



Birte Heckmann & Markus Hess

Stimmfeminisierung

Die Kombination logopädischer Stimmarbeit und der stimmerhöhenden Operation „Glottoplastik“

Einleitung

Im Jahr 1918 prägte der deutsche Arzt und Sexualforscher Magnus Hirschfeld erstmals den Begriff des „seelischen Transsexualismus“. 1931 publizierte Felix Abraham die durch ihn erstmals durchgeführten operativen „Genitalumwandlungen“ in der Zeitschrift für Sexualwissenschaft. Das derzeitige Transsexuellengesetz (TSG) wurde 1981 verabschiedet und gilt so bis heute. Seit 2011 versucht ein Arbeitskreis, Reformen des TSG in Deutschland voranzutreiben, die unter anderem das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen stärken und notwendige juristische Regelungen in bestehendes Recht integrieren sollen. Ebenfalls im Jahre 2011 wurden „Voice and Communication Stan-

dards“ in die internationalen „Standards of Care (for Transgender People) Version 7“ (SOC, Coleman et al. 2012) aufgenommen. Gegenwärtig wird die Diagnose nach ICD-10 (DIMDI 2019) wie folgt klassifiziert:

Störung der Geschlechtsidentität (F64), F64.0 Transsexualismus:

Der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen.

Im Mai 2019 wurde die ICD-11 verabschiedet und wird voraussichtlich ab Januar 2022 in Kraft treten (WHO 2018). Geschlechtsidentitätsstörungen werden in eine neue Abteilung, die sich mit Störungen der sexuellen Gesundheit befasst, eingeordnet und somit nicht mehr unter den „mentalenen Störungen“ geführt. Die neue Bezeichnung lautet „Gender incongruence“ („geschlechtliche Nichtübereinstimmung“) mit Spezifizierungen „Gender Incongruence of Adolescence and Adulthood und Gender incongruence of childhood“.

„Gender incongruence is characterized by a marked and persistent incongruence between an individual's experienced gender and the assigned sex. Gender variant behaviour and preferences alone are not a basis for assigning the diagnosis in this group.“

ZUSAMMENFASSUNG. Ab Januar 2022 soll die derzeitige Diagnose „Transsexualismus“ nach ICD-11 erstmals nicht unter dem Überbegriff der „mentalenen Störungen“ geführt werden. Dieses in der heutigen Zeit lässt ahnen, wie steinig der Weg zur Frau- und Mannwerdung für die Betroffenen nach wie vor ist. Um in der Gesellschaft als Frau angenommen zu werden, nehmen trans*Frauen häufig viele Operationen auf sich. Eine dieser Operationen ist die sogenannte „Glottoplastik“ zur Erhöhung der stimmlichen Grundfrequenz in den weiblichen Bereich. Allein diese Anhebung der Höhe führt aber noch nicht zur Wahrnehmung der Stimme als weiblich. Den Prozess der Stimmfeminisierung können und sollten Stimmtherapeutinnen maßgeblich in verschiedenen Bereichen unterstützen, da die Stimme einen wesentlichen Bestandteil der Identität darstellt. In der *Deutschen Stimmklinik* in Hamburg wurde ein Konzept entwickelt, das die Frauen in einer Kombination aus Phonochirurgie und Stimm-/Sprechtraining auf ihrem – auch sozio-kulturellen – Weg zur weiblichen Stimme begleitet.

► **SCHLÜSSELWÖRTER:** Stimmfeminisierung – Glottoplastik – MzF-Transgender – Transsexualität – Stimmtherapie

Der Begriff Transsexualität wird inzwischen weitgehend von dem der Transidentität abgelöst. Die Vielzahl an Begrifflichkeiten ist verwirrend, zumal die Betroffenen selbst unterschiedlichste Bezeichnungen bevorzugen und benutzen. Für die stimmtherapeutische Arbeit mit transidenten Menschen empfiehlt es sich, sich einen Überblick über gängige Begriffe zu verschaffen und direkt mit der Klientin zu besprechen, welche Begriffe sie verwenden möchte. Im Gespräch stellt sich oft heraus, dass die Frauen sich nicht (mehr) als „trans*“ bezeichnet wissen möchten, da sie sich nach diversen

Operationen und einem fortgeschrittenen Transitionsprozess ganz einfach als „Frau“ verstehen.

Im Falle einer Frau-zu-Mann-Anpassung kommt es durch die Gabe von Hormonen häufig schon zu einem weitgehend zufriedenstellenden Stimmklang durch „eine erhöhte Dehnbarkeit der Stimmlippen und eine Zunahme der Muskulatur (myotroper Effekt) im Verhältnis zum bindegewebigen Anteil (Zuwachs an vibratorischer Masse mit Abnahme des Elastizitätsmoduls)“ (Wirth 1995, 305). Die Umstellung für Mann-zu-Frau-Klientinnen ist sehr viel komplexer, die Gabe von weiblichen Hormonen beeinflusst die Stimme kaum oder nicht.

In unserer Praxis behandeln wir vorwiegend trans*Frauen, weshalb wir in diesem Artikel vornehmlich auf diese eingehen und die weiblichen Begriffe nutzen werden (s. Kasten).

Trans*Frauen beschreiben in ihren Biografien meist einen langen Weg, den sie hinter und oft noch vor sich haben. Viele haben eine verwirrende, häufig sehr einsame Zeit hinter sich, gescheiterte Beziehungen zu Partnern und Familie, erleben Unverständnis, Kontaktabbrüche und nicht selten offene Anfeindungen selbst von engen Freunden oder aber völlig fremden Menschen.

Unsere Klientinnen berichten uns aber auch von neuer, tief empfundener Freiheit, über das Verhältnis zu Kindern und Ehepartnerinnen, die voll hinter dem Prozess der Geschlechtsangleichung stehen und deren Beziehung von der neuen Ehrlichkeit profitiert. Was die Transition für unsere Klientinnen und ihr Umfeld bedeutet, können wir nur staunend und mit Empathie und konstruktiver Neugierde zur Kenntnis nehmen.

Stimmfeminisierung

Die Stimme ist ein wesentlicher Bestandteil unserer Identität. Bei transidenten Menschen behindert der anatomisch bedingte Stimmklang den Identitätswechsel häufig massiv. Man bedenke, dass die Stimme zu den sekundären Geschlechtsmerkmalen gezählt wird.

Unsere Klientinnen berichten von frustrierenden Erlebnissen durch ihre zu tiefe, nicht zum Äußeren passende Stimme, die nicht selten psychische Probleme bis hin zu Depressionen oder Suizidalität auslösen. Besonders am Telefon droht die „Enttarnung“ von trans*Frauen, auch Ausweis- und Passkontrollen, telefonische Bankgeschäfte, Einkaufen oder Ausgehen werden oft zum Spießbrutenlauf und schränken die Lebensqualität stark ein.

Eine Studie von Hancock et al. aus dem Jahre 2010 belegt einen positiven Zusammenhang

zwischen der Weiblichkeit bzw. Gefälligkeit („Likability“) der Stimme und der empfundenen Lebensqualität bei trans*Frauen. Hierbei steht interessanterweise besonders die Identifikation mit der eigenen Stimme im Vordergrund und nicht unbedingt die Akzeptanz durch Hörer. Eine positive Wechselwirkung des eigenen Selbstbewusstseins auf die Akzeptanz der Umgebung ist ein bekanntes psychologisches Phänomen und gilt auch hier. Die selbstbewusste Identifikation mit der eigenen Stimme ist eine wichtige Voraussetzung für ein gelungenes Passing. Das Phänomen Stimme und deren Wahrnehmung umfasst eine Vielzahl an physikalischen, anatomischen, akustischen, bewegungsphysiologischen, gesellschaftlich-normativen, und vielen weiteren Parametern. Sowohl der trans*Frau mit Willen und Bereitschaft diesen Weg zu begehen als auch der begleitenden Therapeutin sollte deutlich sein, dass Stimmanpassung meistens nur annähernd funktionieren kann. Die Erarbeitung realistischer Ziele ist daher eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche gemeinsame Arbeit.

Bisher gibt es kaum klar strukturierte, umfassende Konzepte, nach denen man sich richten kann, jedoch immer mehr Forschung und Erfahrungen. Im besten Falle führt die Suche nach den geeignetsten und relevantesten Übungen und Methoden in einem gemeinsamen Prozess zur individuellen femininen Stimme. Ab 2020 werden wir auch Fortbildungen zum Thema anbieten.

Stimmerhöhung durch Operation

Eine Operation ist nach einer Stimmtherapie eine sinnvolle Option, wenn: a) die Klientin große Schwierigkeiten hat, die Tonhöhe zu heben (oder es gar nicht schafft), b) ein Transfer der erhöhten Sprechstimmlage in den Alltag nicht gelingt, c) die Tonhöhe in Situationen wie Husten und Niesen ungewollt sinkt, d) der Gebrauch der weiblichen Stimme zu starkem Schmerz oder Anspannung führt (Södersten et al. 2019).

Um für eine Stimmveränderung von Mann zu Frau chirurgisch eine höhere Stimmlage zu erreichen, stehen verschiedene Operationstechniken zur Verfügung. Eine gründliche Aufklärung der Klientinnen von Anfang an muss gewährleistet sein, um Risiken und realistische Aussichten transparent zu machen. Die chirurgische Stimmfeminisierung hat das Ziel einer Grundtonerhöhung. Das Finden der persönlichen weiblichen Stimme – und Sprechweise – ist ein Prozess, der deutlich umfangreicher ist. Männliche und weibliche Sprechmuster unterscheiden sich

BEGRIFFE

- **Alltagstest:** Voraussetzung für Hormonbehandlung / geschlechtsangleichende Operation; mindestens 12 Monate, in denen in allen Lebensbereichen im angestrebten Geschlecht gelebt wird
- **Chondroplastik:** chirurgische Reduktion des Adamsapfels (aus ästhetischen Gründen; kein Einfluss auf den Stimmklang)
- **Cis-:** biologisches stimmt mit gelebtem Geschlecht überein (z.B. „Cis-Frau“)
- **Closeted:** (noch) nicht „geoutet“, gefühltes Geschlecht (noch) nicht öffentlich ausgelebt
- **FFS:** Operationen zur Gesichtsfeminisierung, engl. „Facial Feminization Surgery“
- **GA(OP):** Geschlechtsangleichende Operation der Genitalien
- **Genderdysphorie:** Affektstörung (Leiden) bezüglich der biologischen Geschlechtszugehörigkeit
- **Passing:** Anerkennung der Klientin im Alltag als Frau; wird diese Rolle von der Umwelt als nicht stimmig empfunden, kann das Passing „brechen“
- **Personenstandsänderung:** Zwei psychologische Gutachten bestätigen, dass der Wunsch zur Geschlechtsänderung seit mind. drei Jahren besteht; wird ausgesprochen durch das Amtsgericht
- **Trans*:** Begriff, der verschiedene Ausprägungen und Formen von Störungen der Geschlechtsidentität zu vereinen sucht; z.B. trans*Frau = Mann-zu-Frau (MzF) = biologischer Mann
- **Transgender:** Keine / nicht vollständige Identifikation mit dem biologischen Geschlecht; kein zwingender Wunsch nach körperlicher Veränderung; Betonung der sozialen Rolle des Geschlechts
- **Transidentität:** Geschlechtsidentität weicht vom „Zuweisungsgeschlecht“ ab, durch den Begriff Abgrenzung zu jeglichem sexuellen Bezug (oft synonym verwendet für Transsexualismus)
- **Transition:** Prozess der Anpassung an das gewünschte Geschlecht (OPs, Hormone, Identität ...)
- **Transsexualismus:** Betroffene empfinden ihr biologisches Sexualorgan als „falsch“, daher Wunsch nach Behandlungsmaßnahmen; medizinischer Begriff

auf nahezu allen kommunikativen Ebenen: Unter anderem Prosodie, Artikulation, Gestik und Mimik und besonders Resonanz beeinflussen maßgeblich die Gesamtwirkung einer Stimme.

Meister (2016) kommt in seiner Dissertation zu einer klaren Empfehlung: „Zusammenfassend zeigten diese aus objektiven Stimmdaten, Eigen- und Fremdbewertung



Abb. 1: Glottoplastik präOP



Abb. 2: Glottoplastik postOP



Abb. 3: Glottoplastik 6. Woche postOP

bestehenden Ergebnisse, dass durch alleinige Operation zwar eine höhere Stimmlage, jedoch kein vollständig weiblicher Stimmklang erreicht wurde. Deswegen muss die Phonochirurgie zukünftig stärker in ein umfassendes Behandlungskonzept aus logopädischem Stimmtraining, Übungen für eine weibliche Gestik und Mimik sowie Alltags-training eingebunden werden.“ Die Notwendigkeit der unterstützenden Stimmtherapie zum Gelingen des Stimmfeminisierungsprozesses wird in verschiedenen Studien betont (Kim 2017, Casado et al. 2017).

Das Hauptziel einer Stimmfeminisierungs-Operation ist die „Grundtonerhöhung durch Anspannen, Kürzen und/oder Ausdünnen der Stimmlippen, und immer in symmetrischer Weise“ (Hess 2018a, 2018b). Physiologisch wird dadurch eine Erhöhung der Schwingungsfrequenz der Stimmlippen und somit ein Anstieg der Stimmlage erreicht. Kehlkopfoperationen zur Verkleinerung der supraglottischen Resonanzräume streben eine Veränderung des „Timbres“ an. Zu diesen Operationen, bei denen diverse Risiken bestehen, gehört die „Feminization Laryngoplasty“ (FemLar nach Thomas), auf die wir nicht näher eingehen werden.

Die derzeit vermutlich am häufigsten gewählte Methode zur chirurgischen Stimmerhöhung ist die Glottoplastik (Vocal Fold Webbing), die auch von uns angewendet wird.

Glottoplastik

Unter Vollnarkose wird der Klientin bei stark überstrecktem Kopf über den Mund ein starres Metallrohr bis in den Kehlkopf eingeführt (Mikrolaryngoskopie). Durch dieses Rohr kann der Chirurg durch ein Mikroskop sehen und mit mikrochirurgischen Instrumenten operieren. Wer einmal bei einer Kehlkopfoperation zugesehen hat weiß, wie klein dieser Bereich ist: die gesamte Länge der Stimmlippen entspricht etwa dem Durchmesser einer 1-Cent Münze.

Bei der Glottoplastik wird die Schleimhaut im vorderen Anteil der Stimmlippen zuerst symmetrisch entfernt (sog. Desepithelisie-

rung). Dieser Bereich wird anschließend mit zwei Nähten vernäht (Abb. 1-3). Die permanente Verwachsung verkürzt die Stimmlippen stimmfunktionell, sodass im verbleibenden, schwingenden Abschnitt eine höhere Grundfrequenz erzwungen wird. Das Bilden der tiefen Töne ist somit nicht mehr möglich. Zusätzlich sorgt eine Unterfütterung (Augmentation) beider vorderer Stimmlippen im seitlichen Anteil dafür, dass die operierten Stimmlippenanteile fest aneinandergedrückt werden. Dieses temporäre Implantat unterstützt in der Heilungsphase den sicheren Aufbau einer belastungsfähigen Gewebsbrücke. Ein Ausdünnen der verbleibenden Stimmlippenabschnitte (Laserreduktion) kann zusätzlich (auch als späterer Korrekturingriff, falls die alleinige Vernähung nicht den gewünschten Effekt hatte) die Sprechstimmlage erhöhen.

Nach Casado et al. (2017) kann durch eine Glottoplastik eine deutliche Stimmerhöhung im Bereich von etwa neun Halbtönen erreicht werden. Allerdings braucht der Operateur viel Erfahrung, da diese OP-Technik keine ungenaue oder übermäßige Ausführung verzeiht. Die Stimme kann dysphon und schwächer werden, die Modulationsfähigkeit der Stimme kann eingeschränkt und ebenso die sehr laute Stimmgebung reduziert sein (Song & Jiang 2017). Nach einer Studie von Kim (2017) verschwanden post-operative Dysphonien nach 2-3 Monaten. In einigen Fällen kann es zu einer eingeschränkten Atemkapazität kommen, allerdings fällt dieses im Alltag eher bei Leistungssportlerinnen ins Gewicht. Davies et al. (2015) und andere weisen darauf hin, dass es nur eingeschränkte Evidenz bezüglich der Langzeitwirkung und -risiken von stimmerhöhenden Operationen gibt.

Konzept der Stimmfeminisierung in der Deutschen Stimmklinik

In der Deutschen Stimmklinik halten wir die Kombination von chirurgischer Stimmerhöhung durch Glottoplastik, Stimm- und

Sprechtraining und ggfs. gesangspädagogischer Unterstützung für die erfolgversprechendste Methode und haben damit beste Erfahrungen gemacht. Wir verstehen die Stimmfeminisierung als einen umfassenden Prozess, bei dem wir unsere Klientinnen über einen längeren Zeitraum gemeinsam begleiten und beraten (Abb. 4).

Für das erste Gespräch wird in unserer Praxis viel Zeit eingeplant – aber letztlich auch eingespart, da die Klientin ihre Geschichte nicht doppelt zu erzählen braucht. Es findet eine gemeinsame Besprechung inklusive präoperativer Diagnostik mit dem operierenden Chirurgen, der behandelnden Logopädin und der Klientin statt. Die verschiedenen Disziplinen stellen unterschiedliche Fragen, wodurch auch viele spontane Informationen das Gesamtbild abrunden. Das ist ein weiterer Vorteil, wenn man beide Disziplinen in einem Haus hat.

Da viele unserer Klientinnen nicht in Hamburg wohnen, hat sich der Austausch und die Zusammenarbeit mit den begleitenden Kolleginnen vor Ort bewährt. Die anfängliche Idee, auch per Skype zu arbeiten, haben wir in der Praxis als nicht immer zufriedenstellend erfahren. Zu viele Aspekte konnten nicht genau genug gesehen, gehört oder wahrgenommen werden.

Termine zur medizinischen Nachkontrolle und zur Stimmtherapie werden nach Bedarf zeitlich koordiniert, sodass wir gebündelt, längere Sessions nutzen und die gemeinsam mit der Klientin für wirksam und gut umsetzbar befundenen Übungen als in der Stunde individuell zugeschnittene Audio- oder Videodatei mitgeben. Telefonate zwischen Klinik und externen Therapeutinnen zum Austausch können regelmäßig stattfinden. Manche Therapeutinnen begleiten sogar ihre Klientinnen zu einer Nachuntersuchung bei uns in der Klinik. Leider lässt sich das aus Kosten- und Zeitgründen nur für wenige Kolleginnen realisieren.

Das Thema der stimmverändernden Operationen wird sehr kontrovers diskutiert. Menschen mit gesunden, belastbaren Stimmen setzen sich einer OP in Vollnarkose aus, kos-

tenintensiv und irreversibel. Vollkommen gesundes Gewebe wird gewollt verändert, ja, verletzt. Mögliche Nebenwirkungen der Operation wurden bereits beschrieben. Ist es das wert?

Diese Frage lässt sich, wenn die Klientinnen gut über realistische Ziele aufgeklärt wurden und von einem sehr erfahrenen Phonochirurgen operiert werden, auch unter Berücksichtigung eines statistischen Risikos mit „ja“ beantworten.

Viele Klientinnen erfahren eine Stimmübungsbehandlung als nicht ausreichend, eine OP erweist sich dann als einziges Mittel zu einer bleibenden Stimmveränderung. Das Bilden der tiefen Töne ist nach einer Glottoplastik nicht mehr möglich. Für die Klientinnen entfallen durch diesen Zustand „gefährliche, entlarvende“ Stimm-situationen wie Lachen, Husten, Weinen oder andere affektive und nicht bzw. schlecht kontrollierbare Situationen. Diese Zuverlässigkeit der Tonhöhe steigert das Selbstbewusstsein und daraus folgend die allgemeine Zufriedenheit. Signifikante Komplikationen nach der Operation wurden nicht gemessen (Casado et al. 2017). Eine gewollt gehaltene, unphysiologische Hochstellung des Kehlkopfes ist nicht nötig und unnötige Verspannungen (und deren Folgen) entfallen.

Das Argument, die Stimm-entwicklung der Klientinnen müsse für einen gesunden psy-

chischen Entwicklungsverlauf zeitlich linear mit der Gesamttransition verlaufen, kann entkräftet werden: Es bleiben „genügend“ weitere stimmanpassende Aspekte, die im Laufe der Zeit noch zu lernen sind. Entgegen gängigen Annahmen wird die Möglichkeit zur natürlichen Modulation durch eine Glottoplastik nicht bzw. kaum genommen. Der CT als Stimmlippenspanner bleibt vollkommen funktionstüchtig, lediglich in die Tiefe ist das Stimmfeld (gewollt) eingeschränkt.

Das logopädische Stimm- und Sprechtraining

„The aim of therapy is to facilitate safe development and habituation of a gender-appropriate voice and communication style that is comfortable for the person to use on a daily basis without vocal fatigue.“

Thornton (2008)

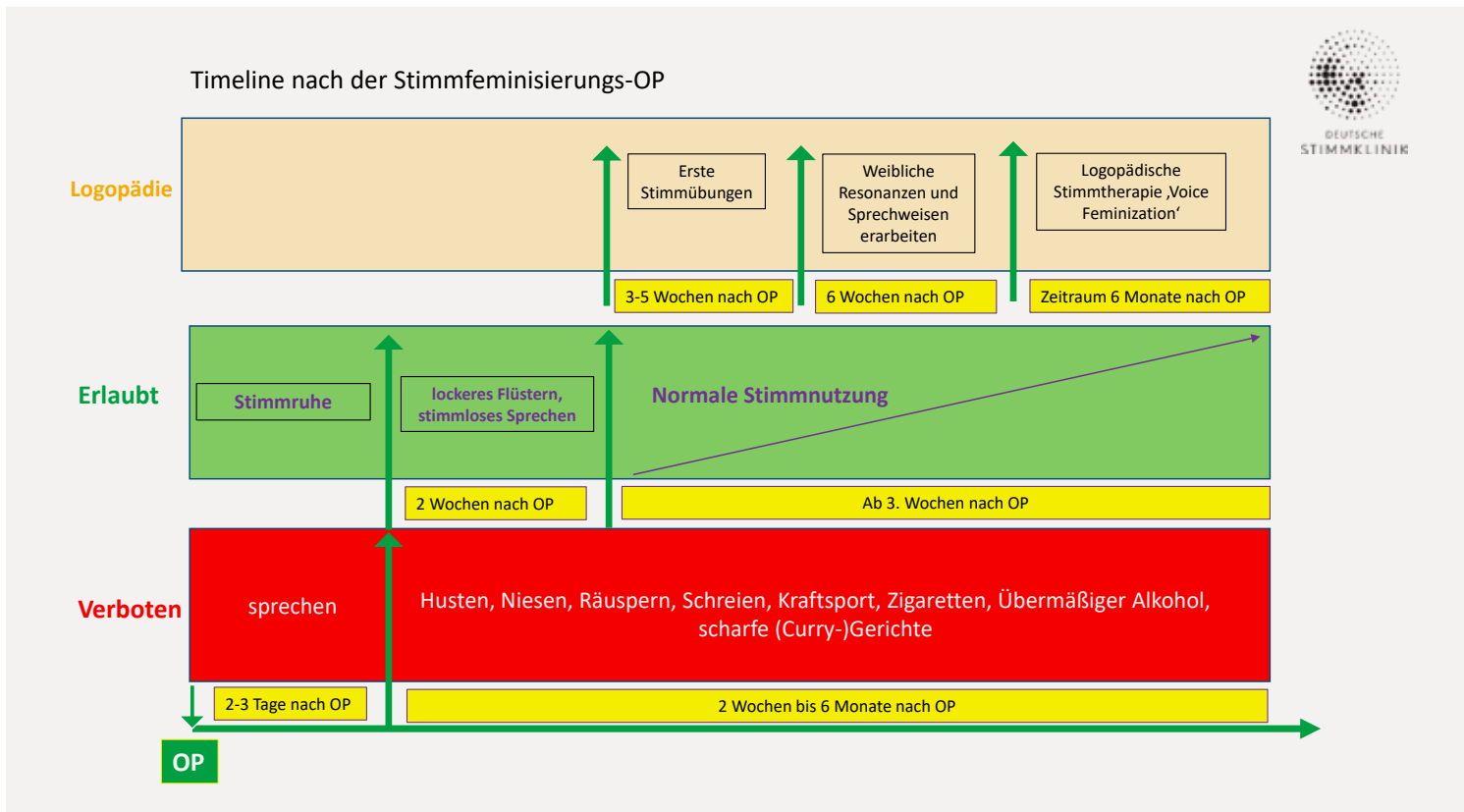
Und wieder ein Bereich, wo die Begriffsfindung nicht so leicht ist: Ist es eine Stimmtherapie? Ein Training, ein Coaching? Sind wir Therapeuten für Klientinnen oder begleiten wir Patientinnen? Nach unserer Meinung muss jede Therapeutin dafür eine eigene Begrifflichkeit entwickeln.

Genauso wichtig wie die Entwicklung eines individuell geprägten Fachwortschatzes ist

es, sich als Therapeutin über die eigenen Vorstellungen, Werte und Normen Gedanken zu machen. Was ist weiblich, was ist männlich, und wer entscheidet das überhaupt. Rollenvorstellungen, „Schubladendenken“, Assoziationen zu „Kompetenz, Stärke und Stimmklang – jede von uns greift auf Erfahrungen und Prägung zurück, und es ist hilfreich und interessant, sich diese zu vergegenwärtigen. Viele Klientinnen haben sich durch YouTube-Beiträge informiert und folgen den angegebenen Übungsanweisungen stimmlicher Laien. Die Folge sind häufig Stimm-beschwerden wie Sprechanstrengung, Verspannungen sowie Schmerzen in Hals und Kehlkopf und weitere klassische Symptome einer funktionellen Stimmstörung.

Wenn die präoperative Diagnostik diese Symptome offenbart, ist eine „klassische“ Stimmtherapie vor der Operation indiziert. Die meisten Klientinnen, die zu uns in die Stimmklinik kommen, hegen den Wunsch nach einer baldigen Operation. Eigentlich wäre eine prophylaktische Stimmtherapie bzw. ein Stimmcoaching für alle Klientinnen, durch die alle wichtigen Aspekte einer physiologischen Stimmgebung bereits erfahren und geübt würden, eine optimale Voraussetzung für ein schnelleres Einfinden in eine feminine Sprechweise nach der Operation. In der Beratung von trans*Frauen bezüglich einer Operation sollte diese Möglichkeit in Betracht gezogen werden.

Abb. 4: Timeline nach der Stimmfeminisierungs-OP



Rein stimmphysiologisch haben viele trans*-Frauen keine Stimmstörung, was die Arbeit mit ihnen auch von der mit Stimmpatienten unterscheidet.

*„Während in der Berufsausbildung therapeutische Methoden zur Behandlung pathologischer Stimmen vermittelt werden, bedeutet die Arbeit mit trans*Frauen eine Stimmklangveränderung einer meist gesunden Stimme.“*

Salm & Neumann (2018)

Im Gegensatz zu Cis-Frauen haben unsere Klientinnen keine oder kaum Rollenerfahrung bzw. Sozialisierung als Frau. Häufig ist die Stimmtherapeutin (manchmal noch zeitgleich mit einer begleitenden Psychotherapeutin) die einzige professionelle Begleitung im Prozess der Frauwerdung und steht daher noch bei über die Stimme hinausgehenden Fragen zur Verfügung.

Ein „Corrective Feedback“, wenn die Stimmigkeit der diversen Geschlechtszeichen durch Übertreibungen gefährdet ist, sollte nach Absprache mit der Klientin formuliert werden. Allerdings ist es dafür wichtig, von Anfang an Vorstellungen und Vorbilder abzugleichen und offen zu besprechen. Trans* Klientinnen haben meist sehr klare „eigene“ Zielvorstellungen, was ihre Stimme angeht. Selbstverständlich ist die Klientin die Chefin im Prozess ihrer Feminisierung, sollte aber durch die Therapeutin bezüglich des angestrebten Stimmklanges beraten werden. Zu einer 1,80 großen, kräftigen Frau passt selten ein feines Stimmchen, eine 20-Jährige spricht anders als eine 60-Jährige.

Die Stimmarbeit mit trans*Frauen ist selbstverständlich individuell zugeschnitten und basiert unter anderem auf den „typischen“ Übungsbereichen wie Stimmhygiene und stimmphysiologische Tonübungen, Artikulation, Haltung, Atmung. Ein Transfer der Therapieinhalte in den Alltag sollte nach Möglichkeit ab der ersten Stunde unterstützt werden. Eine Möglichkeit ist, jede Sitzung mit der Formulierung eines Wochenzieles zu beenden und später zu evaluieren.

Die einzelnen Bausteine

Die Stimmarbeit mit trans*Frauen umfasst im Wesentlichen alle Bereiche der klassischen Stimmtherapie, obwohl wir es nicht mit der Behandlung einer pathologischen Stimme zu tun haben. Die Unsicherheit vieler Therapeutinnen bezüglich dieser Patientengruppe ist daher zumindest inhaltlich unbegründet, da wir auf „klassisches Handwerkszeug“ zurückgreifen können. Im Folgenden werden die einzelnen Bereiche kurz skizziert.

Anamnese, Diagnostik, allgemeiner Eindruck

Neben einer „klassischen“ allgemeinen Anamnese werden spezielle Fragen zum Stand der Transition geklärt: Verlauf der Transsexualität von Kindheit an, durchgeführte bzw. geplante Operationen, Passing und soziale Integration. Zur Selbstauskunft wird neben dem VHI (Voice Handicap Index, Jacobson et al. 1997) der spezielle TVQmtf (Transsexual Voice Questionnaire (male to female) (Dacakis et al. 2013) abgefragt. Wir haben zudem einen zehn Fragen umfassenden Bogen zum „Screening auf einen Blick“ entwickelt, den wir in regelmäßigen Abständen neu bewerten lassen.

Bei der Stimmdiagnostik wird das Stimmverhalten beobachtet, abgefragt und gemessen (z.B. durch ein Stimmfeld), eventuelle Pathologien/Stimmstörungen diagnostiziert sowie (angewöhnte) werden Fehler und „Übertreibungen“ aufgespürt. Eine Einschätzung der Musikalität erleichtert die spätere Auswahl der Übungen. Nonverbale Aspekte werden analysiert und besprochen.

Im weiteren Gespräch erfragen wir Vorbilder, klären Begrifflichkeiten, Erwartungen und Ziele und verteilen Verantwortlichkeiten sowie „Rechte und Pflichten“ von Klientin und Therapeutin.

Abhängig vom Stadium der Transition schwanken die meisten trans*Frauen in ihrer emotionalen Stabilität. Die komplexe Situation der Betroffenen ist immer wieder Thema innerhalb der Therapie und beeinflusst diese deutlich. Es ist sehr frustrierend sowohl für die Klientin als auch für die Therapeutin, wenn der Prozess der Stimmfeminisierung stagniert und eine Negativschleife „Stimme schlecht – Stimmung schlecht – Stimme noch schlechter“ in Gang setzt. Dieses sollte zu jedem Zeitpunkt der gemeinsamen Stimmarbeit aktuell hinterfragt werden.

Stimmhygiene

Zum Bereich der Stimmhygiene gehört für uns unbedingt das Verstehen des Stimm- und Sprechvorganges. Dafür kann es hilfreich sein, kleine Sequenzen beispielsweise aus Fernsehdokumentationen zum Thema zu zeigen. Wir besprechen mit unseren Klientinnen ihre persönlichen Videos und Aufnahmen aus der phoniatischen Untersuchung und haben eigene Filme zu verschiedenen Stimmvorgängen im Kehlkopf erstellt (z.B. Glissando, laut-leise, verschiedene Stimmansätze).

Die Klientinnen werden mit Informationen zum postoperativen Stimmverhalten versorgt, z.B.

- Stimmruhe (wir empfehlen bis zur „Stimmfreigabe“ im Zuge einer Nachuntersuchung etwa zwei Wochen)

- „Richtiges“, ungesprestes Flüstern während dieser Stimmruhe erlaubt (da beim Thema Flüstern noch immer Unsicherheit herrscht, verweisen wir auf einen Artikel zum Thema unter https://stimmklinik.de/download/paper_20180601_hno-nachrichten_post-op-stimmgebrauch.pdf)
- Umgang mit Husten und Niesen (Luftvolumen und somit Druck direkt vorher durch schnellstmögliches Ausatmen reduzieren)
- Allgemeine stimmhygienische Maßnahmen und Erkältungsprophylaxe
- Erste sanfte Stimmübungen im Piano (nach der „Stimmfreigabe“)

Schulung der Wahrnehmung

Wir empfehlen unseren Klientinnen, zu Beginn des Stimmfeminisierungsprozesses ihre Wahrnehmungsfähigkeit zu trainieren, zum einen, um ihre Ziele genauer benennen zu können, zum anderen, um das Übernehmen und Einüben bestimmter Stimm-, Sprech- oder Verhaltensmuster zu erleichtern. Mögliche Übungsfelder können sein

- Beobachtung von Frauen entsprechender Alters, Kultur, sozialer Herkunft
- Lautwahrnehmung (welche Strukturen, wo gebildet, Veränderungen...)
- Wahrnehmung bei
 - Jodeln, Gähnen, Hüsteln, Gurgeln ...
 - Körper beim Lauschen, bei Angst, beim Ballspiel, „Wasserkasten anheben“ / „Gewichtheben“
 - Unterschiedlichen Intentionen (Ärger, Erstaunen, konkrete Vorstellungen...)
 -> Was macht das mit der Atmung? Dem Stimmklang? Dem Sprechtempo?

Atmung

Über die Atemarbeit lässt sich das Prinzip der Stimmgebung, des „Stimme IST Ausatem“ bestens wahrnehmen. Uns ist wichtig, dass die Klientinnen immer wissen, mit welchem Ziel Übungen angeboten werden und sie nicht einfach nur die kostoabdominale Atmung erlernen. Zusammenhänge zwischen Atemdruck und Stimmansatz, Phonation und Artikulation (beispielsweise über das Abspinnen) sollen erfahren und umgehend ins Sprechen transferiert werden.

Mit einer ersten Klientin arbeiteten wir zweifelt am Abspinnen – bis sie ihren Pulli hochzog und sagte „Mensch, mit diesem Ding hier bin ich froh, wenn oben überhaupt noch Luft reinkommt!“. Seitdem fragen wir zu Beginn der Therapie, ob die Klientin ein Mieder bzw. Korsett trägt und beraten sie entsprechend. Der Wunsch „eine gute Figur zu machen“ kann der gewünschten lockeren Bauchatmung sehr im Weg stehen.

Tonhöhe

Auf diesen wichtigen Bereich gehen wir hier nicht weiter ein, da unsere Klientinnen durch eine Glottoplastik das Anheben der Tonhöhe nicht mehr selbst beeinflussen müssen.

Resonanz / Stimmfunktionsbereiche / „Timbre“

Neben der Tonhöhe ist eine Veränderung der Resonanzräume für die Anerkennung eines Stimmklanges als weiblich der wichtigste Aspekt.

Ziele sind die Vorverlagerung der Zunge und vermehrte Spreizung (= weniger Rundung) der Lippen. So erarbeiten wir z.B. die Mundform des /i/ als Vorbild für die nach-vorne-Platzierung bei weiteren Vokalen. Deutliche Kieferöffnung ist bei dieser Resonanzarbeit ausdrücklich nicht das Ziel. Die veränderte Größe und Form der Mundhöhle und somit des Vokaltraktes bewirken eine Veränderung der Formanten (bei Frauen höher). Dadurch erreichen wir im Stimmklang eine weiblichere Qualität. Diese Arbeit ist im Therapieprogramm „Oral Resonance Therapy“ (Carew et al. 2007) beschrieben.

Aufmerksamkeit wird auf eine Verschiebung der Vibrations- und Resonanzempfindung vom Brust- und Halsbereich in Richtung Mund/Gesicht gelenkt.

Durch Stärkung der Mittel- und Hinterzungensmuskulatur (z.B. durch Arbeit mit dem /ŋ/: gaganga gaganga) wirken wir einem kloßigen Stimmklang entgegen. Verspannungen in der Zunge können wir mit der gezielten Auswahl von Lautübungen reduzieren (z.B. Zungenschütteln mit „jajajaja“ ohne Beteiligung des Kiefers). Viele trans*Frauen haben sich auf der Suche nach einem weiblichen Stimmklang „abenteuerliche“ Techniken angewöhnt, die es zu ersetzen gilt.

Artikulation

Bei trans*Frauen, die Operationen im Gesicht hinter sich haben (FFS), sind artikulatorische Einschränkungen durch Ausfälle von Gesichtsnerven häufiger zu beobachten, manchmal aber nicht sofort erkennbar.

Ziel ist eine feinere, präzisere, flexiblere Artikulation und das Nutzen von längeren Vokalen. Auf Basis des Abspannens lassen sich auch viele Übungen für eine genauere Artikulation finden. Flexibilität im Zusammenspiel der beteiligten Artikulationsstrukturen erarbeiten wir durch Geläufigkeitsübungen. Dabei werden möglichst unterschiedliche Artikulationszonen hintereinander in schnellem Tempo angesprochen.

Prosodie / Modulation

Die Ausprägung der Sprechmelodie ist stark abhängig von der Landessprache und auch von der Persönlichkeit.

Frauen betonen eher durch Tonhöhenunterschiede und – im Gegensatz zu Männern – weniger durch Lautstärkeunterschiede. Ferner nutzen sie mehr Pausen und haben eine langsamere Sprechgeschwindigkeit.

Wir beobachten manchmal, dass trans*Klientinnen zwischenzeitlich zum „Singsang“ neigen; manchmal erscheint diese starke Übertreibung notwendig, um auf längere Sicht eine natürlich klingende Veränderung zu etablieren.

Da trans*Frauen ganz besonders psychischen Schwankungen unterliegen können, ist es wichtig, das aktuelle Befinden im Blick zu behalten. An der Prosodie zu arbeiten, wenn gerade ein depressiver Schub vorliegt, wird nicht funktionieren.

Wortschatz, Syntax, Topics

Wortwahl und Satzaufbau sind stark abhängig von Zeit, Kultur, Kontext, Alter usw. In der Literatur finden sich zum Teil heftige Klischees und „rückschrittliche“ Geschlechtsstereotypen, in der Übungssituation bleibt es aber nicht aus, darauf zurückzugreifen.

- Weniger Kraftausdrücke bei Frauen
- Mehr Konjunktive
- Mehr Ich-Botschaften
- Emotionalere und bildlichere Beschreibungen
- Abschwächung von Aussagen (ziemlich, vermutlich, ich finde ...)
- Mehr Nachfragen/Konversation vorantreibende Floskeln

Nonverbale Kommunikation

Auch hier gibt es deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen, die die Gesamtwirkung stark beeinflussen. Wir arbeiten hierbei mit Videoaufnahmen.

- *Bewegung, Gesten*: näher am Körper bei Frauen, mehr Hand-/Fingerbewegung, fließender, feiner; kleinere Schritte mit Hüftschwung
- *Auftreten*: weniger raumfordernd, fließender, feiner; sanfterer Händedruck
- *Haltung*: Frauen öfter (zum Partner) vorgelehnt; vermehrt Kopfneigung /-bewegung
- *Mimik*: mehr Bewegung, mehr Lächeln, mehr Blickkontakt
- *Naturlaute*: Husten, Niesen, Räuspern, Lachen, Schnupfen sind bei Frauen meist verhaltener und abgeschwächt (besonders ohne Glottoplastik droht hier die Gefahr des Entlarvt-Werdens durch Absacken der Tonhöhe).

RZH.



Willst Du mit uns abrechnen?

Kreuze an:

Ja

Nein

Ich berechne zuerst, wie viel Zeit ich für die Abrechnung sparen kann, unter:

www.rzh.de/rechner



0281 / 9885 - 222

Stimmeinsätze und -absätze

Es gibt verschiedenen Arten, einen Ton zu beginnen und zu beenden: knarrend, hart, weich, behaucht. Die Vorstellung, dass der Ton im Luftstrom entsteht und mit diesem, auch in Verbindung mit einer weichen Geste, nach außen geführt wird, verhilft vielen Klientinnen zum angestrebten weichen Stimmeinsatz. Eine leichte Verhauchtheit kann erwünscht sein und ist manchmal die Folge einer Glottoplastik.

Zur Einführung in das Thema nutzen wir die Überführung von stimmlosen zu stimmhaften Frikativen wie /f/ → /w/ (v), /s/ → /z/ und /sch/ → /3/. Zum Ende wird der Ton nicht „abgequetscht“, sondern über Artikulation und Zwerchfell gelöst und somit ein weicher Stimmeinsatz unterstützt. Bei *Coblener & Muhar* (1993) finden sich dazu wunderbare Übungen.

Singstimme

Mit Klientinnen, die Spaß am Singen haben, greifen wir auch auf Gesangsübungen zurück. Hierfür eignen sich besonders Glissandoübungen, also auf- und absteigende Tonrutschen, mit einem weichen Stimmeinsatz („easy onset“), leicht und langsam gesungen. Das Durchwandern der unterschiedlichen Tönhöhen flexibilisiert und stärkt die Stimme und verhilft zu einer verbesserten Atem-Stimmkopplung.

Diese Übungen können auch während der Tube Phonation (Stimmegebung durch einen Schlauch in Wasser) genutzt werden. Das SOVTE-Prinzip (Semi-Occluded Vocal Tract Exercises), also Arbeit mit Hilfsmitteln wie Schlauch, Strohalm oder Maske, sowie das Zurückgreifen auf geschlossene Vokale und Reibekonsonanzen, unterstützen den Stimmaufbau. Die Übungen können auch gezielt zum Lockern und Lösen von Verspannungen sowie zum Warm-Up bzw. Cool-Down eingesetzt werden.

Nicht selten verweigern trans*Klientinnen das Üben in der Tiefe, da sie an dieses männliche Klangbild nicht mehr erinnert werden möchten. Diese Einschränkung muss akzeptiert werden.

Fazit

Therapeutinnen, die Spaß am Umgang mit Stimme und Sprechen haben, kann die Arbeit mit trans*Frauen nur wärmstens ans Herz gelegt werden. Die Klientinnen gewähren uns Einblicke in eine Welt, die den meisten von uns im Alltag verborgen bleibt und lassen uns meist über einen längeren und sehr spannenden Zeitraum ihres Lebens daran teilhaben. Die Zeit der Transition empfinden viele trans*Frauen als eine Art „zweite Puber-

tät“, sie ist geprägt vom Ausprobieren, Überstreben, Suchen und Finden. Als begleitende Therapeutin kommt man nicht umhin, die eigenen Vorstellungen und Normen zu überdenken und zu hinterfragen.

Da diese Klientel häufig extrem gut vernetzt und informiert ist, entwickelt sich oft eine gleichberechtigte Arbeitsbeziehung, in der beide Seiten vom Wissen der anderen profitieren dürfen. Da es kaum vorgezeichnete Wege gibt, lässt sich der Verlauf der Zusammenarbeit sehr kreativ und individuell gestalten, Fragen und Umwege dürfen als Einladung und nicht als Defizit angenommen werden. „Mir ist, als würde ich langsam von der Puppe zum Schmetterling und ich kann es nicht abwarten, zu fliegen!“ (Klientin, 61 Jahre). Es bringt immer wieder Freude, bei diesen ersten Flugversuchen dabei sein zu dürfen.

: LITERATUR

- Carew, L., Dacakis, G. & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice* 21 (5), 591-603
- Casado, J., Rodriguez-Parra, M. & Adrian, J. (2017). Voice feminization in male-to-female transgendered clients after Wendler's glottoplasty with vs. without voice therapy support. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 274 (4), 2049-2058
- Coblener, H. & Muhar, F. (1993). *Atem und Stimme*. Wien: Österreichischer Bundesverlag
- Coleman et al. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism* 13 (4), 165-232
- Dacakis, G., Davies, S., Oates, J.M., Douglas, J.M. & Johnston, J.R. (2013). Development and preliminary evaluation of the transsexual voice questionnaire for male-to-female transsexuals. *Journal of Voice* 27(3), 312-320
- Davies, S., Papp, V.G. & Antoni, C. (2015). Voice and communication change for gender nonconforming individuals: giving voice to the person inside. *International Journal of Transgenderism* 16 (3), 117-159
- DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Wissenschaft (2019). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. German Modification (ICD-10-GM) Version 2019*. Köln: DIMDI
- Hancock, A., Krüssinger, J. & Owen, K. (2010). Voice perceptions and quality of life of transgender people. *Journal of Voice* 25 (5), 553-558
- Hess, M. & Fleischer, S. (2018a). Postoperativer Stimmgebrauch: Ist Schweigen wirklich Gold? *HNO-Nachrichten* 48 (3), 30-35
- Hess, M. & Fleischer, S. (2018b). Stimmfeminisierung: Chirurgisch zur höheren Stimmlage. *HNO-Nachrichten* 48 (3), 24-28
- Jacobson, B.H., Johnson, A., Grywalski, C., Silbergleit, A., Jacobson, G., Benninger, M.S. & Newman, C.W. (1997). The Voice Handicap Index (VHI): development and validation. *American Journal of Speech-Language Pathology* 6 (3), 66-70
- Kim, H.T. (2017). A new conceptual approach for voice feminization: 12 years of experience. *The Laryngoscope* 127 (5), 1102-1108
- Meister, J. (2016). *Wertigkeit operativer Stimmangleichung bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus – Evaluation der Glottoplastik nach Wendler modifiziert durch Hagen*. Dissertation, Universität Würzburg, Graduate Schools
- Nawka, T. & Wirth, G. (2008). *Stimmstörungen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag

SUMMARY. Voice feminisation: The combination of logopaedic vocal work and the voice-enhancing operation „Glottoplasty“

From January 2022 on, the current diagnosis of „transsexualism“ according to ICD-11 will, for the first time, not be attributed as a „mental disorder“. This gives an idea of how hard trans*women need to fight on their way to being accepted as a woman. The process of transition necessitates many surgeries. One of those operations is the so-called „glottoplasty“ to increase the fundamental frequency of the voice towards a feminine range. However, this increase alone does not yet lead to the perception of the voice as female. The process of vocal feminization can and should be significantly supported by voice therapists, as the voice is an integral part of the identity. At the *Deutsche Stimmklinik* in Hamburg, a concept was developed that accompanies the women on their way to the female voice including a combination of phonosurgery and voice / speech training, also in a socio-cultural context.

KEYWORDS: Voice feminization – glottoplasty – male-to-female-transsexual – transgender – voice therapy

Salm, S. & Neumann, S. (2018). Transsexual Voice Questionnaire for Male-to-Female Transsexuals (TVQ MtF). *Forum Logopädie* 32 (5), 26-30

Södersten, M., Nygren, U., Hertegard, S. & Dbejne, C. (2019): A Multidisciplinary approach to transgender health. In: Adler, R., Hirsch, S. & Pickering, J. (2019). *Voice and Communication Therapy for the Transgender / Gender Diverse Client* (1-19). San Diego, USA: Plural Publishing

Song, T.E. & Jiang, N. (2017). Transgender phonosurgery: a systematic review and meta-analysis. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 156 (5), 803- 808

Thornton, J. (2008). Working with the transgender voice: the role of the speech and language therapist. *Sexologies* 17 (4), 271-276

WHO – World Health Organisation (2018). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS), 2018 version*. Genf: WHO

Wirth, G. (1995). *Stimmstörungen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag

Weitere Informationen

World Professional Association for Transgender Health (WPATH): www.wpath.org

Transgender Europe (TGEU) _ Europäisches Netzwerk: tgeu.org

Bundesverband Trans* e.V. (BVT*)
www.bundesverband-trans.de

Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität (dgti) e.V.:
www.dgti.org

Selbsthilfeorganisation Trans-Ident e.V.
www.trans-ident.de

Trans-Kinder-Netz (TRAKINE) e.V. _ Eltern-Netzwerk
www.trans-kinder-netz.de



Birte Heckmann schloss ihr Bachelorstudium Logopädie 2000 in Groningen (NL) ab. Sie war Dozentin an Schauspielschulen (Fachbereich Sprechen) sowie an der FH Fresenius (Stimme), arbeitete als Moderatorentainerin beim Radio und ist Sprecherzieherin des Schauspielensembles des Oldenburgischen Staatstheaters. Seit November 2014 leitet sie den Bereich logopädische Stimmtherapie an der Deutschen Stimmklinik in Hamburg. Zu ihren Schwerpunkten gehört, neben der Stimmtherapie und Sprecherziehung für Berufssprecher, die Stimmarbeit mit trans*Frauen.



Prof. Dr. med. Markus Hess hat sich seit 20 Jahren schwerpunktmäßig der Phonochirurgie gewidmet. Der HNO-Arzt und Phoniater schrieb zahlreiche Fachartikel und Buchbeiträge zu diesem Thema und hält viele Male jährlich auf internationalen Workshops und Kongressen Vorträge über Themen aus der Phonochirurgie.

DOI 10.2443/skv-s-2019-53020190601

KONTAKT

Birte Heckmann
Deutsche Stimmklinik
Martinistr. 64 · 20251 Hamburg
heckmann@stimmklinik.de · www.stimmklinik.de

MediFox therapie – Software für therapeutische Praxen



Dein persönlicher Termin

Lerne MediFox therapie einfach mal unverbindlich kennen. Ruf uns an unter 0 51 21. 28 29 190 und wir stellen Dir die Software gern vor.

Zusammen sind wir smart

MediFox therapie nutze ich so, wie es mir am besten passt. Auf meinem Rechner, meinem PraxisPad und jetzt auch auf meinem Smartphone!



Die ideale Lösung für jedes Gerät.