

DeThorne et al. (2009) und Bowen (2005) konnten bei der Durchsicht der angloamerikanischen Literatur keinerlei Hinweise darauf finden, dass die oben aufgeführten Ziele mit den Übungen tatsächlich erreicht werden. Oftmals fehlen gezielte Studien, die diesen Fragen in allen Details nachgegangen sind. Auch Kittel (1996) räumt ein: „Myofunktionelle Störungen können (...) ohne artikulatorische Auffälligkeiten auftreten.“ (1996:110). Die Studien, die bislang gemacht wurden, lassen Forrest und Bowen einhellig zu dem Schluss kommen, dass es zum jetzigen Zeitpunkt keinerlei Anhaltspunkte dafür gibt, dass mundmotorische Übungen die Sprechleistungen bei Kindern verbessern. Bowen (2005) schließt ihre Bewertung mit

den Worten: „Es stehen uns [als Therapeuten zur Verbesserung der Verständlichkeit der Patienten, Anm. der Verf.] viele bewährte, wirksame, effiziente und effektive Therapiemethoden zur Verfügung, wenn es darum geht, einen Therapieplan für einen Patienten aufzustellen. Mundmotorische Übungen gehören nicht dazu. Ohne theoretische Grundlage und in der Ermangelung eines Wirksamkeitsnachweises ist es klar, dass mundmotorische Übungen bei uns [in Australien, Anm. der Verf.] keine weitere Anwendung finden werden.“ (2005:146 Übers. der Verf.). Sie fordert dazu auf, australienweit den Einsatz von Mundmotorik in der Logopädie begründet abzulehnen.

Überblick über therapeutische Konzepte

Prinzipiell können die Therapieansätze bei kindlicher Sprechapraxie in 2 Gruppen unterteilt werden.

Die 1. Gruppe besteht aus *einzellautorientierten Ansätzen* wie z.B. dem Ansatz von McGinnis (1963). Ähnlich wie in der klassischen Artikulationstherapie nach van Riper und Irvin (1958), erarbeitet man mit diesen Ansätzen zuerst Einzel-laute, dann Silben bis hin zu Wörtern.

Die 2. Gruppe repräsentiert *silben- und wortorientierte Ansätze*. Ziegler und Maassen (2004) machen deutlich, dass die kleinste sprechmotorische Einheit die Silbe ist. Aus Silben entstehen in direkter Verbindung Wörter.

Wichtige Vertreter beider Gruppen werden im Folgenden dargestellt.

Einzellautorientierte Ansätze

Nuffield Centre Dyspraxie Programm

Das von Connery (1984) und Kolleginnen am Nuffield Hearing and Speech Centre in London entwickelte Programm liegt seit 2004 in der 3. Auflage vor (www.ndp2004.org). Eine Übertragung ins Deutsche ist bislang nicht erfolgt und ist nicht geplant (van Dijk 2006). Das Programm besteht aus einem Handbuch, Diagnostikunterlagen, Therapiearbeitsblätter und Bildkarten für die Therapie. Das Nuffield Hearing and Speech Centre ist ein Therapiezentrum in London, welches einem HNO-

Krankenhaus angeschlossen ist. Hier können Kinder zwischen 4 und 7 Jahren stationär aufgenommen werden. Es wird berichtet, dass zwischen 1998 und 2003 41% der Kinder, die das Zentrum wieder verließen, direkt in Regeleinrichtungen integriert werden konnten, 48% der Kinder besuchten nach dem Verlassen weiterhin Sondereinrichtungen (www.nuffield-slu.org.uk).

Das Programm wird in der ambulanten Versorgung einmal in der Woche angewendet. Die Eltern werden als Co-Therapeuten angeleitet und sollen mit ihrem Kind zuhause üben. Es wird bei den stationär aufgenommenen Kindern in adaptierter Form nach dem Grad der Behinderung in der Einzeltherapie durchgeführt und zusätzlich in der Intensivgruppentherapie eingesetzt. Dabei werden die Kinder in Gruppen von 6 mit 2 Sitzungen am Tag, die immer von 2 Therapeuten betreut werden, behandelt. Diese Art der Anwendung erscheint nach Auffassung der Autorin besonders hilfreich für die Kinder. Connery (1984) empfiehlt das Programm für Kinder im Alter zwischen 3 und 8 Jahren.

Nach der Untersuchung der allgemeinen Entwicklung, des Hörvermögens, einer ausführlichen Anamnese werden das Sprachverständnis und die produktiven sprachlichen Leistungen des Kindes überprüft. Wenn das Kind Sprech- und Sprachprobleme hat, werden auch die phonologischen und prosodischen Fähigkeiten untersucht. Connery weist darauf hin, dass häufig gemischte Probleme im Rahmen einer Sprachentwicklungsverzögerung

vorliegen. So bestehen eine phonologische Störung und eine kindliche Sprechapraxie nach Connery häufig parallel. Hier wird eine gleichzeitige Behandlung beider Probleme vorgeschlagen.

Vorgehen

In der eingehenden Diagnostik werden die grundlegenden neuromotorischen Möglichkeiten des Kindes genauer untersucht wie die Position, Form und Beweglichkeit der Artikulationsmuskulatur. Im nächsten Schritt wird die Einzellautproduktion überprüft. Es folgen Lautsequenzen jeglicher Komplexität, beginnend mit einfachen Wörtern, die aus KV-Sequenzen bestehen (z. B. Kuh, Po, See, Fee usw.) bis hin zu allen Arten komplexer Konsonantenverbindungen, mehrsilbigen Wörtern und Wörtern im Sprechablauf.

Connery betont, dass das Programm nur aus didaktischen Gründen in verschiedene Bereiche aufgeteilt wurde. Diese Teile werden in der Praxis parallel verwendet und nicht aufeinander folgend.

Einführende mundmotorische Übungen („basic motor exercises“). Diese einführenden Übungen werden als sehr wichtig beschrieben und seien hilfreich, um dem Kind den Druck in der Übungssituation zu nehmen. Sie schaffen eine Grundlage für eine gute Interaktion zwischen Therapeut und Kind. Eine direkte Verbesserung des Sprechens wird diesen Übungen nicht zugeschrieben. So scheint es fraglich, ob es nicht auch andere Möglichkeiten neben den mundmotorischen Übungen in der Therapie gibt, auf das Kind ohne Druck zuzugehen, um eine gute Beziehung aufzubauen.

Weitere Ziele dieser Übungen sind nach Connery (1984):

- Erweiterung der Bewegungsmöglichkeiten des Ansatzrohrs
- Verbesserung der Bewegungsgenauigkeit
- Anregung spezifischer Muskelgruppen, sich unabhängig voneinander zu bewegen
- Entwicklung erster Bewegungssequenzen

Dazu werden Lippenübungen (z. B. die Lippen anmalen), Zungenübungen (z. B. Honig vom Spatel lecken) und Velumübungen (z. B. Pusteübungen) vorgestellt und erläutert.

Einzellautproduktion. Zu Abbildungen werden einzelne *Konsonanten* erarbeitet (z. B. zu einem Bild einer brennenden Kerze ein [p]). Es werden

mehrere Konsonanten gleichzeitig eingeführt. Dabei beginnt man üblicherweise mit Plosiven, Nasalen und Approximanten wie dem [j]. Die Anzahl der Konsonanten soll – ohne das Kind zu stark zu drängen – bald auf 10–15 erhöht werden. Der Zeitraum, in dem das zu schaffen sein soll, wird nicht näher bestimmt.

Im 1. Schritt werden die Abbildungen eines Lautes aneinandergereiht und vom Kind vorgetragen. Im nächsten Schritt werden die Abbildungen zweier Konsonanten in unregelmäßiger Reihenfolge dargestellt, und das Kind soll diese vortragen. Bei der Auswahl der Konsonanten wird auf folgende Kontrastierung geachtet:

- Unterschiede im Artikulationsort (z. B. bilabial versus alveolar)
- Unterschiede in der Artikulationsart (z. B. Plosiv versus Frikativ)
- Unterschiede in der Stimmhaftigkeit bzw. Stimmlosigkeit

Die Übungen werden immer und auf jeder Stufe spielerisch angeboten (z. B. als Lottospiel, Domino-spiel etc.).

Die Arbeit mit den *Vokalen* wird als sehr wichtig betont, da viele Kinder hier ihre besonderen Probleme haben. Die Vokale werden auch durch Abbildungen repräsentiert. Es wird mit den Vokalen /i-u-a/ begonnen und weniger schnell die Anzahl der zu übenden Vokale erhöht. Lange und kurze Vokale werden in der Darstellung nicht unterschieden. Im ersten Schritt wird ein Vokal in Folge dargestellt, dann 2 und dann 3 verschiedene.

Es sollte schon früh in der Therapie damit begonnen werden, Konsonanten und Vokale zu sequenzieren, um Wörter erreichen zu können (*Konsonant- und Vokalsequenzen*). Connery gibt hier keine genauen Hinweise, zu welchem Zeitpunkt mit diesen Sequenzierungsübungen begonnen werden sollte.

Wenn das Kind sich Einzellaute schon gut zutraut, sollte es dazu angehalten werden, mehr Sicherheit in der Kombination von KV- oder VK-Abfolgen hin zu Wörtern zu gewinnen (*Übergangsstadium*). Auf dieser Stufe wird besonders erwähnt, dass prosodische Aspekte Berücksichtigung finden sollten. Es werden Übungen zur Tonhöhe und Lautstärke gemacht und rhythmische Muster eingeführt.

Einsilbige Wörter mit offenen Silben. Es werden einsilbige Wörter mit KV- oder VK-Abfolge geübt.

Die Einzellaute, die auf der Stufe 1 und 2 sicher beherrscht wurden, werden jetzt in verschiedenen Kontrasten (Vokal, Artikulationsort, Stimmhaftigkeit, Artikulationsart) eingesetzt. Die verwendeten Wörter sollten auch möglichst abbildbar sein.

Einsilbige Wörter mit geschlossenen Silben. Man beginnt mit einsilbigen Wörtern mit offener Silbenstruktur aus KV (z.B. Bau) und fügt noch eine Abbildung für einen Konsonanten dazu (z.B. für ein [m]). Es bleibt für das Kind u.U. eine Weile unbemerkt, dass es ein neues Wort produziert. Wenn das Kind die Unterschiede zwischen der offenen und geschlossenen Silbe sicher produzieren kann, wird es auch verstärkt mit den semantischen Unterschieden konfrontiert.

Zweisilbige Wörter mit 2 offenen Silben. An dieser Stelle des Programms wird betont, dass es Kinder gibt, die besonders auf dieser Stufe Probleme zeigen und dass unterschiedliche Hilfen den Kindern weiterhelfen. Auf dieser Stufe wird nur gearbeitet, wenn die vorausgehende Stufe mit einsilbigen Wörtern mit offenen Silben sicher gemeistert wurde.

Komplexe Lautabfolgen und kurze Phrasen. Hier werden dem Kind längere Wörter angeboten, da Kinder mit kindlicher Sprechapraxie bei Zunahme der Äußerungslänge mehr Probleme entwickeln. In der Auswahl des Wortmaterials wird darauf geachtet, dass die Wörter dem Spracherwerbsalter entsprechen. Es werden immer wieder Wörter verwandt, die auf der einsilbigen Ebene bereits vorkamen. Auch Verben werden hier eingeführt, wobei darauf geachtet wird, dass bereits eine Konjugationsform gewählt wird, die die Verben leicht in kurze Phrasen einbinden lässt. So werden auch kurze Phrasen gebildet. Es werden Prädikat-Objekt-, Subjekt-Prädikat- und Subjekt-Prädikat-Objekt-Abfolgen geübt. Hierbei ist für eine mögliche Übertragung der Methode ins Deutsche nicht zu vergessen, dass die Satzstruktur im Deutschen sehr viel flexibler ist. Das kann den korrekten Erwerb erschweren.

Wirksamkeitsnachweise zum Nuffield Centre Dyspraxie Programm liegen nicht vor.

Ansatz nach Becker-Redding (KOART)

Dieser Ansatz gründet sich auf Überlegungen von Eisenson sowie Myklebust und Johnson. Myklebust (1954) differenziert in seinem Werk „Auditory Disorders in Children – a Manual for Differential Diagnosis“ zwischen verschiedenen klinischen Syndromen. Er unterscheidet periphere Taubheit, psychische Taubheit (als emotionale Störung), geistige Einschränkung und kindliche Aphasie. Die kindlichen Aphasien, von denen Myklebust schreibt, bezeichnet man in Europa als zentrale Sprachstörungen oder Sprachentwicklungsstörungen. In der amerikanischen Terminologie bezeichnete Eisenson die Störung ebenfalls als „congenital articulatory apraxia“ (Eisenson 1972) und formulierte erste theoretische therapeutische Grundgedanken (vgl. auch Franke 2001).

Darüber hinaus verbindet der Ansatz von Becker-Redding (2006) Aspekte der Assoziationsmethode nach McGinnis und TAKTKIN. Eine spezifische Diagnostik wird für diesen Ansatz nicht vorgeschlagen. Es wird eine allgemeine Artikulationsüberprüfung durchgeführt.

Vorgehen

Das Vorgehen erfolgt in 9 Stufen.

Stufe 1: Auswahl dreier Laute. Zunächst werden 3 Laute erarbeitet. Die Auswahl geschieht nach dem Prinzip des maximalen Kontrasts in Bezug auf Artikulationsart und -ort. Weitere Kriterien zur Auswahl der zu erarbeitenden Laute sind, wie leicht bildbar die Laute individuell für das Kind sind, welche allgemeine phonetische Komplexität sie besitzen und wie gut kontrastierbar sie sind. So kann es sich zu Beginn der Therapie um Laute aus allen 3 Artikulationszonen handeln. Der individuelle Therapieaufbau ist ein wesentliches Prinzip. Dieser Aufbau orientiert sich nicht an der physiologischen Sprachentwicklung, sondern an den Möglichkeiten des einzelnen Kindes. Das zeigt sich auch daran, dass in der Regel im 1. Schritt Konsonanten ausgesucht werden, dann erst Vokale.

Stufe 2: Assoziation der Grapheme. Die ausgesuchten Laute werden direkt mit Graphemen assoziiert. Diese Grapheme werden multisensoriell angeboten. In der taktilen und visuellen Modalität durch Buchstaben aus Sandpapier, Moosgummi oder Filz. Darüber hinaus werden die Grapheme

visuell farblich kodiert; z.B. die Vokale alle schwarz, die Konsonanten blau. Die Farbwahl wird so getroffen, dass stimmhafte und stimmlose Varianten in der gleichen Farbe, aber mit unterschiedlicher Helligkeit gewählt werden (z.B. „f“ hellblau, „w“ dunkelblau). Als Unterstützung der auditiven Modalität wird ein Schlüsselwort gewählt, welches zum Graphem assoziiert wird (z.B. „f“ wie „Fisch“). Das Kind wird nicht explizit aufgefordert, die Grapheme zu schreiben, jedoch nachzufahren, um sie taktil zu erfassen. Wenn das Kind die Grapheme schreiben (lernen) möchte, ist das möglich und wird nicht unterbunden.

Die Einzellaute müssen mit der Graphemvorlage ohne andere Hilfen willkürlich, selbstständig und reproduzierbar vom Kind „vorgelesen“ werden können, bevor man auf die Stufe 3 übergehen kann. Es wird eine 100%ige Lautreinheit der Konsonanten auf dieser Stufe angestrebt. Auf dieser Stufe reicht es aus, wenn die Vokale inkonstant richtig gebildet werden.

Begleitend können mundmotorische wie auch Übungen zur Verbesserung der intraoralen Wahrnehmung angeboten werden. Die Therapie orofazialer Regulationsstörungen erfolgt ggf. begleitend zur Gesamttherapie.

Stufe 3: Konsonantenfolgen. Hier erfolgt die Arbeit gemäß den Vorschlägen von Eisenson und Myklebust. Es werden Konsonantenfolgen zweier Konsonanten gebildet. Die Konsonanten werden nach dem größten phonetischen Kontrast im Hinblick auf den Artikulationsort und die Artikulationsart ausgewählt (z.B. Nasal – Plosiv). Ein Beispiel zu den Konsonantenfolgen ist in Abb.7.1 dargestellt.

Begleitend werden weitere Einzellaute (Konsonanten und Vokale) erarbeitet, sodass auch diese in Sequenzen mit anderen gebracht werden können. Die Sequenzen werden nach den phonotaktischen Regeln des Deutschen zusammengestellt. Jeder Konsonant sollte 4-mal in regelmäßiger Abfolge in der Sequenz vorkommen. Die Kombination der Laute ist in verschiedenen Kontexten möglich, wie in Abb.7.2 zu ersehen ist.

Die Übung wird strukturiert und ohne weiteres Spielangebot durchgeführt. Eine verhaltenstherapeutische Verstärkung ist möglich. Alle Übungen werden in der Therapiesitzung schriftlich fixiert und dem Kind mit nach Hause gegeben. Eine tägliche und regelmäßige Übung mit den Eltern von 5–10 Minuten ist erforderlich.



Abb. 7.1 Übungen zu den Konsonantenfolgen.



Abb. 7.2 Kombination eines Lautes in verschiedenen Kontexten.

Stufe 4: Einführung von Vokalen. Hier wird unterschieden zwischen Kindern ohne Vokalprobleme und Kindern mit Vokalproblemen.

Vorgehen bei Kindern ohne Vokalprobleme. Die Vokale werden wie bereits erwähnt immer schwarz dargestellt. Die Abfolge der Einführung der Vokale stellt sich wie folgt dar:

- „a“
- „i“
- „o“
- „u“
- „e“.

Die Vokale werden auf kleine lose Arbeitsblättchen fixiert, die flexibel zwischen die Konsonanten platziert werden, sodass eine sinnlose Silbe entsteht. Diese soll mit dem Zielvokal koartikuliert gelesen werden. Dabei werden auf dieser Stufe keine Hilfen gegeben außer der initialen auditiven Vorgabe der koartikulierten Silbe durch den Therapeuten.

Die Synthese zum koartikulierten lauten Lesen wird durch taktil-kinästhetische Hinweisreize (vgl. „silben- und wortorientierte Ansätze – TAKTKIN“, S.118) unterstützt.

Vorgehen bei Kindern mit Vokalproblemen. Es wird eruiert, welche Vokale das Kind nach auditiver Vorgabe imitieren kann. Dann werden einzelne lange Vokale (vgl. „Erarbeitungsabfolge der Vokale“, Stufe 4) erarbeitet, die in der Graphemdarstellung farblich nicht besonders hervorgehoben werden. Auf dieser Stufe wird immer mit sinnlosen Silben gearbeitet.

Stufe 5: unregelmäßige Abfolge von Konsonanten. Auf dieser Stufe werden wiederum nur Konsonanten bearbeitet. Diese werden nie ganz randomisiert angeboten, sondern immer in vorhersagbaren Abfolgen mit unterschiedlicher Anzahl der Wiederholungen der einzelnen Konsonanten. Ein Beispiel wird in Abb.7.3 gegeben:



Abb. 7.3 „Unregelmäßige“ Abfolgen der Konsonanten.

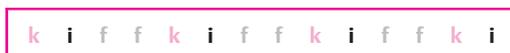


Abb. 7.4 „Unregelmäßige“ Abfolge von Vokalen und Konsonanten.

Stufe 6: Unregelmäßige Abfolge von Vokalen und Konsonanten. Hier werden die Prinzipien der Stufe 5 auch auf die Einführung von Vokalen übertragen. Dabei ist die Lautreinheit immer das wesentliche Durchführungskriterium. Das Tempo, in dem das Kind die Lautfolge lesen kann, muss nicht schnell sein. Es kann schneller werden, solange die Lautreinheit nicht darunter leidet. Das könnte wie im folgenden Beispiel in der Abb. 7.4 geschehen. Hier werden teilweise schon kurze Wörter angeboten, um die Motivation aufrechtzuerhalten.

Stufe 7: Zwischenschritt bei Kindern mit schwerer kindlicher Sprechapraxie. Zeigen die Kinder nach 6 Monaten überschaubare Fortschritte in der Therapie, wird dieser Zwischenschritt bei schwerer kindlicher Sprechapraxie eingefügt. Es werden Silbenkonstruktionen ohne semantischen Gehalt aus KVK- oder aus VKV-Folgen geübt.

Stufe 8: Sinnebene. Auf der Stufe 6 war z.T. schon mit kurzen Einzelwörtern begonnen worden. Jetzt werden diese in Phrasen integriert. Es werden darüber hinaus Lautkombinationen bearbeitet, die im Deutschen besonders häufig vorkommen (z.B. [ən] oder [di:]). Die Vokalproduktion steht immer mehr im Vordergrund. Verbleibende sonstige Schwierigkeiten (z.B. persistierende orofaziale Probleme) werden auf dieser Stufe stärker thematisiert.

Stufe 9: Erarbeitung von Diphthongen, Umlauten und Konsonantenverbindungen. Hier stellt sich die Frage, welche der Umlaute, Diphthonge und Konsonantenverbindungen dem Kind noch nicht gelingen. Diese werden gezielt erarbeitet und integriert. Die Integration erfolgt auch mit taktil-kinästhetischer Unterstützung (vgl. „TAKTKIN“, S. 118).

Es liegen keine Wirksamkeitsnachweise zu diesem Verfahren vor.

Assoziationsmethode nach McGinnis

Die 1939 im Rahmen ihrer Doktorarbeit von Mildred McGinnis verfasste und 1963 vorgestellte Methode erfreut sich heute noch reger Verbreitung (Gebhard 1991, Kegel u. Tramitz 1991, Schulte-Mäter 1996). McGinnis beschrieb ihre Methode für Kinder mit „angeborener Aphasie“ (congenital aphasia), die man heute als Kinder mit neurologischer Symptomatik oder/und mit Sprachentwicklungsstörung bezeichnen würde. Sprechpraktische Kinder wurden ebenfalls mit dieser Methode behandelt (Aram u. Nation 1982, Kegel u. Tramitz 1991). Im Deutschen wurde der Ansatz erstmals von Anneliese Kempcke vorgestellt (Kempcke 1977). Wie Kempcke betont, wurde die Methode für den täglichen Unterricht in Gruppen, nicht für die Einzelsituation in der Therapie entwickelt, da M. McGinnis Lehrerin für Gehörlose war.

McGinnis (1963) unterschied 2 Gruppen von Kindern: Kinder mit *motorisch-expressiven Störungen* („motor or expressive aphasia“) und Kinder mit *sensorisch-rezeptiven Störungen* („sensory or receptive aphasia“).

Der Verdacht auf eine motorisch-expressive Störung, die in den Zusammenhang mit einer kindlichen Sprechapraxie zu bringen ist, ist dann gegeben, wenn

- die nonverbale Intelligenz im Normbereich liegt,
- normales Hörvermögen besteht,
- normales Sprachverständnis vorliegt,
- sich sprachliche Äußerungen des Kindes auf Stakkato-Vokale mit gelegentlichen Konsonanten beschränken,
- geäußerte Silben aus einem Konsonanten der 2. oder 3. Artikulationszone und Vokal bestehen,
- Laute von manchen Kindern, obwohl sie sie ständig benutzen, nicht willkürlich isoliert imitiert werden können,
- Äußerungen in keiner Weise den Wörtern, die das Kind zu sagen versucht, ähneln,
- ein schwaches Reihenfolgedächtnis für Mundmuster besteht (= Sequenzierungsprobleme).

Die Methode wurde *Assoziationsmethode* genannt, weil „durch die gesamte Methode hindurch eine enge Verbindung bzw. Assoziation zwischen den wesentlichen am Lernen beteiligten Prozessen, nämlich Aufmerksamkeit, Behalten und willkür-

lichem Abruf, besteht“ (Kempcke 1977). Die Verbindung, die hier angesprochen wird, besteht in der Therapie in erster Linie daraus, dass das Kind lernt, das Schriftbild eines Lautes mit dessen Artikulation zu assoziieren und seine Produktion selbstständig zu steuern und zu analysieren. Dazu wird ein multimodales Vorgehen mit dem Schwerpunkt im visuellen Kanal gewählt. Durch das Vorsprechen des Therapeuten und das Lesen des Kindes wird auch der auditive Kanal geschult und durch das Mitsprechen und Lesen und Schreiben des Kindes der taktil-kinästhetische Kanal. Das Programm wird für Kinder ab dem 4. Lebensjahr empfohlen. Als ungeeignet wird die Methode für Kinder mit Lesestörungen beschrieben, wobei nicht näher ausgeführt wird, wie diese Kinder zu identifizieren sind.

Der Therapieraum sollte reizarm gestaltet sein und über eine Wand- oder Hafttafel verfügen. Kempcke (1977) beschreibt die Prognose von Kindern mit motorisch-expressiven Störungen, also auch kindlicher Sprechapraxie, bei angemessener sprachlicher Förderung als sehr günstig.

Prinzip

Das Vorgehen erfolgt immer in 2 Schritten. Im ersten Schritt werden einzelne Elemente (z.B. Laute) produziert, behalten und willkürlich abrufbar gemacht. Das geschieht so lange, bis das Kind dies mühelos beherrscht. Im nächsten Schritt werden Sequenzen aus den gelernten Elementen hergestellt.

Vorgehen

Mögliche Vorübungen können in den Bereichen der Aufmerksamkeitslenkung, Graphomotorik, Mundmotorik, Mengenerfassung, Kalenderdaten und der allgemeinen Motorik eingebaut werden. Es wird in 3 Abschnitten gearbeitet.

1. Abschnitt. Im 1. Abschnitt werden Einzellaute erarbeitet. Diese werden nach dem Alter des Kindes und der physiologischen Lautentwicklung ausgewählt. Es werden Grapheme dazu eingeführt. Von Anfang an wird eine absolut korrekte Artikulation gefordert. Das verstärkt die korrekte Assoziation der Kinästhetik, der auditiven Perzeption sowie die Sicherheit für die eigenen Sprechversuche.

2. Abschnitt. Wenn die Einzellaute ohne Anstrengung produziert werden können, werden sie zu Silben und Substantiven zusammengefügt. Es werden KV-Kombinationen vorgestellt, damit das Kind erkennt, dass einzelne Sprachelemente zusammengefügt werden können („drop drill“). So verfügt das Kind im 2. Abschnitt nach und nach bereits über einen bestimmten Wortschatz, der bis auf 50 Worte aufgebaut werden soll. Dieser wird dann im nächsten Schritt zu einfachen Frage- und Aussagesätzen zusammengestellt. Wenn auch die Satzbildung mühelos gelingt und willkürlich abgerufen werden kann, werden kleinere Beschreibungen aus mehreren Sätzen formuliert.

3. Abschnitt. Im 3. Abschnitt wird ein Übergang vom Konkreten zu abstrakteren Einheiten wie Erzählungen und eigenen Erlebnissen geschaffen. Es werden Zeitformen und andere komplexe grammatische Konstruktionen vermittelt.

Gebhard (1991) macht darauf aufmerksam, dass der Ansatz von McGinnis in Deutschland sehr kontrovers diskutiert wird. Es handele sich um ein Verfahren, welches „weit von jedem natürlichen Lernprozess in der kindlichen Sprachentwicklung entfernt“ (...) „Sprechen [sei] schließlich nicht gekennzeichnet durch das Aneinanderreihen isoliert erlernter Einzelelemente (Phoneme)“ (Gebhard 1991:182). Der Autor weist jedoch darauf hin, dass es Kinder gebe, die im Besonderen von diesem Therapieansatz profitieren. Es verweist darauf, dass „bei außergewöhnlicher Funktion oder Missfunktion des zentralen Nervensystems bei den betroffenen Kindern außergewöhnliche therapeutische Ansätze erforderlich“ seien (Gebhard 1991:183).

Evaluierte Wirksamkeitsstudien zu diesem Verfahren wurden bislang noch nicht durchgeführt, auch wenn einige deskriptive Fallberichte vorliegen (Kempcke 1977, Gebhard 1991, Kegel u. Tramtitz 1991).

Phonembestimmtes Manualsystem

Das von Schulte (1974) vorgeschlagene *Phonembestimmte Manualsystem* (PMS) ist für die Verbesserung der Artikulation hörgeschädigter Kinder entwickelt worden. Schlenker-Schulte und Schulte (1996) erweitern das Anwendungsgebiet des Verfahrens auf die Artikulationsstörungen anderer Genese.