

Manuelle Stimmtherapie in Praxis und Klinik

Eine Fragebogenstudie zur Erhebung der therapeutischen Anwendung des Konzeptes der „Manuellen Stimmtherapie“ (MST)

Gabriele Münch

ZUSAMMENFASSUNG. Es wird eine Fragebogenstudie zur Anwendung des Konzeptes der Manuellen Stimmtherapie im therapeutischen Alltag vorgestellt. Von den 60 Teilnehmern wurden im Zeitraum von 12 Monaten insgesamt 4443 Patienten mit dem Konzept der Manuellen Stimmtherapie (MST) behandelt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Therapeuten in der Diagnostik und Therapie der MST sicher fühlen. Der Einsatz der MST-Techniken wird von den Teilnehmern als sehr wichtig für einen erfolgreichen Therapieabschluss bei den Krankheitsbildern der Dysphonien, Dysphagien, Fehlbiss, craniomandibulären Dysfunktionen, neurologischen Erkrankungen, onkologischen Nachbehandlungen und bei myofunktionalen Störungen angesehen. Das Konzept der Manuellen Stimmtherapie hat Neues in den Therapiealltag der Therapeuten gebracht und ist gut kombinierbar mit anderen Therapiemethoden.

Schlüsselwörter: Manuelle Stimmtherapie – Stimmstörung – Schluckstörung – logopädische Behandlung

Einleitung

Mit den eigenen Händen Patienten mit Erkrankungen im logopädisch-phoniatrischen Bereich zu diagnostizieren und zu behandeln, war bis zur Entstehung des Konzeptes der Manuellen Stimmtherapie (MST) noch unüblich.

Zum Zeitpunkt der Erstveröffentlichung der Manuellen Stimmtherapie im Jahr 1997 existierten im deutsch- und englischsprachigen Raum keine Publikationen mit praxisbezogenen laryngealen Behandlungstechniken für Dysphonie- oder Dysphagie-Patienten. Auch in der manualtherapeutischen, logopädischen oder osteopathischen Ausbildung gab es keine erlernbaren laryngealen Therapietechniken.

Schönweiler fordert als Fazit seines Artikels über Manualtherapie und Übungstherapie im Bereich der Dysphonien: „Vielmehr zeigt die Arbeit [Bezug auf die Studie von van Lierde et al. 2010], dass eine Therapieform [hier gemeint die Therapieform des Manual Circumalaryngeal Treatment] anwendbar und erfolgreich ist, die im deutschsprachigen Raum nicht geläufig ist, was sich vielleicht ändern sollte.“ (Schönweiler 2011, 4)

Inwieweit sich das seit 15 Jahren bestehende und immer weiterentwickelte Konzept der Manuellen Stimmtherapie im deutschsprachigen Raum etabliert hat, wie die Therapeuten es für sich und ihre Patienten bewerten und einsetzen und wo Verbesserungen im

Konzept notwendig sind, soll die hier vorgestellte Fragebogenerhebung klären. Zur besseren Einordnung der Manuellen Stimmtherapie wird ein kurzer Überblick über Studien zur Manuellen Therapie im Bereich der Stimmstörungen gegeben. Ziel des Beitrags ist es, Therapeuten und Medizinern einen Einblick in die Erfahrungen von Therapeuten zu geben, die das Konzept der Manuellen Stimmtherapie einsetzen.

Erforschung der Manuellen Therapie bei Dysphonien

In den letzten Jahren beschäftigten sich Ärzte und Therapeuten im Rahmen von Studien zunehmend mit der Manuellen Therapie im Bereich der Dysphonie. Es erschienen Studienergebnisse zur „Manual Therapie (MT)“ (Hülse 1991), „Manual Circumalaryngeal Therapie (MCT)“ (Roy et al. 1997, 2009; van Lierde et al. 2010) und zur „Osteopathischen Manipulativen Therapie (OMT)“ (Lehnert et al. 2010) für die Behandlung von funktionellen Dysphonien. Leider enthalten diese Studien keine exakte Beschreibung der eingesetzten Behandlungstechniken, sodass die Unterschiede zwischen den einzelnen Therapierichtungen an dieser Stelle nicht dargestellt werden können.

Andere Studien zur Manuellen Therapie erforschten die Ursachen der funktionellen

Gabriele Münch legte 1987 die Prüfung zur Krankengymnastin, med. Bademeisterin und Masseurin am Universitätsklinikum Essen ab. Nach dem Anerkennungsjahr in der Neurologischen Klinik in Bayreuth erwarb sie Qualifikationen in der Manualtherapie und studierte von 1993 bis 1998 Osteopathie an der Internationalen Akademie der Osteopathen (IAO, Belgien). 1998 absolvierte sie mit ihrer Arbeit zur Manuellen Stimmtherapie (MST) die Prüfung zur Sprechtherapeutin an der Universität Regensburg. Sie führt im In- und Ausland therapeutische Veranstaltungen in der MST durch und veröffentlichte mehrere Bücher über das Konzept im Schulz-Kirchner Verlag.



Dysphonie durch Untersuchung muskulärer Verspannungsorte, Körperfehlhaltungen, Lungenvolumina und Kehlkopfstellungen (Hammann 1994, Iwarsson & Sundberg 1998, Angsuwarangsee & Morrison 2002, Kooijman et al. 2005). Nach der Veröffentlichung von Behandlungstechniken in der Manuellen Stimmtherapie (Münch 1997) wurden weitere Prinzipien und Techniken im Bereich des Dysphonienmanagements veröffentlicht (Liebermann 1998).

Konzept der Manuellen Stimmtherapie

Entwicklung

Die Manuelle Stimmtherapie (MST) wurde von Gabriele Münch im Rahmen ihrer Zulassungsarbeit für das Studium der Sprechtherapie an der Universität Regensburg entwickelt und veröffentlicht (Münch 1997, 2011). Anlass dafür war der Bedarf an einer Methode zur Behandlung von Patienten mit einer funktionellen Dysphonie. Die Arbeit beinhaltet einen theoretischen Überblick zur Dysphonie und ihrer medizinischen Diagnostik sowie selbstentwickelte manuelle Behandlungstechniken für den laryngeal-cervikalen Bereich.

Im Jahr 2011 wurden die 2003 und 2006 erschienenen Bücher zur Manuellen Stimmtherapie als Kompendium mit dem Titel: „Manuelle Stimmtherapie (MST), eine Therapie, die berührt, Kompendium der manuellen Techniken zur Behandlung von Dystonien im Einflussbereich von Atem, Artikulation, Schlucken und Stimme“ herausgegeben (Münch 2011).

Zuletzt entstand 2011/2012 die hier vorgestellte Fragebogenstudie, da die Manuelle Stimmtherapie, wie auch andere Therapierichtungen, den neuen Anforderungen der heutigen Zeit unterliegt. Therapeutische Erfahrungen und diagnostische Intuition sind in Zeiten der evidenzbasierten Medizin scheinbar unsicher und nicht kontrollierbar genug (Albrecht 2012). Die Studie dient u.a. dazu, vergleichbare Daten über den Einsatz der Manuellen Stimmtherapie zu gewinnen, um ihre Wirksamkeit nachweisen zu können.

Die MST-Methode im Überblick

Das Konzept der Manuellen Stimmtherapie, wie es in der therapeutischen Arbeit angewendet wird, umfasst vier Teile:

- den orofacial/cranialen Bereich zur Unterstützung der Artikulation, Kieferweite, Okklusion, Kopffresonanz, Gaumenstellung,
- den laryngeal/cervikalen Bereich zur Stimm- und Schluckverbesserung,
- den pulmonal/diaphragmal/thorakalen Bereich für Atmung und Redefluss,
- die fascialen Strukturen für die Gesamtkörperhaltung.

Unter Berücksichtigung der klinischen Diagnostik erfolgt vonseiten des manuellen Stimmtherapeuten ein spezifisches Anamnesegespräch und eine Erhebung des MST-Befundbogens. Hierzu nimmt er einen Sicht-, Palpations-/Bewegungs-, Stimm- und Schmerzbefund vor. Zusätzlich erfolgt das Einfühlen in die Körperhaltung des Patienten. Nach der Diagnostik wird der Patient mit MST-Techniken im Bereich der restriktiven Körpergebiete, mit postisometrischen muskulären Dehnbehandlungen sowie Druckpunktmassagen behandelt und erhält eine Anleitung zum Muskeltraining. Innere oder habituelle Haltungsmuster werden thematisiert und wenn möglich verändert. Aktive Atem-, Artikulations-, Schluck- und Stimmübungen fließen je nach Ausbildungsrichtung des Therapeuten im Anschluss an die MST in die Behandlung des Patienten ein.

Zu den klar vonseiten des Therapeuten palpatorisch diagnostizierbaren Bewegungsverlusten (Angsuwarangsee & Morrison, 2002) gibt es auch Körperhaltungen und Stimm-dysfunktionen, die der Therapeut nicht nur

auf rein biomechanische Läsionen zurückführen kann. Sie sind Ausdruck der Gesamtbefindlichkeit des Patienten. Seelisch/emotionale „Blockierungen“ zu diagnostizieren und zu benennen, die zu Veränderungen im Bereich der Stimme, der Atmung, des Schluckens und der Haltung führen und auch einen Einfluss auf das hormonelle und vegetative System nehmen können, erfordern vom Mediziner und Therapeuten noch eine andere persönliche Kompetenz. Zur realistischen Einschätzung, in welchem Zustand sich der Patient befindet, bedarf es der diagnostischen Intuition.

Das Einfühlen in einen anderen Menschen wird durch körpereigene Spiegelsysteme möglich (Bauer 2006, 88): „Wie Untersuchungen der Hirnaktivität mit modernen bildgebenden Verfahren zeigen, tragen verschiedene Nervenzellnetze die Elemente des Bildes, das sich das Gehirn von einer Person macht, zusammen, untere prämotorische Hirnrinde (Handlungsabsichten), untere parietale Hirnrinde (Körperempfindungen und umfassendes Ich-Gefühl), Insula (Kartierung von Körperzuständen), Amygdala (Angstgefühle), und Gyrus cinguli (Lebensgrundgefühl, emotionales Ich-Gefühl). Zusammen erzeugen diese Zentren Abbilder, Repräsentanzen von anderen Personen und dem eigenen Selbst. Neurobiologisch gesehen stehen wir damit vor einer auf den ersten Blick verwirrenden Konstellation: Nervenzellnetze, mit denen wir uns selbst als Person wahrnehmen, dienen – in ihrer Eigenschaft als Spiegelsysteme – zugleich dazu, in uns Vorstellungen von anderen Personen zu erzeugen“.

Das „Berühren“ durch die Manuellen Techniken und die Erforschung der Bewegungsmöglichkeiten des Patienten verändern den Kontakt zwischen dem Behandelten und dem Behandler. Martha Graham, die große Dame des zeitgenössischen Tanzes und Tochter eines Psychiaters, sagte einmal, dass Bewegung nie lüge und dass sie für diejenigen, die sie lesen könnten, ein Barometer für das Wetter der Seele sei.

■ **Tab. 1: Daten der Probanden (n = 60)**

Beruf	Berufserfahrung		Arbeitsbereich		Anzahl Pat. (in 1 Jahr)		
Logopäden	90 %	< 5 Jahre	20 %	Klinik	13 %	< 50	27 %
Sprecherzieher/in	3 %	6-10 Jahre	35 %	Praxis	63 %	51-100	33 %
klinischer Linguist	2 %	11-15 Jahre	28 %	Klinik/Praxis	7 %	101-200	12 %
Sprachheilpädagogin	2 %	> 15 Jahre	17 %	Sonstige	17 %	201-500	10 %
Sprechwissenschaftlerin	3 %					501-1000	3 %
						> 1000	3 %
						keine Angabe	12 %

Themen, die den Patienten beschäftigen, können an die Oberfläche kommen, und der Therapeut sollte – wie auch in anderen Therapien – seine Grenzen und die Grenzen des Patienten kennen und respektieren. Weiterbildungen im emotional-körperorientierten Bereich oder Einbeziehung anderer Fachbereiche ermöglichen eine professionelle Unterstützung des Patienten.

Fragebogenstudie

Zielsetzung

Das Ziel der Studie war herauszufinden, wie sich das Konzept der Manuellen Stimmtherapie im deutschsprachigen Arbeitsfeld der Sprach-, Sprech- und Stimmtherapeuten etabliert hat, wie wirksam die Therapeuten die MST einschätzen und wo Qualitätsverbesserungen innerhalb des Konzeptes möglich sind.

Teilnehmer der Umfrage

An der Studie nahmen 60 Therapeuten teil, davon 54 Logopäden, zwei Sprecherzieher, ein klinischer Linguist, ein Sprachheilpädagoge und zwei Sprechwissenschaftler. Die Teilnehmer hatten mindestens zwei Jahre Berufserfahrung. Ein Drittel hat 6 bis 10 Jahre Berufserfahrung. Rund zwei Drittel arbeiten in der Praxis und 13 % in der Klinik. Die Probanden therapierten mit der MST in den vergangenen 12 Monaten insgesamt 4443 Patienten, was im Mittel 74 Patienten pro Therapeut ergibt (Tab. 1).

Von fünf möglichen Veranstaltungsmodulen der MST, hat die Hälfte der Therapeuten an mindestens drei oder mehr Veranstaltungen teilgenommen. Die Veranstaltungen „MST orofacial“ (58 Therapeuten), „MST laryngeal“ (52), „MST pulmonal“ (52) und „MST faszial“ (35) wurden am häufigsten besucht. An der Veranstaltung „MST refresher“ hatten lediglich 14 von 60 befragten Therapeuten teilgenommen. Eine Zertifizierungsmöglichkeit zur Manuellen Stimmtherapie wurde nach Abschluss der Studie im Herbst 2012 eingeführt.

Methode

Die vorliegenden Daten wurden durch einen standardisierten Fragebogen erhoben, der im Oktober/November 2011 an 81 Teilnehmer von Fortbildungen zur Manuellen Stimmtherapie verschickt wurde. Zuvor war der Fragebogen in einem Pre-Test mit vier Teilnehmern getestet und angepasst worden. Vom Rücklauf konnten 60 vollständig beantwortete Fragebögen nach einer Anonymisierung zur statistischen Auswertung herangezogen werden.

Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Fragebogenstudie anhand der wichtigsten Fragen zur Wirksamkeit des Konzepts der Manuellen Stimmtherapie dargestellt.

Selbsteinschätzung der Sicherheit in der Durchführung der Diagnostik und Therapie

Die Teilnehmer der Umfrage sollten zunächst angeben, wie sicher sie sich in folgenden Bereichen der MST-Diagnostik und -Therapie fühlen: Sichtbefund, Tastbefund, Bewegungsbefund, MST-Techniken. Dabei konnten sie zwischen fünf Kategorien wählen, von „sehr sicher“ bis „sehr unsicher“ (Tab. 2). Bei der Durchführung des Sichtbefundes fühlten sich 71 %, im Tastbefund 73 % und im Bewegungsbefund 52 % der Therapeuten „sicher“ bis „ziemlich sicher“. Die übrigen Teilnehmer fühlten sich „zum Teil sicher“. Bei der Therapie gaben 72 % der Therapeuten an, „ziemlich sicher“ bis „sehr sicher“ in der Anwendung der MST-Techniken zu sein, die übrigen Therapeuten waren „teilweise sicher“. Die Kategorie „ziemlich unsicher“ oder „sehr unsicher“ wurden von keinem Therapeuten angegeben. Angesichts dieser positiven Selbsteinschätzung gewinnen die weiteren Bewertungen der Therapeuten hinsichtlich der Bedeutung der MST-Therapie für den Therapieerfolg an Aussagekraft.

■ **Tab. 4: Anteil der Therapeuten, die Verbesserungen bei ihren Patienten erzielen konnten, und Grad der Verbesserungen in vier Stufen zwischen 0 und 100 %**

Verbesserungen	0-25 %	26-50 %	51-75 %	76-100 %
Atmung	3 %	10 %	42 %	38 %
Stimme	2 %	18 %	33 %	40 %
Schmerzen	3 %	15 %	30 %	37 %
Schlucken	5 %	15 %	38 %	25 %
Haltung	2 %	27 %	35 %	18 %
Beweglichkeit	3 %	15 %	35 %	40 %
Körperwahrnehmung	7 %	18 %	27 %	38 %
Kehl- und Kieferweite	3 %	18 %	23 %	37 %

■ **Tab. 2: Selbsteinschätzung der Therapeuten hinsichtlich MST-Diagnostik und -Therapie**

Kategorie	Sichtbefund	Tastbefund	Bewegungsbefund	MST-Techniken
sehr sicher	13 %	23 %	12 %	12 %
ziemlich sicher	58 %	50 %	40 %	60 %
teilweise sicher	29 %	27 %	48 %	28 %
ziemlich unsicher	0 %	0 %	0 %	0 %
sehr unsicher	0 %	0 %	0 %	0 %

■ **Tab. 3: Anteil der Therapeuten, die fehlende Diagnostik- und -behandlungsmethoden vor dem Kennenlernen der MST angaben**

	Dysfunktion Larynx	Fehlbiss	Gaumenfehl-lage	Atem-dysfunktionen
Diagnostik	38 %	28 %	33 %	50 %
Behandlung	52 %	35 %	45 %	40 %

Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten vor dem Kennenlernen der MST

Weiterhin wurde gefragt, welche Diagnostik und Behandlungstechniken die Therapeuten vor dem Kennenlernen der MST bei verschiedenen Störungsbildern eingesetzt haben: Dysphonie, Bewegungsverlust des Larynx, orofaciale Störungen, Fehlbiss, Zungenfehl-lage, Gaumenfehlstellung, myofunktionellen Störungen und Atemdysfunktionen. Bei Störungen des Schluckablaufs, bei orofacialen Störungen, bei Zungenfehl-lage und bei myofunktionellen Störungen benannten die Therapeuten konkrete Möglichkeiten zur Diagnostik und Behandlung. Viele der Therapeuten hatten dagegen vor dem Kennenlernen der MST keine Möglichkeiten zur Behandlung von Bewegungsverlusten im Bereich des Larynx, bei Fehlbiss, Gaumenfehlstellung und Atemdysfunktionen. So gaben 52 % der Therapeuten an, vor dem Kennenlernen der MST keine Behandlungsmöglichkeit für die Dysfunktion des Larynx, 50 % keine Möglichkeit zur Diagnostik und 40 % keine Möglichkeit zur Behandlung von Atemdysfunktionen gehabt zu haben. 45 %

der Therapeuten hatten keine Behandlungsmöglichkeit bei Gaumenfehl-lage (Tab. 3). Somit hat die MST insbesondere bei den genannten Störungsbildern zu einer Erweiterung der therapeutischen Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten geführt.

Verbesserung der Funktionsbereiche der Patienten

Die nächste Frage galt dem Therapieerfolg: „Bei wie vielen Patienten, die Sie in den vergangenen 12 Monaten mit der MST-Griff-technik behandelt haben, konnten Sie die folgenden Veränderungen feststellen: deutliche Verbesserung der Atmung, der Stimme, der Schmerzen, des Schluckvorganges, der Haltung, der Gesamtbeweglichkeit der atem-, stimm-, artikulations- sowie schluckgebenden Organe, der Körperwahrnehmung und sonstige Verbesserungen?“ Die befragten Therapeuten (Tab. 4) konnten für jeden Funktionsbereich aus vier Stufen zwischen 0 und 100 % wählen, bei wie vielen ihrer mit MST-Techniken behandelten Patienten eine Verbesserung in den einzelnen Funktionsbereichen eingetreten war. Die angegebenen Verbesserungen bewegten sich überwiegend im Bereich zwischen 51 und 100 %. Verbesserungen in dieser Größenordnung nannten im Bereich der Atmung 80 %, der Stimme 73 %, der Schmerzen 67 %, des Schluckens 63 %, Körperhaltung 53 %, der Gesamtbeweglichkeit der atem-, stimm-, artikulations- und schluckgebenden Organe 75 %, der Körperwahrnehmung 65 % und der Kehl- und Kieferweite 60 % der Therapeuten. Unter „sonstige Verbesserungen“ nannten sie mehrfach die Verbesserung des Wohlfindens der Patienten, eine gute Tonusregulierung, eine verbesserte intraorale Sensibili-

tät sowie eine Verbesserung der emotionalen Stabilität. Die Patienten waren weniger müde und wurden aktiver. Die Therapeuten unterstrichen die verbesserte Therapiemotivation mit mehr Vertrauen der Patienten in den eigenen Körper.

Somit bestätigten die Teilnehmer der Befragung überwiegend sehr deutliche Funktionsverbesserungen und die Schmerzreduktion bei ihren Patienten.

Kombination der Manuellen Stimmtherapie mit anderen Therapiemethoden

Weiterhin wurden die Teilnehmer gefragt, welche anderen Behandlungsmethoden sie mit der MST bei ihren drei am meisten behandelten Krankheitsbildern kombinieren.

Im Bereich der Stimmtherapie wurden am häufigsten die Funktionale Stimmtherapie, die Akzent- und Resonanzmethode und die Personale Stimmtherapie genannt.

Im Bereich der Schlucktherapie wurde die MST häufig mit der Orofazialen Regulationstherapie nach Castillo Morales, der Therapie des Facio-Oralen Trakts (F.O.T.T.), der funktionellen Schlucktherapie, der Propriozeptiven Neuromuskulären Fazilitation (PNF) und dem Erlernen von Schluckmanövern kombiniert.

Die Einschätzung der Wichtigkeit der MST in Bezug auf Krankheitsbilder

In einer Tabelle mit 15 Krankheitsbildern konnten die Befragten ankreuzen, für wie wichtig sie den Einsatz der MST-Technik für einen erfolgreichen Behandlungsabschluss halten. Dafür standen fünf Kategorien von „sehr wichtig“ bis „sehr unwichtig“ zur Auswahl sowie „kann ich nicht sagen“ und „kein Patient“. Die Tabelle 5 fasst die wichtigsten Ergebnisse zusammen.

Als „sehr wichtig“ bis „wichtig“ schätzten 88% der Therapeuten die MST zur Behandlung der Dysphonie ein, 70% der Dysphagie, 62% von Parkinson, 59% myofunktionaler Störungen,

52% craniomandibuläre Dysfunktion, 50% bei onkologischer Nachbehandlung, 42% bei Amyotropher Lateralsklerose sowie jeweils 38% bei Fehlbiss und Multipler Sklerose.

Dies belegt die weit gefächerten Einsatzmöglichkeiten der MST und ihre Bedeutung für den Behandlungserfolg bei zahlreichen Krankheitsbildern.

Rezidivhäufigkeit nach der MST-Behandlung

Eine weitere Frage betraf die Häufigkeit von Rezidiven nach einer mit MST-Techniken erfolgreich abgeschlossenen Behandlung.

Dabei gaben immerhin 48% der befragten Therapeuten an, dass keine Rezidive auftraten. Nur 15% der Therapeuten nannten Rezidive, die zumeist eine Nachbehandlung erforderten. Keine Angaben machten 28% der Therapeuten. Berücksichtigt man nur die Therapeuten, die sich zu den Rezidiven äußerten, traten bei zwei Dritteln keine Rezidive nach der Behandlung mit MST auf. Dies spricht für den erfolgreichen Einsatz der MST-Techniken.

Besonderheiten und das „Bild“ der Manuellen Stimmtherapie

Die letzten zwei offenen Fragen bezogen sich darauf, worin die Therapeuten die Besonderheiten des Konzeptes der Manuellen Stimmtherapie sehen und welches Bild sie mit der MST verbinden. Sie beantworteten diese Frage unter anderem mit der Pioniertätigkeit der Manuellen Techniken in der logopädischen Arbeit. Sie beschrieben die Wichtigkeit, mit den Händen arbeiten zu können und damit über den Körper Verbesserungen bei Stimm-, Sprech- und Schluckproblemen zu erreichen. Sie sahen in der Manuellen Stimmtherapie die Möglichkeit, sich mit einem anderen Menschen und seinen Problemen direkt auseinanderzusetzen und eine konkret spürbare Hilfe geben zu können.

■ **Tab. 5: Anteil der Therapeuten, die die MST zur Behandlung einiger Krankheitsbilder für „sehr wichtig“ und „wichtig“ halten**

Anzahl der Befragten	wichtig	sehr wichtig	Summe
Dysphonie	30 %	58 %	88 %
Dysphagie	40 %	30 %	70 %
Parkinson	40 %	22 %	62 %
myofunktionelle Störung	37 %	22 %	59 %
cranio-mandibuläre Dysfunktion	22 %	30 %	52 %
onkologische Nachbehandlung	17 %	33 %	50 %
Amyotrophe Lateralsklerose	15 %	27 %	42 %
Fehlbiss	20 %	18 %	38 %
Multiple Sklerose	25 %	13 %	38 %

Das Konzept der Manuellen Stimmtherapie wurde als eine Kombination gezielter Grifftechniken mit einem hohen Maß an Einfühlungsvermögen beschrieben, die unmittelbar Veränderung, Entspannung und Erleichterung für den Patienten bieten. Die MST ermöglicht laut den Therapeuten auch dort Fortschritte, wo aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes keine aktiven Übungen möglich sind.

Eine Therapeutin beurteilte die Manuelle Stimmtherapie dahingehend, dass sie die Möglichkeiten der logopädischen Arbeit als ganzheitliches Konzept ungemein erweitert, logische physiologische/anatomische Zusammenhänge in Kombination mit seelisch-emotionalen Vorgängen/Wohlbefinden bietet, die gleichermaßen am Heilungsprozess Anteil und bei der MST Wichtigkeit haben. Eine andere bemerkte, dass aus ihrer Sicht die Manuelle Stimmtherapie tiefgreifender als aktive Tonusübungen wirken.

Die Frage nach einem „Bild“ für die MST beantwortete eine Therapeutin mit dem Songtext „I can feel it in my fingers“, also der eigentlichen Bedeutung des Wortes „behandeln“.

Diskussion

Neben der insgesamt positiven Einschätzung der MST wurde durch die Fragebogenstudie deutlich, in welchen Bereichen das Konzept verbessert werden kann. So ist der Bewegungsbefund mit dem Ausmaß der physiologisch zu erwartenden Bewegungsfähigkeit für den Stimm- und Schlucktherapeuten ungewohnt (vgl. Sicherheit, Tab. 2). Neu ist auch die Interpretation der Verbesserung der Körperhaltung in Verbindung mit dem Stimmbefund (vgl. Haltung, Tab. 4). Und auch das gespiegelte Nachahmen der Bewegungsverluste stellt für die Therapeuten eine Herausforderung dar (mündliches Feedback).

Somit wird zukünftig in Veranstaltungen noch mehr Raum für die Diagnostik im Be-

wegungs- und Haltungsbefund gegeben und Wert auf die Umsetzung in der Therapie gelegt werden.

Fazit und Ausblick

Einige Studien zu Manuellen Techniken im Bereich der Dysphonietherapie bestätigen ihre Wirksamkeit für den Patienten/Klienten. Auch die hier vorgestellte Fragebogenstudie zur therapeutischen Anwendung der MST bietet erste Hinweise darauf, dass die Therapeuten, die sich mit dem Konzept vertraut gemacht haben, sie mit Erfolg am Klienten einsetzen und als Bereicherung für ihre Arbeit empfinden. Die Techniken werden insbesondere auch in der Schlucktherapie verwendet. Es wäre wünschenswert, die Verbesserung des Schluckvorgangs durch erhöhte Mobilität des laryngealen Traktes und damit einer Erleichterung der Kehlkopfhebung, um der Aspiration von Nahrung entgegenzuwirken, durch klinische Studien nachzuweisen.

LITERATUR

- Albrecht, H. (2012). Lob der Erfahrung. *Die Zeit* 19, 33-34
- Anguswarangsee, T. & Morrison, D. (2002). Extrinsic laryngeal muscular tension in patients with voice disorders. *Journal of Voice Volume* 16 (3), 333-343
- Bauer, J. (2006). *Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. München: Heyne
- Hammann, C. (1994). *Der stimmige Lehrer – Der schweigende Pädagoge*. Dissertation an der Universität zu Köln im Fachgebiet Sprachheilpädagogik
- Hülse, M. (1991). Die vertebrale Komponente bei der hyperfunktionellen Dysphonie. In: Gundermann, H. (Hrsg.), *Die Krankheit der Stimme – die Stimme der Krankheit* (83-94). Stuttgart: Gustav Fischer
- Iwarsson, J. & Sundberg, J. (1998). Effects of lung volume on vertical larynx position during phonation. *Journal of Voice* 12(2), 159-165
- Kooijman, P.G.C., de Jong, F.I., Oudes, M.J., Huinck, W., van Acht, H. & Graamans, K. (2005). Muscular

tension and body posture in relation to voice handicap and voice quality in teachers with persistent voice complaints. *Folia Phoniatrica et Logopaedica* 57 (3), 134-147

- Lehnert, B., Schlasze, H., Siebertz, S. & Neuschaefer-Rube, C. (2010). Entspannung als Wirkfaktor in der manuellen Stimmbehandlung. Vortrag auf der 27. Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V., <http://www.egms.de/static/de/meetings/dgpp2010/10dggpp47.shtml> (04.04.2013)
- Lieberman, J. (1998). Principles and techniques of manual therapy: applications in the management of dysphonia. In: Harris, T., Harris, S., Rubin, J. & Howard, D. (Hrsg.), *The Voice Clinic Handbook* (91-138). London: Whurr
- Münch, G. (1997). *Manuelle Stimmtherapie, eine Therapie, die berührt*. Zulassungsarbeit an der Universität Regensburg
- Münch, G. (2011). *Manuelle Stimmtherapie (MST), eine Therapie, die berührt. Kompendium der manuellen Techniken zur Behandlung von Dysphonien im Einflussbereich von Atem, Artikulation, Schlucken und Stimme*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Roy, N., Bless, D.N., Heisey, D. & Ford, C. (1997). Manual circumlaryngeal for functional dysphonia: an evaluation of short and long-term treatment outcomes. *Journal of Voice* 11 (3), 321-331
- Roy, N., Nissen, S., Dromey, C. & Sapir, S. (2009). Articulatory changes in muscle tension dysphonia: evidence of vowel space expansion following manual circumlaryngeal therapy. *Journal of Communication Disorders* 42 (2), 124-135
- Schönweiler, R. (2011). Manualtherapie: Alternative zur Übungstherapie. *Sprache – Stimme – Gehör* 35 (1), 3-4
- Van Lierde, K.M., De Bodt, M., Dhaeseleer, E., Wuyts, F. & Claeys, S. (2010). The Treatment of muscle tension dysphonia: a comparison of two treatment techniques by means of an objective multiparameter approach. *Journal of Voice* 24 (3), 294-301

An der Fragebogenerstellung und Studienauswertung waren Dagmar Bode (Diplom-Geographin) und Corinna Schultheiss (Patholinguistin) beteiligt.

SUMMARY. A questionnaire study to survey the therapeutic application of the concept of manual voice therapy

We present a study on the use of the concept of manual voice therapy in the therapeutic routine. The data were collected by using a standardized questionnaire. The 60 participants were speech therapists or professionals from similar fields. They treated 4443 patients with the concept of manual voice treatment within 12 months. The participants feel safe and comfortable treating patients with the method. From the participants perspective the therapy is regarded as very important for the successful treatment of disease patterns of dysphonia, dysphagia, neurological diseases, incorrect bite, craniomandibular dysfunction, post-treatments in oncology and myofunctional disorders. The concept of the manual voice therapy has brought new perspectives into therapy and can easily be combined with other treatment methods.

KEYWORDS: Manual voice treatment – dysphonia – dysphagia – speech therapy

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2013-53020130404

Autorin

Gabriele Münch
Behlerstr. 18
14469 Potsdam
info@manuelle-stimmtherapie.de