



Gabriele Münch

## **Manuelle Stimmtherapie (MST), eine Therapie, die berührt**

Kompendium der manuellen Techniken zur Behandlung von Dystonien  
im Einflussbereich von Atem, Artikulation, Schlucken und Stimme

## Zur Autorin



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

[info@manuelle-stimmtherapie.de](mailto:info@manuelle-stimmtherapie.de)  
[www.manuelle-stimmtherapie.de](http://www.manuelle-stimmtherapie.de)  
Gabriele Münch, Behlertstr. 18, 14469 Potsdam



Gabriele Münch

**Manuelle Stimmtherapie (MST),  
eine Therapie, die berührt**

Kompendium der manuellen Techniken  
zur Behandlung von Dystonien im  
Einflussbereich von Atem, Artikulation,  
Schlucken und Stimme



Schulz-  
Kirchner  
Verlag

## Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

**Besuchen Sie uns im Internet: [www.schulz-kirchner.de](http://www.schulz-kirchner.de)**

3., unveränderte Auflage 2021

2., erweiterte Auflage 2014

1. Auflage 2011

ISBN 978-3-8248-0873-1

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2021

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Martina Schulz-Kirchner

Fachlektorat: Claudia Iven

Lektorat: Doris Zimmermann

Umschlagentwurf und Layout: Susanne Koch

Umschlagfotos: Rechte Gabriele Münch

Archiv Schulz-Kirchner Verlag

Druck und Bindung: Plump Druck & Medien,

Rolandsecker Weg 33, 53619 Rheinbreitbach

Printed in Germany

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

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes (§ 53 UrhG) ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar (§ 106 ff UrhG). Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigungen, Übersetzungen, Verwendung von Abbildungen und Tabellen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen. Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig. Anfrage über: info@schulz-kirchner.de

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	9
<b>I      Einleitung</b>	11
<b>II     Sprechwissenschaftlicher Teil</b>	13
<b>1     Was ist Manuelle Stimmtherapie?</b>	13
1.1 Positive therapeutische Einflussnahme der MST durch Erkenntnisse, die auf den neurophysiologischen Zusammenhängen von Stress auf Atmung und Stimme basieren	15
1.2 Erforschung der Manuellen Therapie im Bereich der Dysphonie	16
1.3 Erforschung der körperlichen Fehlhaltungen und Verspannungen bei Dysphonie	20
<b>2     Überblick der phoniatrischen Erkrankungen in Bezug auf die Manuelle Stimmtherapie</b>	23
<b>3     Stimmstörungen</b>	25
3.1 Unterteilung von Stimmstörungen anhand ihrer Ursachen	25
3.1.1 Organische Stimmstörungen	25
3.1.2 Psychogene Stimmstörungen	26
3.1.3 Funktionelle Stimmstörungen	27
3.2 Klassifikation der Patienten nach Stimmgebrauch/Berufsbild	27
3.3 Untersuchungsmethoden	29
<b>4     Funktionelle Stimmstörungen</b>	31
4.1 Hyperfunktionelle versus hypofunktionelle Stimmstörungen	31
4.2 Ursachen funktioneller Stimmstörungen	33
4.3 Folgen funktioneller Stimmstörungen	35
4.4 Therapiemöglichkeiten	36
4.5 Aktive und passive Behandlungsmethoden	38
4.6 Betroffene Muskelgruppen	39

<b>5</b>	<b>Theoretische Grundlagen von funktionellen Störungen des Bewegungsapparates</b>	42
5.1	Was geschieht bei Bewegungsstörungen im Körper? . . . . .	42
5.2	Welche unterschiedlichen Arten von Muskeltonus gibt es? . . . . .	42
5.3	Was bedeutet die Bewegungsstörung für den Patienten konkret? Welche Symptome hat der Patient? . . . . .	43
5.4	Welche Störungsketten gibt es? Wie können sie beschrieben werden? . . . . .	44
5.4.1	Beispiele für funktionale Störungsketten . . . . .	44
<b>III</b>	<b>Therapeutische Anwendung</b>	49
<b>1</b>	<b>Manualtherapeutisches Behandlungsprogramm</b>	49
1.1	Allgemeiner Befundbogen für das MST-Anamnesesgespräch . . . . .	51
1.2	Sichtbefund zur speziellen Inspektion . . . . .	63
<b>2</b>	<b>Laryngealer/zervikaler Bereich</b>	65
2.1	Zungenbein (Os hyoideum) . . . . .	65
2.1.1	Parietale Zungenbeintechnik . . . . .	65
2.1.2	Technik für die suprathyroidale Muskulatur . . . . .	70
2.2	Kehlkopf . . . . .	71
2.2.1	Kehlkopfbehandlung (Variationsmöglichkeit: Dehnung des M. cricothyroideus) . . . . .	74
2.2.2	Dehnstellung für die infrathyroidale Muskulatur . . . . .	75
2.2.3	Dehnstellung für die vordere Halsmuskulatur . . . . .	76
2.3	Atemhilfsmuskulatur . . . . .	78
2.3.1	Musculus sternocleidomastoideus (Kopfwender) . . . . .	78
2.3.1.1	Behandlung des M. sternocleidomastoideus . . . . .	79
2.3.1.2	Musculi scaleni/Pleurakuppel . . . . .	82
2.4	Atlantookzipitalgelenk . . . . .	86
2.5	M. trapezius (Kappenmuskel) . . . . .	88
2.5.1	Trapeziusbehandlung . . . . .	88
2.5.2	Trapeziusdehnstellung zervikaler Anteil . . . . .	91
<b>3</b>	<b>Orofazialer/kranialer Bereich</b>	92
3.1	Theoretische Grundlagen der Rhinolalie . . . . .	92
3.2	Kopffaszie . . . . .	93
3.3	Manualtherapeutisches Behandlungsprogramm des Gesichtsschädels . . . . .	95
3.3.1	Mobilisierung der Sutura frontonasalis . . . . .	95

3.3.2	Mobilisierung des Oberkiefers . . . . .	97
3.3.3	Mobilisierung des harten Gaumens. . . . .	100
3.3.4	Behandlung Kiefergelenk. . . . .	102
3.3.4.1	Kompression/Dekompression des Kiefergelenks . . . . .	102
3.3.4.2	Mobilisation des Kiefergelenks . . . . .	104
3.3.5	Kaumuskulatur . . . . .	107
3.3.5.1	Musculus pterygoideus medialis . . . . .	107
3.3.5.2	Musculus pterygoideus lateralis . . . . .	109
3.3.5.3	Musculus masseter . . . . .	111
3.3.5.4	Musculus temporalis (Schläfenmuskel) . . . . .	113
3.3.5.4.1	Behandlung des Muskelbauches . . . . .	114
3.3.5.4.2	Behandlung des Ansatzes des M. temporalis . . . . .	115
3.6	Behandlung der Zähne . . . . .	116
3.7	Behandlung des Schädels . . . . .	117
3.7.1	Frontallift, Parietallift, Temporallift . . . . .	117
<b>4</b>	<b>Pulmonal/thorakaler Bereich . . . . .</b>	<b>121</b>
4.1	Zwerchfell (Diaphragma) . . . . .	121
4.1.1	Untersuchung Zwerchfell. . . . .	123
4.1.2	Zwerchfellbehandlung 1 . . . . .	125
4.1.3	Zwerchfellbehandlung 2 . . . . .	126
4.1.4	Zwerchfellmobilisation um 3 Achsen . . . . .	128
4.2	Mobilisation des Brustbeins . . . . .	131
4.3	Mobilisierung der Rippengelenke. . . . .	134
4.3.1	Therapie der Rippengelenke . . . . .	134
4.4	Thoraxmobilisation/Lungenpleuramobilisation . . . . .	138
4.5	Interkostalmuskulatur . . . . .	140
4.6	Großer Brustmuskel (M. pectoralis major) . . . . .	143
4.6.1	Untersuchung des M. pectoralis major . . . . .	144
4.6.2	Behandlung des M. pectoralis major . . . . .	144
<b>5</b>	<b>Faszialer Bereich – Manualtechnisches Behandlungsprogramm der Faszien . . . . .</b>	<b>147</b>
5.1	Fasziendiagnostik . . . . .	147
5.2	Faszienmobilisation. . . . .	151

<b>6</b>	<b>Segmentaler/vegetativer Bereich</b>	154
6.1	Theoretische Grundlagen des vegetativen, somatischen oder viszeralen Nervensystems	154
6.2	Manualtechnisches Behandlungsprogramm der vegetativen Schaltstellen im kranio-sakralen Bereich (Parasympathikus)	155
6.2.1	Mobilisierung des atlanto-kranialen Überganges durch Lösung der kurzen Nackenmuskeln im Hinterhauptbereich	155
6.2.2	Atlas-/Axismobilisation	158
6.2.3	Mobilisierung des lumbosakralen und sakroiliakalen Überganges	160
6.3	Manualtechnisches Behandlungsprogramm der vegetativen Schaltstellen im thorakal-lumbal-kostalen Bereich (Sympathikus)	163
6.3.1	Mobilisation der Wirbelsäule	163
6.3.2	Therapie der Lendenwirbelsäule und Brustwirbelsäule	164
6.3.3	Mobilisation der Brustwirbelsäule bei hartnäckigen Blockierungen	167
<b>7</b>	<b>Aktive Übungen bei Hypofunktionalität</b>	171
7.1	Training Rückenmuskulatur	172
7.2	Training Bauchmuskulatur	174
7.3	Training der gesamten Rumpfmuskulatur	175
7.4	Übung zum Gesamtmuskeltraining	176
<b>IV</b>	<b>Zusammenfassung</b>	177
<b>V</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	178
<b>VI</b>	<b>Abbildungsverzeichnis</b>	182
<b>VII</b>	<b>Wichtige Fachtermini</b>	185

# Vorwort

Gabriele Münch hat die Stimm-, Sprech- und Schlucktherapie leise und unaufdringlich revolutioniert. Als Physiotherapeutin, Osteopathin und Manuelle Therapeutin verband sie fachübergreifend ihr Wissen und ihr Können mit einer weiteren postgraduierten Ausbildung, der Sprecherziehung. Didaktisch hervorragend stieß sie neue Türen für Logopädiinnen auf: Mit den Händen spüren, wahrnehmen und Strukturen verändern und deren Elastizität fördern.

Gabriele Münch löste eine Welle von Aha-Erlebnissen aus. Ich erinnere den Arbeitstag nach meiner ersten „Manuellen Stimmtherapie“-Veranstaltung, als ich feststellte, dass der Kehlkopf meines dysarthrischen Patienten a) lateral nur sehr asymmetrisch und b) nach der manuellen Behandlung symmetrisch verschiebbar war!

Viele Logopädiinnen zogen den gleichen Schluss. Was für „den Kehlkopf mit Stimmproblemen“ gelten kann, gilt auch für „den Kehlkopf eines schluck- oder sprechgestörten Patienten“. Die Funktionen Atmen, Schlucken, Stimme und Sprechen sind unterschiedliche „Software“-Formen und benutzen ein- und dieselbe fazio-orale Hardware! Durch Greifen zum „Be“ greifen!

Die Kunde verbreitete sich wie ein Lauffeuer durch den deutschsprachigen Raum. Die beiden Kompendien – mit den Abbildungen dieser einmalig schönen „Schmetterlings“-Hände – wurden fester Bestandteil im Verlagsprogramm des Schulz-Kirchner Verlags. Eine Dekade später ist das explizite manuelle Tun in der Stimm-, Sprech- und Schlucktherapie als komplementäres Tool nicht mehr wegzudenken!

Two in one! Der Schulz Kirchner Verlag bietet mit diesem Buch eine gute Gelegenheit, die zwei alten, lieb gewonnenen Exemplare gegen ein neues Kompendium auszutauschen!

*Ricki Nusser-Müller-Busch*

Veröffentlichung: Die Therapie des Facio-Oralen Trakts (Springer, Berlin)

# I Einleitung

Wie wir gestimmt sind und wie es uns geht, zeigt sich an unserer Stimme, unserer Atmung, dem Körpersausdruck, dessen Bewegungs- und Funktionsfähigkeit, der ihm zur Verfügung stehenden Energie, dem eigenen Körpergefühl und der körperlichen Wahrnehmungsfähigkeit. Die Manuelle Stimmtherapie unterstützt die oben genannten Bereiche, indem sie manuelle/osteopathische und von Gabriele Münch entwickelte Handgriffe mit sprechwissenschaftlichen Erkenntnissen verbindet. Der zur Behandlung kommende Patient erfährt in der Manuellen Stimmtherapie eine individuelle Diagnostik durch ein gezieltes Anamnesesgespräch und einen Sicht-, Tast- und Bewegungsbefund des atem-, schluck- und stimmgebenden Traktes. Anschließend erfolgt eine spezifische Mobilisations- und Trainingstherapie der sich in Läsion/Restriktion (Bewegungseinschränkung) befindlichen Strukturen. Eine medizinische Abschlussuntersuchung mit Messungen des veränderten Lungenvolumens und des Stimmfeldes sowie eine Laryngoskopie oder eine Stroboskopie geben Aufschluss über die medizinisch nachweisbare Wirksamkeit der Manuellen Stimmtherapie.

Zur Verdeutlichung der Einsatzmöglichkeit der Manuellen Stimmtherapie und ihrer Wirkungen dient der nachstehende Artikel.

Eine 45-jährige Grundschullehrerin stellt sich mit einer seit bereits einem Jahr bestehenden Dysphonie vor, die unmittelbar nach einer oberen Atemwegserkrankung entstanden ist. Ihre Dysphonie verschlechterte sich immer mehr. Nach einer vierwöchigen Sprachtherapie, die keine Erfolge erbrachte, wurde die Patientin an unsere Klinik überwiesen. Durch eine Laryngoskopie und eine Videolaryngostroboskopie wurde nachgewiesen, dass der Larynx strukturell normal und auch die Schleimhäute gesund waren. Die Unelastizität der Stimmlippen war auffällig, außerdem waren Verengungen der supraglottischen Räume vorhanden. Während eines psychosozialen Interviews sagte die Patientin, dass sie sich zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Erkrankung in keinerlei Konfliktsituation oder vermehrten Stresssituation befunden habe. Die Stimmqualität der Patientin ließ sich mit angespannt/gepresst beschreiben. Eine Palpation der Kehlkopfregion ergab, dass das Zungenbein auf Druck ausgesprochen druckempfindlich reagierte, und zwar vermehrt auf der linken Seite mit Ausstrahlung in das linke Ohr. Der Kehlkopf war auf Druck schmerhaft und rigide in seitlicher Bewegungsrichtung. Der Raum zwischen Zungenbein und Kehlkopf war verkleinert, was einen Kehlkopfhochstand bedeutete. Die verspannten Muskeln wurden über mehrere Behandlungen durch Massage gelockert und der Kehlkopf mobilisiert. Die Druckempfindlichkeit verschwand und die Stimme verbesserte sich. Nach einmono-

tiger Therapie wurde die Patientin ohne Rückfall aus der Therapie entlassen (vgl. Roy, Ford & Bless [1996] „Muscle tension dysphonia and spasmodic dysphonia: The role of manual laryngeal tension reduction in diagnosis and management“).

Die Qualität der feinfühligen sicheren Berührung in der Manuellen Stimmtherapiebehandlung kann den Patienten beruhigen, ihm Halt und Sicherheit geben, Vertrauen schaffen und funktionelle Störungen heilen. Durch intensive Studien mit Therapeuten (vgl. Studienartikel zur Manuellen Stimmtherapie in Praxis und Klinik, in: Forum Logopädie Heft 4 (27) Juli 2013, 24–28) und durch Implementierung der „Manuellen Stimmtherapie“ in die logopädische Ausbildung hat sich der Stellenwert der manuellen Techniken für Logopäden und anverwandte Berufsgruppen seit 1997 entscheidend gesteigert.

Die Manuelle Stimmtherapie – eine Therapie, die „berührt“ – hat einen klaren biomechanischen, manualtherapeutischen Behandlungsansatz, zu dem weltweit nur wenig Literatur vorliegt, um dem Atem-/Sprech-/Stimmtherapeuten für den Einflussbereich Atem, Artikulation, Schlucken und Stimme in seiner beruflichen Praxis weiterzuhelpfen. Das vorliegende Buch soll diese Lücke schließen. Außer der Lektüre dieser Veröffentlichung wird dem Leser empfohlen, an einer der laryngealen, orofazialen, pulmonalen oder faszialen Manuellen Stimmtherapie-Veranstaltungen teilzunehmen, um durch eigene Erfahrung, Sicherheit im Umgang mit der Manuellen Stimmtherapie zu erlangen.

---

Zur besseren Lesbarkeit wurde die maskuline Form für Therapeuten und Patienten benutzt.  
Selbstverständlich sind jeweils Personen beider Geschlechter gemeint.

---

## II Sprechwissenschaftlicher Teil

### 1 Was ist Manuelle Stimmtherapie?

Die Manuelle Stimmtherapie ist ein von Gabriele Münch entwickeltes Konzept zur Diagnostik und Behandlung von Tonusstörungen im logopädisch relevanten Bereich. Etymologisch abgeleitet bedeutet *manuelle* Therapie eine von der *Hand* ausgeführte Therapie. Manuelle Stimmtherapie (MST) bezeichnet die bei Funktionsstörungen der atem-, artikulations-, stimmgebenden und der am Schluckakt beteiligten Organe angewandte Therapie.

Neben dem Mobilisieren von Gelenken können Dehntechniken und Muskelbehandlungen der entsprechenden Organe bei Stimm-, Sprach-, Sprech- und Redeflussstörungen zur Diagnostik und Therapie herangezogen werden. Ziel ist es, ihre Bewegungsfähigkeit und damit die Leistungsfähigkeit zu verbessern und wenn möglich wiederherzustellen. Unterschiedliche Erkrankungsbilder bedingen unterschiedliche Therapieziele (siehe II 2). Sie reichen von Erleichterung des Beschwerdebildes bis hin zur kompletten Wiederherstellung der Funktion bei funktionellen Stimmstörungen.

Ziele der Manuellen Stimmtherapie:

- gute Beweglichkeit und Statik für die Tiefatmung
- eine aufrechte eutone Haltung
- Kehl- und Kieferweite zur Euphonie
- Verbesserung der Artikulations-, Kau- und Schluckmotorik
- gute Durchblutung der atem-, stimm- und schluckgebenden Organe
- Homöostase
- ausgeglichenes hormonelles und vegetatives Nervensystem
- verkörperte Selbstwahrnehmung

Bei hyperfunktionellen und gemischten organischen oder psychogenen Dysphonien, bei Dysodien und bei verheilten Operationen im Halsbereich (z.B. Schilddrüsen OP, Kehlkopf-/Zungenbeinteilresektionen) oder bei Schluckstörungen kann der Therapeut mit Einwilligung vonseiten des Arztes/Psychotherapeuten/Patienten im ventralen Halsbereich den Kehlkopf und das Zungenbein mit seiner supra- und infrahyoidalen Muskulatur auf Spannungs dysbalancen, Immobilitäten und Druckschmerzempfindungen untersuchen und behandeln.

Im Bereich der Halswirbelsäule wird er bevorzugt das Gebiet C1-C4 (erster bis vierter Halswirbel) untersuchen und bei Bewegungsverlust behandeln, da diese Segmente neben den Gehirnnerven V, VII und XII den Kehlkopf mit seinen äußeren Muskeln und Bändern innervieren (siehe Innervation der Kehlkopfmuskeln). Nach der manualtherapeutischen Behandlung ist bereits zwanzig Minuten später stroboskopisch eine Verbesserung der Schwingung der Stimmbandschleimhäute nachzuweisen. Nach einer erneuten Behandlung normalisiert sich das Schwingungsmuster (vgl. Hülse, 1991, S. 83).

Zusätzlich wird aus dem Bereich C3-C5 über den N. phrenicus das Zwerchfell versorgt. Dieser Bereich ist somit ein wesentliches Gebiet zur Verbesserung der Innervation des Zwerchfells und damit der Atmung. Thorax- und Atemmuskulaturmobilisierung führen zu einer weiteren Verbesserung der Atmung. Das ist besonders für schwerstbetroffene Patienten ein wichtiger Bestandteil in der Pneumonieprophylaxe und dient dem verbesserten Abhusten.

Zur verbesserten Artikulationsfähigkeit bedarf es einer physiologischen Kieferbeweglichkeit, die der Therapeut über Mobilisierung des Kiefergelenkes und der Kaumuskeln herbeiführen kann.

Myofunktionelle Störungen, Fehlstellungen im orofazialen Bereich und orofaziale Probleme (Craniomandibuläre Dysfunktionen [CMD], Kopfgelenk-induzierte Symmetriestörung [KISS], Bruxismus, Tonsillektomien, Fazialisparese oder Hypokinesien, Neuralgien) können durch die MST beeinflusst werden.

Ziel dieses Buches ist es, sanfte und effektive Muskel- und Mobilisierungstechniken für den Einflussbereich Atmung, Artikulation, Schlucken und Stimme dem Therapeuten an die „Hand“ zu geben, um im Rahmen eines Gesamttherapiekonzeptes zusätzliche Möglichkeiten zu haben, bei Tonusdysbalancen tätig zu werden. Es bedarf jedoch auch bei sanften MST-Techniken der Rücksprache mit dem Arzt, um etwaige zusätzliche Kontraindikationen individuell für den Patienten abzuklären und sich selbst als Therapeut abzusichern.

Manipulationstechniken der Halswirbelsäule werden nicht in das Behandlungsprogramm aufgenommen, da es zu ihrem verantwortlichen Einsatz intensiver praktischer Übung unter fachkompetenter Supervision von ausgebildeten Ärzten/Chiropraktoren bedarf. Die Gefahr, irreversible Schäden durch mangelhafte Therapietechnik auszulösen, ist an der Halswirbelsäule zu hoch.

## 1.1 Positive therapeutische Einflussnahme der MST durch Erkenntnisse, die auf den neurophysiologischen Zusammenhängen von Stress auf Atmung und Stimme basieren

Bei Dysphonie- und Dysphagiepatienten, bei Patienten nach seelischen und körperlichen Traumata und bei Patienten nach Operationen lässt sich eine veränderte Atmung sowie Erregtheit beobachten, fühlen und in einer veränderten Stimme hören. Häufig verändern sich die Körperwahrnehmung, die Körperhaltung, das Sicherheitsgefühl und die Lern- und Konzentrationsfähigkeit. Peter A. Levine beschreibt in seinem Buch „Sprache ohne Worte: Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt“ die neurophysiologischen Zusammenhänge des Sympathikus und Parasympathikus – Totstell-, Flucht- und Angriffreflex – und gibt Denkanstöße zur sinnvollen psychologischen Therapieintervention.

Bedrohung und soziale Anforderungen führen zu chronischer Skelettmuskelanspannung, zu Körperfehlhaltungen und zu einer Anspannung im Zwerchfell. Die Stresshormone Corticotropin-releasing Factor (CRF) und Adrenokortikotropin-Hormon (ACTH) sowie Oxytozin (Sicherheits-/Bindungshormon) aktivieren die vagalen Motoneurone und nehmen Einfluss auf die Herzfrequenz. „Der parasympathische Vaguskern kann die Herzfrequenz beschleunigen (Vagus-Hemmung) oder verlangsamen (Vagus-Aktivierung). Im Hirnstamm wirkt er zusammen mit den respiratorischen Motoneuronen des Nervus phrenicus und den Nerven der Skelettmuskeln“ (Fogel, 2013, S. 215).

Während der Ausatmung entspannt sich durch Hemmung des N. phrenicus das Zwerchfell und die Interkostalmuskeln, die Herzfrequenz und der Blutdruck verlangsamen sich durch gleichzeitige parasympathische Aktivierung des **N. vagus** (herumschweifender Nerv).

Dieser zweigt sich in nachfolgende Nervenäste auf:

- Ramus meningeus (Hirnhäute)
- Ramus auricularis (äußerer Gehörgang, Ohrmuschel, Trommelfell)
- Rami pharyngei (motorische Rachenmuskulatur, weicher Gaumen, Würg- und Schluckreflex)
- Ramus oesophageus (Speiseröhre)
- Nervus laryngeus superior (M. cricothyroideus, sensibel: Schleimhaut oberhalb der Stimmlippen, reflektorisches Kehldeckelschließen, Hustenreflex)
- Rami cardiaci (Senkung der Herzfrequenz)
- Nervus laryngeus recurrens (alle Kehlkopfmuskeln, außer M. cricothyroideus)
- Kleinere Brustraumäste (Zusammenziehen der Bronchien)
- Bauchäste (Magen, Leber, Nieren und Dünndarm) bis einschließlich des Querkolons

## **Einfluss der MST auf das vegetative Nervensystem**

Die Manuelle Stimmtherapie nimmt über die Mobilisation der dorsalen Rippen-gelenke ausgleichenden Einfluss auf die sympathischen Grenzstrangganglien und durch die Mobilisation des Kopfgelenkes, des Kreuzbeins und der Erfolgsorgane (Lunge, Herz, Kehlkopfmuskeln) des Nervus vagus Einfluss auf die parasympathischen Nervenanteile.

Zusätzlich zum N. vagus zählen der Nervus glossopharyngeus und der Nervus accessorius zur „Vagusgruppe“. Auch hier wirkt die Manuelle Stimmtherapie mit Techniken auf den Parasympathikus über die Arbeit an der physiologischen Zungenruhelage, der eutonen Rachenmuskulatur und über die Therapie des M. sternocleidomastoideus und M. trapezius auf den N. accessorius ein. Die MST-Zwerchfellbehandlung ermöglicht eine physiologische Atmung als Grundvoraussetzung zu einer verbesserten Stimm- und Schluckmotorik.

Durch die Unterstützung des MST-Therapeuten erzielt der Klient einen Ausgleich seines vegetativen Nervensystems und fühlt Entspannung. Über die erholsame verkörperte Selbstwahrnehmung kann er seinen Alltag positiv bewältigen und seinen inneren Reichtum erleben. Er lernt durch Körpertherapie, wie z.B. der MST, und/oder durch Psychotherapie Vertrauen in seine Fähigkeit, „positive und negative Gefühle, Annehmlichkeiten und Schmerzen als Diagnostikum für die laufende Situation und als verlässliche Information zu nutzen, um an dieser zu lernen und Entscheidungen zu treffen“ (Fogel, 2013, S. 251). Er erlebt die Bereitschaft im Prozess zu sein.

## **1.2 Erforschung der Manuellen Therapie im Bereich der Dysphonie<sup>1</sup>**

Auch im Bereich des Dysphoniemanagements beschäftigten sich Ärzte und Therapeuten in den letzten Jahren in ihrer Arbeit und ihren Studien mit der Manuellen Therapie.

Um dem interessierten Leser einen chronologischen Überblick – ohne Vollständigkeitsgewährleistung – der Arbeiten und der Studienergebnisse zu geben, erfolgt eine Studienzusammenfassung im Bereich der Manuellen Stimmtherapie (MST), der Manuellen Therapie (MT), der Manuellen Circumlaryngealen Therapie (MCT) sowie der Osteopathisch Manipulativen Therapie (OMT) zur Behandlung von funktionellen Dysphonien. Leider erfolgt in den Studien keine exakte Beschreibung der eingesetzten Behandlungstechniken, sodass an dieser Stelle keine

---

<sup>1</sup> Aus: Münch, G. (2012), Eine Fragebogenstudie zur Erhebung der therapeutischen Anwendung des Konzeptes der Manuellen Stimmtherapie in Bezug auf die Entwicklung der Manuellen Therapie im Phoniatriisch-logopädischen Bereich. Unveröffentlicht.