

# Die Theorie des doing gender

## Eine Bereicherung für die Stimmarbeit mit Transgendern?

The theory of doing gender – An enrichment for voice treatment with transgenders?

**Schlüsselwörter:** Stimme, Geschlecht, Transgender, doing gender theory, therapeutische Ansätze

**Keywords:** voice, gender, transgender, doing gender theory, treatment

**Zusammenfassung:** Therapeutisch-medizinische Ansätze im Bereich Stimme und Geschlecht basieren auf der Sichtweise, dass die menschliche Stimme von Natur aus entweder weiblich oder männlich ist, und dass sie bei KlientInnen mit Geschlechtsidentitätsstörungen mithilfe von chirurgischen, hormonellen und/oder therapeutischen Maßnahmen umgewandelt werden kann. In dem vorliegenden Beitrag wird dieses widersprüchliche Verständnis eines einerseits biologisch determinierten und andererseits mit kulturellen Mitteln transformierbaren Stimmgeschlechts aus dem Blickwinkel der Theorie des doing gender kritisch hinterfragt. Da gemäß dieser Theorie Geschlecht keine biologische Gegebenheit ist, sondern ein individuell nicht kontrollierbarer Effekt kommunikativen Handelns, ergibt sich eine Neubestimmung der theoretischen Fundierung und praktischen Umsetzung der Stimmarbeit mit Transgendern, deren Grundzüge jeweils skizziert werden.

**Summary:** Medico-scientific approaches in the area of voice and gender are based on a theoretical perspective according to which the human voice is naturally equipped with an either male or female sex. This biologically determined sex can be altered with the help of surgical, hormonal and/or behavioural means in patients who present with a „gender identity disorder“. The paper addresses the contradictory understanding of the voice's gender as either biologically determined or culturally modifiable taking a perspective of doing gender theory. According to this theory gender is no longer considered a biological fact but the result of communication patterns that are beyond individual control. This approach also has an impact on the theoretical foundations and practical implementation of voice treatment with transgenders. The author outlines basic principles for voice therapy.

### Vorbemerkung

In diesem Artikel werden durchgängig solche Formen der Personenbezeichnung verwendet, die – gemäß einem „Leitfaden für nichtdiskriminierenden Sprachgebrauch“ (Voglmayr, 2008), der sich explizit auch auf Transgender bezieht — den Kriterien für „geschlechtergerechtes Formulieren“ (ebd., S. 25) gerecht werden. Die Wahl dieser Bezeichnungsformen soll auf folgendes Paradoxon aufmerksam machen: Durch die Verwendung der sogenannten vollständigen Paarform (S. 26) (z. B.: „biologische Männer und Frauen“) sowie der „Sparschreibung“ (ebd.) (z. B.: „LogopädInnen“) wird nicht die Diskriminierung von Transgendern vermieden, sondern ausdrücklich betont, dass Menschen, die sich weder als Frauen noch als Männer identifizieren, gegenwärtig immer noch von der gesellschaftlichen Wirklichkeit, die mit der deutschen Sprache geschaffen wird, systematisch ausgeschlossen werden.

Die nicht hinterfragte Verwendung von in der deutschen Sprache üblichen Geschlechtsbezeichnungen (wie z.B. „weiblich“, „männlich“, „Transfrau“, „Transmann“) trägt ebenso dazu bei, jene zweigeschlechtliche Ordnung aufrechtzuerhalten, die, wenn sie als Maßstab von „Normalität“ und „Gesundheit“ in Bezug auf Geschlecht verwendet wird, Menschen mit nicht eindeutig als weiblich oder männlich fassbaren Körpern, Identitäten und Verhaltensweisen pathologisiert.

## Einleitung

Spezialisierte PhoniaterInnen, HNO-ÄrztInnen, LogopädInnen und anderweitig ausgebildete StimmtherapeutInnen bieten seit mehreren Jahrzehnten Therapie für Personen an, die unter Problemen mit der Kommunikation ihres Geschlechtszugehörigkeitsempfindens leiden und uneinheitlich entweder als „transsexuell“ oder als „transgender“ bezeichnet werden (vgl. Adler, Hirsch, & Mordaunt, 2006; McNeill, 2006; Oates, & Dacakis, 1983). Während bis zu Beginn der 90er-Jahre Berichte über diese klinisch-therapeutischen Aktivitäten sehr selten waren, lassen sich inzwischen in der Fachliteratur zahlreiche Artikel und sogar ein eigenständiges Werk zum Thema finden (Adler, Hirsch, & Mordaunt, 2006). Aber hier werden weder die theoretischen Grundlagen dieser Arbeit ausreichend diskutiert noch die ausführlichen Debatten über unterschiedliche Verständnisweisen von „Stimme“ und „Geschlecht“, die in den Geistes-, Sozial- und Kulturwissenschaften geführt werden, rezipiert.

Diese Lücke im medizinwissenschaftlichen Stimmdiskurs ist Anlass für Fragen, deren Beantwortung als grundlegend für eine qualitativ hochwertige, von aktuellen transdisziplinären Theorien geleiteten Stimmtherapie mit Transgendern angesehen werden kann. Hierzu wird zunächst die herkömmliche therapeutisch-medizinische Konzeption der stimmlichen Kommunikation von Geschlechtszugehörigkeit theoretisch bestimmt und in bestehende Denkansätze eingeordnet. Anschließend werden die Kritikpunkte an dieser Perspektive zusammengefasst und aufgezeigt, welche Aspekte der komplexen Vorgänge, die an einer interaktiven Herstellung von Stimmgeschlecht beteiligt sind, in ihr unberücksichtigt bleiben. Im dritten Schritt wird mit der Theorie des *doing gender*, ein im deutschsprachigen Raum seit über zwanzig Jahren bekannter Denkansatz aus der Geschlechterforschung, eingeführt und dargelegt, inwiefern sich gemäß dieser Theorie das Verständnis der Prozesse, die an einer gelingenden oder misslingenden Kommunikation von Geschlechtszugehörigkeit beteiligt sind, im

Vergleich zur herkömmlichen medizinwissenschaftlichen Perspektive anders darstellt und welche Veränderungen des üblichen Ansatzes zur Stimmtherapie mit Transgendern sich aus dieser theoretischen Neubestimmung ergeben.

## Herkömmliche Konzeption

Die therapeutisch-medizinische Stimmliteratur unterscheidet in ihren Antworten auf die Frage, ob und wie die menschliche Stimme Geschlechtszugehörigkeit kommuniziert, mehrere Personengruppen: Menschen mit „Störungen der Geschlechtsentwicklung“, mit „hormoneller Dysphonie“, mit „Mutationsstimmstörungen“, in Bezug auf Geschlecht „normalgesunde“ und Menschen mit „Geschlechtsidentitätsstörung“. Auf die beiden letzten Gruppen wird hier Bezug genommen.

In Bezug auf Geschlecht als normalgesund angesehene Menschen werden in der Regel nur im Vergleich mit der letztgenannten Gruppe genauer als „biologische Männer und Frauen“ oder „Cissexuelle“ bezeichnet (vgl. Sigusch, 1998). Dies sind Menschen, bei denen davon ausgegangen wird, dass sie eine eindeutige männliche oder weibliche Sexualdifferenzierung auf der Ebene der Chromosomen, Geschlechtsdrüsen, Hormonspiegel, Genitalien und des Gehirns (wo die Geschlechtsidentität verortet wird) aufweisen, und bei denen somit biologisches Geschlecht und Geschlechtsidentität übereinstimmen. Diese Annahmen werden in der Regel nicht klinisch überprüft, sondern für Menschen, deren Genitalien bei der Geburt als normgerecht ausgebildet diagnostiziert wurden, als selbstverständlich angenommen.

Menschen mit Geschlechtsidentitätsstörung werden in der medizinwissenschaftlichen Literatur entweder als „transsexuell“ oder als „transgender“ bezeichnet. Der Begriff der Transsexualität bezieht sich auf eine Variante der psychiatrischen Diagnose der „Geschlechtsidentitätsstörung“, wie sie in der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10, F 64.0; World Health Organization & Deutsches Institut

für medizinische Dokumentation und Information, 2011), beziehungsweise in dem diagnostischen und statistischen Handbuch psychischer Störungen (DSM IV, 302.85; Saß, Houben, & American Psychiatric Association, 1998), definiert ist. Gemäß der ICD-10 wird Transsexualismus als „der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden“ definiert. „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“.

Das bedeutet, dass sich nach dieser Definition transsexuelle von cissexuellen Menschen nur dadurch unterscheiden, dass ihre Geschlechtsidentität nicht mit ihrem körperlichen Geschlecht übereinstimmt und sie sich stattdessen mit dem entgegengesetzten Geschlecht identifizieren. Der Diagnose der Transsexualität (wie auch dem Verständnis, dass normalgesunde Erwachsene nur entweder Männer oder Frauen sein könnten) liegt also eine Vorstellung von Geschlecht als einem binären weiblich/männlich-Gegensatz zugrunde. Dieses binäre Verständnis von Geschlecht findet sich auch in den folgenden Begriffen wieder, mit denen die Gruppe der Transsexuellen üblicherweise zweigeteilt wird: Als „Mann-zu-Frau-Transsexuelle“ oder „Transfrauen“ werden Menschen bezeichnet, denen bei der Geburt ein männliches Geschlecht zugewiesen wurde und die eine weibliche Geschlechtsidentität aufweisen; als „Frau-zu-Mann-Transsexuelle“ oder „Transmänner“ werden Menschen bezeichnet, denen bei der Geburt ein weibliches Geschlecht zugewiesen wurde und die eine männliche Geschlechtsidentität aufweisen.

Gegenüber dem Begriff der Transsexualität kann der Begriff Transgender viele verschiedene (häufig idiosynkratische) Bedeutungen annehmen (vgl. Bockting, 2008; Cromwell, 1999; Kessler & McKenna, 2000), die sich meist nicht auf eine subjektive Identifikation mit Weiblichkeit oder Männlichkeit reduzieren lassen, weswegen es nicht angemessen

ist, die beiden Begriffe gleichzusetzen. In diesem Artikel wird Transgender als Oberbegriff für all diejenigen Menschen verwendet, die sich nicht oder nicht nur mit dem Geschlecht, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde, identifizieren. Dieses Verständnis schließt den Begriff der Transsexualität, der notwendigerweise den Wunsch nach medizinischer Geschlechtsangleichung impliziert, mit ein, ist aber nicht auf ihn beschränkt.

In der therapeutisch-medizinisch ausgerichteten Stimmforschung und klinischen Praxis wird überwiegend davon ausgegangen, dass die Stimme jedes in Bezug auf Geschlecht normalgesunden Erwachsenen von Natur aus mit einem eindeutigen entweder weiblichen oder männlichen Geschlecht ausgestattet sei. Abitbol (2006, S. 228) beschreibt diese Sichtweise wie folgt: „Stimme hat ein Geschlecht, es ist hormonell und genetisch bestimmt“ (Übers. v. Verf.). Genauer betrachtet liegt der Vorstellung von der angeborenen Geschlechtlichkeit der Stimme die Annahme zugrunde, dass die entweder als weiblich (XX) oder als männlich (XY) konzipierten Geschlechtschromosomen über die Ausschüttung von entsprechenden Sexualhormonen die geschlechtliche Differenzierung des Stimmorgans steuern. Menschen, deren Stimmorgan während der Pubertät erhöhten Testosteronspiegeln ausgesetzt ist, erfahren demzufolge ein größeres Wachstum von Stimmlippen, Kehlkopfknorpeln und Ansatzrohr als Menschen, deren Stimmorgan erhöhten Östrogen- und Gestagenspiegeln ausgesetzt ist. Diese als kategorial angesehenen Unterschiede in den anatomischen Dimensionen des Stimmorgans gelten dann als ursächlich sowohl für die Formung der geschlechtsspezifischen akustischen Merkmale der erwachsenen menschlichen Stimme als auch für die auditive Klassifikation als weiblich oder männlich aufseiten der ZuhörerInnen. Die Darstellung und Attribuierung von Geschlecht anhand der menschlichen Stimme wird demnach als ein von biologischen Prozessen gesteuerter Vorgang verstanden, auf den weder SprecherInnen noch ZuhörerInnen einen handelnden Einfluss nehmen können oder müssen. Diese Annahme einer automatischen und selbstverständlichen

Kommunikation der Geschlechtszugehörigkeit biologischer Männer und Frauen impliziert auch, dass diesen Menschen stimmliche Geschlechtsdarstellung immer gelingt und sie daher grundsätzlich in diesem Bereich ihrer Stimmfunktion als normalgesund anzusehen sind.

Da der Ausschluss einer Störung der Geschlechtsentwicklung eine der Bedingungen der Diagnose der Transsexualität ist, wird im therapeutisch-medizinischen Stimmdiskurs davon ausgegangen, dass auch bei als transsexuell diagnostizierten Menschen die Dimensionen von Kehlkopf und Vokaltrakt eindeutig dem Geschlecht gemäß, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde, ausgebildet sind. Im Unterschied zu biologischen Frauen und Männern beinhaltet die Diagnose der Transsexualität jedoch, dass sich Transsexuelle nicht mit ihrem Geburtsgeschlecht, sondern mit dem entgegengesetzten Geschlecht identifizieren. Wie wirkt sich dieser Widerspruch zwischen körperlichem Geschlecht und Geschlechtsidentität auf die stimmliche Kommunikation von transsexuellen Menschen aus?

Für Andrews und Schmidt (1997, S. 307) sind transsexuelle Menschen „KlientInnen mit normal klingenden Stimmen, die jedoch um therapeutische Unterstützung auf dem Gebiet der Geschlechtsdarstellung bitten“ (Übers. v. Verf.). Auch Heptner betont, dass es sich bei der stimmlichen Situation von Transsexuellen „primär nicht um eine funktionelle, psychogene oder organische Stimmstörung handelt“ (2004), sondern dass es „die eindeutig männlichen oder weiblichen Elemente der Stimme“ (ebd.) seien, die in Bezug auf „die Verwandlung der Stimme vom einen zum anderen Geschlecht“ (2002, S. 176) als Störung in Erscheinung treten. Gemäß Adler (2007, S. 293) liegt bei transsexuellen Menschen „eine Stimmstörung vor, weil ihre natürliche, aus ihrem biologischen Geschlecht resultierende Stimme anders ist als die Stimme, die sie vermitteln möchten und die ihrem neuen Geschlecht entsprechen würde“ (Übers. v. Verf.).

Mit anderen Worten erscheint die Kommunikationsfunktion der Stimme von Transgendern gemäß dieser Sichtweisen prätherapeutisch als in sich gespalten:

Sie vermittelt ungestört die Zugehörigkeit der Sprecherin/des Sprechers zu jenem Geschlecht, das bei der Geburt diagnostiziert wurde und das den anatomisch-physiologischen Rahmen für die Stimmproduktion vorgibt, aber sie versagt dabei, die im Rahmen der weiteren Geschlechtsentwicklung beziehungsweise Geschlechtsidentität auszudrücken. Das bedeutet, dass durch die Transsexualität das, was häufig als Herzstück der Stimmfunktion angesehen wird, außer Kraft gesetzt scheint, nämlich das Vermögen, die charakteristischen Eigenschaften der Person, die die Stimme produziert, authentisch und widerspruchsfrei zu repräsentieren.

### Kritik an der biologisch deterministischen Perspektive

Die Sichtweise, nach der die Stimmen biologischer Frauen und Männer ein Geschlecht im Sinne eines naturgegebenen charakteristischen Merkmals haben, wird ausdrücklich von denjenigen AutorInnen vertreten, die den Begriff „sekundäres Geschlechtsmerkmal“ auf die Stimme als Gesamtereignis anwenden (vgl. Abitbol, 2006, S. 205; Geissner, 2006, S. 32; Neumann & Welzel, 2006, S. 139). In anderen Beiträgen zur Stimm-literatur werden jedoch lediglich die mittlere Grundfrequenz (vgl. Pedersen, Moller, Krabbe, Bennett, & Svenstrup, 1990) oder die mittlere Grundfrequenz und die Formantfrequenzen (vgl. Evans, Neave, & Wakelin, 2006) oder der Kehlkopf (vgl. Fuchs et al., 2009, S. 16; Neumann, Welzel, & Berghaus, 2002, S. 209) als sekundäres Geschlechtsmerkmal bezeichnet. Diese Widersprüche könnten als Hinweise darauf gedeutet werden, dass sich StimmforscherInnen und -therapeutInnen im Grunde genommen uneinig darüber sind, welche Aspekte der Stimme durch die biologischen Prozesse der Sexualdifferenzierung determiniert werden.

Die Kritik an der biologisch deterministischen Sichtweise setzt bereits an der Annahme unterschiedlicher (anatomisch festgelegter) Dimensionen des weiblichen gegenüber dem männlichen

Stimmorgan an. Die Daten, die hierfür in der medizinwissenschaftlichen Stimm-literatur herangezogen werden, stammen in der Regel von Kadaverstudien (vgl. Kahane, 1978; Wysocki, Kielska, Orszulak, & Reymond, 2008) oder von Studien, in denen bildgebende Verfahren (vgl. Fitch & Giedd, 1999; Vorperian et al., 2011) oder akustische Pharyngometrie (vgl. Xue, Cheng, & Ng, 2010) als Messmethoden genutzt wurden. Diesen Studien ist gemeinsam, dass das Stimmorgan hier nicht in alltagsrelevanter Aktion, sondern in vorgegebenen Ruhepositionen gemessen wird, deren Maße nicht zwangsläufig mit denjenigen beim konversationellen Sprechen oder beim Singen vergleichbar sind. In vivo verändern SprecherInnen und SängerInnen kontinuierlich die Konstellationen von Kehlkopf, Stimmlippen und Vokaltrakt, um bestimmte Laute, Tonhöhen und Klangfarben zu erzeugen, wobei die vermeintlich festgelegten Grenzen zwischen den Dimensionen weiblicher und männlicher Stimmorgane verschwimmen.

Grundsätzlich können sowohl diejenigen als geschlechtsspezifisch gelten den Stimmereigenschaften, die von den meisten AutorInnen als biologisch determiniert bezeichnet werden (mittlere Grundfrequenz und Formantfrequenzen), als auch diejenigen, die als veränderbar angesehen werden (z. B. monotone versus variable Sprechmelodie, raue versus behauchte Stimmqualität), von SprecherInnen und SängerInnen moduliert werden. Dadurch erscheint Stimme also als ein Ereignis, dessen mögliche akustische Erscheinungsformen nicht so sehr durch die anatomischen Dimensionen des Kehlkopfs und Vokaltrakts der Stimme produzierenden Person begrenzt werden, sondern vielmehr wesentlich davon abhängen, wie diese Person mit ihrem Stimmorgan agiert. Die Ergebnisse von Studien, die zeigen konnten, dass sich in den verschiedenen Sprach- und Kulturkreisen der Welt unterschiedliche geschlechtsspezifische Normwerte für Stimmereigenschaften - wie beispielsweise mittlere Grundfrequenz, Variabilität der Grundfrequenz, Formantfrequenzen, Stimmqualität und Stimmlautstärke - messen lassen (vgl. für einen Überblick z. B. Davies & Goldberg, 2007; Graddol

& Swann, 1989; Simpson, 2009), weisen zusätzlich darauf hin, dass Menschen auf der Basis von kulturspezifischen geschlechtsbezogenen Stimmidealen unterschiedlich mit ihren Stimmorganen agieren, um ihr Geschlechtszugehörigkeit empfinden darzustellen. Daraus ergibt sich auch, dass es nicht als angemessen angesehen werden kann, weltweit verallgemeinernd von femininen oder maskulinen Stimmverhaltensweisen zu sprechen.

Damit ist aber noch nicht das ganze Ausmaß jener grundsätzlichen Unberechenbarkeit, die der Produktion von (Geschlechts-)Bedeutung mithilfe der menschlichen Stimme anhaftet, erklärt. Denn Stimme als Schallereignis wird erst dann relevant, wenn sie auditiv wahrgenommen wird, und die verschiedenen Höreindrücke, die einerseits aufseiten der SprecherInnen als Selbstwahrnehmung und andererseits aufseiten der ZuhörerInnen als Fremdwahrnehmung in Erscheinung treten, werden erst dann bedeutungsvoll, wenn sie interpretiert und benannt werden. Studien, die die Geschlechtszuschreibungen von ZuhörerInnen zu Stimmaufnahmen untersucht haben (vgl. Gelfer & Schofield, 2000; Scheidt, Kob, & Neuschaefer-Rube, 2003), weisen darauf hin, dass weder das biologische Geschlecht noch die Geschlechtsidentität der Sprechenden oder Singenden Person festlegen, welches Geschlecht ZuhörerInnen einer Stimme zuschreiben. Darüber hinaus kann es auch vorkommen, dass dieselbe Stimmaufnahme von verschiedenen ZuhörerInnen unterschiedlich geschlechtlich klassifiziert wird.

### Herstellung von Stimmgeschlecht gemäß der Theorie des doing gender

Aus dem bisher Erörterten wird deutlich, dass die herkömmliche Sichtweise nicht den multidimensionalen, komplexen, variablen und oft auch widersprüchlichen Prozessen, die an der stimmlichen Produktion von Geschlechtsbedeutung beteiligt sind, gerecht wird. Da Alternativen zur medizinwissenschaftlichen Perspektive schon seit Jahrzehnten in

den Geistes-, Sozial- und Kulturwissenschaften diskutiert werden, erscheint es dringend angezeigt, den therapeutisch-medizinischen Stimm Diskurs für Anregungen aus diesen Fachbereichen zu öffnen und die Weiterentwicklung der theoretischen Fundierung therapeutischen Arbeitens im Bereich Stimme und Geschlecht voranzutreiben. Die Theorie des doing gender bietet sich hier als Beispiel für den Einstieg in transdisziplinäre Theoriebildung an, da sie zu einem großen Teil aus den Erkenntnissen mikrosoziologischer Untersuchungen der Geschlechtsdarstellung von Transgendern entwickelt wurde und daher für die Stimmarbeit mit Transgendern unmittelbar relevant ist (vgl. Hirschauer, 1989, 1999; Kotthoff, 2003; West & Zimmerman, 1987).

Gemäß dieser Theorie haben Stimmen weder von Natur aus ein Geschlecht noch wird die Klassifikation von Stimmgeschlecht als alleinig von den Intentionen beziehungsweise der Geschlechtsidentität der SprecherInnen oder den Wahrnehmungs- und Interpretationsgewohnheiten der ZuhörerInnen gesteuert angesehen. Stattdessen wird davon ausgegangen, dass Geschlechtszugehörigkeit in zwischenmenschlichen Interaktionen durch eine Wechselwirkung von Darstellungs- und Zuschreibungsprozessen, an denen sowohl SprecherInnen als auch ZuhörerInnen beteiligt sind, hergestellt wird. Diese „soziale Konstruktion von Geschlechtszugehörigkeit“ (Hirschauer, 1989, S. 21) findet jedoch nicht in einem luftleeren Raum statt, in dem TeilnehmerInnen unbeeinflusst von gesellschaftlichen Normvorstellungen beliebige Geschlechtsbedeutungen produzieren können. Vielmehr sind der Vielfalt dessen, was dargestellt und wahrgenommen werden kann, durch ein „kulturell etabliertes Alltagswissen“ (Hirschauer, 1989, S. 102) von den möglichen Erscheinungsformen von Geschlecht Grenzen gesetzt. Kessler und McKenna (2000) fassen dieses Alltagswissen, das von vielen Menschen als selbstverständlich betrachtet wird, folgendermaßen zusammen:

- „1. Es gibt zwei und nur zwei Geschlechter. [ . . . ]
2. Geschlecht existiert als eine biologi-

sche ‚Tatsache‘ unabhängig davon, was eine Person in Bezug auf ihr Geschlecht empfindet.

3. Das Geschlecht einer Person ändert sich niemals.
4. Genitalien definieren Geschlecht. Das bedeutet, wenn eine Person nicht das richtige Organ zwischen ihren Beinen hat, kann sie nicht dem Geschlecht angehören, dem sie behauptet, zugehörig zu sein.“ (Übers. v. Verfasser).

Diese unhinterfragten Annahmen lassen sich gemäß Hirschauer in das Alltagswissen von der Zweigeschlechtlichkeit und der Offensichtlichkeit von Geschlechtszugehörigkeit gliedern. Das Alltagswissen von der Zweigeschlechtlichkeit führt dazu, dass Menschen gezwungen werden, in Interaktionen „entweder Männer oder Frauen zu sehen [bzw. zu hören] und außerdem, wenn diese Entscheidung getroffen wurde, die Zuschreibung auch gegen andere ‚Evidenzen‘ fortzusetzen, weil sie eben wissen, dass Personen ihr Geschlecht dauerhaft haben und nicht einfach wechseln können“ (Hirschauer, 1999, S. 27). Gemäß der Annahme, dass Menschen ihr Geschlecht offensichtlich „haben“, erscheint „eine Identifikation von Männern und Frauen nicht nur leicht, sie ist auch geradezu zwangsläufig: die Geschlechtszugehörigkeit ist weder zu verbergen noch zu übersehen [bzw. zu überhören]“ (ebd., S. 25). Aus den Dimensionen der Zweigeschlechtlichkeit und der Offensichtlichkeit von Geschlechtszugehörigkeit ergibt sich die Erwartung einer eindeutigen Geschlechtsdarstellung vonseiten der SprecherInnen und eines richtigen Erkennens von Geschlechtszugehörigkeit vonseiten der Zuhörenden, die Hirschauer als moralische Verpflichtungen bezeichnet. Denn: „Die Blamage einer Verwechslung grenzt situativ sowohl den Verwechselten aus der Ordnung anerkannt eindeutiger Geschlechter als auch den Sich-Irrenden aus der Gemeinschaft kompetent Wahrnehmender aus“ (ebd., S. 32).

Gemäß der Theorie des doing gender erscheint die Produktion von Geschlechtsbedeutung(en) also als ein instabiles Ergebnis komplexer Kommunikationsprozesse, die jeweils erst in Einklang gebracht werden müssen, um Geschlechtszugehörigkeit in Interaktionen

erfolgreich stimmlich zu kommunizieren, also Stimmereignisse zu produzieren, denen die Sprecherin/der Sprecher mithilfe von vokalen Gesten und alle an einer Interaktion beteiligten ZuhörerInnen auf dem Wege der auditiven Wahrnehmung und Interpretation dasselbe Geschlecht zuschreiben.

### Paradigmawechsel mit therapeutischen Konsequenzen

Die Perspektive des doing gender, die „kulturelle Inszenierungspraktiken zentriert, nicht biologische Gegebenheiten“ (Kotthoff, 2003, S. 125), weist gegenüber dem vorherrschenden Verständnis von Stimme als sekundärem Geschlechtsmerkmal folgende Unterschiede auf, die für die therapeutische Arbeit im Bereich Stimme und Geschlecht von richtungsweisender Bedeutung sind:

Zum einen wird deutlich, dass die erfolgreiche Kommunikation von Geschlechtszugehörigkeitsempfinden für alle Menschen eine unsichere Angelegenheit ist, die nicht individuell kontrollierbar ist, sondern in jeder Interaktion neu verhandelt werden muss. Das bedeutet, dass es theoretisch für jede/n von uns jederzeit möglich ist, dass wir als Angehörige eines Geschlechts wahrgenommen und angesprochen werden, dem wir uns nicht als zugehörig empfinden. Eine solche Produktion von mehreren unterschiedlichen Stimmgeschlechtern in einer Interaktion wird nicht länger als ein therapiebedürftiger kommunikativer Sonderfall angesehen, der nur mit einer Störung der Sexualdifferenzierung oder Geschlechtsidentität der sprechenden Person erklärt werden kann, sondern erscheint vielmehr als das erwartete Ergebnis von Kommunikationsprozessen, an denen mehrere Personen beteiligt sind. Wenn die Kommunikation von Geschlechtszugehörigkeitsempfinden jedoch spontan gelingt, gilt dies nicht länger als ein Hinweis darauf, dass die sprechende Person in Bezug auf Geschlecht als normalgesund anzusehen ist und ein Stimmorgan mit eindeutig weiblichen oder männlichen Dimensionen aufweist oder eine Geschlechtsidentität, die mit der Geschlechtsklassifikation

bei der Geburt übereinstimmt. Stattdessen wird eine unmittelbare Einigung auf ein Stimmgeschlecht damit erklärt, dass die Sprecherin/der Sprecher in einer bestimmten Kommunikationssituation genau die Eigenschaften stimmlich dargestellt hat, die mit dem Ideal aller ZuhörerInnen einer in Bezug auf Geschlecht eindeutigen Stimme übereinstimmen, was im Weiteren nicht impliziert, dass dies in einem anderen Kontext mit anderen InteraktionspartnerInnen wieder gelingen wird. Zum anderen ergeben sich aus der Perspektive des doing gender Anregungen für Veränderungen der herkömmlichen Ansätze zur Behandlung von Problemen mit der stimmlichen Kommunikation von Geschlechtszugehörigkeitsempfinden.

### Kritische Erörterung der herkömmlichen Behandlungsansätze

Im therapeutisch-medizinischen Stimm-diskurs wird davon ausgegangen, dass der Gleichklang von körperlichem Geschlecht und Geschlechtsidentität der Sprecherin/des Sprechers und die Geschlechtswahrnehmung in den Ohren der ZuhörerInnen, wie er bei Cissexuellen als naturgegeben vorausgesetzt wird, bei Transgendern mittels stimmtherapeutischer Maßnahmen künstlich herstellbar ist. Ansätze zur „Stimm- und Kommunikationstherapie für transgender/transsexuelle KlientInnen“ (Adler, Hirsch, & Mordaunt, 2006, Übers. v. Verf.), so der Titel des ersten therapeutischen Handbuchs zum Thema, werden in der Regel innerhalb eines medizinischen Behandlungskonzepts verortet, für das der internationale Berufsverband für die Gesundheit von Transgendern („World Professional Association for Transgender Health“ (WPATH)) seit 1979 Behandlungsleitlinien veröffentlicht (vgl. Becker et al., 1997, deutsche Version).

In den aktuellen Leitlinien wird die Zielsetzung dieser Therapie wie folgt beschrieben: „Das Gesamtziel der Stimm- und Kommunikationstherapie besteht darin, KlientInnen zu helfen, ihre Stimme und Kommunikation auf funktionale und authentische Weise anzupassen, sodass Kommunikationsmuster resultieren, von

denen die KlientInnen das Gefühl haben, dass sie ihrer Geschlechtsidentität entsprechen und ihr Selbstgefühl widerspiegeln“ (WPATH, 2011, S. 53, Übers. v. Verf.).

Diese individualtherapeutisch ausgerichtete und SprecherIn-orientierte Zielsetzung wird in Abhängigkeit von der Zielgruppe (Frau-zu-Mann- oder Mann-zu-Frau-transsexuelle KlientInnen) methodisch unterschiedlich umgesetzt. Die besonderen Herausforderungen der Stimmtherapie mit Transgendern, deren Geschlechtsidentität nicht eindeutig fassbar ist, wie zum Beispiel „transgender“, „75% weiblich“, „Fraumann“, „zwischen-geschlechtlich“, „geschlechtslos“, „allgeschlechtlich“, „geschlechtsliquide“ (Bockting, 2008, S. 214, Übers. v. Verf.), wurden bisher nicht in der Stimmliteratur berücksichtigt.

### Stimmtherapie bei Frau-zu-Mann-Transsexualität

Die Stimmtherapie bei Frau-zu-Mann-Transsexualität wird in der Regel vollständig EndokrinologInnen überlassen, da sich der überwiegende Teil der mit Transgendern arbeitenden MedizinerInnen und StimmtherapeutInnen einig zu sein scheint, dass die Behandlung mit Testosteron bei Transmännern automatisch zu einer unproblematischen Veränderung der stimmlichen Geschlechtsdarstellung führt (vgl. Keil, 1994; McNeill, 2006; van Borsel, de Cuyper, Rubens, & Destaeke, 2000), die von manchen AutorInnen sogar als Stimmbruch bezeichnet wird (vgl. Becker et al., 1997; Eicher, 1992; Gooren, 1998). Dieser Begriff impliziert die Annahme einer Vergleichbarkeit der als naturgegeben verstandenen Veränderungen von Stimmorgan und Stimme während der „physiologischen Pubertät“ (King, Ashby, & Nelson, 2001, S. 555) biologisch männlicher Jugendlicher mit den Veränderungen als Folge der „pharmakologischen Pubertät“ (ebd.) von Frau-zu-Mann-Transsexuellen. Diese Annahme konnte bisher nicht empirisch belegt werden.

Die Ergebnisse der wenigen empirischen Studien, die bisher mit Transmännern durchgeführt worden sind, weisen darauf hin, dass es keinesfalls selbstverständ-

lich ist, dass sich für alle Transmänner im Rahmen der Hormonbehandlung die akustischen Stimmeigenschaften auf Werte, die für biologische Männer als „normal“ angesehen werden, absenkt oder, dass ihre Stimmen von unabhängigen ZuhörerInnen übereinstimmend ausschließlich als „männlich“ oder „maskulin“ wahrgenommen werden (vgl. Scheidt, 2003; Scheidt et al., 2003; van Borsel et al., 2000; van Borsel, de Pot, & de Cuyper, 2009). Zusätzlich gibt es gute Gründe, die Lehrmeinung zu überprüfen, der gemäß Transmänner keiner therapeutisch-phoniatrischen Begleitung bedürften, da ihre stimmliche Situation (im Vergleich zu der von Transfrauen) als unproblematisch anzusehen sei. Zum einen machen Scheidt und MitarbeiterInnen (Scheidt, Kob, Willmes, & Neuschaefer-Rube, 2004) darauf aufmerksam, dass die anatomisch-physiologischen Voraussetzungen zur Stimmgebung von hormonbehandelten Transmännern viele Ähnlichkeiten mit denen von biologischen Frauen aufweisen, die aus gynäkologischen Gründen postpubertär mit testosteronhaltigen Medikamenten behandelt wurden und für die sich in der Stimmliteratur zahlreiche Berichte über unerwünschte Auswirkungen der Hormonbehandlung sowohl auf die stimmliche Geschlechtsdarstellung als auch auf die Funktionsfähigkeit finden lassen (vgl. Baker, 1999; Cornut, Cornut, & Perrin, 1966; Damsté, 1967; Heinemann, 1976). In der Tat wiesen in ihrer Studie acht von 14 untersuchten Transmännern behandlungsbedürftige Stimmprobleme in den Bereichen Stimmqualität, Stimmumfang, Ruflautstärke und Dynamikumfang auf, die mit der Art der stimmlichen Einschränkungen, die bei mit Testosteron behandelten biologischen Frauen beobachtet worden sind, weitgehend übereinstimmen (Scheidt et al., 2004).

Zum anderen gibt es auch – in der Literatur nicht erwähnte – Transmänner, die keine Hormonbehandlung wünschen, die aber ebenso wie viele andere Transgender unter einer von ihnen empfundenen Diskrepanz zwischen Geschlechtsidentität, Stimmklang und erfahrener Geschlechtszuschreibung leiden. Diese Transmänner und solche, die trotz Testosteronbehandlung nicht

mit ihrem Stimmklang zufrieden sind, stehen insbesondere in der Gefahr, als Folge von Versuchen ihre Stimme zu vermännlichen, Stimmprobleme zu entwickeln, die sich eventuell mithilfe von frühzeitiger Beratung und Therapie hätten vermeiden lassen können. Hierbei ist es besonders problematisch, dass die betonte Produktion von als männlich angesehenen Sprech- und Stimmeigenschaften, wie beispielsweise monotone Sprechmelodie, geringe Kieferweite, raue Stimmqualität, harte Stimmeinsätze, den Prinzipien einer funktionalen Stimmgebung widerspricht (vgl. Adler & van Borsel, 2006, S. 150–167, für ein Zehn-Schritte-Programm zur Prävention von hyperfunktionellen Stimmstörungen bei Transmännern).

### Stimmtherapie bei Mann-zu-Frau-Transsexualität

Da die postpubertäre Verabreichung von weiblichen Geschlechtshormonen sich nicht als geeignet erwiesen hat, ein Stimmorgan mit großen „männlichen“ Dimensionen zu verkleinern und damit

## KURZBIOGRAFIE

**David Azul** (geb. Scheidt) machte seine logopädische Grundausbildung in Aachen und studierte dort anschließend Lehr- und Forschungslogopädie. In seiner Diplomarbeit entwickelte er ein Diagnostikkonzept für die logopädische Stimmtherapie mit Transmännern. Von 2004 bis 2005 war er als Lehrlogopäde in Krefeld tätig. Von 2005 bis 2009 promovierte er an der School of Communication, Arts and Critical Enquiry, La Trobe University, Melbourne, Australien, zum Thema Stimme und Subjektivität. Parallel war er als Praxisanleiter in einer auf Transgender spezialisierten Stimmklinik sowie als Dozent in kreativem und akademischem Schreiben, Gender Studies und der Logopädie tätig. Seit 2012 ist er als Dozent in Logopädie und Critical Sexuality Studies an der La Trobe University in Bendigo, Australien, angestellt.

die Stimmeigenschaften von Transfrauen zu verweiblichen (vgl. Neumann & Welzel, 2004, S. 154; Wagner, Fugain, Monneron-Girard, Cordier, & Chabolle, 2003, S. 1157), werden bei Transfrauen andere Ansätze zur Veränderung der stimmlichen Geschlechtsdarstellung verfolgt als bei Transmännern. Diese bestehen in Operationen am Stimmorgan und in Maßnahmen zur Veränderung des Gebrauchs des Stimmorgans.

Operationen am Stimmorgan von Transfrauen mit dem Ziel, eine Veränderung der stimmlichen Geschlechtsdarstellung zu bewirken, sind ausschließlich auf den Kehlkopf beschränkt, da „es nicht möglich ist, chirurgisch den gesamten Vokaltrakt zu modifizieren“ (Wagner et al., 2003, S. 1161, Übers. v. Verf.). Zum einen wird mit verschiedenen Methoden versucht, die Schwingungsgeschwindigkeit der Stimmlippen dauerhaft anzuheben, zum anderen wird Transfrauen mit einem deutlichen Adamsapfel angeboten, das visuelle Erscheinungsbild der Vorderseite ihres Halses durch ein Abschleifen der Prominentia laryngea an den weiblichen Idealtypus anzugleichen (vgl. Spiegel, 2006, für einen detaillierten Überblick über verschiedene Operationsmethoden). Diese Maßnahmen sind unter StimmtherapeutInnen umstritten, da hier zum einen nur die mittlere Grundfrequenz anzuheben versucht wird und andere geschlechtsspezifische Stimmeigenschaften außer Acht gelassen werden, die gegebenenfalls auch therapeutisch verändert werden müssten, um den Klientinnen zu einer überzeugenden weiblichen Geschlechtsdarstellung zu verhelfen. Zum anderen bergen Operationen am Stimmorgan das Risiko, Kehlkopfknorpel und Stimmlippen dauerhaft zu schädigen, die interne Koordination der Kehlkopfmuskeln zu stören und iatrogene Stimmstörungen zu erzeugen (vgl. Gross, 1999; Heptner 2002, 2004; Neumann & Welzel, 2004; Parker, 2008; Pérez Alvarez, 2011; Spiegel, 2006; Wagner et al., 2003). Darüber hinaus ist es keinesfalls garantiert, dass „Stimmfeminisierungsoperationen“ oder „Operationen zur Anhebung der mittleren Sprechstimmlage“, wie sie meistens vorsichtiger genannt werden, tatsächlich bewirken, was ihr Name verspricht. Während für manche Transfrau-

en Operationen am Stimmorgan zu einer permanenten erheblichen Anhebung der Grundfrequenz der Stimmlippenschwingung und auch zu einer Zunahme von Weiblichkeitszuschreibungen in Telefonaten und Begegnungen führen, erleben andere Transfrauen nur geringe oder kurzlebige Veränderungen, keinen Effekt oder sogar eine Vertiefung ihrer Stimm- lage (vgl. Neumann & Welzel, 2006; Neumann, Welzel, Gonnermann, & Wolfradt, 2002; Remacle, Matar, Morsomme, Vedyuyck, & Lawson, 2011).

Während es für VertreterInnen der chirurgischen Behandlungsmethode die Länge beziehungsweise die Spannungsverhältnisse der Stimmlippen sind, die Stimmgeschlecht festlegen, scheinen TherapeutInnen, die Maßnahmen zur Veränderung des Gebrauchs des Stimmorgans favorisieren, davon auszugehen, dass das Stimmgeschlecht unabhängig von den anatomischen Dimensionen des Stimmorgans verändert beziehungsweise umgewandelt werden kann. Hierbei wird angenommen, dass Transfrauen, die prätherapeutisch in Gesprächen vorwiegend oder ausschließlich als Männer wahrgenommen und angesprochen werden und auch ihre Stimme selbst als maskulin wahrnehmen, sich im Rahmen ihrer Sozialisation als biologisch männliche Menschen maskuline Stimm- und Kommunikationsverhaltensweisen angewöhnt haben, die es zu diagnostizieren und zu behandeln (d. h. zu verweiblichen) gilt. Hierzu werden die Normbereiche für Stimm- und Kommunikationseigenschaften von biologischen Frauen herangezogen, die im Rahmen der Diagnostik als Vergleichsmaßstäbe und in der Therapie als Zielbereiche genutzt werden. Gemäß Adler (2006, S. 13) umfasst ein vollständiges Programm für Stimm- und Kommunikationstherapie mit Transfrauen die folgenden Bereiche: „Sprechstimmlage, Resonanz, Intonation, Sprechgeschwindigkeit, Sprechlautstärke, Syntax, Wortschatz, Pragmatik, Artikulation, Stimmhygiene, nonverbale Kommunikation, Übertragung auf Alltagskontexte, Singstimme (für Klientinnen, die lernen wollen, physiologisch und authentisch zu singen)“ (Übers. v. Verf.). Gegenüber den operativen Verfahren zur Veränderung der Geschlechtsdarstellung

bietet dieser Therapieansatz den Vorteil, dass der Wiederherstellung beziehungsweise Aufrechterhaltung der stimmlichen Funktionsfähigkeit wieder eine wichtige Stellung in der Konzeption der Therapiemaßnahmen eingeräumt wird. Zum einen werden Klientinnen über die Risiken selbst angeleiteter Versuche, ihre Stimme zu verweiblichen, informiert, und zum anderen kommen in der Therapie nur physiologische Methoden zur Veränderung der stimmlichen Geschlechtsdarstellung zum Einsatz. Hierbei ist es förderlich, dass viele der sogenannten weiblichen Stimmverhaltensweisen (wie z. B. vorderer Stimmansatz, weiche Stimmeinsätze, variable Kieferweite) mit gängigen Empfehlungen für funktionale Stimmgebung übereinstimmen.

Wie Oates (2006) betont, genügen die meisten Studien, die die Effektivität von stimmverhaltenstherapeutischen Maßnahmen bei Mann-zu-Frau-Transsexualität untersucht haben, jedoch nicht den Anforderungen evidenzbasierter Praxis. Daher ist es zum gegenwärtigen Forschungsstand weder möglich, Aussagen darüber zu treffen, inwiefern die herkömmlich eingesetzten Therapieverfahren die stimmliche Geschlechtsdarstellung von Transfrauen wirksam verweiblichen, noch, ob spezifische Therapieverfahren oder die Fokussierung auf bestimmte Stimm- und Kommunikations-eigenschaften für die Veränderung der stimmlichen Geschlechtsdarstellung besonders geeignet sind.

## Neubestimmung der herkömmlichen therapeutisch-medizinischen Ansätze

Über die Diskussionen hinaus, die innerhalb des therapeutisch-medizinischen Stimmdiskurses über die Wirksamkeit und Vertretbarkeit herkömmlicher Ansätze zur Stimmarbeit bei Transsexualität geführt werden, ergeben sich aus der Einbeziehung von Argumenten aus der Geschlechterforschung Kritikpunkte, die bisher in der Stimmliteratur unberücksichtigt geblieben sind. Diese Kritikpunkte beinhalten die Forderungen einer grundlegenden Neubestimmung der theoretischen Grundlagen und der

praktischen Umsetzung stimmtherapeutischer Begleitung im Bereich Stimme und Geschlecht. Die wichtigsten Aspekte sind hierbei:

- die Entpathologisierung von Menschen mit nicht eindeutig als weiblich oder männlich fassbaren Körpern, Identitäten sowie Stimm- und Kommunikationsverhalten,
- die Einsicht, dass Probleme mit der Kommunikation von Geschlechtszugehörigkeitsempfinden nicht individualtherapeutisch kontrolliert werden können
- und die Notwendigkeit einer Auseinandersetzung mit transdisziplinären Stimm- und Geschlechtertheorien für die Entwicklung von effektiven Therapieansätzen im Bereich Stimme und Geschlecht.

## Anerkennung von Diversität

Die gegenwärtig im therapeutisch-medizinischen Stimmdiskurs zu beobachtende Reduzierung der Vielfalt der Erscheinungsformen im Bereich Stimme und Geschlecht auf eine Reihe von pathologischen Zuständen steht im Widerspruch zu ethischen Richtlinien für therapeutisches Arbeiten, wie sie beispielsweise in der folgenden Stellungnahme des Internationalen Berufsverbandes für die Gesundheit von Transgendern (WPATH, 2011, S. 4) zum Ausdruck kommt: „Geschlechtseigenschaften und -identitäten, die nicht der Geschlechtsklassifikation eines Menschen bei der Geburt folgen, sind ein häufiges und kulturell vielfältiges menschliches Phänomen, das nicht als pathologisch oder negativ bewertet werden sollte“ (Übers. v. Verf.). Aus dieser und anderen Stellungnahmen, die darauf aufmerksam machen, dass die gegenwärtig verwendeten medizinischen Klassifikations- und Diagnostikverfahren im Bereich Geschlecht Diversität als Störung etikettieren und damit „dem vollen Genuss der Menschenrechte ... [der Betroffenen] im Wege stehen“ (zitiert und übersetzt in Haupt, 2011, S. 3), ergibt sich die Notwendigkeit einer Fortsetzung jener kritischen Erörterung der theoretischen Grundlagen und praktischen Umsetzung von medizinischen Therapieansätzen im Bereich Geschlecht, die hier nur angerissen werden können.

Die Forderung einer Entpathologisierung von Menschen mit nicht eindeutig als „weiblich“ oder „männlich“ fassbaren Körpern, Identitäten und Kommunikationsverhaltensweisen darf jedoch nicht im Sinne einer Einschätzung missverstanden werden, dass diese Menschen grundsätzlich keiner professionellen Unterstützung im Bereich Stimme, Kommunikation und Geschlecht bedürften. Gemäß der Menschenrechtsbeauftragten der Weltgesundheitsorganisation geht es hierbei vielmehr darum, sicherzustellen, dass „die Gesundheitsversorgungsbedürfnisse der transgender Bevölkerung langesprochen werden, ohne dass sie dabei stigmatisiert wird“ (zitiert und übersetzt in Haupt, 2011, S. 4). Diese Forderung beinhaltet gleichfalls, therapeutische Unterstützung auch für solche Transgender zugänglich zu machen, die sich nicht in den diagnostischen Kriterien der Transsexualität wiederfinden können und die deswegen in der Vergangenheit häufig von therapeutisch-medizinischen Therapiemaßnahmen ausgeschlossen wurden.

## Einbeziehung von sozialen Konstruktionsprozessen

Das herkömmliche Angebot von individualtherapeutisch ausgerichteten Maßnahmen zur Veränderung der Geschlechtsdarstellung suggeriert, dass StimmtherapeutInnen KlientInnen dazu verhelfen können, ihr „passing“ als Angehörige des Geschlechts, dem sie sich zugehörig fühlen, zu kontrollieren und auf Dauer aufrechtzuerhalten. Die Verantwortung für eine erfolgreiche Herstellung von eindeutigem Stimmgeschlecht und für eine mit der Geschlechtsidentität der sprechenden Person übereinstimmende Geschlechtsklassifikation aufseiten der Zuhörenden wird hier also ganz den KlientInnen und ihren StimmtherapeutInnen zugeschrieben, wobei das Therapieangebot auf Maßnahmen beschränkt ist, die das Ziel haben, die anatomischen Dimensionen des Stimmorgans und/oder die Stimmverhaltensmuster der individuellen Klientin/des individuellen Klienten an universal generalisierte Normbereiche für das weibliche beziehungsweise männliche

Geschlecht anzugleichen. Diese Ausrichtung der therapeutisch-medizinischen Stimmtherapie steht im Gegensatz zu seit Jahrzehnten in geistes- und sozialwissenschaftlichen Diskursen kursierenden Ergebnissen der Geschlechterforschung, die darauf hinweisen, dass Geschlecht ein individuell nicht kontrollierbares Ergebnis der Wechselwirkungen von interaktivem Handeln sowie individuell und kulturell variablen Normvorstellungen ist und nur auf dem Wege einer Einbeziehung sozialer Konstruktionsprozesse verstehbar und beeinflussbar ist. Daher ist es unerlässlich, Diagnostik- und Therapieverfahren im Bereich Stimme und Geschlecht auf gesellschaftlicher Ebene zu verorten und die Grenzen und Möglichkeiten der Einflussnahme auf diesen Bereich als richtungsweisend für die Neubestimmung von Therapieansätzen zu betrachten.

## Doing (trans)gender stimmtherapeutisch begleiten

Die oben skizzierte Theorie des doing gender stellt eine wichtige Intervention in die theoretische Konzeption der Kommunikation von Geschlechtszugehörigkeit dar. Aus ihr ergeben sich Anregungen für theoriegeleitete Veränderungen der Zielsetzungen und Schwerpunkte der herkömmlichen Ansätze zur Stimmarbeit mit Transgendern.

## Therapieinhalte

Zunächst gilt es, die KlientInnen dafür zu sensibilisieren, dass in Alltags- und stimmprofessionellen Diskursen verschiedene Erklärungsmodelle für die Prozesse, die an einer gelingenden oder misslingenden Kommunikation von Geschlechtszugehörigkeitsempfinden beteiligt sind, verwendet werden und dass diese Erklärungsmodelle Auswirkungen darauf haben, wie die Grenzen und Möglichkeiten der stimmtherapeutischen Begleitung eingeschätzt werden. Hierzu kann im Gespräch erfragt werden, wie die KlientInnen die Produktion von stimmlicher Geschlechtsbedeutung in ihren sozialen Kontexten erleben, wie sie sich erklären, dass bei manchen



Menschen die Kommunikation von Geschlechtszugehörigkeit empfinden gelingt und bei anderen nicht, und welche Erwartungen sie an die Therapie bezüglich einer Veränderung ihrer eigenen stimmlichen Geschlechtsdarstellung und deren Wirkung auf andere haben. Die Therapeutin/der Therapeut kann dann die wichtigsten Theorien zur Herstellung von Stimmgeschlecht vorstellen und die Erfahrungen und Erläuterungen der KlientInnen zu diesen in Beziehung setzen. Im dritten Schritt geht es dann darum, den Therapieansatz, den die Therapeutin/der Therapeut vertritt, vorzustellen und mit den KlientInnen zu besprechen, ob das Angebot an stimmtherapeutischer Begleitung ihren Erwartungen gerecht wird oder ob sie eine Überweisung an KollegInnen, die andere Therapieansätze vertreten, wünschen.

Die Theorie des doing gender führt eine neue Differenzierung des Behandlungsangebots im Bereich Stimme und Geschlecht ein, die man „interaktiv ausgerichtet“ nennen könnte. Im Unterschied zu den bisher üblichen Verfahren werden hier die Grenzen und Möglichkeiten eines individualtherapeutischen Arbeitens mit Transgendern anders eingeschätzt und der Begriff des Therapieerfolgs anders konzipiert. So wird ein 100-prozentiges „passing“ als Mann respektive Frau oder eine authentische Selbstdarstellung in allen Kommunikationssituationen als ein unrealistisches Therapieziel angesehen, weil die erfolgreiche Kommunikation von Geschlechtszugehörigkeit empfinden grundsätzlich als individuell nicht kontrollierbar angesehen wird. Das bedeutet jedoch nicht, dass sich die Stimmarbeit darin erschöpft, die KlientInnen mit der Ausweglosigkeit ihrer Lage zu versöhnen. Vielmehr geht es darum, gemeinsam einen konstruktiven Umgang mit jenen Diskursen, Praktiken und Institutionen zu erarbeiten, die es den KlientInnen schwer oder unmöglich machen, als diejenigen wahrgenommen und anerkannt zu werden, die sie ihrem Empfinden nach sind. Die Flexibilisierung von bestehenden unerwünschten Stimmverhaltensmustern, in denen sich entweder die KlientInnen nicht wiederfinden können oder die aus der Sicht der Therapeutin/des Therapeuten die Funktionalität ihrer Stimm-

gebung einschränken, ist ebenso wie in herkömmlichen Therapieansätzen ein wichtiger Schwerpunkt. Im Unterschied zu den herkömmlichen Verfahren dienen hier jedoch nicht die Normbereiche und/oder Stereotypen von normalgesunden weiblichen beziehungsweise männlichen Stimm- und Kommunikationseigenschaften als Zielbereiche, sondern ein Stimmklang, mit dem sich die individuelle Klientin/der individuelle Klient identifizieren kann und der auf funktionale Weise aufrechterhalten werden kann.

Da gemäß der Theorie des doing gender die Produktion von Geschlechtsbedeutungen in Interaktionen grundsätzlich weder vorhersehbar noch kontrollierbar ist, wird davon ausgegangen, dass alle KlientInnen auch nach Beendigung der therapeutischen Begleitung mehr oder weniger häufig die Erfahrung machen werden, dass ihnen von GesprächspartnerInnen ein Geschlecht zugeschrieben wird, das nicht ihrem Zugehörigkeitsempfinden entspricht. Diese Erfahrung wird jedoch nicht als ein Zeichen gewertet, dass die KlientInnen der Arbeit an ihrer Stimme und Kommunikation zu wenig Zeit und Energie gewidmet hätten, dass sie kein Talent für die Veränderung ihrer Kommunikationsgewohnheiten hätten oder dass die Art und Qualität ihrer therapeutischen Unterstützung nicht adäquat seien. Stattdessen werden unerwünschte Geschlechtszuschreibungen als ein erwartetes alltägliches Zwischenergebnis von Interaktionsprozessen angesehen, an denen mehrere Personen mit unterschiedlichen Normvorstellungen und Interpretationsgewohnheiten beteiligt sind. Die KlientInnen werden auf diese Erfahrungen im Gespräch vorbereitet und es werden mit ihnen Strategien für einen selbstsicheren Umgang mit unerwünschten Geschlechtszuschreibungen erarbeitet.

Im Falle von Transgendern, die sich weder als Frauen noch als Männer identifizieren, sich aber überwiegend in sozialen Kontexten bewegen, in denen nur zwei Geschlechter anerkannt werden, bietet es sich an, gemeinsam mit den KlientInnen die sozialen Situationen zu identifizieren, in denen es ihnen wichtig ist, dass ihr Geschlechtszugehörigkeitsempfinden zur Geltung kommt, sowie Formen der Anre-

de zu entwickeln und Personalpronomen zu definieren, die ihrem Geschlechtszugehörigkeitsempfinden gerecht werden. In einem weiteren Schritt können dann im Rollenspiel und in in-vivo-Situationen geeignete Verfahren erprobt werden, GesprächspartnerInnen über das eigene Geschlechtszugehörigkeitsempfinden zu informieren und um die Verwendung der gewünschten Anreden und Personalpronomen zu bitten.

Da KlientInnen in Interaktionen nicht nur die Rolle von SprecherInnen, sondern auch die von Zuhörenden einnehmen, ist es auch ein wichtiger Bestandteil der Stimmarbeit, sie in Rollenspielen die Seite wechseln zu lassen und mit ihnen zu erarbeiten, wie sie selbst in Interaktionen mit Situationen umgehen können, in denen sie unsicher sind, mit welchen Anreden und Personalpronomen sie sich auf ihre GesprächspartnerInnen beziehen sollten. Dieser Therapiebereich kann zusätzlich dazu genutzt werden, darauf aufmerksam zu machen, dass rigide Normen bezüglich „angemessener“ und „unangemessener“ Geschlechtsdarstellungen nicht nur in professionellen, sondern auch in Alltagsdiskursen aufrechterhalten werden. In diesem Zusammenhang erscheint Stimmarbeit insbesondere dann als innovativ und effektiv, wenn sie dazu führt, dass KlientInnen und TherapeutInnen beginnen, bewusst einen anderen Weg einzuschlagen. Indem sie solche diskursiven Praktiken erarbeiten und für andere Menschen modellieren, die der Diversität der möglichen Empfindungen, körperlichen Formen und Verhaltensweisen im Bereich Stimme und Geschlecht gerecht werden, können sie einen wichtigen Beitrag zu einer Veränderung jener Kräfte leisten, die gegenwärtig die Kommunikationsmöglichkeiten und Lebensräume aller Menschen begrenzen.

## Schlussfolgerung

Zusammengefasst sind die Schwerpunkte eines von der Theorie des doing gender geleiteten Therapieansatzes nicht auf eine möglichst normgerechte Ausgestaltung von stimmlichen Geschlechtsdarstellungen ausgerichtet, sondern fokussieren vielmehr darauf, die prinzipielle Vielfalt und Unberechenbarkeit der Produktion

von Geschlechtsbedeutungen in menschlichen Interaktionen zu thematisieren und KlientInnen dabei zu unterstützen, kompetente und selbstbestimmte KommunikationspartnerInnen zu werden, die in der Lage sind, mit unerwünschten Geschlechtszuschreibungen selbstsicher umzugehen.

Der Vergleich mit den herkömmlichen Ansätzen zeigt deutlich, dass unterschiedliche Theorien des Verhältnisses von Stimme und Geschlecht zu grundlegend unterschiedlichen Zielsetzungen, Schwerpunkten und Definitionen von Erfolg in der Stimmarbeit mit Transgendern führen.

Für StimmforscherInnen und -therapeutInnen, die an einer kontinuierlichen Weiterentwicklung von Therapieansätzen im Bereich Stimme und Geschlecht im Sinne aktueller transdisziplinärer Forschungsergebnisse interessiert sind, resultiert aus obiger exemplarischer Analyse die Notwendigkeit einer Berücksichtigung und Erörterung auch jener Stimm- und Geschlechtertheorien, die im therapeutisch-medizinischen Stimmdiskurs bisher unerwähnt geblieben sind. Wird diese Notwendigkeit in der ethischen Verpflichtung zu einer Zusammenarbeit „mit anderen Berufsgruppen im Rahmen multidisziplinärer Arbeit“ (Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes / Logopèdes de l'Union Européenne, 2009) verortet, ergibt sich zusätzlich die Forderung nach einer Erweiterung der Gruppe derjenigen Berufe und akademischen Fachbereiche, die für therapeutisches Arbeiten und Forschungsvorhaben im Bereich Stimme und Geschlecht als relevant angesehen werden. Diese Forderung umfasst explizit eine Einbeziehung von Beiträgen aus den Gender und Transgender Studies sowie von geistes- und kulturwissenschaftlichen Stimmtheorien in den therapeutisch-medizinischen Stimmdiskurs.

#### Literatur

- Abitbol, J. (2006). *Odyssey of the voice*. San Diego: Plural Publishing.
- Adler, R. K. (2006). Transgender/transsexual. An understanding. In R. K. Adler, S. Hirsch, & M. Mordaunt (Hrsg.), *Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client. A comprehensive clinical guide* (S. 1–14). San Diego: Plural Publishing.
- Adler, R. K. (2007). Gender voice issues: Voice and communication therapy for transsexual/transgender clients. In M. Rees (Hrsg.), *Voice and gender and other contemporary issues in professional voice and speech training* (S. 293–299). Cincinnati: Voice and Speech Trainers Association.
- Adler, R. K. & van Borsel, J. (2006). Female-to-male considerations. In R. K. Adler, S. Hirsch, & M. Mordaunt (Hrsg.), *Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client. A comprehensive clinical guide* (S. 139–167). San Diego: Plural Publishing.
- Adler, R. K., Hirsch, S., & Mordaunt, M. (Hrsg.) (2006). *Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client: A comprehensive clinical guide*. San Diego: Plural Publishing.
- Andrews, M. L., & Schmidt, C. P. (1997). Gender presentation: Perceptual and acoustical analyses of voice. *Journal of Voice*, 11(3), 307–313.
- Baker, J. (1999). A report on alterations to the speaking and singing voices of four women following hormonal therapy with virilizing agents. *Journal of Voice*, 13(4), 496–507.
- Becker, S., Bosinski, H.A.G., Clement, U., Eicher, W., Goerlich, T., Hartmann, U., Kockott, G., Langer, D., Preuss, W., Schmidt, G., Springer, A., & Wille, R. (1997). Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. *SEXUOLOGIE*, 4, 130–138.
- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17, 211–224.
- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes / Logopèdes de l'Union Européenne (2009). *A framework for ethical practice in Speech and Language Therapy*. [http://www.cplol.eu/eng/ethical\\_practice.htm](http://www.cplol.eu/eng/ethical_practice.htm). Zugriff am 08.05.2012.
- Cornut, G., Cornut, C., & Perrin, M. (1966). Etude clinique et acoustique des dysphonies par androgénotherapie chez la femme. *Journal français d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie maxillo-faciale*, 15(8), 1061–1077.
- Cromwell, J. (1999). *Transmen and FTMs: Identities, bodies, genders, and sexualities*. Chicago: University of Illinois Press.
- Damsté, P. H. (1967). Voice change in adult women caused by virilizing agents. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 32, 126–132.
- Davies, S. & Goldberg, J. M. (2007). Clinical aspects of transgender speech feminization and masculinization. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 167–196.
- Eicher, W. (1992). *Transsexualismus: Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechtsumwandlung*. Stuttgart: G. Fischer.
- Evans, S., Neave, N., & Wakelin, D. (2006). Relationships between vocal characteristics and body size and shape in human males: An evolutionary explanation for a deep male voice. *Biological Psychology*, 72, 160–163.
- Fitch, W. T. & Giedd, J. (1999). Morphology and development of the human vocal tract: A study using magnetic resonance imaging. *Journal of the Acoustical Society of America*, 106(3), 1511–1522.
- Fuchs, M., Heide, S., Hentschel, B., Gelbrich, G., Makuch, A., Thiel, S., Täschner, R., & Dietz, A. (2009). Stimmleistungsparameter bei Kindern und Jugendlichen – Einfluss der körperlichen Entwicklung und der sängerischen Aktivität. In M. Fuchs (Hrsg.), *Entwicklung der Stimmleistung und -qualität im Kinder- und Jugendalter. Ein interdisziplinäres Betreuungskonzept* (S. 13–31). Berlin: Logos Verlag.
- Geissner, H. K. (2006). Imitation und Identität – Was antworten Sie auf die Frage: „Wer bist du?“. In T. Kopfermann (Hrsg.), *Das Phänomen Stimme. Imitation und Identität* (S. 31–41). St. Ingbert: Röhrig Universitätsverlag.
- Gelfer, M. P. & Schofield, K. J. (2000). Comparison of acoustic and perceptual measures of voice in male-to-female transsexuals perceived as female versus those perceived as male. *Journal of Voice*, 14, 22–33.
- Gooren, L. J. G. (1998). Androgen treatment of female-to-male transsexuals. In E. Nieschlag & H. M. Behre (Hrsg.), *Testosterone. Action – Deficiency – Substitution* (S. 529–544). Berlin: Springer Verlag.
- Graddol, D. & Swann, J. (1989). *Gender voices*. Oxford: Basil Blackwell.
- Gross, M. (1999). Pitch-raising surgery in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 13(2), 246–250.
- Haupt, H.-J. (2011). *Die Pathologisierung transsexueller Menschen beenden!*. Verfügbar unter <http://www.spduri.ch/SPD-Publishing.53.0.html>. Zugriff am 08.05.2012.
- Heinemann, M. (1976). *Hormone und Stimme*. Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- Heptner, M. (2002). Stimmdesign in der transsexuellen Stimmtherapie. *L.O.G.O.S. INTERDISZIPLINÄR*, 10(3), 175–179.
- Heptner, M. (2004). Stimmtherapie mit Transsexuellen – transidentische Begleitung. *Österreichische Logopädenzeitschrift LOGO Thema*. <http://heptner.org/pages/publikationen>. Zugriff am 08.05.2012.
- Hirschauer, S. (1989). Die interaktive Konstruktion von Geschlechtszugehörigkeit. *Zeitschrift für Soziologie*, 18(2), 100–118.
- Hirschauer, S. (1999). *Die soziale Konstruktion der Transsexualität. Über die Medizin und den Geschlechtswechsel*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kahane, J. (1978). A morphological study of the human prepubertal and pubertal larynx. *American Journal of Anatomy*, 151, 11–20.
- Keil, T. (1994). Transsexualität und Stimme. *Sprechen*, 12(2), 4–14.
- Kessler, S. J. & McKenna, W. (2000). Who put the „trans“ in transgender? Gender theory and everyday life. *The International Journal of Transgenderism* 4(3), <http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/kessler.htm>. Zugriff am 08.01.2013.
- King, A., Ashby, J., & Nelson, C. (2001). Effects of testosterone replacement on a male professional singer. *Journal of Voice*, 15(4), 553–557.
- Kotthoff, H. (2003). Was heißt eigentlich doing gender? Differenzierungen im Feld von Interaktion und Geschlecht. *Freiburger FrauenStudien*, 9(12), 125–161.
- McNeill, E. J. M. (2006). Management of the transgender voice. *The Journal of Laryngology & Otology*, 120, 521–523.
- Neumann, K. & Welzel, C. (2004). The importance of the voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice* 18(1), 153–167. [http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijto06no04\\_02.htm](http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijto06no04_02.htm). Zugriff am 08.01.2013.
- Neumann, K. & Welzel, C. (2006). Operative Erfahrungen bei Geschlechtsverwandlungen der Stimme. In T. Kopfermann (Hrsg.), *Das Phänomen Stimme: Imitation und Identität* (S. 139–145). St. Ingbert: Röhrig Universitätsverlag.
- Neumann, K., Welzel, C., & Berghaus, A. (2002). Operative voice pitch raising in male-to-female transsexuals. *European Journal of Plastic Surgery*, 25, 209–214.
- Neumann, K., Welzel, C., Gonnermann, U.,

- & Wolfradt, U. (2002). Satisfaction of MtF transsexuals with operative voice therapy. A questionnaire-based preliminary study. *International Journal of Transgenderism* 6(4). [http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposium/ijtv06no04\\_02.htm](http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposium/ijtv06no04_02.htm). Zugriff am 08.01.2013.
- Oates, J. M. (2006). Evidence-based practice in voice therapy for transgender/transsexual clients. In R. K. Adler, S. Hirsch, & M. Mordaunt (Hrsg.), *Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client* (S. 23–43). San Diego: Plural Publishing.
- Oates, J. M. & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism: A review. *British Journal of Disorders of Communication*, 18(3), 139–151.
- Parker, A. J. (2008). Aspects of transgender laryngeal surgery. *Sexologies*, 17, 277–282.
- Pedersen, M. F., Moller, S., Krabbe, S., Bennett, P., & Svenstrup, B. (1990). Fundamental voice frequency in female puberty measured with electroglottography during continuous speech as a secondary sex characteristic. A comparison between voice, pubertal stages, oestrogens and androgens. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 20, 17–24.
- Pérez Alvarez, J. C. (2011). Stimme und Identität bei Transsexualität. *Handchirurgie Mikrochirurgie Plastische Chirurgie*, 43, 246–249.
- Remacle, M., Matar, N., Morsomme, D., Vedyck, I., & Lawson, G. (2011). Glottoplasty for male-to-female transsexualism: Voice results. *Journal of Voice*, 25(1), 120–123.
- Saß, H., Houben, I., & American Psychiatric Association (Hrsg.) (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Scheidt, D. (2003). *Entwicklung und Erprobung eines Diagnostikkonzeptes für die logopädische Stimmarbeit mit Transgendern am Beispiel der sogenannten Frau-zu-Mann-Transsexualität*. Diplomarbeit im Studiengang Lehr- und Forschungslogopädie, RWTH Aachen.
- Scheidt, D., Kob, M., & Neuschaefer-Rube, C. (2003). Zur stimmlichen Situation von sogenannten Frau-zu-Mann-Transsexuellen: Selbstwahrnehmung, Fremdwahrnehmung und akustische Daten zur Geschlechtsdarstellung. In M. Gross & E. Kruse (Hrsg.), *Aktuelle phoniatrisch-pädaudiologische Aspekte 2003/2004* (S. 172–177). Niebüll: Verlag videel.
- Scheidt, D., Kob, M., Willmes, K., & Neuschaefer-Rube, C. (2004). Do we need voice therapy for female-to-male transsexuals?. In B. E. Murdoch, J. Goozee, B.-M. Whelan, & K. Docking (Hrsg.), *2004 IALP-Congress-Proceedings*. Brisbane: Speech Pathology Australia.
- Sigusch, V. (1998). The neosexual revolution. *Archives of Sexual Behavior*, 27(4), 331–359.
- Simpson, A. P. (2009). Phonetic differences between male and female speech. *Language and Linguistics Compass*, 3(2), 621–640.
- Spiegel, J. H. (2006). Phonosurgery for pitch alteration: Feminization and masculinization of the voice. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 39(1), 77–86.
- van Borsel, J., de Cuypere, G., Rubens, R., & Destaeke, B. (2000). Voice problems in female-to-male transsexuals. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35(3), 427–442.
- van Borsel, J., de Pot, K., & de Cuypere, G. (2009). Voice and physical appearance in female-to-male transsexuals. *Journal of Voice*, 23(4), 494–497.
- Voglmayr, I. (2008). *Leitfaden für einen nicht-diskriminierenden Sprachgebrauch in Bezug auf junge und alte Menschen, Menschen mit Behinderung, Frauen/Männer, Schwule/Lesben/Transgender, Migrant/innen und Menschen mit einer anderen religiösen Zugehörigkeit*. Wien: Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit. [http://www.uibk.ac.at/gleichbehandlung/sprache/leitfaden\\_nicht\\_diskr\\_sprachgebrauch.pdf](http://www.uibk.ac.at/gleichbehandlung/sprache/leitfaden_nicht_diskr_sprachgebrauch.pdf). Zugriff am 08.05.2012.
- Vorperian, H. K., Wang, S., Schimek, E. M., Durtschi, R. B., Kent, R. D., Gentry, L. R., & Chung, M. K. (2011). Developmental sexual dimorphism of the oral and pharyngeal portions of the vocal tract: An imaging study. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 54(August), 995–1010.
- Wagner, I., Fugain, C., Monneron-Girard, L., Cordier, B., & Chabolle, F. (2003). Pitch-raising surgery in fourteen male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 113(July), 1157–1165.
- West, C. & Zimmerman, D. H. (1987). Doing gender. *Gender and Society*, 1(2), 125–151.
- World Health Organization & Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2011). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Version 2011*. Verfügbar unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2011/index.htm#V>. Zugriff am 08.01.2013.
- WPATH (2011). *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender non-conforming people*. [http://www.wpath.org/publications\\_standards.cfm](http://www.wpath.org/publications_standards.cfm). Zugriff am 08.05.2012.
- Wysocki, J., Kielska, E., Orszulak, P., & Raymond, J. (2008). Measurements of pre- and postpubertal human larynx: A cadaver study. *Surgical and Radiologic Anatomy*, 30, 191–199.
- Xue, S. A., Cheng, R. W. C., & Ng, L. M. (2010). Vocal tract dimensional development of adolescents: An acoustic reflection study. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 74, 907–912.

NEUE  
FORTBILDUNGEN  
2013

**ZaPP**  
e.V. Gesellschaft von Freunden  
des Zentrums für angewandte  
Patholinguistik e.V.

**Prof. Dr. Ria De Bleser, Prof. Dr. Barbara Höhle**  
**Veranstaltungsort: Am Kanal 16 - 18, 14467 Potsdam**

- 08.-09.03.2013 **Syntaktische Störungen bei Kindern**  
Referentin: Jeannine Schwytay
- 15.-16.03.2013 **Modellorientierte Diagnostik mit LEMO**  
Referentin: Astrid Schröder
- 19.-20.04.2013 **Neue Methoden in der Aphasiotherapie**  
Referentin: Judith Heide
- 24.-25.05.2013 **Kindliche Aphasie**  
Referentin: Janine Hofmann
- 31.05.-01.06.2013 **Semantisch-lexikalische Störungen**  
Referentin: Antje Skerra
- 07.-08.06.2013 **Praxisworkshop: Inputspezifizierungen**  
Referentin: Jeannine Schwytay
- 30.-31.08.2013 **Morphologische Störungen bei Kindern**  
Referentin: Jeannine Schwytay
- 13.-14.09.2013 **Sprachentwicklungsstörungen bei Mehrsprachigkeit**  
Referentin: Dr. phil. Annegret Klassert
- 20.-21.09.2013 **Störung d. auditiven u. phonologischen Informationsverarbeitung**  
Referentin: Antje Kösterke-Buchardt
- 18.-19.10.2013 **Diagnostik, Prognose u. Intervention bei "Late Talkern"**  
Referentin: Antje Skerra

**Anmeldung und weitere Information unter:**  
**[www.patholinguistik.de](http://www.patholinguistik.de)**  
**[fortbildung@patholinguistik.de](mailto:fortbildung@patholinguistik.de)**



**Autor**

David Azul, PhD, Dipl.-Log.  
La Trobe Rural Health School  
Faculty of Health Sciences  
La Trobe University, PO Box 199,  
Bendigo, Victoria 3552  
Australien  
[D.Azul@latrobe.edu.au](mailto:D.Azul@latrobe.edu.au)



DOI dieses Beitrags  
([www.doi.org](http://www.doi.org))  
10.7345/prolog-1301004