

TEXT: CONSTANZE FLADER

LOGO- PÄDIE IM PFLEGE- ALLTAG

Ein Überblick über Merkmale
logopädischer Störungsbilder
im Kindesalter von 0 bis 6 Jahren

Um Patient/inn/en im Alter von 0–6 Jahren optimal versorgen zu können, ist eine Vernetzung unterschiedlicher Disziplinen und Institutionen unabdingbar. Besonders im frühen Lebensalter werden elementare Entwicklungsschritte durchlaufen, die zu einer gesunden Entwicklung und Entfaltung eines jeden Menschen beitragen. Neben motorischen und sensorischen Aspekten spielen interaktionelle und auch kommunikative Aspekte eine wesentliche Rolle. Der folgende Artikel liefert eine Übersicht über Merkmale logopädischer Störungsbilder. Ziel ist es, einen ganzheitlichen Blick zu schärfen, um Interdisziplinarität zu stärken.

ELEMENTARE BAUSTEINE DER KINDLICHEN ENTWICKLUNG

Die einzelnen Entwicklungsschritte lassen sich grob in folgende drei Bereiche einteilen: 1. Motorik, 2. Sensorik, 3. Kommunikation.

Die motorische Entwicklung beginnt damit, dass ein Säugling seinen Körper kennen lernt, sich dreht, aufrichtet und beginnt zu laufen.

Der Bereich der Sensorik umfasst die Wahrnehmungsfähigkeit eines Kindes. Kleinkinder lernen sich und die Umgebung wahrzunehmen, zielgerichtet hinzusehen, Dinge zu greifen, zu ertasten und deren Funktion zu erfassen. Auch die Emotionalität findet in der Sensorik ihre Verankerung. Regulative Faktoren wie das Schreien, Schlafen und Essen spielen eine wesentliche Rolle. Jegliche Entwicklungsschritte werden durch verschiedene Bezugspersonen kommunikativ begleitet. Im Bereich der Kommunikation entwickelt sich ein gefestigter Blickkontakt, der die Kommunikation zwischen Kind und Erwachsenen oder auch Kindern untereinander erst möglich macht. Ist dieser vorhanden, können Kommunikation stattfinden oder kommunikative Fähigkeiten ausgebaut werden. In der frühen Kindheit sind die Gehirnstrukturen eines jeden Menschen so angelegt, dass das Gehirn veränderbar ist. Das bedeutet, dass eine motorische, sensorische und kommunikative Förderung möglich ist. Je erfolgreicher einzelne Entwicklungsschritte durchlaufen werden, umso günstiger erscheint es weitere Entwicklungsschritte angehen zu können.

Was bedeutet das für die Logopädie?

Bei der logopädischen Diagnostik finden alle drei Entwicklungsbereiche – Grobmotorik, Sensorik und Kommunikation – eines Kindes Beachtung. Im Wesentlichen bedeutet dies, dass die kognitive Entwicklung, die sozio-emotionale Entwicklung, die motorischen Fähigkeiten, das Tasten, Sehen, Hören sowie die Bewegungsmöglichkeiten der Gesichtsmuskulatur (u.a.

Zunge, Lippen) und die Kommunikation (Schreien, Lautieren, Sprechen) den behandelnden Logopäd/inn/en Aufschluss darüber geben, welche Basiskompetenzen für den Spracherwerb oder die altersgerechte Schluckkompetenz vorhanden sind. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Interaktion bzw. Kommunikation im natürlichen Umfeld des Kindes, also wie Sprache von Angehörigen angeregt und gelebt wird. Auf Grundlage dieser Beobachtungen entscheiden Logopäd/inn/en, welche Form logopädischer Intervention förderlich ist.

LOGOPÄDISCHE STÖRUNGSBILDER UND IHRE MERKMALE

Logopädische Störungsbilder im Kindesalter von 0–6 Jahren lassen sich grob in kindliche Sprach- und Sprechstörungen, Redeflussstörungen, Schluckstörungen, Stimmstörungen, Hörstörungen und Störungen der Orofazialen (Oro = Mund; fazial = Gesicht) Muskulatur einteilen.

1. TYPISCHE SPRACH- UND SPRECHSTÖRUNGEN IM KINDESALTER

Auf dem Weg zu einer fehlerfreien und klar verständlichen Kommunikation, werden verschiedene Entwicklungsstufen durchlaufen. Das Sprechen beginnt mit einem Brabbeln und Lallen bis erste Worte und schließlich Sätze gebildet werden. Die kommunikativen Fähigkeiten eines Kindes werden immer in Bezug zum Alter gesetzt. Kommunizieren Kinder bspw. im Alter von 2 Jahren nicht in 1–2 Wortsätzen, spricht man von »Late Talkern«. Sind sprachliche Kompetenzen eines Kindes außerhalb der Norm, spricht man von einer logopädisch behandlungsbedürftigen Störung.

Logopädische Störungen umfassen Schwierigkeiten auf verschiedenen Ebenen: Im Verständnis von Sprache (Sprachverständnis), in der richtigen Lautverwendung (Phonologie), in der Aussprache von Lauten (Phonetik), im verfügbaren Wortschatz (Lexikon) sowie in der Grammatik mit all ihren Tücken der jeweiligen Sprache. Bis zum Alter von fünf Jahren ist der primäre phonetisch-phonologische und grammatikalische Spracherwerb abgeschlossen.

Eine Sonderform von Sprach- und Sprechstörungen im Kindesalter sind neurologisch oder psychologisch bedingte Auffälligkeiten der Sprache bzw. des Sprechens. Neurologisch bedingt bedeutet, dass ein neurologisches Ereignis vorliegt und bspw. eine sog. Aphasie, Dysarthrie oder auch verbale Entwicklungsdyspraxie (=kindliche Sprechapraxie) ausgelöst hat. Symptome einer Aphasie lassen sich ähnlich beschreiben wie bei den oben genannten

Sprachstörungen erläutert. Bei einer Dysarthrie kommt es zu einer »verwaschenen« Sprache. Bei einer verbalen Entwicklungsdyspraxie werden die richtigen Laute nicht korrekt artikuliert. Hierbei handelt es sich im Unterschied zur phonetischen oder phonologischen Störung allerdings um eine sprechmotorische Störung, d. h. das Kind kennt die korrekten Laute, aber kann sie motorisch nicht korrekt ausführen. Psychologisch bedingte Auffälligkeiten im Spracherwerb zeigen sich bspw. bei einem sog. Mutismus. Mutismus bedeutet so viel wie »Sprechangst«. Häufig berichten Eltern, dass das Kind mit ihnen oder einzelnen Personen »plappere, wie ein Wasserfall«, in anderen Situationen aber überhaupt nicht spreche.

Was heißt das für die Pflege?

Da betroffene Kinder mit einer Sprachstörung (Sprachverständnis, Wortschatz, Grammatik) Schwierigkeiten haben sprachlich zu folgen, können bei den Betroffenen Ängste entstehen. Ihnen hilft es, wenn Handlungen sprachlich begleitet werden. Achten Sie auf Blickkontakt, sprechen Sie langsam und bilden Sie kurze Sätze. Dies ermöglicht es dem Kind, Situationen bestmöglich zu begreifen. Stellen Sie Fragen, worauf das Kind mit »Ja/Nein« reagieren kann. Ein Bild oder Gegenstand kann unterstützend helfen. Begegnen Ihnen ein Kind mit Sprechstörungen, ist es für das Kind förderlich, wenn es nicht direkt verbessert wird. Kann das Kind einen Buchstaben nicht korrekt aussprechen oder verwendet einen anderen Buchstaben (z. B. »Keggybär«), hilft es dem Kind, wenn das Gesagte in korrekter Form wiederholt wird, (z. B. »Ja das stimmt, das ist ein Teddybär«). Fehlerhafte Laute können dabei betont werden, um die Korrektur zu unterstreichen.

2. REDEFLUSSSTÖRUNGEN

Bei den sogenannten Redeflussstörungen handelt es sich um das Stottern und Poltern. Das Stottern bezeichnet eine stockende Sprache, welche durch Wiederholungen geprägt ist. Von einem Poltern sprechen Logopäd/inn/en, wenn sich ein Kind häufig »verhaspelt«, sehr schnell spricht oder Sätze abbricht und beliebig wieder einführt.

Was heißt das für die Pflege?

Kinder, die stottern, brauchen insbesondere Zeit und einen natürlichen Umgang, um das, was sie Ihnen mitteilen möchten, ausdrücken zu können. Bei Kindern, die poltern, sprechen Sie möglichst in kurzen, strukturierten Sätzen, die möglichst gleich aufgebaut sind. So hat das Kind die Möglichkeit, diese Satzstruktur zu übernehmen.

3. (FRÜH)KINDLICHE SCHLUCKSTÖRUNGEN

(Früh)kindliche Schluckstörungen im klassischen Sinne bezeichnen eine Aspiration von Nahrung in die Luftröhre vor, bei oder nach der Nahrungsaufnahme. Aufgrund von bspw. einer Frühgeburtlichkeit oder Muskelschwäche, einem Gendefekt oder auch interaktionellen Schwierigkeiten kann es zu Auffälligkeiten in der Nahrungsaufnahme kommen. Das kann sowohl das Stillen, Trinken aus der Flasche, Essen mit dem Löffel oder auch den Übergang von verschiedenen Nahrungskonsistenzen betreffen (beispielsweise von Brei auf Brot). Anzeichen einer (früh)kindlichen Dysphagie können bspw. sein:

- › desorganisiertes Trinkmuster
- › Husten/Räuspern während oder nach dem Trinken/Essen
- › brodelige Atmung/brodeliger Stimmklang während oder nach dem Trinken/Essen
- › Milch, Nahrungsreste oder Speichel laufen während oder nach dem Trinken/Essen aus dem Mund heraus
- › unerklärliche Gewichtsabnahme
- › unerklärlich, wiederkehrende Pneumonien
- › Verweigerung von Trinken und/oder Essen
- › Würgen bis hin zum Erbrechen vor, während oder nach dem Trinken/Essen

Kann das Kind über einen längeren Zeitraum nicht genügend Nährstoffe aufnehmen, wird eine nasogastrale Sonde für diesen Zeitraum notwendig, um das Kind ausreichend mit Nährstoffen zu versorgen. Nur dann sind ein Wachstum und Gedeihen möglich. Kann ein Kind auf unbestimmte Zeit oral keine Nahrung aufnehmen, wird es meist mit einer PEG versorgt. Kommt es zu einer permanenten Aspiration von Speichel oder zu permanenter Luftnot, kann eine Trachealkanüle nötig sein.

Was heißt das für die Pflege?

Ist ein Kind von einer (früh)kindlichen Dysphagie betroffen, geht der Situation meist eine lange Krankheitsgeschichte voraus, welche die Familie schwer belastet. Hierbei ist ein interdisziplinäres Vorgehen besonders wichtig, um das Kind und die Familie optimal zu versorgen. Mögliche Disziplinen sind jenseits der medizinischen und pflegerischen Versorgung u. a. die Physiotherapie, Ergotherapie, Psychologie und Musiktherapie. Logopäd/inn/en sollten hinzugezogen werden, um bspw. ein möglichst natürliches Trink- und/oder Esstraining durchzuführen. Für Eltern und Kind ist es je nach Schwierigkeit bei der Nahrungsaufnahme wichtig, ausreichend Ruhe zu haben, eine angenehme und förderliche Position zu finden, dem Kind Autonomie zu ermöglichen und dem Kind eine Konsistenz anzubieten, welche an die aktuellen Fähigkeiten des Kindes angepasst sind.

4. STIMMSTÖRUNGEN

Kindliche Stimmstörungen zeigen sich durch eine andauernde Heiserkeit eines Kindes, häufiges Räuspern und/oder ein ungewöhnlich hoher oder niedriger Stimmklang. Auch häufiges Schreien, permanentes lautes Sprechen oder eine auffällige Atmung können Merkmale sein.

Was heißt das für die Pflege?

Kinder, deren Stimme auffällig erscheint benötigen dringend eine logopädische Beratung hinsichtlich der Stimmhygiene. Darunter fallen Aspekte wie die Beachtung des Raumklimas, nicht gegen Lärm zu sprechen, nicht zu laut zu sprechen, aber auch nicht zu lange zu flüstern.

5. HÖRSTÖRUNGEN

Das Hören spielt von Geburt an eine wesentliche Rolle in der Kommunikation. Ist das Hören in einer sensiblen Phase der Sprachentwicklung eingeschränkt, kann das zu Sprach- und Sprechstörungen führen. Eine Versorgung mit »Paukenröhrchen« oder mit Hörgeräten bzw. einem CI kann notwendig sein. Eine Sonderform der Hörstörungen in der logopädischen Praxis ist die Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung, welche häufig unerkannt bleibt und Kindern das Erlernen von Sprache sowie den Lese- und Schriftspracherwerb erschwert. Im Alltag fällt am ehesten auf, dass betroffene Kinder sich nicht oder verzögert zu einer Geräuschquelle drehen oder auf Sprache reduziert reagieren.

Was heißt das für die Pflege?

Betroffenen Kindern hilft es, wenn Sie warten mit dem Sprechen, bis ein eindeutiger Blickkontakt besteht. Zudem können Sie auf ihr Mundbild verweisen oder Gesten benutzen. Kurze Sätze und langsames, lautes Sprechen unterstützt das Gesagte verstehen zu können.

6. STÖRUNGEN DER OROFAZIALEN MUSKULATUR/ MYOFUNKTIONELLE STÖRUNG

Die orofaziale Muskulatur entwickelt sich von Geburt an. Durch das Erkunden der Finger mit dem Mund und später verschiedener Gegenstände baut sich die orofaziale Fähigkeit weiter aus. Auch die natürliche Entwicklung bei der Nahrungsaufnahme von Brei zu Brot bspw. ist von muskulären bzw. motorischen Fähigkeiten abhängig. Aufgrund von einem Ungleichgewicht der Muskulatur kann es zu einer ungünstigen Entwicklung von Gaumen, Zunge,

Zahnstellung oder des Schluckmusters kommen. Häufig zeigen diese Kinder u. a. eine anhaltende Mundöffnung, Schnarchen oder »Lispeln«.

Was heißt das für die Pflege?

Bei Störungen der orofazialen Muskulatur ist die Zusammenarbeit von Kieferorthopäd/inn/en, ggf. Hals-Nasen-Ohrenärzt/inn/en und Logopäd/inn/en unabdingbar.

FAZIT

Die aktuell bestehenden Versorgungsstrukturen führen häufig dazu, dass behandlungsbedürftige logopädische Störungsbilder nicht rechtzeitig erkannt und somit nicht rechtzeitig therapiert werden. Ein interdisziplinäres Verständnis für den jeweiligen Tätigkeitsbereich und die Bereitschaft für Interdisziplinarität könnte zu Strukturen führen, die es ermöglichen Entwicklungsstörungen zeitnah entgegenzutreten zu können und somit eine optimale Versorgung von Patient/inn/en gewährleisten zu können. Begegnen Ihnen in der Pflege ein Kind mit Merkmalen logopädischer Störungsbilder, seien Sie aufmerksam. Besonders bei (früh)kindlichen Dysphagien, Trachealkanülenmanagement und der Sondenentwöhnung ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit unabdingbar, um die bestmögliche Förderung und Lebensqualität für betroffene Kinder zu gewährleisten. ♦

.....

Constanze M. Flader
Logopädin, M.Sc. [SLT]