

„Hast Du noch Töne?“

Psychologische Aspekte der Ätiologie, Diagnostik und Therapie der gestörten Stimme

Vortrag, gehalten auf dem 5. Wiss. Symposium des dbs Jan. 2004
erschieden in „Hauptsache Stimme“, Tagungsbericht dbs, ISBN 3-935204-31-0
Autor: Dipl. Psych. Michael Wolfart

1. Wie uns Stimme auf- und einfällt...

- **Der Stimme erinnern wir uns erst, wenn sie nicht mehr stimmt**

Die menschliche Stimme ist bis heute –trotz Internet und e-mail –wesentliches Medium der menschlichen Kommunikation. Gerade weil sie so allgegenwärtig und selbst-verständlich ist, fällt sie uns als eigenständiges Phänomen erst auf, wenn sie ausfällt, gestört ist, oder besonders ungewohnt klingt. Hier gilt, was H.G. Gadamer als die „Verborgeneheit der Gesundheit“ beschrieben hat: Der gesunde, der funktionierende Organismus bleibt uns weitgehend verborgen, unbewußt. Er wird uns erst durch sein Entgleisen, durch die Krankheit bewußt. Was da aber spürbar, hörbar und manchmal auch sichtbar wird, ist nicht „die Krankheit selbst“ (die ist nämlich nur ein Name, ein auf Übereinkunft beruhendes Konstrukt) sondern in der Regel bereits ein Lösungs-oder Kompensationsversuch des Organismus, um die gestörte Funktion auszugleichen. Typisches Beispiel sind die sog. hyperfunktionellen Dysphonien, die häufig nur ein Versuch sind, das nicht mehr funktionale Muster der Unterspannung durch eine Über-Spannung zu kompensieren..

- **Diagnostik ist individuelles szenisches Verstehen:**

Das sichtbare oder hörbare Symptom ist nur ein verschlüsselter Ausschnitt aus dem Lebensfilm, eine Momentaufnahme, die wir erst verstehen können, wenn wir das **Skript des Films, seine Dramaturgie kennenlernen**, aus dem sie stammt. Erst das Hervorlocken und Verstehen dieses Hintergrunds, der immer zugleich eine leibliche, seelische und kommunikativ-soziale Dimension hat, der also sowohl Zustand, wie auch Geschichte ist, verdient eigentlich den Namen Diagnostik (= Hindurch-Erkennen).

Wir nennen diese Kunst auch **Hermeneutik**, d.h. die Lehre vom einführenden, verstehenden Finden. Wenn sich Diagnostiker und Patient über den Titel und Inhalt dieses Films einig werden und darüber hinaus auch darüber verständigen können, wie der Film denn nun weitergehen sollte, dann hat die Therapie bereits begonnen.

Verhalten wir uns entsprechend dieser Einsicht, so sollte Diagnostik und Therapie von Stimmstörungen also immer ein höchst individuelles auf den einzelnen Patienten und seine bio-psycho-soziale Situation zugeschnittenes

Unternehmen sein. Dies werde ich im Folgenden zunächst illustrieren durch einige Fallgeschichten.

Dabei beschreibe ich das Vorgehen so, wie es derzeit in unserer Abteilung üblich ist. Daß dies keineswegs immer und überall so läuft, vielmehr ganz unterschiedlich verfahren wird, darauf werde ich später noch eingehen.

2. Fallvignetten:

Fall 1

Eine 32-jährige Frau hat nach einem Infekt mit Halsschmerzen eine Heiserkeit entwickelt, die nach Abklingen der Erkältung sich so weit intensiviert, daß die Stimme immer leiser, heiserer und manchmal völlig aphon wird. Dieser Zustand hielt zuletzt über mehrere Monate an.

In der phoniatischen Diagnose werden der anatomisch unauffällige Kehlkopf, die reizlosen, glatten und seitengleich beweglichen Stimmlippen, sowie der weitgehend komplette Glottisschluß festgestellt. Die Diagnose lautet auf „funktionelle Aphonie“ (F44.4).

Als Auslöser werden bereits von der Phoniaterin *Stressfaktoren* angenommen und es wird schon hier deutlich, daß es sich um eine extrem leistungsorientierte, leicht anorektisch wirkende Person handelt, die zu permanenter physischer und psychischer Selbstüberforderung neigt. Sie ist in der Personalvermittlung tätig und lebt in einer großen europäischen Metropole.

Es wird eine kombinierte psychologisch-logopädische Intensivtherapie empfohlen.

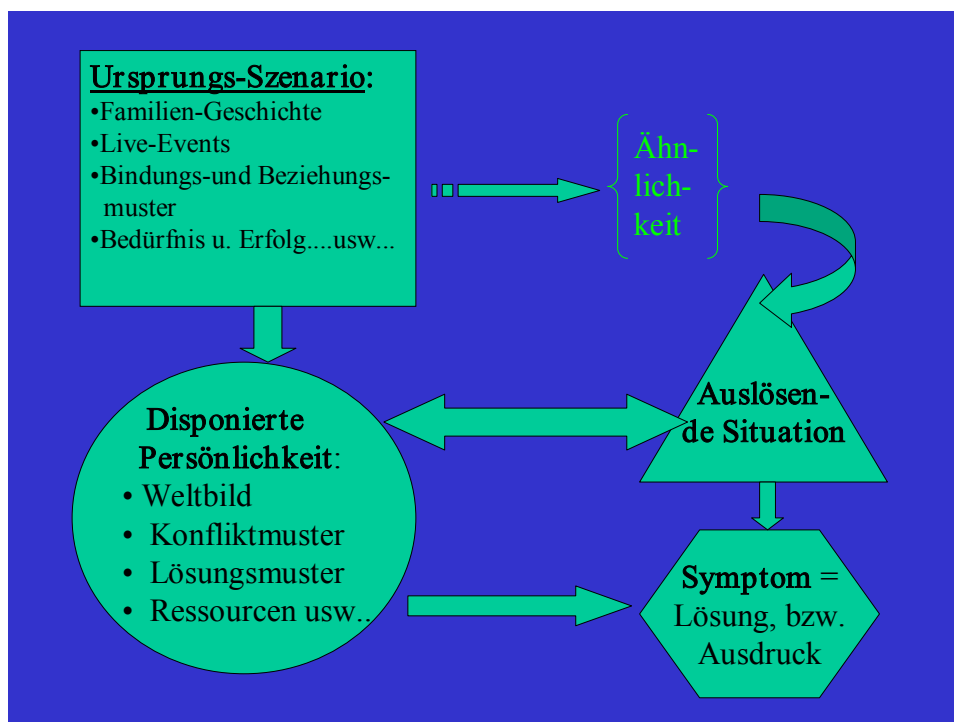
Im psychologischen Erstgespräch werden drei lebensgeschichtliche Episoden und Muster eruiert, die strukturell ähnlich sind und in denen jeweils eine Erwartung an eine wichtige Beziehung enttäuscht wurde.

- a) Als auslösenden Konflikt berichtet sie: Ihr Chef, für den sie unter großen Opfern das Geschäft mit aufgebaut hat, habe sie um einen Teil der Einnahmen betrogen.
- b) Ihr italienischer Freund, der ständig ambivalent bleibt und sich nicht entscheidet, ob er Freundin, Beruf oder seine Mamma in Rom wichtiger finden soll.
- c) Ihr Vater, der ihr sehr wichtig war, der aber als Manager selten zu Hause war und dann die Familie ganz verließ. Bei Erwähnung des Vaters bricht sie in heftiges Schluchzen aus, das ihr selbst unverständlich erscheint.

Die beiden aktuellen Episoden weisen emotionale Parallelen mit der Vatergeschichte auf. Gleichzeitig wird deutlich, daß die Patientin als bisher erfolgreiches Lösungsmuster gelernt hat, daß Leistung den Hunger nach Anerkennung stillen kann.

Meine Hypothese ist also, daß das bisher gut funktionierende Krisen-Muster der Patientin durch die Massierung der Fälle und durch ihre psychophysische

Überforderung zusammengebrochen ist. Das, was bisher nicht gefühlt, nicht gezeigt werden durfte, sondern durch berufliche Höchstleistung überspielt werden mußte, nämlich die Trauer um das Verlorene, die Enttäuschung und die Sehnsucht nach Akzeptiert-und Gesehen-werden um ihrer selbst willen, somatisiert sich und bekommt im Symptom eine zulässige Ausdrucksmöglichkeit, über die auch geklagt werden darf. Gleichzeitig eröffnet dieses Symptom scheinbar einen Weg aus dem Konflikt.



In der kombinierten psychologisch-logopädischen Therapie kann die Patientin sowohl von der körperlichen, wie von der seelischen Seite her eine "neue Haltung" zu ihrem Konflikt einnehmen lernen. **Trauer ausdrücken ist nun nicht mehr gleichbedeutend mit "den Kampf aufgeben" oder verlieren.** Die Stimme ist innerhalb weniger Wochen wieder voll da.

Man kann diese Fallgeschichte nun mit verschiedenen theoretischen Konstrukten analysieren, womit ich Sie im Moment verschonen will.

Wichtiger scheint mir, was therapeutisch geschieht

- Nicht die theoretischen Erklärungsmodelle, nicht das theoretische Wissen des Therapeuten spielen die Hauptrolle, sondern zunächst die Erfahrung der Patientin, daß ihr Konflikt und ihr Verhalten ohne Wertung verstanden und für plausibel befunden wird.
- Daraus resultiert die Möglichkeit, ihren Konflikt selbst zu verstehen, ihn nochmals neu zu formulieren und aus der Sprachlosigkeit zu befreien.
- Im geschützten Raum werden nun gezielt alte Deutungs- und Lebensmuster nochmals formuliert aber auch in ihrer Funktionalität hinterfragt. Könnte man das ersehnte Ziel nicht auch anders erreichen? Damit werden neue

Lösungsoptionen sichtbar, die die vorläufige Lösung durch das somatische Symptom überflüssig machen können.

Insofern wäre zwar ein rein phoniatischer bzw. logopädischer Therapieversuch zwar möglicherweise auch erfolgreich gewesen, aber er hätte die Patientin nur in ihr altes dysfunktionales Weltbild zurück entlassen. Er hätte das Symptom vielleicht „wegtherapiert“, ohne seinen Hinweisharakter zu verstehen. So aber hat die Patientin die Signalfunktion ihrer Symptomatik nutzen können und hat begonnen ihre weiche und bedürftige Seite mehr zuzulassen.

Hier scheint, wie bei vielen plötzlich auftretenden Aphonien der psychische Konflikt noch weitgehend an der Oberfläche zu liegen und ist oft durch geschicktes Nachfragen leicht aufzudecken. Man könnte diesen Typus im Begriffssystem des ICD 10 als akute oder posttraumatische Belastungsstörungen einordnen

Fall 2 (kein Video)

Ganz anders liegen die Dinge bei der folgenden Geschichte:

Eine 26-jährige Sängerin wird mit einer als psychogen diagnostizierten Stimmstörung zum psychologischen Gespräch überwiesen.

Sie stammt aus einer bekannten Musikerfamilie und es war klar, daß auch sie Musikerin werden sollte. Sie hatte nacheinander Klavier, Geige und Harfe bis fast zur Konzertreife gelernt, hatte die Karriere jedoch jeweils wegen einer Fingerkuppen-allergie aufgeben müssen. Eigentlich wollte sie aber schon immer Sängerin werden.

Auch hier war sie zunächst erfolgreich, bekam aber vor dem ersten Engagement eine Luftröhren- und Kehlkopfezündung.

Jetzt sei - wieder kurz vor dem Vorsingen - diese dumme Stimmstörung aufgetaucht..

Im Erstgespräch wird deutlich, daß sie ihre Eltern sehr stark idealisiert. Es sind die besten, die tollsten, die rundum perfekten Eltern. Sie zu frustrieren, indem die Tochter etwa keine so perfekte Musikerin wird, in ihrer Leistung nachläßt, oder gar einen anderen Beruf ergreift, scheint im Horizont dieser Familie ein fast undenkbarer Vorgang.

Auch hier kommt das Symptom mehrmals und sogar in erfindungsreichen Variationen zu Hilfe. Die jeweiligen Störungen haben Krankheitswert, zwingen zur Ruhe, müssen behandelt werden. Sie ermöglichen das, was eigentlich dringend geboten wäre, ohne gegen die steile Familien-Norm offen zu rebellieren.

Fall-Vignette 2)

Im Unterschied zum vorher dargestellten Fall, ist aber diese Patientin weit davon entfernt, hier einen Zusammenhang zu sehen. Im Gegenteil, sie ist eigentlich schon gekränkt von der Tatsache, daß sie zum Psychologen geschickt wird, daß ihre Stimmstörung nicht als rein somatisch anerkannt wird. Die phoniatisch gestellte Diagnose: „Verdacht auf psychogene

Stimmstörung“ wird für sie zur Verdächtigung, gegen die sie sich mit aller Entschiedenheit wehrt.

Nach zwei Sitzungen ließ die Patientin telefonisch mitteilen, daß sie vielleicht zu einem späteren Zeitpunkt auf unser Behandlungsangebot zurückkommen wolle.

Hier kann man nun eher von einer **klassischen Konversionsneurose** im psychoanalytischen Sinne sprechen. (Im ICD 10 als dissoziative oder Konversions-Störungen chiffriert).

Der zugrundeliegende psychische Konflikt wird prinzipiell geleugnet, weil er der Verdrängung anheimgefallen ist. Wäre die Patientin in der Lage, den sie belastenden Konflikt bewußt wahrzunehmen und ihn verbal zu benennen, dann wäre keine Konversion ins Somatische erfolgt. Gleichzeitig ist der sekundäre Krankheitsgewinn, bzw. das, was das Symptom als Lösung anbietet zunächst allen anderen Lösungen überlegen. Hier ist keine schmerzhaft Auseinandersetzung mit sich selbst und der Familie zu erwarten, hier ist niemand „schuld“ an irgend etwas, hier ist man einfach nur krank.

Nun zu einer dritten Fallvignette, die einen ebenfalls häufig zu beobachtenden Typus von Stimmpatienten beleuchtet:

(Fall-Vignette 3)

Eine 57-jährige Patientin wird mir wegen Räusperzwang, Heiserkeit und Globusgefühl im Hals direkt nach der phoniatischen Untersuchung zum psychologischen Gespräch überwiesen.

Ihr Räuspern ist meist schon von weitem im Wartezimmer zu vernehmen. Es klingt wie ein ärgerliches, gereiztes Bellen, dem gleich ein deutliches Wort folgend könnte.

Dieses Wort wird man von dieser Patientin jedoch nie hören. Sie wirkt vielmehr rundum adrett, geordnet und kontrolliert. Selbst beim Erzählen von äußerst negativen Erfahrungen lächelt sie verbindlich, so als wollte sie sagen: „Sehen Sie, ich beklage mich nicht, ich schaffe das schon!“ Sie berichtet von einer 8 Jahre anhaltenden extremen mobbing-Erfahrung durch ihren Chef, dem sie als äußerst korrekte Sekretärin treu gedient habe. Sie habe zuletzt nur noch im Stehen Mittag gegessen und seit 11 Jahren keinen Urlaub mehr gemacht. Schon seit ihrer Kindheit hat sie Bedrohungen von außen immer durch gesteigerte Korrektheit bewältigt.

Die Patientin hat eine lange, sorgfältig dokumentierte Geschichte von vegetativen Störungen, unklaren Organerkrankungen und entsprechenden Facharzt-Konsultationen aufzuweisen, die bereits in der Kindheit einsetzt. In den psychotherapeutischen Sitzungen, von denen sie auch bei Krankheit keine versäumt, zeigt sie eine deutliche Unfähigkeit, ihre eigenen Gefühle wahrzunehmen bzw. zu benennen. Ihre Mimik ist maskenhaft freundlich und starr, selbst wenn sie von horormäßigen Lebenssituationen erzählt. Einen

Zusammenhang zwischen ihren unzähligen kränkenden Lebensereignissen und ihrer Symptomatik kann sie nicht erkennen. Ihr Therapieziel ist, wie schon bei allen vorangegangenen vegetativen Erkrankungen klar auf die Beseitigung des Symptoms fixiert.

Diese häufig chronifizierte Dysphonie habe ich unter dem Arbeitstitel „*Alexithymie*“ (was so viel heißt, wie Gefühls-analphabetismus) eingeordnet. Die Patientinnen zeigen häufig eine fassadenhafte Freundlichkeit und sind in ihrer Gefühlswelt sowohl für andere, wie für sich selbst schwer erreichbar. (sie tauchen im ICD eher unter den Persönlichkeitsstörungen auf).

Hier ist die innere Gefühls-Kommunikation seit der Kindheit gestört. Die daraus entstehende Unfähigkeit, z.B. unerträgliche Situationen auch als solche wahrzunehmen führt ebenfalls zu körperlichen Symptomen. Dieser Ausweg kann aber nicht durch Aufdeckung oder Bewußtmachung überwunden werden. Vielmehr ist hier eine sehr langwierige und mühsame Nachnahrung und Gefühls-Alphabetisierung notwendig, die häufig den Rahmen einer niederfrequenten psychologischen Therapie sprengt.

Die hier dargestellten drei Typen decken natürlich nicht das Feld möglicher psychogener Dysphonien ab. Sie sind nur Beispiele für die enorme Unterschiedlichkeit der Ursachen und Erscheinungsformen und die notwendigerweise unterschiedlichen Behandlungsformen.

Das vorher dargestellte Verlaufs-Modell kann für alle möglichen psychischen und psychosomatischen Symptome und nicht nur für Stimmstörungen verwendet werden.

Das Phänomen Stimme hat aber aus psychologischer und anthropologischer Perspektive einige Besonderheiten, auf die ich kurz eingehen möchte

3. Anthropologische Dimensionen der Stimme

- Stimme gestaltet Beziehung:

Wir wissen aus der Kommunikationstheorie, daß nicht nur der *digitale* Inhalt einer Botschaft wichtig ist, sondern auch ihre *analoge* Einbettung oder „Begleitmusik“, also in unserem Zusammenhang neben Gestik und Mimik eben die Stimme. (Folie 9: „**setz dich endlich durch...!**“) Sie können nach einem kurzen Blick auf die Szene schon ahnen, wie es in dieser Beziehung um die

Dominanz bestellt ist und sich vielleicht sogar den Stimmklang dieser beiden vorstellen.

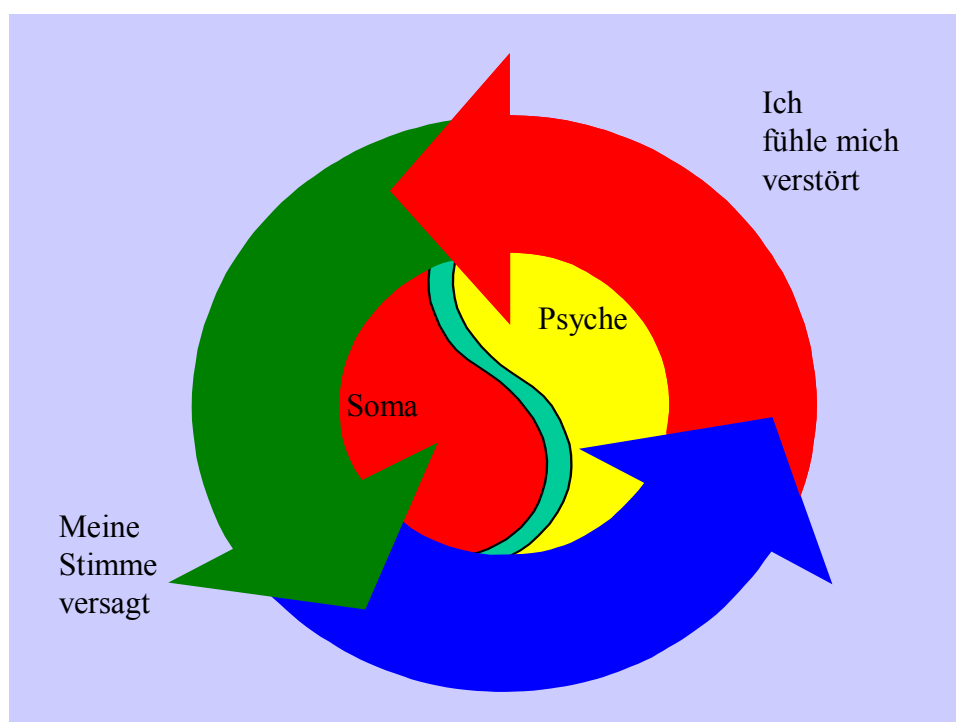
Wir wissen auch, daß es gerade dieses Medium ist, das uns emotional verstehen läßt, wie eine bestimmte verbale Botschaft gemeint ist, bzw. in welche **kommunikative Beziehung** zu mir sich der Sprecher setzt (C'est le ton, qui fait la musique). Und wir wissen, daß dies eine entwicklungsbiologisch sehr früh und elementar angelegte Fähigkeit ist, die schon den Tieren angeboren ist. Lange bevor das Kind ein einziges Wort entschlüsseln kann, versteht es den emotionalen, beziehungsmaßigen Sinn einer stimmlichen Botschaft.

(Anthropol. Dimensionen...)

Wir können also festhalten : **Die Stimme ist eines der wichtigsten Medien der Beziehungsgestaltung.**

Und dies gilt nicht nur für die Beziehung *zwischen* den Individuen, sondern auch für das Verhältnis der *Person zu sich selbst*, also, ihr inneres **Selbst-Verständnis**, ihre **innere Gestimmtheit**. Wir hören in der Stimme auch eine Art **akustisches Hologramm der Persönlichkeit** hindurchtönen (=per-sonare), das ähnlich unverwechselbar ist, wie ein Fingerabdruck oder ein genetischer Code. Ist diese wichtige Konstante der persönlichen Selbstvergewisserung jedoch durch organische Erkrankung oder Überbeanspruchung, bzw. falsche Nutzung beschädigt, so wirkt umgekehrt die Wahrnehmung dieser nun fremd klingenden Stimme ebenfalls auf die Psyche: Ich bin beunruhigt, verstört, in meinem Identitätsgefühl beeinträchtigt. Dieser **somatopsychische** Ablauf sollte immer mit berücksichtigt werden, zumal er als Rückkoppelung natürlich auch im psychosomatischen Fall mit dabei ist.

Psycho-somato-psycho-Wechselwirkung



- **Störung der Stimme= Ausdruck gestörter Beziehung:**

So erscheint es nur logisch und plausibel, daß gerade unser Stimmapparat mit kurzfristigen oder aber länger dauernden funktionellen Veränderungen bzw. Störungen reagiert, wenn interpersonale Beziehungskonflikte akut oder chronisch auftreten, bzw. wenn die Person mit sich selbst und ihren Vorstellungen von einem gelingenden Leben in Konflikt gerät.

Können diese Konflikte aus irgendeinem Grund nicht dort bearbeitet werden, wo sie entstanden sind, also z.B. im emotional- beziehungsmaßigen Raum, (bzw. in der personalen Selbstvergewisserung) dann verändern sich sowohl die körperliche, wie die seelische Haltung des Menschen.

Was ich mit meinen bisher erlernten Mitteln (coping-Strategien) nicht bewältigen kann, das will ich nicht mehr sehen, nicht mehr spüren, nicht mehr wissen. (Verdrängung)

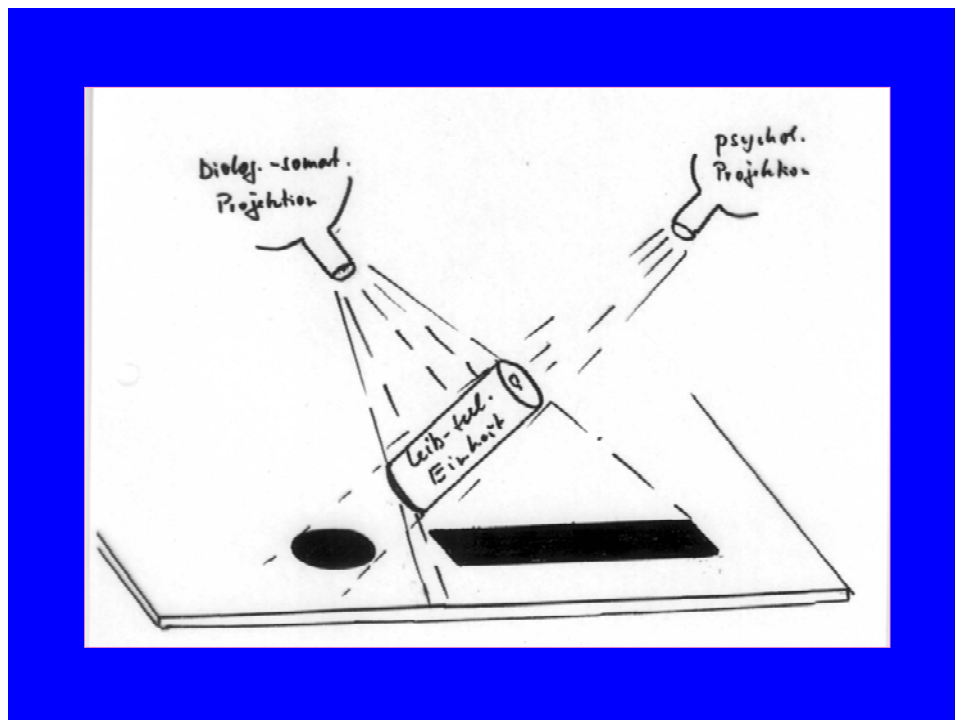
Was ich aber sehr wohl spüren und wissen kann, das ist dann der Kloß im Hals, oder die chronische Heiserkeit. Mit diesen kann ich zum Arzt gehen und sie behandeln lassen.



5 Psyche und Soma, gefangen im Dualismus, oder was ist Ursache und was ist Wirkung, ?

Was wir bis heute über Entstehungsbedingungen und Therapie von nicht rein organischen Stimmstörungen wissen, ist zwar quantitativ relativ umfangreich, qualitativ im Sinne gültiger Erklärungsmodelle geht es jedoch nicht weit über den psychosomatischen Kalauer hinaus, daß da etwas im Patienten oder für den Patienten „nicht stimme“, bzw. daß seine gestörte Stimme wohl mit einer gestörten Stimmung zusammenhänge.

Wir wissen spätestens seit Einstein, daß uns unsere jeweilige Theorie vorgibt, was wir sehen. Wir sehen nur, was wir wissen, bzw. was unsere Untersuchungsinstrumente hergeben.



ARONSON, einer der führenden amerikanischen Stimmheilkundler drückte es einmal so aus. *„If we do not ask about psychological problems, we do not hear about them. If we do not hear about them, we do not believe in them. And, if we do not believe in them, we do not ask about them.“* (Aronson, 1990, S.288)

Unsere gesamte diagnostische und therapeutische Begrifflichkeit ist auf die Bilder und Metaphern angewiesen, die sich in einer über 2000-jährigen Geschichte dualistischer Denksysteme entwickelt haben.

Auch der ernsthafte Versuch einer Zusammenschau, wie ihn die Psychosomatische Heilkunde seit nunmehr 100 Jahren propagiert, leidet letztlich unter diesem psychophysischen Dualismus und wird erst ganz allmählich abgelöst durch die moderne Neuropsychologie, die tatsächlich den Menschen als bio-psycho-soziale Einheit versteht.

Immer noch ist der klinische Alltag geprägt von einer weithin seelenlosen somatischen Medizin und ebenso häufig von einer leibvergessenen Psychotherapie, die überdies beide häufig blind erscheinen gegenüber der konkreten sozialen und biographischen Lebenswelt ihrer Klientinnen.

In der allgemeinen Praxis der Stimm diagnostik und –therapie können wir von Glück sagen, wenn die verschiedenen Fachvertreter sich wenigstens zu Fallkonferenzen treffen und das gemeinsame Esperanto der Psychosomatik sprechen.

Aber selbst das ist keineswegs allgemein üblich. Der interdisziplinäre Blick auf die funktionelle Dysphonie, ihre Anerkennung als psychosomatische Erkrankung ist noch keineswegs gängige Praxis.

Bis heute müssen wir uns letztlich als klinische Praktiker mit dem begnügen, was Victor von WEIZSÄCKER einer der Väter der deutschen Psychosomatik schon 1947 unübertroffen formulierte:

„Die Hauptsache beim Verhältnis von Leib und Seele besteht nicht darin, daß sie zwei Dinge sind, welche nebeneinander da sind und aufeinander wirken, sondern daß sie einander wechselseitig erläutern. Durch die Seele werden wir hellichtig für die unbewußte Vernunft und Leidenschaft des Leibes, durch den Leib werden wir über die natürlichen Notwendigkeiten der Seele belehrt. Diese wechselseitige Erläuterung kann natürlich auf die verschiedensten Arten erfolgen: Erklärung, Phantasie, Ahnung, Schau. Die erklärende Wissenschaft steht dabei am einen, die Poesie am anderen Ende der Reihe, die man nicht absichtlich zu zerreißen braucht.“

5 Persönlichkeit und Stimmstörung

Ich will auf das umfangreiche Thema „gibt es eine Beziehung zwischen Persönlichkeits-Typ und Neigung zur funktionellen oder psychogenen Dysphonie“ hier nicht ausführlich eingehen, Das wäre ein neuer Vortrag..

Es scheint nach der methodisch ausgefeilten und groß angelegten Untersuchung von EGGER; FREIDL u. FRIEDRICH (1992) fast unmöglich, solche Zusammenhänge empirisch nachzuweisen, auch wenn wir als Kliniker immer wieder den Eindruck haben, daß uns in den Dysphonikern bestimmte Typen von Menschen häufiger begegnen. Es sind aber wohl eher bestimmte Typen von menschlichen Konfliktsituationen.

In der bisher umfangreichsten Arbeit zum Problem der psychogenen Dysphonien von STEFANIE KNEIP (2002) kommt die Autorin nach Prüfung aller bisher bekannter Hypothesen zu folgendem Schluß: Es erscheint nicht mehr sinnvoll, die dysphonische Symptomatik nur auf einem theoretischen Hintergrund zu beschreiben.

Ebenso wenig sinnvoll ist es, nach d e r Ursache der Erkrankung zu suchen. Vielmehr handelt es sich immer um ein komplexes multifaktorielles Geschehen, bei dem die einzelnen Faktoren miteinander interagieren und ein rückgekoppeltes Geflecht bilden. Nach eingehender Würdigung dieses multifaktoriellen Geschehens hält es die Autorin für gerechtfertigt, „die funktionell-psychogenen Dysphonienals Ausdruck einer psychosomatischen Erkrankung

aufzufassen. KIESE-HIMMEL und KRUSE (1996) plädieren in diesem Sinne sogar für die Verwendung des Begriffs „psychosomatischer“ anstelle „psychogener“ Dysphonie“. (KNEIP a.a.O. S. 253)

6 Praxeologische Überlegungen – oder wie sag ich’s meinem Patienten ?

Ich vermute, daß viele von Ihnen sich jetzt fragen: „Was können wir denn von den Psychologen lernen, wenn alles so unsicher, so schwammig und so komplex ist?“ Deshalb möchte ich Ihnen doch noch einige Hinweise geben, auf pragmatische Grundregeln im Umgang mit psychosomatischen Stimmpatienten, die auch für die nicht-psychotherapeutischen Berufe relevant sind:

6.1.Überweisungs-Kontext und Umgang mit dem diagnostischen Wissen

Überall dort, wo die HNO-ärztliche, oder phoniatische Untersuchung zunächst unabhängig von der psychologischen erfolgt, sollten die folgenden Leitlinien beherzigt werden:

- Auch ohne organischen Befund handelt es sich bei der zunächst als funktionell bezeichneten Dysphonie um eine echte Erkrankung und nicht um etwas „Eingebildetes“, d.h. das Leiden des Patienten und seine Wahrnehmung werden **empathisch kommentiert und wertgeschätzt**.
- Die Patientinnen sind in der Regel bewußt in eine medizinische oder heilpädagogische Einrichtung und nicht zum Psychotherapeuten gekommen. Wird in der **Diagnose die psychische Dimension erwähnt**, dann hegen viele die Befürchtung, es werde in den dunklen und schmerzhaften Winkeln ihrer Vergangenheit gestöbert. Der für sie unerwartet auftauchende Verdacht einer Psychogenese bekommt leicht den **Charakter einer Verdächtigung** im Sinne von : „Wer auf diese Weise krank ist, ist selber schuld dran, hat falsch gelebt, versteckt etwas Schlimmes vor sich und den Andern usw.“
Die Folge ist Abwehr, bzw. Abbruch oder Nichtaufnahme der Behandlung, wie in unserem zweiten Fallbeispiel (die Sängerin).
Jeder Versuch einer **zu frühen Deutung der Symptomatik** als psychisch bedingt, sollte deshalb vermieden werden, außer die Patientin äußert diese Vermutung selbst.
- Im Gegensatz zu der nach hinten gerichteten Befürchtung ist es daher umso wichtiger die nach vorne gerichteten **Lösungsorientierung** zu betonen. Es geht nicht um die kriminalistische Frage: „was ist den falsch gelaufen in meinem Leben?“, sondern um das gemeinsame Herausfinden von **Fähigkeiten und Ressourcen** und um das Entwickeln neuer Verhaltensweisen, die die Belastung vermindern.

6.2 Gestaltung des therapeutischen Prozesses (dies gilt nun für die fachspezifische Behandlung durch ausgebildete Stimmtherapeuten, bzw. auch Psychotherapeuten):

- Die **Behandlung** eines stark somatisch fixierten Patienten (bei dem gleichwohl der Diagnostiker deutliche psychische Komponenten wahrgenommen hat) sollte zunächst **streng am Somatischen orientiert beginnen**. Möglicherweise erst nach einer längeren Phase der somatisch orientierten Behandlung kann der Patient von sich aus Zusammenhänge zwischen seiner Heiserkeit und einem psychischen Konflikt wahrnehmen.
- Umgekehrt scheint es z.B. bei stark selbstkontrollierenden Patienten keineswegs günstig, wenn die logopädische und/oder die psychotherapeutische Behandlung zu eng an der Symptomatik arbeitet, da hierdurch die **Fixierung auf das Leiden** verstärkt wird und die Ressourcen aus dem Blickfeld geraten.
- In den klassischen psychosomatischen Fällen geht es um die Änderung von Fehlhaltungen, die mehr im zentralen Bereich verankert sind. Und hier nutzen wir den Doppelsinn des **Begriffs „Haltung“ im körperlichen und im übertragenen psychischen Sinne**. Häufig reicht es bei lange bestehenden Fehlhaltungen eben nicht aus, wenn der psychische Konflikt gelöst ist. Die habitualisierten Fehlhaltungen müssen begleitend auf der körperlichen Ebene bearbeitet werden: Der **psychisch-kognitive Erkenntnisprozeß** (ich habe mich überfordert, um meine Trauer und Sehnsucht nicht zu spüren) wird unterstützt und begleitet von der **leiblichen Erfahrung**, wie es sich anfühlt, wenn man nicht mehr so verspannt, nicht mehr in Kontroll- und Hab-acht-Stellung ist. Umgekehrt tauchen z.B. bei Atemübungen plötzlich starke Emotionen auf, die -unmittelbarer als das Gespräch - Inhalte des Unbewußten widerspiegeln. Sie werden, wenn es ideal läuft, wiederum in der verbalen Nacharbeit verständlich gemacht und in den lebensgeschichtlichen Kontext integriert.
- Hier wie dort wird das **Nicht-mehr-Wahrgenommene**, das im Schema der falschen Gewohnheit Versteckte, wieder wahrnehmbar, fühlbar, **erlebbar** und damit veränderbar gemacht.

6.3 Therapeutische Beziehung und interdisziplinäre Kooperation

- Es geht nicht um eine **Be-Handlung**, bei der es einen (Be-)Handelnden und einen (Be-)Handelten im Sinne einer Einbahnstraße gibt, sondern es geht um eine Interaktion, einen **dialogischen Prozeß** über die richtige Einschätzung der nächsten Schritte. Nicht auf die Komplettierung **meines** Wissens über die Patientin kommt es in erster Linie an, sondern wichtiger ist es, **ihr** Wissen **über sich** zu fördern und dazu muß ich auch ihr Nicht-Wissen-Wollen über sich selbst ernst nehmen und akzeptieren. Wird dieser Umstand -wie so oft im ärztlichen Setting- übersehen, dann ergeben sich die klassischen Behandlungs-Widerstände der Patienten.

- Die **enge Kooperation der verschiedenen Disziplinen** wird nicht nur dem Umstand gerecht, daß es sich immer um ein multifaktorielles Geschehen handelt, sondern sie kann auch dem Patienten zeigen, daß wir mit allem uns zur Verfügung stehenden Sachverstand und in gemeinsamer Arbeit mit ihm herausfinden wollen, was ihm am besten hilft.
- Wenn wir den Charakter funktioneller und psychogener Stimmstörungen als Beziehungsstörung ernst nehmen, dann müssen wir – egal ob wir Ärzte Logopädinnen, Sprachheilpädagogen oder Psychologen sind - unser persönliches Bezogen-Sein bewußt annehmen und aus diesem Wissen heraus die Nähe und Distanz in der Beziehung zur Patientin bewußt gestalten. Wenn die Patientin spürt, daß ich als Dialogpartner von ihrem Leiden berührbar bin, kann sie vielleicht selber die Decke ihrer Abwehr lockern und sich von ihrem eigenen Gefühl berühren lassen. Je intensiver wir uns auf die Leidensgeschichte eines Menschen einlassen, um so eher wird uns gelingen diesen Menschen nicht nur zu verstehen, sondern auch sympathisch (= mit-leidenswert) zu finden, was für einen intensiven therapeutischen Prozeß letztlich unabdingbar ist.

Ich hoffe Ihnen mit diesen Ausführungen einen Türspalt geöffnet zu haben in die labyrinthischen Räume psychotherapeutischer Arbeit mit Stimmpatienten. Wie weit Sie die Türe für sich noch öffnen wollen, bleibt Ihrer Neugier und Ihrem Mut überlassen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit