2. Jour Fixe am 19. Mai 1999

"Stimme bewegt..."–

Methodische Aspekte zum Einsatz der Stimme in der Musiktherapie

Ev-Marie Grünenwald

"... Wenn sich die Leute an mich, den kleinen Blinden wandten, waren sie nicht auf der Hut. Sie waren überzeugt, daß ich die Worte vernähme, die sie sagten, daß ich ihren Sinn verstehe. Sie ahnten nicht, daß ich in ihrer Stimme wie in einem Buch lesen konnte. ..."
aus: *Jacques LUSSEYRAN "Das wiedergefundene Licht.*
Die Lebensgeschichte eines Blinden im französischen Widerstand". (dtv, München 1997, S.64f)

Der Titel des Referates lautet:
"Stimme bewegt ... - Methodische Aspekte zum Einsatz der Stimme in der Musiktherapie".
Es behandelt grundsätzliche Gedanken zum Thema Stimme in der musiktherapeutischen Arbeit.
Ziel des Vortrages ist ein Gedankenanstoß im Hinblick auf den Umgang mit der Stimme im therapeutischen Setting zu geben. Im weiteren Verlauf die Vorstellung von erarbeiteten methodisch relevanten Aspekten zum Einsatz der Stimme in der Musiktherapie aus meiner Diplomarbeit zum Abschluß des Kurzstudiums Musiktherapie in Wien (1999).

Das Referat werde ich wie folgt gliedern:
Anhand einer Fallvignette aus der geriatrischen Arbeit möchte ich einen Einstieg in das Thema geben und grundlegende Gedanken verdeutlichen. Anschließend geht es in kurzer Form um organisch-physiologische Zusammenhänge zum Instrument Stimme.
Dann werde ich der Frage nachgehen, ob es so etwas wie "methodische Grundregeln" für den Umgang mit der Stimme in der Musiktherapie geben kann.

In meiner bisherigen musiktherapeutischen Arbeit war ich unter anderem auch im geriatrischen Bereich, in einem Pensionisten- und Pfegeheim der Caritas Wien tätig. Dort lernte ich eine damals 92jährige Dame, Frau Meier (Name geändert) kennen, die über eineinhalb Jahre an der Gruppenmusiktherapie teilnahm. Nach einem Krankenhausaufenthalt begann ich sie an ihrem Bett zu besuchen, sie war bettlägrig und zu schwach, um weiterhin an der Gruppe teilzunehmen.
Von dreien dieser Besuche möchte ich berichten:
Bei meinem ersten Besuch setzte ich mich zu ihr ans Bett, begrüßte sie und erzählte ihr mit leiser, behutsamer Stimme, daß heute Gruppenmusiktherapie gewesen sei und die anderen TeilnehmerInnen nach ihr gefragt hätten. Ich bemerkte bald, daß sie zwar sehr schwach war, mich aber erkannte. Es war ihr nur sehr schwer möglich sich mitzuteilen, zu sprechen. Ihr Atem ging langsam und eher oberflächlich. Die Atmospäre im Raum war eine sehr langsam wirkende und ruhige. Während ich so bei ihr saß, mit ihr leise sprach und einfach bei ihr war, fiel mir ein, daß es ein Lied gab, das während der Gruppenmusiktherapie zu "ihrem Lied" geworden war. Ich fragte sie, ob ich es für sie singen solle und sie bejahte lächelnd, indem sie langsam nickte.
Vorsichtig, behutsam und mit leiser Stimme begann ich zu singen. Mit meinem Tempo versuchte ich mich an ihrem langsamen und leicht gehenden Atem zu orientieren, als einem

Ausdruck für ihren jetzigen Lebensrhythmus. Dabei saß ich an ihrem Bett und hielt ihre Hand. Die Atmosphäre im Raum und zwischen uns war sehr dicht und eine Traurigkeit war spürbar, die sich, im Sinne der Gegenübertragung, als ein "Kloß" in meinem Hals zeigte. Gerade jetzt war ich sehr dankbar, mit meiner eigenen Stimme so vertraut zu sein.
Der zweite Besuch bei ihr verlief ähnlich: nach einer Begrüßung sang ich wieder für sie, leise, behutsam, in ihrem Tempo. Bei der zweiten Strophe des Liedes nahm ich mit einem Male wahr, daß Frau Meier die Worte des Verses mit ihren Lippen mitformte und "lautlos" mitsang. Es war, wie wenn ich für sie zum "Sprachrohr" geworden wäre!
Bei meinem dritten Besuch ging sie noch weiter in ihrem Ausdruck. Während unseres "Gesprächs" zu Beginn begann sie plötzlich selbst zu singen. "Kein schöner Land in dieser Zeit..." - ihre leise, feine, dünne, zittrige Stimme begann zu klingen! Um sie in ihrem Ausdruck zu stützen, stieg ich langsam leise singend zu ihrem Gesang ein - ihrem Tempo, ihrem Atem folgend, meine Intensität an die ihre angleichend und sie dadurch unterstützend.

Bei dieser Fallvignette ist etwas "intuitiv" richtig und gut gelaufen.
Meine Fragestellung war nun: Ist es möglich eine Art von methodischen Grundsätzen für den Umgang mit der Stimme in der Therapie zu beschreiben, damit ihr Einsatz, zum intuitiven Handeln hinzu, greifbarer, kontrollierbarer und somit zusätzlich professioneller wird?
Es geht somit um den ganz konkreten Einsatz und den Umgang mit der Stimme in der tagtäglichen musiktherapeutischen Arbeit.

In der neuesten Kommunikationsforschung wurde festgestellt, daß bis zu 90% der Information innerhalb von Kommunikation durch Körpersprache und v.a. durch Stimmklang vermittelt wird (aus: *Mathelisch/Friedrich*, 1995). Es wird in diesem Zusammenhang auch von *Prosodie* gesprochen (Prosodie = "das was hinzuklingt"), d.h. Intonation, Artikulation, Akzentuierung und Pausenwahl..., somit alle extralingualen Bestandteile der Sprache.
Diese Anteile von Information werden oft nicht, oder nur wenig, bewußt wahrgenommen. Dabei vermittelt uns die Stimme viel über unseren Gesprächspartner: in welcher "*Stimmung*" er sich befindet, ob die vernommenen Worte "*stimmig*" sind, ob es "*stimmt*", was er sagt...
In der therapeutischen Praxis ist die Stimme das Medium, dessen wir uns am meisten bedienen, das Mittel der ersten Kontaktaufnahme.
Für die Musiktherapie enthält meines Erachtens der bewußte Umgang und bewußte Einsatz der Stimme wichtiges therapeutisches Potential. Es geht mir also um eine Art "Handwerkszeug" für den Umgang mit der Stimme.

Dazu ist es zuvörderst wichtig, das Instrument Stimme kennenzulernen - einen Überblick über die für die Stimmgebung wichtigsten und relevanten organisch - funktionellen Zusammenhänge zu geben.
Vier Parameter sind für die Stimmgebung wichtig, wobei diese sehr komplex abläuft, ein höchst differenziertes Zusammenspiel von unterschiedlichen Körperfunktionen.
1. Atmung
"Jetzt halt aber mal die Luft an!" sagen wir, wenn jemand übertreibt. Oder: "Da bleibt mir die Luft weg!" - körperliche (z.B. nach dem Treppensteigen) und psychische (z.B. jemand erfährt eine schlechte Nachricht) beeinflußen beide den Atem. Atmung läuft unbewußt ab, gleichzeitig ist sie die einzige der lebenswichtigen Funktionen, die wir bewußt und willkürlich beeinflußen können. Sie hat eine Doppelfunktion, zum einen dient sie der Lebenserhaltung (vitale Atmung) zum anderen stellt sie den "Betriebsstoff" für die Stimme (phonatorische Atmung). Beteiligt sind v.a. die Lunge, das Zwechfell, die Zwischenrippenmuskulatur... Besonders der atemrhythmisch angepaßten Phonation (nach Coblenzer/Muhar) möchte ich noch Beachtung schenken: das Zeitverhältnis zwischen Aus-

und Einatmung bestimmt den Atemrhythmus. Bei der Ruheatmung bildet sie ein Verhätnis von 1:1,5. Bei der Sprechatmung hingegen ein Verhältnis von 1:3 bis 1:8. Der individuelle Rhythmus ist dabei entscheidend für die Länge der gesprochenen Phasen - eine harmonische Gliederung hierbei zeichnet die atemrhythmisch angepaßte Phonation aus.

2. Phonation - Stimmgebung

Die Stimmgebung ansich findet im Kehlkopf, auch Larynx genannt, statt. Dieser hängt frei schwebend in einem Netz von Muskeln. Primär dient der Kehlkopf zum Schutz der Lunge vor Fremdstoffen. Erst sekundär ist er auch Klangerzeuger.

"Das schnürt mir die Kehle zu" oder "Da bleibt mir die Stimme weg!" - der Kehlkopf, wie auch das Zwerchfell, reagieren äußerst empfindlich auf seelische Spannungszustände sowie muskuläre Verspannungen. Der Kehlkopf wird immer wieder auch als das "emotionale Ventil" beschrieben - der berühmte "Kloß im Hals" oder das "Hinunterschlucken von unangenehmen Dingen" sei hier nur beispielhaft angeführt.

Besonders zu erwähnen ist die sogenannte "Indifferenzlage". Sie bezeichnet die individuelle und persönliche Sprechtonhöhe. Die Sprechstimme pendelt sich auf dieser Tonhöhe je nach Temperament, Berufsmelos, auch je nach Dialekt,... ein. Es ist die Tonlage, in der der Sprechende physiologisch am gesündesten und effektivsten sowie am bequemsten spricht.

Die im Kehlkopf erzeugte Schallwelle, der primäre Kehlkopfton (ein eher knarrend klingender Ton) wird erst im sogenannten Ansatzrohr zu Klang. Der gesamte Mund- und Rachenraum dient als Resonanzraum. Die Beschaffenheit des Ansatzrohres ist somit verantwortlich für unterschiedliche Klangfarben. Trojan wies in diesem Zusammenhang nach, daß Lust und Unlustgefühle nachweislich ihren Niederschlag in der Weite bzw. Enge des Rachens haben. "Iiiiih!", wenn ich etwas verabscheue, oder der Ausruf "aaaah!", wenn mir etwas besonders gefällt.

3. Artikulation - Lautbildung

Die Artikulatoren sind v.a. die Zunge, der harte Gaumen, obere und untere Zahnreihe... Die Vokale werden, wie vorher benannte, im Ansatzrohr gebildet. Hier werden sie geformt, die Konsonanten kommen hinzu. Für eine klare und deutliche Artikulation ist eine gewisse Grundspannung nötig. "Der kann sich gut artikulieren!", sagt man, wenn ein Gesprächspartner in einer Diskussion seine Meinung gut vertreten kann.

4. Tonus und Intention

Ein gesunder Eutonus ist für eine physiologisch effektive Stimmgebung anzustreben. Eine z.B. schlaffe Haltung wirkt sich nachteilig auf die Phonation aus. Es wird auch von "geführter Spannung" geredet, also eine Spannung, die nicht in den Extremen Schlaffheit oder Krampf geschieht. Durch das Empfinden und feinem Kennenlernen unterschiedlicher Spannungszustände ist z.B. eine Arbeit am gesunden Eutonus möglich.

Die (Sprech-) Intention ist hier ebenfalls von Bedeutung: eine gesteigerte Aufmerksamkeit bringt die Muskeln in einen Eutonus. Ist die Intention eher uneindeutig, wissen die zur Stimmgebung wichtigen Muskeln nicht, wie sie sich einstellen sollen - die Stimmgebung wird physiologisch nicht so effektiv sein können.

Woher ist es nun möglich, methodische Überlegungen zu nehmen?

Ich untersuchte innerhalb meiner Diplomarbeit drei verschiedene Methoden näher, die sich alle mit der Stimme beschäftigen. Alle drei von unterschiedlichen Standpunkten aus, mit unterschiedlichen Zielsetzungen und unterschiedlichen methodischen Herangehensweisen.

Zum einen durchsuchte ich die Gesangspädagogik, als älteste Disziplin im Hinblick auf die Stimme. Zweitens die relativ neu entwickelte "Personale Stimmtherapie", die sich aus der Logopädie weiterentwickelt hat. Die Begründer dieser Therapierichtung *Stengel/Strauch* machten die Erfahrung, daß viele Patienten der Transfer von neu erworbener physiologischer Stimmgebung aus der Therapie in den Alltag nicht schafften. Sie beziehen daher vermehrt die

Person des Patienten, auch seine psychischen Befindlichkeiten, in die Therapie mit ein. Schließlich die angrenzende Atem- und Stimmtherapie nach *Ilse Middendorf* und *Schlaffhorst/Andersen*.

Die unterschiedlichen Arbeitsweisen habe ich nun innerhalb der Diplomarbeit unter folgenden Fragestellungen genauer systematisch untersucht:
Sind einzelne methodische Vorgehensweisen und Parameter im Umgang mit der Stimme für die Musiktherapie brauchbar, sind sie möglich zu transferieren und wenn nötig modifizierbar?

Aus diesen systematischen Untersuchungen und meinen eigenen Erfahrungen mit der Stimme innerhalb und auch außerhalb der Musiktherapie habe ich methodische relevante Apsekte für den Umgang mit der Stimme in der Therapie entwickelt. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Grundlegendes zur Vorgehensweise

Artikulation
Phonation
Atmung
Tonus

Dieses Stufenmodell ist der Personalen Stimmtherapie nach *Stengel/Strauch* entlehnt und vom Ansatz her eher funktional gehalten. Wird beispielsweise beim Patienten hauptsächlich eine Schwierigkeit bei der Artikulation diagnostiziert, ist es vorerst nicht sinnvoll, am Symptom selbst zu arbeiten. Zuerst gilt es die Basis dafür zu legen, sprich die Arbeit am Körpertonus und der Propriozeption sowie an der Atmung und der Phonation.
Dieses Modell ist meines Erachtens nach für die Musiktherapie als "Grundwissen" für den Umgang mit der Stimme in der therapeutischen Arbeit sehr sinnvoll.

Halt geben und Stützen

Stimmlicher Ausdruck ist ein sehr persönlicher und verletzlicher. Aus diesem Grunde ist es v.a. in der Therapie wichtig, den Patienten in seinem stimmlichen Ausdruck gut zu halten und zu unterstützen. Für das Setting bedeutet dies, das Schaffen einer angstfreien, lustvollen, annehmenden Atmospähre.
Dazu eine Fallvignette aus einer ambulanten Therapie an der Kinderklinik Glanzing:
Georg (Name geändert), siebeneinhalb Jahre, leidet aus seiner Behinderung heraus an starken Insuffiziensgefühlen. Er ist von Geburt an schwer gliedmaßengeschädigt - eine Amelie beider Arme, sowie Dysmelie beider Beine und Füße. Seine Insuffizienzgefühle manifestieren sich immer wieder in Allmachts- und Omnipotenzphantasien. Georg neigt auch aus diesem Grund dazu, zu intellektualisieren. Die Indikation zur Musiktherapie war, mit Georg an einem direkteren Zugang zu seinen Gefühlen zu arbeiten. Innerhalb der Therapie wurden unterschiedliche Gefühle Georg`s sichtbar - vor allem seine aggressiven Anteile, seine Wut, der er in unterschiedlicher Form Gestalt geben konnte. Innerhalb einer Improvisation, die wir gemeinsam aufnahmen - Georg erklärte zwischen durch: "Wir nehmen alles für den ORF auf, es wird bald in einer Sendung gespielt!" - begann Georg, zusätzlich zu seinem sehr spannungsgeladenen Spiel, laut frei zu singen und zu sprechen. Er "rapte" und tobte sich dabei aus. Georg hatte eine Möglichkeit gefunden, seine starken Energien zu zeigen und ihnen eine Gestalt zu geben. Er konnte auf diese Weise auch unkontrolliertes Verhalten

zulassen, sein intellektualisierendes Verhalten ein wenig zu lösen.
Was war dabei nun meine Aufgabe als Therapeutin? Georg stellte mich als "Assistentin" an - er teilte mir Instrumente zu, gab mir für das gemeinsame Spiel genaue Anweisungen, was ich zu tun habe. Meine Aufgabe war es, da zu sein, ihn in seinem starken Ausdruck zu halten und ihn dadurch zu unterstützen.

In der Indifferenzlage bleiben

Die Indifferenzlage entspricht der individuelle Sprechtonlage, in der jeder Mensch am bequemsten sprechen kann. Zu ihr findet man nach höheren und tieferen Melodieanteilen während des Sprechens immer wieder zurück. Der Stimmgebrauch ist in dieser Lage durch Ökonomie gekennzeichnet.
Sind wir dagegen z.B. besonders erregt, sprechen wir meist höher, "rutschen" aus unserer individuellen Sprechtonlage. Es ist in Folge anstrengender zu Sprechen und im Besonderen für den Zuhörer auch anstrengender zuzuhören! Eine Art und Weise professionelleren Umgangs mit der Stimme in der Therapie bedeutet auch, sich über Tonfall, Lautstärke und Tonhöhe der eigenen Stimme bewußt zu werden und diese ggf. auch bewußt zu verändern.
In der Musiktherapie, im Besonderen in der Kindertherapie, machte ich des öfteren schon die Erfahrung zu hoch zu sprechen, d.h. aus meiner Indifferenzlage zu rutschen. Das geschah meist in Situationen, in denen ich selbst emotional stark involviert war. Anhand einer Einzelfallvignette aus dem Bereich der Kindermusiktherapie möchte ich kurz erläutern, wie durch ein bewußtes Zurückkehren in die Indifferenzlage, durch bewußtes Verändern des Sprech- und Singverhaltens des Therapeuten direkt Einfluß auf die Therapie genommen werden konnte.
Im Landesjugendheim Hinterbrühl kam Martin (Name geändert) zwei Mal wöchentlich über den Zeitraum von drei Monaten zu mir in Musiktherapie. Zum Zeitpunkt unseres Kennenlernens war er elfeinhalb Jahre alt. Der Zuweisungsgrund zur Musiktherapie war frühkindlicher Autismus und eine Entwicklungsverzögerung. Damit einhergehend war sein Verhalten in der heilpädagogischen Gruppe sehr auffällig und aggressiv. Im Kontakt war er immer wieder quengelig, er "raunzte" und schrie. In den ersten Musiktherapiestunden erlebte ich Martin sehr unruhig und chaotisch, wie wenn er unter großem Druck stehen würde. Es fiel ihm am Anfang der Therapie sehr schwer, den gesetzten Rahmen der Therapie zu akzeptieren.
Dem gab er durch Schreien und "Raunzen" und auf körperlicher Ebene durch sehr festes Drücken meines Armes Ausdruck. Martin fiel es sehr schwer, mit Nähe und Distanz umzugehen. Die Hilflosigkeit, die er dabei wohl erlebte, drückte er meist in Extremen aus.
Im Laufe der Therapie gestalteten sich klare Strukturen für die Stunde heraus. Einfache Kinderlieder, Reime und Fingerspiele boten einen überschaubaren und strukturierenden Rahmen. Dabei halfen Martin auch klare körperliche Berührungen, z.B. kräftiges Streichen über seine Arme und Hände zu einem Reim oder Fingerspiel. Vor allem aber schien mir mit der Zeit der Einsatz einer klaren, deutlichen und ruhigen Stimme der Therapeutin Martin Sicherheit zu geben. In unterschiedlichsten Situationen wurde er durch die vermittelte Sicherheit einer gelassenen Stimme selbst ruhiger. Der Kontakt durch gemeinsames Lautieren wurde dadurch zudem zunehmend mehr möglich.

Imitieren und Umspielen - Stimmlicher Kontakt

Matthias (Name geändert), fast sieben Jahre alt, war aufgrund seiner diffusen, zentral betonten Hirnatrophie zur Rehabilitation und Intervention am neurologische Krankenhaus

Rosenhügel. In dieser Zeit arbeitete ich mit ihm dort musiktherapeutisch. Die Indikation zur Musiktherapie war der Bedarf nach basaler Stimulation.
Matthias stand dem musikalisch-therapeutischen Angebot zu Beginn eher skeptisch gegenüber. Meist, vor allem wenn es Matthias nicht gut ging, knirscht er extrem laut mit den Zähnen. Auf der Station war dies ein eher unerwünschtes Verhalten. Als sein Knirschen auch in der Therapie auftrat, imitierte ich es - Matthias war plötzlich sichtlich erstaunt und aufmerksam: "Da ist etwas, das kenn` ich nur von mir - aber jetzt kommt es von außen?" Ich umspielte seine Äußerung, variierte sie, gab ihr eine Form - kleine Sequenzen von "Gesprächen" miteinander wurden möglich.
Stimmliche Imitation bietet eine Möglichkeit der Kontaktaufnahme. *Karin Schumacher* macht in diesem Zusammenhang im besonderen darauf aufmerksam, daß für Autisten eine direkte Spiegelung in der Imitation oft zu nah sein kann. Ein stimmliches Umspielen und variieren ist hier eher Mittel der Wahl.

Der "psycho-respiratorische Effekt"

Im weitesten Sinne hat dieser methodische Aspekt mit Übertragung und Gegenübertragung zu tun. Sie kennen dieses Phänomen sicher alle: In einem Konzert singt der Sänger auf der Bühne nach einer Verkühlung hörbar noch etwas rauh, etwas heiser. Im Publikum wird bald zu beobachten und zu hören sein: ein Räuspern, ein Husten oder Hüsteln... Über den funktionellen Nachvollzug - die Musiktherapeutin *Sabine Rittner*, die sich forschend mit der Stimme beschäftigt, schlägt den Begriff der "organismischen Resonanz" vor - und die neuromuskuläre Übertragung wird die Heiserkeit auf die Zuhörer übertragen.
Über die organismische Resonanz wird die Funktionsharmonie des Instrumentes Stimme wie auch die -disharmonie übertragen.
Rittner verweist in diesem Zusammenhang auch auf die neueste Psychotherapieforschung (1996), die bei Mikroanalysen von Gesprächssituationen feststellte, daß der Begriff der Abstinenz in diesem Sinne nicht aufrecht zu erhalten ist. *Rittner* spricht in diesem Zusammenhang von Resonanzphänomenen in der Therapie.
Heißt dies nun, daß der Therapeut nur noch mit "einwandfreier" Stimme dem Patienten begegnen darf, da er ihn ansonsten negativ beeinflußt? Natürlich nicht, diese Forderung würde auch an dem realistischen Therapiealltag vorbeigehen. Aber wenn der Therapeut um diese unbewußten Zusammenhänge weiß, kann er sie für den therapeutischen Prozeß nutzen. Dabei geht es dann nicht darum, daß er als stimmliches Vorbild perfekt physiologisch und funktionell richtig spricht und singt, sondern daß er Vorbild ist im Umgang mit seiner eigenen Stimme.

Die Stimme hält oder stört die Stimmung

Karin Schumacher beschreibt diesen Aspekt der Stimme innerhalb ihrer Therapie mit Max (1994, S.77). Aus diesem Grund möchte ich sie hier zitieren. "... Max interessiert das zufällige Erklingen der Monochordsaiten durch seine Metalltriesel. Ich lasse ihn ganz allein das Instrument erkunden und halte nur durch eine leise stimmlich Begleitung die Verbindung zwischen uns aufrecht. Immer wieder imitiere und umspiele ich seine Laute und Rhythmen. "Ich bin da, ich bin an deinem Spiel interessiert, ich halte dich", soll der von mir gesungene Grundton zu Maxens Spiel auf der Bordunleier ausdrücken. Nicht zuletzt beeinflusse ich auch die Stimmung im Raum durch meinen Gesang und unterstütze eine konzentrierte Atmospäre. .."
Zudem betrifft dieser Aspekt den Übergang von verklungener Musik, Improvisation zum

Gespräch. Der Übergang von Musik zum Wort kann z.B. erleichtert werden, wenn es gelingt, die entstandene Atmosphäre während des Spiels mit der Sprechstimme aufzunehmen.

Orientierung am Atem

Mit diesem methodischen Aspekt schließe ich den Bogen zm Beginn meines Referates - die drei musiktherapeutischen Besuche bei Frau Meier, bei denen die Orientierung an ihrem Atem wichtig war. Wichtig ist der Einsatz der Stimme des Therapeuten im Tempo, Lebensrhythmus des Patienten, indem er den Atemrhythmus aber auch die Intensität des Ausdrucks von seiten des Patienten aufnimmt.

Stimme und Person sind eng miteinander verbunden. Manchesmal wird auch davon geredet, daß die Stimme die Visitenkarte eines Menschen sei. Mit diesem Hintergrund bin ich der Überzeugung, daß der Umgang und die Auseinandersetzung mit der eigenen Stimme für die Entwicklung der Persönlichkeit von entscheidender Bedeutung sind und daß der bewußte Einsatz der Stimme in der Musiktherapie wichtiges und nicht zu vernachlässigendes therapeutisches Potential enthält.
Ich danke Ihnen fürs Zuhören!
Eine angeregte Diskussion zum Thema rundete den Vortrag ab.

Der Vortrag ist ein Abriß der
unveröffentlichten Diplomarbeit des Kurzstudiums Musiktherapie, Wien 1998
"*Stimme bewegt ... - Methodische Aspekte zum Einsatz der Stimme in der Musiktherapie*"
Ev-Marie Grünenwald, Musiktherapeutin
c.1999

LITERATUR ZUM THEMA STIMME

COBLENZER Horst, *MUHAR* Franz: "*Atem und Stimme*" Anleitung zum guten Sprechen. ÖBV Pädagogischer Verlag, Wien 1976

GISSLER-RIEDMÜLLER Ulrike: "*Die Stimme zwischen Körper und Psyche und ihre Nutzbarkeit in der Musiktherapie*" unveröffentlichte Diplomarbeit an der Fachhochschule Heidelberg, Fachbereich Musiktherapie. Heidelberg 1994

GRÜNENWALD Ev-Marie: "*Stimme bewegt ... - Methodische Aspekte zum Einsatz der Stimme in der Musiktherapie*" unveröffentlichte Diplomarbeit des Kurzstudiums Musiktherapie, Wien 1998

GUNDERMANN Horst: "*Heiserkeit und Stimmschwäche*" Ein Leitfaden zur Selbsthilfe, wenn die Stimme versagt. Gustav-Fischerverlag 1995

HABERMANN Günther: "*Stimme und Sprache*" Eine Einführung in die Physiologie und Hygiene. Thieme, Stuttgart 1978

HEGI Fritz: "*Improvisation und Musiktherapie*" Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik. Junfermann, Paderborn 1986

HEY Julius: "*Der kleine Hey. Die Kunst des Sprechens*" Nach dem Urtext von Julius Hey neu bearbeitet und ergänzt von Fritz Reusch. Schott, Mainz 1956

HUSLER Frederick, *RODD-MARLING* Yvonne: "*Singen - Die physische Natur das Stimmorgans, Anleitung zum Aufschließen der Singstimme*" Schott, Mainz 1965

KIA Romeo Alavi: "*Stimme - Spiegel meines Selbst*" Aurum, Braunschweig 1991

KIA Romeo Alavi, *SCHULZE-SCHINDLER*, Renate: "*Sonne, Mond und Stimme*" Atemtypen in der Stimmentfaltung. Aurum, Braunschweig 1996

KURTZ Daniela: "*Die Stimme unter dem Aspekt ihrer emotionalen Ausdrucksmöglichkeit und Nutzbarkeit in der Musiktherapie*" unveröffentlichte Diplomarbeit des Kurzstudiums Musiktherapie, Wien 1997

KREUTZER Robert: "*Stütze!!?*" Atemtechnik für Bläser und Sänger, Theoretische Analyse und praktische Anwendung. Eigenverlag, 1996

MATHELITSCH Leopold, *FRIEDRICH* Gerhard: "*Die Stimme - Instrument für Sprache, Gesang und Gefühl*" Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1995

MARTIENSSEN-LOHMANN Franziska: "*Der wissende Sänger*" Gesangslexikon in Skizzen. Atlantisverlag, Zürich-Mainz 1956

MIDDENDORF Ilse: "*Der erfahrbare Atem*" Eine Atemlehre. Junfermann, Paderborn 1984

MUSIKTHERAPEUTISCHE UMSCHAU: Artikel aus dem Themenheft: *Mth in der Onkologie*
Forschung und Praxis der Musiktherapie. Band 20,4 Vandenhoeck & Rupert, Göttingen 1999

PAPOUSEK Mechthild: "*Vom ersten Schrei zum ersten Wort*" Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation. Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle, 1994

REUSCH Fritz: "*Der Kleine Hey - Die Kunst des Sprechens*", nach dem Urtext von Julius Hey. Schott, Mainz 1956

RITTNER Sabine: "*Zur Rolle der Vokalimprovisation in der Musiktherapie*" In: Musiktherapeutische Umschau. Forschung und Praxis der Musiktherapie. Band 11,2 (Seite 104-119). Brochinsky/Fischer, Frankfurt-Stuttgart 1990

RITTNER Sabine: "*Körper, Stimme und Gefühle - zur Bedeutung der Stimme in der Musiktherapie*" aus: Musik und Kommunikation, Hamburger Jahrbücher zur Musiktherapie, hgg. u.a. von Hans-Helmut Decker-Voigt, Sonderreihe Tagungsberichte, Band 2, Eres Edition, Lilienthal/Bremen 1991

RITTNER Sabine: "*Die menschliche Stimme als Medium zur Induktion veränderter Wachbewußtseinszustände*" In: Dittrich, Hofman, Leuner (Hrsg.): "Welten des Bewußtseins" Band 4, Bedeutung für die Psychotherapie. Verlag für Bildung und Wirtschaft, Berlin 1994

RITTNER Sabine: "*Stimme*", "*Stimmung*", "*Stimmforschung*" In: Decker-Voigt, Knill, Weymann (Hrsg.): "Lexikon Musiktherapie". Hogrefe, Göttingen 1996

ROHMERT Gisela: "*Der Sänger auf dem Weg zum Klang*" Verlag O. Schmidt, Köln 1994

SAATWEBER Margarete: "*Einführung in die Arbeitsweise Schlaffhorst-Andersen - Atmung, Stimme, Sprache, Haltung und Bewegung in ihren Wechselwirkungen*" Schulz-Kirchner, Idstein 1994

SCHLAFFHORST Clara / *ANDERSEN* Hedwig: "*Atmung und Stimme*" Möseler, Wolfenbüttel 1928

SCHUMACHER Karin: "*Musiktherapie mit autistischen Kindern*" Musik-, Bewegungs- und Sprachspiele zur Integration gestörter Sinneswahrnehmungen. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart-Jena-New York; Bärenreiter, Kassel 1994

STENGEL Ingeburg, *STRAUCH* Theo: "*Stimme und Person*" Personale Stimmentwicklung - Personale Stimmtherapie. Klett-Cotta, Stuttgart 1997

Autorin:
Ev-Marie Grünenwald, Musiktherapeutin (ÖBM)