

# GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie"  
und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit  
und dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

04/2010

## Szenische Emotionszentrierte Stimmtherapie

- Integrative Methoden und Aspekte im Rahmen der  
- funktionellen Stimmbehandlung - \*

eingereicht von:

*Ralf Zimmer* \*\*

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit von Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold, Prof. Dr. Waldemar Schuch, MA, Prof. Dr. Johanna Sieper

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

Redaktion: Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Achenbachstrasse 40, 40237 Düsseldorf

e-mail: [Forschung.EAG@t-online.de](mailto:Forschung.EAG@t-online.de)

**Copyrightinweis:** Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

---

\* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: [EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>)

\*\* Ralf Zimmer, Emser Straße 273, 56076 Koblenz, [RalfLyrics@web.de](mailto:RalfLyrics@web.de)

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	3
1. Funktionelle Aspekte des Stimmgebrauchs .....	4
2. Funktionelle Stimmstörungen .....	5
3. Anatomie und Physiologie des Atem- Sprech- und Stimmtraktes.....	7
3.1. Anatomie .....	7
3.2. Allgemeine Funktionen .....	7
3.3. Die Atmung .....	8
3.4. Die Artikulation .....	8
3.5. Die Stimmgebung .....	9
3.5.1. Die Stimmqualität .....	9
3.6. Die zentrale Steuerung .....	12
4. Die Entwicklung der szenisch-emotionalen Stimmfunktion .....	13
5. Suprasegmentale Sprachmerkmale .....	16
6. Pragmatische und semantische Aspekte des stimmlichen Ausdrucksverhaltens .....	17
7. Gefühl, Situation und Stimme .....	19
8. Das Leibkonzept der Integrativen Therapie .....	22
9. Stimme und sinnliche Wahrnehmung .....	24
10. Stimme versus Stimmverhalten .....	25
11. Thymopraktische Emotionsarbeit der Integrativen Therapie .....	25
12. Modifikation für eine szenische, emotionszentrierte Stimmarbeit .....	28
12.1. Spannungsoptimierung und Weitung der Sprechstimme .....	28
12.2. Verstärkung der stimmlichen Selbstwahrnehmung .....	30
12.3. Regulierung ungünstigen Stimmverhaltens über eine Änderung im emotional-situativen Reagieren .....	32
12.4. Identifikations- und Motivationsarbeit zur Stimm- und Verhaltensänderung .....	33
13. Rollen- und Szenentheorie .....	34
14. Behandlungsmodalitäten, therapeutische Tiefungsebene und Regression .....	36
15. Ko-respondenz und Prozessmodell .....	38
16. Leib und Lernen .....	41
17. Therapeutische Kompetenz und Performanz .....	42
18. Anamnese und Befunderhebung/ prozessuale Diagnostik .....	44
19. Zur Pathogenese funktioneller Stimmstörungen .....	47
20. Abschließende Betrachtung .....	49
Zusammenfassung .....	51
Literatur .....	52

Theater ist eine Sache von allen.  
Wir alle haben immer schon gespielt,  
bevor wir vergessen haben, dass wir spielen.

(H. Petzold: Theater oder Das Spiel des Lebens, 1982)

## Vorwort

Die Graduierungsarbeit zum Thema „Szenische Emotionszentrierte Stimmtherapie - Integrative Methoden und Aspekte im Rahmen der funktionellen Stimmbehandlung“ verbindet Erfahrungen und Theorien der stimmtherapeutischen Arbeit mit den Theorien und Methoden der Integrativen Therapie und im Speziellen der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. Es werden einige theoriegeleitete, disziplinübergreifende Aspekte skizziert, welche die „Sprechstimme“ als wesentlichen Bestandteil des „emotionalen, leiblich-relationalen Ausdrucksverhaltens in situativen Kontexten“ beschreiben und die daraus folgenden Konsequenzen für die stimmtherapeutische Praxis aufgezeigt.

Der Behandlungsansatz der Szenischen Emotionszentrierten Stimmtherapie stellt das stimmliche Reagieren in einen ganzheitliche Zusammenhang leiblich-relationalen Geschehens. Er ist in seiner theoretischen Begründung und in seiner Praxis als integrativer Behandlungsansatz zu verstehen, der andere stimmtherapeutischen Verfahren nicht ersetzt, sondern aus seiner „Fokusbildung“ heraus ergänzt oder zumindest zu einer kritischen Überprüfung des eigenen therapeutischen Standpunktes einlädt.

Der Referenzrahmen dieser Arbeit ist das **Verfahren der Integrativen Therapie (IT)**, als **biopsychosozialer Ansatz**, welcher im Sinne eines umfassenden humantherapeutischen Konzeptes, als eine Verbindung aus „Heilkunst, Gesundheitsförderung und Kulturarbeit“ (Petzold 1996), seit Mitte der sechziger Jahre in Theorie und Praxis weiterentwickelt wurde.

Die Ausführungen zu den ersten Kapiteln sind knapp gehalten und versuchen, sich auf das für den Behandlungsansatz einer „Szenisch Emotionszentrierten Stimmtherapie“ Wesentliche zu beschränken. Ihre Inhalte sind an anderer Stelle, in der jeweiligen Fachliteratur schon ausreichend beschrieben. Eine vollständige Darstellung der Theorie der Integrativen Therapie, wie sie im „Tree of Science“ (Petzold 1991)<sup>1</sup> und der Fachliteratur beschrieben wird, ist aufgrund der Komplexität und Menge an dieser Stelle nicht zu leisten.

Die Betrachtung der metatheoretischen und theoretischen Grundlagen angewandter humantherapeutischer Verfahren und deren kritische Überprüfung innerhalb der Praxis, wie sie neben der Psychotherapie u.a. auch in den Bereichen der Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie, Krankenpflege (den klassischen „Heilhilfsberufen“) und in pädagogischen Arbeitsfeldern geleistet werden sollte, gewährleistet letztlich eine **„forschungsgegründete und methodenbewußte Fähigkeit zur Integration“** (Petzold, Heinermann 1991) eines Verfahrens zum Nutzen therapeutischer und pädagogischer Wirksamkeit.

Im Besonderen ist diese Arbeit einer leibgegründeten, intersubjektiv-relationalen und

---

<sup>1</sup> Der „Tree of Science“ mit der Beschreibung der metatheoretischen Grundlagen (Erkenntnistheorie, Anthropologie, Gesellschaftstheorie, usw.), den realexplicativen Theorien (Persönlichkeitstheorie, Entwicklungstheorie, Gesundheits- und Krankheitslehre, usw.) und den praxeologischen Grundlagen (Prozesstheorie, Interventionslehre, Methodenlehre usw.) der Integrativen Therapie kann auch als Strukturgerüst zur Klärung der „eigenen“ theoretischen Grundannahmen, welche wiederum die therapeutischen Handlungsentwürfe und das praktische therapeutische Handeln bestimmen, sowie als Instrument zur Erfassung methodisch-theoretischer Konsistenz humantherapeutischer Verfahren eingesetzt werden.

emanzipatorischen Lebenshaltung verpflichtet, wie der Autor sie während der Ausbildung am Fritz-Perls-Institut in vielen Kontakten mit Ausbildern und Auszubildenden und auch im Studium der „integrativen Literatur“ wiederfinden und in ihrer „heilenden“ Wirksamkeit im eigenen therapeutischen Handeln und „am eigenen Leibe“ erleben durfte.

## 1. Funktionelle Aspekte des Stimmgebrauchs

Die **funktionellen Aspekte der Stimme** betreffen die Spannungsverhältnisse, unter denen Stimme generiert wird. Sie betreffen das Verhältnis des subglottischen Anblasedrucks zur Spannung der Stimmlippen, die Spannungsverhältnissen in Rumpf- und Atemmuskulatur, Hals-, Kiefer- und Zungenmuskulatur, die bei organisch intaktem Atem-Stimmechanismus die klanglichen Eigenschaften der Stimme (neben den organisch bestehenden Größe- und Masseverhältnissen) bestimmen.

Ein hoher Prozentsatz der „nicht gestörten Alltags-Stimmen“, also der „normalen“, „gesunden“ Stimmen, wird aus stimmtherapeutischer Sicht nicht optimal genutzt, und selbst „optimiertes Stimmverhalten“ zeigt wechselnde Klangeigenschaften mit zum Teil erhöhter muskulärer Spannung und reduzierter stimmlicher Effizienz (z.B. beim überspitzten Darstellen von Charaktereigenschaften in höheren oder resonanzarmen gespannteren Stimmlagen). Es scheint so, dass die Stimme sich innerhalb eines situativ-emotionalen Spannungsrahmens in einem steten dynamischen, körperlichen Anpassungsprozess der Person an kontextuellen Gegebenheiten vollzieht und zwischen Bereichen reduzierter und erhöhter Spannung schwankt.

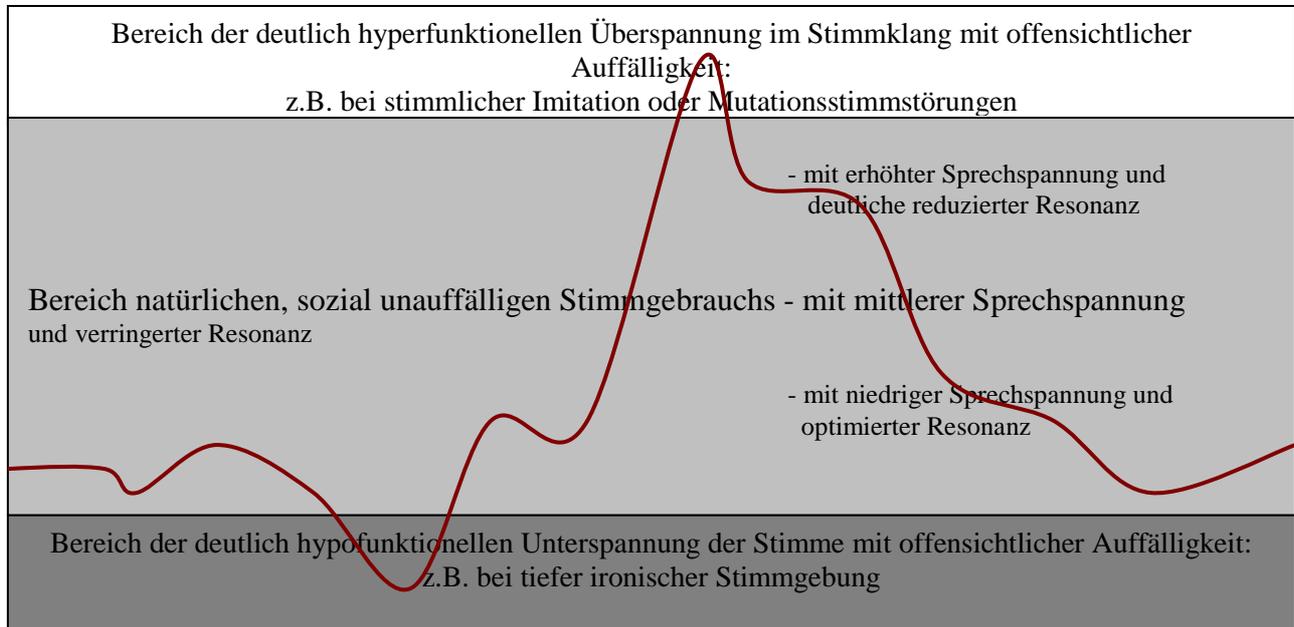


Abb. 1: Mögliche Spannungsbereiche der Sprechstimme im Verlauf

Damit wird auch deutlich, dass es im Bereich der Arbeit an funktionellen Stimmaspekten, um habitualisierte, usogen bedingte Aspekte des Stimmgebrauchs geht, die personenabhängig sind und damit eine hohe Variabilität aufweisen.

Das Ziel stimmtherapeutischer Arbeit im Bereich der funktionellen Stimmtherapie liegt in der dauerhaften **Optimierung des Verhältnisses von Stimmklang und Körperspannung:**

**möglichst resonanzoptimierter Stimmklang bei möglichst optimierter flexibler Aktionsspannung der Atem-, Sprech- und Stimmuskulatur.**

Dabei hängt das Maß der Aktionsspannung immer von dem **intentionalen Gehalt<sup>2</sup>**, der intentionalen Sprecherabsicht und den emotional-situativen Ausdrucksreaktionen einer Person ab:

Was drückt die Person in einem situativen Kontext aus?

Was möchte sie bewirken?

Wie und mit welchen Spannungsverhältnissen drückt sich diese Intention aus?

Unter der Annahme hochautomatisierter, zentralnervös „abgelegter“ Stimmbildungsmuster, sprechen Pahn & Pahn (Pahn & Pahn 2000) von der notwendigen Korrektur sogenannter **Engramme** zur Veränderung muskulär unökonomischen Stimmgebrauchs (vgl. den Begriff der „usogenen Dysphonie“ bei Pahn & Pahn).

Stimmtherapeutische Behandlungsansätze beziehen neben den Bereichen Haltung und Körperspannung, Atmung, Artikulation, Phonation in unterschiedlichem Maße auch die Bereiche der Wahrnehmungsschulung, Intentionalität, stimmlichen und personalen Identifikation mit ein.

## 2. Funktionelle Stimmstörungen

Die **Einteilung von Stimmstörungen** nach ätiologischen Gesichtspunkten unterscheidet im Wesentlichen:

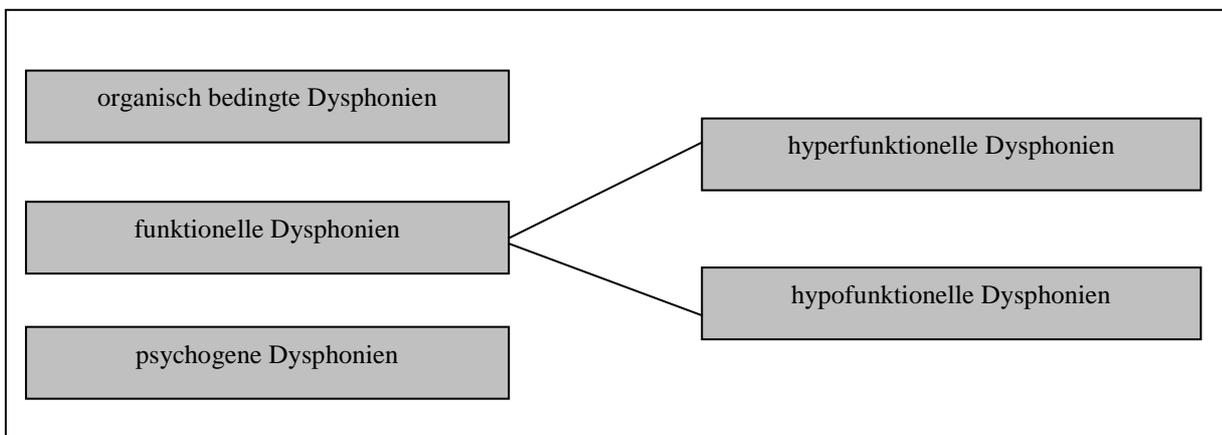


Abb. 2: Ätiologische Einteilung von Stimmstörungen

*„Funktionelle Dysphonien sind Krankheiten der Stimme, die durch eine Störung des Stimmklanges und der stimmlichen Leistungsfähigkeit gekennzeichnet sind, ohne dass sich krankhafte, primär organische Veränderungen am Stimmapparat nachweisen lassen. ....*

*Funktionelle Dysphonien können im Sinne eines "Zuviel" (hyperfunktionelle Dysphonie) oder eines "Zuwenig" (hypofunktionelle Dysphonie) auftreten.*

*Die hyperfunktionelle Dysphonie ist die häufigste Manifestationsform. Dabei werden als subjektive Beschwerden Mißempfindungen und Schmerzen unterschiedlichen Grades im Hals- und Kehlkopfbereich angegeben. Zusätzlich bestehen häufig Räusperzwang, Mundtrockenheit sowie frühzeitige Stimmermüdung. Die Atmung ist im Sinne einer Hochatmung gestört. Die Stimme klingt*

<sup>2</sup> Die auf der Grundlage eines psycho-physiologischen Stimmmodells beschriebene Methode der „Atemrhythmisch angepassten Phonation“ nach Coblenzer/ Muhar (1989) mit dem zentralen Konzept der „Intentionalität“ der Stimmgebung trägt dem Aspekt der situativen Spannungsanpassung von Atmung und Stimme besonders Rechnung.

*rauh, belegt, heiser, gepresst und knarrend. Die Stimmeinsätze sind hart, die mittlere Sprechtonhöhe ist erhöht. Letztlich kann auch eine allgemeine Verspannung (Unterkiefer-, Hals-Nacken-Muskulatur) vorliegen. Typisch für die hyperfunktionelle Dysphonie ist eine muskuläre Kontraktion der Supraglottis bei der Phonation. Bei extremer Hyperfunktion kann es zu einer Annäherung und zum Kontakt der Taschenfalten in der Mittellinie kommen.....*

*Die Symptomatik der hypofunktionellen **Dysphonie** ist gekennzeichnet durch eine leise und behauchte Stimme mit geringer Steigerungsfähigkeit und matter Klangfarbe sowie durch geringen Muskeltonus. Sie entwickelt sich nicht selten aus einer hyperfunktionellen Stimmstörung. Manchmal liegen gleichzeitig hyper- und hypofunktionelle Symptome vor.“ (www.meduni-graz.at)*

Bei näherer Betrachtung der Symptomatik ergibt sich noch eine weitere Differenzierungsmöglichkeit funktioneller Stimmstörungen<sup>3</sup>, welche zwischen primärer und sekundärer Symptomatik unterscheidet:

- hyperfunktionelle Stimmstörungen
- primär hyperfunktionelle Stimmstörung mit sekundär hypofunktioneller Dekompensation
- hypofunktionelle Stimmstörungen
- primär hypofunktionelle Stimmstörung mit hyperfunktioneller Kompensation

Länger andauernde Störungen auf der funktionellen Ebene können Ursache für organische Veränderungen sein und wirken in Form geringerer Stimmbelastbarkeit oder beeinträchtigter Kommunikationsfähigkeit in die psychische Ebene hinein.

Störungen auf der organischen Ebene (Operationen, Stimmlippenlähmungen, Infektionskrankungen,...) können zu anhaltenden funktionellen Fehlanpassungen führen und stellen u.U. eine zusätzliche psychische Beeinträchtigung und Belastung dar. Auch wenn die ursprünglichen organischen Beschwerden schon längst ausgeheilt sind, können funktionelle Dysfunktionen persistieren.

Psychogen bedingte Störungen spielen in das funktionelle Zusammenspiel der am Sprechen beteiligten Organsysteme hinein und können auch hier bahnende und ggf. verstärkende Effekte haben.

Kontextuelle Faktoren beeinflussen im Zusammenspiel salutogener und pathogener Stimulation die Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheit oder die Förderung von Gesundheit. Sie wirken auf die Ebenen des funktionellen, organischen und psychischen Leibgeschehens ein.

Aufgrund der gesamtleiblichen Reaktionsbildung (→Kapitel 8) auf eine stimmliche Störung, und der gegenseitigen Beeinflussung verschiedenster Komponenten in einem multifaktoriell bedingten Geschehen der Krankheitsentwicklung und -aufrechterhaltung, ist eine breite Betrachtung organisch-konstitutioneller, funktioneller, psychogener Störungsanteile in ihrer kontextuellen Einbindung und in ihrer Entwicklung für die Hypothesenbildung und Behandlung bei Dysphonien unerlässlich (→Kapitel 19).

Bei organischen und funktionellen Stimmstörungen ist eine **stimmtherapeutische Einflussnahme auf der funktionellen Ebene** notwendig, um Stimmfunktionen zu optimieren und ein bestmögliches Stimmvermögen zu erreichen. Für den Bereich der psychogen bedingten Dysphonien ist dies zumindest als abgestimmte, flankierende Maßnahme zu erwägen.

---

<sup>3</sup> Zur Kritik an dem Begriff „funktionell“ vgl. u. a. Pahn & Pahn 2000

### **3. Anatomie und Physiologie des Atem-, Sprech- und Stimmtraktes**

#### **3.1 . Anatomie**

Der Atem-, Sprech- und Stimmtrakt setzt sich im Wesentlichen aus folgenden Strukturen zusammen:

1. untere Atemwege: Zwerchfell, Lunge, Trachea (Luftröhre), expiratorisch und inspiratorisch unterstützende Muskulatur
2. Kehlkopf : Larynx mit Zungenbein, Ring-, Stell-, Schildknorpeln und Stimmlippen, innere und äußere Kehlkopfmuskulatur
3. obere Atemwege: Rachen, Nasen- und Mundraum

#### **3.2. allgemeine Funktionen**

Die Aufgaben des Atem-, Sprech- und Stimmtraktes sind:

- Nahrungsaufnahme- und verarbeitung
- Sauerstoffaufnahme/ Kohlendioxydabgabe
- taktil-propriozeptive, olfaktorische, gustatorische Sinneswahrnehmung
- Luftfilterung, -erwärmung- und -anfeuchtung
- Artikulation
- Stimmgebung
- Kommunikation

#### **3.3. Die Atmung**

Das Zwerchfell, als kuppelförmig aufgehängter Muskel, welcher Brust- und Bauchraum voneinander trennt, erzeugt als wichtigster inspiratorischer Muskel in seiner absenkenden, aktiven Bewegung beim Einatmen einen Unterdruck innerhalb der Lunge, welche sich daraufhin mit Luft füllt (Abb. 3). Beim Ausatmen entspannt das Zwerchfell, so dass die Lunge sich aufgrund ihrer eigenen Gewebsspannung wieder zusammenzieht und die Luft mit Hilfe expiratorisch unterstützender Muskulatur aus dem Körper getrieben wird. Synonym zum Begriff der costo-abdominalen Atmung werden auch oft die Begriffe Tief-, Bauch- oder Zwerchfellatmung<sup>4</sup> verwendet.

---

<sup>4</sup> Der Begriff der „physiologischen Sprech- und Ruheatmung“ und mögliche begriffliche Fehlinterpretationen, wie sie z.B. beim Begriff der „Tiefatmung“ oft vorkommen, sollten in der stimmtherapeutischen Behandlung geklärt werden.

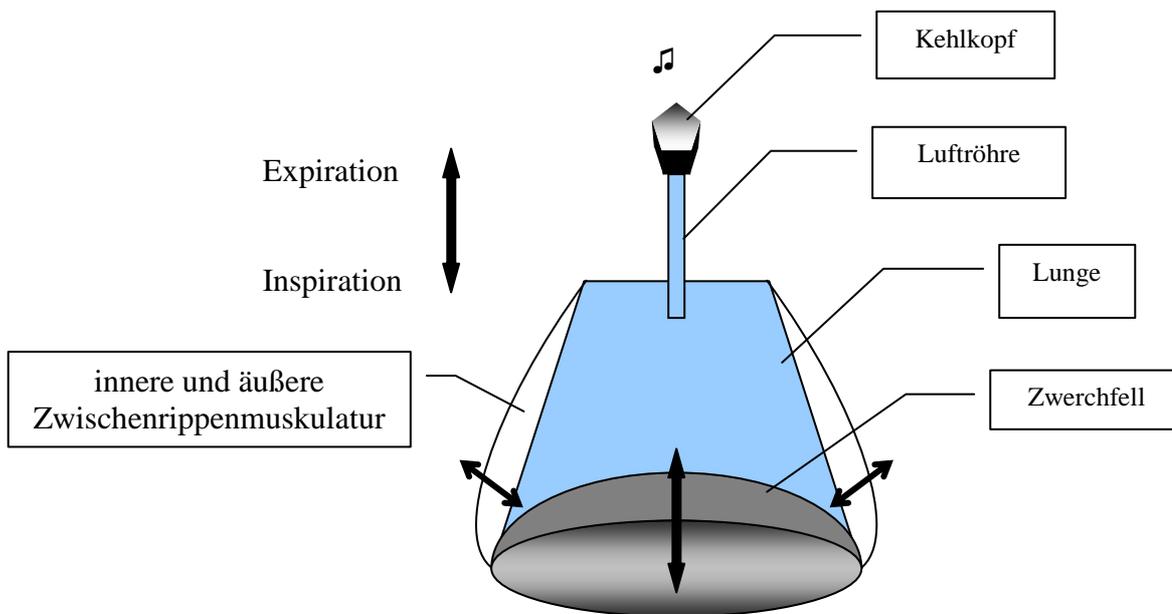


Abb. 3: Schematische Darstellung der Zwerchfellbewegung bei der Inspiration und Expiration

### **3.4. Die Artikulation**

Die Artikulation, sprich die Formung der Sprachlaute und ihre Variation von Artikulationsort (labial, labiodental, alveolar und palatal, velar, uvular und glottal) und Artikulationsart (stimmhaft oder stimmlos, als Vokal, Nasal, Lateral, Frikativ oder Explosiv), sowie die Gestaltung der Lautübergänge geschieht durch die Stellung und Bewegungen von Lippen, Zähnen, Zunge, Kiefer, Gaumensegel, den Stimmlippen und den typischen Geräuschbildungen, welche sich aus den Luftstromanpassungen an die Artikulationsbewegung ergeben.

Innerhalb des Sprechflusses kommt es zu einer wechselseitigen Beeinflussung der Lautbildung in Form veränderter Spannungen und Bewegung der Artikulatoren, welche zu einer minimalen klanglichen Veränderung der Laute führt.

Diese Abhängigkeit der Lautgestalt von ihrer jeweiligen Lautumgebung nennt man Koartikulation. Sie ist auch als ein Hinweis dafür zu betrachten, dass die muskulären Spannungssysteme, der am Sprechen beteiligten Organsysteme in einem funktionalen Zusammenhang und nicht als Einzelkomponenten zu verstehen sind.

### **3.5. Die Stimmgebung**

Der Kehlkopf als Eingang zur Luftröhre hat durch seine Strukturen des Kehldeckels und der Stimmlippen die wesentliche Aufgabe die Lunge vor dem Eindringen von Speisen oder Fremdkörpern zu schützen und Stimme zu generieren (siehe Abb.4). Die Stimmlippen, als auch der gesamte Kehlkopf werden durch das Zusammenspiel interner und externer Kehlkopfmuskeln bewegt und gespannt. Während der Ein- und Ausatmung stehen beide Stimmlippen geöffnet, um Luft passieren zu lassen. Während der stimmgebenden Funktion schließen sich die Stimmlippen zur Mitte hin und werden von der Lunge über die Luftröhre angeblasen und in Schwingung versetzt.

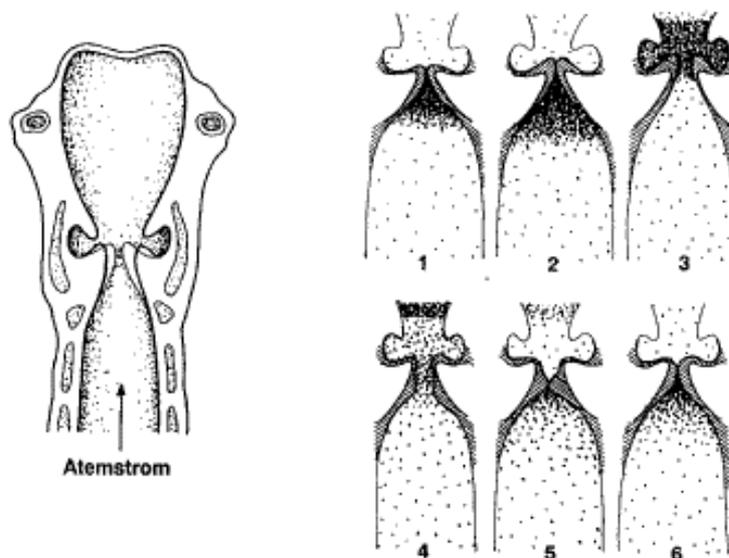


Abb. 4: Darstellung der Stimmlippenschwingung (www.meduni-graz.at )

Die dadurch entstehende Schallwelle, als „periodische Verdichtung und Verdünnung des Ausatemstromes“ (www.meduni-graz.at), bei deren Zustandekommen aerodynamische und myoelastische Kräfte zusammenwirken (myoelastisch-aerodynamische Theorie der Stimmerzeugung) wird im weiteren Verlauf des Ansatzrohres (obere Atemwege) eine akustische Überformung erfahren.

### 3.5.1. Die Stimmqualität

Die wahrnehmbare Stimmqualität (Stimmstärke, Tonhöhe, Klangfarbe, Schwingungskonstanz) ist im Wesentlichen abhängig von:

- den subglottischen Anblasekräften, erzeugt durch die Eigenspannung des Lungengewebes und der expiratorisch unterstützenden Rumpfmuskulatur: sie bestimmen die **Stimmstärke (Lautstärke)**
- den Spannungsverhältnissen der internen und externen Kehlkopfmuskeln und der Stellung des Kehlkopfes in Tief- oder Hochstand: sie bestimmen die **Tonhöhe** des Grundtones
- der Formung der Obertöne in den Resonanzräumen Mund, Nase und Rachen: sie bestimmen die **Klangfarbe** der Stimme
- dem Schwingungsverhalten der Stimmlippen und der Vollständigkeit des Stimmlippenschlusses: sie bestimmen die **Schwingungskonstanz und Klarheit des Stimmklanges**

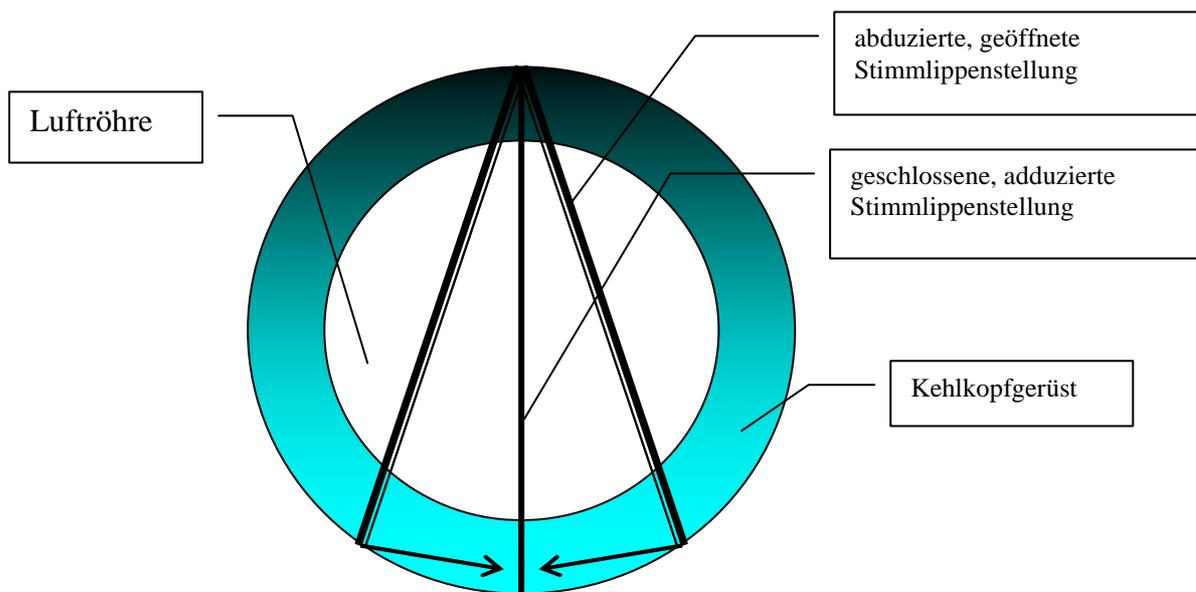


Abb.5: Schematische Darstellung der groben Stimmbandbewegung

Die Schwingungsmöglichkeiten der Stimmlippen<sup>5</sup> und damit letztlich die klanglichen Eigenschaften eines Tones hängen also deutlich von den **zentralnervös regulierten muskulären Spannungen** der am Sprechen und an der Tongebung beteiligten Organsysteme ab.

Dabei muss einerseits die Kraft des subglottischen Anblasedrucks (bedingt durch den muskulären Kraftaufwand von Teilen der Rumpfmuskulatur und der rückstellenden Gewebsspannung des Lungengewebes) an die Spannung der Stimmlippen als aufeinander reagierende und miteinander verbundene Spannungssysteme optimal abgestimmt sein.

Andererseits beeinflussen muskuläre Spannungen der Artikulatoren und des oberen Ansatzrohres die Spannungen und Schwingungsmöglichkeiten auf der Stimmlippenebene.

Die gesamte Körperhaltung und Körperspannung spielen in das Zustandekommen der Stimmlippenschwingung hinein, indem sie u.a. Einfluss auf die Kopfhaltung, Kehlkopfstellung, Zungenspannung und Kieferbeweglichkeit oder die Möglichkeiten der Zwerchfellbewegung und die Regulierung des subglottischen Anblasedrucks nehmen.

Von Bedeutung ist jedoch, dass die oben beschriebenen muskulären Systeme (Rumpf, Atemmuskulatur, Schultern, Kehlkopf, Hals und Mund) neben der mimischen Muskulatur alle auch Teil der körperlichen Ausdrucksmuskulatur sind und damit in ihrem Spannungswechsel nicht nur, aber auch emotionsabhängig reagieren.

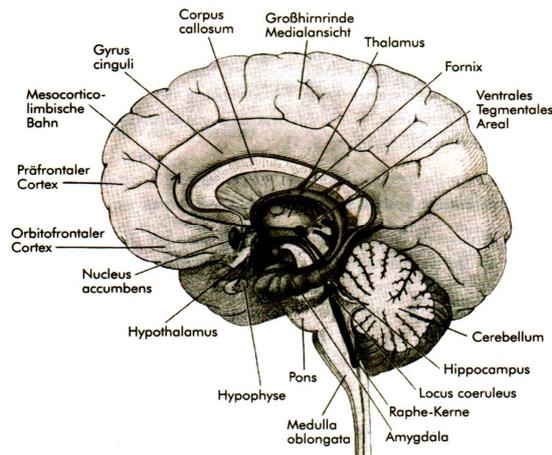
---

5 *Stimmlippenspannung:* zu niedrig ↔ locker gespannt ↔ angespannt, überspannt  
*Schwingungsamplitude:* reduziert weit reduziert

*Schwingungsbreite der Glottis:* ganz ↔ in Teilen

### 3.6. Die zentrale Steuerung

Die Steuerung der Atem-, Sprech- und Stimmorgane erfolgt im Wesentlichen unwillkürlich, zentralnervös aus den **motorischen Zentren** (motorische, prämotorische und supplementärmotor. Hirnrindenareale) im Cortex, dem **Kleinhirn** und dem **Hirnstamm** (Mittelhirn, Brücke und verlängertes Rückenmark) über Anteile der **Nn. Vagus, Glossopharyngeus, Facialis, Trigemini** mit ihren aufsteigend-sensiblen (afferenten) und absteigend-motorischen (efferenten) Bahnen.



*Medianansicht (Längsschnitt entlang der Mittellinie) des menschlichen Gehirns mit den wichtigsten limbischen Zentren. Diese Zentren sind Orte der Entstehung von bewussten Gefühlen (orbitofrontaler Cortex, Gyrius cinguli/anteriöer cingulärer Cortex) und unbewussten positiven (Nucleus accumbens, ventrales tegmentales Areal) und negativen Gefühlen (Amygdala), der Gedächtnisorganisation (Hippocampus), der Aufmerksamkeits- und Bewusstseinssteuerung (Gyrius cinguli, basales Vorderhirn, Thalamus, Locus coeruleus, Raphe-Kerne) und der Kontrolle vegetativer Funktionen (Hypothalamus, Hypophyse). (Nach Spektrum/Scientific American, 1994, verändert.)*

Abb. 6: (aus G. Roth 2007)

In Bezug auf das expressive Vermögen der Stimm-, Sprach- und Sprechfähigkeit spielt auch die rezeptive Funktionsfähigkeit des **peripheren und zentralen Gehörsystems** (Außen-, Mittel- und Innenohr, Ns. Cochlearis, Hörrinde) sowie deren Verschaltung mit dem **sensorischen Sprachzentrum** eine wichtige Rolle.

Eine Verschaltung visueller, auditiver, somatosensorischer Informationen in **cortikalen, cortical- limbischen und subcortical-limbischen Strukturen** ermöglicht es u.a. „auf externe sensorische Reize und auf innere Motivations- und Emotionszustände zu reagieren. ... Der Einschluss des limbischen Cortex ermöglicht die voluntative Kontrolle des stimmlichen Ausdrucks, d.h. die willkürliche Aktivierung oder Hemmung der angeborenen Vokalisationsmuster, bedingtes vokales Lernen und den instrumentellen Gebrauch der Vokalisation.“ (M. Papoušek 2001).

„Das **limbische System** hat ganz unterschiedliche Funktionen, die aber alle am unbewussten Entstehen und der Regulation von körperlichen Bedürfnissen, Affekten und Gefühlen beteiligt sind (vgl. Roth und Dicke, 2005).“ (Roth 2007)

Dazu gehören u.a. Strukturen, wie der **Hypothalamus, das zentrale Höhlengrau, die Hypophyse, der Hippocampus, der Thalamus, die Amygdala, der Gyrius cinguli** und das mesolimbische

## **System.**

Sie *“...sind die Hauptproduzenten von Affekten und negativen und positiven Gefühlen, von psychischen Antrieben, d.h. Motiven. Diese entstehen unbewusst, und wir erleben sie bewusst dadurch, dass diese Zentren Nervenzellfortsätze in die Großhirnrinde schicken und hierüber hinreichend erregen. Ähnlich wie Wahrnehmungen, die unbewusst bleiben, wenn sie die assoziativen Areale der Großhirnrinde nicht lange und intensiv genug erregen, können auch Gefühle unbewusst bleiben ...“* (Roth 2007).

Im **Hirnstamm** kommt es weiterhin zu Verschaltungen des Gehirns mit den Nervenbahnen, welche Informationen zu den Organsystemen des Körpers leiten und auch Informationen aus der „Peripherie des Körpers“ zum Gehirn führen.

## **4. Die Entwicklung der szenisch-emotionalen Stimmfunktion**

Die Entwicklung und Ausdifferenzierung des Sprechens, der Sprache und der Stimme ist abhängig von der Entwicklung und dem Reifungsgrad aller rezeptiven und expressiven Organsysteme des Körpers. Sie gründen auf „artspezifischen Prädispositionen zum Erwerb kommunikativer, sprachlicher, sozial-kognitiver Kompetenzen“ (M. Papoušek 2007), welche zu ihrer Entwicklung auf zwischenleibliche, relationale Interaktion mit dem sozialen und ökologischen Umfeld angewiesen sind.

*„In den frühen Zwiegesprächen zwischen Mutter und Kind sind....die wenig auffälligen, leicht überhörbaren Grundlaute und vokalartigen Laute die ersten stimmlichen Signale, die über die momentane Befindlichkeit des Säuglings Auskunft geben (Papoušek, 1989). Nicht nur die Struktur der Einzellaute, sondern auch der Rhythmus der Lautketten, in dem Tempo und der Regelmäßigkeit der Atmung hörbar werden, hat sich als verlässlicher Indikator der Befindlichkeit erwiesen....“* (M. Papoušek 2001).

*„Angeborene Programme für die artspezifische Wahrnehmung und Bearbeitung sprachlicher Merkmale sind schon beim Neugeborenen in Funktion (Fifer & Moon, 1989). In seinen integrativen Fähigkeiten ist der menschliche Säugling ein Frühentwickler, der zum Erkunden und zum Informationsaustausch mit der Umwelt motiviert ist (Papoušek & Papoušek 1977a, 1984a). Darüber hinaus wird er in einer sozialen Umwelt aufgezogen, die das Auftauchen und Einüben von sprachlich relevanten Fähigkeiten fördert und motiviert ist, ihre Erfahrungen didaktisch wirksam mit ihm zu teilen (Papoušek & Papoušek 1987).“*  
(M. Papoušek 2001)

*„ In den neueren Integrationskonzepten wird die Mutter-Kind-Beziehung als dyadisches System von aufeinander bezogenen Partnern verstanden, die sich in einem dynamischen Prozeß wechselseitiger Anpassung einzeln und gemeinsam entwickeln (Kaue, 1982). Vokalisation und Sprache entwickeln sich ihrerseits in dynamischen Wechselbeziehungen mit der Entwicklung von neuromotorischen, perzeptiven, integrativen, imitativen und kommunikativen Fertigkeiten (Folge & Theken, 1987; Papoušek & Papoušek, 1982, 1989a).“* (M. Papoušek 2001)

Innerhalb der frühen vorsprachlichen Kommunikation werden die Grundsteine für die spätere sprachliche und kognitive Entwicklung im Sinne eines „prozeduralen Einübens sprachrelevanter Fähigkeiten“ (M. Papoušek 2001) gelegt.

Sie schließen die Bildung nichtsprachlicher und nichtbewusster Formen von „Konzeptbildung, transmodaler Integration, Abstraktion und Symbolisieren“ (M. Papoušek 2001) ein.

***Bereiche des prozeduralen Lernens in Kontexten der spontanen vorsprachlichen Kommunikation (nach M. Papoušek 2001):***

### 1. Vorsprachliche Vokalisationsentwicklung

- Kontrollieren von Grundmechanismen der Phonation und Artikulation
  - Spielen und kreatives Erproben des stimmlichen Potentials
    - Kontrollieren kanonischer Silbenfolgen
    - Abwechseln von Zuhören und Vokalisieren
      - Stimmliches Nachahmen
- Intersensorisches Verknüpfen von Lautwahrnehmung und Lautproduktion

### **2. Integrieren von Erfahrungen in den Interaktionsrahmen der vorsprachlichen Kommunikation**

- Vertrautwerden mit dem mütterlichen Verhalten
- Entdecken und Kontrollieren von Kontingenzen im dyadischen Kontext
  - Gemeinsames Ausrichten der Aufmerksamkeit auf die Umwelt
- Integrieren von gemeinsamen Erfahrungen mit Objekten und Handlungen
  - Explorieren, Konzeptualisieren, Symbolisches Repräsentieren
- Gemeinsames Bezugnehmen auf Handlungen, Gegenstände und Personen

### **3. Wahrnehmen und Integrieren des mütterlichen Sprachangebots**

- Ausrichten der Aufmerksamkeit auf die Muttersprache
- Entdecken und Bearbeiten von Strukturellen Einheiten in der sprachlichen Umwelt
- Entdecken von Bedeutungszusammenhängen zwischen Spracheinheit und Interaktionskontext
  - Vorsprachliches Entdecken und Bearbeiten sprachlicher Informationen

### 4. Entwicklung der stimmlichen Kommunikationsfähigkeit

- Instrumenteller Gebrauch von Lauten zum Beeinflussen des Partners
- Kommunikativer Gebrauch von Lauten zum Mitteilen von Gefühlen, Bedürfnissen und Absichten
- Assoziativer Gebrauch von Protowörtern und Wörtern in Bezug auf Handlungen, Gegenstände oder Personen im Kontext
  - Symbolischer Gebrauch von Wörtern zum kontextunabhängigen Benennen von Handlungen, Gegenständen und Personen

Für das Erlernen und Entwickeln sprachlicher Einheiten im Rahmen des neurobiologischen Reifungsprozesses ist das Prozedere des **spielerisch-kreativen Einübens und Automatisierens** im emotional-kommunikativen Kontext im Kontakt mit den Bezugspersonen von größter Bedeutung.

In den „**cycles of interaction**“ zwischen dem Interaktionsverhalten des Säuglings und der „**intuitiven elterlichen Didaktik**“ (Papoušek & Papoušek 1999) spielt die **angeborene Fähigkeit zur Nachahmung** eine wesentliche Rolle.

Die neurobiologische Grundlage hierfür sind die sogenannten Spiegelneurone, „die die für die emotionale Kommunikation und den Spracherwerb wichtigen mimischen, gestischen, artikulatorischen und stimmlichen Verhaltensmuster“ (M. Papoušek 2007) betreffen und als Prädisposition zur Entwicklung der menschlicher Empathiefähigkeit und „sozial-kognitiven Kompetenzen“ (M. Papoušek 2007) gesehen werden.

„Das Zusammenspiel zwischen dem **affektreflektierenden Spiegeln** der kindlichen Ausdrucksreaktionen auf Seiten der Bezugsperson (Gergely u. Watson 1999) und dem **motorischen Mimikry** auf der Seite des Säuglings (Metzloff u. Moore 1988; Field et al. 1992) führt zur Ausdifferenzierung kontextangepasster, emotionsspezifischer **Ausdruckszeichen** und zur Differenzierung der emotionsspezifischen Appraisalmuster.“ (Holodynski 2006)

Diese Ausführungen zeigen, wie eng die interpersonalen Lernprozesse der emotionalen, kognitiven und (ausdrucks-)motorischen Fähigkeiten mit den Lernprozessen der zwischenmenschlichen Regulation verbunden sind. Sie beginnen nicht erst mit der Geburt, sondern spannen sich schon im Mutterleib zwischen rezeptiver Wahrnehmung und expressivem Reagieren, zwischen imitativer und kreativer Exploration auf.

Menschliches Lernen - und d.h. leibliches Lernen - ist primär **relational** und auf den sozialen Kontext angewiesen und in seinen Ursprüngen aus einer grundsätzlichen Bezogenheit zur Umwelt (Merleau Ponty) und zum Mitmenschen (Buber, Marcel, Lewinas) erwachsen (→Kapitel 7 u.15).

## 5. suprasegmentale Sprachmerkmale

Innerhalb der Linguistik spielt neben den (segmentalen) Sprachebenen der Phonetik, Phonematik, Semantik und Syntax (Grammatik) die Stimme bei der Betrachtung suprasegmentaler Sprachmerkmale eine wichtige Rolle.

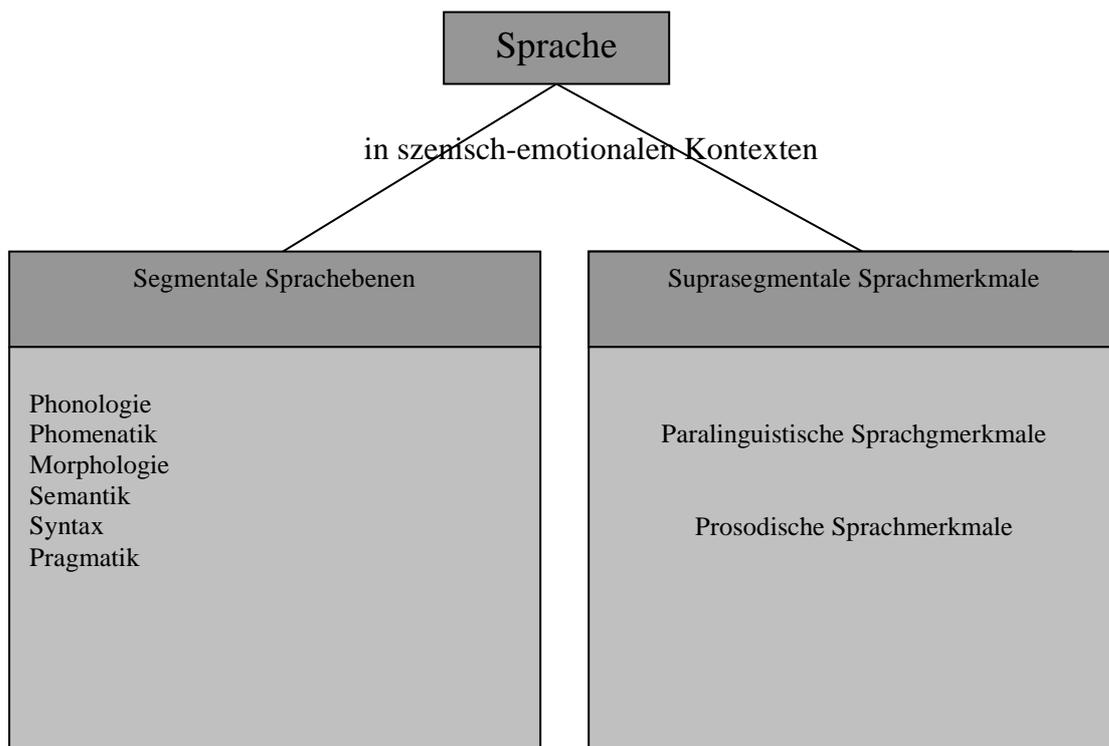


Abb.7: Segmentale Sprachebenen und suprasegmentale Sprachmerkmale

Zu den suprasegmentalen Merkmalen der Sprache gehören:

- a) **paralinguistischen Merkmalen**, wie Klangfarbe (Timbre) und Tonfall (knarrender, rauher, belegter oder heiserer Tonfall bis hin zum Flüstern)
- b) **prosodische Sprachmerkmale**, wie Lautstärke- und Tonhöhenveränderungen, Veränderungen von Sprechtempo, Sprechrhythmus

Neben grammatikalischen, semantisch-textuellen und allgemeinspsychologischen Funktionen, sind sie wesentliche Träger von personalen und emotionalen Informationen (vgl. D. Crystal 1993) mit eigenem Zeichen- und Symbolgehalt.

## 6. Pragmatische und semantische Aspekte des stimmlichen Ausdrucksverhaltens

Die entwicklungspsychologische Ausdifferenzierung von motorischen **Ausdrucksreaktionen** oder **Ausdrucksmustern** (also auch Stimmustern) zu **Ausdruckszeichen** entspricht gleichzeitig einer sehr individuellen Ausdifferenzierung auf der semantischen Bedeutungsebene, auf der Ebene der kognitiven und emotionalen Bewertungen und einer pragmatisch-relationalen Handlungsebene.

Nach Peirce erwächst die **triadische Relationalität eines Ausdruckszeichens** aus den Beziehungen zwischen dem wahrnehmbaren Ausdrucksmuster, dem Referent und Interpretant (vgl. Holodynski 2006):

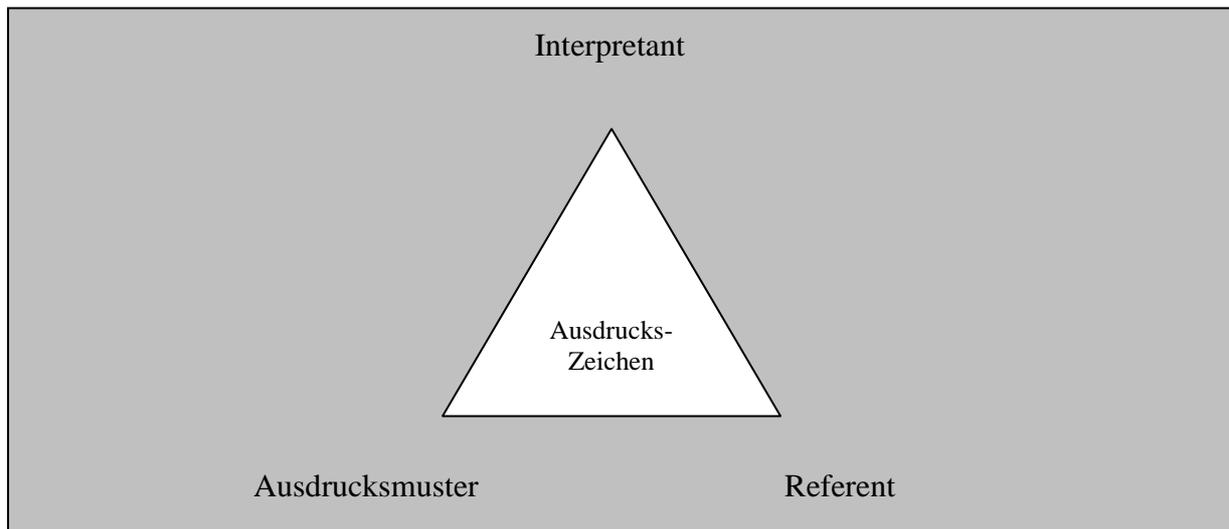


Abb. 8: Triadische Relationalität eines Ausdruckszeichens (in Anlehnung an M. Holodynski, 2006)

Das **Ausdruckszeichen** bezeichnet in unserem Falle einen stimmlichen Ausdruck oder einen stimmlichen Ausdruckskomplex im Rahmen einer komplexen emotionalen Reaktion in situativen Kontexten, welches sich auf

seine **Referenten** bezieht:

- a) ein aktuelles Gefühl, oder
- b) eine aktuelle Handlungsbereitschaft.

Der **Interpretant** ist der Aspekt eines Ausdruckszeichens, welcher

- a) seine **pragmatisch-aktionale Handlungsbedeutung** klärt:  
Welche Handlungsaufforderung und Handlungsbereitschaft beinhaltet die stimmliche Äußerung?
- b) die **semantische Bewertung**, die eine Person sich selbst und ihrer Umwelt gegenüber

hat klärt: Wie bewertet die Person sich und ihre momentane Beziehung zur Umwelt?

In diesem Rahmen stellt der Erwerb und die Verwendung stimmlichen Ausdrucksverhaltens (Tonhöhen- und Lautstärkeregelung der Stimme, Sprechgeschwindigkeit, Länge der Sprechpausen, Tonfall etc.) und sprachlicher Zeichengestaltung (Wortwahl, Satzgestaltung) einen Teil eines komplexen semantisch-pragmatischen, gesamtleiblichen Verhaltens dar, wie es in situativen Kontexten eingeübt und erlernt wird (vgl. Holodynski 2006).

Es sei nochmals erwähnt, dass der Stimmgebrauch als eine **motorischen Reaktion der Ausdrucksmuskulatur, als Reaktion auf einen „inneren (mentalen) und/ oder äußeren (realen)“ Reiz** zu verstehen ist und innerhalb der emotionalen entwicklungspsychologischen Ausdifferenzierungsprozesse an szenisch-situatives, leibliches Erleben (körperlich, emotional, kognitiv, relational und atmosphärisch) gekoppelt ist. Er ist in seinem Entstehen Teil der individuellen Persönlichkeitsentwicklung und zutiefst mit der Ausbildung der eigenen Identität verweben.<sup>6</sup>

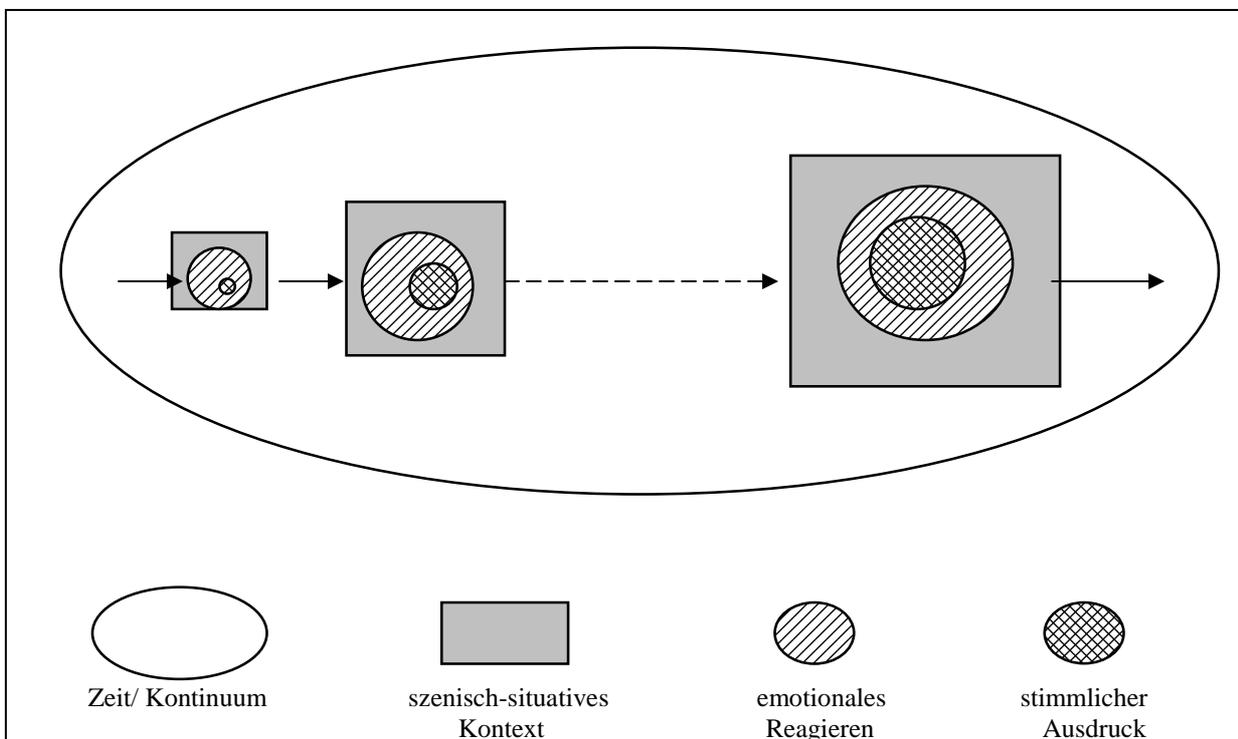


Abb. 9: Entwicklung stimmlichen Ausdrucksverhaltens und stimmlicher Fertigkeiten innerhalb der Entwicklung emotionalen Reagierens in szenisch-situativen Kontexten

<sup>6</sup> „Durch Fremdattributionen (Identifizierung) aus dem Kontext und Selbstattributionen (Identifikationen), der kognitiven Einschätzung (appraisal) und der emotionalen Bewertung (valuation, d.h. Einordnung in biographisch bestimmte Sinnzusammenhänge) von beidem sowie durch Verinnerlichung (Internalisierung, d.h. Speicherung im Gedächtnis - auch Verinnerlichung von aufgenommenen Bildern von Anderen) konstituiert das Ich im kommunikativen Kontext und im Kontinuum des Lebens Selbstbilder (Selbtschemata, Autoskripts, Selbstkonzepte). Diese bilden insgesamt vermittels eines Synergieeffektes eine hinlängliche Einheitlichkeit/ Konsistenz/ Unizität, gewährleisten zugleich aber auch eine Plurizität, eine Vielfalt der Person. Sie kann auf dieser Grundlage eine polyvalente, vielfacettige - und durch Ko-respondenz und durch Akte der Metareflection - emanzipierte Identität als Dimension des Selbst ausbilden. Das wird damit ein „flüssiges Selbst“, ein „Selbst im Prozeß“, in dem auch nicht integrierbare, inkonsistente Momente eine Stimme haben können und das damit Freiheitsgrade gegenüber gesellschaftlichen Zwängen gewinnen kann, ein polylogisches, emanzipiertes Selbst wird, das über persönliche „Souveränität“ verfügt (Petzold, Orth 1998) und als Eines und Vielheit gesehen werden kann (Petzold 2001p).“ (Petzold 2003)

## 7. Gefühl, Situation und Stimme

Das Emotionskonzept der Integrativen Therapie betrachtet **Emotionen** als „komplexe, das ganze Leibsobjekt in seinem soziophysikalischen und soziokulturellen Kontext ergreifende Prozesse, **Thymosregungen**, die mit variierender Intensität, Tönung und Bewußtheit als **Affekte, Gefühl, Passion, Stimmung, Grundstimmung oder Lebensgefühl** vom 'Selbst' eigenleiblich gespürt und vom 'Ich' bewusst erlebt werden. Sie sind komplexe **Synergeme** von spezifischen physiologischen (neuronalen, endokrinen, kardio-vasculären, muskulären, respiratorischen) Erregungsmustern, von subjektiven Erlebnisweisen, kognitiven Bewertungen und Benennungen, sozial-kommunikativen Orientierungen und – daraus folgend – von charakteristischem Expressionsverhalten in Mimik, Gestik, Haltung und Bewegung. Sie kommen auf als Resonanz auf Einflüsse der aktuellen **Umwelt** (Stimulierung) oder als autochthone Impulse der aktuellen **Innenwelt** (Motivation, Antriebe, Erinnerungen, Phantasien).“ (Petzold 2003)

Durch soziokulturelle Überformungsprozesse kommt es innerhalb der Emotionsentwicklung zur Ausbildung 'persönlicher emotionaler Stile' und 'Lebensgefühle', in die sich übergreifende gesellschaftliche Tönungen emotional-kultureller Art (Zeitgeist) einweben.

*„**Emotionen** haben für das Individuum eine motivierende, orientierende, wertende und sinnstiftende Funktion in Hinblick auf seinen Bezug zur Umwelt und für die Umwelt eine orientierende und Bewertung ermöglichende Funktion im Hinblick auf den inneren Zustand eines Individuums. Als qualitative Komponente von Kommunikation umgeben **Emotionen** das Leib-Selbst durch die von ihm ausgehenden, subliminal und supraliminal wahrnehmbaren, multiplen Signale (emotiones) als **Atmosphären**, womit sich aufgrund der ausgelösten Resonanzen ein „**emotionales Feld**“ aufbaut. Dieses kann durch 'Ansteckungseffekte' Gruppen und größere Kollektive erfassen, wodurch in Rückwirkungseffekten wiederum das subjektive Gefühl als körperlich-seelisch-geistige Synergie (Thymos) beeinflusst wird.“ (Petzold 2003)*

In ihrer **interpersonalen** und **intrapersonalen Funktion** zur Regulierung innerer Bedürfnislagen betreffen **Emotionen als Synergem leiblicher Reaktionen in Kontexten** im wesentlichen vier funktional zusammenspielende Subsystemen (vgl. Holodynski 2006; Petzold 2003):

- das physiologische Körperregulationssystem (betrifft z.B. die endokrinologischen, neuronalen, kardio-vasculären Reaktionen)
- das affektive System (betrifft die emotionale Reaktion und emotionale Bewertung/ valuation)
- das kognitive System (betrifft die begrifflich-abstrahierende Reaktion und die kognitive Bewertung/ appraisal)
- das behavioral-motorische System (betrifft das motorische Reagieren, wie Körperhaltung und -bewegung, Mimik und Stimmgebung, situatives Verhalten)

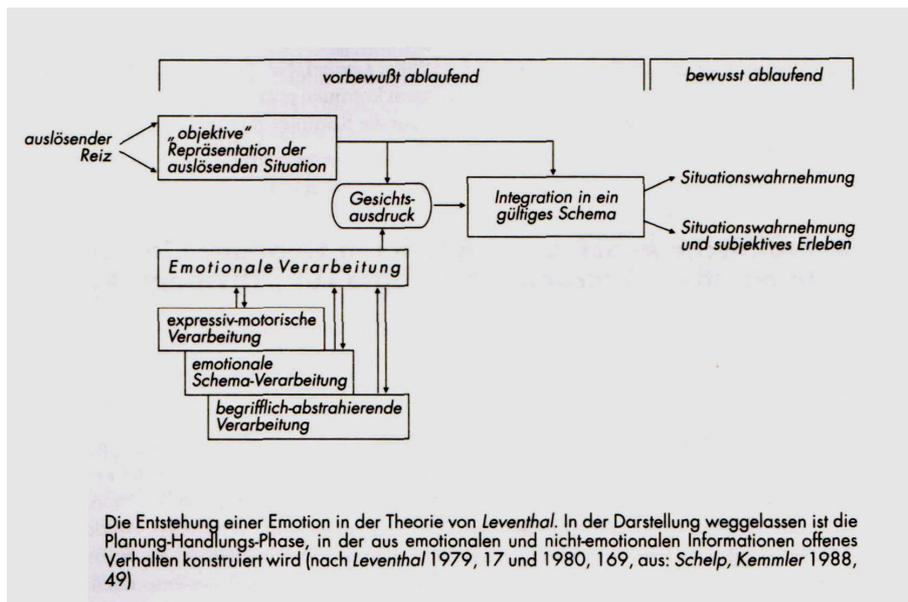


Abb. 10: aus Holodynski 2006

Die **Stimme als Teil des menschlichen Ausdrucksverhaltens** reagiert wie auch Mimik, Gestik und Körperhaltung (Gesichts- und Körpermuskulatur) auf bewusste und unbewusste **emotionale Veränderungen**.

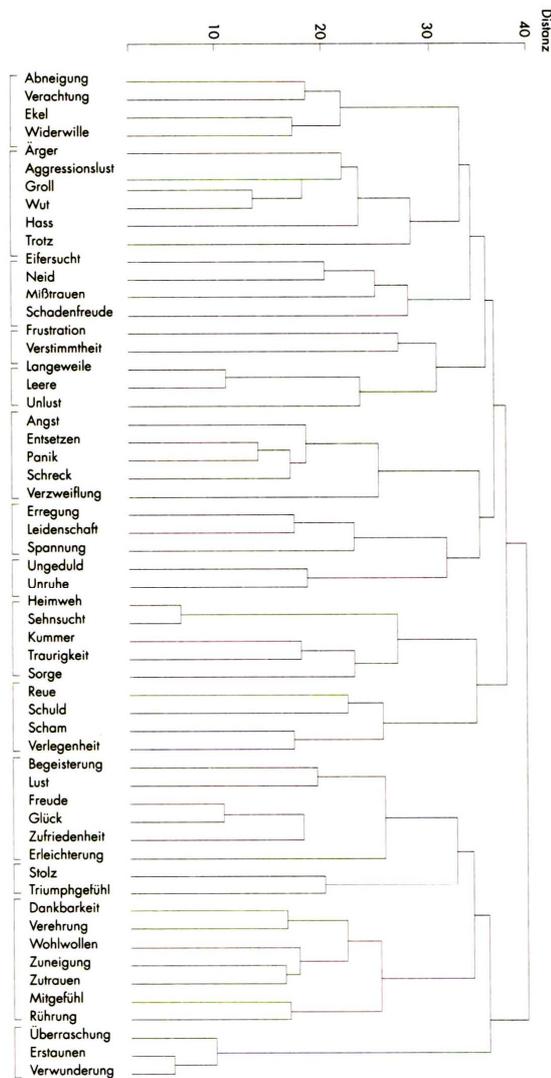
**Innerhalb situativer Kontexte ist ein steter Wechsel der sogenannten Hintergrundemotionen** (vgl. Damasio 1999) bemerkbar, welche sich neben mimischen Veränderungen, Handlungsveränderungen auch in Veränderungen von Sprechatmung, Lautstärke, Tonhöhe, Resonanz, Sprechgeschwindigkeit und Intonation bemerkbar machen.

Dieses nur zum Teil bewusste Reagieren resultiert letzten Endes aus den emotionalen (valuations), kognitiven (appraisals), bewussten und unbewussten Bewertungen, welche sich aus dem komplexen Zusammenspiel individueller (Lern-)Erfahrungen eines Menschen über die Lebenszeit<sup>7</sup>, seinen Erwartungen (Prospektionen), sowie dem Aufforderungscharakter (Lewin) und den Handlungsmöglichkeiten (Gibson) der jeweiligen Situationen ergeben.

In der Analyse von Alltagsgesprächen oder improvisierten Rollenspielen wird deutlich, wie schnell der Wechsel von Hintergrundemotionen vonstatten gehen kann. So zeigt sich im Ausdrucksverhalten einer Person vielleicht zuerst Freude und Überschwang (Ich begegne unerwartet einem alten Freund.), welche alsbald umschlagen in eine eher nachdenklich-zögernde Haltung (Er erzählt mir von seiner Scheidung. Ich reagiere etwas vorsichtig, um zu signalisieren, dass ich die Situation als schwierig einschätze.), welche dann wieder umschlägt in eine zustimmend-überraschte Haltung (Er erzählt, dass er seit einem Jahr eine neue Bekanntschaft hat, mit der er sehr glücklich ist. Ich reagiere darauf emotional erleichtert, da ich mich keinen Anforderungen, in Sinne von Rücksichtnahme, Zurückhaltung etc... ausgesetzt sehe).

Folgende Auflistung soll nur einen Eindruck geben von der Vielfalt und der Differenziertheit von **emotionalen Haltungen** unter denen wir kommunizieren:

<sup>7</sup> vgl. die Theorie zur Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung in der Integrativen Therapie



Clusteranalytisch ermittelte *Bewertungsemotionen*, Emotionsbegriffe nach Schmidt-Alzert und Ströhm (1983, 135)

Abb. 11: aus Petzold 2003

In oft kleinen Nuancen zeigen sich auf solch emotionale Veränderungen auch Veränderungen in der Stimmführung (Tonhöhe, Sprechgeschwindigkeit, Stimmklang und Sprechatmung). Eine Äußerung wie, „Sollen wir vielleicht morgen ins Kino gehen?“ kann sich in unterschiedlichen situativen Kontexten sehr unterschiedlich anhören, und der Sprecher wird sie auch in unterschiedlichen Haltungen mit unterschiedlicher **innerer Haltung** und Intention präsentieren.

Spricht die Person den Satz tröstend, ungeduldig, freudig-überrascht, euphorisch oder gar erschöpft, so wird dies zu hören, zu sehen und atmosphärisch zu spüren sein und entsprechend das Regieren des Angesprochenen beeinflussen.

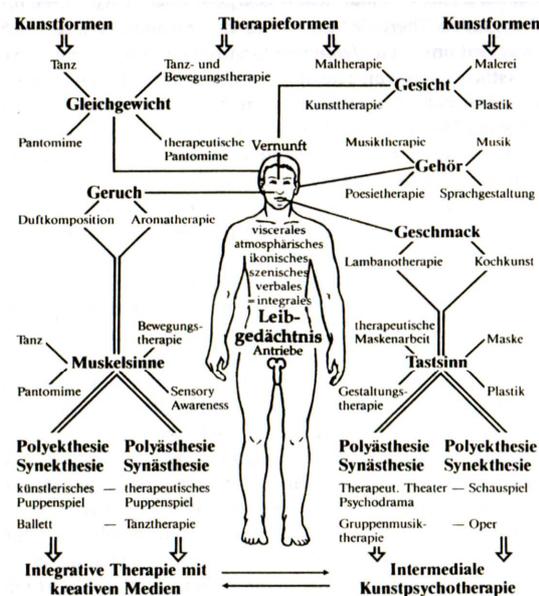
Es wird deutlich, das Sprache und Sprechen **Handlungsaspekte, aktional-pragmatische Aspekte** besitzen und im Rahmen eines relationalen Geschehens stattfinden. Sprache in situativen Kontexten hat nicht nur **informelle Aspekte**, sondern ist oft Handlung; spricht einen Appell aus, soll anfordern, bewegen, motivieren, beruhigen, umwerben, verletzen, aufstacheln, nachdenklich stimmen, auf Abstand halten, Vorsicht anzeigen etc.. In kommunikativen Kontexten sind wir Bewegte und Bewegender; und dies mit unserem gesamtenleiblichen Ausdrucksvermögen.

Stimme als Informationsträger personeller Botschaften ist als Teil des **kontextgebundenen gesamtleiblichen Ausdrucks** in ihrer **klanglichen und atmosphärischen Wirkung** wahrnehmbar. Im Fokus gemeinsamer Betrachtung wird sie dadurch interpretierbar und in diesem Sinne therapeutisch „greifbar“ (→ Kapitel 18).

## 8. Das Leibkonzept der IT

Nach der **anthropologischen Grundformel** der integrativen Therapie ist der Mensch, Mann und Frau, ein „**Körper-Seele-Geist-Wesen in einem sozialen und ökologischen Umfeld**“ und damit „**Leib-Subjekt in der Lebenswelt**“ (Petzold 1988). Er ist grundsätzlich bezogen auf seine Umwelt (Merleau Ponty) und seine Mitmenschen (Gabriel Marcel).

Im Leib verschränken sich **materielle und transmaterielle Wirklichkeit**. Auf der Grundlage **sinnlicher Wahrnehmung** bildet der Leib **in situativen Kontexten** über seine Lebenszeit (im Kontinuum) interne Vorstellungen von sich und seiner Lebenswelt ( im sozialen, historischen und ökologischen Kontext). Er wird zum **informierten Leib**.



Das Leib-Subjekt als „totales Sinnes- und Handlungsorgan“ – perzeptiver, memorativer, reflexiver und expressiver Leib. – Der Intermediale Ansatz der Integrativen Therapie und seine Grundlagen in Monästhesien, Polyästhesie und Synästhesie (nach: Petzold 1975, 7)

Abb. 12: aus Petzold 2003

In ihm haben sich individuelle **Erfahrungen über die Lebensspanne** hin eingeschrieben, „incarniert“ (Merleau Ponty) und drücken sich letztendlich über ihn aus. Zudem drücken sich auch die über die individuellen Bezugssysteme erworbenen **kollektiven Bewertungsschemen** über den Leib aus und bestimmen das Denken, Handeln, Fühlen und Wollen des Leibsubjektes (Foucauld).

Die **Fähigkeiten des Wahrnehmens, Memorierens, Fühlens und Handelns** erwachsen im **Kontinuum** des Zeitraumes aus dem (onto-)genetischen Entwicklungsprogrammen des Körpers in Bezogenheit auf die Umwelt, aus einem **ko-kreativen Agieren** mit seinem sozialen und ökologischen **Kontext**.

Aus dem **Leib-Subjekt als „totalem Sinnes- und Handlungsorgan“** (Abb.12) mit seinen perzeptiven, memorativen, reflexiven und expressiven Vermögen erwächst die Fähigkeit zu polyästhetischer Synästhesie und polyekthetischer Synekthesie, einem **ganzheitlich** leiblichen Wahrnehmungs- und Ausdrucksvermögen.

Auf der Basis einer gemeinsamen theoretischen und metatheoretischen Grundlage hat die Integrative Therapie unterschiedliche methodische Ansätze<sup>8</sup> ausgearbeitet, die auf die entsprechenden perzeptiven und expressiven Möglichkeiten des Menschen gerichtet sind. Dadurch ergibt sich eine methodische Vielfalt in der „Wege zum Menschen“(Petzold 1984a) gefunden und begangen werden können und in deren gegenseitiger Ergänzung (z.B. in Form intermedialer Quergänge in der Arbeit mit kreativen Medien) die Möglichkeit einer steten Anreicherung transmodaler Lernprozesse liegt.

## **9. Stimme und sinnliche Wahrnehmung**

Wenn wir einem Menschen begegnen, nehmen wir ihn (und gleichzeitig uns selbst) auf vielerlei Arten wahr. Wir nehmen sein Gesicht, seine Statur und Haltung, seine Art sich zu Bewegen, die Art und Weise, wie er sich anfühlt, wenn wir ihm die Hand geben oder ihn umarmen, seinen Geruch und seine Kleidung wahr, und nicht zuletzt hören und sehen wir ihn sprechen.

Wir nehmen ihn in seiner Fähigkeit zum sprachlichen Ausdruck wahr. Hier spielen Aussprache, Wortwahl und grammatikalische Satzgestaltung (linguistische Sprachkompetenzen), als auch sprachpragmatische Aspekte (intentionale Funktion von sprachlichen Einheiten in Kontexten) eine Rolle. Prosodische Sprachmerkmale, wie Sprechgeschwindigkeit, Intonation, Akzent, Sprechrhythmus, Tonhöhenverlauf, Einteilung der Sprechphrasen fließen ebenso in den Kanon unserer multimodalen leiblichen Wahrnehmung ein.

Im Prozess einer ganzheitlichen, leibgegründeten Wahrnehmung, in der auch atmosphärische Aspekte<sup>9</sup> (Schmitz 1985) zum Tragen kommen, kommen wir zu einer vorübergehenden Einschätzung von Situation und Person. Wir fühlen uns auf „irgendeine“ Weise angesprochen, bewerten und reagieren.

Eine Person wird u.U. in ihrem Sprechen als beruhigend, nervös, gereizt, ängstlich, angenehm, unangenehm, grob, aufgekratzt, empfindlich, sensibel usw. wahrgenommen. Eine Stimme wird vom Hörer u.U. als angenehm, unangenehm, warm, angestrengt, dünn, voll, laut, stark, mächtig, schwach, beruhigend, rau, heiser, verraucht, versoffen, wundervoll, nervend, sanft, einschläfernd, betörend usw. wahrgenommen.

Trotz dieser Variationsbreite erkennen wir eine Stimme in unterschiedlichen Umgebungen und in

---

<sup>8</sup> Die methodischen Zugänge der IT umfassen neben der Integrativen Psychotherapie die Methoden der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie, Integrativen Kunsttherapie und Therapie mit kreativen Medien, der Integrativen Musiktherapie, Integrative Tanztherapie, Integrative Poesie- und Bibliothherapie und Integrative Dramatherapie.

<sup>9</sup> Hermann Schmitz beschreibt in seinem leibphilosophischen Konzept Gefühle als „räumlich ortlos ergossene, leiblich ergreifende Atmosphären“ (Schmitz 2007). Sie sind in „affektiver Betroffenheit“ leiblich spürbar und Grundlage „leiblicher Dialogfähigkeit“ (Schmitz 1985) und leibbezogener Tiefenhermeneutik (Petzold 2003).

unterschiedlichen Situationen wieder. Die Stimme ist Ausdruck einer Person, Persönlichkeitsmerkmal und Teil unserer Identität. Sie ist in ihrer Verwendung zu der „uns eigenen“ „incarnierten“ Stimme geworden, ebenso, wie die Sprache zu der „uns eigenen“ Sprache wurde.

Nehmen wir eine Person wahr, so nehmen wir ihren Ausdruck wahr, der sich nicht alleine nur auf Stimme reduzieren lässt. Die Fähigkeit des Leibsubjekts zu einem ganzheitlichen polyekthetischen Ausdruck (→ Kapitel 7), der in seiner Gesamtheit ein sich stets neu bildendes Symbol für die körperlich-geistig-seelische Gefasstheit, des Sich-Befindens-im-Kontext/ Kontinuum und seines Strebens darstellt, verlangt nach einer ganzheitlichen leiblichen Wahrnehmungsfähigkeit, will man eine Person in ihrem Reagieren deuten und verstehen.

## 10. Stimme versus Stimmverhalten

Betrachtet man „Stimme“ mit all ihren oben genannten Aspekten wird deutlich, dass es sich hier weniger um ein reines Klangphänomen, sondern vielmehr um ein **komplexes Reiz-Reaktionsgefüge (Synergem) im Sinne eines „emotionalen Stimmverhaltens in situativen Kontexten“** handelt, zu dessen Betrachtung sowohl paralinguistische, prosodische, emotional-situative, d.h. also auch leiblich-atmosphärische und kontextuelle Aspekte berücksichtigt werden müssen.

Die meisten stimmtherapeutischen Schulen tragen diesem Aspekt nur in unzureichendem Maße Rechnung<sup>10</sup>. Therapieansätze, welche den Zusammenhang zwischen „Stimme und Stimmung“ nur im Ansatz erläutern bleiben in ihrer konzeptuellen Begründung und Erklärung in Bezug auf leiblich-emotionale und situativ-pragmatische Aspekte in Befundung (→Kapitel 18) und Behandlung (→Kapitel 12) von Stimmstörungen weitestgehend undifferenziert und vage. Gerade diese Aspekte sind es jedoch, welche in Bezug auf Transfer und Generalisierung eines optimierten Stimm- und Sprechverhaltens wesentlich sind.

**Das Beüben** einzelner Stimmfunktionen (Übungen zur Muskelkräftigung, Muskelentspannung, Übungen zur Verbesserung der Atem-Stimm-Koordination, zum Haltungsaufbau, zur Verbesserung von Artikulation, zur Verbesserung von Resonanz und stimmlicher Selbstwahrnehmung etc.) hat einen hohen und unverzichtbaren Stellenwert in der Behandlung von Stimmstörungen. In Bezug auf eine ganzheitliche Wahrnehmung des Stimmverhaltens und dessen Veränderung, müssen jedoch **Übungsformen** gefunden werden, welche die Prozesse des emotionalen (und damit leiblichen) Reagierens in ihrer Abhängigkeit von wechselnden situativen Kontexten begreifbar und für den Patienten anschaulich machen.

Erst mit der Fähigkeit sein individuelles emotionales (Leib-)Reagieren genauer und bewusster zu erfassen, ist der Patient in der Lage sein Verhalten und damit sein Stimmverhalten in „stimmiger“ Weise und aus selbst erworbener Kompetenz heraus zu verändern.

---

<sup>10</sup> Das aus integrativer Sicht bisher umfassendste und damit in seiner theoretischen Ausarbeitung ganzheitlichste Behandlungskonzept ist das der „interaktionalen und integrativen Stimmtherapie (KIIST)“ (Spieker-Henke 1997).

## 11. Thymopraktische Emotionsarbeit der IT

Die von H. G. Petzold in den sechziger Jahren auf den Grundlagen des „Therapeutischen Theaters“ von V.N. Iljine, theaterpädagogischer und dramatherapeutischer Methoden und experimental-psychologischer Ansätze (Moreno, Stanislavskij, Bloch, Clynes, Wolfsohn etc.) entwickelte Thymopraktik ist ein Verfahren zum systematischen Training von Affekten.

*„Thymopraktik ist die **Praktik**, mit dem **thymos**, mit Regungen und Empfindungen des Leibes umzugehen, mit den dazugehörigen Emotionen, Stimmungen, Gedanken, Bewertungen, Volitionen, Phantasien und Erinnerungen in ihrer Bezogenheit auf Atmosphären, Szenen, Ereignisse, Menschen, soziale Zusammenhänge. Thymopraktik ist in diesem Sinne ganz eigentlich beziehungsorientierte, „leibgegründete Emotionsarbeit“ in Kontext und Kontinuum und zielt auf den differenzierten Umgang mit Leibregungen, Empfindungen, Gefühlen, Stimmungen und den zugehörigen Kognitionen und Verhaltensweisen.“ (Petzold 1970).*

Dieses **Affekt-Training**, wie es in der Praxis der integrativen Therapie im Rahmen psychotherapeutischer Behandlung durchgeführt wird umfasst vier Schritte:

*„**Konstellierung** (constellating): Der Therapeut bereitet das Gefühlsexperiment mit dem Klienten vor. Er entscheidet, ob er als Imitationsmodell den Affekt darstellt, um den Klienten zu „affizieren“, ob er ko-affizierend die Entwicklung des emotionalen Geschehens beim Klienten begleitet, ihn das eine Mal voranschreiten lässt, ihm ein anderes Mal einen Schritt vorausgeht und dabei stets das Phänomen „wechselseitiger Ansteckung“ nutzt - was unser Affekt-Training für die Arbeit mit Gruppen hervorragend geeignet macht - oder ob er in die „korrespondierende emotionale Position“ geht und von dieser her affiziert, z.B. für die Furcht in die Position Bedrohung, für Ärger in die Position provozierender Herausforderung usw. Hier ist für die Arbeit mit dem Patienten Vorsicht, Sorgfalt und ein Überprüfen der Übertragungs-Gegenübertragungssituation angesagt. Zuweilen verhält sich der Therapeut auch neutral instruierend, zuweilen wechselt er in den verschiedenen Möglichkeiten. Niemals verfährt er mechanisch und ohne Berücksichtigung des aktuellen und biographischen Kontextes.*

***Einstimmung** (induction): Die für das Gefühl charakteristische Körper- und Kopfhaltung wird eingenommen (z.B. Wut: Kopf und Rumpf vorwärts gerichtet), das Atemmuster wird eingestellt (wiederum Wut: scharf, heftig ansteigend) die Mimik wird „aufgesetzt“ (aufeinandergepresste Lippen, durchdringender Blick, gerunzelte Brauen). Diese Muster werden intensiviert. Die Therapeutin geht dabei mit, manchmal eine Spur voraus, ermutigt, verstärkt, ist Modell. Häufig kommen bei dieser Arbeit biographische Ereignisse auf, werden „alte Szenen“ evoziert. Derartige „szenische Evokationen“ müssen zuweilen durchgearbeitet werden, läßt man aber oft auch einfach abklingen, bei einer Übung können sie in der Intensität dosiert werden oder über eine Umstimmung verändert bzw. zu anderen Szenen geführt werden.*

***Feinstimmung** (dosing): Mit Anleitung bzw. durch Vorgabe des Therapeuten wird die Intensität gewechselt: z.B. von der „Verstimmung“ zur leichten Verärgerung, zum Ärger, zu Zorn und Wut erfolgt eine Feinstimmung. Die Atemintensität und -frequenz wird gesteigert und gebremst. In der Stimmarbeit werden die „leiblichen Resonanzräume“ des Gefühls ausgetestet: z.B. hilflose Wut → Preßatmung, Ton im Kopf; gebremste Wut → Pressatmung, Ton in der Kehle, schmerzende Stimmbänder; feuerrote Wut → freie Atmung, Ton oberer Brustraum, Stimme frei; existentielle Wut → Ton unterer Brustraum und Bauch, Atmung frei und tief im Abdomen, Stimme tief und frei.*

***Ausstimmung** (distancing): Auf Anweisung wird das Gefühl zurückgenommen. „lockern, dehnen, recken, strecken und ausklingen lassen!“ Das Gefühl klingt relativ rasch ab (nach einiger Übung*

sogar recht schnell) und kann dann aus der Distanz, aus einer „exzentrischen Position“ (Plessner) betrachtet und benannt werden. Aufkommende Bilder, Erinnerungen, Assoziationen, Symbole, Farben etc. werden mitgeteilt und besprochen. Aus der Distanzierung kann wieder unmittelbar durch Einnahme der „emotionalen Position“ (Haltung, Mimik, Gestik, Atmung) eingestiegen werden, um z. B. eine Tönung zu explorieren.

**Umstimmung** (shifting): Es kann aber auch eine andere, ggf. kontrastierende Emotion aufgenommen werden, indem durch verbale oder aktionale Vorgabe eine erneute Induktion erfolgt oder – nach einiger Praxis - indem unmittelbar auf ein anderes Gefühl umgestimmt oder in eine andere Gefühlslage eingestimmt werden kann, bis hin zu einem raschen Wechsel der Stimmungslagen mit dem Ziel, die Vielzahl emotionaler Möglichkeiten, emotionaler Flexibilität zu erschließen, den Thymos, die leibliche Regung mit ihrer affektiven Tönung praktisch zu handhaben.“ (Petzold 2003)

In diesem „affektiven Training“ kommen folgende, flexibel zu kombinierende Evozierungs-techniken (vgl. Petzold 2003) zum Tragen:

- die **Movement Produced Information im bottom-up-approach**, dh. die Stimulierung mentaler Reaktionen und Wahrnehmungen über das Einnehmen und Evozieren von Körperhaltungen oder Bewegungen (from muscle to mind)
- die **Mentally Imagined Motor-Actions im top-down-approach**, d.h. die Stimulierung körperlicher Reaktionen und Wahrnehmung über das Einnehmen und Evozieren mentaler Bilder oder Gedanken. (from mind to muscle), sowie
- die **Interactional Movement Coordinations** als Synchronisierungseffekte, wie sie sich als zwischenleibliche Resonanzphänomene in Interaktionen (Modellvorgaben, Nachahmungen, Widerspiegelungen) zeigen und bewusst gemacht werden sollen.

Der Therapeut bietet z.T. „Modelle“ emotionalen Ausdrucks an, welche über die Mechanismen des „**Co-emotions**“ und der „**emotionalen Ansteckung**“ (Petzold 2003) durch den Patienten „abgenommen“ und in Darstellung gebracht werden können.

Dieses Vorgehen steht in einem steten **Ko-respondezgeschehen zwischen Therapeut und Patient**, welches die gemachten Erfahrungen in **individuell bedeutsame Sinn-Zusammenhänge** setzt und den therapeutischen Prozess des Erlebens, Erfassens, Verstehens und Veränderns begleitet (→Kapitel 15 u.18).

Über das erlebniszentrierte und aktionale performanzorientierte Vorgehen im therapeutischen Prozess werden leibliche Informationsverarbeitungsprozesse in Gang gesetzt und führen in „**Zustände transversaler Stimulierung**“ (Petzold 2003). Es kommt zu einer Anreicherung leiblicher Erfahrung und zu **Lernprozessen durch „Evidenzerfahrungen ... in körperlich-performatorischem Erleben, emotionaler Erfahrung und rationaler Einsicht in Bezogenheit“** (Petzold 2003) (→Kapitel 16).

## **12. Modifikation für eine emotionszentrierte, szenische Stimmarbeit**

Der oben genannte Behandlungsansatz, der im Rahmen psychotherapeutischer Methodik verwendet wird, bedarf für das logopädische Behandlungsfeld einer Modifikation, welche sich an den **spezifischen Zielgebungen der stimmtherapeutischen Behandlung** ausrichtet:

Im Fokus der stimmtherapeutischen Arbeit liegen bei einem solch erlebniszentrierten Ansatz vor allem:

**12.1. Spannungsoptimierung und Weitung der Sprechstimme über das spielerische „Aufweichen“ oder „Aufbauen“ muskulärer Spannungen durch das Einnehmen unterschiedlicher emotionaler Haltungen (Einstellen emotionaler Haltungen, welche vermehrt StimmSchwingungen, verbesserte Resonanz und Klangeigenschaften, sowie eine reflektorisch günstigere Atemergänzung zulassen)**

Die Erarbeitung einer spannungsoptimierten „StimmSchwingung“ beginnt z.B über die in der stimmtherapeutischen Praxis üblichen Resonanz-, Summton- oder Kautonübungen (Übungen nach Föschels, Pahn etc.).

Sie beginnen in der Regel mit Lautübungen und gehen dann zu Wort-, Satzübungen und mehrteiligen Alltagsäußerungen über.

Über therapeutische Hilfestellungen in Form von Vorstellungshilfen, Erklärungen zur Physiologie der Stimmgebung und zu den stimmrelevanten Beurteilungsparametern, über das Spüren der Stimmvibration und die Wahrnehmung der räumlichen Effekte (**Raumklang**) von unterschiedlichen Stimmlagen (untere, mittlere und hohe Spannungslage) wird der Patient zum **spielerischen Experimentieren** mit dem Stimmklang herangeführt und motiviert.

Da die Sprechstimme immer in kommunikativen Kontexten und immer intentional gebraucht wird, sollte sie so früh wie möglich **„intentional und szenisch“** geübt werden.

*Unter „szenischem Üben“ verstehe ich ein Erproben der Stimmlagen unter der Vorstellung eines real möglichen Ansprachekontextes, einer Szene, die eine (zunächst eindeutige) emotionale Haltung und Zuwendung zu einem imaginierten Ansprechpartner (manchmal auch dem Therapeuten) und einen weitestmöglichen Grad an natürlich leiblicher Darstellung einschließt.*

Hier bietet sich das Vorgehen des oben beschriebenen Affekt-Trainings an. Im spielerischen Erkunden emotionaler Haltungen und stimmlicher Veränderung, der resonatorischen Engung und Weitung der Stimmresonanz durch willentlich geführte Veränderung emotionaler Haltungen, wie sie durch den Therapeuten stimuliert werden, erkennt der Patient deren Zusammenhänge und wird auf die **spannungsoptimierte Sprechstimmlage (SOS)**<sup>11</sup>, deren verändertes leibliches Spüren und den veränderten emotionalen Stimmausdruck aufmerksam gemacht.

Diese wird im weiteren Verlauf vermehrt geübt. Manchmal wird zur besseren Diskrimination eine Äußerung im ungünstigen Bereich der Sprechstimmlagen (mittlere oder hohe Sprechstimmlage mit verminderter oder reduzierter Resonanz) erprobt (Diskriminationslernen). Dabei werden die unterschiedlichen klanglichen und emotionalen Wirkungen und Charakteristika miteinander verglichen. Nicht selten wird auch eine interne „emotionale Verschiebungen“ spürbar, eine „energetische“ Verstärkung oder Abschwächung der Ausdrucksstärke, des emotionalen Empfindens während der Äußerung oder sogar eine Veränderung der Grundemotion (z.B. von Ärger zu Schmollen).

Für das Erlernen stimmlich-emotionaler Flexibilität spielen die **Qualitäten des „Co-emotings“** und die Möglichkeiten der **„emotionalen Ansteckung“**, welche über den Therapeuten spielerisch abgegriffen werden können eine erhebliche Rolle.

---

<sup>11</sup> Coblenzer/Muhar verwenden hier den Begriff der mittleren Sprechstimmlage. Die SOS sollte zu etwa 85 bis 90% des Sprechanteils eingehalten werden, um eine dauerhafte Überlastung des Stimmapparates zu vermeiden.

Welche emotionalen Haltungen zu einer Optimierung der Spannungsverhältnisse bei der Stimmgebung erprobt werden, wird im spielerischen Umgang mit der Stimme und den Stimmungen in Ko-respondenz mit dem Patienten herausgearbeitet.

Hier könnte man auch von einem Prozess des „**Modellierens**“ sprechen. Dieser Begriff beinhaltet den Aspekt des kreativen Erprobens, sowie den der Formgebung, einer aktiven, kreativen Beschäftigung mit sich selbst. Er beinhaltet den Prozess der Adaptation stimmlich-emotionaler Reaktionsmuster in das Verhaltensrepertoire des Patienten und eine aktive Mitgestaltung, ein sich Einlassen auf ein sehr persönliches Experimentieren mit der Stimme und den Emotionen.

Die Spannungsoptimierung, wie sie über die oben beschriebene Methode im Zungen-, Kiefer-, Gaumen- und Halssegment und Rumpf hergestellt wird, führt zu einer verbesserten, reflektorischen und damit optimierten reflektorischen costo-abdominalen Atemmechanik.

Die Erarbeitung einer spannungsoptimierten Sprechstimme mit günstigeren Resonanzverhältnissen bewirkt oft eine positive Veränderung ungünstig verlagerter Sprechatmung (thorakale Atmung, Hochatmung), da sich die spannungsoptimierte Sprechstimmlage (SOS) im Bereich optimal-niedriger Muskelspannung (siehe Abb.1) bewegt.

Da die **Sprechatmung als reflektorisches Geschehen** besser ihrer Eigendynamik überlassen werden sollte, als bewusst geführt zu werden, erscheint es sinnvoller über die Einstellung einer spannungsoptimierten Sprechstimme zu einer Optimierung der reflektorischen Atemergänzung beizutragen, als die Sprechatmung während eines Sprechaktes in Form einer „geführten Atmung“ willentlich zu beeinflussen .

Es sei erwähnt, dass das Vorgehen der Szenischen, Emotionszentrierten Stimmarbeit sowohl bei hyperfunktionellen als auch bei hypofunktionellen oder gemischten Formen der Dysphonien geeignet ist und individuell, im Sinne der nötigen Spannungsregulierung angepasst werden muss.

Für **hyperfunktionelle Stimmstörungen** bieten sich beispielsweise emotionale Haltungen an, welche dunkle Stimmtonungen provozieren, und die eine Spannungsreduktion im Atemstimmgebungstrakt und einen „Kehlkopftiefstand“ fördern.

Für den **Bereich der hypofunktionellen Unterspannung** ist es nicht schwer sich vorzustellen, dass sich, je nach Ausgangsemotion und vermehrter intentionaler Zuwendung, die Aktionsspannung der Ausatemmuskulatur und die Stärke des subglottischen Anblasedrucks anheben und damit die Schwingungsmöglichkeit des Stimmapparates verbessern.

Da im Gegensatz zur hyperfunktionellen Dysphonie bei der hypofunktionellen Dysphonie am Spannungsaufbau gearbeitet wird, sind **stimm Aufbauende Übungen** (z.B. nach Fernau-Horn, Svend Smith, Pahn, etc.), als auch das flankierende Training der gesamten Körperspannung durch entsprechende sportliche Trainingsprogramme möglich.

Der **flankierende Einsatz eines gesamtkörperlichen Trainings** kann im Rahmen einer hyperfunktionellen Stimmstörung zum muskulären und psychischen Spannungsabbau, also in seiner spannungsreduzierenden Eigenschaft genutzt werden.

## 12.2. Verstärkung der stimmlichen Selbstwahrnehmung als Teil eines umfassenden leiblich-emotionalen Regulierungsprozesses (Akupädie und Aktivierung von affektbezogenen Monitoringprozessen)

Die oben beschriebene Vorgehensweise beinhaltet drei wesentliche Therapieziele:

- die **Verbesserung der stimmlichen Fertigkeit**, d. h. des Vermögens der voluntativen Kontrolle die Sprechstimme im optimierten Spannungsbereich zu führen, zu halten und in diesem Bereich schwingungsoptimiert und damit klangoptimiert Stimme zu entwickeln und zu automatisieren,
- die **Schulung der auditiv- rezeptiven Stimmwahrnehmung (Akupädie)** als Voraussetzung der klanglichen Selbstregulation und
- eine verbesserte **Ausdifferenzierung der affektbezogenen Selbstwahrnehmung**.

Zur Ausweitung der drei genannten Kompetenzen werden vom Therapeuten im weiteren Verlauf **improvisierte Rollenspiele** angeboten und mit dem Patienten gemeinsam durchgeführt.

Verbunden mit der Aufgabe die Stimme innerhalb der spannungsoptimierten Stimmlage zu halten, werden zunächst weitestgehend neutrale Alltagsszenen (z.B. Einkauf beim Bäcker, Begrüßung etc.) und später emotionalere Szenen (Streit, Anschuldigung, Begeisterung, Trauer, Vorsicht, Mitleid, Gleichgültigkeit, Ignoranz ...) gespielt und aufgezeichnet (Audioaufzeichnung)<sup>12</sup>.

Die Auswahl, szenische Intensität und Länge der Rollenspiele und Stimmexperimente gründet immer in der inneren Resonanz, welche der Therapeut zum jeweiligen Zeitpunkt und Stand der Behandlung dem Patienten gegenüber hat und wird prozessual eingeschätzt. Dabei hängt die Auswahl wesentlich von sechs Faktoren ab:

- der momentanen Befindlichkeit des Patienten und des Therapeuten
- der personellen Passung zwischen Therapeut und Patient
- der persönlichen und thematischen „Passung“ der Aufgabe
- den personellen Möglichkeiten des Patienten sich auf das Experimentieren einzulassen, d.h. u.a. den Widerständen, der Motivation, dem Talent und den Neigungen des Patienten
- dem Informationsstand des Patienten
- dem Grad der zu erwartenden Tiefung (→Kapitel 14)

Bei der anschließenden ko-respondierenden Analyse der Tonbandaufnahme, im Sinne einer **szenisch-emotionalen Stimmanalyse** mit dem Fokus auf situativ bedingte Veränderungen des Stimmgebrauchs und deren emotionalen Hintergrund, wird das eigene stimmliche Reagieren als Teil eines emotional-situativ bedingten Ausdrucksverhaltens begreifbar und erklärbar.

Wesentliche Fragestellungen sind dabei: Warum verändert sich die Stimme an dieser Stelle der Szene? Welche emotionalen Veränderungen z. B. der Hintergrundemotionen lassen sich feststellen? Welchen Aufforderungscharakter hatte die gespielte Szene auf den Spieler? Welche Wirkung soll die gemachte Äußerung in diesem Kontext haben und welche Wirkung hat sie im „matching“ der Gesprächspartner?

Unter Beibehaltung einer „Grundszene“ können Aufnahmen unter verschiedenen „emotionalen Haltungen“ (jemanden überzeugen wollen, Gleichgültigkeit, Neugierde, Abwertung des

---

<sup>12</sup> Die Aufzeichnungen könne z.T. schon beim Üben auf Wort oder Satzebene sinnvoll eingesetzt werden (→Kapitel 12.1.).

Gegenübers, ...) erprobt, geübt und in ihrer „stimmlich-emotional-kognitiven Passung“ (Stimmigkeit) und Bedeutsamkeit besprochen werden.

Die subjektiven Bewertungsprozesse bei der Wahrnehmung der eigenen Stimme als auch des persönlichen Rollenverhaltens sind hier von großer Bedeutung. Bei positiver Bewertung wird eine erhöhte Wahrscheinlichkeit der Übernahme des Zielverhaltens durch den Patienten zu erwarten sein. Die Bewertungsprozesse, die als Resonanz auf die performativen, aktionalen Erfahrungen des Patienten innerhalb des „Spielens und Abhörens“ entstehen, müssen in der therapeutischen Ko-respondenz aufgegriffen und in ihrer individuellen Bedeutsamkeit geklärt werden.

Im Besonderen erwächst an dieser Stelle die persönliche Bedeutsamkeit einer veränderten Stimmgebung, bzw. eines veränderten Stimmverhaltens für den Patienten, da hier sehr alltagsrelevant die auftauchenden günstigen und ungünstigen Stimmuster in Verbindung mit dem persönlichen emotionalen Reagieren im eigenen Sprechalltag deutlich werden.

Der Patient hat die Gelegenheit sich in seinem emotionalen und stimmlichen Reagieren in (sehr wohl gespielten, aber doch originären) emotionalen Kontexten zu erleben, kennenzulernen und individuelle Bedeutsamkeit zu erfahren. Diese individuelle Bedeutsamkeit ist letztlich Grundlage jeder Ko-operation und motivationalen Haltung in Bezug auf Prozesse persönlicher Veränderung, wie sie für Stimmtherapien notwendig sind (→Kapitel 11.4. u. 15.).

Mit den ersten Tonbandaufnahmen, in denen der Patient versucht, die spannungsoptimierte Sprechstimmlage (SOS) auf Satzebene oder mehrteilige Alltagsäußerungen (z.B. „Meine Güte, wie sieht’s denn hier aus!“ o.ä.) anzuwenden und auszuweiten, sammelt er Höreindrücke über die stimmliche Wirkung seiner optimierten Sprechstimme.

Die Überleitung zu emotional neutraleren Rollenspielen (Einkauf beim Bäcker, Begrüßungssituation o.ä.) ermöglicht eine weitere Längung in der Anwendung der SOS. Der szenisch-situative Kontext und das relationale Agieren tritt nun in den Vordergrund und lässt die Situations- und Emotionsabhängigkeit des Stimmverhaltens beim Abhören der Aufnahme besser erfassen. Es kann leicht passieren, dass sich das habitualisierte „alte Stimmuster“ trotz Übungsauftrag durchsetzt. Beim Abhören der Aufnahmen ergeben sich für den Patienten daraus wichtige Einsichten in Bezug auf das eigene stimmliche Reagieren und dessen Situationsabhängigkeit.

Auch hier können zur besseren Diskrimination mehrere Aufnahmen in unterschiedlichen Sprechstimmlagen gemacht werden, um a) die stimmliche Fertigkeit zu schulen und b) eine Einschätzung über die unterschiedlichen klanglichen Charaktere und deren szenische Wirkung zu erlangen.

Danach folgen Rollenspiele mit komplexeren emotionalen Anforderungen (verbale Auseinandersetzung, Überraschungssituation, Trostgespräch, Streitgespräch, jemanden überzeugen müssen, jemandem etwas unangenehmes beibringen müssen, u.ä.), in denen die szenisch-emotionalen Aspekte des persönlichen Stimmverhaltens noch eindeutiger zutage treten können.

In diesem Prozedere stehen stimmlicher Ausdruck und stimmliche Wahrnehmung in einer ständigen Wechselwirkung miteinander und werden in ihrem situativ-emotionalen Bezugsrahmen erörtert und „gedeutet“. Deutungen von Seiten des Therapeuten werden hier als nicht festgeschriebene „Deutungsangebote“ verstanden, als mögliche Erklärungen emotionaler und stimmlicher Veränderung in ihrer Funktion und Wirkung im situativen Kontext.

Es kann durchaus vorkommen, dass ein Rollenspiel nicht „funktioniert“, dass aus irgendeinem Grund der Rollenzugriff auf die zu übernehmende Rolle nicht oder auf „nicht organische“ Weise passiert. Fällt bei der anschließenden stimmanalytischen Betrachtung eine „Verhaltenheit“ oder eine andere leiblich und atmosphärisch spürbare „Inkongruenz“ in der Durchführung des Rollenspiels auf, so ergibt sich zwar nicht

eine Rollenkongruenz zur vorgeschlagenen Szene, aber es zeigt sich die originäre Stimmreaktion des Patienten unter einer anderen, vielleicht „zurückhaltenden“, unsicheren oder verhaltenen“ Grundemotion. Auch diese Wahrnehmung kann dem Patienten Aufschluss über die Situationsabhängigkeit seines Stimmverhaltens geben. Der Einfluss hemmender Faktoren auf die Durchführung von Rollenspielen sollte mit dem Patienten gemeinsam erörtert werden.

Eine weitere Möglichkeit stimmliches Reagieren „griffiger“, bzw. greifbarer zu machen besteht in der Durchführung und Aufzeichnung „thematisch loser“ Unterhaltungen mit mehr oder weniger starken biographischen Bezügen (der letzte Urlaub, Situation auf der Arbeit, Darstellung der Familiensituation ...).

Im engagierten Eintauchen in den Erzählfluss und im kommunikativen Zwiegespräch lassen sich ebenso häufig stimmliche Veränderungen registrieren, welche oft als ein „Wiedereintauchen in alte Szenen und Emotionslagen“ erlebt werden. Z.B. können die atmosphärischen Wirkungen alter, erlebter Szenen, z.B. der Hektik beim Aufbruch in den Urlaub, der Ärger über den Nachbarn etc., bei der sprachlich-stimmlichen Darstellung in Form veränderter Sprechgeschwindigkeit, Sprechstimmlage und Lautstärke als auch im Stimmklang wahrnehmbar werden.

### **12.3. Regulierung ungünstigen Stimmverhaltens über eine Änderung im emotional-situativen Reagieren (aktive Verhaltensregulierung)**

Die **Umstellung vom habitualisierten Stimmgebungsmuster/ Engramm** (vgl. Pahn & Pahn 2000), welches über Jahre oder Jahrzehnte eingeschliffen ist, zum neuen spannungsoptimierten Stimmuster bedarf des steten „Übens“ im zuerst privaten oder therapeutisch geschützten Bereich und später im alltäglichen Lebenskontext im Kontakt mit anderen. Die Umstellung dieser Muster kann bei konstanter und weitestgehend konsequenter Übungshaltung mehrere Monate dauern.

Für viele Patienten ist es über die oben genannten Schritte hinaus notwendig, ihr emotional-situatives Verhalten in Bezug auf ihren Sprechalltag zu verändern. Handelt es sich um Patienten, deren emotionale Haltung häufig „verfestigt“ und in andauernde ungünstige muskuläre Spannungsverhältnisse führt, so reicht eine kognitive Kontrolle der Sprechstimmlage oft nicht aus. Überpannungssymptome zu vermeiden.

Beispielsweise könnte eine Person, die in vielen Situationen ein sehr leises gequält-angespanntes, knarrendes Stimmuster mit erhöhter Sprechspannung zeigen, da sie häufig alles als „wieder mal schwierig“ oder das Leben/ den Alltag als „schwere Last“ empfindet, oder eine sehr temperamentvolle Person zeigt sehr häufig überschwänglich angehobene Stimmuster in hoher Sprechstimmlage, schneller Sprechgeschwindigkeit, da sie „immer fröhlich“ wirken möchte oder „schnell verärgert“ ist.

Hier bedarf es einer **grundlegenden Änderung des Rollenverhaltens** (→Kapitel 13), des Gesprächsverhaltens und der inneren Einstellung zur Kommunikationsführung. Es ist ein aktives Suchen nach alternativen Lösungsstrategien im Rollen- und Handlungskontext erforderlich, um Überspannungen zu vermeiden.

Solche Reaktionstendenzen zeigen sich häufig innerhalb der Rollenspiele oder als leibliche Resonanzphänomene innerhalb der Sitzungen. Sie sollten im Laufe der Behandlung angesprochen, in der narrativen Praxis ko-respondiert und in Rollenspielen variiert, verändert und erprobt werden (Wiederholung einer Szene mit veränderter oder abgewandelter emotionaler Haltung).

Im Sinne eines Selfmanagements (Top-down-approach; Embodiment) können z.B. individuelle Strategien erarbeitet werden (vgl. Storch, Cantieni, Hüther, Tschacher 2006), um solche **Reaktionsmuster/ Scripts** zu verändern. Sind solche **Reaktionsmuster** zu massiv und verfestigt, sollte die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung angesprochen werden.

## **12.4. Identifikations- und Motivationsarbeit zur Stimm- und Verhaltensänderung**

Die Arbeit an der Identifikation mit einem veränderten Stimmuster hat eine zentrale Bedeutung innerhalb der Behandlung und betrifft auch immer die Frage nach dem **Willen und Wollen** des Patienten.

Motivationspsychologische Konzepte, wie das der Integrativen Therapie betrachten die Arbeit an Wille und Wollen als Wesentlich für den therapeutischen Prozess.

*H. Petzold beschreibt „Wille“ als „die Gesamtheit aller volitiven Aktivitäten (das Wollen), die mit ihnen verbundenen motivationalen, emotionalen und kognitiven Prozesse mit ihren neurophysiologischen und -psychologischen Grundlagen, letztlich auch deren Umsetzung im Wollen, d.h. in willensbestimmten Handlungen. Der Wille ist ein Synergem in prozessuellem Vollzug, das auf antizipierte Ziele und Zielrealisierungen gerichtet ist“ (Petzold 2008).*

*Wille und Wollen werden im Sinne „emotionaler Stile“ (Petzold 2008) sozial geprägt, sie sind zum Teil „un- bzw. vorbewußte, innen oder außenmotivierte“ (Petzold 2008) leibliche Geschehnisse. Sie könne bewußt im aktionalen Handeln in ihrer synergetischen Qualität und Gerichtetheit wahrgenommen und benannt werden.*

*Die im individuellen entwicklungspsychologischen Ausdifferenzierungsprozess erworbenen Fähigkeiten der „Willenskompetenz“ und „Willensperformanz“ (Petzold 2008) spielen bei der Umsetzung therapeutischer Ziele eine wichtige Rolle.*

*Entscheidungsfähigkeit (Dezisionalität), Umsetzungsfähigkeit (Konversionalität) und Durchhaltevermögen (Persistenz) müssen in ihren funktionalen und dysfunktionalen Aspekten erkannt, benannt und in der therapeutischen Arbeit gefördert, bzw. gehemmt werden (vgl. Petzold 2008).*

Die Umstellung der Stimme kommt den Patienten zu Beginn der Arbeit oft wie eine „Verstellung“ ihrer Person vor („So rede ich nie.“, „Das klingt so streng.“, „Das ist aber sehr tief.“, „Da kling ich ja wie ein Mann.“ o.ä.). Die Vorzüge der Stimme werden oft erst im Laufe der Behandlung einsichtig und wahrnehmbar.

Der oben beschriebene **„Aneignungsprozess in kleinen Schritten“** wird im Rahmen der therapeutischen Beziehung konsequent erläutert und auf der Grundlage der organisch-physiologischen Abläufe und ihrer Zusammenhänge **angemessen** erklärt. Er umfasst nicht nur stimmliche Inhalte, sondern nimmt auch Bezug auf die grundlegenden Voraussetzungen des menschlichen Lernens, der Lebensbezüge, wie sie unser leibliches Reagieren im Alltag und unseren **Umgang mit uns selbst** prägen.

Die Integrative Therapie setzt hier gezielt die **„Theorie als Intervention“** (Petzold, Orth 1994) ein, um den Patienten in seiner Eigenverantwortung, dem Vermögen und der Erfahrung von Selbstregulation und Selbstwirksamkeit zu stärken.

Auf diese Weise wird der Patient mit den für ihn wichtigen Belangen vertraut und wird dadurch später in der Lage sein selbständig oder gemeinsam gesetzte Zielvorgaben umzusetzen.

Ziel einer guten Stimmtherapie sollte es immer sein, den Patienten zum **Experten in eigener Sache**

zu machen, ihn in die Lage zu versetzen, in wachsender Kompetenz und Performanz selbstwirksam zu werden, die notwendigen Lern- und Übungsinhalte im Alltag selbständig zu strukturieren und einzupassen und „**sich selbst zum Projekt**“ (Petzold 1969c) zu machen.

In der Akzeptanz persönlicher Widerstände und einer möglichst unterstützenden Haltung des Therapeuten, die das „Miteinander“ des gemeinsamen Vorhabens unterstreicht, können leichter **kreative/ ko-kreative Anpassungen** an die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Patienten gefunden werden.

### **13. Rollen- und Szenentheorie**

Die auf den Methoden und Theorien dramatisch-aktionaler Therapieformen, wie dem klassischen Psychodrama (Moreno), dem therapeutischen Theater (Iljine) und der Gestalttherapie (Perls) gründende integrative Dramatherapie, betrachtet den Menschen als „auf der Bühne dieser Welt“ (Petzold 1990) stehend. Er selbst ist integraler und konstituierender Teil seiner eigenen Lebensaufführung, welche sich als Abfolge von Szenen verstehen lässt.

Eine Szene ist eine „raumzeitliche Konfiguration“ (Petzold 1982), welche auf den wahrnehmenden und handelnden Menschen Einfluss nimmt. Szenen stehen in einem steten Fluss der Veränderung und wirken bewusst und unbewusst auf uns ein. Sie sind Träger von Informationen, welche auf den perzeptiven, memorativen, reflexiven und expressiven Leib wirken, der wiederum auf die Szene rückwirkt und sie mitgestaltet.

Über das Leibgedächtnis werden über die Lebensspanne hinweg szenische Erinnerungen<sup>13</sup> gespeichert, die als subjektiv erlebte Erfahrungen das aktuelle szenische Erleben einer Person im Sinne unbewusst und manchmal bewusst erlebter festgeschriebener „Scripts“ (Petzold 2003) beeinflussen.

Die Gedächtnisentwicklung ist ebenso wie die sprachliche und stimmliche Entwicklung an die Entwicklung organischer und hirneurologischer Fähigkeiten gebunden und in ihrer Verflechtung mit der gesamten Persönlichkeitsentwicklung zu betrachten.

Der Sozialisationsprozess kann insofern als Geschichte von erlebten, emotional und kognitiv bewerteten Szenen betrachtet werden, in denen über die Mechanismen der Identifikation und Identifizierung im relationalen Geschehen Identität gebildet wird (vgl. Petzold 2003).

Die stimmlich-emotionale Ausdrucksreaktion innerhalb der therapeutischen „Meta-Szene“, sei sie nun innerhalb des Anamnesegesprächs, der Stimmbefundung oder später des Behandlungsgeschehens mit Stimm- und Atemübungen oder den Rollenspielen, trägt immer den Stempel eines individuellen Rollenverhaltens. Wir nehmen eine Haltung gegenüber dem situativen Geschehen ein und übernehmen bewusst und unbewusst Rollen, die sich supraliminal und subliminal in der leiblichen Ausdrucksreaktion als körperlich-geistig-seelische Spannung in der Situation niederschlagen.

So geben die innerhalb der Therapieszene wahrnehmbaren stimmlich-emotionalen Ausdrucksreaktionen immer auch Hinweise auf spezifische Rollenmuster (Scripts), die auf ihre Ökonomie, d.h. szenisch-situative und personelle Wirksamkeit überprüft werden müssen.

Welchen situativen Anforderungen sieht sich eine Person ausgesetzt, und mit welchem Verhalten beantwortet oder erfüllt sie die Anforderungen?

---

<sup>13</sup> Das szenische Gedächtnis (Petzold 2003) entwickelt sich ab dem zweiten Lebensjahr (→Kapitel 15).

„Deutungsangebote“ über die Ursachen der veränderten körperlichen und emotional-kognitiven Spannungen führen in die Ko-respondenz über individuelle Rollenerwartung und Rollenausfüllung, u.U. in deren lebensgeschichtlichen Ursprünge und in die tiefere Bedeutung stimmlicher Metaphorik.

Dieses Rollenverhalten zu verdeutlichen, in seiner atmosphärischen, szenischen und leiblich spürbaren Qualität erfahrbar zu machen und ggf. durch ein verändertes Rollenverhalten zu ersetzen ist wesentlicher Bestandteil einer Szenischen Emotionszentrierten Stimmarbeit.

*Die szenisch-atmosphärischen Wirkungen der Begrüßungssituation, des Anamnesegesprächs oder der Stimmüberprüfung - u.a. lässt man Texte vorlesen und später den Inhalt frei wiederholen - stellen sich von Patient zu Patient sehr unterschiedlich dar. Bleibt der stimmliche Ausdruck innerhalb der Begrüßung oder des Anamnesegesprächs noch weitestgehend locker, so zeigen sich u. U. bei der Überprüfung der Sprechstimme beim Lesen oder Nacherzählen deutliche Anspannungen im stimmlichen Verhalten oder in der Atemaktivität. U.U. haben diese Situationen einen Prüfungscharakter für den Patienten, auf den er angespannt reagiert und in der vielleicht „alte Szenen“ der schulischen Sozialisation wieder unangenehm in die Befindlichkeit des Patienten greifen.*

*Ein solches Unbehagen könnte dazu führen, dass der Patient den Text überhastet vorliest oder zusammenfasst, sich unwillkürlich die Sprechgeschwindigkeit erhöht, die Atemabsätze seltener einsetzen, die Sprechphrasen überzogen werden, es zu einer Verstellung der reflektorischen Atemergänzung und zu einer Veränderung der Sprechstimm Lage, der Resonanz und der Stimmqualität kommt. Es können sich auch Tendenzen eines **generalisierten Habitus** der Spannungsgleichheit, Spannungslosigkeit oder Überspanntheit zeigen.*

## **14. Behandlungsmodalitäten, therapeutische Tiefungsebene und Regression**

Zwei der drei grundlegenden Behandlungsmodalitäten der Integrativen Therapie lassen sich auch in den Behandlungsansätzen stimmtherapeutischer Methoden in unterschiedlicher Gewichtung wiederfinden:

**übungszentriert-funktionale Behandlungsmodalität:** z.B. innerhalb ihrer funktionalen Übungen zur Eutonisierung, Entspannung, Artikulationsarbeit, Stimmkräftigung, Akupädie, Erweiterung des Stimmumfangs und der Resonanz etc.

**erlebnisaktivierend-stimulierende Behandlungsmodalität:** beispielsweise im Sinne einer persönlichkeits-bildenden Stimmerfahrungen, dem Erleben der eigenen stimmlichen Fähigkeiten und deren Erweiterung, der Erfahrung problematischen Stimmverhaltens und emotionalen Reagierens in privaten und beruflichen Kontexten

**konfliktzentriert-aufdeckende Behandlungsmodalität:** diese Modalität ist innerhalb der logopädischen Arbeit nicht von zentraler Bedeutung, da es nicht um die Arbeit an und mit verdängten psychischen Inhalten geht. Sollte während der Arbeit der Eindruck einer tieferliegenden psychischen Problematik entstehen, so kann dies mit dem Patienten thematisiert und über die Möglichkeiten einer psychotherapeutischen Behandlung informiert werden

Die im Sinne eines umfassenderen Begriffes der „Heilung“ zu verstehenden „Vier Wege der Heilung“ (Petzold 2003) können in den genannten Übungsmodalitäten Einfluss auf den

Therapieerfolg nehmen:

Erster Weg: Bewusstseinsarbeit, mit dem Ziel subjektiver/ intersubjektiver Sinnfindung

Zweiter Weg: Nachsozialisation, mit dem Ziel korrigierender intersubjektiver und emotionaler Erfahrung zur Stabilisierung des Grundvertrauens

Dritter Weg: Erlebnisaktivierung, mit dem Ziel der Persönlichkeitserweiterung

Vierter Weg: Solidaritätserfahrung, mit dem Ziel der Entlastung, Begleitung und Hilfestellung

Eine wesentlichen Abgrenzung der stimmtherapeutischen zur psychotherapeutischen Behandlung liegt im „**Grad der therapeutischen Tiefung**“ (siehe Abb.13), die mit dem Patienten erreicht wird und der allgemeinen Zielsetzung stimmtherapeutischen Arbeitens (→Kapitel 12). Die therapeutische Tiefung beschreibt den **Grad der „rational-reflexiven Kontrolle“** (Petzold 1988n<sup>3</sup>) und der Gefühlsintensität während des therapeutischen Geschehens auf Seiten des Patienten. Die logopädische Arbeit sollte keine Interventionen forcieren, welche den Patienten in die „Tiefungsebene der emotionalen Involvierung“ (Ebene 3) und die „Ebene der autonomen Körperreaktionen und Regression“ hinein führen (Ebene 4). Die Erarbeitung der Inhalte vollzieht sich vielmehr in den für den Patienten gut zu kontrollierenden „Ebene der Reflexion“ (Ebene 1) und der „Ebene des affektiven Bilderlebens und der Affekte“ (Ebene 2).

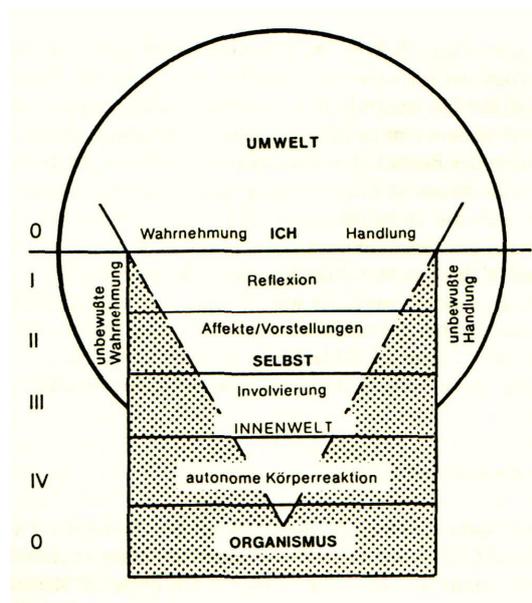


Abb. 13: Die vier Ebenen der „therapeutischen Tiefung“ (Petzold 1996)

Auf der Ebene der Reflexion (I) schildert der Patient seine Überlegungen und Vorstellungen als „mentale Ereignisse“ weitestgehend ohne emotionales Berührtsein.

Auf der Ebene des Bilderlebens und der Affekte (II) kommt es zu einer weiteren Tiefung im Sinne aufsteigender Erinnerungsbilder oder Bilder ohne oder mit emotionaler Beteiligung. Dabei bleibt der Patient weiterhin in der Lage sich kognitiv zu kontrollieren und sich weitestgehend exzentrisch wahrzunehmen.

Auf den Ebenen der Involvierung (III) und der autonomen Körperreaktionen (IV) nimmt dann zunehmend die Fähigkeit der kognitiven Kontrolle des Patienten ab (vgl. Petzold 1996).

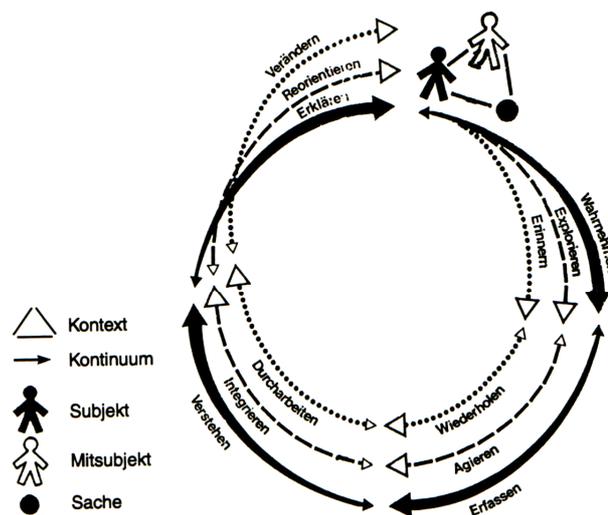
Jede der Tiefungsebenen spricht den Menschen auf unterschiedliche Weise in seiner Seinsqualität und Erlebnisfähigkeit an. Sie gehen z.T. ineinander über und bergen unterschiedliche Möglichkeiten des Selbst- und Fremderlebens.

Die therapeutischen Prozesse auf den Ebenen I und II zeigen ebensolche therapeutische Wirksamkeit, wie Interventionen auf den Ebenen III und IV, deren Erfahrungs- und Wirkungsqualität jedoch anders sind und nur in psychotherapeutischer Begleitung reflektiert eingesetzt werden sollten.

Für das stimmtherapeutische Setting ist eine klare Abgrenzung zur Psychotherapie notwendig, um im Sinne der „Patientenfürsorge“ und der Eindeutigkeit stimmtherapeutischer Tätigkeit, verantwortungsbewusst, d.h. auch ziel-, methoden- und interventionsbewusst zu behandeln.

## 15. Ko-respondenz und Prozessmodell

Im Zentrum des therapeutischen Erkenntnisprozesses steht das Ko-respondenzgeschehen und die Kooperation zwischen Patient und Stimmtherapeut/in, welche in einer hermeneutischen Spirale von **Wahrnehmen-Erfassen-Verstehen-Erklären** die sinnlich erfassbaren Aspekte der Stimme begrifflich klären, sie in ihrem Zusammenhang mit dem emotionalen Reagieren und in ihrer persönlichen Bedeutsamkeit im Lebensganzen (Kontext/ Kontinuum) verständlich und später veränderbar machen.



Die hermeneutische, agogische und die therapeutische Spirale in der Integrativen Therapie

Abb. 14: aus Petzold 1996

Die gemeinsame, die Übungsschritte begleitende, reflektierende Betrachtung in der „narrativen Praxis“<sup>14</sup> (Petzold 2003), bietet die Möglichkeit zur weiterführenden stimmlichen, emotionalen und kognitiven Differenzierung und einer handlungsbezogenen Neuorientierung.

Im „tetradischen Prozessmodell“ (Abb.15), wie die Integrative Therapie den therapeutischen Prozess des Erkenntnisgewinns und der therapeutischen Veränderung beschreibt, schreitet der intersubjektive Erkenntnisgewinn von Zyklus zu Zyklus fort .



Abb. 15: Tetradisches Prozessmodell der IT (aus Petzold 2003)

Als „Verlaufsmodell“ therapeutischer Prozesse dient es zur reflektierten Betrachtung des eigenen therapeutischen Vorgehens und der „Standortbestimmung“ im therapeutischen Prozess. Dabei wird der therapeutische Prozess als gemeinsame intersubjektive „Suchbewegung“ (Petzold 2003) von Patient und Therapeut verstanden; als lebendige, ko-kreative Anpassung des therapeutischen

<sup>14</sup> „Narrative Praxis“ ist als „emotional berührtes Gespräch“ (Petzold 2003) zu verstehen. Sie ist Teil des therapeutischen Erkenntnis- und Bewusstseinsprozesses, der zu einer weiteren kognitiven und emotionalen Ausdifferenzierung und thematischen Vertiefung führt.

Miteinanders an den steten Fluss (heraklitisches Prinzip) der personalen und kontextuellen Veränderung.

In Anlehnung an das tetradische Prozessmodell der IT ergibt sich für den **Prozess der stimmlichen Selbstregulation in situativ-emotionalen Kontexten** folgendes Schema:

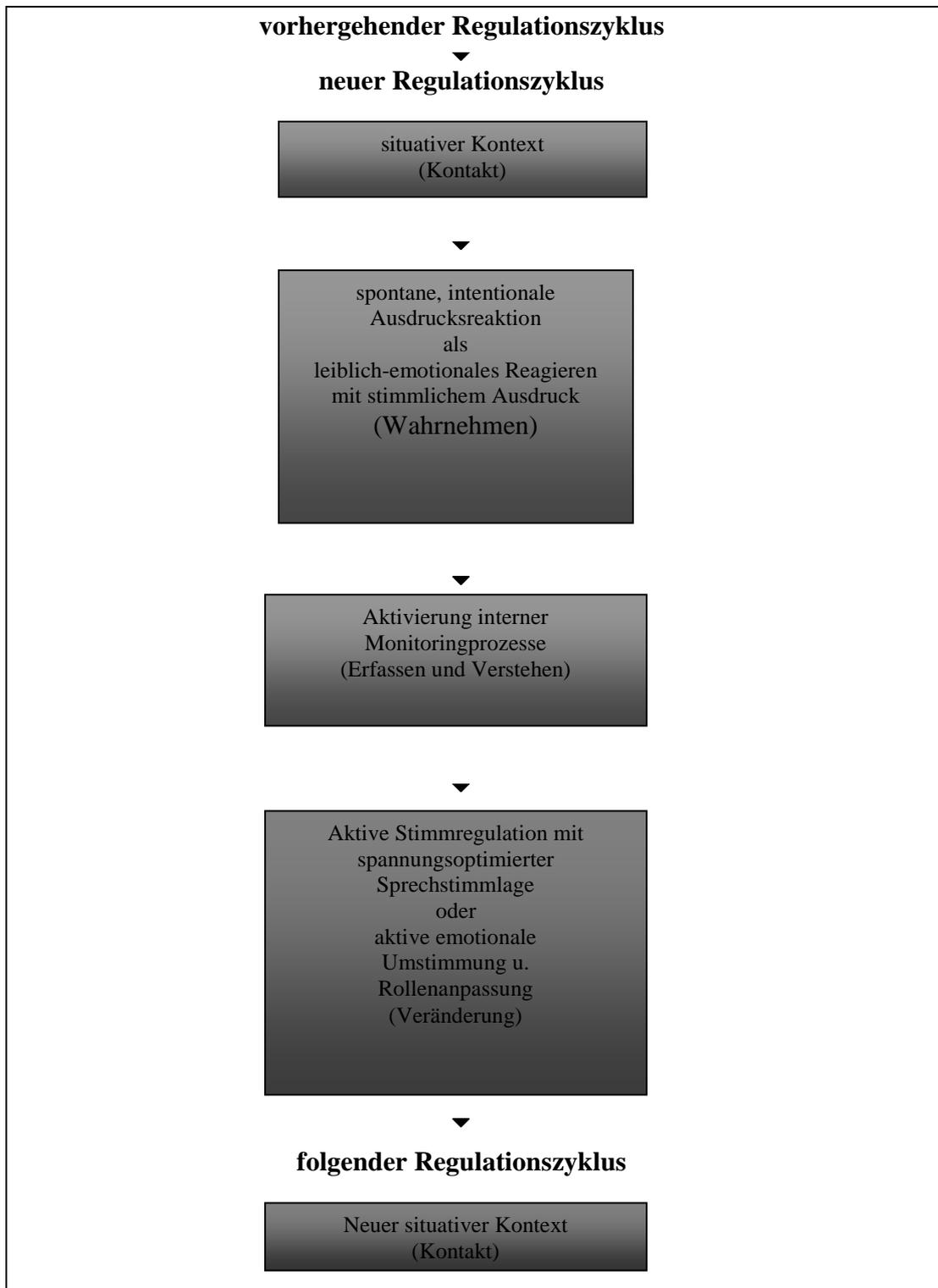


Abb.16: Prozessmodell der stimmlichen Selbstregulation in emotional-situativen Kontexten

## 16. Leib und Lernen

Der menschliche Organismus mit der Fähigkeit zu lebenslanger Neuroplastizität und damit der Fähigkeit über die gesamte Lebensspanne hinweg zu lernen, verfügt über vier, das Leibgedächtnis bildende Gedächtnissysteme.

*„Unter dem Begriff „Leibgedächtnis“ (Petzold 1970;1981h), der im Integrativen Ansatz ursprünglich phänomenologisch-hermeneutisch konstituiert worden war, werden folgende Gedächtnissysteme gefaßt: 1. Die neuronalen Speichersysteme (Cowan1988; Daum, Ackermann 1997; Markovitch 1997; Murray 2000; Tulving 1995, 2000). Sie umfassen das kurzzeitig modalitätsspezifisch speichernde „sensorische Gedächtnis“ (Cowan 1995), das „Kurzzeitgedächtnis“ (Mayes 2000), das Langzeitgedächtnis- als ‚deklaratives Gedächtnis‘ den Assoziationscortices (Bailey, Kandel 1993, 1995) zugeordnet – oder als ‚prozedurales Gedächtnis‘ mit den Regionen Kleinhirn, Basalganglien, Parietallappen, somatosensorischer, motorischer Cortex, teilweise Präfrontalcortex verbunden (Pascual-Leone et al. 1995); 2. die immunologischen Speichersysteme (Besedovsky, del Rey 1991; Schedlowski 1994; Zinkernagel et al. 1996). Erwähnt sei noch 3. das genetische Gedächtnis – ursprünglich Feld der Vererbungslehre (Vogt 1969) – das mit der Kartierung des menschlichen Genoms ein Zentrum öffentlicher Betrachtung geworden (Macilwain 2000) ist und mit der behavioralen Genetik bzw. developmental genetics auch für den therapeutischen Bereich Perspektiven bietet (Plomin 1994, 2000). Wobei das „Lernen des Genoms“ kaum ein Feld psychotherapeutischer Intervention werden wird.“ (Petzold 2003)*

Die Integrative Therapie geht von der Vorstellung eines differenziellen, **transversal und holographisch** arbeitenden „**integralen Leibgedächtnisses**“ (vgl. Petzold 2003) aus. Das integrale Leibgedächtnis verfügt über die Fähigkeit des autobiographischen Memorierens als Voraussetzung zur Identitätsbildung und baut neben den oben genannten Speichersystemen auf weiteren spezifischen Gedächtnismodalitäten auf :

- sensumotorisches bzw. propriozeptives Gedächtnis (bis zum 6. Monat pränatal)
- atmosphärisches Gedächtnis (ab dem 6. Monat pränatal)
- multimodales ikonisches Gedächtnis (ab dem 1. Monat postnatal)
- szenisches Gedächtnis (ab dem 2. Lj.)
- symbolisches bzw. verbal-semantisches Gedächtnis (ab dem 2. Lj.)

In diesem Sinne sind Lernprozesse immer leibgegründet. Sie sind nicht nur an organische Reifungsprozesse, sondern in ihrer Entwicklung über die Lebensspanne<sup>15</sup>, an leibliche und

---

<sup>15</sup> Entwicklung wird in der Integrativen Therapie im Sinne eines „**life span develop mental approach**“, einer Entwicklung über die Lebensspanne (Petzold 2003) hinweg betrachtet und damit nicht nur auf bestimmte Lebensphasen bezogen. In diesem Sinne sind auch Modelle der Pathogenese und Salutogenese als Entwicklungsgeschehen aufzufassen, die in ihrer Ganzheit und ihrem Zusammenwirken erfasst werden müssen, um von den individuellen Symptomen/ Phänomenen zu den dahinter liegenden Strukturen und zu den zukünftigen Entwürfen eines Menschen zu

zwischenleibliche Erfahrungen und Entwicklungen gebunden. Die Leiblichkeit ankert wiederum in einer grundlegenden Relationalität des Menschen, seiner grundsätzlichen Bezogenheit und Abhängigkeit zu seinen Mitmenschen (Buber, Lewinas, Marcel) und zur Umwelt (Merleau Ponty), welches wir in therapeutischen Beziehungen als Grundlage der gemeinsamen Arbeit wissen und vermitteln müssen, um Lernprozesse zu begleiten und zu optimieren.

*“Bedeutsam wird es aber, wenn TherapeutInnen und KlientInnen darum wissen, dass in Prozessen **multipler Stimulierung** und den dadurch bewirkten Zuständen „**transversaler Aktiviertheit**“ es möglich wird, dass korrigierende und alternative Erfahrungen (es sei erinnert, sie werden differenziert, Petzold 1992, 917f) aufgenommen und internalisiert werden können, wenn sie in der Therapie mit richtiger „Passung“ und in einer Qualität eines „**multiplen sensorisch-stimulierenden Angebots**“ bereitgestellt werden, so dass sie von PatientInnen angenommen werden und damit die Chance bieten, zu vorhandenen dysfunktionalen Gedächtnisinhalten durch die Verankerung neuer alternativer Inhalte einen Fundus bereitzustellen, auf den – **Übung vorausgesetzt** – im Lebensvollzug zurückgegriffen werden kann. Das korrektive bzw. alternative Erleben in der Beziehungserfahrung mit der Therapeutin oder in der Therapiegruppe (Aktionsphase des „Tetradischen Systems“, Petzold 1974j, 313) muß durch übende Sequenzen und Transferarbeit und -begleitung (Neuorientierungsphase, *ibid.* S. 333) verankert werden.“* (Petzold 2003)

Dies unterstreicht auch nochmals die Wichtigkeit einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, als **Arbeit von Menschen mit Menschen**, als Grundlage gesundheitsfördernder, gesundheits-erhaltender und restituierender Lernprozesse.

Der hier vorgestellte Zugang zur Veränderung der Sprechstimme bietet über seine **erlebniszentrierte** Vorgehensweise eine **multisensorische, polyekthetische und polyästhetische Lernerfahrung**, welche die individuellen Lernprozesse als „**Erfahrung vitaler Evidenz**“ (Petzold 2003) für den Patienten erlebbar und begreifbar machen.

Dabei versteht die Integrative Therapie den Begriff der “**Vitalen Evidenz**” als eine leibliche Erfahrungsqualität in der ‘**rationale Einsicht, emotionale Erfahrung, leibhaftiges Erleben in Bezogenheit, d.h. mit sozialer Bedeutsamkeit**’ (Petzold 2003) synergetisch zusammenwirken und neue **transmodale Lernerfahrungen auf einer tieferen leiblichen Ebene** angebahnt werden können.

Durch die intersubjektiven Qualitäten (→Kapitel 17) einer gemeinsamen, leibgegründeten und erlebniszentrierten Emotions- und Stimmarbeit in Verbindung mit der therapeutischen Ko-responzenz, werden leibliche Lernprozesse optimal gefördert, findet ein Lernen auf der emotionalen (**emotional learning**), kognitiven (**rational learning**) und der Verhaltensebene (**behavioral learning**) statt (vgl. tetradisches Prozessmodell →Kapitel 15).

## 17. Therapeutische Kompetenz und Performanz

*„Ein Therapeut, der nicht mit „seinem Herzen“ bei seinem Patienten ist, bleibt ein Techniker mit sehr eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten: denn Heilung kann sich nach unserer Auffassung alleinig in der **intersubjektiven Beziehung zwischen Therapeut und Klient/ Patient** vollziehen. ...Intersubjektivität ist deshalb ein Ziel, das Menschen miteinander realisieren müssen, um Menschen, Mitmenschen (*consortes*) zu bleiben.“* (Petzold 1988n<sup>3</sup>)

---

gelangen. (vgl. Petzold 2003)

**Intersubjektivität** wird verstanden als Begegnen in gegenseitigem Anerkennen der Andersheit des Anderen (Lewinas) und Begegnung in „fundamentaler Wertschätzung“ (Petzold 1988n<sup>3</sup>).

In der **Erfahrung intersubjektiver Annahme** wachsen auf beiden Seiten (des Therapeuten und des Patienten) die Möglichkeiten der Begegnung und Beziehungsgestaltung, des Vertrauens, der Empathie, der Verantwortung für den Prozess, der Dialogfähigkeit und des Sich-Einlassens (vgl. Petzold 1988n<sup>3</sup>) als Voraussetzung Veränderung zuzulassen und zu erproben.

Die Interventionsstile des „**partiellen Engagements**“ (Petzold 1970) und der „**selektiven Offenheit**“ (Perls 1970) in Verbindung mit einer konsequent emanzipatorischen, **auf Gleichberechtigung und Gleichwertigkeit gründenden Haltung** des Therapeuten ermöglichen eine Therapie der menschlichen Nähe ohne persönliche Involvierung und Verstrickung in die emotionalen Nöte der Klienten/ Patienten (vgl. Petzold 1988n<sup>3</sup>).

Die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung für den therapeutischen Erfolg ist inzwischen durch die Therapieforschung hinreichend belegt und gibt einen Hinweis darauf, dass innerhalb therapeutischer und pädagogischer Ausbildungen diesem Aspekt vermehrt Beachtung geschenkt werden sollte.

Da neben der Weitergabe informellen Wissens über Stimmzusammenhänge **Phänomene der Zwischenleiblichkeit** (Petzold 2003) therapeutisch wirksam werden, ist die Betrachtung der Therapeutenrolle von immanenter Wichtigkeit.

Die als Resonanzphänomene subliminal oder supraliminal (unterhalb und überhalb der Wahrnehmungsschwelle) auftauchenden **Spür- und Gefühlsqualitäten** können (in Teilen) bewusstgemacht und vom Patienten leiblich spürbar erfahren werden. Dabei handelt es sich um Resonanzen emotionaler, kognitiver, organischer, memorativer und atmosphärischer Qualität, die im Kontakt aufgegriffen werden können.

Der Therapeut setzt seinen eigenen **Leib als Instrument** (Petzold 1988n<sup>3</sup>) und Medium leiblicher und zwischenleiblicher Erfahrungen ein. Er setzt die Wahrnehmungen und Erfahrungen in einen begrifflichen Rahmen, der sie kommunizierbar und kognitiv verfügbar macht.

Er verstärkt durch die Fähigkeit seinen Leib flexibel als **emotionales und stimmliches Instrument, Wahrnehmungs- und Ausdrucksorgan** einzusetzen Mechanismen des imitativen Lernens (zunehmend erforscht im Zusammenhang mit der Entdeckung der Spiegelneurone) und des Lernens am Vorbild. Im kreativen und spielerischen Erproben stimmlicher Flexibilität und emotionaler Vielfalt lernt auch der Patient das Medium seiner Stimme und seines leiblichen Ausdrucks handzuhaben und auszuweiten.

Durch den Zuwachs an Wissen, Kompetenz und Performanz innerhalb der stimmlichen Arbeit und durch die Integration eines „**generalized other**“ (Mead), gewinnt der Patient zunehmend an „**Exzentrizität**“<sup>16</sup> (Petzold 2003) zu sich selbst und damit auch zunehmend die Fähigkeit sich stimmlich und emotional-situativ besser regulieren zu können.

Insofern ist der Therapeut in seiner Exzentrizität, fachlichen Kompetenz und Performanz ein Vorbild für die später zu verinnerlichende, „außerhalb der eigenen Person liegenden Perspektive auf

---

<sup>16</sup> Unter „**Exzentrizität**“ versteht man die Fähigkeit sich zu seinem Verhalten und dem eigenleiblichen Reagieren gegenüber exzentrisch zu verhalten, d.h. sich selbst gegenüber eine beobachtende Haltung einzunehmen, um sich auf den Ebenen der Kognition, der Emotion und der Verhaltensebene besser regulieren zu können. Das Konzept des „**generalized other**“ (Mead) ist auch in diesem Sinne, als konzeptuelle Aufnahme anderer Sichtweisen und Haltungen einer mir im Lebensvollzug bedeutsamen Person in die eigene Identität zu verstehen und birgt die Möglichkeit einer anderen Perspektive auf mich selbst.

sich selbst“, welche der Patient in Bezug auf die stimmtherapeutische Zielsetzung erst im Laufe der Stunden einzunehmen lernt.

Die Erwartungen an eine Stimmtherapie sind oft sehr vage und beschränken sich zumeist auf Ton- und Atemübungen. Der hier beschriebene Zugang zu stimmlicher Veränderung stellt eine für den Patienten unerwartete Vorgehensweise dar, und fordert einen hohen Grad der Bereitschaft, sich auf etwas Fremdes und Experimentelles einzulassen.

An dieser Stelle ist der **Umgang mit Widerständen** (vgl. Petzold 2003) wichtig. Hier geht es weniger darum Widerstände zu „brechen“, sondern Widerstand als individuell sinnvolles Verhalten zu begreifen, anzunehmen, zu thematisieren und nach Möglichkeiten und Annäherungen stimmlich-emotionalen Ausdruckes und Übens zu suchen (oder sich ggf. vorläufig oder ganz auf andere Übungsinhalte und Behandlungsmethoden zu konzentrieren).

Um eine flexible und kreative Anpassung therapeutischer Interventionen an die Behandlungssituation gewährleisten zu können, ist eine mehrperspektivische Betrachtungsweise des Behandlungsgeschehens und die methodische Vielfalt in Kompetenz und Performanz auf Seiten des Therapeuten anzustreben (vgl. Petzold 2003; Spiecker-Henke 1997).

## **18. Anamnese, Befunderhebung, prozessuale Diagnostik und Therapeutik**

Anamnese und Befunderhebung als Eingangssituation bieten innerhalb der traditionellen stimmtherapeutischen Diagnostik die Möglichkeit **stimm- und kontextrelevante Informationen** zu eruieren, um auf deren Grundlage eine Einschätzung der aktuellen Stimmproblematik und eine angemessenen Behandlungsplanung vornehmen zu können.

Die **Anamnese** erfasst neben den persönlichen und medizinischen Daten die Problembeschreibung, so wie sie sich für den Patienten darstellt, Fragen zur Stimmentwicklung, dem Krankheitsverlauf, zur beruflichen und privaten Situation und deren Belastungen, dem allgemeinen Stimmverhalten, der Stimmbelastung und der Motivation zur Stimmtherapie.

Die **Befunderhebung** stellt eine spezielle Überprüfung bestimmter Stimmparameter dar. Es werden in der Regel Sprech- und Singstimme, Musikalität, Atmung, Körperhaltung und -spannung überprüft und beurteilt.

In der Regel bekommt der Patient erste Informationen zu Anatomie und Physiologie der Stimmgebung, zum Ablauf und Inhalt der Stimmtherapie, erste Hinweise zur Stimmmentlastung sowie Informationen zur Symptomeinschätzung (Ursache, therapeutische Maßnahmen, Prognose ...).

Betrachtet man die Begrüßungssituation, die Anamnese und Befunderhebung mit ihren verschiedenen Aufgabenstellungen vom szenischen Gesichtspunkt aus, so wird klar, dass die Situationen jeweils sehr **spezielle Aufforderungscharaktere** und eine besondere **szenische Wirkung** auf den Patienten, seine Befindlichkeit und sein Verhalten haben müssen:

- Der Patient muss mit der Person des Therapeuten/ der Therapeutin und der ungewohnten Umgebung vertraut werden

- Übertragungs- und Gegenübertragungsmechanismen<sup>17</sup> führen zu einer „Verstellung“ im Kontaktverhalten
- Die Erwartungen an das stimmtherapeutische Prozedere, die thematischen Inhalte und den notwendigen persönlichen Aufwand einer Stimmbehandlung sind für die meisten Stimmpatienten unklar. Was muss man hier tun? Was wird von mir verlangt? Wie fühle ich mich hier?

Wenn auch nicht explizit ausgesprochen, so bekommt der Patient doch häufig den Eindruck, dass er „geprüft“ wird, und muss zudem an einigen Stellen seinen stimmlichen Ausdruck, damit seine Stimmstörung und auch sich selbst „zeigen“.

Die unterschiedlichen szenischen Aufforderungscharaktere im therapeutischen Setting stellen für uns eine Möglichkeit dar, Eindrücke über das stimmliche und emotionale Reagieren in ihrer Wechselwirkung mit kontextuellen und szenischen Anforderungen zu gewinnen.

Der Therapeut kann dem Patienten u.U. schon innerhalb der ersten Stunde den Zusammenhang szenisch-emotionalen und stimmlichen Reagierens in seiner konkreten Bedeutung veranschaulichen.

Erste Hinweise auf sichtbare, hörbare, fühlbare und atmosphärisch spürbare emotionale Haltungen, ihre Variabilität oder Invariabilität (als leiblich spürbare Resonanzphänomene des Therapeuten) sind schon als erste Intervention zur Verstärkung eigenleiblicher Selbstwahrnehmung und Selbstbezüglichkeit zu betrachten.

Anamnese und Befunderhebung sind nicht als abgeschlossenen Einheit vom Rest der stimmtherapeutischen Behandlung zu betrachten. Vielmehr setzen hier schon therapeutische Interventionen u.a. in Form theoretischer Erläuterungen (Anatomie und Physiologie der Stimmgebung, Zusammenhang Kontext-Szene-Emotion-Stimme,...)<sup>18</sup>, oder stimmtherapeutischer Verhaltensempfehlungen zur schnellen Stimmentlastung ein.

Es zeigt sich, dass wesentlich therapierelevante Informationen, z.B. genauere Eindrücke über emotionales und stimmliches Reagieren, über emotionale und kognitive Stile einer Person, genauere Beschreibungen der beruflichen oder privaten Lebenswelt und deren Belastung, erst im Verlauf der Behandlung zur Sprache kommen, auf die in der Therapie dann auch reagiert oder Bezug genommen werden muss. Sie entstehen z. T. als Resonanz auf bestimmte stimmliche Übungen oder Rollenspiele und sind an die Entwicklung der therapeutischen Beziehung, dem „Vertrautwerden“ der Personen und dem thematischen Einschwingen über den therapeutischen Prozess und die Zeit gebunden.

Die Integrative Therapie spricht vom Begriff der „**prozessualen Diagnostik**“ (Petzold 2003) und meint damit die Verschränkung fortlaufender diagnostischer und therapeutischen Prozesse, die als **gemeinsame Wegbeschreibung** von Therapeut und Patient verstanden wird.

Sie hat das Ziel auf der Basis des intersubjektiven Ko-respondenzprozesses gemeinsam „die

---

<sup>17</sup> „Übertragungen sind die Vergegenwärtigung „alter“ Atmosphären und Szenen in einer Art und Weise, dass die Gegenwart verstellt wird und die Realitäten des Anderen nicht gesehen werden können.“ (Petzold 2003). Sie finden sowohl auf Seiten des Patienten, als auch als Gegenübertragung von Seiten des Behandlers statt. In tiefenpsychologischen Behandlungsansätzen ist ihre Auflösung zentraler Punkt der Behandlung.

<sup>18</sup> In der IT wurde der Begriff der „Theorie als Intervention“ (Petzold, Orth 1994) geprägt.

Zusammenhänge des Krankheitsgeschehens in Kontext und Kontinuum des persönlichen Lebens wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen und sie sich (und Anderen) zu erklären“ (Petzold 2003).

Der Begriff verdeutlicht auch, dass ein therapeutisches Handeln immer nur auf der Grundlage des „Hier und Jetzt“ stattfinden kann und immer wieder aktualisiert, den momentanen Verhältnissen des therapeutischen Miteinanders, der Person des Patienten, seinen Fähigkeiten und Möglichkeiten angepasst werden muss.

Ein **erweitertes Verständnis der Befunderhebung und Diagnostik** sollte einen differenziellen Blick auf die **szenisch-emotionalen Qualitäten** und deren Konstanz und Inkonzanz im Stimmverhalten einer Person in interaktionalen Kontexten berücksichtigen.

Hierfür müssen neben **individuellen Reaktionstendenzen**, wie sie in der Persönlichkeitspsychologie/ Temperamentsforschung herausgearbeitet wurden (Eindrücke über „Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus und Offenheit“ (Roth 2007)) oder wie sie im Konzept der **emotionalen und kognitiven Stile** (Petzold 2003) beschrieben sind, auch **leibliche Spürqualitäten, d.h. Resonanzen emotionaler, kognitiver, organischer, memorativer und atmosphärischer Qualität**<sup>19</sup> als therapierelevante Informationen berücksichtigt werden.

Um Krankheit, ihr Entstehen und den ihr innewohnenden Aufforderungscharakter in ihrer individuellen Bedeutung zu verstehen, muss der diagnostische und therapeutische Blick die Perspektive der Vergangenheit (Entwicklung im Lebenslauf), der Gegenwart (derzeitige Darstellung der Lebenswelt) und der Zukunft (Entwicklungsmöglichkeiten und Lebensentwürfe) mit einbeziehen. Es müssen stützende wie auch schädigende oder hemmende **personale und kontextuelle Einflüsse in ihrem Zusammenwirken**<sup>20</sup> begreifbar gemacht werden, um die Voraussetzungen, einen „**informed consent**“ (Petzold 2003) für die Übernahme eigenverantwortlichen Handelns und erfahrbarer Selbstwirksamkeit beim Patienten zu schaffen (vgl. Petzold 2003; Spiecker-Henke 1997).

Diagnostik als auch Therapeutik sollte als gemeinsamer **Sinnfindungsprozess**, von Therapeut und Patient auf der Basis einer wachsenden intersubjektiven Begegnung und unter Anerkennung der „**doppelten Expertenschaft**“ (Petzold 2003) stattfinden. Dabei verfügt der Therapeut über das fachliche "know-how“ und über Erklärungsmodelle, welche er dem Patienten zur Verfügung stellt und der Patient über das Wissen um sich selbst, sein Lebens Ganzes und sein Gewordensein.

## **19. Zur Pathogenese funktioneller Stimmstörungen**

Für die Entstehung funktioneller Stimmstörungen wird das Zusammenwirken mehrere Faktoren in Betracht gezogen ([www.meduni-graz.at](http://www.meduni-graz.at)):

- Konstitutionelle Faktoren betreffen die organische Veranlagung, sowie die „gesamtkörperliche, vegetative und psychische Konstitution“ ([www.meduni-graz.at](http://www.meduni-graz.at) )
- Habituelle Faktoren betreffen „gewöhnheitsmäßig, durch bewusstes oder unbewusstes Lernen

<sup>19</sup> vgl. hierzu die „Konzepte zur mehrperspektivischen Hermeneutik leiblicher Erfahrung und nicht-sprachlichen Ausdrucks“ (Petzold 2003)

<sup>20</sup> vgl. die diagnostischen Bereiche prozessualer Diagnostik (Petzold 1996; Petzold, Steffan 2001; Osten 2000)

erworbene, stimmschädigende Angewohnheiten (Räuspern, harter Stimmeinsatz, gepresste Stimmgebung, nachlässige Artikulation, etc.)“ ([www.meduni-graz.at](http://www.meduni-graz.at) )

- Ponogene Faktoren umfassen kontextuelle Faktoren, die zu einer stimmlichen Fehl- oder Überlastung führen (lange Sprechdauer, Raumgegebenheiten, hoher Lärmpegel) und ggf. mit hoher körperlicher und/ oder psychischer Belastung einhergehen (Berufsdysphonie bei Lehrern, Schauspielern, Sängern)
- Psychogene Faktoren betreffen u. a. die ausgebildeten emotionalen und kognitiven Stile und die soziale Reaktionsbereitschaft einer Person (→Kapitel 18)

Die Hypothesenbildung über die Krankheitsentwicklung und das Zusammenspiel organischer (länger zurückliegende Operationen oder Infekte), habitualisierter (d.h. usogener), ponogener, psychogener und damit auch psycho-sozial bedingter Störungsanteile hat wesentliche Bedeutung für die therapeutische Zielsetzung, die Auswahl der Methoden und Interventionen.

Für die Entstehung unökonomischer Stimmuster in ihrer entweder hyperfunktionellen oder hypofunktionellen Ausprägung müssen neben konstitutionellen auch entwicklungspsychologische, relational-interaktive und emotionspsychologische Gesichtspunkte in Betracht gezogen werden.

Die Integrative Therapie unterscheidet drei verschiedene Pathogenesemodelle (vgl. Petzold 2003):

- **das Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen (I)**
- **das Pathogenesemodell „zeitextendierter, multifaktorieller Be- und Überlastung (II)**
- **das Pathogenesemodell der Repression emotionaler, expressiver Impulse (III)**

Das **Pathogenesemodell der Repression emotionaler, expressiver Impulse (III)** bezieht sich dabei im Besonderen auf die psychosomatische Wirkung unterdrückter und gehemmter Affekte und Emotionen, wie sie für die stimmliche Symptomatik funktioneller Stimmstörungen anzunehmen ist.

Davon ausgehend, dass das Leib-Subjekt in seiner Relationalität auf den Austausch mit seiner Umwelt ausgerichtet ist und auf leibliche Eindrücke/ Impressionen auch ein leiblicher Ausdruck als Resonanz erfolgt, kann es bei einer ungünstigen Außenresonanz zu einer Hemmung oder Unterdrückung emotionaler Impulse kommen, welche retroflexiv auf das Leib-Subjekt rückwirken.

Diese Retroflexion<sup>21</sup> kann in ihrer länger andauernden Wirkung als Ursache für die Entstehung von Depressionen oder psychosomatischen Reaktionen betrachtet werden. Sie geht einher mit muskulären Reaktionen (im Sinne der Charakterpanzerung nach W. Reich), emotionalen und kognitiven Bewertungen und wirkt in das relationale Verhalten im soziale Umfeld.

Für die Symptomatik der hyperfunktionellen Stimmstörung kann man von einer Reaktion der retroflexiven, muskulären Spannungserhöhung innerhalb des Atemstimmgebungsmechanismus sprechen, die bei länger anhaltender Belastung zu einer Überforderungssymptomatik (Bereitstellungs- oder Ausdruckserkrankung) des Organs führt .

Die Symptomatik der hypofunktionellen Stimmstörung (sofern sie nicht sekundäre

---

<sup>21</sup> Die Übertragungsdynamik eines situativen Kontextes kann, neben dem Aspekten der „Verstellung“ und Einengung der Realität, auch als Triggerung spezieller Verhaltensschemen (Scripts) und körperlich-emotional-kognitiver Reaktionsschemen betrachtet werden.

Erschöpfungssymptomatik einer hyperfunktionellen Stimmstörung ist) zeichnet sich hingegen durch eine Unterspannung aus, was auf einen Mechanismus der Inhibierung emotionaler Affektentwicklung schließen lässt.

Das **Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen (I)** betrachtet die Wirkmechanismen schädigender Einflüsse (Defizite, Traumata, Störungen, Konflikte) auf die Entwicklung der Persönlichkeit “mit ihren Dimensionen Leib-Selbst, Ich, Identität“ (Petzold 2003), die zu einer Beeinträchtigung des perzeptiven, expressiven und memorativen Leibes (Analgesierung, Anästhesierung, Inhibierung...) führen können.

Das **Pathogenesemodell „zeitextendierter, multifaktorieller Be- und Überlastung“ in der Lebenskarriere (II)** fokussiert auf das Zusammenwirken gesellschaftlicher und individueller retrospektiv gebildeter, aspektiv und prospektiv wirkender Anforderungsmomente, die zu „bewußten (bw) und unbewußten (ubw) physischen, psychischen und sozialen Überforderungen (distress) und Überforderungsgefühlen“ (Petzold 2003) führen können.

Die Gesundheits- und Krankheitslehre der Integrativen Therapie betrachtet Pathogenese als ein prozessuales Zusammenwirken vielfältiger benigner und maligner Faktoren, die für das Auftreten und die Aufrechterhaltung einer Erkrankung verantwortlich sind.

Um auf eine Anforderungssituation angemessen reagieren zu können spielen individuelle Bewältigungsstrategien (Copingstrategien), der Rückgriff auf innere und äußere Ressourcen, sowie die Möglichkeiten eines stabilisierenden sozialen Umfeldes (social support) eine wesentliche Rolle. Ist die Ausgangslage zur Bewältigung insgesamt schlecht kommt es zu Überforderung, negativen Identifikationen und Selbstbewertungen.

In einem über die Lebensspanne reichenden Entwicklungsprozess kann es also auf der Grundlage konstitutioneller Dispositionen und im Zusammenwirken mit dem kontextuellen Einflussgrößen zur **Ausbildung dysfunktionaler Reaktionstendenzen** im Sinne individueller „**emotionaler und kognitiver Stile**“ und „**Temperamententwicklungen**“ kommen, welche sich über die Pathogenesemodelle I und III der integrativen Therapie (vgl. Petzold 2003) erklären lassen und welche die Aufrechterhaltung und Assimilation als leiblich „incarnierten“ (Merleau Ponty) Habitus fördern.

Im Zusammenwirken mit zeitextendierten Be- und Überlastungserscheinungen (Pathogenesemodell II) können diese dysfunktionalen Stile zu Dekompensationen im Sinne einer Psychosomatose führen:

*„Neurotische Störungen und Psychosomatosen sind überwiegend durch exogene, negative Ereignisketten, durch Schädigungen – Distress und Noxen (=Traumata, Defizite, Konflikte, Störungen) – aus dem sozialen bzw. ökologischen Kontext im Verlauf des Lebenskontinuums verursachte Erkrankungen der Person als ganzer mit ihren Dimensionen Leib-Selbst, Ich und Identität, wobei diese in unterschiedlicher Weise betroffen sein können. Zeitextendierte Überlastungen bzw. Überforderungserlebnisse (Distress, Negativattributionen, kognitive Dissonanzen) mit den mit ihnen verbundenen Streßgefühlen und Einflüssen pathogener Stimulierungen (Noxen) treffen, ohne daß kompensatorische oder protektive Faktoren ausreichend zur Wirkung kommen können, z.T. auf vorfindliche (genetisch disponierte oder biographisch erworbene) Vulnerabilität sowie auf etwaig vorhandene, in der Chronik des Leibgedächtnisses gespeicherte, negative Ereignisketten und lösen Abwehr- und Bewältigungsstrategien aus. Neurotische Störungen als Resultat fehlgeleiteter Regulations- und Lernprozesse sowie emotionaler und kognitiver Bewertungen (Valuations, appraisals) und als dysfunktionale Verarbeitungsversuche auf symbolischer Ebene von teilweise unbewußten, seit früher Kindheit bis in die Gegenwart erlittenen exogenen Schädigungen bewirken*

*Symptomatiken im körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Bereich (also leibliche Symptome).“ (Petzold 2003)*

In seiner phylogenetischen Funktion als artspezifischer Selektionsvorteil deutet die hohe Spezialisierung und cortikale Repräsentation des Atem-, Sprech- und Stimmgebungstraktes mit seinen vielfältigen Verschaltung zu anderen Hirnregionen (u.a. den emotionsregulierenden Zentren) auch auf eine hohe funktionale Bedeutung für das Individuum hin. Die mit der Geburt schon vorliegende Disposition zur affektiv-stimmlichen Ausdrucksreaktion (→6) spricht für eine hohe „neuronalen Reagibilität“ des Kehlkopfes in der somatopsychischen und psychosomatischen Kopplung.

Das zentrale Konzept der Leiblichkeit macht verständlich, dass Reaktionsbildungen psychodynamischer Prozesse mit Reaktionsbildungen auf der organisch-stofflichen Ebene verschränkt sind. Stimmerkrankungen nicht primär organischer Verursachung lassen sich als „Ausdrucks-erkrankungen“ oder „Bereitstellungserkrankung“ mit Beteiligung des Atemstimmgebungstraktes verstehen, da dieser Organbereich für den personalen Ausdruck und die Mitteilungsfähigkeit des Menschen im sozialen Kontext wesentlich bestimmt ist.

## **20. Abschließende Betrachtung**

Um die „Ursachen hinter den Ursachen“ (Petzold 2003), d.h. die sozio-kulturellen Hintergründe von Pathogenese und Salutogenese zu erfassen, werden in der Integrativen Therapie die oben beschriebenen „speziellen Theorien zur Gesundheits- und Krankheitslehre“ durch die Betrachtungen der „allgemeinen bzw. anthropologischen Gesundheits- und Krankheitslehre“ ergänzt.

Die Arbeit mit der menschlichen Stimme ist eine Arbeit an der leiblichen Wahrnehmung, der Bewusstwerdung leiblichen Reagierens innerhalb des sozial-ökologischen Bezugsrahmens. Sie ist Arbeit an der Person, Identitätsarbeit und Arbeit an der persönlichen Auseinandersetzung mit Themen der Leistung, Leistungsfähigkeit und Überlastung, Wille und Wollen. Sie ist auf den Ressourcen aufbauende, persönlichkeitsbildende und -stärkende Arbeit und immer in grundlegendem Maße Beziehungsarbeit.

In einer Zeit „funktionalen Denkens“, der Limitierung gesundheitlicher „Fürsorge“ in unserem sozialen System tritt die Sorge um den einen, eigenen Leib, seine körperliche, geistige und seelische Unversehrtheit zunehmend in den Hintergrund der persönlichen und gesellschaftlichen Wahrnehmung. Normal und gut ist, was „funktioniert“ und sich in den Leistungsrahmen der gesellschaftlichen Norm einpasst. Um so problematischer für diejenigen, deren Leistungsvermögen eingeschränkt oder gefährdet ist.

Krankheit als „Seinsqualität“ (Petzold 2003) des Lebens lässt uns die Grenzen menschlicher Leiblichkeit erfahren. Sie macht deutlich, wie notwendig kreative, individuelle Anpassung und gesellschaftliche Anpassungen der Lebenswelt (sozial und ökologisch) für die Förderung salutogener und Minderung pathogener Einflüsse genutzt werden müssen.

Die grundlegende Einsicht der „Fürsorge für den eigenen Leib“, der „Sorge um sich selbst“ impliziert auf individueller Ebene die persönlichen Wertbezügen (darunter fallen auch die über den gesellschaftlichen Kontext erworbenen Wertbezüge), die Lebensschemen, Lebenshaltungen zu überdenken und zu gestalten.

Auf gesellschaftlicher Ebene sollten die Möglichkeiten zu Ko-respondenz und Ko-operation genutzt werden, um in ko-kreativer Gestaltung, Voraussetzungen für eine „leibgerechte“, den Bedürfnissen, Fähigkeiten und Grenzen des menschlichen Leibes angepasste ökologische und soziale Lebenswelt zu schaffen.

### **Zusammenfassung:**

Die menschliche Sprechstimme als Bestandteil des leiblichen Ausdrucksverhaltens in szenisch-emotionalen Kontexten wird in ihren entwicklungspsychologischen und emotionspsychologischen Zusammenhängen beschrieben. In der Modifikation und Erweiterung des thymopraktischen Behandlungsansatzes der integrativen Leib- und Bewegungstherapie wird das Vorgehen einer „Szenisch-emotionszentrierten Stimmtherapie“ zur Behandlung funktioneller Stimmstörungen vorgestellt. Die im Erkenntnisprozess intersubjektiver Ko-respondenz und dem erlebniszentrierten Vorgehen stimmlich-emotionaler Exploration gründenden Erfahrungen „vitaler Evidenz“ werden als Voraussetzung stimmlicher Veränderungsprozesse und leiblicher Lernprozesse beschrieben.

### **Schlüsselwörter**

Szenische-Emotionszentrierte Stimmtherapie; Integrative Therapie; funktionelle Stimmstörungen

### **Summary**

The human voice is part of our expressional behavior in scenical and emotional contexts. This is connected with the psychology of development and emotion. The author uses a modification and an enlargement of the „thymopractical treatment approach“ of the „Integrative Therapy“ in order to develop an approach of a „scenical emotion centered therapy of voice“ for functional voice disorders. Human voice should be examined based on „intersubjective corresponence“ and an experience centered approach. Both lead to an experience of „vital evidence“, which is a prior condition for complex human learning and a real change of dysfunctional voice.

### **Keywords**

Scenical emotion centered therapy of voice; Integrative Therapy; functional voice disorders

### **Literaturliste:**

Biesalski, P. und Frank, F: Phoniatrie und Pädaudiologie. Thieme, Stuttgart 1982

Becker, W., Naumann, H.-N., Pfaltz, C.R.: Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Thieme, Stuttgart 1989

Crystal, D.: Die Cambridge Enzyklopädie der Sprache. Zweitausendeins, Frankfurt 1993

- Damasio, A. R.: Ich fühle also bin ich. List, Berlin 2006
- Faller, A.: Der Körper des Menschen. Thieme, Stuttgart 1982
- Haupt, E.M.: Stimmt´s? - Stimmtherapie in Theorie und Praxis. Schulz- Kirchner-Verlag, Idstein 2006
- Holodynski, M.: Emotionen- Entwicklung und Regulation. Springer, Heidelberg 2006
- Osten, P.: Die Anamnese in der Psychotherapie. Ernst Reinhardt Verlag, München/ Basel 2000
- Pahn, J. und E.: Die Nasalierungsmethode. Verlag Mathias Oehmke, Roggentin/ Rostock 2000
- Papousek, M.: Vom ersten Schrei zum letzten Wort. Verlag Hans Huber, Bern 2001
- Papousek, M.: „Augenblicke“ der Begegnung in den frühen Eltern-Kind-Beziehungen- Entwicklung, Störungen und frühe Hilfen. aus *Neue Wege integrativer Therapie*, Edition Sirius, Bielefeld und Locarno 2007
- Petzold, H.: Theater oder Das Spiel des Lebens, Frankfurt 1982
- Petzold, H.: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, Junfermann, Paderborn 1988n<sup>3</sup>
- Petzold, H., Heineremann, B.: Tree of Science. Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung, ZackTheo, Hückeswagen 1991
- Petzold, H.(Hrsg.): Wege zum Menschen. Methoden und Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch. 2 Bde. Junfermann, Paderborn 1994
- Petzold, H.. Integrative Therapie, aus *Integration und Kreation*, Junfermann, Paderborn 1996
- Petzold, H, Orth, I.(Hrsg): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapien. 2 Bde. Junfermann, Paderborn 2001
- Petzold, H. Steffan, A.: Gesundheit, Krankheit, Diagnose und Therapieverständnis in der „Integrativen Therapie“. aus: Jubiläumsausgabe der Zeitschrift Integrative Therapie, Junfermann, Paderborn 2001
- Petzold, H.: Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. 3 Bde. Junfermann, Paderborn 2003
- Roth, G.: Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten. Klett-Cotta, Stuttgart 2007
- Schmitz, H.: Phänomenologie der Leiblichkeit. aus: *Leiblichkeit*, Junfermann, Paderborn 19 85
- Schmitz, H.: Der Leib, der Raum und die Gefühle. Edition Sirius, Bielefeld und Locarno 2007
- Spiecker-Henke, M.: Leitlinien der Stimmtherapie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1997
- Storch, M., Canieni, B., Hüther,G., Tschacher, W.: Embodiment. Verlag Hans Huber, Bern 2006
- Internetseite:

[www.meduni-graz.at/ phoniatrie](http://www.meduni-graz.at/phoniatrie) verwendet Zitate und Abbildung aus:

Friedrich, G.: Grundlagen I: Physiologie von Stimme und Sprachlauterzeugung. Aus Friedrich, G., W. Bigenzahn: Phoniatrie: Eine Einführung in die medizinischen, psychologischen und linguistischen Grundlagen von Stimme und Sprache. Verlag Hans Huber, Bern; Göttingen; Toronto; Seattle 1995

Friedrich, G: Stimmstörungen. Aus Friedrich, G., Bigenzahn, W.: Phoniatrie: Eine Einführung in die medizinischen, psychologischen und linguistischen Grundlagen von Stimme und Sprache. Verlag Hans Huber, Bern; Göttingen; Toronto; Seattle 1995

