

Die Auswahl an Therapiemethoden zur Verbesserung der Aussprache ist riesig, ständig werden alte Methoden weiterentwickelt und neue konzipiert. Jede Logopädin kreiert aus den ihr bekannten Verfahren ihr eigenes, indem sie Anteile aus verschiedenen Konzepten aufgreift und für ihren Patienten umsetzt. Um dieses Vorgehen immer wieder hinterfragen zu können, ist es nötig, die zugrunde liegenden Therapiemethoden zu kennen.

Im vorliegenden Kapitel werden einige Verfahren zur Behandlung von Aussprachestörungen dargestellt. Ansätze wie die Therapie nach Van Riper (► Abschn. 4.1) oder die bewegungsunterstützte Lautanbahnung BULA (► Abschn. 4.2) sind für die Behandlung der phonetischen Störungen konzipiert. Die Behandlung der orofazialen Dysfunktion (► Abschn. 4.3) ist ein Therapieverfahren, das einige Überschneidungen mit der Behandlung phonetischer Störungen aufweist. Als Verfahren für die phonologisch orientierte Behandlung werden das Metaphon-Konzept (► Abschn. 4.4) sowie die Psycholinguistisch-orientierte Phonologie-Therapie P.O.P.T. (► Abschn. 4.5) beschrieben.

4.1 Die Behandlung der Artikulationsstörungen nach Van Riper

Van Ripers Konzept zur Behandlung von Artikulationsstörungen ist die Grundlage der gängigen Behandlungsformen für phonetische Störungen. Seit seiner Veröffentlichung hat der Ansatz in der logopädischen Arbeit einige Umwandlungen erfahren. Viele Elemente der heutigen Sprechtherapie sind von Van Riper übernommen, häufig auch ohne ihn als Urheber zu kennen. Deshalb wird in diesem Kapitel „Van Riper“ in seiner ursprünglichen Form vorgestellt.

Das Werk „Speech Correction, Principles and Methods“ wurde 1939 von Van Riper in den USA veröffentlicht. Im Jahr 1958 folgte „Voice and Articulation“ von Van Riper und Irwin. Für die deutsche Bearbeitung wurde der Teil „Artikulation“ isoliert und separat herausgegeben. In der Folge fand diese Methode der Artikulationstherapie schnelle Verbreitung im deutschen Sprachraum.

4.1.1 Ziele

Dieses Konzept verfolgt das Ziel der **korrekten Lautbildung**. Das bedeutet konkret, dass das Kind am Ende der Behandlung in der Lage sein soll, den bisher fehlgebildeten Laut in allen Positionen im Wort, in Lautverbindungen und in allen Sprechsituationen, also auch in Eile, in Wut und kurz vor dem Einschlafen, korrekt zu bilden.

Die Therapie beinhaltet grundlegende Übungen zur auditiven Fremd- und Eigenwahrnehmung sowie Artikulationsübungen. Sie basiert auf der Erkenntnis, dass ein Laut, der vom Sprecher nicht als falsch identifiziert wird, auch nicht verändert werden kann. Deshalb beginnt die Therapie Van Ripers mit Übungen zur auditiven Wahrnehmung, bevor das Kind sich expressiv dem korrekten Laut nähern soll.

4.1.2 Methodisches Vorgehen

Um das Standardmuster des Ziellautes anzubahnen, wird zuerst am Hören, genauer gesagt an der auditiven Identifikation und Diskrimination, gearbeitet. Dadurch wird die Korrekturmöglichkeit des Kindes verbessert, damit es besser die richtige von der **fehlerhaften Lautbildung** unterscheiden kann. Darauf aufbauend probiert das Kind mehrere Bildungsmöglichkeiten des Lautes aus, wodurch es sich dem Standardlaut annähert. Wenn dies gelungen ist, wird das korrekte Muster durch Übung stabilisiert, bis es auch unter ungünstigen Bedingungen sicher in der Spontansprache verwendet wird. Die aufeinander aufbauenden Schritte werden im Folgenden beschrieben.

Das Hören in der Artikulationsbehandlung

Van Riper betrachtet die auditive Kontrolle über die Lautbildung als Grundlage für den Erwerb des Standardmusters. Das Vorgehen gliedert sich in zwei Teile, nämlich die **Korrekturfunktion** und die auditive Eigenwahrnehmung.

■ Korrekturfunktion

Die Therapie beginnt mit der Arbeit an der auditiven Korrekturfunktion. Das bedeutet, dass die

Therapeutin das Kind darin unterstützt, die Lautbildung von anderen auditiv wahrzunehmen. Diese Leistung wird **Fremdwahrnehmung** genannt. Das Kind soll fähig werden, die Artikulation seiner Umgebung mit der korrekten Lautbildung zu vergleichen, um dann in einem weiteren Schritt sein eigenes Artikulationsmuster dem von anderen Sprechern gegenüberzustellen.

■ Auditive Eigenwahrnehmung

Das Kind lernt, auf seine eigene Lautbildung zu hören und damit seine **Eigenwahrnehmung** zu schärfen. In einem nächsten Schritt wird die eigene Lautbildung mit der korrekten fremden Lautproduktion verglichen (Van Riper nennt dies **Kreisprozess**). Dafür wird das Heraushören des Ziellautes aus unterschiedlich komplexen Äußerungen geübt. Selbst in „bedeutungsvoller Konversation“ (Van Riper und Irwin 2003, S. 137) soll der Standardlaut identifiziert werden können.

Ein weiteres Ziel ist die Identifikation von Lauten, die die Therapeutin absichtlich fehlerhaft bildet.

- **Erst wenn das Kind auf die richtige Lautbildung seiner Umgebung achtet und diese mit der eigenen vergleicht, wird es imstande sein, sich selbst zu verbessern.**

Der Korrekturvorgang

Wenn es in der Therapie gelungen ist, die auditive Identifikation und Diskrimination des Patienten für Laute zu verbessern, geht es im nächsten Schritt darum, die **Lautbildung** zu korrigieren. Auch diese Phase besteht aus zwei Schwerpunkten, nämlich der **Anbahnung** und der **Stabilisierung** des Ziellautes.

■ Anbahnungsphase

In dieser Phase wird das eigene Lautmuster dem Standardmuster angenähert. Dies wird von Van Riper als **Zielsuche** bezeichnet. Die Zunge soll jetzt lernen, eine andere als die gewohnte Artikulationsstelle und -stellung zu verwenden. Das bedeutet, dass das Lautbildungsmuster neu erlernt wird, der Laut wird angebahnt. Zu diesem Schritt gehört auch, die

Vielfalt der Fehlbildungen auszuprobieren, wie es von Van Riper im Folgenden beschrieben ist:

- » Die Bewegungen und Stellungen, die einen neuen Laut hervorbringen, müssen erst gefunden werden, bevor sie gelernt werden können. In unserer Therapie müssen wir dem Lisperler helfen, eine präzise Kombination taktiler und kinästhetischer Empfindungen mit seinem Mund zu suchen, eine Kombination, die für sein Ohr einen s-Laut hervorbringt, der dem s-Laut der Norm entspricht (Van Riper und Irwin 2003, S. 134).

Phonetische Lokalisation Zur Anbahnung eines Lautes fordert die Therapeutin das Kind auf, mit seiner Zunge eine bestimmte Stellung einzunehmen. Von dieser aus soll es selbstständig versuchen, den korrekten Laut zu bilden. Diese Artikulationsstellung ist als Ausgangsposition für die Bildung des Ziellautes gedacht.

Schlüsselwortmethode Dieses Vorgehen eignet sich ebenfalls zur Anbahnung eines Lautes. Voraussetzung ist, dass der Ziellaut in manchen Wörtern bereits korrekt artikuliert wird. Diese Schlüsselwörter werden mehrfach wiederholt, wobei das Kind den Ziellaut betont und verlängert, z. B. indem es dabei auf 20 zählt. Auf diese Weise kann der Ziellaut, bisher nur unbewusst richtig artikuliert, nun auch absichtlich korrekt gebildet werden.

■ Stabilisierungsphase

Wenn das Kind die Artikulationsstellung des korrekten Lautes gefunden hat, gilt es, das neue Lautmuster zu festigen. Diesen Vorgang bezeichnet Van Riper als **Stabilisieren** oder **Fixieren des Ziellautes**. Der linguistische Anspruch an die Äußerungen ist dabei ansteigend, vom isolierten Laut bis zur anspruchsvollen Konversation.

- **Die Festigung des neu erlernten Lautes lässt sich über die wiederholte Übung des Standardlautes und die consequente Anwendung eines Feedbacks erreichen.**

Da der anzubahnde Laut in der Vergangenheit mehrere tausend Male fehlerhaft gebildet wurde, hat

sich ein sehr festes Lautmuster eingepägt, das jetzt durch ein neues ersetzt werden soll.

Stabilisierung auf Lautebene Zuerst wird der angebahte Laut isoliert geübt, sodass der taktil-kinästhetische Eindruck mit dem auditiven Eindruck gekoppelt werden kann. In dieser Phase ist es wichtig, dass die Therapeutin einen Teil der Feedback-Funktion übernimmt. Damit hilft sie dem Kind zu entscheiden, ob der von ihm gebildete Laut der korrekte war. Ziel dieser Phase ist, dass das Kind bestimmen kann, ob der auditive und der taktil-kinästhetische Eindruck

dem Standardmuster entspricht und die Lautbildung somit korrekt war.

Stabilisierung auf Silbenebene Die Festigung des Ziellautes in der Silbe verbindet mehrere Vorteile. Zum einen kann der Laut in sämtlichen Lautkombinationen geübt werden, zum anderen wird die habituelle Fehlbildung bekannter Wörter vermieden. Darüber hinaus kann durch einen geschickt ausgewählten Koartikulator das Kind zusätzlich in seiner Artikulation unterstützt werden (► Exkurs „Koartikulation“).

Exkurs

Koartikulation

Vokale (und auch Konsonanten), die vor und nach einem Laut gebildet werden und dadurch dessen Klang beeinflussen, nennt man Koartikulatoren. Ihr Einfluss ist manchmal erleichternd, manchmal aber auch erschwerend für die Lautbildung. Ein Vokal, der eine

ähnliche Mund- und Zungenstellung (also einen ähnlichen Artikulationsort) aufweist wie der Ziellaute, erleichtert dessen Bildung. Umgekehrt wird die Bildung des korrekten Lautes schwieriger, wenn das Muster des benachbarten Lautes stark unterschiedlich ist.

Beispielsweise wird der Laut [s] durch [i] unterstützt, da bei beiden Phonemen die Lippen stark gespannt sind und die Zungenspitze im vorderen Mundbereich liegt. Ein [u] erschwert das korrekte [s], da die beiden Artikulationsstellungen stark voneinander abweichen.

Die verschiedenen hohen Anforderungen an das Kind werden in der Therapie durch die **Verwendung sinnleerer Silben** erreicht. Je nach Leistungsstufe wird der Ziellaute mit einem koartikulatorisch günstigeren oder schwierigeren Vokal verknüpft. Die Stabilisierung des Lautes in verschiedenen phonetischen Umgebungen wird auch **phonetische Stabilisierung** genannt.

In dieser Phase wird das Standardmuster unter verschiedenen Bedingungen gefestigt. Eine Zwischenstufe, schwieriger als die Silben-, einfacher als die Wortebene, besteht in der Stabilisierung des neuen Lautes auf **Pseudowort-Ebene**. Phantasie- oder Pseudowörter, die den Regeln der Sprachbildung unterliegen (für das Deutsche konstruierte Beispiele wären **rul, gedel, müre**), werden verwendet. Sie können auch zusätzlich von Therapeutin und Kind mit Bedeutungen oder Funktionen belegt werden.

Stabilisierung auf Wortebene Im nächsten Schritt erfolgt die sog. **semantische Stabilisierung**. Das bedeutet, dass der neue Laut in sinnvollen **Wörtern und Sätzen** verwendet wird. In dieser Phase ist die

Eigenwahrnehmung nochmals von Bedeutung, da das Kind zunehmend auf seine eigene Lautbildung achten soll, um sie ggf. zu korrigieren.

Die Stabilisierung auf Wortebene beginnt mit der Übung einfacher Wörter, z. B. eignen sich Einsilber zu Beginn gut. Zuerst befindet sich der neue Laut im Anlaut, dann im Auslaut und schließlich in Inlaut des Wortes.

Stabilisierung auf Satzebene Wenn das Kind einige Schlüsselwörter gut beherrscht und in der Lage ist, auftretende Fehlbildungen zu korrigieren, beginnt die Arbeit auf Satzebene. Hier schlägt Van Riper verschiedene Techniken vor, z. B. das Slow-Motion-Sprechen oder das Schattensprechen (Van Riper und Emerick 1984).

1. **Slow-Motion-Sprechen:** Kind und Therapeutin sprechen einen Satz gleichzeitig und extrem langsam, wobei sie den Ziellaute besonders dehnen.
2. **Schattensprechen:** Die Therapeutin spricht einen Satz (oder auch mehrere) vor, das Kind wiederholt diese sofort oder nach einer kleinen Pause.

Stabilisierung unter Zeit- und Emotionsdruck Die neu erlernten Fähigkeiten werden nun unter Zeit- und Emotionsdruck gefestigt. Das Kind soll Wörter und Sätze zuerst langsam sprechen und dann das Tempo steigern, ohne dass es zu Fehlbildungen kommt. Eine weitere Möglichkeit der Stabilisierung besteht darin, den Patienten mit höherer Lautstärke oder in Situationen mit größerer Anspannung artikulieren zu lassen. Dies entspricht einer hohen Sprechleistungsstufe, in welcher die Konzentration sich sowohl auf den Inhalt als auch die Aussprache verteilen muss.

■ Transfer

Nach dieser Vorarbeit soll die korrekte Artikulation nun in der Spontansprache fest verankert werden. Damit das neue Sprechen zur Gewohnheit werden kann, bedarf es verschiedener **Kontrollmechanismen**, wie der Verbesserung der taktil-kinästhetischen Wahrnehmung oder auch der Einbeziehung der Angehörigen. Außerdem wird ein **Rückmeldesystem** etabliert, z. B. ein Cremepunkt auf die Nase, eine Murre in ein Gefäß für jeden Fehler. In der heutigen Praxis wird dieses Prinzip meistens umgekehrt: nicht die Fehlleistung, sondern der richtige Laut wird verstärkt – und zwar positiv!

Zum Schluss der Therapie soll der neue Laut in allen Sprechsituationen und in allen Gemütszuständen korrekt gebildet werden können.

- Übersicht 4.1 fasst nochmals die Stufen der Artikulationsbehandlung nach Van Riper zusammen. Der Aufbau der Stabilisierungsphase wird in
- Übersicht 4.2 dargestellt.

Übersicht 4.1

Stufen der Artikulationsbehandlung nach Van Riper und Irwin (2003)

- Das Hören in der Artikulationsbehandlung
 - Korrekturfunktion
 - Auditive Eigenwahrnehmung
- Anbahnung des Lautes
 - Arbeit mit dem isolierten Laut bis zu seiner korrekten Bildung
 - Stabilisierung des korrekten Lautes
 - Lautebene
 - Silbenebene

- Wortebene
- Satzebene
- Transfer in die Alltagssprache
 - Verbessern der Eigenkontrolle
 - Einbeziehen des Umfeldes
 - Etablieren eines Rückmeldesystems

Übersicht 4.2

Stabilisierung auf den verschiedenen Ebenen

- Stabilisierung auf Lautebene
 - Üben des isolierten Ziellautes
- Stabilisierung auf Silbenebene
 - Festigung des Lautes in Silben mit unterschiedlicher phonetischer Nachbarschaft und variierten Konsonant-Vokal-Anordnungen
 - Verwendung von Pseudowörtern, also Phantasie- oder Unsinnswörtern zur Übung gängiger Lautkombinationen
- Stabilisierung auf Wortebene
 - Beginn mit einfachen Einsilbern
 - Steigerung von initialer über finale nach medialer Lautposition im Wort
- Stabilisierung auf Satzebene
 - Verwendung von Schlüsselwörtern in Sätzen

Fazit

- Die **Behandlung** von Kindern mit **Artikulationsstörungen nach Van Riper** ist der Ursprung von vielen heutigen Behandlungsmethoden für phonetische Störungen.
- Grundlegende Bedeutung kommt der **Förderung der auditiven Fremd- und Eigenwahrnehmung** zu.
- Die physiologische Artikulation wird **zuerst beim isolierten Laut** geübt, dann in der Silbe, im Wort, auf Satzebene und zum Schluss in der Spontansprache.
- Die **Anforderungen an die Lautbildung** steigen von eher zufälligen Lautproduktionen bis hin zur korrekten Lautbildung unter **Stress**.