

Stimmfehler bei Kindern (1/5)

Fehlverhalten im Atemsystem

Vordringlichste Aufgabe der Atemerziehung bei Kindern ist die Verlagerung der Einatmungsbewegungen in die Verantwortung der Zwerchfellmuskulatur unter gleichzeitiger Weithaltung der Atemwege und des oberen Brustkorbs, sowie das Erlernen der verlangsamten, zurückgehaltenen und steuerbaren Ausatmung beim Singen.

Drei typische Atemfehler sind bei Kinderstimmen auffällig: Hochatmung, verluftetes Singen und gepresstes Singen.

Hochatmung

Physiologische Beschreibung:

Einatmung wird vorwiegend oder ausschließlich mit Brustmuskulatur, äußerer Zwischenrippenmuskulatur und oberer Atemhilfsmuskulatur durchgeführt. Das Zwerchfell ist wenig oder gar nicht aktiv an der Atmung beteiligt, meistens wird es beim Einatmungsvorgang sogar hochgezogen. Häufig wird dieses Fehlverhalten durch eine schlaife Körpergesamthaltung noch unterstützt.

Optische Wahrnehmung:

Dehn- und Hebebewegungen des Brustkorbs bei der Einatmung sowie Hochziehen der Schultern. Einfallen des Brustkorbs bei der Ausatmung, Zusammenfallen des Oberkörpers, Rundrücken, schlaife körperliche Gesamthaltung.

Akustische Wahrnehmung:

Kurzatmigkeit. Zu-tief-Singen. Raue Tongebung. Zu laute Einatmungsgeräusche. Unfreiwillige Akzentuierung von Anfangstönen. Glottisschlag.

Therapie:

Haltungsübungen. Zwerchfellbewusstmachung. Erlernen eines neuen Atembewusstseins.

Überluftetes Singen

Physiologische Beschreibung:

Fehlende Zwerchfellhaltespannung während des Singens. Atemgefäß bleibt nicht weit beim Singen. Aufrechte Körperhaltung wird nicht beibehalten. Eventuell auch mangelnde Stimmfaltenkompressionsspannung.

Optische Wahrnehmung:

Einfallen des Brustkorbs beim Singen. Starkes Nach-innen-Gehen oder Einziehen der Bauchdecke bei der Ausatmung. Schlaife Gesamthaltung. Rundrücken.

Akustische Wahrnehmung:

Kraftloser, glanzloser, meist zu dunkler Klang. Nebenluft. Kurzatmigkeit. Leise Nebengeräusche. Zu leise Tongebung. Zu-tief-Singen (besonders bei Abwärtsbewegungen). Überluftete Schlusstöne. Vor dem Tonansatz strömt Luft aus.

Therapie:

Atemgefäß muss während des Singens weit bleiben. Zwerchfellspannung muss während des Ausatmens erhalten bleiben. Beim Ausatmen nicht mit der Bauchmuskulatur den Atem auspressen. Übungen mit Anhaltephasen. Übungen im Staccato. Stützgesten.

Gepresstes Singen

Physiologische Beschreibung:

Zu hoher Atemdruck. Alle Bauchmuskulaturen sind zu stark gespannt, das Zwerchfell ist zu locker und wird hochgedrückt. Die Stimmfalten liegen zu fest aneinander (um dem zu hohen Atemdruck standhalten zu können). Der Kehlkopf steht hoch (vom zu starken Atemdruck hochgedrückt).

Optische Wahrnehmung:

Hochrecken und Verschieben des Kopfes, roter Kopf (Blutandrang). Verschieben des Unterkiefers. Starre Mimik. Hochstehender Kehlkopf.

Akustische Wahrnehmung:

Reibegeräusche. Harte, starre Tongebung. Zu lautes Singen. Verengte, geknödelte Töne. Brutaler Klang, oft mit Registerdivergenz. Glottisschlag.

Therapie:

Verzicht auf Forte. Lockerung von Haltung und Atmung (oft nur im Liegen möglich). Anleitung zur Zwerchfellatmung. Höhere Tonlagen bevorzugen, aber nicht laut! Einziehen der Bauchdecke beim Ausatmen vermeiden (aber Bauch auch nicht herausdrücken!).

Stimmfehler bei Kindern (2/5)

Fehlverhalten im Tonerzeugungssystem (Blatt 1)

Funktionelle Stimmstörungen (Dysphonien) sind selten isoliert als Versagen oder Fehlfunktion der Muskulaturen im Kehlkopfbereich anzusehen, sondern sind häufig schon Folgeerscheinungen von falschen Einstellungen des Instruments im Atemsystem. Oft ist Ursache und Wirkung einer Fehlererscheinung auch letztlich nicht genau zu rekonstruieren. Es ist daher notwendig, immer beide Partner (Stimmfaltenmechanismus und Atemfunktion) einer genauen Untersuchung zu unterziehen, um sicherzugehen, dass man die richtige Therapie anwendet.

Harter Stimmeinsatz (Glottisschlag)

Physiologische Beschreibung

Die Stimmritze ist vor Beginn des Singens fest verschlossen und wird durch Atemdruck aufgesprengt. Die Stimmfaltenmuskulatur ist meistens zu stark gespannt. Die Stimmfalten beginnen nach dem Glottisschlag oft mit ganzer Masse zu schwingen (Brustregister), häufig auch unter Ausfall der Randschwingung.

Akustische Wahrnehmung

Hartes Knackgeräusch vor Vokalen, oft verbunden mit nachfolgendem Luftstoß. Mit Glottisschlag begonnene Klänge sind häufig rau, hart, laut und brutal. Bei Vokal A besonders deutlich wahrnehmbar.

Therapie

Übungen im Piano mit Klingern und dunklen Vokalen. Notwendig ist unbedingt eine Kontrolle der richtigen Atmung und Herstellung der gesunden Balance zwischen Atemdruck und Stimmfaltenkompression.

Verhauchter Stimmeinsatz

Physiologische Beschreibung

Die Stimmritze ist vor Beginn des Singens nicht präzise ausgebildet, d. h., die Stimmfalten liegen nicht aneinander (Phonationsstellung). Die Kompressionsspannung der Stimmfalten ist zu gering. Bei Ausströmen der Luft beginnen die Stimmfalten nur allmählich zu schwingen.

Akustische Wahrnehmung

Luftgeräusch vor Beginn des Singens (Hauch), oft verbunden mit nachfolgenden verlufteten Tönen. Dem Klang fehlt es an Kern, Töne sind oft zu tief, die Stimme klingt insgesamt schwach.

Therapie

Übungen mit hellen Vokalen steigern die Kompressionsspannung der Stimmfalten, zusätzlich trainieren Staccato-Übungen die Muskulaturen der Stellknorpel. Auch hier ist unbedingt die notwendige Atembalance herzustellen.

Offenes Näseln

Näseln ist in erster Linie eine fehlerhafte Resonanzerscheinung (Triebresonanz), die jedoch häufig ihre Ursache im Versagen von Stimmfaltenspannungen hat.

Physiologische Beschreibung

Die Stimmfalten sind nicht präzise aneinandergelegt, es kommt keine saubere Stimmritze zustande. Der so entstehende schlaaffe, kernlose Klang findet einen Ersatzhalt im Nasenraum.

Optische Wahrnehmung

Manchmal zeigt sich ein Zusammenziehen der Augenbrauen und der Nasenflügel, bei gleichzeitigem Kleinerwerden der Augen.

Akustische Wahrnehmung

Deutlicher Nasenklang wie bei französischen Nasallauten. Die Stimme klingt schlaff und kernlos. Hohe Obertöne fehlen im Klang.

Therapie

Atembalance herstellen. Kompressionsspannungen der Stimmfalten mit Staccato-Übungen und hellen Vokalen üben. Raumvorstellungen benutzen. Sollte das Näseln eher wegen falsch verstandener Vordersitz-Bemühungen auftreten, helfen Übungen mit dunklen Vokalen.

Stimmfehler bei Kindern (3/5)

Fehlverhalten im Tonerzeugungssystem (Blatt 2) Bruststimmiges Singen

Die unphysiologische Verwendung der Registerfunktion der Vollschiwung (Brustregister) ist die häufigste Fehlererscheinung bei Kinderstimmen. Dafür sind mehrere Ursachen zu nennen:

1. Kinder werden oft zum Singen in zu tiefer Lage angehalten, weil die Vorbilder (Eltern, Erzieher/innen, Lehrer; aber auch Schlagersänger und Rock- und Popstars) meist nicht in kindgemäßer Lage singen. In Verbindung mit dem Angehaltenwerden zu übergroßer Lautstärke kommt es dabei oft zu einer Brustregisterfunktion mit Ausfall der Randschiwung (isolierte Brustregisterfunktion).
2. Angesichts der enormen Flexibilität und Elastizität der Stimmorgane besonders im kindlichen Alter wird das Zuhochführen der Brustregisterfunktion jedoch oft weder von den Kindern selbst noch von den Betreuern als stimm-schädigend wahrgenommen. Das liegt auch an der Klanglichkeit des kindlichen Brustregisters, das von Erwachsenen oft nicht als Brustregister identifiziert wird.
3. Auch bei feststellbaren Heiserkeitsphasen und anderen pathologischen Erscheinungen nach unphysiologischem Gebrauch des Brustregisters stellt sich dank der hervorragenden Regenerationsmöglichkeiten der Kinderstimme schon sehr bald wieder ein „normales“ Stimmgefühl ein. Die produzierten Schädigungen werden vom Kind nicht unmittelbar registriert und führen oft erst nach Jahren des entsprechenden Missbrauchs zu irreparablen Schäden.
4. Das kindertypische Atemverhalten (Hochatmung) provoziert beim Singen einen zu hohen Ausatemungsdruck, der die Stimmfalten zur isolierten Brustregisterfunktion anregt.

Physiologische Beschreibung des Stimmfehlers

Die Vollschiwung der Stimmfalten wird beim Aufwärtssingen über die physiologische Grenze (ca. d' - f') hinaus beibehalten und wird erst bei ca. c'' - d'' ruckartig auf Randschiwungfunktion umgestellt. Abwärts vollzieht sich der Wechsel aus der Randschiwungfunktion in die Brustregisterfunktion etwas tiefer (ca. a' - g'). Je lauter in der tiefen Lage gesungen wird, desto geringer ist der Anteil der Stimmfaltenränder an der Schwiwung, oft bis zum Totalausfall.

Pathologische Veränderungen der Stimmfalten

Infolge der großen Masse der Stimmfalten, die durch Längsdehnung auf zu hohe Tönhöhenwerte gebracht wird, kommt es zu Überdehnungserscheinungen und zu Muskelverkrampfungen. Risse, Schwielen, Ödeme, Knötchen und andere Verletzungen an den Stimmfaltenrändern sind die Folge der ständigen Überdehnung und des zu hohen Kompressionsdrucks. Mangelnde Entspannbarkeit und Lockerungsfähigkeit resultieren aus der Verkrampfung der beteiligten Muskulaturen.

Optische Wahrnehmung

Anspannen der Halsmuskulatur, Blutandrang im Kopf, Vorschieben des Kopfes, fester Unterkiefer.

Ruckartiges Senken des Kopfes beim Abwärtssingen an der Wechselstelle.

Heben des Kopfes und Vorschieben des Unterkiefers beim Aufwärtssingen ab ca. g' - a'.

Akustische Wahrnehmung

Registerwechsel, Bruchstelle, deutliches „Umschalten“ von einem Ton zum anderen (Registerdivergenz).

Tiefe laut, brutal, „männlich“, Mittellage hart, starr, reibend, Töne oft zu tief; Höhe verluftet, dünn, leise.

Später Einengung des Tonumfangs, Verlust der Höhe, an der Divergenzstelle oft keine Tonansprache mehr möglich.

Therapie

Verzicht auf Brustregisterfunktion (kein Forte in der Tiefe, kein Registerwechsel von oben nach unten; von unten nach oben nur aus dem Piano heraus singen!).

Weiche Tongebung mit randschiwungsfördernden Vokalen und Konsonanten. Atmung auf Zwerchfellfunktion umstellen und Atemhaltespannungen entwickeln. Gefühl für das „schöne“ Singen fördern.

Stimmfehler bei Kindern (4/5)

Fehlverhalten im Resonanzsystem

Im Körper befindliche Resonanzräume verstärken und veredeln die an den Stimmfalten erzeugte Schwingung. Jede Störung im Resonanzbereich sowie jedes einseitige Benutzen bestimmter Resonanzräume - und damit der Ausfall anderer - hat auf den Klang der Stimme entscheidenden Einfluss. In Verbindung mit möglichem Fehlverhalten von Artikulationsinstrumenten kann so eine Reihe von Klangbeeinträchtigungen auftauchen, die in der Kinderstimme besonders häufig anzutreffen sind.

Flache, kraftlose und wenig tragfähige Tongebung

Physiologische Beschreibung:

Alle Resonanzräume sind ungenügend bewusst gemacht und mangelhaft innerviert. Vokale und Konsonanten haben keine präzise Formung. Atembewegungen sind oberflächlich.

Optische Wahrnehmung:

Mundfaulheit (kaum Sprechbewegungen), geringe Mundöffnung ohne Lippenspannung. Unbeteiligter Gesichtsausdruck, schlaffe Körpergesamthaltung.

Akustische Wahrnehmung:

Stumpfer Klang, haltlos und nicht tragfähig (obertonarm). Oft Nebenluft wahrnehmbar. Kehlige oder halsige und unpräzise Vokalklänge.

Therapie:

Bewusstmachung und Aktivierung aller Resonanzräume. Präzisierung der Artikulation. Erarbeiten von Kehlsenkung, Gaumenbogenspannung und Vordersitz in Verbindung mit geformter Mundöffnung. Zwerchfellatmung trainieren.

»Plärriges« Singen

Physiologische Beschreibung:

Mundaufreißen, dadurch Verlust des Mundraums als Resonator. Folge davon ist oft auch der Verlust an nasaler Resonanz wegen des Anliegens des Gaumensegels an der Rachenwand. Kehlkopf steht hoch, Luftdruck ist zu hoch (häufig ist Hochatmung wahrnehmbar).

Optische Wahrnehmung:

Der Mund wird gewaltsam nach unten aufgerissen. Oft dazu parallele Kopf- und Oberkörperbewegungen.

Akustische Wahrnehmung:

Greller, flacher, „babyhafter“ Klang, meist zu laut, oft reibend. Offene Vokale im Verhältnis zu laut, geschlossene Vokale zu offen. Häufig mit Registerdivergenz gekoppelt.

Therapie:

Bewusstmachung der Mundöffnung in Verbindung mit dosierter Rundspannung der Lippen. Verzicht auf übergroße Lautstärke. Weckung von Klangästhetik.

Überheller »Lächel«klang

Physiologische Beschreibung:

Bedingt durch breitgezogene Mundöffnung wird die Mundhöhle auf eine flache Resonanzzone reduziert und die Schwingung in die Nasalräume gezwungen. Oft ist auch Kehlhochstand und Kehlengenge die Folge.

Optische Wahrnehmung:

Lippen sind stark in die Breite gezogen. Mundöffnung schlitzförmig. Unterkiefer bewegt sich zu wenig (oft fest). Häufiger Zusatzfehler: Hochatmung.

Akustische Wahrnehmung:

Infantile Tongebung. Fehlen der dunklen Stimmfarben. Übertriebener Lächelklang. U und O undeutlich, A zu flach, E und I zu schmal und spitz.

Therapie:

Bewusst machen der runden Mundöffnung mit Unterkieferfall und dosierter Lippenrundspannung. Zwerchfellatmung mit Gähnweite trainieren.

Stimmfehler bei Kindern (5/5)

Fehlverhalten im Artikulationssystem

Hier haben wir es mit Fehlererscheinungen an den Artikulationsinstrumenten zu tun. Das reicht von ungenügender oder falscher Mundöffnung bei den Vokalen bis hin zur Ungelenkigkeit bzw. Steifheit von Zunge und Lippen. Viele Fehler, die nach dem Höreindruck gar nicht auf den Bereich der Artikulation zu deuten scheinen, haben hier ihre Ursache.

Gaumiges oder kehliges Singen

Physiologische Beschreibung:

Alle Vokale werden zu weit hinten im Hals gebildet. Ein lockeres, freies Schwingen der Stimmfalten wird durch Beengung unmöglich gemacht, der Kehlkopf steht zu hoch, die Zunge ist unbeweglich.

Akustische Wahrnehmung:

Die Stimme klingt gaumig oder kehlig; besonders der Vokal A erreicht nicht seine freie und offene Klanggestalt, aber auch die anderen Vokale leiden unter einer Überbetonung der dunklen Schlundraumfarben. Oft erklingt neben dem Ton ein schnarrendes Geräusch.

Therapie: Vordersitzübungen. Lösen von Schlundverspannungen. Kehle senken.

Knödel (dunkler Knödel)

Physiologische Beschreibung:

Die Zungenwurzel drückt auf den Kehldeckel und verringert so den Raum im oberen Kehlkopfbereich. Der Zungenrücken ist nach hinten verschoben und verspannt. Der Kehlkopf wird künstlich nach unten gedrückt.

Optische Wahrnehmung:

Zuweilen wird der Kopf nach vorne unten gekippt, das Kinn drückt gegen den Hals und der Unterkiefer ist nach hinten verschoben.

Akustische Wahrnehmung:

Der Klang der Stimme ist gedrückt, alle Vokale sind dumpf und gaumig. Die Artikulation ist schwerfällig, schnelle Konsonantenverbindungen lassen sich nicht durchführen.

Therapie: Bevor ein Training für die verspannte Zungenwurzel eingesetzt werden kann, müssen kehlensenkende und -weitende Übungen den richtigen Halt des Kehlkopfes im Hals vermitteln. Würde man einseitig nur die Zunge nach vorne bringen ohne die kehlensenkende Muskulatur zu innervieren, müsste der Kehlkopf nach oben rutschen.

Schwerfällige Artikulation

Physiologische Beschreibung:

Alle Artikulationswerkzeuge, besonders aber Unterkiefer und Zunge sind verspannt. Der Unterkiefer ist häufig verschoben, meist nach hinten. Die Artikulationsstellen von Konsonanten werden nur ungenau getroffen. Dieser Fehler tritt häufig bei Kindern auf, die mit Zahnstandregulierungen befasst sind oder waren.

Akustische Wahrnehmung:

Die gesamte Artikulation ist zu langsam, zu schwerfällig; sie zerstört Stimmsitz und musikalische Linie.

Therapie: Artikulationstraining mit verschiedensten Konsonanten, möglichst abwechselnd verschiedene Artikulationsplätze erübend.

»Nuscheln«

Physiologische Beschreibung:

Zu geringe Lippenspannung. Der Mund öffnet sich nicht weit genug. Der leicht rund gespannte Lippenring fehlt.

Optische Wahrnehmung:

Kaum Mundbewegungen beim Singen, besonders keine Lippenrundung.

Akustische Wahrnehmung:

Der Klang der Vokale ist haltlos, ungeformt. Die Vokale sind nicht genügend voneinander getrennt. Der Stimme mangelt es an Präzision, Formung und Schall.

Therapie: Rundung der Vokale und Erarbeiten der elastischen, aktiven Lippenspannung.