

Juvenile Hyperfunctional Dysphonia

1. Terms of Reference

For several years now at the centre for Speech and Language Therapy in Vienna in addition to the speech and language therapy integration classes the 'Peripatetic Service' has established itself as an important and indispensable section. It represents an extension to what is offered by the speech and language therapy service in Viennese compulsory state schools. In recent years what we offer has been continually increased. Currently our team consists of 8 speech and language therapists who are deployed according to their specialisms.

The 'Peripatetic Service' offers 4 areas of specialism:

1.1. Advice to Parents

- Diagnosis and, if necessary, referrals to Outpatients' Depts, various specialist doctors, Youth and Family Services ...
- Coordination of therapy
- Advice on school progress
- Advice on parenting skills
- Advice for parents of children with speech problems whose first language is Turkish.

1.2. Early Detection/Diagnosis

- Supervision of children at school entry along with advice to parents
- An Advice Centre and the coordination of assessments/diagnosis for children who are already on the caseload of colleagues at the Viennese Speech and Language Therapy School.

1.3 Treatment and Management of

- Severe developmental disorders of speech
- Articulation disorders
- Disorders associated with cleft lip and palate
- Functional voice disorders
- Fluency disorders
- Speech and language problems associated with learning difficulties

1.4. Setting up of parent groups

The participation of parents in a parent group has proved to be particularly worthwhile. By involving parents the work with the children can be well supported. In this group the parents find a forum for discussing their personal concerns in dealing with their speech-disordered child.

Juvenile hyperfunktionelle Dysphonie

1. Rahmenbedingungen

Am Zentrum für Sprachheilpädagogik in Wien gibt es seit mehreren Jahren neben den Integrationsklassen mit sprachheilpädagogischem Schwerpunkt die „Ambulante Betreuung“ die sich als wichtige und inzwischen unverzichtbare Einrichtung etabliert hat. Sie stellt eine Erweiterung des Angebotes des Sprachheilkurses an den Wiener Pflichtschulen dar. Im Laufe der letzten Jahre wurde unser Angebot laufend ausgebaut. Derzeit besteht unser Team aus acht SprachheilpädagogInnen, die je nach ihren Zusatzausbildungen schwerpunktmäßig eingesetzt sind.

Die „Ambulante Betreuung“ arbeitet nach einem Konzept mit vier Schwerpunkten:

1.1. Elternberatung

- Diagnose und eventuelle Weitervermittlung der vorgestellten Kinder an Ambulatorien, diverse Fachärzte, Amt für Jugend und Familie...
- Koordination der Behandlung und Therapie
- Schullaufbahnberatung
- Erziehungsberatung
- Beratung für Eltern sprachauffälliger Kinder mit türkischer Muttersprache

1.2. Früherfassung/Diagnose

- Begutachtung von Kindern im Schuleingangsbereich mit anschließender Elternberatung
- Beratungsstelle und Koordination der Diagnoseerstellung für Kinder, die bereits von KollegInnen der Wiener Sprachheilschule betreut werden

1.3. Behandlung und Nachbetreuung von

- gravierenden Sprachentwicklungsstörungen
- Artikulationsstörungen
- Lippen-Kiefer-und/oder Gaumenspalten
- funktionellen Stimmstörungen
- Redeflussstörungen
- Sprech- und Sprachstörungen aufgrund psychischer Beeinträchtigung

1.4. Einrichtung einer Elterngruppe

Die Teilnahme der Eltern an der Elterngruppe hat sich äußerst bewährt. Durch die Miteinbeziehung der Eltern wird die Arbeit mit den Kindern sehr unterstützt. Die Eltern haben hier ein Plenum für ihre persönlichen Probleme mit ihrem sprachgestörten Kind.

2. Starting therapy with functional voice disorders

Within the functions of the body, breath control and voice are always considered together and never as separate entities. They are always linked to the organism in which they are located as well as to the individual's emotions

The three components of the reciprocal relationship triangle shown below have to be addressed together in a balanced way during treatment. They are always connected in such a way that they influence and are dependent on each other.

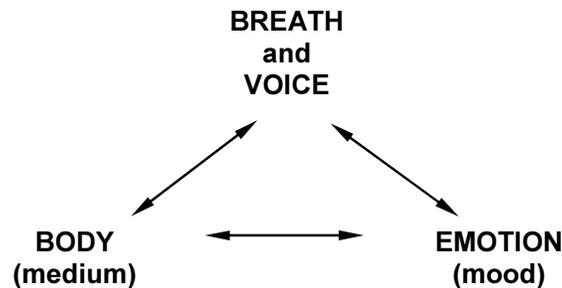


Fig 1: Reciprocal relationship triangle (Haslauer, in: Der Sprachheilpädagogie 4/96, page 25)

This triangle forms the basis of my work in therapy. Firstly, support in correcting tone and influencing a positive mood is promoted. We can work on the voice in a multitude of ways and as we progress, on the actual speech process through movements and by starting with reflexive sounds.

By emphasising an awareness of the body and emotions breath control and voice production are automatically improved in children and adults with voice disorders, and individuals can experience easy communication.

The body is viewed as the 'instrument' for producing the voice. This 'orchestra' changes (and sounds) according to its existing 'elasticity and permeability'. We are always experiencing our own individual attitudes and emotions. Depending on the situation we find ourselves relaxed or tense, perhaps strained, distraught or stressed. A variety of factors - endogenous and exogenous - affect us. The tone resulting from this is immediately obvious. Body language ie., gesture, signing and mime - in similar cultures is easy to understand. We can make ourselves understood usually by means of 'showing' and 'presenting'.

Firstly, from the fusion of movement (emotional as well as physical activity) and breath comes all of the basic functional sounds (e.g. laughter, groaning, sighing...). With these phonic-articulatory sound pictures we express feelings and our emotions. Language in its true sense only emerges during communication.

2. Therapieansatz bei funktionellen Stimmstörungen

Innerhalb der Körperfunktionen sind Atem und Stimme niemals als isolierte Teilbereiche zu sehen, sondern immer in engem Zusammenhang mit dem Organismus, in dem sie entstehen, und der jeweiligen Emotion, in der sich das Individuum befindet.

Die drei Eckpunkte des unten stehenden reziproken Beziehungstriangels sind ausgewogen in den Verlauf der Übungsbehandlung einzubinden. Sie befinden sich in einem sich stets einander bedingenden und beeinflussenden Zusammenhang.

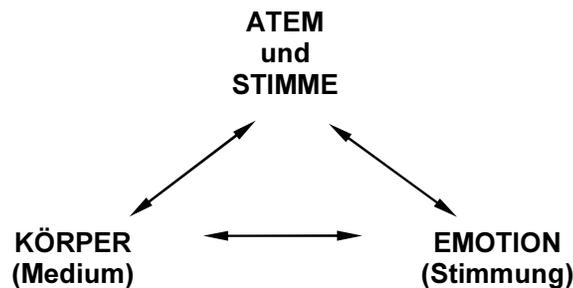


Abb. 1: Reziprokes Beziehungstriangel (Haslauer, in: Der Sprachheilpädagoge 4/96, S. 25)

Im Verlauf der Arbeit ist daher an der Basis des Dreiecks zu beginnen. Zunächst sind Hilfestellungen im Bereich der Tonusregulierung und eine positive Beeinflussung der Stimmung anzubieten. Mittels Bewegung und Zurückgreifen auf (nicht beeinträchtigte) lauthafte Reflexe kann auf vielfältigste Weise Stimme und in weiterer Folge der eigentliche Sprechvorgang beeinflusst werden.

Durch die Schwerpunktlegung auf Körper und Emotion werden sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen automatisch Atemregulation und Stimmführung verbessert, den Stimmkranken wieder die Möglichkeit zur unbelasteten Kommunikation gegeben.

Der Körper ist als Instrument zur Stimmbildung anzusehen. Dieser Klangkörper schwingt (und klingt) je nach seiner momentanen Elastizität und Durchlässigkeit. Wir befinden uns immer in einer individuellen „Einstellung“, Stimmung. Je nach Situation sind wir ent- oder gespannt, vielleicht auch angespannt, verspannt oder überspannt. Unterschiedlichste Faktoren endogener oder exogener Art wirken auf uns ein. Die dadurch resultierende Einstellung des Tonus findet ihren unmittelbaren Ausdruck. Körpersprache mit ihren Teilbereichen Gebärde, Gestik und Mimik wird – sofern man sich im annähernd gleichen Kulturgebiet befindet – leicht verstanden. Wir können uns meist mittels „Zeigen“ und „Vorzeigen“ verständlich machen.

Aus der Verbindung von Bewegung (Emotion als innere Bewegtheit sowie körperliche Aktivität) und Atem entstehen zunächst die Akueme oder „Urlaute“ (z.B. lachen, stöhnen, seufzen...). Mit diesen phonisch-artikulatorischen Schallbildern drücken wir Gefühle, Emotionen und Affekte aus. Erst im weiteren Kommunikationsablauf kommt es zu Sprache im eigentlichen Sinn.

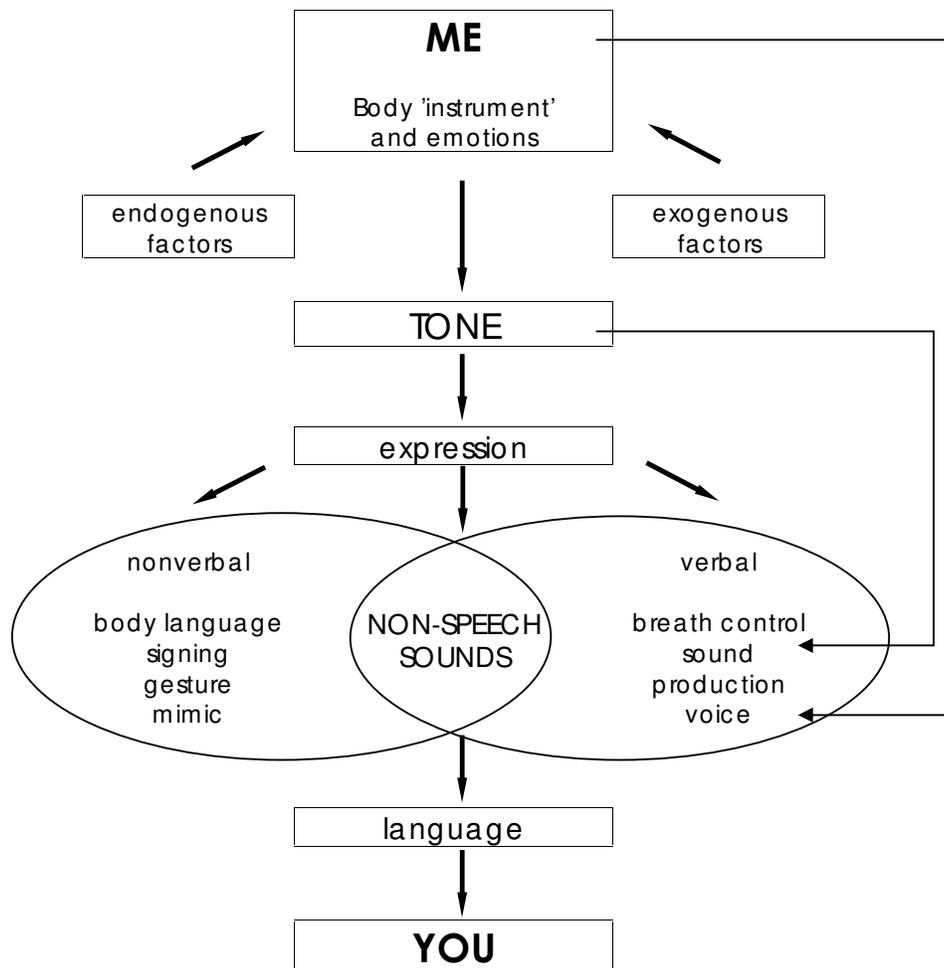


Fig 2: Communication from Me to You (Haslauer, in: Der Sprachheilpädagoge 4/96, page 28)

Raising awareness of these basis and functional reflexive sounds such as yawning and sighing can lead the patient 'to a state of neutrality'. This, in turn, has multiple effects on the actual speech process. Breath control, dynamics, rhythm, vocal range, tone-pitch etc are all influenced.

The following diagram is provided as a summary. At the centre of the communication process the 'ME' is influenced and conditioned by interacting and complementary factors on all sides. This overlapping of the individual areas is used throughout my work during voice therapy.

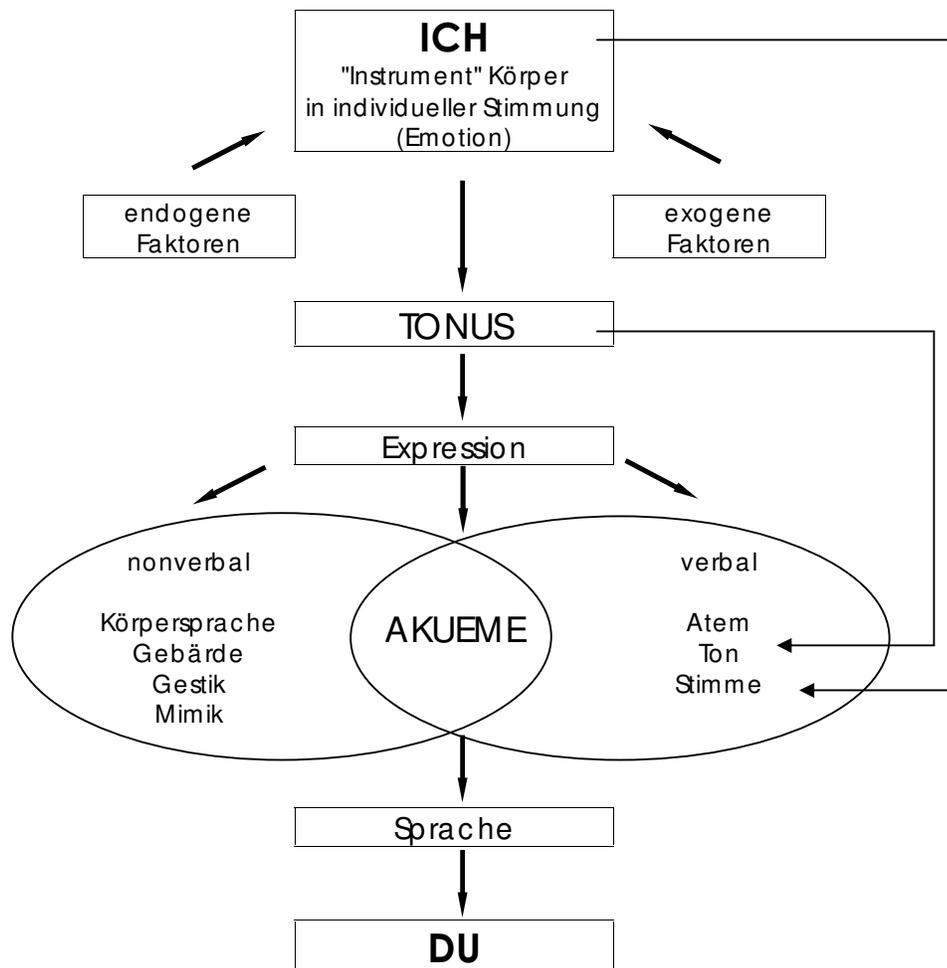


Abb. 2: Kommunikation vom Ich zum Du (Haslauer, in: Der Sprachheilpädagoge 4/96, S. 28)

Durch das Zurückgreifen auf entwicklungsgeschichtlich tiefer gelagerte lauthafte Reflexe, den bewussten Einsatz von Vitalimpulsen wie Gähnen oder Seufzen können wir zum Beispiel die Patienten behutsam zu ihrer Indifferenzlage führen. Darüber hinaus wird in vielfältiger Weise auf den eigentlichen Sprechvorgang eingewirkt. Verschiedenste Faktoren wie Atmung, Dynamik, Rhythmus, Enge und Weite der Stimme, Tonhöhe und noch viele weitere werden beeinflusst.

Nachstehende Grafik soll als zusammenfassende Rekapitulation gesehen werden. Das ICH als Mittelpunkt im Kommunikationsprozess wird von sich gegenseitig bedingenden, ineinandergreifenden und ergänzenden Faktoren permanent beeinflusst und geprägt. Diese Überlappung der einzelnen Bereiche kann im Verlauf einer Stimmarbeit ausgenutzt werden.

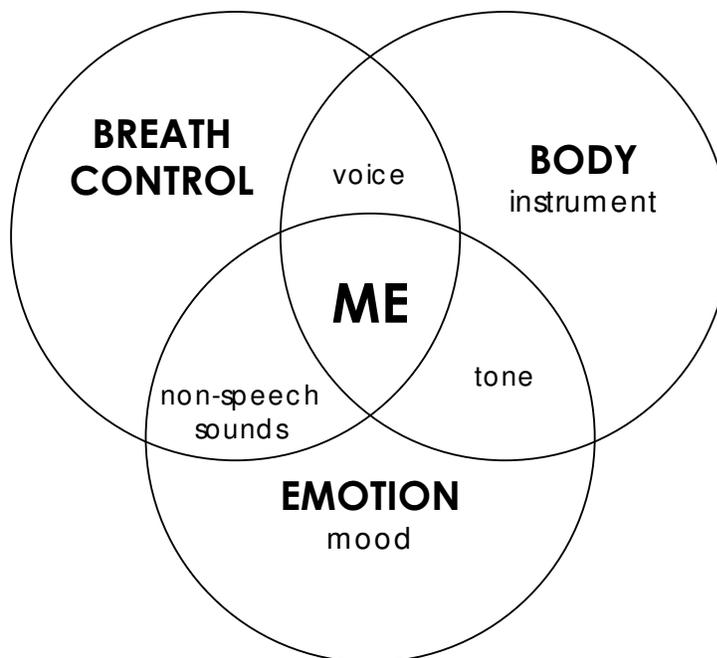


Fig 3: Egocentric Voice Factor Diagram (Haslauer, in: Der Sprachheilpädagoge 4/96, page 31)

The therapeutic principles of breath control and voice according to Coblenzer/Muhar, Gundermann and Spiecker-Henke have also influenced my therapy.

3. Case Study

In November 1995 a 9 year old boy with a functional voice disorder was referred to me at the Peripatetic Service.

3.1. Past Medical History of pupil Alex K., born 1986

According to his mother Alex's development was uneventful, apart from his nervous nail-biting, a lung abscess at the age of two which necessitated a 2 and a half month stay in hospital and chicken-pox at 4-5. He is apparently very good at sports and trains in athletics at a club. He has a brother following the re-marriage of his mother. His mother was at this time on maternity leave. She admitted to being a smoker and she had a distinctly hoarse voice.

3.2. Diagnosis

The voice disorder appeared for the first time in autumn 1995. His medical report described areas of nodules on both vocal cords. On his first visit he had a very strained, hoarse and scratchy voice, clavicular breathing (i.e., pathological shoulder and collarbone breathing) and a strong exaggeration of tone. He was very lively, spoke loudly and put a lot of effort into his voice. He was unaware of his breath control and vocal volume. Several episodes of aphonia occurred.

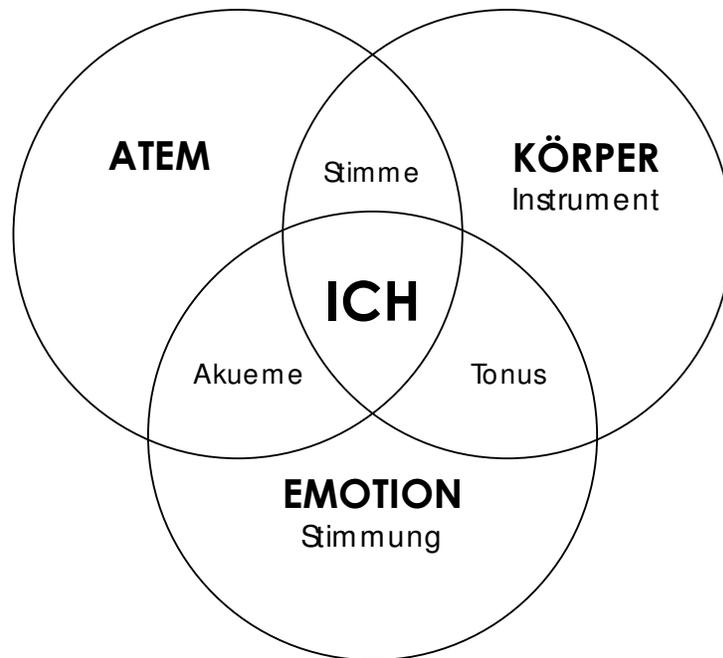


Abb. 3: Egozentriertes Stimmfaktorendiagramm (Haslauer, in: Der Sprachheilpädagoge 4/96, S. 31)

In den weiteren Therapieverlauf fließen die Grundlagen der Atem- und Stimmtherapie von Coblenzer/Muhar, Gundermann und Spiecker-Henke ein.

3. Fallbeispiel:

Im Rahmen der „Ambulanten Betreuung“ wurde mir im November 1995 ein damals 9-jähriger Bub mit einer funktionellen Stimmstörung vorgestellt.

3.1. Anamnese des Schülers Alex K., geb. 1986

Laut Angaben der Mutter erfolgte die Entwicklung von Alex unauffällig. Erwähnt wurden sein Nägelbeißen, bedingt durch starke Nervosität, ein Lungenabszess mit zwei Jahren, der einen 2 ½ monatigen Krankenhausaufenthalt notwendig machte und seine Varicelleninfektion mit 4, 5 a. Er sei sehr sportlich und trainiere im Bereich der Leichtathletik in einem Verein. Er hatte nach der Wiederverheiratung der Mutter einen Bruder bekommen. Seine Mutter war zu dieser Zeit in Karenz. Sie gab an, Raucherin zu sein, auffällig war auch bei ihr eine heisere Stimme.

3.2. Diagnose

Die Stimmstörung trat zum ersten Mal im Herbst 1995 auf. Sein HNO-Befund beschrieb breite Knötchenansätze auf beiden Stimmlippen. Bereits beim ersten Vorstellungsgespräch wies er eine sehr gepresste, heisere, kratzende Stimme, eine Klavikularatmung (pathologische Schulter- oder Schlüsselbeinatmung) und eine starke Tonusüberspannung auf. Er war sehr lebhaft, versuchte ständig laut zu sprechen und setzte extrem harte Stimmeinsätze ein. Atemdruckregulation und Lautstärkebewusstsein waren nicht vorhanden. Mehrmals waren bereits Aphonien

He was able to prolong a sound for 7 secs. The duration of sound prolongations is a measure of the capability of the voice. The normal expectation for a man is 25 secs. and 17 secs. for a woman. (Wirth et al. 1991). Alex's voice was tape recorded. He also presented with a tendency to pronounce s as 'th' and with slight tongue thrust.

3.3. Treatment

3.3.1. Period of December 1995 to July 1996

Alex was given therapy once a week for 50 minutes. First of all the emphasis was on loosening-up exercises for the body, breathing exercises and listening games. Each unit began with warm-up games during which he could get rid of his excessive energy (e.g. trampoline or ball-games). He learned the difference between 'stiff' and 'relaxed' and how strain could affect his voice. His ability to prolong sound improved in January to 12 secs., and in March to 18 secs. During the exercise periods he soon mastered abdominal breathing. Following exercises which involve initiating the voice with the vowel 'a' he mastered how to start speaking with a soft voice. We worked on body posture, resonance, articulation (with particular emphasis on the 's' sound). We also worked on relaxing the abdominal wall outwards at the end of sound productions while at the same time breathing in (according to Coblenz/Muhar) and on coordinating breath control and voicing. With these 'fun' and diverse exercises he participated willingly and worked enthusiastically, especially when he noticed progress. He was given some strategies on how he should breathe and speak during the school holidays.

3.3.2. Period from October 1996 until February 1997

From October Alex attended the course every week. A repeated medical investigation found considerable improvement. The vocal nodules had disappeared. The relaxing and flexing of the abdominal wall, starting to speak with a soft voice, exercises in expansion and in syllable projection were all well practised. Exercises in the 's' sound were well under way. The ability to hold a sound increased to 20 secs. Voice quality kept on improving. Alex was always keen to hear his voice on tape and was proud of his progress. In February he was discharged, having improved greatly.

3.3.3. Period from January 1998 to June 1998

In January Alex returned to us again with his mother. His mother reported that during the summer holidays in 1997 Alex 'always shouted in the children's disco'. In October 1997 his doctor discovered a slight alteration in the vocal cords. Alex had no pain and was never aphonic but his hoarseness had returned. He felt that speaking was strenuous. After an extensive diagnosis and advice session Alex was given a few 'Rules of Behaviour' for the summer holidays. We also reviewed the main points of our exercises. After the holidays I received a medical report from the Ear, Nose and Throat Dept which diagnosed incomplete closure of, and a raw surface on, the vocal cords.

aufgetreten. Die Überprüfung der Tonhaldedauer ergab den Wert von 7 Sekunden. Die Tonhaldedauer ist das Maß für die Leistungsfähigkeit der Stimme, als normal gilt ein Wert von 25 s beim Mann, von 17 s bei der Frau, pathologisch ist ein Wert unter 15 s beim Mann und unter 14 s bei der Frau nach Wirth, et. al. Der Stimmklang wurde selbstverständlich auch auf Tonband festgehalten. Er wies weiters einen inkonstanten Sigmatismus interdentalis sowie leichtes Zungenpressen auf.

3.3. Behandlung

3.3.1. Zeitraum Dezember 1995 bis Juni 1996

Alex wurde einmal wöchentlich 50 Minuten betreut. Schwerpunkte waren zunächst Lockerungsübungen für den Körper, Atemübungen und Hörspiele. Jede Einheit wurde mit „Warming-Up“ Spielen begonnen, in denen er seine „überschüssige Energie“ loswerden konnte (z. B. Trampolin- oder Ballspiele). Er lernte den Unterschied zwischen „steif und locker“ und wie sich Anspannungen auf seine Stimme auswirken. Seine Tonhaldedauer verbesserte sich im Jänner auf 12 s, im März auf 18 s. Bald beherrschte er in den Übungseinheiten die Abdominalatmung („Bauchatmung“) und nach Ventiltönenübungen (Abknallübung als Vorübung für den Stimmeinsatz mit Vokal vom A ausgehend) den weichen Stimmeinsatz. Wir arbeiteten an seiner Körperhaltung, der Resonanz, der Artikulation (mit Schwerpunkt auf seinem Sigmatismus), dem Abspinnen (lockeres Federn der Bauchdecke nach außen am Phonationsende mit gleichzeitiger Lufteergänzung durch den respiratorischen Sog nach Coblenzer/Muhar) und der atemrhythmisch angepassten Phonation.

Durch die lustbetonten, abwechslungsreichen Übungen besuchte er sehr gerne den Kurs und arbeitete, besonders als er seine Fortschritte merkte, eifrig mit. Nachdem er noch Tipps für die Ferienzeit bezüglich seines Atem- und Sprechverhaltens bekommen hatte, verabschiedeten wir uns im Juni.

3.3.2. Zeitraum Oktober 1996 bis Februar 1997

Ab Oktober besuchte Alex wieder wöchentlich den Kurs. Ein erneut eingeholter Organbefund ergab eine deutliche Verbesserung. Die Stimmlippen waren bereits ohne Knötchenansätze. Wieder wurden das Abspinnen und Federn, der weiche Stimmeinsatz, „Schwellübungen“ und „Silbenwurfübungen“ trainiert. Auch die Sigmatismusübungen wurden fortgesetzt. Die Tonhaldedauer steigerte sich auf 20 s. Der Stimmklang verbesserte sich weiter. Alex war immer richtig gespannt, seine Stimme in kurzen Sequenzen auf Band zu hören und stolz auf seine Fortschritte. Im Februar wurde er als sehr gebessert entlassen.

3.3.3. Zeitraum Jänner 1998 bis Juni 1998

Im Jänner wurde Alex mit seiner Mutter wieder bei uns vorstellig. Die Mutter berichtete, dass Alex im Sommerurlaub 1997 „immer in der Kinder-Disco geschrien“ habe. Im Oktober 1997 stellte der Arzt erneut leichte Veränderungen der Stimmlippen fest. Alex hatte zwar keine Schmerzen und war auch niemals aphon, seine Heiserkeit war jedoch wiedergekehrt. Er hatte das Gefühl, das Sprechen sei anstrengend. Alex bekam nach dem ausführlichen Diagnose- und Beratungsgespräch zunächst wieder ein paar „Verhaltensregeln“ für die Semesterferien. Wir wiederholten auch sofort einige Schwerpunkte unserer Übungen. Nach den Ferien erhielt ich den HNO-Befund, der einen nun inkompletten Stimmlippenschluss sowie eine raue Stimmlippenoberfläche

Alex was not very pleased to have to give up two and a half hours (travel and course time) of his free time which he would rather have spent on sports. He realized however that it was unfortunately necessary again. I now tried to take particular account of his interests when planning my exercise-units. Then he became more motivated to work with me again. After various body and voice exercises we progressed to reading exercises and practice using his voice in spontaneous speech. His voice quality improved considerably, and his ability to start speaking correctly came back. In June we parted as old friends. He knew that we would have a further meeting after the summer holidays.

3.3.4. Period of September 1998 until November 1998

In autumn we agreed on a further 5-10 units of treatment. Over the summer, however, Alex had taken all my advice to heart. His voice was relaxed, his breathing and phonation were correct. Alex came to me on average only every two weeks and in the middle of November 1998 he could at last be discharged as cured. Up to the present time he has not been referred to me again. We keep in contact by phone and he has remained symptom free.

3.4. Conclusion

For me, Alex was a very typical case of juvenile hyperfunctional dysphonia. The hoarse voice quality of his mother (who, incidentally, following my advice saw an Ear, Nose and Throat doctor and had to have an operation on the thyroid), the changing family situation which made him anxious together with the great strain on his voice in his free time all contributed to a fertile ground for the development of a voice disorder. He was constantly under strain. This came through not only in the tone but also in the way he used his voice to initiate sound. The duration of the therapy seems very long – it comprised 47 units. His 'relapses' also made Alex aware that the capacity of his voice has limits and that the quality of his voice depends on his behaviour.

References:

- Biesalski, P. Frank, F. (1994), Phoniatrie-Pädaudiologie, Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- Coblenzer, H. Muhar, F. (1976), Atem und Stimme, Österr. Bundesverlag, Wien
- Friedrich, G. Bigenzahn, W. (1995) Phoniatrie, Verlag Hans Huber, Bern
- Grohnfeldt, M. (1994) Handbuch der Sprachtherapie, Band 7, Stimmstörungen, Edition Marhold-Wissenschaftsverlag Volker Spiess, Berlin
- Gundermann, H. (1991) Heiserkeit und Stimmchwäche, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart
- Haslauer, C. (1996) Atem – Mittelpunkt des Lebens, in: Der Sprachheilpädagoge 4/96, S 24 – 44, ÖGS, Wien

diagnostizierte. Alex war nicht besonders begeistert, wieder zweieinhalb Stunden (Anfahrt und Kurs) seiner Freizeit, die er lieber sportlich verbringen wollte, für Übungen zu „opfern“. Er sah aber ein, dass es leider erneut notwendig geworden war. Ich versuchte bei den Übungseinheiten nun ganz besonders auf seine Interessen Rücksicht zu nehmen. So arbeitete er wieder gerne mit. Nach verschiedenen Körper- und Stimmübungen konnten wir bald Leseübungen durchführen und die Stimme intensiv auch in der Spontansprache schulen. Seine Stimme besserte sich deutlich, die Stimmeinsätze wurden wieder korrekt. Im Juni trennten wir uns als alte Freunde. Er wusste, dass es nach dem Sommer ein Wiedersehen geben würde.

3.3.4. Zeitraum September 1998 bis November 1998

Im Herbst wurden erneut ca. 5 - 10 Einheiten vereinbart. Alex hatte über den Sommer jedoch alle meine Ratschläge beherzigt. Seine Stimme war locker, die Atmung korrekt und der Phonation angepasst. Alex kam – bedingt durch Feiertage – durchschnittlich nur mehr alle zwei Wochen und konnte schließlich Mitte November 1998 endgültig als geheilt entlassen werden. Er wurde bis zum heutigen Tag nicht mehr vorstellig. Wir hielten telefonisch Kontakt, er blieb beschwerdefrei.

3.4. Zusammenfassung

Alex erwies sich für mich als ein sehr typischer Fall einer juvenilen hyperfunktionellen Dysphonie. Das heisere Stimmvorbild der Mutter (die übrigens auf mein Anraten auch einen HNO-Arzt aufsuchte und eine Schilddrüsenoperation durchführen lassen musste), die das Kind belastende veränderte Familiensituation kombiniert mit starker stimmlicher Belastung im Freizeitverhalten ergaben die Begünstigung der Entwicklung einer Stimmstörung. Das Kind stand ständig unter Druck. Dies äußerte sich natürlich sowohl im Tonus als auch im Stimmeinsatz. Der Zeitraum der Therapie scheint sehr lange, zusammenfassend wurden 47 Einheiten gearbeitet. Seine „Rückfälle“ zeigten Alex jedoch auch genau, dass die Belastbarkeit seiner Stimme Grenzen hat und ihre Gesundheit von seinem Verhalten abhängt.

Literaturhinweise:

Biesalski, P. Frank, F. (1994), Phoniatrie-Pädaudiologie, Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Coblenzer, H. Muhar, F. (1976), Atem und Stimme, Österr. Bundesverlag, Wien

Friedrich, G. Bigenzahn, W. (1995) Phoniatrie, Verlag Hans Huber, Bern

Grohnfeldt, M. (1994) Handbuch der Sprachtherapie, Band 7, Stimmstörungen, Edition Marhold-Wissenschaftsverlag Volker Spiess, Berlin

Gundermann, H. (1991) Heiserkeit und Stimmchwäche, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart

Haslauer, C. (1996) Atem – Mittelpunkt des Lebens, in: Der Sprachheilpädagoge 4/96, S 24 – 44, ÖGS, Wien

Haslauer, C. (1998) Grundlagen einer ganzheitlichen Methode der Stimm- und Sprecherziehung, in: Der Sprachheilpädagoge 1/98, S 25 – 29, ÖGS, Wien

Spiecker-Henke, M. (1997), Leitlinien der Stimmtherapie, Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Wachter, A. (1998), Stottern, in: Der Sprachheilpädagoge 4/98, S 49 – 80, ÖGS, Wien

Wirth, G. (1991) Stimmstörungen, Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln

Author:

Mrs. Haslauer, a member of the teaching staff of the Viennese Speech Therapy School, is also a trained actress and speaker. She teaches in an integration-class and works in the 'Peripatetic Service' team. She is also active in the areas of teaching students and delivering in-service training to teachers. She works in a self-employed capacity as a phonetics-coach and a voice and speech-teacher.

Claudia Haslauer
Westbahnstraße 60/16
A-1070 Vienna

Claudia Haslauer
Zentrum für Sprachheilpädagogik
Landstraßer Hauptstraße 146
A-1030 Vienna

Haslauer, C. (1998) Grundlagen einer ganzheitlichen Methode der Stimm- und Sprecherziehung, in: Der Sprachheilpädagoge 1/98, S 25 – 29, ÖGS, Wien

Spiecker-Henke, M. (1997), Leitlinien der Stimmtherapie, Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Wachter, A. (1998), Stottern, in: Der Sprachheilpädagoge 4/98, S 49 – 80, ÖGS, Wien

Wirth, G. (1991) Stimmstörungen, Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln

Daten zur Person:

Frau Haslauer ist Mitglied des Lehrkörpers der Wiener Sprachheilschule, ausgebildete Schauspielerin und Sprecherin. Sie unterrichtet in einer Integrationsklasse und arbeitet im Team der „Ambulanten Betreuung“. Weiters ist sie im Bereich der Studentenausbildung und der Lehrerfortbildung tätig. Freiberuflich befasst sie sich mit der Arbeit als Phonetik-Coach und Stimm- und Sprecherzieherin.

Claudia Haslauer
Westbahnstraße 60/16
A - 1070 Wien

Claudia Haslauer
Zentrum für Sprachheilpädagogik
Landstraßer Hauptstraße 146
A – 1030 Wien