Jürg Kollbrunner

Funktionelle Dysphonien bei Erwachsenen
Ein psychodynamischer Therapieansatz

Jürg Kollbrunner

Funktionelle Dysphonien bei Erwachsenen

Ein psychodynamischer Therapieansatz

Das Gesundheitsforum
Schulz-Kirchner Verlag

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

Die Informationen in diesem Werk sind von dem Verfasser und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung des Verfassers bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2006
ISBN 978-3-8248-0353-8
Alle Rechte vorbehalten
© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein 2006
Fachlektorat: Prof. Dr. Jürgen Tesak
Lektorat: Doris Zimmermann
Umschlagentwurf und Layout: Petra Jeck
Umschlagfotos: Archiv Schulz-Kirchner Verlag
Druck und Bindung: Rosch-Buch Druckerei GmbH, Scheßlitz
Printed in Germany

Inhalt

Vorwort und Dank		**9**
Einleitung		**13**
1	**Die Chancen der funktionellen Dysphonie**	**19**
1.1	Die Chance für Patienten mit funktioneller Dysphonie	20
1.2	Die Chance für die Logopädie und die Sprachheilpädagogik	21
1.3	Die Chance für die Phoniatrie	23
1.4	Die Chance für die HNO-Heilkunde	27
1.5	Die Chance für die Psychosomatik	32
2	**Das Problem mit der „funktionellen Dysphonie“**	**35**
2.1	Erscheinungsformen und Klassifikationen	36
2.2	Die Suche nach den Ursachen	43
2.3	Unbefriedigende Diagnoseprozesse	47
2.4	Traditionelle und moderne Therapieansätze	51
3	**Das psychosomatische Zögern der Experten**	**60**
3.1	Mechanismen des Zögerns	62
3.2	Gebrauch und Missbrauch des Begriffs „funktionell“	68
3.3	Begriffsverwirrungen durch Worte wie „Berufsstimmstörung“, „habituell“, „ponogen“ und „usogen“	75
3.4	Die Gefahr iatrogener funktioneller Dysphonien	79
4	**Die psychogene Aphonie als Stein des Anstoßes**	**81**
4.1	Der theoretischen Einsicht in die Psychogenizität der Störung ...	81
4.2	... folgt eine Missachtung der psychosozialen Realität	84
4.3	Ärztliche Verunsicherung als Reaktion auf die Schwere der Störung	91
4.4	Über die passenden Rollen von Phoniatern und Logopäden	95
5	**Widersprüche im Verständnis weiterer Klassen funktioneller Stimmstörungen**	**99**
5.1	Psychogene Dysphonie	99
5.2	Spasmodische Dysphonie	104
5.3	Mutationsstimmstörung	108
5.4	Kontaktgranulom (Kontaktulkus)	113
5.5	„Vocal Cord Dysfunction“ (VCD)	115
5.6	Globusgefühl und „Halssymptomatik ohne Stimmbefund“	117

6 Systematische Behinderungen des Verstehens 122
6.1 Die zweifelhafte Hilfe der akademischen Persönlichkeitspsychologie 122
6.2 Eine Abstumpfung gegenüber Leerphrasen und inhaltsarmen Grafiken 129
6.3 Hemmnisse im Beziehungsdreieck „Arzt – Logopäde – Psychologe“ 134
6.4 Die Tücken der Therapeut-Patient-Beziehung 137
7 Das Fundament: Die Einheit von Stimme und Person in der Zeitlichkeit 140
7.1 Phylogenese: Von der Stille zur Stimme 140
7.2 Blühende Gefühlsgärten 145
7.3 Spiegel der Seele oder Teil der Persönlichkeit? 149
7.4 Die Stimme in der sozialen Wahrnehmung 150
7.5 Die Stimme der Neurose und der Stimmungsstörung 152
7.6 Wenn aber die Stimme selbst gestört ist? 153
7.7 Fixierte Missstimmungen 155
7.8 Gefahren der Stimmigkeit 161
8 Die Einsicht: Die Stimmstörung als Krisenvertonung 165
8.1 Krise in der Biografie 165
8.2 Beziehungsstörung als Kern der Problematik 167
8.3 Ursächliche Entwicklungslinien 169
8.4 Alexithymie 171
8.5 Psychosoziale Folgen 173
8.6 Auslöser und „Organwahl“ 176
8.7 „Einen Psychologen brauch‘ ich eigentlich nicht.“ 180
9 Die Dringlichkeit der Besinnung auf die Psychosomatik 184
9.1 Die erstaunliche Popularität von Sachbüchern zur Psychosomatik 184
9.2 Die erschreckende Häufigkeit psychosomatischer Erkrankungen und deren Verdrängung 185
9.3 Die psychosomatische Widerspenstigkeit: Vier Stolpersteine 191
10 Ein modernes Verständnis der funktionellen Dysphonie 203
10.1 Die unglückliche Klassifikation psychosomatischer Störungen in ICD-10 und DSM-IV 203
10.2 „Somatisierung“ als zulässiger rettender Begriff 207

10.3 Funktionelle Dysphonien als Somatisierungen 210
10.4 Gruppendifferenzen trotz biografischer Spezifität? 215
11 Diagnostisch-therapeutische Strategien 220
11.1 Integration statt Abspaltung und Delegation 220
11.2 Warum die meisten Patient(inn)en trotzdem vom Phoniatrie-Team ohne Hinzuziehung von Psychotherapeuten behandelt werden sollten 223
11.3 Das zehnte Argument 227
11.4 Therapeutische Ziele 229
12 Allgemeine diagnostisch-therapeutische Anforderungen 232
12.1 Elemente des Grundwissens 232
12.2 Erwünschte Einstellungen und Fertigkeiten 233
12.3 Spezielle Anforderungen an die Arbeit mit somatisierenden Patienten 238
13 Zu den Möglichkeiten des Arztes, der Ärztin 247
14 Die neue Rolle der Logopädin oder Sprachheilpädagogin 253
14.1 Zwischen Logopädie und Psychotherapie 253
14.2 Die Struktur der logopädischen Arbeit 258
14.3 Vom Symptom zum Dialog 264
14.4 Tipps und Tricks für das logopädische Gespräch 270
14.5 Zu „Risiken und Nebenwirkungen“ und den Grenzen der Hilfsmöglichkeiten 279
14.6 Dringlichkeit und Tempo der Veränderung logopädischer Arbeit 283
15 Die Rolle des Psychotherapeuten 285
15.1 Die richtige psychotherapeutische Schule? 285
15.2 Einsatzmöglichkeiten des Psychotherapeuten bei Stimmpatienten 291
15.3 Psychotherapeutische Diagnostik mit funktionellen Stimmpatienten 292
15.4 Besonders geeignete Therapiekonzepte 300
15.5 Brennpunkte der spezifischen Psychotherapie 302
16 Das Problem der Therapieerfolgskontrolle 310
17 Weiterführende Gedanken 317
17.1 Psychotherapie und Sprachtherapie mit gemeinsamer Zukunft? 319
Tabellen und Abbildungen 322
Literaturverzeichnis 323

Das Nein,
das ich endlich sagen will,
ist hundertmal gedacht,
still formuliert,
nie ausgesprochen.
Es brennt mir im Magen,
nimmt mir den Atem,
wird zwischen meinen Zähnen zermalmt
und verlässt
als freundliches Ja
meinen Mund.

Peter Turrini[1]

1 zit. Ringel 1985, 5

Vorwort und Dank

Dieses Buch und sein Zwilling („Funktionelle Dysphonien bei Kindern") bilden den Abschluss einer persönlichen Trilogie. Als ich vor 26 Jahren das Glück hatte, die frei werdende Stelle des Klinischen Psychologen an der HNO-Universitätsklinik Bern im Inselspital antreten zu dürfen, war ich nach meiner sechsjährigen Assistenzzeit als Sozialpsychologe und wegen meiner Interessen an Tiefenpsychologie, Humanistischer Psychologie und Psychosomatik voller Tatendrang, mitzuhelfen, ganzheitliche Behandlungskonzepte in der klinischen Realität umzusetzen. Die Idee der Mithilfe erwies sich jedoch als schwieriger, als ich mir vorgestellt hatte, denn Hals-, Nasen- Ohrenärzte sind primär Chirurgen und verstehen sich – damals noch kompromissloser als heute – so sehr den naturwissenschaftlichen Grundlagen der Medizin verpflichtet, dass geisteswissenschaftliche Erwägungen kaum Platz haben konnten. Ich fühlte mich nicht eigentlich frustriert, aber ein wenig isoliert: Verschiedene Angebote des Klinischen Psychologen wurden gerne angenommen, aber seine Denkweise schien den meisten Ärzten doch fremd zu bleiben. So erinnere ich mich zum Beispiel daran, wie ich in einer Kaffeepause vom Klinikchef, den Oberärzten und Assistenten erfahren wollte, welche Meinung die Ärzte bezüglich der Bedeutung psychologischer Faktoren bei der Entstehung von Krebserkrankungen haben, und es sich dann herausgestellt hat, dass keiner der Anwesenden von der Existenz der damals schon umfangreichen Forschungsliteratur zu dieser Frage wusste. Die Pflegenden der Klinik und die Logopädinnen der phoniatrischen Station waren – ihren Ausbildungen und Aufgaben entsprechend – schon damals gegenüber psychosozialen Fragen offen und interessiert. Da sich aber meine Hoffnung, psychosomatische Fragen im Zusammenhang mit Patienten der HNO-Chirurgie und der Phoniatrie erforschen zu können, nur mit Unterstützung von Ärzten realisieren lassen würde, blieb dieser Forschungswunsch lange Zeit brach liegen. Die klinische psychotherapeutische Arbeit mit Patienten der HNO-Chirurgie (vor allem Tumorpatienten) und der Phoniatrie (vor allem Patienten mit funktionellen Stimmstörungen, stotternden Jugendlichen und

Erwachsenen sowie mit Eltern von Kindern mit Stottern oder Sprachentwicklungsstörung) und die interdisziplinäre Zusammenarbeit faszinierten mich aber über all die Jahre so sehr, dass ich mir nie eine andere Arbeitsstelle wünschte.
Als dann 1992 Prof. Dr. med. Peter Zbären Chefarzt für Tumorchirurgie an unserer Klink wurde, entstand plötzlich die Möglichkeit, unter der Leitung eines psychosomatisch interessierten Mediziners ein Forschungsprojekt zur „Lebensqualitätsbelastung durch entstellende und funktionseinschränkende Tumorchirurgie“ durchzuführen, welches dann 1997 zu einer vierteiligen Literaturstudie und 2001 zu einer dreiteiligen Präsentation der Ergebnisse aber auch zum Buch „Der kranke Freud“ führte. In diesem Buch konnte ich die mich seit vielen Jahren interessierende ätiologische Psychoonkologie (Welche psychosozialen, lebensgeschichtlichen Faktoren können Krebserkrankungen mitverursachen?) am Beispiel Sigmund Freuds und dessen jahrelangem Leiden unter einem Mundhöhlenkarzinom thematisieren.
Im Jahr der Jahrhundertwende übernahm PD Dr. med. Eberhard Seifert die Leitung der Phoniatrie, und wieder eröffnete sich für mich überraschend eine Möglichkeit, ein zentrales Thema meiner Arbeit mit ärztlicher Unterstützung wissenschaftlich zu bearbeiten. Aus den Vorarbeiten der Diplom-Logopädin Sylvia Sassenroth-Aebischer und des Diplom-Logopäden Alexander Zimmermann konnte eine „Projektgruppe Stottern“ entstehen, welche in interdisziplinärer Zusammenarbeit einen tiefenpsychologisch konzipierten Ansatz zur Behandlung stotternder kleiner Kinder und deren Eltern entwickelte. Im Buch „Psychodynamik des Stotterns“ (2004) und im Elternratgeber „Stottern ist wie Fieber“ (2005) wird dieser Ansatz detailliert dargestellt. Dass es nun möglich wurde, auch noch das dritte große Thema, das mich in all diesen Jahren intensiv beschäftigt hat, nämlich die Behandlung der funktionellen Stimmstörungen, ebenfalls in einem Buch kritisch zu analysieren und die diagnostisch-therapeutischen Ansätze, die wir im Phoniatrieteam dazu entwickelt haben, zur Diskussion zu stellen, freut mich sehr.

Eine Problematik, die nach dem Erscheinen der „Psychodynamik des Stotterns“ Fragen aufgeworfen hat, möchte ich hier zur Einleitung thematisieren, weil sie auch dieses Buch begleiten wird. Neben fachlicher Anerkennung und Kritik habe ich erfahren, dass sich einige Fachleute durch meinen

Schreibstil persönlich angegriffen fühlten. Es ist gut zu verstehen, wieso: Fachliche Haltungen, welche ich nicht nur nicht teile, sondern als Erkenntnis-Hindernisse erachte, versuche ich in ihrer Widersprüchlichkeit möglichst pointiert aufzuzeigen, manchmal mit ein wenig verrückten Vergleichen und nicht selten mit einer Prise Humor. Wer sich von dieser Argumentationsart persönlich betroffen fühlt, kann meine Haltung als überheblich und respektlos empfinden. Solche Auswirkungen sind nicht gewollt. Ich bedaure sie, kann sie aber nicht ganz vermeiden. Wie das Stotter-Buch dient auch dieses Stimm-Buch dem Versuch, eine Kommunikationsstörung interdisziplinär zu verstehen. Ich bin Psychologe und Psychotherapeut, aber nicht Phoniater und nicht Logopäde. Das bedeutet, dass ich mich – soll mein Versuch gelingen – in die beiden anderen Fachgebiete „einmischen" (einfühlen, mitreden, kritisieren) muss. Ab und zu scheint es mir auch notwendig, gedruckten Fachinformationen, welche sich – meiner Meinung nach – negativ auswirken, die aber Selbstverständlichkeitscharakter gewonnen haben (zum Beispiel zu Lehrsätzen geworden sind), mit starken Worten zu widersprechen, so dass sich deren Problematik wirklich zeigt. Schließlich ist auch noch die Lesbarkeit eines Buches zu beachten: Beim Lesen einschlafende Leser sind noch weniger gewünscht als ab und zu verärgerte. Das Schreiben eines kritischen Fachbuches kommt mir manchmal wie ein Spagat vor, für dessen Gelingen freilich vier oder fünf Beine notwendig wären: Die problematischen Denk- und Handlungsweisen (und die sie vertretenden Fachleute) sollen beim Namen genannt, aber niemand soll gekränkt werden; stets soll fachlich fundiert argumentiert, aber auch attraktiv geschrieben werden und nie soll das Geschriebene nach Polemik klingen. Ich möchte mit Respekt, nicht aber zahn- und humorlos schreiben. Aus dem Spagat kann nämlich auch ein Tanz auf realen und virtuellen Beinen werden. Und dieser macht Spaß.

Leserinnen und Leser, welche die kritische Analyse der existierenden Theorie- und Therapieansätze zur funktionellen Dysphonie nicht benötigen, möchte ich ausdrücklich darauf hinweisen, dass sie die betreffenden Kapitel (Kap. 3-6) gut überspringen oder gar – wenn sie vor allem praktisch therapeutische Vorschläge suchen – direkt bei Kapitel 11 weiter lesen können.

Ich danke herzlich allen Kolleginnen und Kollegen, die mir mit ihrer Mitarbeit in den Projektgruppen „Kindliche Dysphonie“ und „Psychogene Aphonie“ oder in spannenden Fallbesprechungen und Diskussionen über kleine und große Stimmpatienten in den letzten drei Jahren ermöglicht haben, meine Gedanken zum Phänomen der funktionellen Stimmstörung zu prüfen, zu revidieren und weiterzuentwickeln: Dem Leiter der Phoniatrischen Station, PD Dr. med. Eberhard Seifert, der Phoniaterin Dr. med. Ulrike Bruns, den Diplom-Logopädinnen Luzia Blaser, Marion Huber Wüthrich, Anne-Dorine Menet, Isabelle Schaller Gilg und dem Diplom-Logopäden Alexander Zimmermann (alles Mitglieder einer der Projektgruppen) sowie der Diplom-Logopädin Sandra Fritschi, deren Kritik und Anregungen beim Entstehen dieses Buches besonders hilfreich waren.
Dem Schulz-Kirchner Verlag und besonders seinem Fachlektor für Logopädie, Prof. Dr. Jürgen Tesak, und der Lektoratsleiterin, Frau Doris Zimmermann, danke ich herzlich für die hervorragende Unterstützung und das Vertrauen, in wirtschaftlich nicht einfachen Zeiten das Risiko einzugehen, „meine Zwillinge“ herauszugeben.

Jürg Kollbrunner, im Mai 2006

Einleitung

Jeder weiß, dass der Stimme des Menschen sehr hohe Bedeutung zukommt, vor allem für die private, berufliche und gesellschaftliche Kommunikation, aber auch für das Selbstbild des Einzelnen. Wenn man bedenkt, wie sensibel die meisten Menschen auf negative Kritik ihrer Sprech- oder Singstimme reagieren, ist noch deutlicher zu erahnen, wie stark der Leidensdruck für Menschen mit Stimmstörungen werden kann[1]. Deshalb wird der Behandlung von Dysphonien nicht erst seit Jahrzehnten, sondern seit Jahrhunderten große Beachtung geschenkt. Sie wurde sogar zum Hoheitsgebiet einer medizinischen Spezialdisziplin, der Phoniatrie.

Die rasante Entwicklung des Wissens und der Techniken der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in den vergangenen Jahrzehnten hat auch den Phoniatern eine ganze Palette medikamentöser und chirurgischer Behandlungsmöglichkeiten eröffnet, welche sie zur Zufriedenheit von Patienten nutzen. Das Problem ist jedoch: Nur ein kleiner Anteil (etwa ein Fünftel) aller Stimmstörungen ist rein organisch bedingt. Das Stimmproblem der überwiegenden Mehrzahl von Patienten, die sich bei einem Arzt wegen einer seit mehr als zwei oder drei Wochen andauernden Heiserkeit melden, wird als „funktionelle Stimmstörung“ diagnostiziert, einer Art der Störung, bei welcher kein oder höchstens ein sekundärer organischer Befund (der durch die Störung erst entstanden ist) erhoben werden kann. Mit medikamentöser Therapie und mit phonochirurgischen Eingriffen ist bei funktionellen Dysphonien nur begrenzt oder nur in Ausnahmefällen Sinnvolles zu erreichen. Folglich wurde schon früher und wird heute immer noch nach Wegen gesucht, diese häufigste Form der Stimmstörung umfassender zu verstehen und ohne medikamentös-chirurgische Therapie (oder in Ergänzung zu einer solchen) zu behandeln. Die ersten stimmtherapeutischen Techniken waren von den Phoniatern selbst oder von Gesangspädagogen entwickelt und angewandt worden. Bald übernahm aber die neu entstandene Berufsgruppe der Logopäd(inn)en diesen nicht-medizinischen Behandlungsteil. Die meisten der vielen Dutzend unterschiedlicher Formen der „logopädischen Stimmtherapie“, die seit

Ende des 19. Jahrhunderts entstanden sind, haben verschiedene wohltuende Effekte auf die Patienten. Sie beruhen aber alle auf irgendeiner Form des Trainings, des Übens. Ist das nicht ein zu einfaches Grundprinzip? Haben funktionelle Stimmstörungen nicht viel komplexere Hintergründe als nur ein Übungsdefizit, also ein mechanisches Verlernen gesunder Stimmgebung, die durch Übung zurückgewonnen werden sollte? Haben Stimmstörungen nicht mehr und tieferen Sinn? Jede Aufforderung zum Üben einer Fertigkeit trägt ja auch die Botschaft in sich „Du machst da etwas falsch; mach es besser!", was bei sachlichen Lernstoffen auch seinen guten Sinn hat. Was bewirkt diese Botschaft aber bei einer Fertigkeit, die so persönlich wie die eigene Stimme ist? Jedenfalls scheinen die logopädischen Übungstherapien für Patienten und Therapeuten nicht allzu oft richtig befriedigend zu sein, auch die modernsten nicht. Die Therapieerfolge sind mäßig, die Rückfallquoten relativ hoch und neue Impulse der Forschung erscheinen bruchstückhaft mit eher geringer Therapierelevanz. Gundermann[2] sprach vor mehr als fünfzehn Jahren von einer sich verbreiternden Skepsis gegenüber den Effekten von Stimmtherapien, einem therapeutischen Nihilismus, den Canacakis-Canás aus der Hochtechnisierung unserer Kultur ableitet und mit folgenden Worten beschrieben hat:

> „Orientierungslosigkeit in der Forschung, frustrierte und hilflose Patienten und auf der Stelle tretende ‚Stimmverständige'."[3]
>
> „Der Dialog mit dem Hardware-Kollegen Computer ... [führt zu] Entfremdung von sich selber, vom eigenen Leib, von den Mitmenschen und von dem Umfeld Natur. Die Konsequenzen sind auch Sprachlosigkeit, verzerrte Stimmen, zurückgehaltene Stimmen, Amtsstimmen, gequetschte Stimmen, Computer-Stimmen, zugeschnürte Stimmen, farblose Stimmen, verstimmte Stimmen, laute übertönende Stimmen, leblose Stimmen. …
>
> Es scheint, daß Ähnliches der ‚Stimm-Wissenschaft' und den ‚Stimmbeflissenen Spezialisten' widerfahren ist. Die Gründe für die dumpfen Töne und die fragmentierten Klänge aus dem ‚Hinterhof' der ‚Stimmforschung' und den spärlichen und unbefriedigenden Meldungen aus der stimmtherapeutischen Front, möchte ich hier, wegen ungenügenden Raumes nicht ausführen. Tatsache ist, daß das ganze Gebiet stark fraktioniert ist. Die Zusammenhänge werden wenig beachtet, der Blick und das Ohr für das Ganze fehlen und die Sensibilität für ein geeignetes therapeutisches Handeln wird zur Seltenheit."[4]

Stimmtherapien werden auch heute noch von vielen Stimmtherapeuten als nicht ganz befriedigend oder sogar als „defizitär“ erlebt[5]. Zwar sind in den letzten fünfzehn Jahren interessierte Fachleute mit frischem Elan aufgetreten, haben neue Theorien und therapeutische Konzepte mit Anspruch auf Integration und Ganzheitlichkeit entworfen, die sie aber – manchmal trotz gegenteiliger Deklaration – wiederum hauptsächlich durch Übungen umzusetzen versuchen. So entsteht die berechtigte Skepsis, ob die hohen Ziele der neuen Therapien nicht doch nur Lippenbekenntnisse sind. Zweifellos versuchen die Therapeutinnen und Therapeuten stets möglichst dem ganzen Patienten gerecht zu werden, meist mit viel fachlichem und persönlichem Einsatz, aber eine relativ widerspruchsfreie Theorie zur funktionellen Stimmstörung und deren Therapie steht ihnen bisher nicht zur Verfügung. Die theoretischen Ausführungen zu den therapeutischen Konzepten sind oft unbefriedigend. Da werden absolute Aussagen gesetzt („Spasmodische Dysphonien heilen nie“ oder „Die psychogene Aphonie wird in der ersten Sitzung geheilt“[6]), so dass der Begriff „Heilung“ in ein seltsames Licht gerät. Oder hervorragende Befunde empirischer Untersuchungen, wie zum Beispiel jene von Pfau[7], werden zwar interessiert zur Kenntnis genommen, können aber wegen der fixierten Dominanz der Übungsidee kaum in die Entwicklung therapeutischer Konzepte einfließen. Eva-Maria Pfau hatte 1991 in einer Studie mit 264 Erwachsenen mit funktioneller Dysphonie aufgezeigt, dass der Erfolg der Stimmtherapie bei allein stehenden oder verheirateten Einsamen besser war als bei Personen mit Partner. Die besten Therapieergebnisse ergaben sich bei verheirateten Einsamen[8]. Müsste man sich da nicht dringend Gedanken darüber machen, ob sich das ganze Stimmtherapiegeschäft nicht viel eher mit der Beziehungssituation der Patienten auseinander setzen sollte?

Die meisten Logopädinnen vernehmen in ihren Übungstherapien einiges von den persönlichen Lebensumständen ihrer Patienten. Sie zeigen dafür und besonders für die Sorgen der Patienten viel Verständnis ..., aber stets als „Anhängsel“ ihrer eigentlichen Arbeit. Für viele ist es ein angenehmer, menschlich besonders wertvoller Teil ihrer Arbeit und auch eine Voraussetzung zur Gestaltung einer tragfähigen Patient-Therapeut-Beziehung ..., aber doch ein Anhängsel. Die Hauptsache bleiben die Elemente, die direkt mit der Stimme verbunden sind, die Übungen und die Vermittlung stimmhygienischer Ratschläge. Dies ist eine verrückte Situation (im eigentlichen