

Einführung in die Manuelle Stimmtherapie (MST) nach Gabriele Münch

Gabriele Finkbeiner

Zusammenfassung:

Die Manuelle Stimmtherapie (MST) nach Münch ist eine Behandlungsmethode mit passiven Mobilisierungstechniken und aktiven Übungselementen zur Eutonisierung der Muskelfunktionsmechanismen des Körpers. Sie ist abgestimmt auf die Ursachen von Funktionsstörungen in den Bereichen der Haltung, Atmung, Stimme, Sprechen und Schlucken.

Aus Osteopathie und Krankengymnastik herkommend zeigt Münch in ihren Veröffentlichungen und Kursangeboten die feinsinnigen Zusammenhänge zwischen Läsionen, Läsionsorten und deren weitreichende Auswirkungen auf. Sie spricht dabei von sogenannten Störungsketten, die sich in verschiedenen Ebenen sowohl auf- oder absteigend, vom Bewegungsapparat, von Organen oder von Faszien ausgehend oder durch habituell angewöhnte Haltungen im Körper auswirken können.

Die Methode wird in der sprachtherapeutischen Praxis zur Behandlung von Störungen im pulmonalen, orofazialen, laryngealen und faszialen Bereich angewandt. Diese werden in therapeutischen Veranstaltungen erfahren. Dabei erlernen die Teilnehmer der Kursmodule jeweils eine ausführliche Anamnese und Diagnostik sowie entsprechend dem Modul die Behandlungstechniken in Form von Faszien-Behandlung, Mobilisation von Gelenken durch Dehntechniken und Muskelbehandlungen, um die Bewegungsfähigkeit und der damit verbundenen Leistungsfähigkeit zu verbessern oder wieder herzustellen.

Die Veröffentlichung der Fragebogenstudie zur MST hat gezeigt, dass die von den ausgebildeten TherapeutInnen angewandten Techniken Verbesserungen zwischen 25 – 100 % in den Bereichen Atmung, Stimme, Schmerzempfinden, Schlucken, Körperhaltung, Körperwahrnehmung und Gesamtbeweglichkeit der atem-, stimm-, artikulations- und schluckgebenden Organe bewirken konnten.

Schlüsselwörter:

Manuelle Techniken, Mobilisation, Euphonie von Haltung, Atmung, Kau-, Schluck- und Artikulationsmotorik

Zitation:

Finkbeiner, G. (2015) Einführung in die Manuelle Stimmtherapie (MST) nach Gabriele Münch. Sprachtherapie aktuell: Schwerpunktthema: Aus der Praxis für die Praxis 2: e2015-09; doi: 10.14620/stadbs150909

1. Einleitung

Die Manuelle Stimmtherapie (MST) wurde von Gabriele Münch entwickelt und erstmals 1997 im Rahmen ihrer Zulassungsarbeit für das Studium der Sprecherziehung an der Universität Regensburg veröffentlicht (vgl. Münch 2013, S. 24). Ihre Erfahrungen im Bereich der Körperstatik und der weitreichenden Einflussbereiche von Störfaktoren im Körper sammelte Münch als Krankengymnastin und Masseurin sowie als Manualtherapeutin und Osteopathin.

Durch ihren mehrdimensionalen Erfahrungsschatz aus diesen Bereichen erklärt Münch sehr detailliert und anschaulich die Verkettungen und Zusammenhänge von Störfaktoren im Körper und deren Auswirkungen auf gesamte Statik, Haltung Atmung, Kehl- und Kieferweite, Artikulations-, Kau- und Schluckmotorik und Durchblutung. Bei funktionellen Stimmstörungen seien beispielsweise immer mehrere Muskelgruppen beteiligt und in Mitleidenschaft gezogen: „Während die eine arbeitende Muskelgruppe in Überspannung geht, müssen ihre Gegenspieler zwangsläufig der ihnen entgegengesetzten Überspannung nachgeben und in Unterspannung gehen“ (Münch 2011, S. 33). Ein Gleichgewicht stellt Münch in der MST durch Massagen und Dehnungen der zu entspannenden Muskelgruppen und im Gegenzug durch aktives Üben der unterspannten Muskelgruppen her. Sie betrachtet dabei z. B. die Erscheinung des gesamten Muskelapparates, die Atemmuskulatur, die innere

und die äußere Kehlkopfmuskulatur. Die MST stellt durch die verschiedenen Techniken daher „eine passive bzw. aktiv-passive und aktive Methode dar“ (ebd., S. 33).

Münch führt die Auswirkungen von Störfaktoren anhand der sogenannten funktionellen Störungsketten auf, die im Zusammenhang mit funktionellen Dysphonien stehen. Bei einer Bewegungsstörung im Körper sind neben den bewegenden Muskeln auch die angrenzenden Gelenkstrukturen (z. B. in Form einer Bewegungshemmung) sowie deren Nervensteuerung (z. B. durch einen Anstieg der Muskelspannung durch spinale Reflexe) betroffen. Sind diese Funktionsregelkreise gestört, „so entwickeln sich funktionsgestörte Ketten, die gerade für den Bereich der Stimm-, Atem- und Schluckstörung essenziell sind und die es zu entlarven gilt“ (Münch 2011, S. 36).

Dabei sind nicht nur Störungen im Kopf- und Halsbereich ausschlaggebend für pathologische Veränderungen der Funktionsregelkreise. Häufig können sich auch tiefer oder höher gelegene Störungen eines Funktionsregelkreises symptomatisch auswirken (vgl. ebd., S. 38).

Um die weitreichenden Auswirkungen von Störungsketten deutlicher zu veranschaulichen soll hier die Erläuterung der MST kurzzeitig verlassen und die Modelle der sogenannten Muskelketten herangezogen werden. In der Osteopathie wurden die verketteten Muskelstränge des Körpers vielfach, in verschiedenen Varianten und ihrer Funktionen folgend verknüpft. Die gängigen Bezeichnungen belaufen sich über Muskelketten, myofasziale Meridiane, myofasziale (Muskel-) Ketten bis zu biomechanische Ketten. Alle Modelle versuchen aus verschiedenen Ansatzpunkten heraus die zahnradartigen Auswirkungen des Körpers und seine Funktionen zu beschreiben. „Die myofaszialen Strukturen sind an allen Körperfunktionen beteiligt: Die emotionalen Zustände äußern sich durch Muskelanspannungen, Muskelaktivität ist erforderlich für alle körperlichen Arbeiten, aber auch der Kreislauf, die Atmung und die Verdauung sind von einem intakten Bewegungsapparat abhängig“ (Richter, Hebgen 2011, S. 2). Somit sind alle Körperfunktionen einem gut funktionierenden Muskelkettensystem unterworfen (vgl. ebd., S. 2). Korr bestätigt die Bedeutung der Muskelfunktionen in Bezug zur Wirbelsäule und dem Zentralnervensystem in experimentellen Forschungen. Ihm „zufolge stehen die anderen Systeme (Verdauungssysteme, Endokriniem, Herz-Kreislauf-System) im Dienste des Bewegungsapparates“ (ebd., S. 4). Seine Forschungsergebnisse machen deutlich, dass das sogenannte „muskuloskelettale System eines der Hauptagenzien bei der Entstehung und insbesondere der Aufrechterhaltung von somatischen Dysfunktionen“ (ebd., S. 4) ist. Zum besseren Verständnis soll eines der gängigen Muskelketten-Modelle näher erläutert werden.

2. Muskelketten nach Struyf-Denys

Die im Folgenden aufgeführte Unterteilung der Muskelketten geht auf die belgische Physiotherapeutin mit osteopathischer Ausbildung Godelieve Struyf-Denys zurück. Sie war eine der ersten, die von ganzkörperlich umfassenden Muskelketten sprach. „Struyf-Denys beschreibt zehn Muskelketten, fünf an jeder Körperhälfte. Normalerweise funktionieren diese Ketten in einer koordinierten Art und Weise, um spiralförmige Bewegungen auszuführen. Dabei dominiert in den meisten Fällen eine der myofaszialen Ketten“ (Richter, Hebgen 2011, S. 11). Für Struyf-Denys gibt es drei Ursachen für die Entstehung von muskulären Ungleichgewichten: Als Hauptursache nennt sie die Psyche, die in Haltung, Gestik und Morphologie eines Menschen gespiegelt wird. Als zweite Ursache benennt sie die Lebensweise, z. B. Arbeitsgewohnheiten, Sport und Bewegungsmangel. Dritter Faktor ist für sie der Einfluss auf die myofaszialen Strukturen über zentrale Regelkreise. Hierzu werden Stress, Ärger, Sorge, Leid und andere emotionale Faktoren gezählt, die vorübergehend oder anhaltend den Muskeltonus verändern können.

Struyf-Denys gliedert die fünf paarigen Muskelketten wie folgt: drei fundamentale bzw. vertikale Ketten, die Kopf und Rumpf umfassen und zwei komplementäre bzw. horizontale Ketten, welche die oberen und unteren Extremitäten betreffen (vgl. ebd., S. 12).

Exemplarisch soll hier die fundamentale *anteromediane* Kette vorgestellt werden. Wie an der Abbildung (Abbildung 1) deutlich zu erkennen ist, endet oder beginnt je nach Betrachtungsweise die Muskelkette am großen Zeh, dem Daumen und an der Zungenbeinmuskulatur. In ihrem Verlauf schließt sie sowohl Anteile des M. pectoralis major, als auch den medialen Anteil der Interkostalmuskulatur ein (vgl. Richter, Hebgen 2011, S. 12).

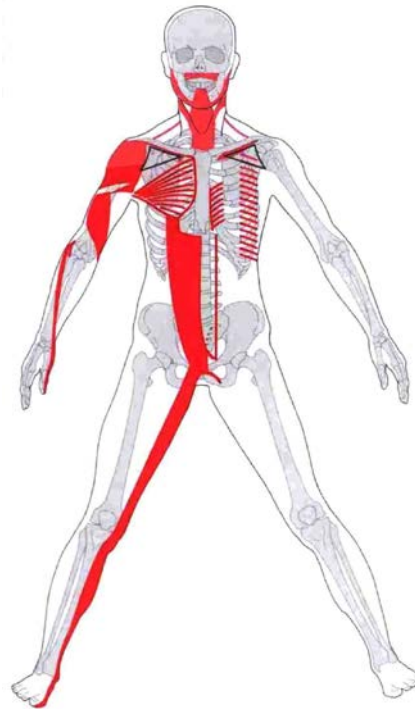


Abbildung 1 - Anteromediane Kette nach Struyf-Denys (Richter, Hebgen 2011, S. 13)

Demnach kann eine Läsion im unteren (kaudalen) Bereich der Kette eine Störung im oberen (kranialen) Bereich hervorrufen und umgekehrt. Diesen Sachverhalt bestätigt auch Münch und führt dies in einem Fallbeispiel eines Patienten auf, bei dem sich nach ausführlicher Anamnese und Diagnostik eine Fußverletzung als Ursache für eine Stimmstörung gezeigt hat. In Folge einer langen Verkettung der veränderten Zug- und Druckverhältnisse im Körper trat bei diesem Patienten eine Durchblutungsstörung der Stimmlippen auf, welche für die veränderte Phonation verantwortlich war (vgl. Münch 2011, S. 38).

Die fünf Muskelketten (*anteromediane, posteromediane, posteroantere – anteroposteriore, posterolaterale, anterolaterale Kette*) schließen gemeinsam die Muskulatur ein, die an der Atmung, der Stimme, des Sprechens, des Redeflusses und des Schluckens beteiligten sind. Sie stehen somit direkt mit den entsprechenden Organen und Strukturen in Zusammenhang. Zusätzlich haben sie über die Verbindung zum Rückenmark „als Schaltorgan und Organisator eine wichtige Funktion bei der Genese von pathologischen Zuständen“ (Richter, Hebgen 2011, S. 4). Eine Therapie ausschließlich an der Symptomatik anzusetzen schließt diese Auffassung endgültig aus: „Um diesen Zustand therapeutisch beeinflussen zu können, muss das gesamte Läsionsmuster behandelt werden, um die Imprägnierung des pathologischen Musters auf Ebene des Zentralnervensystems zu löschen“ (ebd., S. 5).

3. Funktionelle Störungsketten

Die für Münchs diagnostische und therapeutische Arbeit bezeichneten funktionellen Störungsketten teilt sie zunächst in *aufsteigende* und *absteigende Funktionsketten* auf. Sie können durch eine im Körper entweder unten oder oben angesiedelten Läsion auf- bzw. absteigend Störungen ausbilden. Funktionsketten können isoliert oder in Kombination mit *Störungsketten* auftreten. Auch Kombinationen der folgenden Störungsketten sind möglich: *Parietale Störungsketten* beschreiben Störungen, die vom Bewegungsapparat z. B. durch eine traumatische Verletzung ausgehen. *Viszerale Störungsketten* hingegen stellen den Einflussbereich von Organen ausgehend dar, z. B. durch Kapazitätseinschränkungen der Lunge oder Organschädigungen. *Fasziale Störungsketten* beschreiben ein Störungsfeld von Faszien ausgehend, wie es beispielsweise durch Narben verursacht werden kann. Als letztes zählt Münch die *habituellen Störungsketten* auf, die durch einseitig angewöhnte Haltungen hervorgerufen werden können, z. B. bei einigen Berufsmusikergruppen, Sportlern oder asymmetrisch ausgerichteten Schreibtischarbeitsplätzen (vgl. Münch 2011, S. 38ff). Hinweise zu Mobilitätseinschränkungen der funktionellen Störungsketten können Schmerzen, sensible Veränderungen, motorische Veränderungen, Störungen in dem Segment zugeordneten Hautareal (Dermatom) sowie Störungen der inneren Organe (Viszerotom) sein (vgl. ebd., S. 37).

4. Die Diagnostik der MST

„Manuelle Stimmtherapie (MST) bezeichnet die bei Funktionsstörungen der atem-, artikulations-, stimmgebenden und der am Schlucken beteiligten Organe angewandte Therapie“ (Münch 2011, S. 15). Dies setzt Münch zunächst durch eine gezielte Diagnostik in Form von Anamnesegespräch, Sichtbefund, Tastbefund und Bewegungsbefund des atem-, schluck- und stimmgebenden Traktes um (vgl. Münch 2011, S. 11).

Während des *Anamnesegesprächs* nimmt die körperliche Krankheitsgeschichte einen großen Teil ein. So sind Fragen nach „akuten und chronischen Erkrankungen/ Entzündungen, Unfällen, Frakturen, Allergien, Atemwegserkrankungen, Gelenk-/ Wirbelsäulenerkrankungen, Schmerzen, Beschwerden, Verspannungen, Medikamenteneinnahme und Bewegungseinschränkungen“ (Münch 2011, S. 43) von großer Bedeutung. Sie dienen sowohl für die Lokalisation der Läsion innerhalb der funktionellen Störungsketten, als auch für den weiteren Verlauf der Diagnostik und der anschließenden Behandlung, um Indikationen und Kontraindikationen abzuklären.

Der *Sichtbefund* aus verschiedenen Positionen gibt Aufschluss über Körperhaltung, Asymmetrien, Schwellungen und Beschaffenheit des Gewebes.

Beim *Tastbefund* sind Verspannungen, Muskeltonus und Gewebetemperatur abzuklären.

Der *Bewegungsbefund* klärt die Mobilität der Gelenke nach allen Richtungen durch aktiv ausgeführte Bewegungen oder manueller Mobilitätsprüfung ab (vgl. ebd., S. 43f).

Die anschließenden *Behandlungstechniken* ergeben sich aus einer Kombination von Faszien-Behandlung, Mobilisation von Gelenken durch Dehntechniken und Muskelbehandlungen der am Stimm-, Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen beteiligten Organe sowie aktiven Übungen zum Tonusaufbau. „Ziel ist es, ihre Bewegungsfähigkeit und damit die Leistungsfähigkeit zu verbessern und wenn möglich wieder herzustellen“ (Münch 2011, S. 15).

Die Diagnostik und die folgende therapeutische Arbeit erfordert von TherapeutInnen noch eine weitere persönliche Kompetenz, die der *diagnostischen Intuition*. Stimmbelastungen "sind Ausdruck der Gesamtbefindlichkeit des Patienten“ (Münch 2013, S. 25). Seelisch-emotionale „Blockierungen“ führen zu Veränderungen im Bereich der Stimme, der Atmung, des Schluckens und der Haltung, darüber hinaus haben sie auch einen Einfluss auf die Hormonsteuerung und das vegetative Nervensystem. Sie sollten daher mit entsprechender Achtsamkeit bei der diagnostischen Erfassung einfließen. Münch führt das hierfür benötigte

Einfühlungsvermögen in einen anderen Menschen über die körpereigenen Systeme der Spiegelneuronen an (vgl. ebd., S. 25). Die Spiegelneuronen-Forschung unterstreicht die Wichtigkeit des Einfühlungsvermögens in Bezug auf Kommunikation und Interaktion: „Unsere Interaktionen mit der Umwelt und unsere emotionalen Verhaltensweisen hängen weitgehend von der Fähigkeit ab, die Emotionen anderer wahrzunehmen und zu verstehen“ (Rizzolatti, Sinigaglia 2008, S. 176). Wichtig hierfür sei die Aktivierung der Inselrinde. Diese reagiert durch elektrische Reize und produziert eine Reihe von körperlichen Bewegungen, „die im Unterschied zu denen, die durch Reizung der motorischen Areale hervorgerufen werden, mit einer Reihe von viszeralen Reaktionen einhergehen, wie etwa einer Beschleunigung des Herzschlags, einer Weitung der Pupillen, Brechreiz usw.“ (ebd., S. 180). Bei Aktivierung ist diese Region nicht nur für eigene Empfindungen und Reaktionen zuständig, sondern zeigt auch eine experimentell nachweisbare Beteiligung an der Wahrnehmung des emotionalen Zustandes auf dem Gesicht eines anderen (vgl. ebd., S. 181). Das Einfühlen in einen Patienten bedeutet demnach das wahrhaftige „Mitfühlen“. Zum adäquaten emotionalen Einfühlen in der Diagnostik und dem weiteren therapeutischen Verlauf sind Sensibilität für eigene Grenzen und das Respektieren der Grenzen des Gegenübers von großer Wichtigkeit. „Weiterbildungen im emotional-körperorientierten Bereich oder Einbeziehung anderer Fachbereiche ermöglichen eine professionelle Unterstützung des Patienten“ (Münch 2013, S. 25).

5. Das Konzept der MST

Münchs Konzept der MST umfasst vier Bereiche, welche auch dem Inhalt der angebotenen vier therapeutischen Veranstaltungsmodulen entsprechen.

1. Die manuelle Arbeit am orofazialen/ kranialen Bereich soll Artikulation, Kieferweite, Okklusion, Kopffresonanz und Gaumenstellung unterstützen (vgl. Münch 2013, S. 25). Hierbei werden sämtliche verschiebbaren Segmente des Schädels und das Kiefergelenk in verschiedenen Achsen untersucht und mobilisiert. Das Hauptaugenmerk wird dabei auf die Suturen des Schädels gelegt. Suturen sind als elastische Nähte zu verstehen, die voll Kollagenen, Nerven und Blutgefäßen sind. Sie bleiben das ganze Leben lang minimal beweglich, um eine Erweiterung oder Verengung des Kopfes zu ermöglichen. Der Schädel passt sich somit permanent den rhythmischen Schwankungen des Flüssigkeitsvolumens im Inneren an (vgl. Upledger 2010, S. 154ff). Mobilitätseinschränkungen einer oder mehrerer Suturen können Verminderungen der Resonanzräume (vgl. Münch 2011, S. 81), Positions- und Funktionsstörungen des Kiefergelenks (vgl. ebd., S. 83, 90), atypisches Gaumenwachstum (vgl. ebd., S. 85), Globusgefühl (vgl. ebd., S. 93) usw. begünstigen oder hervorrufen.
2. Die Techniken des laryngealen/ zervikalen Bereiches dienen der Stimm- und Schluckverbesserung (vgl. Münch 2013, S. 25). Hierbei werden alle Untersuchungs- und Mobilisationstechniken zur Kopfwender- und Nackenmuskulatur, der laryngealen Muskulatur, der knöchernen und knorpeligen Struktur des gesamten laryngealen Bereichs durchgeführt. Asymmetrische Stellungen und Bewegungsblockaden des Kehlkopfs können so behoben werden. Auch Schlucken, Stimmgebung, Lymphfluss und Durchblutung können normalisiert und Globusempfindungen reduziert oder behoben werden.
3. Im pulmonalen/ diaphragmal/ thorakalen Bereich werden Atmung und auch Redefluss manuell therapiert (vgl. Münch 2013, S. 25). Gegenstand sind hier die Techniken zur Untersuchung und Mobilisierung des Diaphragmas in verschiedenen Ebenen. Auch die Interkostalmuskulatur sowie das Brustbein, die Rippengelenke und die Brustwirbelsäule werden mobilisiert. Eine gezielte und vertiefte Atemführung und -steuerung kann dadurch erreicht werden.

4. Abschließend sind die Anleitungen zur Mobilisierung der faszialen Strukturen eine Verbesserung der Gesamtkörperhaltung (vgl. Münch 2013, S. 25). Faszien als Teil des Bindegewebes gelangen seit einiger Zeit immer mehr in den Fokus der therapeutischen Arbeit, aber auch der Forschung: „Bindegewebe enthält kollagene, elastische und retikuläre Fasern, Mukuszellen, Knorpelgewebe sowie Knorpelzellen. Es wird von Fibroblasten, Fibroglia, Kollagenfasern und elastischen Fasern gebildet“ (Richter, Hebgen 2011, S. 29).

Ein kurzer, einführender Einblick zum besseren Verständnis zu Funktion und Beschaffenheit von Faszien soll hier gegeben werden. Faszien haben verschiedene Aufgabenbereiche im Körper. Zunächst bilden sie eine *Hülle* für alle Körperstrukturen, trennen sie voneinander, aber verbinden sie dadurch gleichzeitig. Sie *schützen* die Organe und geben ihnen durch ihre besondere Struktur *Halt*. Zusätzlich bilden sie Gefäßstraßen für Nerven, Arterien, Venen und Lymphgefäße. Sekretorische und exkretorische Kanäle werden ebenfalls vom Bindegewebe gebildet. Faszien sind somit maßgeblich an allen Stoffwechselfvorgängen und *Leitungsbahnen* beteiligt (vgl. ebd., S. 30). Auch Faszien verfolgen, ähnlich wie Muskelketten, verschiedene „Linien“ im Körper bzw. sind mit den Muskelketten oder myofaszialen Ketten untrennbar verbunden.

Die Erläuterungen der MST noch einmal kurzzeitig verlassend soll exemplarisch hier die *Tiefe Frontallinie* (TFL) der sogenannten Funktionellen Linien aufgezeigt werden. Sie ist hauptsächlich faszialer Natur, umfasst aber zusätzlich weitere Stützmuskeln. „Durch das Becken hindurch besitzt die TFL einen sehr engen Kontakt zum Hüftgelenk und stellt eine Verbindung zwischen dem Atem- und Gehrhythmus her“ (Myers 2010, S. 221). Die Rumpfaufhängung bringt u. a. eine Verknüpfung zu den autonomen Ganglien und den viszerale Organen der Umgebung. Der Halsbereich der TFL wiederum stellt ein Gegengewicht zu anderen funktionellen Linien her (s. Abbildung 2) (vgl. Myers 2010, S. 221).



Abbildung 2 - Die Tiefe Frontallinie (TFL) (Myers 2010, S. 220)

Der TFL kommt eine überwiegend stützende Rolle im Körper zu. Im Bereich der unteren Extremitäten ist sie verantwortlich für das Anheben des inneren Fußgewölbes und für die Stabilisierung eines jeden Beinsegments. Der Lendenwirbelbereich erhält durch sie von vorne Unterstützung, auch der Brustkorb wird während der Atmung gestützt, gedehnt und entspannt. Im Kopf-Halsbereich ist die TFL für das Ausbalancieren des fragilen Halses und des schweren Kopfes über dem Körper zuständig (vgl. Myers 2010, 222).

Bei Veränderungen jeglicher Faszielinien „kommt [es] zu einem Ungleichgewicht im parietalen und viszerale Geschehen. Mit der Zeit entstehen Abnutzung und schlechte Organversorgung“ (Münch 2011, S. 135). Dies kann z. B. durch Verspannungen, akuten oder chronischen Verletzungen, Narbengewebe, Lymphstau, posturale Dysbalance, Nervenläsionen, entzündlichen Prozessen usw. hervorgerufen werden (vgl. Richter, Hebgen 2011, S. 31).

Unausgeglichene Faszien können sich daher auch negativ auf die an sprach-, sprech-, stimm-, schluck- und atmungsbeteiligten Strukturen auswirken.

6. Der Einsatz der MST-Methode

Münch vereint in ihrer Methode die Vielschichtigkeit von Störungen und Auswirkungen im knöchernen, gelenkbetreffenden, muskulären, lymphatischen, faszialen und posturalen System. „Während Physiotherapeuten und Rolfer das muskuloskeletale System behandeln, um hauptsächlich Beschwerden [...] in diesem Körperbereich zu beheben, betrachten Chiropraktiker und vor allem Osteopathen das myofasziale System als einen Teil des Organismus, der sowohl Ursache als auch Folge von Dysfunktionen oder Pathologien von anderen Körpersystemen sein kann“ (Richter, Hebgen 2011, S. 2). Die MST zeichnet sich dadurch aus, dass sie sich speziell mit den Auswirkungen auf die atem-, artikulations-, stimmgebenden, redeflusssteuernden und der am Schlucken beteiligten Organe konzentriert. Die Methode ist daher zu einem wichtigen Element in der sprachtherapeutischen Praxis geworden. Dies konnte auch eine 2012 durchgeführte Fragebogen-Untersuchung zur MST mit 60 TeilnehmerInnen aufzeigen: „So gaben 62 % der Therapeuten an, vor dem Kennenlernen der MST keine Behandlungsmöglichkeiten für die Dysfunktion des Larynx, 50 % keine Möglichkeit zur Diagnostik und 40 % keine Möglichkeit zur Behandlung von Atemdysfunktionen gehabt zu haben. 45 % der Therapeuten hatten keine Behandlungsmöglichkeit bei Gaumenfehlern“ (Münch 2013, S. 26).

Die ursprünglich für funktionelle und organische Dysphonien und Dysodien entwickelte Therapie erleichtert auch Funktion und Symptomatik bei psychogenen Dysphonien, verheilten Operationen im Halsbereich, Schluckstörungen, Myofunktionellen Störungen, Fehlstellungen im orofazialen Bereich oder orofazialen Problemen (z. B. Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD), Kopfgelenkinduzierte Symmetriestörung (KISS), Fazialisparesen, Neuralgien usw.) (vgl. Münch 2011, 15f).

Ebenso können sich auch Verbesserungen in der Sprechatmung, Artikulation und Sprechsteuerung bei Sprach-, Sprech- und Redeflussstörungen einstellen (vgl. Münch 2011, S. 17f). Nach Ergebnissen der Fragebogenstudie wird die MST als wichtige Therapieform bei Dysphonie, Dysphagie, Parkinson, Myofunktionellen Störungen, craniomandibulären Dysfunktionen, onkologischen Nachbehandlungen, Amyotropher Lateralsklerose, Fehlbiss und Multipler Sklerose angesehen (vgl. Münch 2013, S. 27).

7. Die Ausführung der MST

Eine manuelle Methode verlangt eine genaue Kenntnis über die Funktionsbereiche des Körpers sowie gute Übung, damit die Mobilisierungstechniken sicher und fördernd ausgeführt werden können.

Die TherapeutInnen der Fragebogenstudie wurden in den entsprechenden therapeutischen Veranstaltungen von Münch intensiv unterwiesen und fühlten sich nach eigenen Angaben in

der Anwendung der manuellen Techniken überwiegend sicher (vgl. Münch 2013, S. 26). Weitere Befragungsergebnisse sind aus der Beurteilung zur Funktionsverbesserung der PatientInnen aufzuführen. Die angegebenen Verbesserungen bewegten sich dabei im Bereich zwischen 25 und 100 %. „Verbesserungen in dieser Größenordnung nannten im Bereich der Atmung 80 %, der Stimme 73 %, der Schmerzen 67 %, des Schluckens 63 %, der Körperhaltung 53 %, der Gesamtbeweglichkeit der atem-, stimm-, artikulations- und schluckgebenden Organe 75 %, der Körperwahrnehmung 65 % und der Keh- und Kieferweite 60 % der Therapeuten“ (Münch 2013, S. 26).

Dies bedeutet, dass nach einer genauen und fundierten Unterweisung sowohl eine gute Durchführung der manuellen Techniken als auch deren schnelle Übernahmen in den täglichen Praxisalltag möglich sind. Die MST erweist sich dadurch als eine gute und fundierte manuelle Behandlungsmethode. Sie erlaubt es den TherapeutInnen, Störungsbilder erfolgversprechend in der Verbesserung der Symptomatik zu behandeln, die über einen funktionalen Ansatz kaum oder nicht nachhaltig zu beeinflussen sind.

Eine Zertifizierung zur „Manuellen Stimm- und Schlucktherapie“ ist seit Herbst 2012 möglich (vgl. Münch 2013, S. 25).

8. Literatur

Münch, Gabriele (2011). Manuelle Stimmtherapie (MST), eine Therapie, die berührt. Kompendium der manuellen Techniken zur Behandlung von Dystonien im Einflussbereich von Atem, Artikulation, Schlucken und Stimme. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Münch, Gabriele (2013): Manuelle Stimmtherapie in Praxis und Klinik. *Forum Logopädie* 27, S. 24-28. doi: 10.2443/skv-s-2013-53020130404

Myers, Thomas W. (2010): Anatomy Trains. Myofasziale Leitbahnen für Manual- und Bewegungstherapeuten. München: Urban & Fischer

Richter, Philipp; Hebgen, Eric (2011): Triggerpunkte und Muskelfunktionsketten in der Osteopathie und Manuellen Therapie. Stuttgart: Karl F. Haug Verlag

Rizzolatti, Giacomo; Sinigaglia, Corrado (2008): Empathie und Spiegelneurone. Die biologische Basis des Mitgefühls. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag

Upledger, John (2010): Auf den Inneren Arzt hören. Eine Einführung in die CranioSacrale Therapie. München: Südwest Verlag

Korrespondenzadresse:

Gabriele Finkbeiner

Diplom-Sprechwissenschaftlerin (Klin.)

Praxis für Sprachtherapie Oswald

Brückenstraße 12a

15562 Rüdersdorf bei Berlin

finkbeiner@dbs-ev.de

Introduction to the Manual voice therapy (MST) by Gabriele Münch

Key words:

Manual techniques, mobilization, euphony of posture, breathing, chewing, swallowing and articulation motor skills

Summary:

The Manual Voice Therapy (MST) according to Münch is a treatment method with passive mobilization techniques and active exercise elements for tone balancing of muscle function mechanisms of the body. It is matched to the causes of malfunctions in the area of posture, breathing, voice, speech and swallowing.

Coming from osteopathy and physiotherapy Münch shows the subtle relationships between lesions, lesion places and their far – reaching implications in her publications. She speaks of so - called disorder chains that can make an impact on the body in different levels – as well as up and down starting from the musculoskeletal system or the facia or because of habitually acquired posture.

The method is applied in speech therapy practice for the treatment of disorders in pulmonary, orofacial, laryngeal and fascial areas. These are experienced in therapeutic events. The participants of the course modules each learn a detailed medical history and diagnosis and treatment techniques according to the module in terms of fascial treatment, mobilization of joints by stretching techniques and muscle treatments to improve or restore the mobility and the related performance.

The publication of the questionnaire study on MST has shown that the methods and techniques by trained therapists could cause improvements between 25 – 100% in the areas of breathing, voice, sense of pain, swallowing, posture, body awareness and overall mobility of the breath-voting, articulation and sip-making organs.



Gabriele Finkbeiner schloss 2008 ihr Diplom-Studium Sprechwissenschaft (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg) ab und ist als Klinische Sprechwissenschaftlerin in einer sprachtherapeutischen Praxis in Rüdersdorf bei Berlin tätig. Sie lehrte darüber hinaus in einer Schule für Logopädie in Berlin die Bereiche Myofunktionelle Therapie und Laryngektomie. Ihre Ausbildung zur Padovan-Therapeutin beendete sie 2012 in Luzern mit Zertifikat. Die Manuelle Stimmtherapie stellte sich in der ganzheitlichen Arbeit als große Bereicherung dar. Die Zertifizierung zur Manuellen Stimm- und Schlucktherapeutin erlangte sie 2013 in Reichenbach.