduzierter Voltschwingung anstellen. Das bzgl. der Lautstärke unbefriedigende Klangergebnis wird durch eine Aktivierung der o. g. Kompensationsmuster sowie glottaler und supraglottischer Pressmechanismen zu verbessern versucht. Erkan erlebt diese Phonationsmuster als anstrengend, die Stimme ermüdet rasch, die Verständlichkeit ist eingeschränkt.

1.1 Prävalenz

Erkan, auf den wir später zurückkommen werden, ist kein Einzelfall: Fuchs (2013, 104) geht von einem „Viertel aller Kinder“ aus, die an Stimmproblemen leiden. Da „Heiserkeit als Leitsymptom der kindlichen Stimmstörung von den Bezugspersonen aber auch von Ärzten noch zu selten erkannt bzw. nicht als Symptom wahrgenommen wird“ befürchtet er eine „nicht unwesentliche Dunkelziffer“. In der Literatur changiert die Prävalenz zwischen 6 und 24% (Hofbauer 2018, 29). Diese Spanne zeigt, dass es noch immer schwierig ist, die kindliche Stimmstörung genau zu erfassen und zu definieren. Indem wir nun die Funktionale Sicht auf die kindliche Dysphonie darstellen, wollen wir unseren Beitrag an der Diskussion um die Bedeutung des immer noch nicht vollständig erfassten Störungsbilds im Rahmen der logopädischen/sprachtherapeutischen Therapie des Kindes leisten.

1.2 Ätiologie der kindlichen Dysphonie

Uneinigkeit bei der Schwerpunktsetzung des Störungsbilds spiegelt auch der folgende Blick in die phoniatische und stimmpädagogische Literatur wider. Im Blickwinkel der Ätiologie lassen sich Faktoren wie „konstitutionelle Schwäche des Stimmapparates, Missbildungen, Allergien, Entzündungen, Lähmungen etc.; Schlechte Stimmvorbilder, Singen in unphysiologischen Stimm-lagen, ein hoher Umgebungsstörschallpegel etc.; psychosoziale und emotionale Auffälligkeiten der Kinder, der Eltern und der Familien, aber auch die Art des Erziehungsstils“ (Seifert et al 2003, 85) benennen. Jenseits dieser multifaktoriellen Sichtweise haben Stimmstörungen im Kindesalter meist keine organischen Ursachen, sondern sind „funktionell bedingt und Folge einer chronischen Stimmüberlastung“ (Blaser/Seifert 2007, 182). Die Notwendigkeit eines frühen Therapiebeginns bei Auftreten der Symptome wird durch das Forschungsergebnis bestätigt, dass die Prävalenz kindlicher Dysphonie in der Pubertät wieder deutlich ansteigt (s. Wendler et al. 2005, 143).

Nawka und Wirth (2008, 195) definieren die juvenile hyperfunktionelle Dysphonie als die „häufigste Stimmstörung bei Kindern“. Jungen seien häufiger betroffen als Mädchen (3:1) und die Gefahr der Entwicklung von Stimmlippenknötchen sei aufgrund starker Beanspruchung der noch in der Entwicklung begriffenen Strukturen sehr groß. Hilfreich ist der von ihnen verwendete Begriff der „familiären Dysphonie“, die sich aus den kommunikativen Ritualen des Familienlebens entwickelt. Übermäßiger Stimmgebrauch, wie schrilles Schreien im Rahmen eines nach Aufmerksamkeit verlangenden, aggressiven Spielverhaltens werden als mögliche Ursache genannt.

In diesem Kontext lohnt sich der psychotherapeutische Blick auf die kindliche Stimmstörung: Kollbrunner (2006, 155) betont den behavioristischen Aspekt, indem er sie definiert als „eine von vielen möglichen Verhaltensweisen, die das Kind unbewusst gegen eine sich anbahnende Selbstentfremdung richtet“. Da Stimme ein wichtiges Medium der Selbstentfaltung ist, könne ihre Störung als Appell an die Umwelt verstanden werden. Ausgangspunkt therapeutischer Interventionen mit dem Kind sei daher, „dass ihre ‚Botschaft gehört‘ und ihre Funktion für die Aufrechterhaltung biopsychosozialer Fließgleichgewichte erkannt wird“ (Kollbrunner 2006, 173). Ein systemischer Blick auf die dynamischen Prozesse in Familie und Umfeld sei unbedingter Bestandteil der Therapie.

Mit Recht stellt sich angesichts psychosozialer Überlegungen die Frage nach einem spezifischen Persönlichkeitsprofil stimmgestörter Kinder und Jugendlicher. Einmal wird es mit „großer Lebhaftigkeit, durch hektische und aggressive Verhaltensweisen bei Spiel und Sport“ (Wendler et al. 2005, 143) beschrieben. An anderer Stelle werden „erhöhte oder unterdrückte Aggressivität [...] aber auch Ängstlichkeit“ als dem Verhalten zugrundeliegende Antriebe benannt (Blaser 2007, 184). Letztlich lassen sich aus den Studien keine Persönlichkeitseigenschaften herleiten, die verantwortlich für die Genese kindlicher Stimmstörungen sind. Die Angaben diverser Studien seien „nicht einheitlich und zum Teil widersprüchlich“ (ebd.). Vor allem gehe es darum, die multifaktoriellen Aspekte individuell „verstehen zu lernen“ (ebd.).

Beinahe im Widerspruch zu den ätiologischen Bestimmungen aggressiver Persönlichkeitstypen, nennt Kruse die Hypofunktion als

häufigste Form kindlicher Dysphonie und empfiehlt „bewegungsgesteuerte, gezielte **glottische Kräftigung**, also eine **aktivierende** Stimmnutzung, die dem kindlichen Bewegungsdrang – zumal nach längerem Stillsitzen in der Schule – ungleich mehr entgegen kommen dürfte als Entspannungs-, Atmungs- und Wahrnehmungsübungen“ (Kruse 2012, 134; Hervorhebungen: Kruse).

Die ätiologische Recherche macht deutlich:

Anamnese und Befunderhebung sollten funktionale und psychosoziale Aspekte gleichermaßen eruieren und das Vorgehen sollte vor allem individuell gestaltet werden.

1.3 Stimmentwicklung – Persönlichkeitsentwicklung

Kinder treten in Kontakt zur Außenwelt, lassen sich von ihr inspirieren oder grenzen sich ab. Im ständigen Wechsel zwischen Identifikation und Abgrenzung profiliert sich die Persönlichkeit. „Handelnd und sprechend offenbaren die Menschen jeweils, wer sie sind, zeigen aktiv die personale Einzigartigkeit ihres Wesens, treten gleichsam auf die Bühne der Welt“ (Arendt 1999, 219). Die Geburt der Persönlichkeit geschieht in dem Moment, in dem der junge Mensch zu sprechen beginnt und der „einmalige Klang der Stimme in Erscheinung“ (ebd.) tritt. Mit dem Klang seiner Stimme, der in ihm und außerhalb von ihm schwingt, empfindet der Mensch sich inmitten seiner Umwelt.

Stimmliche Äußerungen sind Teil eines jeden Sprechaktes. Und das beginnt schon sehr früh und differenziert sich von egozentrischen Stimmspielen hin zum sendergerichteten Tönen. Das Kind setzt die Modulationen der Stimme ein, um etwas zu erreichen. „Mamaaa?“ – und Mutter oder Vater erkennen am Klang der Stimme ihres Kindes, um was es geht: „Jaaa!, ich weiß, du hast jetzt Hunger.“ „Zwischen 9 und 12 Monaten zeigen kindliche Gesten und kindliches Vokalisieren kommunikative Intentionen an“ (Meibauer 2014, 124). Die Stimme und ihr Variationsreichtum drücken zugrundeliegende Intentionen aus – unbewusst und schon im Kindesalter: Proteste gegen ungewollte Zustände äußern sich, indem z. B. mit übermäßiger Lautstärke gesprochen wird.

Als erste Äußerungen von Abgrenzung stellen sie notwendige Schritte der Persönlichkeitsentwicklung dar. Implikaturen wie Ironie werden durch feine stimmliche Modulationen gekennzeichnet. Viele Kinder können diese bereits im Vorschulalter richtig einordnen (Kotthoff 2007).

Der Einsatz der Stimme ist Teil der analogen Kommunikation, die tagtäglich einen wesentlichen Anteil an der Gestaltung des zwischenmenschlichen Kontakts darstellt.

1.4 Stimmstörung – Kommunikationsstörung

Demnach ist jede Stimmstörung eine Kommunikationsstörung. Kinder mit heiseren, nicht belastbaren Stimmen werden nicht so gut verstanden wie andere Kinder und sind in ihrer unmittelbaren Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt. Auch wenn das Kind keinen Leidensdruck hat oder ihn nicht zeigt (Kollbrunner 2006), so besteht dennoch eine Einschränkung in der Kommunikation. Subtil wird sie zum Stigma des Kindes *mit der auffälligen Stimme*. „So kann eine Stimmstörung zu negativen Bewertungen aus dem unmittelbaren Umfeld des Kindes führen und somit indirekt auch die psychische Gesundheit beeinträchtigen“ (Gütay/Kreutz 2013, 131). Tagtäglich lebt das Kind mit der Kommunikationsstörung, die den Kontakt zu seiner Umwelt gleichermaßen prägt und behindert. In

dieser wichtigen Phase der Persönlichkeitsentwicklung wird dieses Stigma zum Persönlichkeitsmerkmal.

2. Funktionale Sicht auf die kindliche Dysphonie

2.1 Was ist Funktional?

Die Stimmgebung ist eine Funktion. Erst das Tätigsein der Funktion macht die Stimme zu dem hörbaren Ereignis, dem wir täglich gerne lauschen oder besorgt hinhören, wenn die Stimme eben nicht gut funktioniert. Die Funktion Stimme ist ein selbstorganisiertes System: Sie agiert eigenwillig. Von außen betrachtet wirkt dieses Agieren oft chaotisch, die Entwicklung sprunghaft. Obgleich sie von außen gut stimulierbar ist, geschehen die Entwicklungsprozesse der Stimme aus sich selbst heraus.

Die Funktionale Sicht auf die Stimme untersucht, analysiert demnach die Tätigkeit der Funktion, sucht Gründe, warum sie nicht funktioniert und stimuliert die Funktion, um sie wieder in Bewegung zu bringen.

2.2 Störung im System

Im Zentrum stimmtherapeutischer Arbeit bei juveniler Dysphonie steht stimmtherapeutische Arbeit. Stimme ist Funktion und Stimmtherapie ist Funktionale Therapie.

Unbewusst hat das Kind zu einem bestimmten Zeitpunkt seiner Entwicklung die Stimmfunktion als Konflikttherd oder Blockade gewählt. Es hat eine Stimmstörung und kein Magenproblem oder Kopfschmerzen – übrigens auch gehäuft auftretende Störungen im Kindesalter.

Das Stimmsystem ist geschwächt und daher den bio-psychozialen Anforderungen nicht gewachsen. Auch wenn andere Systeme wie Umwelt, Person/Psyche des Kindes auslösende und verstärkende Faktoren darstellen, liegt die Funktionsstörung dennoch im System Stimme und sollte auch von dort ausgehend behandelt, die Schwäche durch gezielte Kräftigung behoben werden.

Flankierend müssen je nach Schweregrad die anderen Systeme in einem nächsten Schritt mitberücksichtigt, bzw. von einem entsprechenden Fachtherapeuten betreut werden.

(Stimm-)Störung = Schwäche im (Stimm-)System

2.3 Funktion prägt Struktur

Die Art und Weise, wie eine Funktion tätig ist, beeinflusst die durch sie affizierte Struktur. In Bezug auf die Stimmfunktion kann man davon ausgehen, dass die meisten organischen Veränderungen im Kehlkopf funktionellen Ursprungs sind. Im Kindesalter sind dies vornehmlich die Stimmlippenknötchen, die aufgrund hypofunktionaler Stimmgebung und hyperfunktioneller, glottischer und supraglottischer Kompensationsmuster auf den Stimmlippen entstehen.

2.4 Funktion prägt System

In der Funktionalen Stimmtherapie steht die Arbeit an der Stimmfunktion im Zentrum (s. Abb. 1).

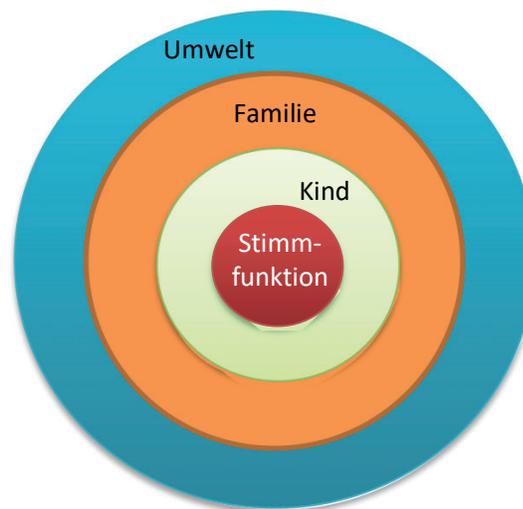


Abbildung 1: Stimmfunktion im Zentrum Funktionaler Stimmtherapie

Weitere systemische Aspekte oder Kontextfaktoren, die Einfluss auf die Stimme des Kindes nehmen sind:

- System Kind
- System Familie und Umwelt

Stellen wir uns die Kreise in Abb. 1 als Terrassen eines Brunnens vor, in dem das Wasser von dem oberen, kleinen aber zentralen in die unteren größeren fließt, so haben wir eine Metapher für die Vorstellung funktional-systemischer Prozesse: Aus dem Zentrum ihrer Funktion bekommt die Stimme ihre Energie und kann diese von dort aus für die Teilhabe an Gesellschaft nutzen.

Kräftigen wir bei einem Kind den Ms. vocalis und trainieren im Transfer die Dynamikfunktion gezielt auf der Ebene alltagsrelevanter Ausrufe, so kann das Kind unmittelbar davon für die Kommunikation in der Kita profitieren.

3. Funktionale Stimmtherapie nach Föcking-Parrino

In der FST nach Föcking/Parrino (2015, 2019) wird das System Stimme in verschiedene Teilsysteme ausdifferenziert. Die Teilsysteme einer Funktionalen Stimmgebung arbeiten ständig koordiniert miteinander. Wenn eines von ihnen gestört ist, ist der Ablauf des gesamten Organismus aus dem Rhythmus. Primär sollte das geschwächte Teil der Stimmfunktion herausgestellt und gestärkt werden.

Wenn ein Teilsystem durch gezielte Interventionen in Bewegung gebracht wird, kommt das ganze System dadurch ins Rollen.

3.1 Die 3+1[©] Basisfunktionen

Die 3+1[©] Basisfunktionen sind die vier wesentlichen Teilfunktionen im Kehlkopf, die die Stimme ausmachen. Es sind:

- Kontakt
- Dynamik
- Pitch
- +1 Schwingung

Die Basisfunktionen stellen die funktionale Grundausstattung der Stimmbildung dar.

Mit Kontakt ist der Kontakt der Stimmlippen gemeint. Durch rhythmisch koordinierte Aryknorpelbewegungen öffnet und schließt sich die Glottis und die Art der Berührung der Stimmlippen hat einen wesentlichen Einfluss auf Stimmklang und Funktionalität.

Dynamik ist die Produktion und Regulation stimmlicher Lautstärke, die durch die dominante Aktivität des Vokalis (Ms. vocalis) erzeugt wird.

Die Tonhöhenregulation (Pitch) als wichtige Grundkompetenz einer modulierfähigen Stimme, geschieht vor allem durch die Kontraktion des CT (Ms. cricothyreoideus). Der äußere Stimmlippenspanner evoziert durch die Knorpelgelenkbewegung bei Kontraktion eine zunehmende Spannung der Stimmlippen und damit eine Erhöhung der Schwingungsfrequenz. Das Schwingen ist in der FST das +1! Die drei anderen Basisfunktionen werden erst durch das Schwingen zu einer Funktion verbunden. Es ist die akustische Grundlage der Stimmgebung, die einen wesentlichen Anteil am individuellen Charakter der Stimme hat. Erst durch die Schwingung werden die drei Basisfunktionen verknüpft und in Bewegung gebracht. Wir sprechen von der Randkantenschwingung, d. h. der Schwingung der Stimmlippenschleimhaut und der Vollschiwingung der gesamten Stimmlippen.

3.2 Die Add-ons

Im Zentrum der Stimmproduktion stehen die gerade beschriebenen 3+1[©] Basisfunktionen. Um die Stimmfunktion in ihrer Ganzheitlichkeit zu verstehen gibt es noch weitere Aspekte, die wir Add-ons nennen. Es sind

- Unterdruck
- Resonanz
- Konzept

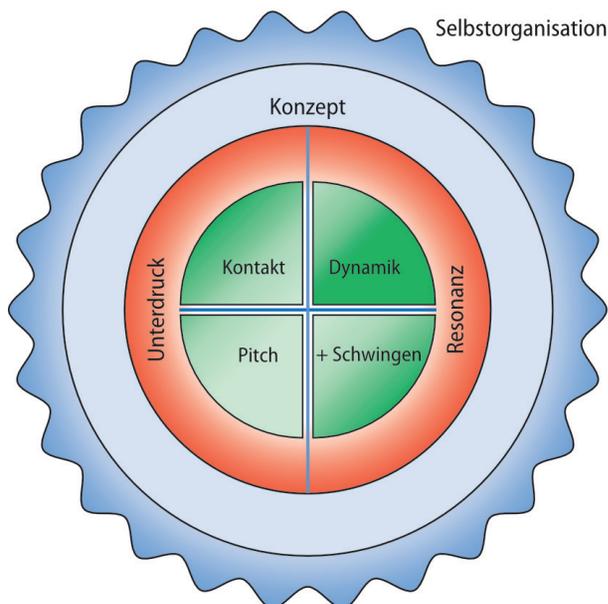


Abbildung 2: Teilfunktionen der Stimme (aus: Föcking/Parrino 2019, ©Springer, mit freundlicher Genehmigung)

Die Unterdruckfunktion sorgt für angenehme Empfindungen in Kehlkopf und Ansatzräumen. Die Resonanz bildet aus dem glottalen Grundton einen bestenfalls reichen, voluminösen und individuell angemessenen Stimmklang.

Als Drittes sorgt das Stimmkonzept auf neurophysiologischer Ebene für gut koordinierte Abläufe und effektive Rückkopplungsprozesse. Förderlich ist, wenn es von einer positiven Klangvorstellung getragen ist.

Alle Teilfunktionen der Stimme (Abb. 2) können und sollen mit dem Kind separat trainiert werden. Sie sorgen dafür, dass die Stimme in ihrer Ganzheit den Ansprüchen ihres Einsatzes im Alltag des Kindes genügen kann.

4. Praxis der Funktionalen Stimmtherapie des Kindes

4.1 Anamnese/Befunderhebung

Anamnese: Ahoi!

Der Patient ist bei der Anamnese der Kapitän, der Therapeut der Lotse, der dabei hilft, den richtigen Weg zu finden.

System Kind

Lässt sich der Therapeut von der „Personalen Navigation“ (Schneider et al. 2014, 135) leiten, so liefert das Kind selbständig wichtige Informationen über sich und seine Muster im Umgang mit der Stimme.

Bewegungsdrang und Konfliktmanagement des Kindes sollten erfragt und beobachtet werden. In der narrativen Gesprächsführung kann die konkrete Darstellung kommunikativer Situationen wertvolle Informationen über Teilhabeaspekte liefern. Zu einem späteren Zeitpunkt der Therapie können diese im Rahmen des direkten Transfers wieder aufgegriffen werden.

System Familie und Umwelt

Je nach Alter des Kindes ergänzen Erzählungen und Infos aus anderen Quellen das Bild der Störung. Hier ist v. a. das Elterngespräch relevant, das Infos über das Familiensystem, das tägliche Umfeld, in dem das Kind sein Zuhause hat, liefert. Dazu zählen neben den räumlichen Situationen, wie eigenes Zimmer, Medienutzung im Zimmer etc., auch die kommunikativen Rituale, die im Miteinander der Familienmitglieder stattfinden. Welche Lautstärke herrscht, wie ist das Turn Taking? Hört man sich zu? Wie hoch ist der durchschnittliche Hintergrundlärm? Welche Rolle hat das Kind, welche die anderen Familienmitglieder? Gibt es ausgesprochene oder unausgesprochene Aufträge an das Kind, die es motivieren oder unter Druck setzen? Welche vorhandenen Stimmvorbilder gibt es? Oder fehlt ein angemessenes Stimmvorbild, z. B. für einen Jungen ein männliches? Gibt es alternative Stimmvorbilder? Welche Rolle spielt die Geschwisterkonstellation?

Wiederkehrende oder auch zurückliegende, nicht aufgearbeitete Konfliktquellen können auch systemschwächende Wirkung auf die Kommunikationsfähigkeit haben und damit eine Stimmchwäche evozieren.

Die soziale Institution, in die das Kind täglich geht, und vor allem die Rolle, die es dort einnimmt, können einen Einfluss auf das Stimmssystem nehmen. Welche Peergroups oder Stimmvorbilder

hat es, das heißt konkret, welche Teilfunktionen werden täglich vom Kind und seiner Stimme abverlangt?

Stimmbelastende Faktoren wie Lärm, Raumsituation, Belüftungsmöglichkeiten können einen hemmenden Einfluss auf die Stimmfunktion haben. Welche Hobbys hat das Kind? Ist eine laute Stimme dafür nötig oder ist die Stimme gar in einer Schonhaltung?

This ist my way

Eine Stimmstörung kann vom Kind als temporäre Lösung eingesetzt werden. Welchen Störungsgewinn, welche Form der Konfliktvermeidung bringt die Stimmstörung dem Kind im Alltag? Diese Frage wird virulent, wenn es darum geht, den in der Therapiesituation entwickelten Stimmklang in den Alltag zu transferieren.

Funktionale Befunderhebung

Wollen wir die Stimme therapeutisch entwickeln, ist es nötig, die Gesetze des Systems neugierig zu beobachten, sich in sie einzuhören. Erst wenn die Art der Zusammenarbeit der Teilsysteme (hypothesengeleitet) beschrieben werden kann, die Muster und Kompensationsmuster, aber auch die Ressourcen benannt wurden, ist eine gezielte Stimulation möglich.

Für die Bewertung der kindlichen Dysphonie werden zunächst die „5 Säulen“ des ELS-Basisprotokolls (Schneider/Biegenzahn 2007, 57) vorausgesetzt:

- Videostroboskopie (soweit beim Kind bereits möglich)
- Perzeption (RBH)
- Akustische Analysen (Stimmfeld)
- Aerodynamische Messung

In der Funktionalen Diagnostik kommen als Extras hinzu:

- Stimmklanganalyse im Stimmdialog
- Komfortbereiche ermitteln
- Ventileinstellung in den Komfortbereichen beurteilen
- 3+1© Basisfunktionen in den Komfortbereichen im Tiefton- und Hochtonbereich und ihrer Cooperation beschreiben
- Ressourcen auffinden
- (Systemische) Mustererkennung
- Stimulation als Teil der Befunderhebung

4.2 Smart! Ohne Auftrag keine Therapie

Wie intensiv ein patientenzentriertes Zielvereinbarungsgespräch auf Augenhöhe mit dem Kind stattfindet, ist nicht nur altersabhängig. Reflexionsfähigkeit und Reife des Kindes spielen eine große Rolle. Grundsätzlich ist es bereits im Kindergartenalter ab 5 Jahren möglich, wenn es kindgerecht geführt wird: „O. K., wir machen einen Arbeitsvertrag, wie Du es vielleicht von Deinen Eltern kennst. Was sind Deine Aufgaben, Was sind meine Aufgaben?“

Alltags- und teilhaberelevante Zielformulierungen können sich aus folgenden Fragen ergeben: „Was genau soll sich denn an Deiner Stimme verändern? Woran würdest Du es als Erstes merken, wenn die Stimme besser geworden ist? Wer würde es denn als Erstes merken? Was müsste besser werden?“

Bei der Zielvereinbarung geht es vor allem um die Förderung der Eigenverantwortung des Kindes für den Therapieprozess. Mit in diesen Therapieabschnitt gehört das altersgerechte Erklären der Anatomie und Physiologie der Stimmfunktion.

4.3 Action! Therapie und Training der Basis- und Add-on-Funktionen der Stimme

„Die Stimme ist Dein wichtigstes Instrument beim Sprechen mit anderen – und je mehr Du es trainierst, desto stärker wird es!“ Stimmübungen mit Sporttraining zu vergleichen dient der Motivation des Kindes. Vom eigenen Hobby oder aus den Medien weiß es: Jeder Sportler muss seine Muskeln fit halten. Dies erreicht er durch regelmäßiges Training und ein spezielles Aufwärmprogramm vor einem Wettkampf.

Die folgenden Übungen beziehen sich auf die Teilfunktionen der Stimme. In der Klammer steht der eigentliche Name der Funktionalen Basis- oder Add-on-Übung (Föcking/Parrino 2019), wenn er für die Kindertherapie abgewandelt wurde. Alle Übungen können spielerisch mit dem Kind trainiert werden.

- Der Kuckuck: Kontakt (Staccato)
- Der Skifahrer: Tonhöhe (Glissando)
- Reifen aufpumpen: Lautstärke (Crescendo)
- Der Dampfer: Schwingen (Randkantenschwingung Tieftonbereich)
- Das Gespenst: Schwingen (Randkantenschwingung Hochtonbereich)
- Der Indianer: Schwingen: Vollschiwingung der Stimmlippen
- Der Trichter: Resonanz
- Der Strohhalm: Unterdruck (Der Sog)
- Die Treppe: Arbeit an der Klangvorstellung (Dreiklang)

Beispiel: Der Indianer

Exemplarisch für das Training der Teilfunktionen der Stimme stellen wir den Indianer ausführlicher vor (Föcking/Parrino 2019, 53 f.). „Der Indianer“ dient dazu, die Vollschiwingung der Stimmlippen zu fördern. Da wir unsere Stimmlippen nur bedingt bewusst ansteuern können, nutzen wir die Lippen als Stellvertreter, um wichtige Bewegungsabläufe unserer Stimme zu trainieren. Die Lippen stehen in funktionaler Relation zu den Stimmlippen.

Je mehr Masse der Stimmlippen in Schwingung versetzt wird, desto lauter wird der Ton. Es geht nicht primär um Lautstärke, sondern um einen intensiven, energievollen Klang.

Attacke!

Schritt 1:

- Töne ein langgezogenes „Oooo“ und bilde dabei eine übertriebene Schnute.

Schritt 2:

- Lege den Zeigefinger horizontal zwischen die Lippen. Durch rasche Aufwärts- und Abwärtsbewegungen bringe die Lippen zum Schwingen.
- Dürfen die gesamten Lippen bewegt werden? Auch am Übergang zur Innenseite der Lippen?
- Versuche, die Schnute trotz der Schwingung stabil zu halten.

Variationen

Variation 1:

- Spiele wie eine Sirene mit dem Ton und teste, in welcher Lage der Indianer am besten gelingt.

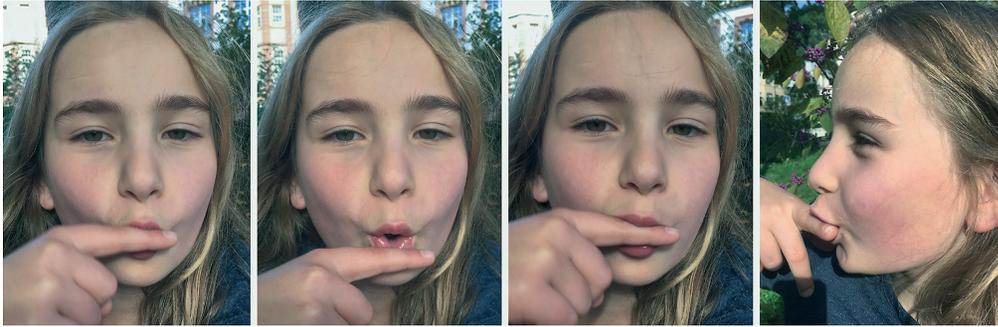


Abbildung 3: Stimmübungen machen Spaß: Der Indianer

Variation 2:

- Verlängere den Indianerton zu einer kleinen Melodie. Zu kompletten Liedern erweitert lässt sich mit diesen Indianerfesttagsgesängen die ganze Familie/Freunde bespaßen.

Hilfen

- Achte darauf, dass die Lippen sich leicht an den Finger anschmiegen.
- Schau mal in den Spiegel und beobachte mal, wie viel Du von Deinen Zähnen sehen kannst. Viel? Dann brauchen die Lippen mehr Spannung: Knall einige Male mit den Lippen, indem Du die Lippen fest über beide Zahnreihen nach innen ziehst und dann mit einem kräftigen Knall die Spannung löst. Gelingt der Indianer nun besser?
- Die Lippen wollen nicht recht schwingen? Wahrscheinlich sind sie zu fest. Lege beide Hände großflächig auf Wangen und Lippen und schütteln alles kräftig durch. Nun müssten die Lippen beim „Indianer“ besser schwingen.

4.4 Stimmdialog

Das Basissetting am Klavier kann mit den meisten Kindern genauso durchgeführt werden, wie mit Erwachsenen. Über Rhythmus, Klavieranschlagsstärke und eventuellem Stimmvorbild des Therapeuten kommt es zu einem lebendigen Stimmdialog mit dem Patienten und seinem Stimmklang. Die rhythmische Interaktion zwischen Patient und Therapeut gestaltet sich als Wechsel von Wahrnehmung und Aktivität. Kindern hilft es, eine schwingende Armbewegung hinzuzunehmen, um den Rhythmus zu etablieren. Die Stimmklanganalyse des Therapeuten ermöglicht die andauernde Feinjustierung durch Hilfen, Variationen in Tonhöhe, Lautstärke und Rhythmus, die zur gezielten Stimmentwicklung nötig sind. Darüber hinaus wird das phonatorische Kontrollsystem durch das Nachsingen von Tönen des Kindes trainiert. Im Vordergrund stehen der spielerische Aspekt und die Motivation des Kindes: „Wer ist Dein Lieblingssänger, der beste Sänger aktuell? Stell dir vor, du musst nun genau wie er/sie Deine Stimme trainieren!“

4.5 Playful wrapping

Grundsätzlich können alle Funktionalen Interventionen mit Kindern genauso wie mit Erwachsenen durchgeführt werden. Hilfreich und motivierend ist eine kindgerechte Verpackung. Für alle o. g. Interventionen können Bildkarten erstellt werden. Mit ihnen können spielerische Angebote, ähnlich wie bei der kindlichen Sprachtherapie und in Abhängigkeit vom Alter des Kindes, erstellt werden:

- Parcours im Raum mit Stationen, an denen die Karten ausliegen
- Kegel mit Bildkarten der Interventionen
- Memorys

Alle kreativen, sprachgestalterischen Methoden können für die Aktivierung der Basisfunktionen eingesetzt werden.

4.6 Animalismen

Stimmspiele machen tierisch viel Spaß. Auch Tierlaute lassen sich wie oben spielerisch einsetzen, um spezifisch an einer der Teilfunktionen der Stimmgebung zu arbeiten:

- Lautstärke: Das Schaf, der Hahn, die Ziege
 - Schleimhautaktivierung/Schwingen der Randkanten: der Uhu
 - Tonhöhe: das ganz kleine Kätzchen
 - Schließen: der Kuckuck s. o.
- (Föcking/Parrino 2015, 187 ff.)

4.7 Systemblick: Systemische Beratung

Bilden Sie ein Unterstützerteam!

Bei der Beratung der Eltern während der FST-Einheiten geht es vor allem um gegenseitigen Informationsaustausch auf Augenhöhe – regelmäßig im Therapieprozess. Wichtiges Ziel ist die Wahrnehmungsschulung für kommunikative Rituale im System Familie. Die Eltern werden als Kooperationspartner in das Therapieschehen eingebunden. Je nach Alter und Selbstständigkeit des Kindes können die Eltern bei den Hausübungen unterstützend mitwirken.

4.8 Transfer

Nachdem in der Therapie der Stimmklang auf Vokalebene entwickelt und gekräftigt wurde, geht es in einem nächsten Schritt darum, den Transfer in den Alltag einzuleiten. Erst der Transfer der gestärkten Stimme ins Sprechen des Kindes gewährleistet eine erfolgreiche kommunikative Teilhabe des Kindes an der Gesellschaft. Eine verbesserte Klangvorstellung, die oft mit Wahrnehmungsverbesserung einhergeht, erhöhen Sprechfreude und Motivation. Auch beim Kind liegen oft bereits artikulatorische Kompensationsmuster, wie erhöhte Kieferanspannung, Zungengrund- und Mundbodenaktivität vor und behindern die selbstorganisierte Stimmgebung. Beim spielerischen Tönen auf Vokalebene werden diese Spannungsmuster reduziert oder aufgelöst. Ziel des Transfers nach der Funktionalen Stimmkräftigung ist die Reintegration einer klangorientierten Artikulation in die Stimmgebung ohne die Funktionalen Klangqualitäten zu blockieren.

Transfer einleiten

Wenn sich ein Entwicklungsschritt vollzogen hat und sich eine neue Klangqualität zeigt, sollte diese dem Kind spontan bewusst gemacht werden:

„Hör mal, wie die Stimme jetzt klingt. Hörst du einen Unterschied?“ „Oh, wie fühlt es sich jetzt in Deinem Hals an?“ Der Therapeut bietet unmittelbar einige intentionale Worte/Ausrufe vokalorientiert an, die den Stimmklang im Grundton des Kindes aufnehmen

- „Halloooo!“
- „Guuuteeen Mooorgeeen!“
- „mmmmh leeecker!“

Transfer: Vokalisieren

Für die Arbeit am direkten Transfer (Föcking/Parrino 2015, 227) sollten die Kinder bereits etwas älter sein, bestenfalls bereits lesen können. Er kann in verschiedenen Formaten geübt werden. Beim Vokalisieren werden nur die Vokale eines bekannten Liedes, einer Textzeile, die für das Kind alltagsrelevant ist, gebunden phoniert. Der Text sollte mit dem Kind zusammen ausgesucht werden.

Zunächst werden zwei Zeilen eines Textes (z. B. von Peter Fox) ausgewählt:

„Am Ende der Straße steht das Haus am See.
Orangenbaumblüten liegen auf dem Weg.“

Das Kind soll zunächst nur die Vokale des Textes lesen. Weil das nicht leicht ist, kann es die Vokale mit einem Textmarker anmalen oder heraus schreiben:

A E E E A E E A AU A E
O A E AU Ü E I E AU E E

Die Vokalfärbung soll der Originalfarbe des gesprochenen Textes entsprechen. Trotz spielerischen Vorgehens bleiben Phrasierung und Modulation des Originaltextes beim Vokalisieren präsent, damit die Vokale nicht mechanisch oder isoliert gesprochen werden. Im nächsten Schritt werden dieselben Zeilen wieder mit Artikulation der Konsonanten gelesen. Gelingt das klangorientierte Phonieren noch nicht, sollte ruhig wieder auf die Ebene des Tönens von Vokalketten zurückgegangen werden.

Wichtig beim Vokalisieren sind Reflexion und Aktualisierung des Funktionalen Klangs. Erst wenn das Kind in der Lage ist, diesen auditiv wahrzunehmen und als angenehmer zu empfinden, kann es ihn effektiv ins Sprechen transferieren.

Hilfreich ist die Erstellung von Transferkärtchen (vgl. Abb. 4), die die verschiedenen Phasen des Transfers aufzeigen.

Im weiteren Verlauf können statt des vorgegebenen Textes alltagsrelevante Sätze des Kindes erarbeitet werden. Kann das Kind noch nicht lesen, kann das Vokalisieren auch im spielerischen Wechsel mit dem Therapeutenmodell durchgeführt werden.

Weitere Transfermethoden sind

- Das Psalmodieren: Tönmodus beibehalten, Artikulation wieder hinzunehmen:
„Nun sprechen wir den Text im Singsang wie ein Priester, Imam oder Rabbiner.“

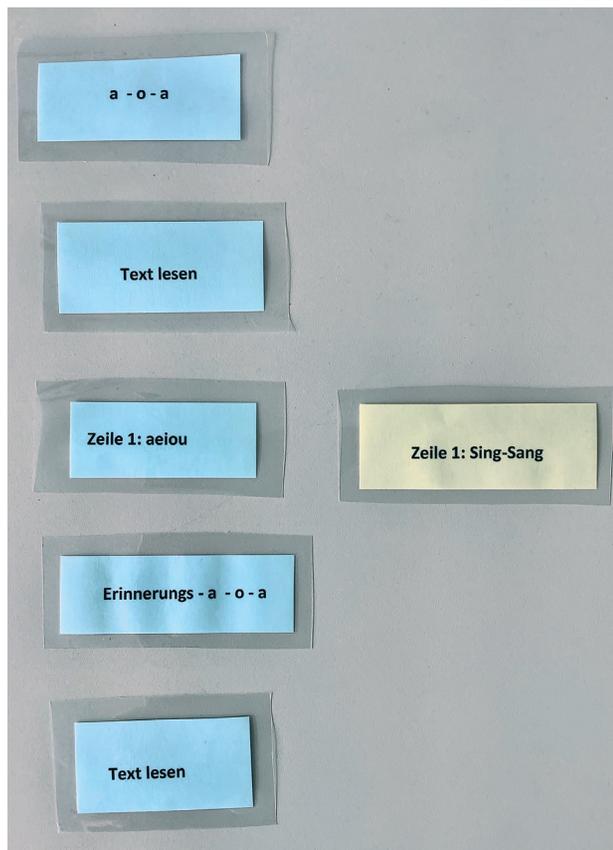


Abbildung 4: Einsatz von Kärtchen zur systematischen Erarbeitung des Transfers

- Das Glissandosprechen: Jeden Vokal mit einem kleinen Glissando sprechen, es darf viel Spaß machen, albern sein, denn es geht um Modulation und Lebendigkeit einer selbstorganisierten, gerne auch unkontrollierten Sprechweise. Darüber hinaus können zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen des Transfers z. B. Multimediaaufnahmen mit dem Kind erstellt werden:

- Im Radiosender: Wir führen ein Interview mit einem schrägen, berühmten, interessanten Gast, den das Kind kennen sollte, bestenfalls sogar ausgewählt hat, durch.
- Hörspielproduktion: Das Kind spricht die verschiedenen Rollen, imitiert Tierlaute, singt den Titelsong.

Auch konkrete Alltagssituationen können mit den Kindern im Rahmen eines Rollenspiels durchgeführt werden. Erzählte das Kind in Anamnese oder Eingangsgespräch von konkreten defizitären Sprechsituationen, können diese im Rollenspiel wiederholt und geübt werden. So wird dem Kind die Übertragung der Funktionalen Stimmgebung in den Alltag ermöglicht.

5. Finale

Kommen wir zurück zu Erkan. Das Puzzle an Faktoren, die Einfluss auf Erkans Stimme haben und verursachend für die Stimmstörung sind, ergab ein individuelles Bild des Patienten, das Ausgangspunkt der hypothesengeleiteten Therapieplanung war.

Bereits in der ersten Stunde kann Erkan ein positives Stimmlerlebnis für sich verbuchen. Im Rahmen des Stimmdialogs am Klavier ermöglichen kleine Simulationen, wie das Brustausklopfen oder Wangenschütteln, eine deutlich überdruckreduziertere Stimmgebung mit vermindertem Geräuschanteil und mehr Fülle. Der direkte, spaßbetonte Zugang zur Stimmarbeit und die positive Ergänzung der bis dahin negativ geprägten Klangvorstellung sind maßgeblich für die Motivation und somit für den weiteren Verlauf der Therapie verantwortlich.

Die Inhalte der folgenden 10 Stunden umfassen die Kräftigung des glottalen Unterdruckventilsystems, die Stärkung und Flexibilisierung der Dynamik- und Kontaktfunktion sowie der Schwingungsqualität. Die entsprechenden Übungen zur Stimulierung der einzelnen Funktionen tragen schillernde Namen wie „Die Welle“ (Crescendo mit entsprechender Unterstützung durch Tauziehen oder

Papprolle), der Indianer, das Gespenst, der Dampfer oder das Spaghettimonster (Sogübungen). Zur Koordination der Einzelfunktionen kommen durch rhythmische Bewegungs choreographien stimulierte Tonfolgen wie der Skifahrer (glissando), die Treppe (Dreiklänge) oder das Trampolin (Quint- und Oktavsprünge) zum Einsatz. Die Übungen werden im Wechsel im Setting des Stimmdialogs und als Stationen eines Übungsparcours durchgeführt. Die Notwendigkeit, die Übungen täglich zuhause weiterzuführen wird Erkan in Analogie zum Sporttraining schnell klar: „Meine Muskeln müssen was Neues lernen. Das geht am besten, wenn ich jeden Tag trainiere.“ Unterstützung beim häuslichen Üben erfährt er v. a. durch seinen Vater, der am Ende einer jeden Therapiestunde die neuen Übungen selbst lernt und von seinem Sohn korrigiert wird. Für Erkan ergab sich nach der Befunderhebung folgende hypothesengeleitete Therapieplanung:

A: Stimmfunktion: Ressourcen

Ressource	Hypothese/Muster	Ziel	Intervention
sicheres Tontreffvermögen, musikalisch, motiviert, Spaß an Übungen	differenziert variable Klangvorstellung	Positive Klangvorstellung ausbilden	Dreiklänge Tonsprünge Stimmspiele Transfer

B: Stimmfunktion: Auffälligkeiten

Auffälligkeiten	Phonation	Kompensation	Ziel	Intervention
Stimmklang dünn, behaucht	Dynamikfunktion Schwach	glottales, supraglottisches Pressen, Einsatz von Schultern, mimischer Muskulatur, Atemwurf	Vokalis stärken	Crescendo: Tauziehen, Papprolle
	Vollschwingung wenig ausgeprägt		Vollschwingung stimulieren	Indianervariationen
	Kontaktfunktion schwach, wenig flexibel		Kontaktfunktion aktivieren, flexibilisieren	Staccato: Kuckuck, Hexenlachen
Erhöhter Geräuschanteil im Stimmklang, heiser, rau, Obertonstruktur/Tragfähigkeit eingeschränkt	Irregulärer Schwingungsablauf/Randschwingung nicht frei	Überdruck	Schwingungsablauf harmonisieren/Randschwingung stimulieren/Tragfähigkeit verbessern/Unterdruckfunktion stärken	Gespenst Dampfer Luftballon Spaghettimonster

C: System Kind

Förderfaktoren	Barrieren	Interventionen
Konzentriert, eigenverantwortlich, großer Leidensdruck hohe Motivation	Impulsives Schreien beim Fußballspielen	Stimmtagebuch Erinnerungssanhänger, um nicht zu schreien

D: System Familie und Umwelt

Förderfaktoren	Barrieren	Interventionen
Unterstützung durch Eltern Schule macht Spaß Hobby Fußball, Bewegung	Kommunikationsverhalten im Rahmen der Großfamilie unklare Kommunikationsregeln ungünstige akustische Verhältnisse in Klassenräumen	Aufklärungsgespräche mit Eltern Anleitung der Eltern Beratung Klassenlehrerin

Erkans Stimme klingt bereits nach wenigen Stunden deutlich entspannter und obertonreicher. Die Kontrolluntersuchung in der Phoniatrie bestätigt die positiven Stimmerfahrungen: Die Phonationsverdickungen haben sich fast komplett zurückgebildet, die therapeutische Betreuung kann abgeschlossen werden. Abb. 5a zeigt die strukturellen Veränderungen nach der Therapie, im Vergleich zum Ausgangsbefund (Abb. 5b) sind die Knötchen verschwunden, die Schleimhautschwingung ist wieder gut ausgeprägt und regelmäßig.



Abbildung 5a:
Stroboskopiebefund von Erkan
nach der Therapie: die Stimmlip-
pen sind glatt und reizlos

Abbildung 5b:
Stroboskopiebefund von Erkan
vor der Therapie: Phonations-
verdickungen mittig auf den
Stimmlippen

Quellen: Universitätskliniken Bonn, Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie, Prof. Dr med. G. Schade

Schlusswort

Bereits im Kindesalter aktiv die Teilfunktionen der Stimme zu kräftigen und den Kindern Zugang zu ihrer Funktionalen Stimmkraft zu verschaffen, ist wichtiger Schwerpunkt der Stimmtherapie des Kindes.

Durch die neuen und funktionaleren Erfahrungen wird die Klangvorstellung positiver, Sprechen generiert zunehmend effektivere, erfolgreichere Sprechakte, ein persönlicher Ausdruck als wichtiger Teil des Kommunikationsverhaltens kann sich ausbilden. Dies stärkt das Selbstvertrauen des Kindes in Bezug auf seine Kommunikationsfähigkeit.

Konfliktverhalten kann mit zunehmender Stimmkräftigung entwickelt und ausdifferenziert werden. Beim Transfer ins Sprechen werden z. B. durch gezielte Rollenspiele Copingstrategien ausgebildet. So kann ausgehend von der Stärkung des Systems Kind Einfluss auf sein System Umwelt genommen werden.

Literatur

- Arendt, H. (1999): Vita activa. München: Piper.
- Blaser, L.; Seifert, E. (2007): Stimmtherapie: Schon bei Kindern – Nicht mehr im Alter? Logos interdisziplinär 3, 182–190.
- Föcking, W.; Parrino, M. (2015): Praxis der Funktionalen Stimmtherapie. Heidelberg: Springer.
- Föcking, W.; Parrino, M. (2019): Starke Stimme – Stark im Job. Heidelberg: Springer.
- Fuchs, M. (2013): Vom kleinteiligen Forschungsergebnis zum interdisziplinären Leipziger Konzept für die Kinder- und Jugendstimme. In: Fuchs, M. (Hrsg.): Forschung Wissen Praxis. Kinder und Jugendstimme 7. Berlin: Logos Verlag, 103–120.
- Gütay, W.; Kreutz, G. (2013): Kinder brauchen starke Stimmen: Zur Praxisrelevanz empirischer Forschung und Forschungsrelevanz gesanglicher Praxis. In: Fuchs, M. (Hrsg.): Forschung Wissen Praxis. Kinder und Jugendstimme 7. Berlin: Logos, 131–140.
- Hofbauer, L. A. (2018): Kindliche Stimmstörungen. Diagnostik und Therapie von Dysphonien im Kindesalter. Beau Bassin: Akademiker Verlag.
- Kollbrunner, J. (2006): Funktionelle Dysphonien bei Kindern. Ein psychofamiliendynamischer Therapieansatz. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Kotthoff, H. (2007): Ironieentwicklung unter interaktionslinguistischer Perspektive. <https://kops.uni-konstanz.de/handle/123456789/3811>, (zuletzt abgerufen am 31.07.2019)
- Kruse, E. (2012): Funktionale Laryngologie. München: Elsevier.
- Meibauer, J. (2014): Pragmatik – Basisartikel. Sprachförderung und Sprachtherapie in Schule und Praxis 3, 122–128.
- Nawka, T.; Wirth, G., (2008): Stimmstörungen. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Schneider, B.; Biegenzahn, W. (2007): Stimmdiagnostik. Ein Leitfaden für die Praxis. Wien, New York: Springer.
- Schneider, B.; Wehmeyer, M.; Grötzbach, H. (2014): Aphasie. Heidelberg: Springer.
- Seifert, E.; Huber Wüthrich, M.; Kollbrunner, J.; Zimmermann, A. (2003): Emotionale Ursachen von Kommunikationsstörungen bei Kindern. Sprache Stimme Gehör 2, 82–87.
- Wendler, J.; Seidner, W.; Eysoldt, U. (2005): Lehrbuch der Phoniatrie und Pädaudiologie. Stuttgart: Thieme.

Die Autoren



Wiltrud Föcking,
Marco Parrino
Alteburgerstr. 189
50968 Köln
info@foecking-parrino.de