

Ist Logopädie „doof“?

Ein Fallbeispiel zur Aussprachetherapie mit der Tübinger Lautsymbolarbeit

Susanne Rubik

ZUSAMMENFASSUNG. Anhand eines Fallbeispiels wird eine empirisch entwickelte Therapiemethode für die Therapie von Aussprachestörungen skizziert. Die Tübinger Lautsymbolarbeit ist an den Segmenten der Sprache orientiert und setzt auf die Visualisierung der lautsprachlichen Strukturen Laut, Silbe und Wort. Dadurch wird die phonologische Bewusstheit des Kindes stark gefordert und gefördert. Im Unterschied zum Vorgehen bei anderen phonologisch orientierten Therapieansätzen wird bei Bedarf an mehreren phonologischen Prozessen gleichzeitig gearbeitet, was zu schnellen Fortschritten in der Therapie führen kann. Der Beitrag bringt auch Widerstände des Kindes gegenüber der logopädischen Therapie zur Sprache. Wichtig ist der Autorin, dass die anspruchsvolle und anstrengende Arbeit an der Aussprache immer in ein freudiges Miteinander eingebettet ist.

„Lodotädie ist doos“

sagte Sebastian* in der 6. Therapieeinheit zu mir. Es war in einer Situation, in der ich ihn stark gefordert hatte. Ich war überrascht und auch überfordert, was hatte ich falsch gemacht? In der Reflexion wurde mir klar, dass seine Aussage im Kern vertrauensvoll und mutig war. Er hatte mir kurz und prägnant mitteilen wollen, wie es ihm mit der Logopädie geht. Er hatte schon schlechte Erfahrungen gemacht: Bevor er zu mir kam, hatte er bereits ein Jahr lang logopädische Therapie gehabt. Am /k/ war gearbeitet worden, aber seine Aussprache hatte sich nicht verändert. Indirekt teilte er mir damit wohl auch mit: Hilf mir, damit ich endlich lernen kann, deutlicher zu sprechen.

Er war jetzt 5;1 Jahre alt. Wenn er sich vorgestellt hätte, hätte er gesagt: „Nein Nane ist Sedastian, is din süns Lahre alt“. Die Eltern berichteten: Wenn er nicht verstanden werde, was oft vorkomme, reagiere er „verärgert und genervt“. „Bei Spielen kön-

ne er nicht verlieren“ und habe „aggressive Momente“, er sei aber ein „offenes, kommunikatives, sensibles und interessiertes“ Kind. Die Eltern waren sehr besorgt, einerseits, weil sie sahen, dass er litt und andererseits, weil es nur noch gut eineinhalb Jahre bis zur Einschulung waren.

Wie ist die Tübinger Lautsymbolarbeit entstanden?

Ende der 1990er Jahre wurde mir ein Mädchen vorgestellt, das für Außenstehende fast nicht zu verstehen war. Seine Aussprache war gekennzeichnet durch Ersetzungen sehr vieler Laute überwiegend durch /h/. Damals behandelte ich Aussprachestörungen mit der klassischen Artikulationstherapie nach Van Riper. Veröffentlichungen zum Umgang mit einer so schwerwiegenden Störung gab es nicht oder waren mir nicht bekannt. Daraufhin entwickelte ich durch Learning by Doing

Susanne Rubik absolvierte ihre Ausbildung zur Logopädin von 1982-85 in Ulm und Tübingen. Von 1996 bis 2005 und wieder seit 2012 unterrichtet sie an der Logopädenschule des Uniklinikums Tübingen den Bereich Aussprachestörungen theoretisch und praktisch. Seit 1997 ist sie außerdem in Rottenburg in eigener Praxis tätig. Die Schwerpunkte ihrer Arbeit sind frühe Spracherwerbsstörungen und Aussprachestörungen.



die Tübinger Lautsymbolarbeit. Diese habe ich über die Jahre fortentwickelt und modifiziert. Erprobt habe ich sie mit vielen Therapiekindern und unterrichtete sie seit 2001 im Rahmen meiner Tätigkeit als Lehrlogopädin für Aussprachestörungen an der Logopädenschule des Tübinger Uniklinikums.

Fallbeispiel Sebastian

Sebastians Aussprache zu Beginn der Therapie

In Sebastians Welt der Laute herrschte ein großes Durcheinander, den Eindruck bekam jeder Zuhörer. Eigentlich aber wandte er eine einfache individuelle Regel an: Er produzierte fast alle Laute in der 2. Artikulationszone. So verwandelte er zum Beispiel /f/ in /s/, /p/ in /t/, /m/ in /n/ und /j/ in /l/. Er konnte alle diese Laute isoliert korrekt sprechen, sehr selten wandte er sie auch in Wörtern richtig an. Dazu kamen physiologische Prozesse: Vorverlagerungen von /ʃ/ und /ç/ zu /s/ und von /k/ und /g/ zu /t/ und /d/, auch hier die Bevorzugung der 2. Artikulationszone. Tatsächlich nicht als Einzellaute produzieren konnte er nur /k/ und /g/. Außerdem reduzierte er am Wortanfang die meisten Konsonantenverbindungen. (Tab. 1)

All das ergab eine sehr schwer verständliche Mischung aus unphysiologischen und phy-

*) Name geändert

■ **Tab. 1: Phonologische Prozesse (Normdaten zur Phonologie des Deutschen, Fox-Boyer 2016, S. 74)**

Physiologischer phonologischer Prozess	ist ein Fehlermuster, das in der regulären Ausspracheentwicklung von Kindern vorkommt und in einem bestimmten Alter überwunden sein sollte, z.B. Vorverlagerung von /k/ zu /t/ mit 3;6 Jahren
Unphysiologischer phonologischer (pathologischer) Prozess	ist ein Fehlermuster, das in der physiologischen Ausspracheentwicklung nicht vorkommt, z.B. alle Anlaute von Wörtern werden durch /h/ ersetzt

siologischen Prozessen (125 Fehler bei 80 Prüfwörtern im Tübinger Lautbefund, *Rubik* 1998). Nach der Klassifikation von *Dodd* (1995, zit. in *Fox-Boyer* 2015, 113-119 u. 143-153) hatte Sebastian eine Aussprachestörung in Form einer konsequenten phonologischen Störung (*Fox-Boyer* 2015, 114). Dazu kam eine Artikulationsstörung der Laute /k/ und /g/, die er nicht produzieren konnte und konstant durch /t/ und /d/ ersetzte. Außerdem zeigte er vereinzelt Suchbewegungen und gelegentlich Sprechanstregung. Diese wertete ich als Symptome einer verbalen Entwicklungsdyspraxie. Seine Sprache war ansonsten altersgemäß entwickelt. Das bestätigte auch der im Alter von 5;7 Jahren durchgeführte SETK 3-5 (*Grimm* 2001). Ganz klar: Hier war Logopädie gefragt! Und ich war herausgefordert, all mein fachliches und therapeutisches Können einzusetzen.

So sah die Therapie aus

Die Therapie fand von Februar 2017 bis Mai 2018 einmal wöchentlich statt. Es ergaben sich bedingt durch Urlaubs- und Krankheitszeiten drei Therapieintervalle mit insgesamt 48 Therapieeinheiten. Zu Beginn jedes Intervalls wurde eine Diagnostik durchgeführt. Schwerpunktmäßig wurde mit der Tübinger Lautsymbolarbeit gearbeitet. Sie wurde kombiniert mit dem Therapieansatz von Van Riper: expressive Erarbeitung auf Wortebene und Satzebene, simultanes Feedback und Antizipationsübungen zur Verbesserung der Eigenwahrnehmung und Eigenkontrolle. (Tab. 2)

Therapieintervall 1 (22 Therapieeinheiten)

Das vorrangige Therapieziel war, dass Sebastian die Laute der ersten Artikulationszone entdeckte und diese nicht mehr durch Laute

der zweiten Artikulationszone ersetzte. Dieser Prozess der Alveolarisierung von Labialen und Labio-Dentalen ist unphysiologisch. Durch die Überwindung des Prozesses hoffte ich, seine Verständlichkeit entscheidend zu verbessern.

- Die Laute /t/, /s/, /f/ wurden eingeführt und mit Lautsymbolen verbunden. Die Identifizierung und Differenzierung der Laute wurde auf Laut- und Wortebene geübt (Abb. 1 aus Sebastians Heft, nächste Seite).
- Einfache Wörter mit den Ziellauten im Anlaut wurden mit „Geheimschrift“ in sein Heft geschrieben und gelesen. Sebastian las die Wörter auch, teilweise konnte er dabei die Wörter bereits korrekt realisieren. Wenn er noch Fehler machte, wurden diese korrigiert (Abb. 2 aus Sebastians Heft, nächste Seite).

■ Tab. 2: Vorgehen Tübinger Lautsymbolarbeit

Therapieschritte	Standard	Zusatzinformationen
Einführen Lautsymbole Lautsymbol (LS) = <ul style="list-style-type: none"> ● Piktogramm in einer bestimmten Farbe ● Laut ● zu beidem passende Geräusshassoziation 	2 - 10 LS (eventuell mehr, je nach Verarbeitungskapazität des Kindes) nach und nach einführen, jeweils Problem- und Ersatzlaute eines oder mehrerer Prozesse	Einführen der Lautsymbole auch weiter parallel zu den Vorübungen und dem Schreiben mit „Geheimschrift“. Mit „Ziellauten“ sind im Folgenden alle eingeführten Problem- und Ersatzlaute gemeint.
Vorübung	Das Kind soll auf Lautebene Problem- und Ersatzlaute identifizieren und differenzieren (Mundbild verdeckt) mit Zeigen auf die Lautsymbole, mit 2 Lauten beginnen, dann steigern. Die Laute werden bei Differenzierungsschwierigkeiten von der Therapeutin wiederholt, eventuell wird Mundbild gezeigt. Auf Wortebene Problem- und Ersatzlaute identifizieren und differenzieren (Mundbild verdeckt), zunächst Ein- bis Zweisilber mit <ul style="list-style-type: none"> ● Ziellauten initial oder final ● unähnlichen Ablenkerlauten ● langen Vokalen Die Wörter werden bei Differenzierungsschwierigkeiten wiederholt, eventuell wird das Mundbild gezeigt.	Wenn geplant ist, an 2 Prozessen gleichzeitig zu arbeiten, eventuell mit 2 unähnlichen Lauten beginnen, da diese einfacher zu differenzieren sind. Da das eine Vorübung für die „Geheimschrift“ ist, wird oft nur auf einfachem Niveau geübt, aber mögliche Steigerungen sind: <ul style="list-style-type: none"> ● längere Wörter ● Ziellaute medial ● Kurzvokale ● ähnliche Laute im Wort ● mehrere Ziellaute im Wort ● Konsonantenverbindungen
„Geheimschrift“ Schreiben rezeptiv = Identifizieren der Ziellaute Lesen expressiv (für das Kind optional) = Einüben des neuen motorischen Programms	Die Therapeutin gibt ein Wort mit einem Ziellaut initial vor, dann <ul style="list-style-type: none"> ● Abbildung davon ins Heft kleben ● Silbenanzahl gemeinsam klatschen und zählen ● Die Therapeutin malt die entsprechende Anzahl Silbenbögen neben die Abbildung (Schreibrichtung!) ● Die Therapeutin gibt das Wort erneut vor. Dabei fährt sie mit dem Finger an den Silbenbögen im silbenbetonenden Sprechrhythmus entlang. ● Ziellaut identifizieren: Kind wählt aus den bereitgestellten LS-Karten aus. ● Die Therapeutin gibt das Wort erneut vor, dabei führt sie mit dem Lesefinger im silbenbetonenden Sprechrhythmus an den Silbenbögen entlang. Dann wird die Position des Ziellauts im Wort bestimmt. ● Die Therapeutin malt das Piktogramm des LS an die passende Stelle des Silbenbogens (oder Kind klebt LS-Sticker auf) ● Das Wort wird nochmal gelesen. 	Steigerung: <ul style="list-style-type: none"> ● längere Wörter ● Ziellaute final oder medial ● ähnliche Laute im Wort ● mehrere Ziellaute im Wort ● Konsonantenverbindungen beim Lesen: <ul style="list-style-type: none"> ● Die Therapeutin liest das Wort nochmals und fährt dabei mit dem Finger an den Silbenbögen im silbenbetonenden Sprechrhythmus entlang. ● Das Kind liest das Wort auch ebenso und realisiert dabei einen oder mehrere Ziellaute. ● Die Therapeutin gibt corrective Feedback.

- Das /f/ wurde zusätzlich in einfachen Wörtern expressiv nach Van Riper erarbeitet.
- Sebastian machte schnell Fortschritte, die Ziellaute musste er jetzt auch in den anderen Wortpositionen hören und die entsprechenden Positionen im Wort finden.
- Die Laute /m/ und /p/ wurden ab der 12. Therapieeinheit eingeführt. Als wir deswegen das Zielwort „Pauke“ erarbeiteten, konnte er plötzlich das /k/ im Wort sprechen, sodass sich eine Anbahnung erübrigte.
- Am Ende des Intervalls identifizierte und differenzierte er die Laute /f/, /t/, /s/, /m/, /p/ und /k/ auf Laut- und Wortebene. Beim Aufschreiben der Wörter mit „Geheimschrift“ konnte er die richtigen Laute identifizieren, auch mehrere Laute pro Wort, und an der richtigen Position im Wort platzieren. Beim Lesen der „Geheimschrift“ sprach er die Wörter meist korrekt aus.
- Der Transfer der Laute /f/ und /k/ in die Spontansprache hatte begonnen. In die Ferienpause bekam er eine Schatzkiste mit, in der er neu gelernte Wörter in Form von Realgegenständen oder Abbildungen sammeln sollte. Aus den Ferien brachte er sie prall gefüllt mit zur Therapie. Er hat in dieser Therapiephase sehr hart gearbeitet. Er kam am Anfang sehr abwartend

und skeptisch in die Therapie, begann aber bald, mir zu vertrauen. Als sich erste Erfolge einstellten und er schwierige Wörter lesen konnte, nahm er sein Heft gerne mit nach Hause und zeigte den Eltern stolz, was er gelernt hatte.

Therapieintervall 2 (18 Therapieeinheiten)

Ergebnisse der Kontrolldiagnostik (76 Fehler):

- Die Alveolarisierung von Labialen und Labio-Dentalen hatte sich von 26- auf 6-mal verringert.
- Die Vorverlagerung von /k/, /g/, /ŋ/ zu /t/, /d/, /n/ war von 28- auf 14-mal zurückgegangen.

Positiv verändert hatten sich die Prozesse, an denen gearbeitet worden war. Alle anderen Prozesse waren weitgehend unverändert bestehen geblieben. Auffällig war, dass er beim Benennen der Bildkarten des Lautbunds sehr viele Übergeneralisierungen von /f/ und /k/ und ein starkes Suchverhalten mit Sprechanstrengung zeigte. Schon bei der Ausgangsdiagnostik, bei der er spontan und unbefangen die Bilder benannt hatte, hatte ich einzelne Suchbewegungen und gelegentlich Sprechanstrengung beobachtet. Durch sein großes Bemühen, alle Wörter richtig auszusprechen und das Gelernte anzuwenden, kontrollierte er seine Aussprache in der Diagnostiksituation stark. Das führte zu einer Verstärkung der dyspraktischen Symptome.

Die Laute /f/ und /k/ verwendete er oft in der Spontansprache, der Transfer war aber noch nicht abgeschlossen. Große Probleme hatte er beim Aussprechen langer Wörter, bei Wörtern mit Konsonantenverbindungen und solchen mit mehreren Problemlauten.

Therapieinhalte

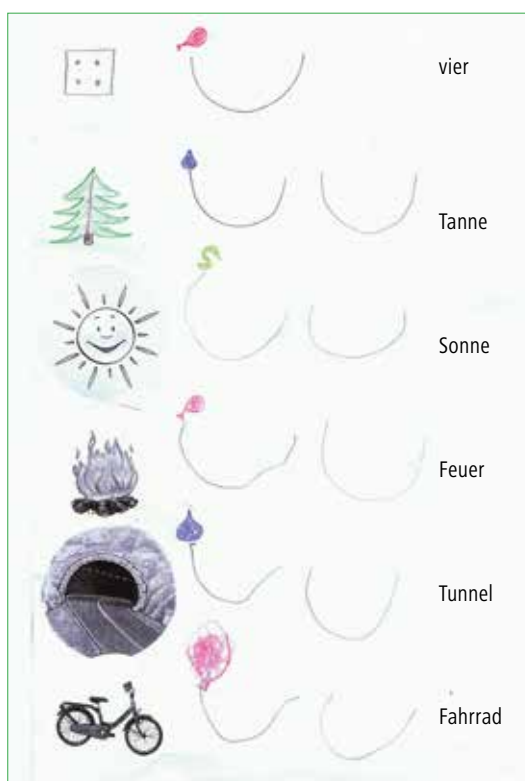
- Neu eingeführt wurden nach und nach die Laute /ʃ/, /R/, /g/, /b/ und /ç/. Alle diese Laute konnte er als Einzellaute produzieren. Die Identifizierung und Differenzierung der Laute auf Laut- und Wortebene wurde geübt.
- Das Aufschreiben von Wörtern mit „Geheimschrift“ wurde weiter eingesetzt. Die Zielwörter wurden immer länger und komplexer, d.h. vielsilbige Wörter, Wörter mit Konsonantenverbindungen und mehreren Ziellaute wurden gemeinsam aufgeschrieben und gelesen. Manchmal war das Lesen aufgrund der dyspraktischen Probleme schwierig für Sebastian, die Visualisierung der Laute und der Silben- und Wortstrukturen erleichterte ihm die Aussprache sehr, bzw. machte sie erst möglich. Schwierig war für ihn die Anwendung des /ç/, das wir zusätzliche nach Van Riper expressiv auf Wort- und Satzebene übten.
- Nach Van Riper arbeitete ich mit Sebastian am Eigenhören mit simultanem und antizipatorischem Feedback. Unter

simultanem Feedback verstehen Riper & Irwin (1976, 145f.) die sofortige Rückmeldung über Fehler beim Sprechen. Ich vereinbarte mit Sebastian ein Signal, z.B. Klatschen, und forderte ihn somit zur Eigenwahrnehmung und Selbstkorrektur auf. In der Situation sollte er auch mich mit dem vereinbarten Signal korrigieren, wenn ich Fehler in mein Sprechen einbaute. Außerdem gab ich ihm positives Feedback, indem ich Zaubersteine sammelte, wenn er schwierige Wörter korrekt sprach. Das Antizipieren beschreiben Riper & Irwin (1976, 148) als „Erleben des Vor-Hörens, der auditiven wachsam auf ein erwartetes Signal gerichteten Aufmerksamkeit“. Die Antizipation übte ich mit Sebastian z.B. anhand von Situationsbildern. Auf diesen belegten wir Dinge, die einen bestimmten Ziellaute enthielten, mit Zaubersteinen,

■ Abb. 1: Der Einstieg mit /f/, /t/ und /s/



■ Abb. 2: Erste einfache Wörter mit /f/, /t/ und /s/



ohne die Wörter vorher ausgesprochen zu haben.

Als Sebastian mit der Anwendung der erarbeiteten Ziellaute zunehmend sicherer wurde, setzte ich in spontansprachlichen Situationen regelmäßig simultanes Feedback und dosiert direkte Korrektur ein.

Obwohl die Therapie viel von Sebastian verlangte, war er aktiv und motiviert dabei. Sehr stolz war er, wenn er plötzlich schwierige Wörter wie „griechische Flagge“ und „Kinderklinik“ richtig aussprechen konnte. Beide Wörter hatte ich im Gespräch zunächst nicht verstanden. Über den Umweg des Aufschreibens und Lesens hatte er sich mir verständlich machen können. (Abb. 3)

Therapieintervall 3 (8 Therapieeinheiten)

Ergebnisse der Kontrolldiagnostik (18 Fehler): Es zeigten sich noch folgende Rest-Symptome:

- Ersetzung des /l/ durch /j/ im Auslaut (7-mal)
- Ersetzung des /j/ durch /l/ im Anlaut (2-mal)
- Vorverlagerung von /k/, /g/, /ŋ/ zu /t/, /d/, /n/ (6-mal)
- Alveolarisierung von /pf/ zu /tf/ (3-mal)
- inkonstante Ersetzung von /g/ durch /d/ vor allem beim Partizip Perfekt, in der Spontansprache
- Die Reduktion von Konsonantenverbindungen war verschwunden.

In der Therapiepause, Sebastian war inzwischen

sechs Jahre alt geworden, hatte er großes Interesse an Buchstaben entwickelt: Durch die Therapie war die phonologische Bewusstheit für Laute, Silben und Wörter stark geschult worden. Er hatte selbstständig begonnen zu lesen und zu schreiben. In acht Therapieeinheiten konnten die verbliebenen Ausspracheprobleme überwunden werden.

Informationen zur Tübinger Lautsymbolarbeit

Vermutungen zur Wirkungsweise

Bei Kindern mit phonologisch bedingten Aussprachestörungen ist das phonologische Erkennen bestimmter Laute, Silbenstrukturen und Wortstrukturen unzureichend. Das führt zu einer fehlerhaften phonologischen Repräsentation dieser phonologischen Strukturen in Wörtern und somit zu einem falschen motorischen Programm (siehe Sprechverarbeitungsmodell von *Stackhouse & Wells* 1998, zit. in *Fox-Boyer* 2015, 101-106).

Bei der Tübinger Lautsymbolarbeit werden phonologische Strukturen sichtbar gemacht, d.h. der auditive Eindruck wird fest mit einem visuellen verknüpft, denn: „Akustische Informationen sind flüchtig und zu deren Entschlüsselung ist eine hohe Verarbeitungsgeschwindigkeit erforderlich. Im Gegensatz zu visuellen ist bei auditiven Sinneseindrücken eine erneute Überprüfung des Wahrgenommenen nicht mehr möglich. Für den Menschen ist Sprache der wichtigste

Bereich der auditiven Wahrnehmung. Sie enthält besonders rasch aufeinander folgende akustische Signale und Sprachverstehen setzt eine außerordentlich schnelle Informationsverarbeitung voraus.“ (*Berwanger & von Suchodoletz* 2003, 12)

Das phonologische Erkennen wird somit durch ein visuelles System unterstützt. Dabei repräsentieren die Lautsymbole die einzelnen Laute und Silbenbögen die Silben der Wörter. In die Silbenbögen werden die Lautsymbole eingeschrieben. Visualisiert werden hierdurch alle phonologischen Strukturen eines Wortes, d.h. Lautstruktur, Silbenstruktur und Wortstruktur.

Das in „Geheimschrift“ aufgeschriebene Wort kann anschließend gelesen werden. Dadurch kann das motorische Programm verändert werden. Kinder im Vorschulalter haben von Lauten und Wörtern noch keine visu-

elle Repräsentation, da sie noch nicht über Schriftsprache verfügen. Zum Abspeichern von Lauten und der Wahrnehmung ihrer Reihenfolge im Wort ist daher das Sichtbarmachen von Wörtern über die „Geheimschrift“ meiner Erfahrung nach sehr hilfreich.

Lautsymbole

sind einfache einfarbige Piktogramme, die von Hand gezeichnet werden. Sie repräsentieren einen Laut und sind fest mit einer Geräuschoziation verbunden. Diese Assoziation wird beim Einführen eines Lautsymbols dem Kind anschaulich gemacht, zum Beispiel ein roter Luftballon für /f/: Ein Luftballon wird mit einer Pumpe aufgeblasen, dabei entsteht ein Geräusch, das sich wie ein /f/ anhört. Durch das gemeinsame Tun und die am Geräusch des Ziellautes orientierte Assoziation kann sich das Kind den Laut gut einprägen. Lautsymbole sind ganz am Höreindruck orientiert, d.h. Diskrepanzen zwischen Lautsprache und orthographisch korrekter Schriftsprache fallen beim Einsatz von Lautsymbolen nicht ins Gewicht.

Hinweise zur Therapie mit der Tübinger Lautsymbolarbeit

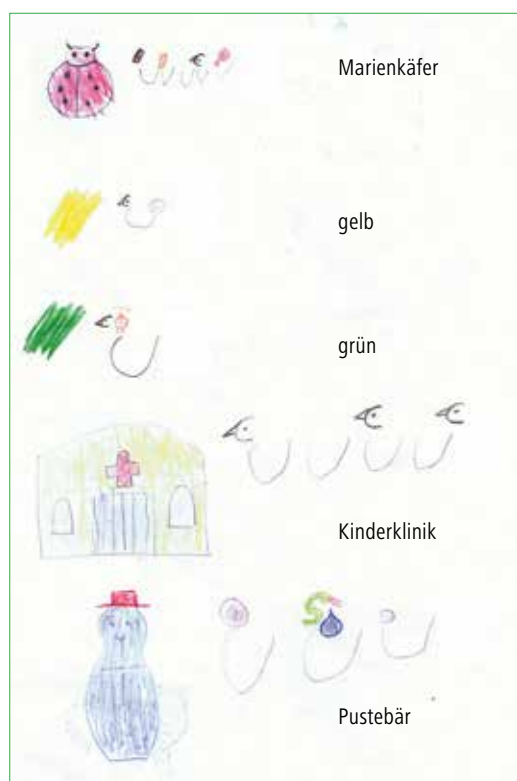
Der Therapie voraus geht immer eine phonologische Prozessanalyse mit differenzierter Auswertung und Unterscheidung in physiologische und unphysiologische Prozesse (Tab. 1).

Bei einer komplexen Aussprachestörung wie der von Sebastian hat es sich für mich als sinnvoll und möglich erwiesen, mehrere Prozesse parallel zu behandeln. Dabei kann die Identifizierung und Differenzierung von sehr unterschiedlichen Lauten geübt werden. Das dient dem obersten Ziel der Therapie, der möglichst schnellen Verbesserung der Verständlichkeit. Entsprechend werden die zu behandelnden Prozesse und deren Problem- und Ersatzlaute oder Silbenstrukturen ausgewählt. Die unphysiologischen Prozesse schränken die Verständlichkeit am stärksten ein, deswegen sollten sie vorrangig behandelt werden.

Wenn ein Kind ein hohes Störungsbewusstsein oder große Schwierigkeiten mit der Produktion der Problem-Laute hat, kann über weite Strecken rein rezeptiv gearbeitet werden. Bei eher unbefangenen Kindern, die außerdem die Problem-Laute erzeugen können, kann rezeptives und expressives Arbeiten schnell kombiniert werden. Nach dem Einführen der Lautsymbole und der Vorübung geht man sofort zum Aufschreiben von Wörtern über.

Das heißt, die Kinder erleben zügig, dass mit bedeutungsvollem Material, nämlich ihnen

■ Abb. 3: Schwierige Wörter



bekanntem Wörtern, gearbeitet wird und dass sie diese in „Geheimschrift“ schreiben und sogar bald schon richtig lesen können. Übender Umgang mit realen Wörtern ist meiner Erfahrung nach für Kinder viel motivierender als die Arbeit mit bedeutungslosen Lauten oder Silben.

Ein wichtiger Teil der Therapie ist das individuell gestaltete „Geheimschrift-Heft“, in das die Lautsymbole (und die dazugehörigen Buchstaben zum besseren Verständnis für die Eltern) auf der ersten Seite nach und nach eingetragen werden. Wenn das Kind will, kann es sein Heft mit nach Hause nehmen und die in „Geheimschrift“ aufgeschriebenen Wörter lesen. Hausaufgaben gibt es darüber hinaus keine, die rezeptiven Übungen finden nur in der Therapiestunde statt. Bei der Wahl der Wörter, die ins Heft geschrieben werden, ist es gut, individuell Wichtiges zu berücksichtigen, z.B. wollte Sebastian unbedingt lernen, seinen Namen und sein Alter korrekt zu sprechen.

Da die Tübinger Lautsymbolarbeit ein sehr strukturiertes Vorgehen ist, braucht sie als Voraussetzung eine gute Konzentrationsfähigkeit und ein gutes Arbeitsverhalten des Kindes, außerdem wegen der hohen Ansprüche an die phonologische Bewusstheit ein Mindestalter von vier Jahren. Die Vorübungen und das Aufschreiben der Wörter sollten zusammen nicht länger als 30 Minuten dauern. Auch deswegen bietet sich eine Kombination mit anderen Therapieansätzen an. Sehr wichtig ist es, mit motivierenden Verstärkern zu arbeiten (Spielideen dazu insbesondere in Weinrich & Zehner 2003 und Fox-Boyer 2014 u. 2016, Anhang IX).

Ich setze die Tübinger Lautsymbolarbeit für alle Formen der Aussprachestörungen ein. Sie ist insbesondere dann hilfreich, wenn es viele Problem-Laute gibt. Meiner Erfahrung nach profitieren Kinder mit verbaler Entwicklungsdyspraxie häufig von der Methode. Meine Vermutung ist, dass ihnen das Aussprechen der aufgeschriebenen Wörter mit multisensorischer Unterstützung – auditiv, visuell und durch das Entlangfahren an den Silbenbögen mit dem Finger auch taktil-kinästhetisch – erleichtert wird. Dadurch gelingt ihnen oftmals die Realisation aller Ziellaute im Wort.

Kombination mit anderen Therapieansätzen

Klassische Artikulationstherapie nach Van Riper

Oft ist es nötig, dass neben der Arbeit mit Lautsymbolen eine Anbahnung nach Van Riper zum Einsatz kommt, z.B. wenn sich die nicht erzeugbaren Laute allein durch

die rezeptive Arbeit nicht einstellen. Außerdem müssen neu gelernte Laute eventuell auf Wort- und Satzebene gefestigt werden. Dann ist häusliches Üben, z.B. zur expressiven Festigung auf Wortebene sinnvoll. Der Transfer in die Spontansprache wird erleichtert und beschleunigt, wenn die Eigenkontrolle der Kinder durch simultanes und antizipatorisches Feedback unterstützt wird.

Indirekte phonologische Therapie nach Hacker & Wilgermeir

Die Tübinger Lautsymbolarbeit ist eine an den Segmenten der Wörter arbeitende und übungsorientierte Methode. Sie kann gut mit dem Therapieansatz der Indirekten phonologischen Therapie von Hacker & Wilgermeir (1999) kombiniert werden, vor allem bei Kindern unter fünf Jahren. Das heißt, nach dem strukturierten Einstieg in die Stunde mit der Tübinger Lautsymbolarbeit darf das Kind bewusstseinsfern mit Spielformaten, z.B. Rollen- oder Regelspielen, lernen. Dabei erhält es intensivierten und spezifizierten Input von der Therapeutin. Die Therapeutin setzt hierzu das phonologische Markieren einzelner Problemlaute ein.

Schlussbemerkung

Die Tübinger Lautsymbolarbeit hat sich aus der Praxis für die Praxis entwickelt. Für mich ist sie eine unverzichtbare Methode in meiner Arbeit mit aussprachegestörten Kindern geworden.

Nicht immer verläuft die Therapie so zügig und erfolgreich wie bei Sebastian. Bei ihm kamen mehrere glückliche Faktoren zusammen: Seine Eltern unterstützten die Therapie sehr, indem sie ihn regelmäßig zur Therapie brachten und diese vertrauensvoll begleiteten. Trotz Frustration und Störungsbewusstsein hatte er eine hohe Motivation und Fähigkeit zur Veränderung seines Sprechens und er konnte sich nach anfänglichen Widerständen gut auf die Methode einlassen.

Eine Methode ist die Struktur, das Geländer, an dem man entlangläuft und das eine Richtung und Orientierung gibt. Mit Leben gefüllt und dadurch wirkungsvoll wird sie meiner Erfahrung nach erst, wenn es gelingt, sie in einem freudigen gemeinsamen Tun und Sprechen einzusetzen. Die Begegnung mit Sebastian, das Einlassen auf ihn und das Einfühlen in seine Schwierigkeiten, Wünsche, Interessen und Vorstellungen von der Welt, das gemeinsame Lachen und sich über Dinge wundern oder an ihnen freuen, gehören für mich zu einer gelingenden Therapie ebenso dazu wie die Methode selber. Kathrin Schulz (2009, 38) beschreibt das in ihrem Artikel „Ist

Logopädie eine Praxis?“ so wunderbar: „Das therapeutische Handeln“ [sei] „eingebettet in ein sinnhaftes bedeutungsvolles Gespräch, das ein zartes intersubjektives Gewebe zwischen der Logopädin und dem der Hilfe bedürftigen Menschen aufspannt“ (...) „Das therapeutische Mittel ist das – methodisch geleitete – Sprechen der Therapeutin.“

Zurück zur Ausgangsfrage: Logopädie ist meistens nicht doof. Sie braucht zweierlei, damit sie sich entfalten kann: Einerseits eine Methode, die nie starr, sondern individuell und variabel eingesetzt und auf den der Therapie bedürftigen Menschen abgestimmt wird. Andererseits braucht sie gute Kommunikation: Nur wenn dieser „Raum zwischen Zweien“ (Schulz 2009, 38) entsteht, wird eine Methode wie die Tübinger Lautsymbolarbeit, die sehr strikt und schulmäßig daherkommt, Kinder erreichen und ihnen helfen können.

LITERATUR

- Berwanger, D. & von Suchodoletz, W. (2003). Evaluation eines Trainings von Ordnungsschwelle und Richtungshören. *Forum Logopädie* 17 (6), 12-19
- Dodd, B. (1995). *Differential diagnosis and treatment of children with speech disorder*. London: Whurr
- Fox-Boyer, A. (2014). *P.O.P.T. – Psycholinguistisch orientierte Phonologie-Therapie*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Fox-Boyer, A. (2016). *Kindliche Aussprachestörungen*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Grimm, H. (2001). *SETK 3-5*. Göttingen: Hogrefe
- Hacker, D. & Wilgermeir, H. (1999). *Aussprachestörungen bei Kindern*. München: Ernst Reinhardt
- Riper, C.V. & Irwin, J.V., bearbeitet von Orthmann, W. (1976). *Artikulationsstörungen*. Berlin: Marhold
- Rubik, S. (2001, Unterrichtsskript, unveröffentlicht). *Tübinger Lautsymbolarbeit*
- Rubik, S. (1998, Unterrichtsskript, unveröffentlicht). *Tübinger Lautbefund*
- Schulz, K. (2009). Ist Logopädie eine Praxis? *Forum Logopädie* 23 (6), 34-38
- Stackhouse, J. & Wells, B. (1997). *Children's Speech and Literacy Difficulties*. London: Whurr
- Weinrich, M. & Zehner, H. (2003). *Phonetische und phonologische Störungen bei Kindern*. Berlin: Springer

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2019-53020190204

Autorin

Susanne Rubik
Logopädische Praxis Rubik-Großmann-Hüttner
Schuhstraße 11
72108 Rottenburg
rubik@logopaedie-in-rottenburg.de