

## Intensiv Camp LKGSF bei Kindern im Alter von 5-10 Jahren Ergebnisse zur Verbesserung der Artikulation und Resonanz

Caroline König, Bianca Specht-Moser, Sandra Neumann

Elsbethen-Glasenbach, Österreich. c.koenig@salk.at

Universität Erfurt, Erziehungswissenschaftliche Fakultät, Sonder- und Sozialpädagogik, Inklusive Bildungsprozesse bei Beeinträchtigungen in Sprache und Kommunikation

### Zitation:

König, C., Specht-Moser, B. & Neumann, S. (2022). Intensiv Camp LKGSF bei Kindern im Alter von 5 10 Jahren Ergebnisse zur Verbesserung der Artikulation und Resonanz. Sprachtherapie aktuell: Forschung - Wissen – Transfer 9(1): XXXIV. Workshop Klinische Linguistik. e2022-15

**Thema und Ziel.** Kinder mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildungen (LKGSF) oder Hypernasalität zeigen in Folge ihrer beeinträchtigten orofazialen Strukturen Aussprache und Resonanzstörungen, welche eine erschwerte Partizipation und Teilhabe nach sich ziehen können (Havstam, Sandberg, & Lohmander, 2011). Generell besteht für 49 - 68 % (Hardin-Jones & Jones, 2005) der betroffenen Kinder ein Bedarf an Sprachtherapie. Aus internationalen Studien zu LKGSF ist ersichtlich, dass Intensiv- und Gruppentherapien Potential für effektive sprachtherapeutische Interventionen bei LKGSF aufweisen (Bessell et al., 2013; Pamplona, Ysunza & Espinosa, 2005). In der vorliegenden Studie wurde erstmals die Wirkung einer 6-Tage-Intensivtherapie bei Kindern auf die Kurzzeit- und Langzeiteffekte in der Artikulation und Resonanz untersucht.

**Methodik.** Das Therapiekonzept setzt sich aus einer Kombination von Gruppen und Einzeltherapie unter Anwendung phonetisch phonologischer und sensomotorischer Therapieansätze zusammen. An sechs Tagen erhielten 24 Kinder (5,01 9,11 Jahre, M = 6,42; 12 m, 12 w) 16 Stunden Gruppen- sowie jeweils 5 Stunden Einzeltherapie. In der Therapie wurden die Phoneme /p/, /t/, /k/, /f/, /ʃ/ und /ʁ/ als Ziellaute definiert. Zu vier Zeitpunkten (Pre-, Posttreatment, Follow up drei und sechs Monate später) wurden die Veränderungen in der Artikulation anhand der Percent Consonants Correct (PCC), Percent Initial Consonants Correct (PICC), Percent Vowels Correct (PVC) und Velopharyngeal Composite Summary (VPC Sum) ermittelt. Die Resonanz wurde rezeptiv (VPC Hypernasalität) sowie objektiv mittels NasalView (Nasalance Ratio) gemessen.

**Ergebnisse und Ausblick.** Die Ergebnisse weisen die gruppenorientierte Intensivtherapie als eine effektive Methode zur Behandlung von Aussprachestörungen bei LKGSF oder Hypernasalität aus. Signifikante Verbesserungen über alle Testzeitpunkte hinweg liegen sowohl für die Artikulation (PCC:  $\chi^2 = 25,548$ ,  $p < ,001$ ; PICC:  $\chi^2 = 25,331$ ,  $p < ,001$ ; PVC:  $\chi^2 = 22,552$ ,  $p < ,001$ , VPC Sum:  $\chi^2 = 28,289$ ,  $p < ,001$ ) als auch für die Resonanz vor (VPC Hypernasalität:  $\chi^2 = 17,323$ ,  $p = ,001$ ; Nasalance Ratio:  $z = 2,533$ ,  $p = ,011$ ). Für die sechs ausgewählten Ziellaute wurden mit Ausnahme des /ʁ/ Verbesserungen erreicht. Dabei wurden deutliche Verbesserungen bei aktiven Lautverlagerungen erreicht. Ziellaute, welche passiven Lautveränderungen unterlagen, zeigten eine lautunspezifische Reduktion.

Bessell, A., Sell, D., Whiting, P., Roulstone, S., Albery, L., Persson, M., Ness, A.R. et al. (2013). Speech and language therapy interventions for children with cleft palate: A systematic review. *The Cleft palate-craniofacial journal*, 50(1). DOI: 10.1597/11—202202

Hardin Jones, M. A., & Jones, D. L. (2005). Speech production of preschoolers with cleft palate. *The Cleft Palate Craniofacial Journal*, 42(1), 7-13. DOI: 10.1597/03 134.1

Havstam, C., Sandberg, A. D., & Lohmander, A. (2011). Communication attitude and speech in 10 year old children with cleft (lip and) palate: an ICF perspective. *International Journal of Speech Language Pathology*, 13(2), 156-164. DOI: 10.3109/17549507.2011.514946

Pamplona, C., Ysunza, A., Patiño, C., Ramírez, E., Drucker, M., & Mazón, J.J. (2005). Speech summer camp for treating articulation disorders in cleft palate patients. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 69(3), 351-359. DOI: 10.1016/j.ijporl.2004.10.012