

Intensivtherapie in der Stimmfunktionstherapie

Beispiele und Probleme aus der Praxis

Bärbel Miethe*

Zusammenfassung

Mit der Bezeichnung „Intensivtherapie“ assoziiert man gemeinhin Intensivmaßnahmen im medizinisch-stationären Bereich, aber auch hinsichtlich der therapeutischen Arbeit auf dem Gebiet der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie ist Intensivtherapie bei vielen Erkrankungsarten ein Gebot bezüglich der Therapieeffizienz und somit eine Forderung aus fachlichen, ethischen und kostenoptimierenden Gründen. Jedoch bei der Diskussion um „optimale Intensität“ oder „Therapiefrequenz“ in der „Sprachtherapie“ muss zumindest auf dem Gebiet der Stimmfunktionstherapie (SFT), je nach Diagnosestellung, auch die Dimension der intensiven psychologischen Intervention im Sinne von beratungsintensivem therapeutischem Vorgehen mit einbezogen werden, zumal in der auf SFT spezialisierten therapeutischen Praxis die sogenannte „funktionelle Dysphonie“ die am häufigsten auftretende Diagnose ist und die derzeitigen Vorgaben der Heilmittelrichtlinien adäquaten Behandlungsnotwendigkeiten noch wenig entsprechen. Der vorliegende Beitrag liefert hierzu eine, von der Verfasserin in jahrzehntelanger therapeutischer Tätigkeit im Bereich der SFT gewonnene, praxisbezogene und literaturgestützte Standpunktverortung.

Schlüsselwörter: Stimmfunktionstherapie, Intensivtherapie, übungsintensiv, beratungsintensiv, Praxisprobleme



Originalbeitrag
open access

* Korrespondenz:
Dr. Bärbel Miethe
b-miethe@web.de

Zitation: Miethe, B. (2017)
Intensivtherapie in der
Stimmfunktionstherapie – Beispiele
und Probleme aus der Praxis.
Sprachtherapie aktuell: Forschung -
Wissen - Transfer: Schwerpunktthema:
Intensive Sprachtherapie (4):
e2017-05; doi: 10.14620/stadbs171105

1. Einleitung

Mit der Bezeichnung „Intensivtherapie“ assoziiert man gemeinhin Intensivmaßnahmen im medizinisch-stationären Bereich, aber auch hinsichtlich der therapeutischen Arbeit auf dem Gebiet der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie ist Intensivtherapie bei vielen Erkrankungsarten ein Gebot bezüglich der Therapieeffizienz und somit eine Forderung aus fachlichen, ethischen und kostenoptimierenden Gründen. Jedoch bei der Diskussion um „optimale Intensität“ oder „Therapiefrequenz“ in der „Sprachtherapie“ muss zumindest auf dem Gebiet der Stimmfunktionstherapie (SFT), je nach Diagnosestellung, auch die Dimension der intensiven psychologischen Intervention im Sinne von beratungsintensivem therapeutischem Vorgehen mit einbezogen werden, zumal in der auf SFT spezialisierten therapeutischen Praxis die sogenannte „funktionelle Dysphonie“ die am häufigsten auftretende Diagnose ist und die derzeitigen Vorgaben der Heilmittelrichtlinien adäquaten Behandlungsnotwendigkeiten noch wenig entsprechen. Der vorliegende Beitrag liefert hierzu eine, von der Verfasserin in jahrzehntelanger therapeutischer Tätigkeit im Bereich der SFT gewonnene, praxisbezogene und literaturgestützte Standpunktverortung.

Wann muss welche Form von Intensivtherapie (IT) im Bereich Stimmfunktionstherapie (SFT) gefordert werden?

Bei der Diskussion um IT, welche ja in erster Linie als übungsintensives, hochfrequentes, trainingsorientiertes therapeutisches Vorgehen interpretiert wird, ist für den Bereich der SFT ein Perspektivwechsel nötig, indem hier auch andere Formen der IT, je nach Diagnosestellung, therapeutisch angezeigt sind.

Neben IT im o. g. Sinne besteht in der SFT auch die Forderung nach IT im Sinne von maßnahmeintensiv und vor allem auch im Sinne von beratungsintensiv. Als maßnahmeintensiv kann z. B. die Behandlung der psychogenen Aphonie gelten, die durchaus einige Stunden Intervention hintereinander in Anspruch nehmen kann,

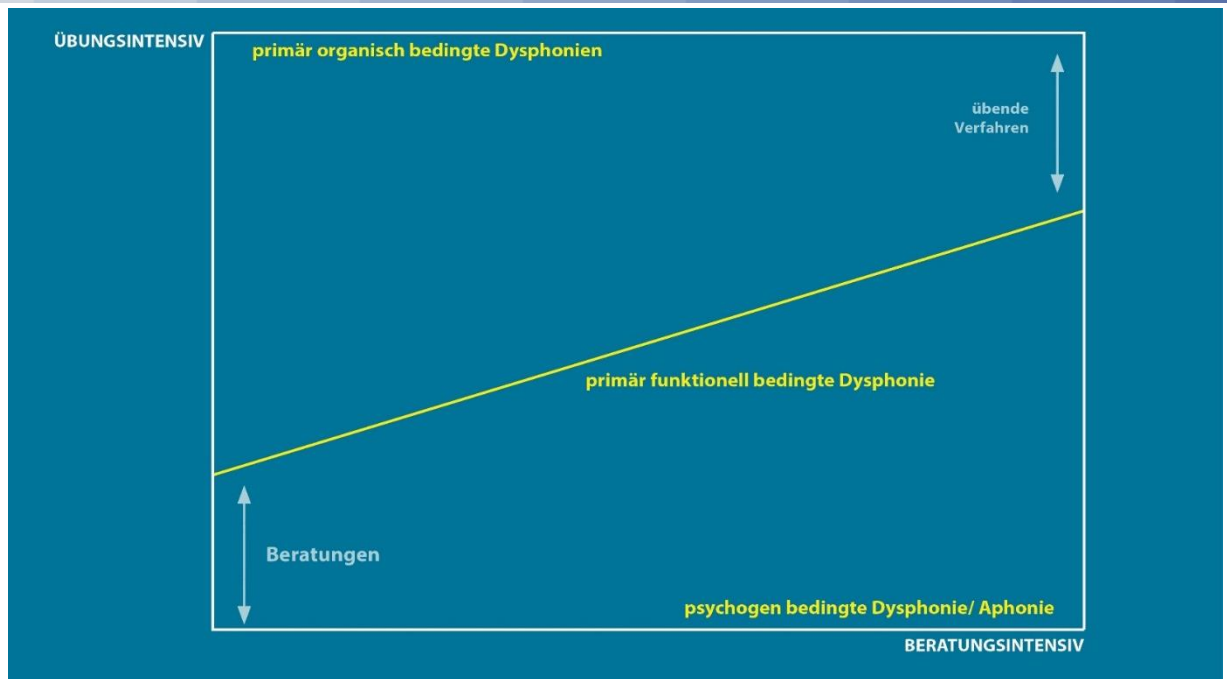


Abbildung 1: Welche Form der IT bei welcher Form der Dysphonie

wobei dieses Vorgehen, welches der Lehrmeinung in der phoniatischen Literatur entspricht, und somit auch die Vorgaben der Heilmittelrichtlinien (HMR) prägt, aus psychologischem Blickwinkel heraus durchaus kritisch hinterfragt werden darf. Zu dem Dogma, dass die Stimme in der ersten Therapiesitzung „geholt“ werden muss schreibt z. B. Kollbrunner: „Da dies zwar dem bewussten und geäußerten Wunsch der Patientin entspricht, ihren unbewussten Bedürfnissen aber völlig widerspricht, geht dies nur unter Anwendung von Überrumpelung oder Verführung.“ (Kollbrunner, 2006a, S. 84) Und an anderer Stelle heißt es: „Mit „Erfolg“ ist natürlich die Wiederkehr der Stimme gemeint; Hintergründe, die zur Aphonie geführt haben, bleiben da ausgeklammert.“ (ebd., S. 85) Auch Kinzl äußert sich wie folgt: „Die verschiedentlich angegebene Regel (Heinemann 1973, Kitzing 1983, Böhme 1980, 1983), dass die Wiederherstellung der normalen natürlichen Stimme in der ersten Therapiesitzung gelingen sollte, ganz gleich wie lange diese dauert, erscheint uns als eine ziemliche Überforderung sowohl der Patienten als auch der Therapeuten, andererseits auch der psychogenen Genese des Krankheitsbildes widersprechend und die unterschiedlichen Bedingungskonstellationen missachtend.“ (Kinzl, 1991, S. 94) Auch der Einsatz hochfrequenter, manueller Stimmtherapie (Münch) oder von Elektrostimulation, als spezielle passive Therapieverfahren, können als maßnahmeintensive Vorgehensweisen angesehen werden.

Das beratungsintensive therapeutische Vorgehen hingegen beinhaltet neben der intensiven Phase des Erfassens des wahrscheinlich auslösenden und aufrechterhaltenden psychosozialen und psychodyna-

mischen Ursachengefüges natürlich auch die sich daraus ableitende Phase der intensiven psychologischen Intervention in Kombination mit den bekannten übenden Verfahren.

Für beide Phasen bedarf es ausreichend viel Zeit, welche man, zumindest anfangs, mit mindestens 60 Minuten veranschlagen muss, was seitens der HMR bisher leider nicht gewährleistet ist.

Ein besseres Verständnis für die Forderung nach IT entsprechend der vorliegenden Diagnose ergibt sich aus dem in Abbildung 1 gezeigten Schema.

Anhand dieses Schemas ist sicher unschwer zu erkennen, dass bei den primär organisch bedingten Dysphonien, d. h. die Stimmstörung entstand aufgrund eines primären organischen Defektes (z. B. postoperative Zustände, Lähmungen und Bewegungsstörungen, Tumore und tumorähnliche Veränderungen oder neurologische Erkrankungen) oft die Forderung nach IT im Sinne übungintensiv besteht. Der untere durch Doppelpfeil markierte Bereich symbolisiert im Sinne des Anspruches auf ganzheitliches therapeutisches Tun auch die Einbeziehung von Beratungselementen (z. B. psychosoziale Beratung für Patienten nach Laryngektomie), jedoch nicht im Sinne von IT.

Bei der sogenannten primär funktionell oder psychogen bedingten Dysphonie bzw. Aphonie hingegen muss therapeutisch ein anderer Schwerpunkt gesetzt werden. Hierbei handelt es sich im weitesten Sinne um Stimmstörungen (aber auch der sogenannte globus hystericus lässt sich hier einordnen), bei denen kein organisches Korrelat zu erfassen ist und ein mehr oder weniger starkes komplexes psychologisches Hintergrundgeschehen vermuten werden muss. Unter den ExpertInnen

besteht eigentlich seit vielen Jahren Konsens darüber, dass die alte mechanistische Vorstellung, dass hier lediglich ein Übungsdefizit, Stimmmissbrauch oder eine falsche Sprechtechnik vorliege, i. d. R. (Ausnahmen bestätigen die Regel) zu kurz greift und dem multifaktoriellen Geschehen aus Symptom, Erkrankung, Lebenssituation, Persönlichkeit und Lebensgeschichte der Betroffenen nicht gerecht wird. In der Praxis scheint aber, zumindest tendenziell, schwerpunktmäßig symptomorientiertes therapeutisches Herangehen immer wieder von den TherapeutInnen bevorzugt zu werden, was viele Gründe haben, aber auch den Forderungen seitens ÄrztInnen, Krankenkassen/beratenden Medizinfunktionären und Arbeitgebern nach schneller Oberflächenkorrektur, mit allen zu erwartenden sekundären Langzeitproblemen, geschuldet sein mag. Indem Kollbrunner neue Therapiekonzepte zur Behandlung der funktionellen Dysphonie bei Kindern beurteilt, kommt er diesbezüglich zu der abschließenden Fragestellung: „Die acht hier präsentierten neuen Konzepte zum Verständnis und zur Behandlung funktionell stimmgestörter Kinder zeigen, wie viele Einsichten in psycho- und familiendynamische Zusammenhänge und Beziehungskonflikte von dysphonen Kindern und deren Familien unter Fachleuten existieren. Doch in fast allen präsentierten Konzepten fällt auf, dass an irgendeiner Stelle auf dem Weg vom theoretischen Verständnis zur praktischen therapeutischen Umsetzung eine auf den ersten Blick unerklärliche Ablenkung des therapeutischen Handelns erfolgt, welche bewirkt, dass in der Therapie plötzlich andere Ziele verfolgt werden als jene, die man aus den theoretischen Einsichten heraus ableiten müsste. Wodurch werden die Fachleute wohl gehindert, einen geraden Weg von der Theorie zur Praxis zu gehen?“ (Kollbrunner, 2006b, S. 72) Im Zusammenhang mit dem Thema Stimmtherapie bei Erwachsenen führt derselbe Autor aus: „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, 2006a, S. 17)

Funktionell oder psychogen bedingt?

Zu dieser Problemstellung gibt es auch umfangreiche Diskussionen, wobei sich Behrendt wie folgt äußert: „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) Spiecker-Henke ist ähnlicher Auffassung: „Die

Etikettierung bestimmter Krankheitsbilder als „psychogen“ würde den psychischen Anteil der funktionellen Dysphonie unterschlagen und das Prinzip der Ganzheitlichkeit, der Wechselwirkung von Soma und Psyche negieren. Im Bereich der Stimmerkrankung gibt es somit kein entweder/oder, sondern nur ein sowohl/als auch.“ (Spiecker-Henke, 1997, S. 61) Und ein fachlich durch langjähriger Arbeit mit Schauspielern geprägter Experte äußert die Überzeugung: „Stimmschäden oder aber auch nur ungünstige Stimmfunktionen will der Praktiker meist als isolierte Funktionsfehlformen ansehen und behandeln, Tatsache aber ist, dass Fehlfunktionen der Stimme zu 90 Prozent auf psychogenen Ursachen beruhen- denn auch das, was man medizinischerseits als „funktionelle Erkrankung“ bezeichnet, ist vorwiegend psychogen überlagert.“ (Aderhold, 1998, S. 62)

Es ist bezeichnend, dass gerade die langjährige therapeutisch-praktische Tätigkeit zu dieser Schlussfolgerung führt, wohingegen der eher kurzfristig-diagnostische Kontakt mit Patienten, auch vor dem Hintergrund fehlender psychosomatisch orientierter Einsichten und Verstehensprozesse, durchaus zu anderen Sichtweisen führen kann.

Auch nach meiner Erfahrung und Überzeugung muss, unabhängig von der Etikettierung „funktionell“ oder „psychogen“, im Anamnese-, Diagnostik- und Therapieprozess, neben den bekannten objektiven, semiobjektiven und subjektiv-geschulten (z. B. „funktionelles Hören“/ Krech, 1960, S. 125) Diagnostikmöglichkeiten bezüglich Stimmklang, Atmung, Tonus, Artikulation, das psychosoziale und psychodynamische Ursachen- und Bedingungsgefüges erfasst werden. Auch sogenannte „life events“, im Sinne „psychologisch bedeutsamer ungünstiger Lebensereignisse“, in der Fachliteratur in „akute Ereignisse“, z.B. Scheidung, Arbeitsplatzverlust, Misserfolge, Trauerfall, Diagnose einer schweren körperlichen Erkrankung und „länger andauernde Lebensumstände“, z.B. familiäre Streitigkeiten, Unzufriedenheit mit der Arbeit, Mobbing, Armut, Arbeitslosigkeit (Möller, Laux, & Deister, 2005, S. 230) unterteilt, spielen oft beim Auslösen einer funktionell/psychogen bedingten Dysphonie eine maßgebliche Rolle.

Ansteigende Fallzahlen?

Aufgrund der rigiden Vorgaben der HMR und des regressvermeidenden Überweisungsverhaltens der ÄrztInnen sind wissenschaftliche Erhebungen zur Prävalenz bzw. bezüglich der allgemeinen Zunahme dieser Erkrankungszahlen in der freien Praxisniederlassung leider nicht möglich aber dennoch im Kontext der allgemein deutlichen zahlenmäßigen Zunahme psychischer Erkrankungen stark zu vermuten. „Nach einer aktuellen Studie der AOK an zehn Millionen Versicherten sind psychische Erkrankungen inzwischen die häufigste Ursache für Frühverrentungen und die

vierthäufigste für Fehlzeiten am Arbeitsplatz.“ (Voß, 2010, S. 85) Der Verfasser führt weiter aus: „Eine vom Autor zusammen mit dem Sigmund-Freud-Institut 2008 durchgeführte Expertenbefragung bei Supervisoren und Beratern bestätigte dieses Bild auch für deutsche Organisationen einschließlich Krankenhäuser: Von ausgebrannten Mitarbeitern und innerer Verrentung wurde berichtet, oft mit gravierenden Folgen für die Arbeitsqualität. Studien im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung und des Fürstenberg-Instituts ergaben, dass etwa jeder zweite Beschäftigte (43 Prozent bzw. 53 Prozent) über psychische Probleme klagt, oft im Zusammenhang mit belastenden Erfahrungen in der Arbeitswelt, darunter vor allem Zeit- und Leistungsdruck sowie fehlende Anerkennung und ständige innerbetriebliche Veränderungen. ...Soziologen sind sich inzwischen sicher, dass in bestimmten historischen Phasen charakteristische neue Krankheiten auftreten, in denen sich typische gesellschaftliche Problemlagen wie in einem Brennglas zeigen.“ (ebd.)

Gesellschaftliche Determinierung psychologisch bedingter Erkrankungen?

Hier zeigt sich ein (für auch psychologisch tätige Therapeuten) Dilemma, welches in der Fachliteratur m. E. noch nicht ausreichend thematisiert wird: „Ist es also nicht zu viel verlangt, übermenschlich zu viel, einerseits alles Fachliche beherrschen zu müssen, um allen Eventualitäten eines hochindividuellen Patienten begegnen zu können und andererseits auch noch ziemlich genau wissen zu müssen, in welche Gesellschaft sie den Patienten entlassen? In welche Richtung sie also „heilen“, um ihn nicht vor der Praxis sofort wieder zusammenbrechen und scheitern zu lassen?“ (Bukowski, 2011, S. 11). Dazu schreibt Leggewie „Empörung ist angebracht- über das, was Patienten angetan wurde, über Verhältnisse, die derartige Ungerechtigkeiten offenbar systemisch produzieren und nicht zuletzt über die Hilflosigkeit der therapeutischen Profession angesichts der Schwerkraft dieser sozialen Krankheiten“ (Leggewie, 2011, S. 36) Erich Fromm, Psychotherapeut und Sozialwissenschaftler, charakterisierte die gesellschaftliche Situation bereits vor Jahren wie folgt: „Die konkreten Beziehungen zwischen den Menschen haben ihren unmittelbaren und humanen Charakter verloren. Stattdessen manipuliert man einander und behandelt sich gegenseitig als Mittel zum Zweck. In allen persönlichen Beziehungen gelten die Gesetze des Marktes. Es liegt auf der Hand, dass die Menschen einander gleichgültig sein müssen, wenn sie Konkurrenten sind. Anderenfalls könnten sie ihre wirtschaftliche Aufgabe nicht erfüllen, sich gegenseitig zu bekämpfen und notfalls auch nicht davor zurückzuschrecken, sich gegenseitig wirtschaftlich zugrunde zu richten.“ (Fromm, 2000, S. 84). Ein anderer Autor äußert sich so, dass

psychische Störungen „Europas größte Herausforderungen in der Gesundheitsvorsorge des 21. Jahrhunderts“ seien (Wittchen, 2013, S. 69), meint aber an gleicher Stelle, dass nicht die Häufigkeit der psychischen Störungen zugenommen habe, sondern das Diagnoseverhalten der Ärzte und das Bewusstsein der Menschen habe sich diesbezüglich sensibilisiert (ebd., S. 70). Das mag, vielleicht sogar zum großen Teil, den Tatsachen entsprechen, erklärt aber keinesfalls in Gänze diese massive Zunahme der Fallzahlen, welche sich bis zum heutigen Zeitpunkt noch einmal stark erhöht haben dürften.

Patienten mit funktionell/psychogen bedingter Dysphonie - spezielle Persönlichkeitsmuster?

Diese Frage wurde und wird in der Fachliteratur auch immer wieder umfangreich diskutiert. Kollbrunner recherchierte hierzu 20 Fachpublikationen und fasst diese wie folgt zusammen: „Die am häufigsten genannten Persönlichkeits-Muster von Patienten mit funktioneller Dysphonie sind: 1. „neurotische Fehlentwicklung“ und „depressive Verstimmung“, 2. Alexithymie ... 3. Hysterische Persönlichkeitsstruktur, 4. Neurotische Trias im MMPI („Minnesota Multiphasic Personality Inventory“). (Kollbrunner, 2006a, S. 46) Eine andere Stimmtherapeutin äußert sich dazu wie folgt: „Nach meinen Erfahrungen begegnen wir bei unserer Klientel häufig Formen der Depression. Die Erkrankung kann sich auf drei Ebenen ausdrücken: Auf der psychischen Ebene finden sich Symptome wie grundlose Traurigkeit, Angst Schuldgefühle, Grübeln, Konzentrationsschwäche etc. Auf der psychomotorischen Ebene finden sich Veränderungen des Antriebsverhaltens wie Agitiertheit, apathische Gehemtheit oder Entscheidungsunfähigkeit. Auf der körperlichen Ebene sind Schlafstörungen, Funktionsstörungen (hier ist die Verbindung zur Stimme) und Beschwerden im Bereich fast aller Organsysteme möglich- ohne klinisch fassbare Veränderungen.“ (Clausen-Söngen, 1997, S. 254).

In Königs Darstellung charakterlicher Grundstrukturen wird neben der narzisstischen, schizoiden, Borderline-Struktur, zwanghaften, phobischen und hysterischen auch die depressive Struktur erörtert und deren beobachtbares Verhalten als Patient wie folgt beschrieben: „Depressive überfüttern durch Sprechen oder sie hören gleichsam saugend zu. Im Gespräch kommen sie oft schwer in Gang, was mit ihrem Initiativmangel zusammenhängt; sind sie aber einmal in Fahrt, kann man sie schwer bremsen. Sie haben Angst, nicht wieder in Gang zu kommen oder Angst, die Verbindung zum anderen zu verlieren, wenn sie aufhören zu sprechen.“ (König, 1987, S. 61) Und weiter heißt es: „Da der Depressive hofft, dass der andere ihn braucht und ihn lieben wird, wenn er für ihn arbeitet, übernimmt er oft mehr Arbeit, als er bewältigen kann. Überhaupt glaubt er,

dass er geliebt wird, wenn er für den anderen etwas leistet. Leistung bewirkt aber Anerkennung und allenfalls Dankbarkeit, nicht Liebe. Er ist dann enttäuscht, wenn die Liebe ausbleibt.“ (ebd., S. 78) Somit sind solchermaßen veranlagte Patienten prädestiniert für das sogenannte Burnout-Syndrom, in der Fachsprache Erschöpfungsdepression genannt und nicht wenige dieser Patienten kommen mit einer konsekutiven Stimmstörung auch in unsere Praxen. Oft wurde auch bereits eine Psychotherapie absolviert und man kann im Rahmen der SFT gut an diesen Entwicklungsprozess anknüpfen.

Konsequenzen für eine adäquate SFT?

Das Erfassen des ursächlichen Bedingungsgefüges: Charakterliche Veranlagung, Beziehungsfähigkeit, Resilienz, live Events, etwaig bereits vorhandene Copingstrategien und der sekundären körperlichen Signale: Fehlspannungen, Dysfunktionen und Erkrankungen, speziell der primär funktionellen Stimmstörung mit etwaigen sekundären organischen Veränderungen, die sich daraus ableitende entsprechende beratungsintensive Intervention in Kombination mit symptomorientierten Übungen aus dem bekannten umfangreichen Übungsrepertoire entspricht einer adäquaten SFT bei funktioneller/psychogener Dysphonie. Dieses Therapieprinzip steht darüber hinaus in der Tradition der von Hans Krech (langjähriger ehemalige Leiter des heutigen Instituts für Sprechwissenschaft und Phonetik an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg) begründeten „Kombinierte Psychologische(n) Übungstherapie“ (Krech, 1958, S.397-430). Der im gezeigten Schema durch den Doppelpfeil oben rechts gekennzeichneten Bereich symbolisiert diese Einbeziehung von übenden Verfahren, welche i. d. R. Symptomarbeit leisten, aber neben der Korrektur dysfunktionaler Körperspannungs-, Atem-, Stimm- oder Artikulationsphänomene auch oft eine Brückenfunktion zum ursachenorientierten Arbeiten und damit auch zur beratungsintensiven psychologischen Intervention einnehmen.

Die beiden Pole übungsintensiv und beratungsintensiv für den Bereich der SFT sollen durch die Darstellung zweier Behandlungsbeispiele im Folgenden verdeutlicht werden.

2. Behandlungsbeispiele

2.1 Forderung nach IT in der SFT im Sinne übungsintensiv

Diagnose:

Zustand nach Laryngektomie, Versorgung mit tracheo-ösophagealem Shuntventil

Zeitungumfang: fünf bis zehn Tage

(je nach konkreter Fallkonstellation möglicherweise auch deutlich kürzere oder deutlich längere Therapiezeiten möglich bzw. nötig)

Frequenzempfehlung: dreimal täglich, jeweils 30 Minuten

Tag 1-2:

Funktionsübung:

Übung des manuellen Tracheostomaabschluss, falls die Versorgung mit einem Tracheostomaventil noch nicht möglich ist.

Phonationsübung:

Optimierung von Phonationseinsatzdruck und Öffnungsdruck des Shuntventils

anhand des indifferenten Vokals, später anhand aller Vokale, Variationsübungen von Lautstärke, Tonhaldauer und in geringem Umfang auch von Tonhöhe.

Übertragung des Erworbenen auf Wörter (Zweililber, Vokaleinsatz)

Tag 3-4:

Verständlichkeits- und Intonationsübung:

Übung der Artikulationspräzision anhand phonematisch ähnlicher Wörter,

Phonationseinsätze nun auch mit Konsonanten und Konsonantenverbindungen,

Wort- und Satzakkzentübungen, Übungen zur Satzintonation (terminaler und interrogativer Satzmelodieverlauf) anhand einfacher Sätze und Redewendungen.

Tag 4-5:

Weiterführende Übungen:

Satzgliederungsübung z. B. anhand sinnunterscheidender Pausierungen im Satz,

Übergang zu den nächsten Sprechleistungsstufen (z. B. Lesen, Berichten, Beschreiben) anhand von z. B. Sprichwörtern, Redewendungen sowie Lesetexten mit ansteigendem Schwierigkeitsgrad.

ab Tag 5:

Geläufigkeits- und Transferübung:

Übungen vor allem im freien Gespräch, Transfer in Alltagssituationen (z.B. Einkauf, Telefonieren, sich frei äußern z. B. in der Selbsthilfegruppe etc.) (Mieth, 1993, Anhang)

2.2 Forderung nach IT in der SFT im Sinne beratungsintensiv

Diagnose:

funktionell/psychogen bedingte Dysphonie

Zeitungumfang: i. d. R. zehn bis zwanzig Wochen

Frequenzempfehlung: einmal pro Woche, 60 bis 90 Minuten für Therapiephasen I und II, für die Transferphase III sind 14tägige bis monatliche Sitzungen angezeigt. (Vorgaben laut HMR: mindestens zweimal pro Woche, 30 bis 45 Minuten sowie keine Differenzierung zur Transferphase)

Phase I

Anamnese/Diagnostik:

Wie bereits oben dargestellt, wird neben den bekannten objektiven, semiojektiven und subjektiv-geschulten (z.B. funktionelles Hören) Diagnostikmöglichkeiten bezüglich Stimmklang, Atmung, Tonus, Artikulation etc. mit der Befragung des/r PatientIn nach dem subjektiv vermuteten Ursachen- und Bedingungsgefüge bei Beginn der Beschwerden sowie nach dem subjektiv empfundene Leidensdruck begonnen. Dabei sind nach Rogers von Anfang an Variablen wie Empathie, Akzeptanz und Authentizität seitens des/r TherapeutenIn entscheidende Voraussetzungen für ein gelingendes und hilfreiches Therapiegeschehen.

Durch einfühlsames Hinterfragen bestimmter „Marker“ für psychovegetative Dynamiken, wie z.B. nach etwaigen Schlafstörungen, Einnahme von Medikamenten/Psychopharmaka, etwaig bereits durchgeführter bzw. momentan laufender Psychotherapie kommt man bereits manchmal ziemlich direkt an ursächliche Dynamiken heran. Andererseits gilt aber auch: „Natürlich lehnen die meisten Patienten direkte Fragen nach einer solchen Verbindung zunächst ab, aber sie hegen sehr wohl Vermutungen über deren Existenz. Das Aufspüren ihrer hintergründigen Ahnung über solche Zusammenhänge ist sogar außerordentlich wichtig, weil es die Eingangstüre für die psychotherapeutische Arbeit darstellt.“ (Kollbrunner, 2006a, S. 89)

Auch das Erfassen des familiären und sozialen Gefüges sowie der beruflichen Anforderungssituation (Aufspüren von stabilisierenden bzw. destabilisierenden Dynamiken bzw. von etwaigen life events, s. o.) ist für das Verständnis der Erkrankungsgenese grundsätzlich wichtig. Darüber hinaus sind Einsichten in bisheriger Bewältigungsstrategien (Copingstrategien) bei bereits durchgemachten Lebenskrisen wertvolle Hinweise auf Ressourcen, an welche in Therapiephase II, die eigentliche beratungsintensive Phase, angeknüpft werden kann und somit prognostisch eine gute Voraussetzung bieten. Die systemisch orientierte kommunikationspsychologische Herangehensweise und lösungsorientierte Fragetechnik, wie sie auch von Lange vorgeschlagen werden (Lange, 2013, S. 32), liefert hierzu eine wertvolle gesprächstechnische Grundstruktur.

Durch den prozessualen Charakter der Therapiephasen, gibt es natürlich keine scharfen Abgrenzungen zueinander: „Diagnostik ist vielmehr als ein prozesshaftes Geschehen aufzufassen, dass letztendlich solange dauert, wie der Patient behandelt wird. Dabei ergeben sich aus den Reaktionen des Patienten auf jede therapeutische Aktion ständig neue diagnostische Hinweise, die wiederum den weiteren Therapieablauf verändern. ...Diagnostische und therapeutische Prozesse lassen sich nicht voneinander trennen, sie bilden durch ständige Rückkopplungseffekte ein zusammenhängendes Ganzes“ (Spiecker-Henke, 1997, S. 67).

Phase II

Wie bereits genannt sind in dieser Therapiephase, je nach konkreter Fallkonstellation, übende Verfahren aus dem umfangreichen Übungsrepertoire Tonus, Atmung, Stimme, Artikulation (Suttner, 1982, S. 98-134) und die erforderliche beratungsintensive und ursachenorientierte psychologische Intervention zu kombinieren. „Funktionelle Stimmstörungen sollen deshalb im Zusammenspiel mit anderen Somatisierungen und vor dem Hintergrund der je individuellen Lebensgeschichte der Patienten verstehen und behandeln gelernt werden. Dies bedeutet allerdings nicht, dass jeder Patient mit funktioneller Dysphonie einer Psychotherapie zugeführt werden müsste. Aber es bedeutet, dass die logopädische Therapie, welche Patienten mit funktioneller Stimmstörung angeboten wird, auch auf psychotherapeutischen Prinzipien aufgebaut sein muss.“ (Kollbrunner, 2006a, S. 214) Beushausen betrachtet unter dem Blickwinkel historischer Entwicklungen und der gegenwärtigen Forderung nach Evidenzbasierung 13 verschiedene Methoden in der Stimmtherapie und kommt zu dem Ergebnis, dass alle auch heute noch praktische Anwendung finden. Bei ihrer Darstellung übergeordnete Konzepte „Die Systematiker“ müsste jedoch auch die Kombiniert-Psychologische-Übungs-therapie nach Krech eingeordnet werden, neben den Konzepten von Clausen-Söhngen, Haupt, Spiecker-Henke, Gundermann und Oberländer-Gentsch. Darüber hinaus drängt sich ein wenig der Eindruck auf, dass ganzheitliche Therapiekonzepte bei der Autorin etwas despektierlich unter der Rubrik „Die an Psyche Interessierten“ rangieren (Beushausen, 2013, S. 37). Da sei die rhetorische Frage erlaubt, ob man auch therapieren kann, ohne an der Psyche interessiert zu sein? Bezüglich der Therapie von funktionellen Dysphonien spricht Clausen-Söhngen von einem Kontinuum zwischen den Polen „symptomzentriert“ und „beratungszentriert“, je nach Wissens- und Ausbildungsstand des/r TherapeutenIn sowie nach persönlichen Begabungen und Neigungen. Adäquater wäre es m. E. jedoch, therapeutische Expertise voraussetzen und Entscheidungsprozesse von der konkret vorliegenden Fallkonstellation ableiten zu können. Die von Kollbrunner vorgeschlagene Psychodynamische Therapie (Kollbrunner, 2006a, S. 286) als Methode zum emotionalen Verständnis lebensgeschichtlicher Konflikte mit dem Ziel langfristiger Einstellungsveränderungen und verbesserter Beziehungsfähigkeit ist zwar aus seiner Sicht gegenüber anderen Therapiemethoden die nachhaltigste, allerdings wegen der Langsamkeit der Therapieeffekte für unser Fachgebiet kaum anwendbar. Die Vorgaben aus den HMR, welche bereits wenig dem Wesen einer funktionell/psychogen bedingten Dysphonie entsprechen und nun in der Praxis von den Ärzten wegen der Befürchtung etwaiger Regressforderungen sogar zunehmend limitiert ausgelegt werden (Verordnung von

zunehmend weniger Therapieeinheiten und Therapiezeiten), zwingen uns ein extrem enges zeitliches Korsett auf. Insofern hierbei überhaupt noch ordentliche Arbeit geleistet werden kann, sind somit allenfalls Elemente aus psychotherapeutischen Methoden anwendbar, wie z. B. aus der patientenzentrierten Gesprächsführung/Gesprächstherapie (Rogers), der lösungsorientierten Therapie (de Shazer), der Kommunikationspsychologie (Schulz von Thun), der Transaktionsanalyse (Berne), der kognitiven Verhaltenstherapie (Lazarus), der Existenziellen Psychotherapie (Yalom), der Bibliotherapie und Poesietherapie (Petzold & Orth), der Atemtherapie (Fuchs), Konzepte der Stressbewältigung (Ernst) sowie auch Methoden aus der Körperarbeit (Müller-Braunschweig & Stiller) zur Anwendung kommen. Alle genannten Verfahren umfassen umfangreiche Theoriegebäude und können in diesem Kontext leider nur genannt werden.

Beratung oder Therapie?

Das Thema, wo hört Beratung auf und wo fängt Therapie an, wird von Kollbrunner, auch vor dem Hintergrund dementsprechender Literaturrecherche, umfangreich diskutiert und er kommt zu dem Ergebnis: „...die Gemeinsamkeiten zwischen Beratung und Therapie sind wesentlicher als ihre Unterschiede. Bei beiden werden direkte Kontakte mit der Absicht verwendet, Änderungen von Einstellungen und Verhaltensweisen zu erzielen.“ (Kollbrunner, 2006b, S. 187) Rahm wird von ihm zitiert, die der Meinung ist: „...“, dass die Unterschiede zwischen den einzelnen therapeutischen Schulrichtungen größer sind als der Unterschied zwischen „Beratung“ und „Therapie“. Kollbrunner schlägt vor, den Hinweisen in der Fachliteratur zu folgen und auf systematische Abgrenzungsversuche zu verzichten und somit die beiden Bereiche „Beratung“ und „Therapie“ auf einem Kontinuum bzw. „Psychotherapie“ als Spezialfall von Beratung zu sehen (ebd. S. 188). Beide Vorgehensweisen sind bestrebt, Störungen mit Krankheitswert zu lindern oder zu heilen, sicherlich im Rahmen von z. T. unterschiedlichen Indikationen, Intensitäten und Konzepten. Einzelne Kritiken zum Anspruch psychotherapeutischen Arbeitens in der Stimmtherapie gibt es auch (Wohlfahrt, 2001 oder Schwarz, 2001), woraufhin Mannhard entgegnet: „Die aktuelle Diskussion im Forum Logopädie zum Thema: „Was darf Logopädie, was nicht-Abgrenzung zur Psychotherapie“ halte ich mehr oder weniger für überflüssig. Teilaspekte empfinde ich als praktizierende und lehrende Logopädin auch schon fast grotesk. Gerade in der Praxistätigkeit und nicht am Schreibtisch- an dem manchmal solche Diskussionsinhalte entworfen werden- zeigt sich doch, dass es Bereiche in der Logopädie gibt, in denen der Logopäde für den Patienten eine weitaus bessere Behandlung anbieten kann, wenn er verschiedene therapeutische Interventionen kombiniert, wie zum Beispiel in der

Stimm- und Stotterertherapie.

„Weder eine rein sprechmotorisch noch eine rein psychotherapeutisch ausgerichtete Intervention wird in der Regel der Komplexität des chronischen Stotterns gerecht.“ (Mannhard, 2001, S. 47-48) Diese Haltung entspricht im Kern dem Grundsatz der Kombiniert-Psychologischen-Übungstherapie, indem die Kombination von psychologischer Beeinflussung und übenden Verfahren gefordert wird, worin auch gleichzeitig eine entscheidende Abgrenzung zur Psychotherapie existiert.

Phase III

Die Transferphase umfasst den Zeitraum, der vom/n der PatientenIn benötigt wird, um alle Übungs- und Beratungsinhalte in ausreichender Weise in der alltäglichen Lebenswirklichkeit umsetzen zu können, komplettiert durch die Thematisierung von etwaig dabei auftretenden Schwierigkeiten und Hindernissen. Dies erfolgt sinnvollerweise in 14 tägigen bzw. monatlichen Abständen.

Das Schema in Abbildung 2 soll das genannte Vorgehen noch einmal im Überblick darstellen

3. Welche Probleme hierzu gibt es in der Praxis?

3.1 Einflussgröße- verordnende/r Arzt/Ärztin:

In der alltäglichen Praxis gibt es seitens der ÄrztInnen ein zunehmend irritierendes Ordnungsverhalten. So mehren sich Verordnung (das sogenannten Muster 14), welche auf z. B. fünfmal SFT jeweils 30 Minuten ausgestellt sind, bei eigentlicher Indikation von IT im Sinne beratungsintensiv, ganz zu schweigen von der Einbeziehung übender Verfahren, da eine funktionell bzw. psychogen bedingte Dysphonie vorliegt. Als TherapeutIn ist man hier schon recht ratlos, wie man mit solchen Vorgaben therapeutisch noch etwas halbwegs Sinnvolles für den/die Betroffene/n zustande bringen kann. Man muss sich in diesem Zusammenhang einmal vor Augen halten, welche zeitlichen Vorgaben für die nachhaltige Entwicklung einer professionell guten Stimme von Fachleuten wie Linklater veranschlagt werden: „Um eine wirkliche Veränderung zu erreichen, ist es notwendig, eine tägliche Sitzung von mindesten einer Stunde zu planen und das für eine Periode von wenigstens einem Jahr. ...Selbst wenn sie regelmäßig arbeiten, wird der Fortschritt langsam sein,... es wird Zeit brauchen, bis sie das Erreichte beruflich umsetzen können. (Linklater, 1997, S. 20) Natürlich benötigen wir keinesfalls diese zeitlichen Dimensionen, denn es geht ja bei der SFT nicht um die Entwicklung der professionell wohlklingenden Stimme, aber wenigstens hier, wo sie ausreichend sind, sollten die Vorgaben der HMR (Regelfall 20 Therapieeinheiten) umsetzbar sein. Darüber hinaus ergibt die eigene Jahrzehnte lange Praxiserfahrung sowie Aussagen von anderen in der SFT tätigen Therapeutinnen eine zunehmende wirklich

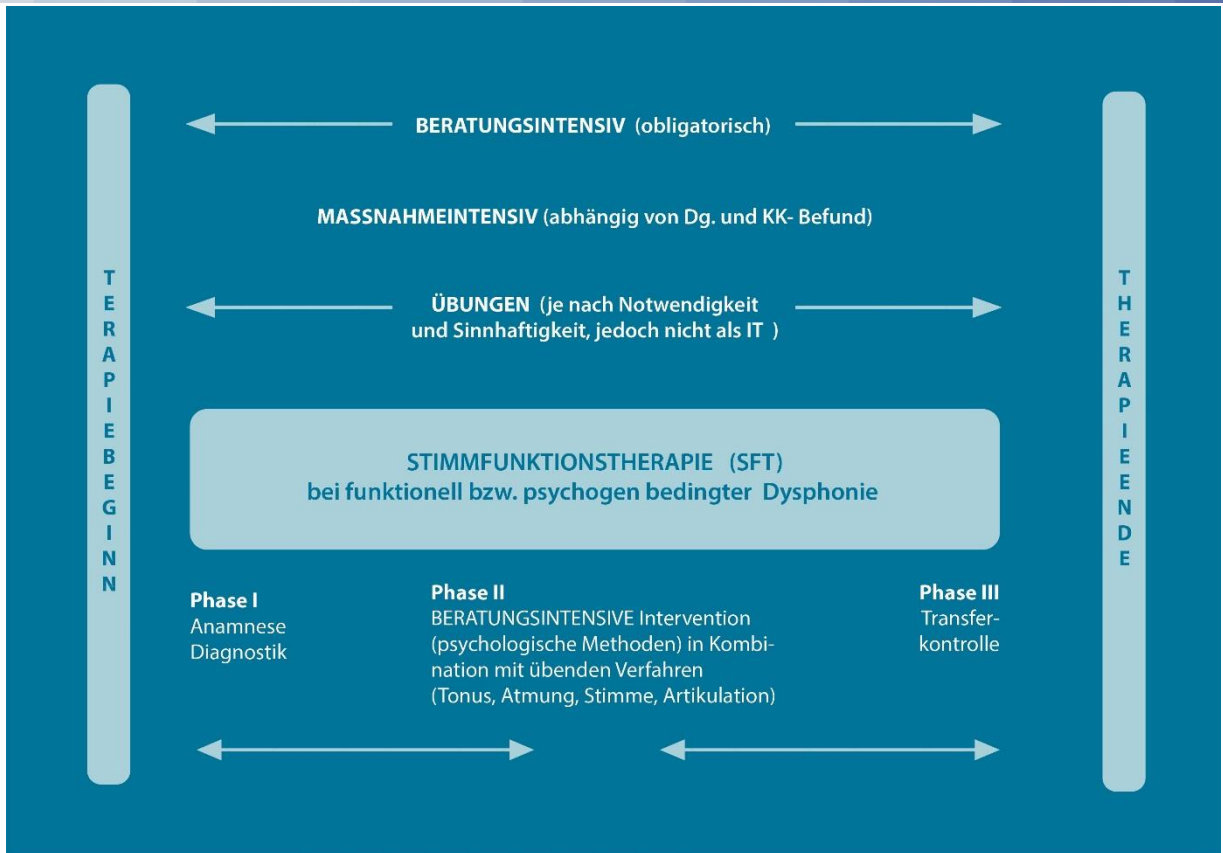


Abbildung 2: Schematischer Überblick über Therapiephasen und -inhalte bei beratungsintensiver SFT für funktionell- bzw. psychogen bedingte Dysphonien

hochproblematische Entwicklung des Überweisungsverhaltens, indem die PatientInnen in den letzten Jahren auffallend häufiger erst in der chronifizierten Erkrankungsphase eine SFT verordnet bekommen. Die Stimme der Betroffenen ist in dieser Phase leider bereits meist irreversibel geschädigt, es folgen lange Phasen der Arbeitsunfähigkeit und schließlich werden die Kosten auf den Rententräger, also gesamtgesellschaftlich, verschoben. Hauptgrund hierfür sei ein zunehmendes Vermeidungsverhalten seitens vieler ÄrztInnen bezüglich der Ausstellung notwendiger Überweisungen aufgrund befürchteter Regressforderungen. Denn die Überweisung zu einer SFT macht für die Überweisenden möglicherweise eine Rückzahlung erforderlich, alle anderen medizinischen Maßnahmen (Krankschreibungen, Medikamente bzw. die gesamte Klaviatur schulmedizinischer Maßnahmen) nicht. Hier deutet sich eine fatale Fehlentwicklung durch falsche Steuerungsanreize und organisierten Mangel seitens der Kostenträger an, die weder den medizinethischen Prinzipien entspricht noch Kosten spart und somit gesamtgesellschaftlich schädliche Auswirkungen hat.

3.2 Einflussgröße-Kostenträger/Krankenkassen

Nicht nur die Regressforderungen an die überweisenden Ärzte wirken sich in der Praxis, wie oben dargestellt, für Patienten, Kranken- und Rentenkassen letztendlich

krankheitsfördernd und kostentreibend aus. Darüber hinaus sind die Frequenz- und Zeitvorgaben in den HMR bezüglich der Forderung nach IT im Sinne beratungsintensiv, wie ebenfalls bereits dargestellt, nicht adäquat. Der prozessuale Charakter des Therapiegeschehens verlangt, anders als in den HMR vorgeschrieben („mindestens zweimal pro Woche für 30 bis 45 Minuten“), dem Wesen der funktionell oder psychogen bedingten Dysphonie entsprechende Vorgaben. Adäquater wären freiere zeitliche Gestaltungsspielräume mit, zumindest anfänglichen, Zeitkorridoren von mindesten 60 Minuten und grobmaschigeren Sitzungen für die Transferphase, was seitens der beratenden Medizinfunktionäre offenbar anders gesehen wird aber deswegen nicht richtig sein muss. Schließlich kann die gesamte Therapie torpediert werden durch die Zuzahlungsregelung für Patienten. Einerseits können somatisierende Patienten sehr schwierige Patienten sein im Sinne von deren Neigung zu einem Abwehrverhalten gegen jedwede Therapie, weil psychologisch gesehen das Symptom auch Schutz bietet („Körperpanzer“/ Reich) gegen z. Zt. unbewusst als nicht lösbar wahrgenommene Konflikte bzw. befürchtete Verletzungen (primärer bzw. sekundärer Leidensgewinn). Somit ist ein „Sich-einlassen“ auf eine nachhaltige SFT manchmal nicht ganz unproblematisch und wird durch die zu fordernde Zuzahlung natürlich nicht günstig beeinflusst.

Andererseits führen, gerade auch in den neuen Bundesländern, nicht selten finanzielle Sorgen, eine bevorstehende Arbeitslosigkeit, der drohende Verlust des Wohnhauses etc. zu manchmal sogar existenziellen psychischen Spannungssituationen, was nicht nur auf die Stimmung sondern auch massiv auf die Stimme schlagen kann. Wenn unter diesen Umständen im Rahmen der SFT das Thema auf die zu leistende Zuzahlung kommt, ist dann i. d. R. mit einem Behandlungsabbruch zu rechnen, dessen Folgen ähnlich wie die einer ausschließlichen Symptombehandlung meist sekundäre Konsequenzen haben wie: Symptomwechsel, Rezidive, Ärzte- und Therapeuten(s)hopping und schließlich die Chronifizierung. Damit liegt, neben dem fachlich und ethisch fragwürdigen Geschehen, eine gesamtgesellschaftlich kostentreibende Situation vor, denn „Ein Patient, dessen Somatisierungsstörung nicht erkannt wird verursacht im stationären Bereich durchschnittlich sechs Mal und im ambulanten Bereich sogar vierzehn Mal höhere Kosten als jene, die durchschnittlich pro Person in der Bevölkerung anfallen.“ (Kollbrunner, 2006a, S. 187). Und auch die diesbezüglich allgemein suboptimale Situation im Gesundheitswesen betreffend äußert sich Wittchen: „Seit mehr als zehn Jahren versuchen wir den Fachleuten, den Politikern und der Öffentlichkeit klarzumachen, wie verbreitet, belastend und kostspielig psychische Störungen sind- vor allem, wenn sie nicht erkannt und behandelt werden.“ (Wittchen, 2013, S. 69)

4. Schlussfolgerungen

Im Bereich der Stimmfunktionstherapie (SFT) müssen, je nach Diagnosestellung, verschiedene Formen der Intensivtherapie (IT) zur Anwendung kommen. Da im, auf Stimmstörungen spezialisierten, ambulanten Praxisalltag vor allem PatientInnen mit der Diagnose funktionell bzw. psychogen bedingte Dysphonie überwiesen werden, welche ätiologisch ähnliche Dynamiken aufweisen, besteht hier vor allem die Forderung nach IT im Sinne beratungsintensiv. Diese Notwendigkeit von ursachenorientiertem therapeutischem Tun spiegelt sich momentan noch nicht ausreichend in den Vorgaben der HMR wieder. Darüber hinaus sind die sekundären Folgen, bedingt durch Regressforderungen an Ärzte und Zuzahlungsverpflichtungen für Patienten, wie dargelegt wurde, für den Bereich SFT letztendlich kostentreibend und bedürfen dringender Änderung.

Damit bestehen jedoch auch Forderungen an die Ausbildung von in der SFT tätigen Therapeuten, indem von diesen neben den medizinischen und übungsorientierten Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten auch die geisteswissenschaftliche bzw. grundsätzlich psychologische Dimension in die SFT einbezogen (Akademisierung), der Anteil der Selbsterfahrung wesentlich ausgedehnt und die „Interdisziplinarität“ gefördert wird (Halling, 2017).

Wenn auch von der Verfasserin in seiner Absolutheit nicht völlig unwidersprochen, soll doch mit folgendem Zitat geendet werden: „Die Kompetenzerweiterung von Phoniater(n) und Logopäden in psychodynamischer, systemischer und letztendlich „psychotherapeutischer“ Richtung ist unumgänglich, wenn man sich der Psycho- und Soziogenität aller funktionellen Dysphonien bewusst ist.“ (Kollbrunner, 2006a, S. 222) Denn: „Wenn sich Phoniater(innen), Logopäd(inn)en und Sprachheilpädagog(inn)en in psychotherapeutischer Richtung weiterbilden, werden sie für über neunzig Prozent ihrer Patient(inn)en mit funktioneller Dysphonie eine adäquate Therapie anbieten können, oft sogar eine bessere, als dies den meisten Psychotherapeut(inn)en möglich wäre.“ (ebd., S. 223)

Literatur

- Aderhold, E. (1998). Sprecherverziehung des Schauspielers. Grundlagen und Methoden. Berlin: Henschel Verlag
- Behrendt, S. (2002). Die psychogene Aphonie vor dem Hintergrund psychotherapeutischer Modelle und Erfahrungen. *Sprache-Stimme-Gehör*, 26, S. 9-13
- Berne, E. (2006). Die Transaktions-Analyse in der Psychotherapie. Eine systematische Individual- und Sozialpsychiatrie. Paderborn: Junfermann
- Beushausen, U. (2013). Stimmtherapeutische Methoden zwischen Tradition und Evidenzbasierung. *Forum Logopädie*, 27, S. 34-39
- Bukowski, O. (2011). Der Heiler. Ein Gespräch mit Oliver Bukowski. Begleitheft zur Uraufführung am Deutschen Theater Berlin. S. 11
- Clausen-Söhngen, M. (1997). Logopädische Stimmtherapie zwischen symptomzentrierter Behandlung und psychologischer Beratung. *Logopädie-interdisziplinär*, 5, S. 252-260
- de Shazer, St. (2008). Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Heidelberg: Auer Verlag
- Dietrich, St. (1995). Atemrhythmus und Psychotherapie. Ein Beitrag zur Geschichte der Psychosomatik und ihrer Therapien. Inaugural-Dissertation. Bonn: Friedrich-Wilhelms-Universität
- Ernst, H. (2011). Erkenne den Feind! Fünf hilfreiche Anti-Stress-Strategien. *Psychologie Heute Compact*, S.65-69
- Fromm, E. (2000). Authentisch leben. Freiburg: Herder Verlag

- Fuchs, M. (1989). Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis einer organismischen Entspannung über den rhythmisierten Atem. Stuttgart: Hippokrates
- Halling, St. (2017). Akademisierung in der Logopädie. Logos, 25, S. 44-50
- Kinzl, J. (1991). Funktionelle Aphonie-Psychosomatische Aspekte. In H.Gundermann (Hrsg.), Die Krankheit der Stimme-die Stimme der Krankheit, (S. 89-95). Stuttgart: Fischer Verlag
- König, K. (1997). Kleine psychoanalytische Charakterkunde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Kollbrunner, J. (2006a). Funktionelle Dysphonien bei Erwachsenen. Ein psychodynamischer Therapieansatz. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag
- Kollbrunner, J. (2006b). Funktionell Dysphonien bei Kindern. Ein psycho- und familiendynamischer Therapieansatz. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag
- Krech, H. (1958). Die kombiniert-psychologische-Übungstherapie. Wiss. Zeitschrift der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Ges.-Sprachwiss. Reihe VIII/3, S. 397-430
- Krech, H. (1960). Einführung in die deutsche Sprechwissenschaft/Sprecherziehung (Lehrbrief). Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften
- Lazarus, A. A. (1995). Praxis der multimodalen Therapie. Tübingen: Dgvt
- Lange, St. (2013). Ich sehe was, was du nicht siehst. Was siehst du, was ich nicht seh'? Systemische Gesprächsführung in der Logopädie. Forum Logopädie, 27, S. 30-34
- Linklater, K. (1997). Die persönliche Stimme entwickeln. Ein ganzheitliches Übungsprogramm zur Befreiung der Stimme. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Mannhard, A. (2001). Mehr oder weniger überflüssig. Forum Logopädie, 15, S.47-48
- Miethe, B. (1993). Zur phonetischen Verständlichkeit und Wirkung Laryngektomierter im Vergleich zwischen Ösophagus- und „Stimmprothesen“-Sprechern. Dissertation. MLU Halle-Wittenberg. Anhang/-Übungsprogramm für Stimmprothesensprecher.
- Möller, H.-J., Laux, G., & Deister, A. (2005). Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme Verlag
- Müller-Braunschweig, H. & N. Stiller. (2010). Körperorientierte Psychotherapie. Methoden-Anwendung-Grundlagen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Münch, G. (2013). Manuelle Stimmtherapie in Praxis und Klinik. Forum Logopädie, 27, S. 24-28
- Petzold H. G. & I. Orth. (2009). Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Bielefeld und Locarno: Edition Sirius
- Pfau, E.-M. & Streubel, H.-G. (Hrsg.). (1982). Die Behandlung der gestörten Sprechstimme-Stimmfunktionstherapie. Leipzig: VEB Thieme Verlag
- Rogers, C. R. (1985). Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart: Klett-Cotta
- Schulz von Thun, F. (2006). Miteinander reden. Störungen und Klärungen. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Verlag
- Schwarz, V. (2001). Betrachtungen zum therapeutischen Standort in der Logopädie. Forum Logopädie, 15, S. 24-29
- Spiecker-Henke, M. (1997). Leitlinien der Stimmtherapie. Stuttgart: Thieme Verlag
- Suttner, J. (1982). Übungsverfahren. In Pfau, E.-M. & Streubel, H.-G. (Hrsg.). Die Behandlung der gestörten Sprechstimme-Stimmfunktionstherapie. Leipzig: VEB Thieme Verlag
- Voß, G. (2010). Die erschöpfte Gesellschaft. Trillium-Report 8(2), S. 85
- Wittchen, H.-U. (2013). Psychische Störungen. Psychologie Heute, 1, S. 69-74
- Whlfart, M. (2001). Was verbindet, was trennt Logopädie und Psychotherapie? Forum Logopädie, 15, S. 7-14
- Yalom, I. D. (2010). Der Panama-Hut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht. München: Random House GmbH