

Dokumentation der Vorträge und der Arbeitsgruppen

"Down-Syndrom heute"

Tagung vom 8. bis 10. Oktober 1993 in Dresden



Veranstalter:

EDSA Deutschland e.V. in Zusammenarbeit mit der Lebenshilfe Dresden e.V.,
unter der Schirmherrschaft von Ministerpräsident Prof. Dr. Kurt Biedenkopf.

Ein
Sonderdruck
von:

DownSyndrom
aktuell

Mitteilungen der
Europäischen
Down-Syndrom
Assoziation
Deutschland e.V.
EDSA-Deutschland

Allgemeine Hilfen und Übungen der professionellen Therapie bei Behinderung der Eß-, Sprach- und Stimmentwicklung

Die kindliche Sprachentwicklung ist Teil einer umfassenden Gesamtentwicklung, und wie diese ein dynamischer Prozeß zwischen vorhandenen Dispositionen und stimulierenden Umweltanregungen. In der Genese beeinflussen sich sensorische, motorische, sprachliche, kognitive und sozial-emotionale Funktionsbereiche wechselseitig, und das optimale Funktionieren und harmonische Zusammenwirken wird allgemein als Indikator für einen prognostisch günstigen Entwicklungsverlauf und von Kindersprachforschern als optimale Voraussetzung für die Sprachentwicklung angenommen.

Welche Dominanz den einzelnen Funktionsbereichen in den Phasen des Spracherwerbs zugeschrieben werden muß, und ob es in spezifischen Entwicklungsphasen nicht gar zu Dominanzverschiebungen kommt, ist noch weitgehend unklar.

Autoren, die einem speziellen Funktionsbereich besondere Relevanz zuordnen, finden sich in der Literatur häufig. So wird z.B. die Förderung motorischer oder sensorischer Fähigkeiten oder eine enge Verbindung dieser beiden Ansätze als unumstößliche Voraussetzung für den Spracherwerb benannt.

Für zahlreiche Menschen mit angeborenen bzw. erworbenen körperlichen oder perzeptiven Beeinträchtigungen stellen sich solche Erfahrungen niemals oder nur eingeschränkt ein. Da auch diese Personen in vielen Fällen zu unauffälligen und sogar hervorragenden sprachlichen Leistungen gelangen, sind solche Annahmen in ihrer Absolutheit zu verwerfen.

Auffassungen der o.a. Art sind den passiven Merkmalstheorien zuzuordnen. Der Mensch gilt als passiver Teilnehmer, an den gezielt Signale und Informationen herangeführt werden. Er verarbeitet die Information, gestaltet aber nur auf der Grundlage des äußeren Reizes. Das Verhalten ist rein linear.

Modelle dieser Art sind in hohem Maße spekulativ und beruhen auf wenigen gesicherten Kenntnissen.

Nimmt man das Beispiel akustischer Perzeption und Sprachproduktion, so dürfte an vielen Stellen klar werden, daß

nicht die akustische Wahrnehmung der Sprache allein eine korrekte Artikulation bedingt. Vielmehr erleichtert erst die gründliche Kenntnis der Artikulation auch die akustische Perzeption. Offensichtlich werden die unterschiedlichen Muster erst nach und nach im Zentralnervensystem miteinander verknüpft.

Die Uneinigkeit darüber, wie Sprache erworben wird, findet sich auch in den bekannten Spracherwerbstheorien wieder. Die einen axiomieren, daß es vor allem die Lernmechanismen der „selektiven Verstärkung“ und der „Imitation“ sind, die das kindliche Sprachlernen beeinflussen (Skinner 1957). Mentale Entitäten wie Reifung und angeborenes Wissen lassen sie dabei unberücksichtigt.

Andere schreiben einem angeborenen und gut funktionierenden Spracherwerbsmechanismus, dem „LAD“ (Chomsky 1969), die Schlüsselfunktion zum Spracherwerb zumindest dann zu, wenn es um den Erwerb sprachgrammatischer Funktionen geht.

Auf der Grundlage kognitionstheoretischer Überlegungen des Genfer Entwicklungspsychologen Piaget basieren Annahmen, daß sich sprachliche Bedeutungskategorien aus den Erkenntnisprozessen sozialer und gegenständlicher Umwelterfahrungen entwickeln.

Unter Anerkennung der kognitiven Voraussetzungen für den Spracherwerbsprozeß, sehen die Vertreter des sog. interaktionistischen Ansatzes (Bruner 1979) das gemeinsame Handeln und den Dialog zwischen Kind und Bezugsperson als konstituierend für die Sprachentwicklung. Bruner sieht die Sprachproduktion als Ergebnis eines bereits vorangegangenen Prozesses und weist besonders auf die Bedeutung der vorsprachlichen Entwicklung hin. Schwerpunktmäßig beschäftigt er sich mit vorsprachlichen Kommunikationssystemen und dem Übergang von der vorsprachlichen zur sprachlichen Kommunikation. Der Spracherwerb ist gekennzeichnet durch kommunikative Strukturen. Das Kind entwickelt durch Handlungen, die es gemeinsam mit anderen wiederholt durchführt, Handlungsmuster und Strukturen, die, nach-

dem sie auf der Handlungsebene vorhanden sind, versprachlicht und für andere Situationen generalisiert werden. Gemeinsames Handeln von Kind und Bezugsperson wird demnach auf der sprachlichen Ebene fortgeführt.

Die interaktionistische Theorie hat besonders in der letzten Dekade einen starken Einfluß auf das Vorgehen in der Sprachtherapie genommen. Häufig gewinnt man den Eindruck, als sei hier das einzig Wahre gefunden und für alle anderen Ansätze sei die Kritik so gravierend, daß sie zu disqualifizieren sind.

Gerade hierbei bleibt aber unberücksichtigt, daß auch das kommunikative Erklärungsmodell zur Sprachentwicklung viele Antworten schuldig bleibt und keinesfalls als Schlüssel der Erkenntnis aufgefaßt werden kann. Lange Zeit war die sprachtherapeutische Arbeit von überwiegend funktionellen Übungen und Imitationstraining gekennzeichnet. Es bleibt nur zu hoffen, daß sich eine radikale Abkehr nicht dahingehend vollzieht, daß nunmehr „kommunikative Sprachlernmethoden“ zu einem Allheilmittel werden. Nach wie vor effektivieren sinnvolle Kombinationen und diagnosegeleitete methodische Abwägungen der Therapie die Arbeit des Sprachtherapeuten.

Wichtig scheint uns, zunehmend kritisch gegenüber solchen „akademisch gelernten Pflichten“ zu werden, stets nach Regularitäten zu suchen. Der Mensch ist immer ein sich einmalig entwickelndes Wesen, das auch einmalige, intersubjektive Variationen in allen seinen Entwicklungsbereichen aufweist.

Solche Individualität muß sowohl für nichtbehinderte als auch für behinderte Menschen angenommen werden.

Auch das Kind mit Down-Syndrom darf nicht als allseits belasteter „Syndromträger“ betrachtet werden. Die Entwicklung vollzieht sich individuell und muß an den Stellen Hilfe erfahren, wo Fehlentwicklungen sichtbar werden oder sich mit hoher Wahrscheinlichkeit einstellen können.

Eine wichtige frühdiagnostische Aufgabe bei Kindern mit Trisomie 21 ist für den Sprachtherapeuten die Erfassung von Funktionen des orofazialen

Bereichs, die sowohl in ihrer eigenen Funktion als auch für die Sprachentwicklung von zentraler Bedeutung sind. Funktionen der Nahrungsaufnahme (Essen, Trinken, Schlucken), der Mimik, Atmung und Phonation gehören dazu (vgl. Funktionsschema orofazialer Reflexe und Lautbildung nach K.-J. Berndsen. Aufsatz: Orofaziale Muskelfunktionsstörungen bei Menschen mit Down-Syndrom: Früherkennung und Ansätze der Therapie: In dieser Veröffentlichung).

Zeigen sich hier Auffälligkeiten, sind funktionsfördernde Maßnahmen, Hilfen zur Verbesserung pathologisch orofazialer Funktionen, grundsätzlich indiziert.



Abb. 1

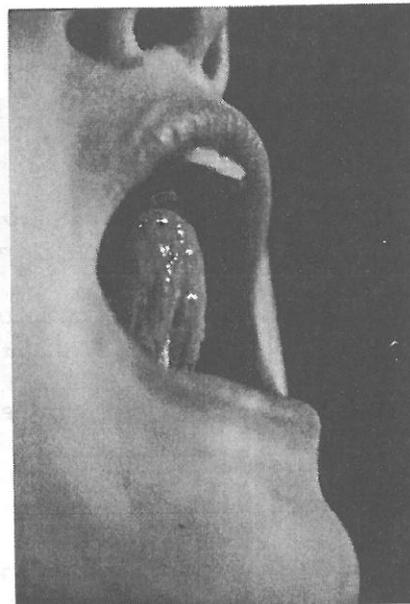


Abb. 2

Pathologische Verhältnisse, die hierzu im Zusammenhang stehen und beim Down-Syndrom vorkommen, sind folgende:

- Hypothonie der beim Kauen und Schlucken beteiligten Muskulatur
- verändertes Aussehen und insuffiziente Funktion der Lippen
- unphysiologische Lage und Funktion der Zunge
- hypotone Zunge, die zu groß zu sein scheint, weil sie nicht flexibel ist
- ein veränderter Gaumen, z.B. ein Stufengaugen oder ein gothischer Gaumen
- Zungendiastase
- eine auffällige Zahn- und Kieferstellung sowie Formveränderungen der Zähne und Vielzahnigkeit
- Veränderungen im Ober- und/oder Unterkiefer (Mikro- oder Makrognathie)
- Überdehnbarkeit der Gelenke, speziell des Kiefergelenks als Folge schlaffer Ligamente des Temporomandibulären Gelenks (Kiefergelenk)
- ein atypischer, unphysiologischer Schluckakt und daraus resultierende Eßgewohnheiten
- Mundatmung
- undeutliche bzw. verwaschene Artikulation

Die sprachtherapeutische Behandlung muß möglichst früh einsetzen. Bei Kindern mit Down-Syndrom und bei verschiedenen anderen Behinderungen beginnen wir bereits in den ersten Lebenswochen.

In Abhängigkeit zum Lebensalter werden funktionelle Behandlungsmethoden ausschließlich oder in Ergänzung zu einer umfassenden sensomotorischen Sprachentwicklungsbehandlung angewendet.

Berücksichtigt werden besonders in der Kleinkindphase passive Formen der Therapie, worunter wir Behandlungen verstehen, die nicht auf die aktive Mitarbeit und Bereitwilligkeit des Patienten angewiesen sind. Durch spezifische Stimulationen wird ein reaktives Verhalten hervorgerufen, was sich korrektiv auf Fehlfunktionen auswirkt (Abb. 1).

Neben zahlreichen eigenen Entwicklungen von Techniken finden hier die „Orofaziale Regulationstherapie nach Castillo Morales“ und Methoden zum Bereich der Eß- und Trinkhilfen Anwendung. Gegebenenfalls wird die Behandlung durch den Einsatz einer Gaumenplatte, deren Fertigungsart zwischen Kieferorthopäden und Sprachbehandler exakt abgestimmt wird, ergänzt.

Ebenfalls so früh wie möglich werden die Kinder an aktive Behandlungsmethoden herangeführt. Hierunter fassen wir Therapien, die eine aktive Mitarbeit des Patienten fordern. Unter Einbeziehung von Bezugspersonen erlernt der Patient komplexe Übungsabläufe, die er über einen längeren Zeitraum regelmäßig anwendet (Abb. 2).

Für funktionelle Therapien ist das

pädagogische Geschick des Behandlers von großer Bedeutung, und zwar insofern, als er auf Seiten der Eltern und des Patienten eine langandauernde positive Motivationslage schaffen muß.

Mit zunehmendem Alter gewinnen aktive Behandlungsmethoden an Bedeutung. Das Gefühl, selbst etwas tun zu können, um so einen positiven Einfluß auf die eigene Entwicklung zu nehmen, muß systematisch aufgebaut werden.

Der Zeitraum, wann aktive Behandlungsmethoden angewendet werden können, wird sich in erster Linie an der Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten orientieren. Einen wichtigen Beitrag dazu leistet jedoch auch immer der Behandler.

Wie groß die Altersvariation für die Behandlung einzuschätzen ist, wird im Workshop an Hand eines Videofilms dokumentiert. Vorgestellt wird hier ein zweieinhalbjähriges Mädchen mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, mit dem bereits ein systematisches Übungstraining aus dem Bereich der „Myofunktionellen Therapie“ durchgeführt werden kann.

Dipl. Sprachther. Sabine Berndsen
 Institut für Stimm- und Sprachtherapie
 Bornekampstraße 50a
 59423 Unna
 Telef.: 02303-86888
 Fax: 02303-89886