

Der logopädische Ansatz der Pikler-Gesellschaft für kleine Kinder mit Down-Syndrom

Cornelia Deckenbach

Zusammenfassung

Das Vertrauen in die Kompetenz des Kindes, sich selbstständig zu entwickeln, wenn man ihm dafür genügend Raum und Zeit gibt, war das Credo der ungarischen Kinderärztin Dr. Emmi Pikler (1902-1984). Ihre Erkenntnisse bestimmen den interdisziplinären therapeutischen Ansatz in den beiden Kinder- und Jugendambulanzen der Pikler-Gesellschaft Berlin – auch bei der Begleitung kleiner Kinder mit Down-Syndrom. Die Autorin stellt das Konzept und ihre Erfahrungen aus 14-jähriger logopädischer Tätigkeit mit diesen Kindern, ihren Eltern und Erzieherinnen vor.

Einleitung

Wenn in den letzten Jahren über logopädische Therapie für kleine Kinder mit Down-Syndrom (DS) berichtet wurde, ging es meistens entweder um mundmotorische Ansätze oder um Aspekte der Unterstützten Kommunikation (UK), genauer: um lautsprachunterstützende Gebärden. Über diese habe ich bereits in Forum Logopädie berichtet (Ausgaben 2/1993, 4/1997). Im vorliegenden Beitrag möchte ich das Konzept der Logopädinnen der Pikler-Gesellschaft in Berlin für die Therapie kleiner Kinder mit Down-Syndrom vorstellen, das eingebettet ist in einen interdisziplinären Ansatz und von den Mitarbeiterinnen stetig weiterentwickelt wird.

Die Therapeutinnen übertragen Piklers Grundgedanken, dass die Entwicklung und Unterstützung der Eigeninitiative grundlegend und überaus wichtig für das Kind ist, auch auf die therapeutische Begleitung und Förderung von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten/-störungen, also auch auf Kinder mit DS. Sie verhalten sich in den Behandlungen dem Kind gegenüber

eher abwartend und beobachtend und sehen eine ihrer wesentlichen Aufgaben darin, den therapeutischen Rahmen so zu gestalten, dass er die nächste Entwicklungsstufe des Kindes einbezieht. Sie verhalten sich weder eingreifend noch stimulierend. Sie haben grundsätzlich das Vertrauen in die Kompetenz des Kindes, den nächsten Entwicklungsschritt zu gehen, wenn die dafür notwendigen Voraussetzungen sicher genug beherrscht werden. Das bremst uns in unserem „therapeutischen Eifer“. Ich bin davon überzeugt, dass das kleine Kind mit DS lernen und die nächsten Entwicklungsschritte gehen will, dass es dazu aber mehr Unterstützung braucht als andere Kinder. Das Wissen darum, wann ein Kind abwartend begleitet werden kann, und wann eine gezielte Intervention nötig ist, verstehen die Mitarbeiterinnen der Kinder- und Jugendambulanzen der Pikler-Gesellschaft als eine ihrer speziellen Kompetenzen.

Die Tatsache, dass das DS immer – bis auf sehr wenige Ausnahmen, die im Lernbehindertenbereich angesiedelt sind – mit einer mehr oder weniger ausgeprägten geistigen Behinderung verbunden ist, wird



Cornelia Deckenbach

absolvierte ihre Ausbildung zur Logopädin von 1982-1985 in Oldenburg, arbeitete anschließend im städt. Krankenhaus Berlin-Spandau sowie in einer Kindertagesstätte des Bezirksamts Berlin-Kreuzberg und war von November 1989 bis März

2006 angestellte Mitarbeiterin der Pikler-Gesellschaft Berlin. Sie verfügt über langjährige Fortbildungstätigkeit für Erzieherinnen im Bereich Integration nichtsprachlicher Kinder in Regeleinrichtungen und an Berliner Fachschulen für Logopädie im Bereich Unterstützte Kommunikation. Von 1999 bis 2003 war sie 1. Vorsitzende des Landesverbandes Berlin, seit Oktober 2003 ist sie Vizepräsidentin des dbl.

in therapeutischen Konzepten häufig nur beiläufig erwähnt. Sie ist jedoch für sämtliche Entwicklungsbereiche von grundlegender Bedeutung. Einschränkungen der kognitiven Entwicklungspotentiale erfordern Berücksichtigung in allen Bereichen therapeutischer Tätigkeiten. Um Prozesse wie Merkfähigkeit, das Erkennen von Gleichem und Unterschiedlichem oder das Abrufen von Gelerntem usw. entwickeln zu können, braucht das Kind mit geistiger Behinderung unter anderem beispielsweise viel mehr Wiederholungen als ein Kind ohne kognitive Einschränkungen. Es braucht ein Gegenüber, das noch geduldiger ist, als es TherapeutInnen/PädagogInnen ohnehin sind.

Nur mit einem Mehr an Zeit und Wiederholungen der gleichen Abläufe kann das Erinnern an Bekanntes, das Abgleichen mit Bekanntem, das Entdecken von Gleichem und Verschiedenem geschehen. Zu viele unterschiedliche Reize nutzen dem kleinen Kind mit DS eher weniger, da es unter



Die Kinder- und Jugendambulanzen in Berlin

Seit 1990 gibt es in Berlin 16 vom Senat installierte Kinder- und Jugendambulanzen (KJA). Trägerin von zwei KJAs war bis März 2006 die Pikler-Gesellschaft, weitere Träger sind u.a. die Lebenshilfe, der VdK, die Spastikerhilfe. Die Kinder- und Jugendambulanzen haben alle auch einen Status als Sozial-Pädiatrisches Zentrum (SPZ). Ihre Hauptaufgabe ist zum einen die wohnortnahe therapeutische Versorgung von behinderten Kindern und die Beratung ihrer Familien, zum anderen die Unterstützung der Integration der behinderten Kinder in den (Regel-) Kindertagesstätten. Die KJA der Pikler-Gesellschaft wurde zum 1.4.2006 geschlossen, weil sie keinen SPZ-Status hatte.

Das Konzept der 1980 gegründeten ersten Ambulanz der Pikler-Gesellschaft Berlin e.V. war Modell für alle anderen KJAs. Die therapeutischen und pädagogischen Mitarbeiterinnen arbeiten in der Regel zur Hälfte in der Ambulanz und bieten dort Diagnostik und Therapie an, während sie zur anderen Hälfte die Kinder in ihren Kitas behandeln: entweder in Form der Einzeltherapie oder – was häufiger der Fall ist – in integrativen Kleingruppenangeboten.

Diese Form der Unterstützung setzt den Gedanken um, dass Kinder bestimmte Fähigkeiten am besten im Umgang mit anderen Kindern in ihrer gewohnten Umgebung erwerben und festigen. Die Therapeutin/Heilpädagogin gibt hier Unterstützung und Hilfestellung, außerdem berät sie die Kita-Pädagoginnen. Diese berichten den Eltern schriftlich über die Inhalte ihrer Arbeit. Regelmäßig stattfindende Entwicklungsgespräche mit den Eltern des Kindes, der Erzieherin und der Mitarbeiterin der Ambulanz runden das Angebot ab.

diesen Umständen keine Möglichkeit hat, tatsächlich zu lernen. Das gilt sowohl für Bewegungsabläufe („Was muss ich tun, um mich auf die Seite drehen zu können?“), für Themen aus der Heilpädagogik („Wo ist der Ball, den ich in den Schlitz einer Dose gesteckt habe?“), als auch für die Entwicklung von Kommunikationsstrategien und Lautsprache. („Wie machst du da mit dei-

nen Händen, wenn ich auf den Kühlschrank zeige?“ – Gebärde Essen ...).

Die Phasen von Aktivität und vertiefter Aufmerksamkeit sowie Erholung und „geteilter Aufmerksamkeit“ – der Begriff wird von Anna Tardos aus dem Budapester Pikler-Institut benutzt und bedeutet: Die Aufmerksamkeit wandert zwischen verschiedenen bekannten Dingen hin und

her – haben beim Säugling mit DS einen anderen Rhythmus als beim Säugling ohne DS: Das Kind mit Down-Syndrom vertieft sich für kürzere Sequenzen in die Tätigkeiten und braucht längere Pausen. In Therapiesituationen können diese Zusammenhänge gemeinsam mit den Eltern, die immer anwesend sind, beobachtet und dann besprochen werden.

Der Säugling mit DS ist in der Regel in physiotherapeutischer Behandlung. Bei den Physiotherapeutinnen der KJA der Pikler-Gesellschaft steht die selbstständige Bewegungsentwicklung im Mittelpunkt ihrer therapeutischen Bemühungen. Das Kind wird nicht in Positionen gebracht, die es aus eigenem Antrieb nicht einnehmen würde. Es wird beispielsweise nicht aufgesetzt, wenn es sich noch nicht selbstständig aufsetzen kann. Wenn es sich noch am Boden in Bauch-, Seit- und Rückenlage aufhält, werden ihm Bewegungsmöglichkeiten am Boden angeboten, auf jeden Fall solche, die seine vorhandenen Kompetenzen ausnutzen und Variationen erlauben. Das Kind soll die Erfahrungen machen können, sich für etwas zu interessieren und aus diesem Interesse heraus Bewegung zu initiieren.

Aufgrund der Hypotonie sowie unter Umständen eines angeborenen Herzproblems brauchen die Kinder mit DS mehr Zeit und Kraft, um Bewegungen gegen die Schwerkraft auszuführen (beide Arme nach oben bringen, um einen Gegenstand zu betrachten; sich aus der Bauchlage in die Rückenlage drehen, sich aufsetzen,

Das Konzept von Emmi Pikler

Dr. Emmi Pikler (1902-1984) hat viele Jahre als Familienärztin in Budapest gearbeitet, wobei sie die Möglichkeit von Hausbesuchen sehr ausgiebig genutzt hat. Die während dieser Tätigkeit gewonnenen Erfahrungen haben sie veranlasst, Bedingungen zu beschreiben, die für die Entwicklung von Gesundheit und psychischem Wohlergehen bei Kindern nötig sind. Umgesetzt hat sie diese Erfahrungen in dem von ihr 1946 übernommenen Waisenhaus „Lóczy“ in Budapest, das sie bis 1979 leitete. Heute wird es von ihrer Tochter Anna Tardos als Kinderheim und wissenschaftliches Forschungsinstitut geleitet. Pikler hat folgende Hypothesen aufgestellt:

- Damit sich Autonomie, Individualität und Persönlichkeit entfalten können, muss sich das Kind möglichst selbstständig entwickeln können.
- Damit selbstständiges Lernen möglich wird, müssen die Erwachsenen eine Umgebung gestalten, die den momentanen Bedürfnissen und Bestrebungen des Kindes entspricht.
- Nur dort, wo das Kind Interesse entwickelt, also zwischen den Forderungen aus der Umwelt und sich selbst eine Verbindung herstellt, kann es im eigentlichen Sinne lernen und das Gelernte integrieren.
- Raum zu lassen für die Entwicklung der kindlichen Eigenaktivität, Vertrauen zu geben in die kindlichen Fähigkeiten und Entwicklungsprozesse sowie die genaue und feine Beobachtung des Kindes durch den Erwachsenen sind wesentliche Bedingungen für die Entfaltung der kindlichen Kompetenzen.
- Kooperation mit dem Kind in Pflegesituationen wie Füttern oder Anziehen ist eine der wesentlichen Bedingungen für die Entwicklung von Kommunikation und Sozialverhalten.

Diese Hypothesen wurden in den letzten Jahrzehnten in Lóczy durch die Pflegerinnen im Alltag unter wissenschaftlichen Bedingungen überprüft und gelten heute als Eckpfeiler für die Betreuung.

sich aufrichten zum Stehen, etc.). Das Kind braucht mehr Zeit für die Ausführung der Bewegung und es braucht anschließend auch mehr Zeit zum Erholen.

Wenn das Kind bereits älter ist, kann es sein, dass es nicht mehr von der Physiotherapeutin begleitet wird, sondern in heilpädagogischer Behandlung ist, weil sich der Entwicklungsschwerpunkt verändert hat und dementsprechend auch der Schwerpunkt der Förderung. Unter Umständen besucht es auch den zweimal wöchentlich stattfindenden integrativen Spielkreis – eine feste Gruppe bestehend aus drei nichtbehinderten Kindern und drei Kindern mit Entwicklungsproblemen oder Behinderungen, geleitet von einer Heilpädagogin.

Auch in der Heilpädagogik steht das oben genannte Grundprinzip im Mittelpunkt: die Entwicklung der eigenen Aktivität und der Respekt vor dem individuellen Rhythmus des einzelnen Kindes. Entsprechend dem Stand seiner Spielentwicklung werden ihm Materialien angeboten, die es anregen, damit aktiv zu werden. Je nach Entwicklungsstand sind das beispielsweise Gegenstände, die zum Hantieren und Erforschen einladen, oder große Mengen gleicher bzw. ähnlicher Gegenstände; Schüsseln und Körbe zum Umfüllen und Gegenstände, die sich umfüllen lassen; Behältnisse zum Stapeln, Reihen bilden und Skulpturen bauen; schwerere Behältnisse, die man herumtragen kann; Tücher, die Dinge und Menschen verschwinden lassen, usw.

Aspekte wie die Auseinandersetzung mit den Gesetzmäßigkeiten der Schwerkraft, der Masse, des Volumens, der Objektpermanenz und der Raumerfahrung stecken den Rahmen der ausgewählten Materialien ab: „offenes Spielzeug“, das anregt, aktiv zu werden und zu forschen und nicht vorgibt, wie man mit ihm spielen soll.



Das logopädische Vorgehen

Wenn im Rahmen einer der regelmäßigen Entwicklungsgespräche zwischen der Kinderärztin der KJA und den Eltern des Kindes Fragen zur Unterstützung der Kommunikation und Sprachentwicklung oder Fragen zur Mundmotorik formuliert werden, vereinbart die Familie einen Termin mit einer Logopädin des Teams.

Im ersten Kontakt mit den Eltern leiten mich in der Regel die Fragen, die die Eltern mitbringen, sowie die erste Beobachtung des Kindes während der Stunde. Meistens liegt es in Rückenlage auf dem Boden. Manchmal schaut es sich um, greift nach einem in der Nähe liegenden Gegenstand, manchmal nimmt es Blickkontakt auf – mit mir oder mit seiner/m Mutter/Vater. Manchmal macht es Töne.

Je nachdem wie jung das Kind bei der ersten Vorstellung ist, variieren die Fragen der Eltern: Probleme bei der Nahrungsaufnahme, Speichelfluss, verzögerte Sprachentwicklung, Probleme in interaktiven Situationen (kein Blickkontakt) o.Ä.

Mundmotorik

Glücklicherweise habe ich in den letzten Jahren nur wenige Kinder mit DS kennen gelernt, die nicht gestillt werden konnten. Abgesehen von den sehr wichtigen, tiefen Bindungsaspekten hat das Stillen auch eine Fülle positiver Auswirkungen auf die Tonusregulierung und die motorische Feinabstimmung sämtlicher Organe, die zum Schlucken und später zum Sprechen notwendig sind.

Entsprechend dem Entwicklungsalter des Kindes wird es, wenn es mir vorgestellt wird, entweder aus der Flasche oder bereits mit dem Löffel ernährt. Der Übergang von der Flasche zum Löffel ist (auch) beim Kind mit DS nicht immer einfach – im Gegenteil, hier tauchen meistens echte Probleme auf. Das Kind isst aus Sicht der Eltern eventuell nicht gut genug, nicht schnell genug, es macht den Mund nicht auf, es dreht den Kopf weg, es spuckt die Nahrung wieder aus, es schiebt mehr Nahrung aus dem Mund als nach hinten, unter Umständen ermüdet es in der Füttersituation rasch, schläft ein und wird so nur für kurze Zeit satt.

Das Füttern stellt für mich aus logopädischer Sicht eine sehr gute Situation dar, in der die Aspekte Kooperation und Mundmotorik gut integriert werden können.

Da das Füttern mit dem Löffel für viele Kinder zu früh zu hohe motorische und soziale Anforderungen stellt, empfehle ich Eltern, die breiige Nahrung des Kindes etwas zu verdünnen und sie dann aus einem kleinen (ungarischen) Kaffee-Glas anzubieten. Dieses Vorgehen hat mehrere Vorteile: das Glas ist durchsichtig, das Kind sieht den Inhalt und kann ihn unter Umständen bereits an der Farbe erkennen. Das Glas ist so klein, dass es auch das Kind mit beiden Händen umfassen kann (Kooperation!). (In der Regel besteht ein Konflikt beim Füttern mit dem Löffel darin, dass das Kind den Löffel führen möchte, aber die motorischen Abläufe noch nicht gut genug beherrscht und sich nicht auf die verschiedenen Aspekte konzentrieren kann). Das Kind kann also zusammen mit der fütternden Person das Glas umfassen und zum Mund führen.

Das Glas ist konisch geformt, es muss nur wenig gekippt werden, damit die Flüssigkeit herausläuft. Das Kind sieht, was es bewirkt: Kippen – die Nahrung erreicht die Lippen. Die Bewegung ist einfach, sie wird unterstützt durch die fütternde Person und sie hat eine große Wirkung. Das Kippen kann einfach dosiert werden, je nachdem wie gering die Menge an Nahrung sein muss, die das Kind bewältigen kann und wie viel Zeit das Kind zum Schlucken braucht. Wenn ich Eltern diese Art des Fütterns vorstelle, sind sie anfangs meistens etwas ungläubig. Sie probieren es jedoch aus und machen sehr häufig gute Erfahrungen damit.

Wie lange die Phase des „Essens-Trinkens“ dauert, wann der nächste Schritt in Richtung Löffel erneut probiert werden kann, hängt von der Entwicklung des Kindes ab. Die letzten Reste aus dem Glas können mit einem kleinen (Mokka-)Löffel herausgelöffelt werden. Der Löffel ist klein, er passt gut in den Mund des Kindes, füllt den Mund nicht gänzlich aus. Das Kind kann ihn gut schließen, wenn er lange genug auf der Zunge ruht und nicht rasch am Gaumen abgestreift wird. Der Löffel ist nur mit wenig Brei „beladen“, mögliche Missgeschicke haben keine zu großen Folgen. An dieser Stelle, am Ende der Mahlzeit, wenn das Kind also bereits satt ist und es nur noch darum geht, den letzten Rest der Nahrung aus dem Glas zu holen, kann das Kind sein Interesse am Essen vom Löffel zeigen.

Ein sehr wichtiger Aspekt beim Füttern ist die Kooperation mit dem Kind: Es hat von Anfang an die Chance, eigenaktiv tätig zu sein und zu kooperieren, es wird aber nicht dazu gezwungen. Kooperation bedeutet



Foto: Marian Reismann, im Kinderheim Lóczy, Budapest

auch, dass die fütternde Person mit dem nächsten Schluck wartet, bis das Kind die Nahrung hinuntergeschluckt hat und mit seiner Aufmerksamkeit zurück zur Füttersituation gekommen ist. Dies kann das Kind mit einem Blick und/oder einer kleinen Bewegung zeigen. Wenn es signalisiert, dass seine Aufmerksamkeit von anderem „gefangen“ ist, dann ist es uns wichtig, die Aufmerksamkeit mit Ansprache und dem Zeigen des Glases wieder zum Füttern zurückzuholen, bevor es weitergeht. Das Kind zu füttern, während es beispielsweise ein Buch betrachtet, verhindert die Entwicklung von kooperativem Verhalten.

Das Füttern sollte solange auf dem Schoß der Mutter/des Vaters stattfinden, wie sich das Kind noch nicht alleine aufsetzen kann. Das dauert unter Umständen länger als erwartet. Die Bedeutung des selbstständigen Sitzens ist hier wichtig, weil das Kind während des Essens nicht mit Fragen des Gleichgewichtes beschäftigt sein sollte – wenn es damit beschäftigt ist, sitzen zu bleiben und nicht umzukippen, kann es sich weniger auf das Essen konzentrieren.

Den Logopädinnen der Pikler-Gesellschaft ist natürlich bewusst, dass wir den Eltern nur Vorschläge zum Probieren machen können. Eltern sind Eltern und die noch junge Beziehung zu ihrem kleinen Kind darf nicht durch (zu hohe) Erwartungen von Therapeutinnen aus dem Gleichgewicht gebracht werden. Meiner Erfahrung nach machen sich Eltern einzelne Aspekte meiner

Vorschläge zu Eigen und integrieren sie in ihren individuellen Umgang mit ihrem Kind. Sie stellen weitere Fragen, wenn die entsprechenden Situationen noch nicht für beide Partner (Eltern und Kind) befriedigend gestaltet werden können.

Orofaciale Sensibilisierung

Sobald das Kind den ersten Zahn bekommen hat, sollte dieser regelmäßig geputzt werden. Die Zahnpflege ist nicht nur zur Hygiene notwendig, sondern auch zur Prävention von Zahnschäden. Außerdem ist die mundmotorische Stimulation durch das Zähneputzen von Bedeutung für die Sensibilisierung im orofacialen Bereich. Sobald eine Zahnbürste im Mundraum bewegt wird, hat das außerordentliche Wirkung auf die Aktivitäten der Zunge und des Unterkiefers: Die Zunge kann sich dorthin bewegen, wo die Zahnbürste ist, sie kann versuchen, die Zahnbürste zu berühren oder wegzuschieben. Darüber kann man mit dem Kind kommunizieren und somit den Aktivitäten Bedeutung geben.

Als günstig hat sich erwiesen, wenn auch das Kind eine Zahnbürste bekommt und man unter Umständen mit zwei Zahnbürsten zugange ist. Ich unterstütze Eltern sehr, das Zähneputzen als tägliches Ritual, nicht als „pädagogische Verhandlungsmasse“ einzuführen. Das Zähneputzen sollte eine Regel sein, die sie aufstellen. Die meisten Kinder, auch die ohne Down-Syndrom, lieben das Zähneputzen nicht besonders, akzeptieren es jedoch früher oder später. Kinder mit geistiger Behinderung brauchen mehr Unterstützung beim Lernen, mehr Wiederholungen der Regeln, um sie zu verstehen und zu akzeptieren.

Eine weitere gute Möglichkeit der Förderung der orofacialen Sensibilisierung bieten die täglichen Pflegesituationen: das Waschen, Abtrocknen und Eincremen kann so geschehen, dass das Kind aufmerksam kooperieren und mitgestalten kann. Wenn die Sensibilisierung des Gesichtes, vor allem des orofacialen Bereichs, in eine sinnvolle, sich regelmäßig wiederholende Handlung eingebettet ist, das Kind in dieser Situation regelmäßig wiederkehrend Berührungen, Sprache, Blickkontakt und Aufmerksamkeit bekommt, dann hat es eine gute Chance, wach, aufmerksam und sensibel zu werden für seinen Mund, seine Wangen, seine Lippen, etc.

Ich versuche daher, Eltern zu unterstützen, mehr Zeit in die täglichen Pflegesituationen

(Füttern, Körperpflege) in Kooperations-Situationen mit ihrem Kind zu investieren. Meiner Erfahrung nach zahlt sich solches Verhalten aus, weil das Kind lernt, dass es Partner sein kann, und Erwartungen an seine Kooperation gestellt werden, die es gut erfüllen kann.

Kommunikation

Die wesentliche Frage, die mich in jeder Diagnostik- oder Therapie-Stunde leitet, ist die nach der Eigenaktivität des Kindes: Wie beschäftigt sich das Kind mit den angebotenen Gegenständen, wann nimmt es Blickkontakt zu seinen Eltern (oder zu mir) auf, welche Funktion hat dieser Blickkontakt? Benutzt das Kind dazu seine Stimme? Vertieft werden die Fragen nach der Eigeninitiative in der Regel in der heilpädagogischen Betreuung des Kindes. Sie sind aber auch in meiner Diagnostik von besonderer Bedeutung. Weitere wichtige Fragen in der logopädischen Diagnostik befassen sich mit den bisherigen Erfahrungen in kommunikativen Situationen. Diese können zu verschiedenen Themen zusammengefasst werden:

- Gibt es einen Befund über die Hörfähigkeit? Wie reagiert das Kind auf Alltagsgeräusche (Telefon, Türaufschließen)?
- Benutzt das Kind stimmliche Äußerungen? Welche? Wann?
- Hat das Kind bereits den Blickkontakt erworben? Lächelt es, wenn es ein Gesicht erkennt?
- Woran erkennen die Eltern, dass das Kind Hunger hat? Wie zeigt das Kind dieses Bedürfnis? Gibt es unterschiedliche Signale für unterschiedliche Bedürfnisse (Hunger, volle Windel, Langeweile ...)?
- Symbolfunktionen: Versteht das Kind die Bedeutung des Lätzchens, der Windel, des Badehandtuchs? Weiß es, dass es bald gefüttert wird, wenn es das Lätzchen sieht, gleich gebadet wird, wenn es das Handtuch sieht, gleich gewickelt wird, wenn es eine Windel sieht?
- Womit beschäftigt sich das Kind zu Hause am liebsten, womit „spielt“ es? Wie tut es das?

Einige dieser Fragen können durch die Beobachtung in der Diagnostik-Situation beantwortet werden. Manchmal ist das Kind jedoch nicht aktiv genug, damit ich zu einer Einschätzung kommen kann. Das ergänzende Gespräch mit den Eltern hierüber ist auf jeden Fall von großer Be-

deutung. Unter Umständen zeigt es auch diskrepante Wahrnehmungen (von Eltern und Therapeuten) auf.

Wenn das kleine Kind beginnt, den Augenkontakt mit einem anderen Menschen absichtlich zu suchen und zu halten, ist es wichtig zu beschreiben, welche Funktion diese Form von Kontakt für das Kind zu diesem Zeitpunkt hat: Möchte es Kontakt aufnehmen? Ist es aufmerksam in eine Richtung (Person oder Gegenstand)? Teilt es seine Aufmerksamkeit schon in zwei Richtungen? Kommuniziert es mit der Person über den Gegenstand?

Wenn sich das Kind in der Diagnostik oder Therapie aktiv mit einem Gegenstand beschäftigt, wenn es vertieft spielt, halte ich mich mit Äußerungen zurück und kommentiere die Handlung erst, wenn es eine Pause einlegt. Ich spreche das Kind mit Lautsprache an und warte auf Erwiderung des Blick- bzw. Augenkontaktes. Dieses Sprechen mit dem Kind über seine Handlung begleite ich durch eine Zeigegeste oder durch eine standardisierte Gebärde aus der Deutschen Gebärdensprache (DGS), zum Beispiel für den Gegenstand, mit dem das Kind gespielt hat.

Material in Diagnostik und Therapie

Auch in der logopädischen Diagnostik und Therapie handelt es sich um das oben erwähnte „offene Spielzeug“. Es gelten die gleichen Kriterien zur Auswahl wie in der heilpädagogischen Situation: Dem Alter des Kindes entsprechend sind es sowohl Gefäße unterschiedlicher Größe und Materialien, die zum Anfassen, Erkunden, Befühlen, aber auch zum Sammeln, Stapeln, Sortieren, Aufreihen, Verstecken einladen, als auch mehrere gleiche oder ähnliche Gegenstände, Tücher, Bausteine, Eimer, Schalen oder Becher. Die Einschätzung des Standes

der Spielentwicklung des Kindes hat natürlich eine Bedeutung für die Erwartung hinsichtlich seiner kommunikativen Entwicklung. Das bedeutet, dass die Logopädin ausreichende Kenntnisse über die Phasen der Spielentwicklung haben muss.

Lautsprachunterstützende Gebärden

Die Bedeutung von lautsprachunterstützenden Gebärden (LUG) zur Unterstützung der Kommunikations- bzw. Sprachentwicklung ist abhängig vom Entwicklungsstand des Kindes. Wenn es von der Funktionsebene auf die Symbolebene wechselt, braucht es dringend eine Möglichkeit, Begriffe zu bezeichnen: Worte zu benutzen, fällt ihm in der Regel zu schwer, der Gebrauch von Gebärden hingegen ist leichter und die meisten Kinder mit DS machen davon Gebrauch. Daher ist es in der Regel zu diesem Zeitpunkt sinnvoll, dem Kind einzelne Gebärden anzubieten und mit den Eltern hinsichtlich der gebärdenbegleiteten Kommunikation ins Gespräch zu kommen. Spätestens wenn es beginnt, sich Bilderbücher anzuschauen und Gegenstände benannt haben möchte, ist es Zeit, parallel zur Lautsprache mehr Gebärden anzubieten. Ich bitte die Eltern dann, zur nächsten Stunde eine Liste mit wichtigen Worten aus dem Alltag mitzubringen, zu denen ich ihnen dann die entsprechende Gebärde zeige: Alle Gebärden fasse ich in einer individuellen Sammlung zusammen. Manchmal ist es in diesem Entwicklungsalter (Triangulieren, Begriffsbildung) sinnvoll, einige regelmäßige Therapiestunden vorzuschlagen (1-2 Monate eine wöchentliche Stunde). Hier ist die Bedeutung der vielen Wiederholungen einzelner Worte, Sätze, Handlungen, Gebärden etc. sehr groß. Es kann wichtig sein, Eltern zu veranschaulichen, wie das Kind von dem Mehr an Zeit

beim Warten auf eine Reaktion oder von dem Eingehen auf die Wünsche nach vielen Wiederholungen profitiert.

Auch für das Kind kann der wöchentliche logopädische Input in dieser Entwicklungsphase von Wert sein: Da jetzt viele Gebärden angeboten werden, erweitert es seinen aktiven Gebärden-Wortschatz und seinen passiven Sprach-Wortschatz. Spielmaterialien in dieser Entwicklungsphase sind beispielsweise: einfache Bilderbücher, Holztiere, eine Puppe mit einem Kamm und einem Teller-Löffel-Becher-Gedeck sowie einfache Holzbausteine und am Tisch Papier und drei, vier Stifte.

Auch wenn das Kind sich für das Spiel mit Bausteinen interessiert, wenn es damit Reihen legt oder gar schon in die Höhe baut, bieten sich unterstützende Gesten in der Kommunikation an. („Oh, der Turm wackelt ...“ „Plumps, jetzt ist er *umgekippt!*“ Gesten sind hier dann sinnvoll, wenn das Kind mit dem Blick signalisiert: Siehst du, was ich sehe? Siehst du, was passiert ist?).

Wenn das Kind beginnt, kleine Rollenspiele zu spielen, wird es meistens bereits stundenweise in einer Kindergruppe betreut. Selbstverständlich nehme ich dann mit der zuständigen Erzieherin Kontakt auf, um mit ihr über die Bedeutung von LUG als Kommunikationsunterstützung und Sprachanbahnung zu sprechen. Ich stehe für die Kita nicht nur als Beraterin, sondern immer auch als „Gebärden-Beschafferin“ zur Verfügung (Herstellung individueller Gebärden-Tafeln etc.). Es ist aber auch durchaus möglich, dass diese Aufgabe bereits von der Heilpädagogin unseres Teams übernommen wurde, weil sie dem Kind in der Kita vielleicht eine regelmäßige heilpädagogische Förderung in einer integrativen Kleingruppe anbietet. Wenn die Kita zu den von der KJA zu betreuenden Kitas gehört, dann ist die Kooperation in der Regel wenig problematisch, weil sie eingebettet ist in einen regelhaften Ablauf.

Mit heilpädagogischen und physiotherapeutischen Kolleginnen haben wir die Hypothese aufgestellt, dass Kinder mit DS, deren Bewegungsentwicklung nicht forciert wurde, die beispielsweise nicht in solche Positionen gebracht wurden, die sie nicht von alleine einnehmen können, möglicherweise weniger Probleme mit dem Mundschluss und dem orofacialen Tonus haben als Kleinkinder mit DS, die regelmäßig aufgesetzt wurden oder deren Aufrichtung gegen die Schwerkraft (z.B. freies Laufen) sehr gefördert wurde. Kinder, die sitzen, obwohl sie



noch nicht genug Kraft zum Sitzen haben, sind vielleicht so sehr mit dem Gleichgewicht beschäftigt, dass dem orofacialen Tonus keine Aufmerksamkeit geschenkt werden und hier die Schwerkraft wirken kann (Unterkiefer fällt nach unten).

Lautsprache

Das Ziel aller Bemühungen ist neben der Unterstützung von Kommunikationskompetenzen der Erwerb der Lautsprache. Aus diesem Grund werden auch sämtlichen stimmlichen, lautlichen und sprachlichen Äußerungen des Kindes große Bedeutung gegeben und – je nach Entwicklungsalter des Kindes – gespiegelt, verstärkt oder als Korrektiv-Feedback beantwortet. Da ich mich in diesem Artikel auf die Beschreibung des Vorgehens bei sehr jungen Kindern mit DS beschränke, verzichte ich auf detaillierte Beschreibungen von lautsprachlich-orientierter logopädischer Therapie.

Die Artikulation von Kindern mit DS ist meistens sehr verwaschen. Die Ursachen hierfür sind in der Regel vielfältig: der hypotone Muskeltonus, auditive Wahrnehmungsprobleme, reduzierte Merkfähigkeit (geistige Behinderung). Eingebettet in

einem spielerischen Rahmen überprüfe ich zu Beginn die mundmotorischen Fähigkeiten des Kindes. Hier liegen bereits manche Gründe für eine verwaschene Artikulation.

Wenn das Kind alt genug ist, um sich auf Übungen aus dem Bereich der Phonologie und der auditiven Wahrnehmung zu konzentrieren, kann es wieder an der Zeit sein, dass ein logopädischer Therapieblock sinnvoll ist. Eingebettet in sinnvolle Tätigkeiten, die dem Interesse des Kindes entsprechen (Rollenspiele wie Einkaufen oder das Spiel mit Holztieren), biete ich dem Kind Übungen aus der phonologischen Therapie an. Wenn ich beobachte, dass das Kind aufmerksam ist für unterschiedliche Präsentationen eines Wortes oder Geräuschs, verlasse ich die Rollenspielebene und spreche mit dem Kind hierüber. („Ich glaube, Du hast eben gehört, dass ich das anders gesagt habe als Du, soll ich das noch mal machen? ...“). Das Kind ist dann aber meistens schon mindestens fünf Jahre alt oder älter.

Meine Erfahrung ist, dass das Kind, sobald es die Unterschiede wahrnimmt und motorisch zur richtigen Lautbildung in der Lage ist, das Wort richtig artikuliert. Sobald das der Fall ist, bitte ich das Kind, die richtige

Artikulation einige Male zu wiederholen, unter Umständen auch im Wechsel mit mir. Dieser Prozess dauert natürlich in der Regel länger als beim Kind ohne DS. Ich fordere die Eltern trotzdem nicht auf, zu Hause die Übungen durchzuführen.

Auch der Zeittakt für den Satzbau und die Grammatikentwicklung ist bei Kindern mit DS deutlich verzögert. Wir lehnen es jedoch trotzdem ab, mit geistig behinderten Kindern Übungsprogramme zu absolvieren, an denen das Kind nicht partizipieren, bei denen es nicht kooperieren kann. Angebote zur Verbesserung des Satzbaus sind beispielsweise Buchbetrachtungen, die mit Symbolkärtchen zu den einzelnen Worten begleitet werden. (Literacy Skills: Was – macht – der – Bär? Der Bär trinkt Milch, der Bär fährt Auto.)

Hier beobachte ich jedoch, dass der Druck auf das Kind, das kurz vor der Einschulung steht, enorm hoch ist. Für dauerhafte Erfolge ist aber die Kooperation mit ihm nötig. Wenn das Kind und die Eltern extremen Erwartungen ausgesetzt werden, verändert sich trotz großer Bemühungen wenig in der Alltagssprache des Kindes – und um die geht es schließlich.

Elternberatung

Viele Eltern kleiner Kinder mit Down-Syndrom in Berlin sind in Selbsthilfegruppen wie der Lebenshilfe e.V. organisiert. Dort bekommen sie neben einer emotionalen Unterstützung und Informationen rund um das Down-Syndrom auch Informationen darüber, welche und wie viele Therapien andere Kinder mit DS wöchentlich „absolvieren“. Eltern vergleichen nicht nur den Entwicklungsstand ihrer Kinder, sondern sehen diesen häufig im Zusammenhang mit dem Ausmaß an therapeutischem Input. Ein wichtiges Thema in meinen Gesprächen mit Eltern ist daher, die Zusammenhänge zwischen der Individualität der Kinder, dem Ausmaß der „externen“ Förderung und der Bedeutung der alltäglichen Unterstützung anzusprechen. Wir versuchen den Eindruck „viel Therapie hilft viel“ zu entkräften.

Es kommt durchaus vor, dass ich Eltern „nur“ darin unterstütze, sich ihrem Kind gegenüber weiterhin so verhalten, wie sie es bisher getan haben – weil derzeit keine zusätzlichen „Maßnahmen“ sinnvoll erscheinen und sich das Kind seinen Fähigkeiten entsprechend optimal entwickelt. Ich erkläre Eltern immer, wie ich zu meinen

Entscheidungen komme, wie wir zwischen sinnvollen und notwendigen Interventionen und beobachtendem Abwarten unterscheiden. Ich möchte auf keinen Fall die zarten Ansätze intuitiver Kommunikation zwischen Eltern und Kind durch „therapeutische Tipps“, die Eltern unter Druck setzen könnten, aus dem Gleichgewicht bringen. Vielleicht empfehle ich Eltern zu beobachten, in welchen Situationen das Kind Blickkontakt aufnimmt und welche Bedeutung er dann haben könnte.

Wenn ich sicher bin, dass der Gebrauch einzelner Gebärden in der spezifischen Eltern-Kind-Kommunikation nicht störend ist, empfehle ich den Eltern, den Gebrauch von Gebärden im Alltag zu probieren. Das kann auch schon recht früh sein, also bevor das Kind ein Jahr alt ist: Wenn die Eltern wissen, dass das Kind weint oder sich beschwert, weil es Hunger hat, kann man, während man beruhigend mit ihm spricht, sein Lätzchen zeigen. Parallel dazu kann das Wort „essen“ gebärdet werden, eine Gebärde, die absolut selbsterklärend ist. Wenn sich diese Situation ein vielfaches Mal wiederholt hat, wird das Kind je nach Alter eine Erwartungshaltung entwickeln. Die Gebärde kann im Grunde nicht zu früh

benutzt werden – schließlich sprechen wir auch mit Kindern in einem Alter, in dem wir nicht erwarten, dass sie uns mit Lautsprache antworten.

Abhängig vom Entwicklungsstand des Kindes verabschiede ich mich am Ende der Stunde von der Familie für zwei bis drei Monate und gebe ihnen unter Umständen nur eine einzige Gebärde (in selten Fällen auch mal zwei Gebärden, nämlich die für essen und die für Windel) „zum Üben“ mit, sowie ein Kaffee-Glas als Leihgabe. Wie erwähnt kommt es aber auch vor, dass ich „nur“ meine Beobachtungen beschreibe und meine Einschätzung, dass es noch etwas Zeit braucht, bis erste zusätzliche kommunikative Angebote sinnvoll sind. Die Aspekte der Mundmotorik bzw. der orofacialen Stimulation finden sich natürlich immer dann in einer Empfehlung wieder, wenn sie Gegenstand der Beratung waren.

Fazit

Die Beschreibung meiner Arbeit mit Familien, die ein junges Kind mit DS haben, fußt auf einer mittlerweile 14-jährigen Erfahrung. Bis auf drei Kinder haben alle Kinder die Lautsprache erworben, zwei von

den dreien benutzen einige Gebärden, der dritte, mittlerweile ein Jugendlicher, hat zusätzlich auch Autismus. Alle Kinder, die in der Ambulanz betreut werden, besuchen integrative Kindertagesstätten, sie haben also täglich lautsprachlich kommuniziert die Kinder um sich. Die hohe Zufriedenheit der Eltern und die gute Entwicklung der Kinder bestärken uns darin, den eingeschlagenen Weg weiterzugehen und weiterzuentwickeln.

Motiviert wurde ich zu dieser relativ genauen Beschreibung meiner Tätigkeit zum einen durch Eltern, die „unseren“, das heißt den Pikler-Ansatz sehr schätzen, sowie zum anderen durch Kolleginnen, die wie wir in diesem Vorgehen eine optimale Unterstützung kleiner Kinder mit DS und deren Familien sehen.

Meines Erachtens kann der vorgestellte Therapieansatz optimal im Zusammenhang einer interdisziplinären Einrichtung der Frühförderung praktiziert werden. Die logopädische Tätigkeit ist Teil einer Komplexleistung – und das meine ich nicht nur unter dem finanziellen Aspekt. So gesehen ist das Konzept auch ein Beitrag für die Unterstützung der berufspolitischen Forderung der Festanstellung von Logopädinnen in

interdisziplinären Einrichtungen der Frühförderung.

Literatur

- Aly, M. (1999). *Mein Kind im ersten Lebensjahr. Frühgeborenen, entwicklungsverzögert, behindert – oder einfach anders? Ein Ratgeber für Eltern*. Berlin: Springer
- Kristen, U. (1999). *Praxis Unterstützte Kommunikation. Eine Einführung* (3. Auflage). Düsseldorf: Selbstbestimmtes Leben
- Maisch, G., Wisch, F. H. (1994-2001). *Gebärden-Lexikon*, 4 Bände. Hamburg: Verlag hörgeschädigte Kinder
- Pikler, E. (2001). *Lasst mir Zeit. Die freie Bewegungskentwicklung des Kindes bis zum freien Gehen* (2. Auflage). München: Pflaum
- Pikler, E. (2006). *Friedliche Babys – zufriedene Mütter. Pädagogische Ratschläge einer Kinderärztin* (20. Auflage). Freiburg: Herder
- Pikler, E., Falk, J., Tardos, A. (1994). *Miteinander vertraut werden. Erfahrungen und Gedanken zur Pflege von Säuglingen, Kleinkindern*. Freiamt: Arbor
- Pikler, E., Tardos, A. (2005). *Miteinander vertraut werden. Wie wir mit Babies und kleinen Kindern gut umgehen – ein Ratgeber für junge Eltern* (6. Auflage). Freiburg: Herder
- Spiegelhalter, J.: *Mit den Händen singen – Die Foto CD*. Karlsruhe: Von Loeper
- Spitzer, M. (2002). *Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens*. Heidelberg: Spektrum

Wilken, E. (2003). *Sprachförderung bei Kindern mit Down-Syndrom*. Berlin: Spiess

Zollinger, B. (2004). *Die Entdeckung der Sprache* (6. veränderte Auflage). Bern: Haupt

Schriftenreihe der Pikler-Gesellschaft

- Reismann, M. (1991). *Beziehungen. Fotografien*
- Vincze, M. (1992). *Schritte zum selbständigen Essen*
- Kálló, E., Györgyi B. (1996). *Von den Anfängen des Freien Spiels*
- Pikler Gesellschaft Berlin e.V. (Hrsg.) (1998). *Das kleine Kind mit Down-Syndrom. Beiträge zu einem Symposium*
- Strub U., Tardos, A. (Hrsg.) (2006). *Im Dialog mit dem Säugling und Kleinkind*.
- Von Allwörden, M., Wieser, M. (2002). *Vorbereitete Umgebung für Baby und kleine Kinder. Ein Handbuch für Familien, Krippen und Krabbelstuben*

Links

- Pikler-Gesellschaft Berlin e.V.
www.pikler.de
- Deutsches Down-Syndrom Infocenter
www.ds-infocenter
- Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V.
www.isaac-online.de

Autorin

Cornelia Deckenbach
Berchtesgadener Str. 15, 10825 Berlin
deckenbach@dbl-ev.de