



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Die Relevanz der pränatalen Psychologie für die heilpädagogische
Frühförderung“

Verfasserin
Vanja Gavrilovic

angestrebter akademischer Grad
Magistra der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, 2008
Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297
Studienrichtung lt. Studienblatt: Pädagogik
Betreuerin: Dr. Andrea Strachota

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Problemskizze.....	4
Fragestellung und Methode.....	8
Aufbau der Arbeit.....	8
1 Frühförderung	
1.1 Entstehungsgeschichte.....	10
1.2 Aufgaben der Frühförderung.....	11
1.2.1 Früherkennung/Frühdiagnostik.....	12
1.2.2 Frühberatung.....	13
1.2.3 Frühtherapie.....	14
1.2.4 Früherziehung.....	16
1.3 Zielebenen der Frühförderung.....	18
1.3.1 Zielebene 1.....	18
1.3.2 Zielebene 2.....	19
1.3.3 Zielebene 3.....	19
1.4 Interdisziplinarität und Kooperation in der Frühförderung.....	20
1.5 Theoretische Fundamente der Frühförderung.....	23
1.5.1 Systemischer Ansatz.....	23
1.5.2 Systemischer Ansatz in der Frühförderung.....	24
1.5.3 Die systemische Sichtweise bezogen auf das Kind.....	24
1.5.4 Systemisches Vorgehen bezogen auf die Eltern.....	25
1.5.5 Die systemische Sichtweise bezogen auf die Frühförderln.....	28
2 Pränatale Entwicklung	
2.1 Erste pränatale Entwicklungsphase (Embryonalzeit).....	30
2.2 Zweite pränatale Entwicklungsphase (Fötalzeit).....	34
2.3 Dritte pränatale Entwicklungsphase (Perinatalzeit).....	39
2.4 Mögliche Störungen bei der vorgeburtlichen Entwicklung... ..	42

3 Pränatale Psychologie

3.1 Geschichte der pränatalen Psychologie.....	44
3.2 Methoden der pränatalen Psychologie.....	45
3.3 Forschungsergebnisse.....	47
3.3.1 Untersuchungen aus dem Gebiet der Tierverhaltensforschung.....	47
3.3.2 Tiefenpsychologische Studien.....	48
3.3.3 Empirische Untersuchungen an Menschen.....	50
3.3.4 Direkte Beobachtungen an Neugeborenen.....	53
3.3.5 Auswirkungen physischer und psychischer Belastung der Mutter auf die pränatale Entwicklung.....	55

4 Eine systematische Untersuchung der Fragestellung an Hand von Fachpublikationen

4.1 Verwendete Fachpublikationen.....	59
4.1.1 Bücher.....	60
4.1.2 Fachzeitschriften.....	62
4.2 Untersuchungszeitraum.....	68
4.2 Auswahlkriterien der einzelnen Fachbeiträge.....	68
4.4 Präsentation der ausgewählten Beiträge.....	69
4.5 Geplante inhaltliche Analyse.....	69

5 Resümee.....72

Literaturverzeichnis.....76

Anhang.....83

Einleitung

Problemskizze

„Im Rahmen sonder- und heilpädagogischer Handelns- und Denkprozesse wurde schon immer die Frage nach dem Woher, also nach den Ursachen von Störungen und Behinderungen, gestellt“ (Bundschuh 2002, 28). Nach Köhn (1998, 15) versteht sich Heilpädagogik als individuelle Erziehungshilfe und Entwicklungsförderung für Menschen, die unter „erschwerenden Bedingungen“ leben. Sie befasst sich mit Problemen der Erziehung und Bildung in menschlichen Beziehungs- und Lernverhältnissen, die als Behinderungen, Störungen oder Gefährdungen die Entwicklung des Menschen beeinträchtigen. Sie bemüht sich, ein „biosozial-interaktionales Erklärungssystem“ (Speck 1979, 82) zu entwickeln, das Risikofaktoren, ihr mögliches Zusammenwirken sowie mögliche Symptome bzw. Symptomverbindungen aufzeigt. Ein allgemein anerkanntes Aufgabengebiet der Sonder- und Heilpädagogik ist die Frühförderung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern (Pflüger 1991, 13).

Heilpädagogische Frühförderung „ist dann gefordert, wenn durch eine vorliegende oder nachweislich drohende Behinderung eine spezielle, d. h. kritische Erziehungssituation und damit besondere Erziehungsbedürfnisse für ein Kind eingetreten sind“ (Speck 1985, 50). Ziel der heilpädagogischen Frühförderung ist es, die betreffenden Kinder in ihrer Entwicklung so zu fördern, dass sie ihre Fähigkeiten optimal entfalten und ein soweit wie möglich „normales“ Leben führen können (Schlack 1983, 103). Insbesondere sind die ersten Lebensjahre als „sensible Phasen“ die entwicklungsintensivsten Abschnitte im Leben eines Kindes (Becker 1986, 168). Diese gilt es zu nutzen, um bereits vorhandene Schädigungen möglichst früh zu beseitigen, und wenn sie nicht zu beseitigen sind, eine Ausweitung dieser Schädigungen zu verhüten. Dabei ist eine interdisziplinäre Kooperation von Pädagogik, Medizin und Psychologie, und zwar in allen ihren Spezialisierungen, von großer Bedeutung (Pöltner 1986, 179 f.). Eine dieser Spezialisierungen, auf die in dieser Diplomarbeit näher eingegangen werden soll, ist die pränatale Psychologie. Die Entwicklungspsychologin Meyer (1987, 494) ist der Meinung, dass die pränatale Phase derzeit in der Frühförderung zu wenig berücksichtigt wird. Sie betont die Wichtigkeit der pränatalen Phase für das spätere Verhalten des Kindes und für die

Entwicklung seiner geistigen Strukturen. Auch Hepper (2005, 82) schreibt, dass die pränatale Phase für die lebenslange Entwicklung des Menschen eine entscheidende Rolle spielt und dass der Fetus ein aktiver Gestalter seiner Entwicklung ist.

„Sein Verhalten in der Gebärmutter dient seinem intrauterinen Überleben und bereitet ihn auf das Leben nach der Geburt vor. Die von ihm gezeigten Verhaltensweisen sind nicht zufällig entstanden, sondern haben sich entwickelt, um sicherzustellen, dass der Fetus den bestmöglichen Start ins Leben hat und über die notwendigen Fähigkeiten für seine nächste Lebensphase verfügt“ (Hepper 2005, 82).

„Pränatal können auch sensorische Behinderungen bestehen, die weitgehende Folgen für die Gesamtentwicklung haben. Wenn z.B. eine Beeinträchtigung des Gehörs besteht, so hat das Neugeborene bereits ein Defizit an akustischen Erfahrungen von 4 Monaten. Durch die Koordination zwischen Motorik und Sensorik haben Ausfälle in einem Bereich immer Rückwirkungen auf den anderen“ (Meyer 1987, 495). Die Annahme, ein Neugeborenes, welches pränatal eine Beeinträchtigung des Gehörs hat, könnte ein Defizit an akustischen Erfahrungen von 4 Monaten haben, beruht auf der Erfahrung, dass Babys drei bis vier Monate vor der Geburt mit motorischen Reizen auf Geräusche antworten. Daraus wurde geschlossen, dass ihnen bei einer pränatalen Beeinträchtigung des Gehörs, diese 4 Monate, in denen sie akustische Erfahrungen machen könnten, fehlen (Hidas; Raffai 2006, 30). Die Frage, die sich bei dieser Schlussfolgerung ergibt, ist ob man bei einer fehlenden motorischen Reaktion auf ein Geräusch gleich auf eine sensorische Behinderung (weil das Geräusch nicht wahrgenommen wurde) oder vielleicht doch auf eine motorische Behinderung (weil keine motorische Reaktion möglich ist) schließen kann, und wie dieses Wissen über die pränatale Entwicklung im Rahmen einer heilpädagogischen Frühförderung angewendet werden kann. Die Kindertherapeutin Summer (1987, 499) erklärt am Beispiel des frühkindlichen Autismus, wie Störungen in der pränatalen Phase Auswirkungen auf die spätere Entwicklung des Kindes haben können. „Rhythmisches Gleichmaß, feines Umschweben der Mitte, sind der Quellgrund für das Basisgefühl der lebendigen Sicherheit und des Wohlsens. Dieses Wohlsein dämmert schon in der pränatalen Zeit zu immer volleren und hellerem Erleben auf“ (ebd.). Störungen dieses rhythmischen Gleichmaßes in der pränatalen Phase können in verschiedenen Phasen des Lebens als Entwicklungsstörung, Krankheit oder Behinderung auftreten. Summer (1987, 499) ging davon aus, dass diese Störungen bei ihrer Patientin in der

Form des kindlichen Autismus aufgetreten waren. Sie erkannte bei ihrer vierjährigen autistischen Patientin die Pathogenese einer pränatalen Rhythmusstörung und baute eine entsprechende Therapie auf, die Wirkung gezeigt hat. Sie suchte für das autistische Mädchen eine „lebendige Wiege“, die ihr das geben sollte, was ihr in der pränatalen Phase gefehlt hatte. Diese „Wiege“ war eine für diesen Fall speziell ausgebildete Mitarbeiterin, die sich dem Mädchen langsam angenähert und versucht hat, mit ihr die fehlenden Entwicklungsphasen schrittweise nachzuholen. Summer (ebd., 503) erklärt den Ausgang der Therapie folgendermaßen: „Mit aller Sorgfalt und Hingabe musste die psychische Schwangerschaft durchgetragen werden, sodaß nachreifen konnte, was zur rechten Zeit sich nicht entfaltetete“ (Summer 1987, 499). Die Wichtigkeit der pränatalen Phase für die heilpädagogische Frühförderung betont auch Fröhlich (1997, 180). Er schreibt, dass die pränatalen Erfahrungen des Fötus von höchster Bedeutung für die Entwicklung des Körper-Ichs sind, welches als frühe Form des Selbstbewusstseins betrachtet werden kann.

„Vibratorische, vestibuläre und somatische, d.h. den ganzen Körper betreffende Informationen bilden für das Kind das Ausgangsmaterial, ein eigenes Ich in einer Abgrenzung zum Rest der Welt herauszubilden: die Haut als Kontakt- und Abgrenzungsorgan, das Innenohr mit seiner Fähigkeit, die Lage im Raum zu bestimmen und Bewegungen einzuschätzen, sowie der Vibrationssinn, der dem Kind hilft, von außen kommende Schwingungen (Stimmen, Töne, Geräusche etc.) mit dem ganzen Körper aufzunehmen und zu verarbeiten. Über die Vibration erfährt das Kind auch körperliche Tiefeneindrücke, das Skelettsystem wird über die Schwingung als stabiler Zusammenhalt im Inneren des Körpers erfahrbar“ (Fröhlich 1997, 180).

Ein ebenfalls wichtiges Thema in der pränatalen Psychologie, das für die heilpädagogische Frühförderung von Bedeutung sein könnte, sind die Auswirkungen von physischen und psychischen Belastungen der Mutter in der Schwangerschaft auf die vorgeburtliche psychische und physische Entwicklung des Kindes. Einige Beispiele für die Auswirkung psychischer Belastungen der schwangeren Mutter auf die Entwicklung des Kindes beschreibt Rittelmeyer (2005, 23):

„In der Tat zeigten Untersuchungen von Müttern, die z.B. durch Bombenangriffe bedingte Angstzustände durchzustehen hatten oder die terroristische Angriffe, politische Morde und Naturkatastrophen im Fernsehen miterlebten, dass sie häufiger überaktive, leicht erregbare, entwicklungsverzögerte, untergewichtige oder ängstliche Kinder zur Welt brachten. Ferner konnte man beobachten, dass z. B. die motorischen Aktivitäten des Fetus in solchen Stresssituationen zunehmen. Auch längerfristige Aufregung der Mutter im Familienzusammenhang, Depression, Ablehnung der Schwangerschaft oder Arbeitslosigkeit eines Familienmitgliedes stellen Stressfaktoren dar, die häufig mit Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen verbunden sind, die aber auch zu Apathiesyndromen, Anomalien des Trink- und Essverhaltens, zum Erbrechen oder zu häufigem Stimmungswechsel auf Seiten der Kinder nach der Geburt führen können“ (Rittelmeyer 2005, 23).

Auch Van den Bergh (2005, 105) betont, dass wissenschaftliche Untersuchungen aus unterschiedlichen Disziplinen immer deutlicher darauf hinweisen, dass Emotionen und Stress der Mutter während der Schwangerschaft Einfluss auf die pränatale und postnatale Entwicklung des Kindes haben können. Sie betont auch die Wichtigkeit einer interdisziplinären Forschung und schreibt: „Optimal wären interdisziplinär ausgerichtete prospektive Studien zur pränatalen Entwicklung, zum optimalen Erregungsniveau, zu Selbstregulationsmechanismen und Temperament; diese Faktoren spielen eine Rolle bei der Informationsverarbeitung, bei Erinnerungsprozessen, Aufmerksamkeits- und Inhibitionsstörungen, emotionalen Reaktionen (Affektregulation) und Stressreaktionen“ (Van den Bergh 2005, 104). Auch die Frühförderin Strohofer (2005, 21) betont, dass die Frühförderung Fachwissen aus verschiedenen professionellen Bereichen, wie z.B. Medizin, Psychologie, Sozialarbeit, Psychotherapie und Beratung, erfordert. Sie schreibt weiters, dass es notwendig ist, „dass sich das Team einer Frühförderstelle interdisziplinär zusammensetzt bzw. sich die Frühförderin über die Institution hinaus mit anderen Personen (z.B. Sozialarbeiterin, Therapeutin, Kindergärtnerin) vernetzt“ (Strohofer 2005, 21).

Fragestellung und Methode

Ziel dieser Diplomarbeit ist, zu untersuchen, ob und wenn ja in welcher Weise die Erkenntnisse der pränatalen Psychologie in der heilpädagogischen Frühförderung wahrgenommen und diskutiert werden. Es wird der Frage nachgegangen, inwieweit die Erkenntnisse der pränatalen Psychologie und ihre Relevanz für die heilpädagogische Frühförderung in heilpädagogischen Fachpublikationen thematisiert werden. So wird zum einen der Frage nachzugehen sein, ob diese Thematik in der heilpädagogischen Fachliteratur überhaupt zu finden ist. In Anlehnung soll die innerfachliche Auseinandersetzung mit den Erkenntnissen der pränatalen Psychologie untersucht werden – so soll etwa herausgearbeitet werden, ob gefundene Beiträge zur Thematik über eine rein deskriptive Darstellung hinausgehen und ob Konzeptentwicklungen für die Theorie und Praxis der heilpädagogischen Frühförderung erkennbar sind sowie auf welchen Ebenen der heilpädagogischen Frühförderung die Erkenntnisse der pränatalen Psychologie thematisiert werden.

Die Untersuchung über den innerfachlichen Diskurs zum Thema pränatale Psychologie findet auf Grundlage einer Literaturrecherche in renommierten heilpädagogischen Fachzeitschriften und Monographien des deutschsprachigen Raumes statt, die als repräsentativ für die Schweiz, Deutschland und Österreich angesehen werden können. Der Untersuchungszeitraum wird sich auf die letzten fünf Jahre beschränken.

Aufbau der Arbeit

Im ersten Kapitel wird es um die Frühförderung gehen. Zuerst wird die historische Entwicklung der Frühförderung nachgezeichnet, dann wird der Frage nach der Interdisziplinarität in der Frühförderung nachgegangen. Zum Schluss wird es um die theoretische Fundamente der Frühförderung gehen.

Im zweiten Kapitel werden die pränatalen Entwicklungsphasen beschrieben sowie mögliche Störungen, die in diesen Phasen entstehen können.

Das dritte Kapitel wird sich der pränatalen Psychologie widmen. Es wird um die Entstehung der pränatalen Psychologie gehen, und es werden die wichtigsten

methodischen Zugänge in der Erkenntnisgewinnung der pränatalen Psychologie beschrieben. Am Ende des dritten Kapitels werden wichtige Forschungsergebnisse der pränatalen Psychologie gezeigt.

Im vierten Kapitel werden zuerst grundlegende Informationen, die die Auswahl der heilpädagogischen Fachliteratur und den Untersuchungszeitraum betreffen, dargelegt. Danach wird die geplante inhaltliche Analyse vorgestellt.

Das fünfte Kapitel wird ein Resümee über die gewonnenen Erkenntnisse sein, die eine neue Grundlage für zukünftige Studien im Bereich der heilpädagogischen Frühförderung in Verbindung mit der pränatalen Psychologie bieten sollen.

1 Frühförderung

1.1 Entstehungsgeschichte

Die Anfänge der Frühförderung als professionelle Dienstleistung in der BRD sieht Speck bereits 1959 in dem Konzept der Hausspracherziehung hörgeschädigter Kinder (Speck 1977, 13). Aber erst die Erkenntnisse der Humanwissenschaften in den sechziger und siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts trieben den Ausbau eines flächendeckenden Frühfördersystems voran. Nach Koch (1999, 17) waren dies zum einen die medizinischen Erkenntnisse der Gehirnforschung über die neuronale Plastizität des kindlichen Gehirns. Zum anderen begann mit der Anlage-Umwelt Diskussion eine Auseinandersetzung zum Thema, inwieweit Umweltfaktoren die Entwicklung beeinflussen können. Somit wurde ein rein medizinisch-naturwissenschaftliches Reifungsverständnis abgelöst. Thematisiert wurde hierbei die soziale Bedingtheit von Behinderung, in dessen Verlauf sich das Interaktionistische Paradigma entwickelte, welches Behinderung als Ergebnis sozialer Zuschreibungsprozesse und Erwartungshaltungen versteht. Somit wuchs auch die Bedeutung der Frühförderung und 1973 forderte der Deutsche Bildungsrat erstmals ein System von Zentren für pädagogische Frühförderung neben klinischen Einrichtungen für Frühdiagnostik und Frühtherapie (ebd.). Diese Zweiteilung führte in der Praxis zu Kritik sowie Missverständnissen und man diskutierte eine Synchronisation beider Abläufe innerhalb gemeinsamer Einrichtungen. Dieses Vorhaben scheiterte aufgrund unterschiedlicher Vorstellungen. Beispielsweise forderten die VertreterInnen der medizinischen Seite große Zentren, während die pädagogischen VertreterInnen für dezentrale kleine Fördereinheiten plädierten (Speck 1977, 14). Die Arbeitsweise war weiterhin defizitorientiert und kindzentriert. Infolge der kognitiven Wende mit Aufkommen der Humanistischen Psychologie und der konstruktivistischen Entwicklungskonzeption Piagets wurde nun die kindliche Entwicklung als Interaktionsprozess mit der Umwelt aufgefasst, welcher aufgrund einer treibenden Kraft zustande kommt (Steinbach 2000, 57). Des Weiteren bewirkten nach Bölling-Bechinger (1998, 28) die Erkenntnisse der Bindungsforschung ein zunehmendes Verständnis für die Bedeutung der Eltern-Kind-Interaktion auf die Entwicklung des Kindes. Eine ganzheitliche familienorientierte Frühförderung wurde angestrebt. Die Voraussetzung zur Ganzheitlichkeit liegt in der interdisziplinären

Zusammenarbeit aller am Frühförderprozess beteiligten Bereiche, nämlich Medizin, Pädagogik, Psychologie und Sozialarbeit (Bölling-Bechinger 1998, 28).

In Österreich sind die Anfänge der Frühförderung in der Steiermark und in Wien zu finden. In den späten 1970er Jahren gab es in der Steiermark eine pädagogische Beratungsstelle (Postmann 1993, 62). In den 1980er Jahren begann sich dann, ausgehend von einer Frühförderung sehgeschädigter Kinder am Odilien-Blindeninstitut in Graz, die Frühförderung auch auf andere Behinderungsarten auszubreiten (ebd., 168). Mit dem 1985 in Zusammenarbeit mit der Kinderklinik Graz entwickelten Konzept für Frühförderung entstand der Verein für interdisziplinäre Frühförderung (ebd., 62). In Wien wurde eine Sonderpädagogische Ambulanz eröffnet. Sie sollte neben der allgemeinen Bereitstellung von Maßnahmen für behinderte Kleinkinder vor dem dritten Lebensjahr jenen Kindern gezielte Förderung bieten, deren Entwicklung aufgrund einer Behinderung so stark beeinträchtigt war, dass sie den Sonderkindergarten noch nicht besuchen konnten (Jugendamt der Stadt Wien, o. J., 11). Frühförderstellen in den anderen österreichischen Bundesländern folgten, sodass man heute im gesamten deutschsprachigen Raum etwa 1000 Frühförderstellen zählt (Pretis 2001, 7).

1.2 Aufgaben der Frühförderung

Nach Heißenberg (2005, 33) liegt die Aufgabe der Frühförderung darin, die Auffälligkeiten in der kindlichen Entwicklung frühzeitig zu erkennen, das Auftreten von Beeinträchtigungen zu verhüten und eingetretene Störungen und deren Folgen zu beheben oder zu mildern. Außerdem soll dem Kind durch eine ganzheitliche Förderung die Möglichkeit zur Entfaltung seiner Persönlichkeit geboten werden, was grundlegend für ein selbstbestimmtes Leben in der Gesellschaft ist. Des Weiteren soll eine positive Einstellung der Eltern zu ihrem beeinträchtigtem Kind aufgebaut und verstärkt werden, um eine von Sicherheit und Geborgenheit getragene Eltern-Kind-Interaktion zu fördern (ebd.). Grond (1985, 98) sieht das Ziel der Frühförderung darin, dem Kind eine Erziehung und Förderung aus der Alltagssituation heraus zu ermöglichen und ihm dadurch eine Vielzahl von aneinander gereihten, von einander unabhängigen Therapien und Trainingsverfahren zu ersparen. Es geht in der Frühförderung auch darum, nicht nur die Leistungsschwäche und den „Defekt“ zu sehen. Die Behinderung des Kindes zu erfassen, ist zwar notwendig, doch sie darf

nicht in den Blick für die übrigen Wesensmomente des Kindes, für seine intakten Persönlichkeitselemente verstellen, wie seine Emotionalität, seine Freude und Angst, seinen Mut u.a. (Grond 1985, 98). Die Frühförderung als Komplexleistung umfasst demnach folgende Aufgabenbereiche:

Früherkennung/Frühdiagnostik

Frühberatung

Frühtherapie

Früherziehung

1.2.1 Früherkennung/Frühdiagnostik

Nach Wagner-Stolp (1999, 15) sind Früherkennung und Diagnostik wesentliche Voraussetzungen dafür, dass die erforderlichen Maßnahmen der Frühbehandlung, der Frühförderung und begleitenden Beratung rechtzeitig eingeleitet werden können. Unter Früherkennung versteht Koch (1999, 110) eine „gezielte und fortlaufende multidisziplinäre Diagnostik der Auffälligkeiten oder Behinderungen eines Kindes“. Wagner-Stolp (1999, 15) schreibt, dass die Frühförderung im Einzelfall aufgrund der Diagnostik begründet wird, aber ebenso wird die Praxis der Frühförderung im Sinne einer prüfenden und konzeptbildenden Tätigkeit von der Diagnostik begleitet. Weiters schreibt er:

„Wenngleich für diese Phase der frühen Hilfen den ärztlich-medizinischen Professionen die primäre Rolle zukommt, so wird doch deutlich, daß es bereits hier um einen kooperativen Prozeß geht: Die auf die Physis des Kindes ausgerichtete Untersuchung bedarf der Erweiterung um letztlich für die Frühförderung handlungsleitenden Dimensionen: Eben diese begründen sich auch aus den Beiträgen, Beobachtungen und Erwartungen der Eltern und Angehörigen sowie aus denen der anderen, an der interdisziplinären Frühförderung beteiligten Berufsgruppen“ (Wagner-Stolp 1999, 15).

Konzeptionell geht es darum, die grundlegende ärztliche „Feststellungsdiagnostik“ in eine prozeßhaft verstandene Förderdiagnostik zu überführen, bei der ein „in

Interaktion aller Beteiligten ... gemeinsames Suchen, Verstehen und Handeln angestrebt wird“ (BVLH 1997, 16).

„Nur die theoretisch fundierte Zusammenschau aller Diagnostikergebnisse erlaubt es, das Kind in seiner aktuellen Situation zu verstehen, seine Fähigkeiten und Möglichkeiten angemessen einzuschätzen und so die Weichen für die Entfaltung der kindlichen Persönlichkeit richtig zu stellen“ (BVHL, 1997, 16).

1.2.2 Frühberatung

Von besonderem Interesse für die Frühförderung ist die Zusammenarbeit zwischen den Eltern und Fachleuten. Frühberatung verfolgt nach Textor, Winterhalter-Salvatore (2002, 1 f.) das Ziel Ängste und Hilflosigkeitsgefühle zu überwinden. Außerdem sollen entwicklungsfördernde Verhaltensweisen aufgebaut und verstärkt werden, während ungeeignete Verhaltensweisen der Eltern, die z.B. zur Über- oder Unterforderung des Kindes führen, abgebaut werden sollen. Insbesondere bedeutet dies, die Eltern in einer positiven Haltung zu ihrem Kind zu bestärken und Anleitung zu geben in bezug auf Fragen des alltäglichen Umgangs mit dem Kind, aber auch bezogen auf eine gezielte Förderung. Bei der Beratung soll nach Speck (2003, 461) nicht der Eindruck des „Besserwissens“ vermittelt werden, sondern der Beratene muss das Gefühl haben, angehört und ernst genommen zu werden. Es soll vor allem die Selbsthilfebereitschaft der Familie geweckt werden, um für auftretende Probleme möglichst selbst Lösungen finden zu können. Das Ziel der Beratung ist demnach die Verbesserung der Handlungskompetenz und somit die Reduktion von äußerer Abhängigkeit (ebd). Die Eltern sollen informiert werden über die Entwicklungsbeeinträchtigung ihres Kindes, aber auch über weitere Angebote sowie elternbezogene Angebote, wie z.B. Elternabende, sowie über sozialrechtliche Ansprüche (Heißenberg 2005, 36).

Koch (1999, 224 f.) sieht hier aber ein konzeptionelles Problem des Frühfördersystems, da ein Leistungsanspruch nur für das Kind selber vorliegt. Aufgrund eines zu engen Zeitrahmens kann den elterlichen Bedürfnissen bloß vordergründig Aufmerksamkeit geschenkt werden, zumeist nur aus den Gründen, einen besseren Zugang zum Kind zu erhalten oder die elterliche Motivation zur Kooperation zu stärken. Hier besteht die Gefahr, dass sensible Eltern dies erkennen und mit Rückzug und Ablehnung reagieren. Des weiteren geht diese für die Eltern

investierte Zeit für die Förderung des Kindes verloren. Koch (1999, 224 f.) fordert deshalb eine stärkere Gewichtung sozialpädagogischer Hilfen.

Speck (2003, 459) fand heraus, dass die mehr medizinisch orientierten Berufsgruppen ihre Elternberatung vor allem auf die gleichzeitige Arbeit mit dem einzelnen Kind beziehen, die für sie klar im Vordergrund steht, während die pädagogisch-psychologisch arbeitenden Berufsgruppen mehr Zeit für ausschließliche Gespräche mit den Eltern und auf explizite Beratung, z.B. in Alltagsproblemen, erzieherischen Fragen und rechtlichen Belangen verwenden (ebd., 460).

Bruckmüller (1993, 14) betont, dass das System der öffentlich zur Verfügung stehenden Dienste sehr komplex ist und deshalb meist für eine Familie mit einem behinderten Kind zunächst unbekannt und unüberschaubar. Daher ist oft neben der Beratung eine direkte Hilfestellung in praktischen Angelegenheiten notwendig, z.B. was das Beantragen von finanzieller Unterstützung bei der zuständigen Behörde oder das Bereitstellen einer Haushaltshilfe betrifft. Praktische Hilfen können eine wichtige Voraussetzung für die Bewältigung emotional besetzter Probleme sein.

1.2.3 Frühtherapie

„Zu den Therapeuten, die im interdisziplinären Frühfördererteam mitarbeiten, zählen in erster Linie die Ärzte, aber auch Krankengymnasten, Logopäden, Ergotherapeuten, Psychotherapeuten und andere. In die Frühtherapie können auch Psychotherapeuten und Psychologen einbezogen werden“ (Bruckmüller 1993, 14). Die am häufigsten angebotenen Therapieangeboten sind die medizinisch-therapeutischen Angebote. Dies sind vor allem krankengymnastische Methoden zur Unterstützung der Haltung und Fortbewegung, wobei die Behandlung meist nach Bobath oder Vojta vorgenommen wird (Neuhäuser 1981, 116). Bei der Methode nach Bobath sollen zentrale Haltungs- und Bewegungsformen durch die Unterdrückung der zu lang anhaltenden frühkindlichen Reflexe angebahnt werden, während dies bei Vojta durch die gezielte Reflexauslösung erreicht werden soll (Tieze-Fritz 1995, 147 f.). Orth (1989, 195 f.) verweist außerdem auf logopädische und beschäftigungstherapeutische Maßnahmen. Wagner-Stolp (1999, 16) schreibt, dass ein Kind mit einer Auffälligkeit oder Verzögerung seiner Entwicklung nur dann adäquat angesprochen wird, wenn fundierte Konzepte des systemischen Denkens und Handelns beim therapeutischen Vorgehen sowie der Frühförderung insgesamt

zum Tragen kommen (Wagner-Stolp 1999, 16). Nach ihm beginnt dies nicht erst bei der (Aus-)Wahl des Therapieansatzes und der Beziehungsgestaltung zwischen Kind, Bezugsperson und Therapeut, sondern reflektiert im Ansatz bereits darüber, wie sich ein Therapieangebot in den Systemzusammenhang des Familienalltags, der kindlichen Bedürfnisse sowie anderer Formen der Hilfe einbinden lässt (Wagner-Stolp 1999, 16).

„Die Therapieangebote stehen in Wechselwirkung mit den übrigen Angeboten der Frühförderung, nämlich den pädagogischen, psychologischen und denen der Sozialarbeit. Sie müssen deshalb interdisziplinär im Hinblick auf die ganzheitliche Förderung des Kindes abgestimmt sein“ (BVLH, 1997, 26).

Noch ein wichtiger Punkt, der in der Frühtherapie beachtet werden soll, sind die „Sensible Phasen“ der kindlichen Entwicklung. Die kritischen oder sensiblen Phasen haben nach Schenk-Danzinger (1993, 25 f.) zeitliche Spielräume, die für verschiedene Funktionen verschieden groß zu sein scheinen. Als wichtig für Kinder mit Behinderungen erweist sich, dass innerhalb dieser zeitlichen Spielräume, die für jedes Kind individuell gesehen werden müssen, früheste Realisierungen von Verhaltensänderungen ebenso möglich sind, wie mehr oder weniger große Verspätungen, die sich auf mehrere Jahre erstrecken können. Welche Folgen, bei einer Nichtbeachtung der sensiblen Phasen auftreten können beschreibt Bundschuh (2002, 111) folgendermaßen:

„Stehen Reiz-Angebote, Bestätigungs- und Handlungsmöglichkeiten erst nach Ablauf der kritischen Phase zur Verfügung, können die entsprechenden Prozesse (Funktionen, Verhaltensweisen) nicht nur später in Erscheinung treten, vielmehr ist auch eine gestörte und/oder verzögerte Entwicklung wahrscheinlich. Es spricht auch vieles dafür, dass Entwicklungs- bzw. Reifungsimpulse versiegen können, wenn die kritische Phase in Ermangelung an Lehrangeboten oder infolge von Nichtbeachtung ungenutzt bleibt. Gerade im Bereich heilpädagogischer Arbeitsfelder wird hier ein Höchstmaß an Sensibilität für jedes einzelne Kind gefordert, weil jedes Zuviel und Zuwenig, Zufrüh oder Zuspät sich negativ auswirken kann. Allerdings sei auch betont, dass es sich hierbei jeweils um Spielräume mit entsprechender Streubreite handelt“.

Montessori (1999, 47) schreibt, dass es sich im Zusammenhang mit sensiblen Phasen um besondere Empfindlichkeiten handelt, die in der Entwicklung, das heißt im Kindesalter auftreten. „Sie sind von vorübergehender Dauer und dienen nur dazu, dem Wesen die Erwerbung einer bestimmten Fähigkeit zu ermöglichen“ (ebd.). „Aufgrund entwicklungspsychologischer Erkenntnisse spricht vieles dafür, dass es Zeiten erhöhter Bereitschaft für aufbauende Lernerfahrungen gibt“ (Bundschuh 2002, 113).

1.2.4 Früherziehung

Die MitarbeiterInnen des Frühförderteams gehen von der grundlegenden Einsicht aus, dass in erster Linie die Eltern die FrüherzieherInnen sind, schreibt Speck (1989, 53). Der Weg zu einer guten Erziehung und Förderung des Kindes führt nur über die PrimärerzieherInnen des Kindes. Die Kontinuität mütterlicher Betreuung gegenüber wechselnder „Fachleute“ wird hervorgehoben. Auch die Väter wünschen zunehmend die Miteinbeziehung in die Frühförderung (ebd.).

Wenn mehrere verschiedene Therapien mit einer Vielzahl von spezialisierten FachtherapeutInnen unter Ausschluss der Eltern durchgeführt werden, so mögen zwar isolierte Fortschritte in bestimmten Bereichen möglich sein, doch die soziale Komponente bleibt unberücksichtigt. Die intensive Beschäftigung mit der „Elternfrage“ hat im Laufe der Zeit zu einer Umorientierung und einem gewandelten Verständnis des Verhältnisses zwischen Fachleuten und Eltern geführt. Gemäß dieser Entwicklung unterscheidet Speck (2003, 452) drei Modelle:

Das Laienmodell

Die Fachleute oder die SpezialistInnen sind allein maßgebend. Die Eltern spielen nach Speck (ebd.) die abhängige Rolle von Beratungsempfängern und Laien, die angeleitet werden, wie sie mit dem Kind umzugehen haben. Frühtherapie und Früherziehungshilfe werden als transitive Akte verstanden, durch die – entsprechend dem „medizinischen Modell“ – das Kind therapiert, d.h. in seiner Wahrnehmung, in seiner Motorik, in seiner Kognition gezielt beeinflusst werden sollte. Als Richtigmaße gelten vornehmlich die standardisierten Entwicklungsnormen

(Entwicklungsdiagnostik und -therapie). Die Eltern erhalten Aufgaben, die sie zu Hause mit dem Kind zu üben haben (Speck 2003, 452).

Das Ko-Therapeuten Modell

Aus der Erfahrung heraus, dass Eltern angeleitet werden mussten und dazu auch gewisse Fachinformationen brauchten, um die Rolle der TherapeutInnen als deren verlängerter Arm im häuslichen Bereich fortsetzen zu können, wurde ihre Funktion als „Ko- Therapie“ verstanden. Sie üben und arbeiten mit dem Kind so, wie sie es von TherapeutInnen gelernt haben und bekommen dazu Übungslisten mit aufgestellten Lernzielen für das Kind. Die Fachleute beurteilen anschließend Erfolge und Nichterfolge, korrigieren, beraten und stellen neue Übungen auf (Speck 2003, 45).

Dieses Modell beinhaltet gewisse Probleme: Speck (1989, 15 f.) sieht das eigentliche Problem darin, dass Eltern umso weniger Eltern sein können, je mehr sie versuchen, einem „Therapeuten“ zu entsprechen. Sie entwickelten häufig Schuldgefühle bei mangelnden Fortschritten, was auch teils direkt von den Fachleuten initiiert wird. Die Folge ist oft eine Abwehr der Rollenerwartungen und eine ablehnende Haltung gegenüber der Frühförderung, die als Kontrollinstanz gesehen wird (ebd.). Da aber der Erfolg der Frühförderung an die kontinuierliche Mitarbeit der Eltern geknüpft und das Ko-Therapeuten Modell wenig erfolgreich war, gewann ein neues Modell mit dem Schlagwort Kooperation an Bedeutung.

Das Kooperationsmodell

Das Kooperationsmodell ist ein von Speck entwickelter partnerschaftlicher Ansatz (Speck 1989, 16). Es wird von einer Gleichwertigkeit des häuslich-familiären und des fachlich-professionellen Systems ausgegangen, die sich aus der gegenseitigen Ergänzungsbedürftigkeit ergibt. Es kommt ein sich wechselseitig bedingender, doppelter Veränderungsprozess zwischen Eltern und FrüherzieherInnen in Gang. Die Beteiligten lassen sich auf Gegenseitigkeit ein. Das Verhältnis ist gekennzeichnet durch die Bereitschaft, aufeinander zu hören und das für die individuelle Fördersituation des Kindes passende Konzept gemeinsam zu finden. Ein wesentliches Merkmal dieses Modells sieht Speck im „gemeinsamen Prozess der

Entscheidungsfindung“ (Speck 1989, 93), dies ergibt sich bereits aus der Notwendigkeit des gegenseitigen Wissens- und Kompetenzaustausches.

Familienorientierung bedeutet, die psychischen Prozesse zu beachten, die zwischen Eltern und Kind und zwischen Eltern und Fachleuten ablaufen. In einem eigenen Forschungsprojekt (Arbeitsstelle Frühförderung München 1988) ging Speck der Frage nach, welche Funktionen dem Erleben einer Behinderung bei den Eltern zuzuschreiben ist, und in welcher Weise sich diese psychodynamischen Interaktionen auf das pädagogisch-therapeutische Dreieck auswirken. In Fall- und Verlaufsstudien wurde deutlich, wie stark psychische Konflikte bei den Eltern, insbesondere bei den Müttern, in die Frühförderung hineinwirken, wenn sie z.B. die Tatsache der Behinderung ihres Kindes letztlich nicht akzeptieren kann (Speck 1996, 470 f.).

1.3 Zielebenen der Frühförderung

Die heilpädagogische Frühförderung setzt sich zum Ziel, dem entwicklungsauffälligen Kind so früh wie möglich umfassende pädagogisch-therapeutische Hilfe anzubieten. Ihre Aufgabe besteht aber ebenso in einer begleitenden Unterstützung der Familien. Diesen Zielen übergeordnet wird die Einflussnahme auf das soziale Umfeld im jeweiligen gesellschaftlichen Bezugsrahmen angestrebt. Diese unterschiedlichen Zielsetzungen spiegeln nach Burgener Woeffray (1996, 17) die verschiedenen Tätigkeitsbereiche und visieren genauer betrachtet drei verschiedene Zielebenen an:

- das in seiner Entwicklung gefährdete oder behinderte Kind
- das unmittelbare Erziehungs- und Lebensumfeld
- das mittelbare institutionelle und gesellschaftliche Umfeld (ebd.)

1.3.1 Zielebene 1

Das in seiner Entwicklung erheblich gefährdete oder behinderte Kind

Auf dieser Ebene sieht die FrühförderIn vorwiegend die Förderung des Kindes in bezug zu seinen Möglichkeiten und Grenzen und den zu erwerbenden Fähigkeiten aufgrund seines Entwicklungsverlaufes, schreibt Burgener Woeffray (1996, 18). Es

wird versucht, die Entwicklung des Kindes innerhalb seiner vorhandenen Möglichkeiten durch aktive Auseinandersetzung mit der sozialen und dinglichen Umwelt anzuregen. „Im Blickfeld stehen demnach das Kind, sein Entwicklungsstand, die Förderziele, das pädagogisch-therapeutische Handeln und das Material zur Erreichung der Ziele“ (Burgener Woeffray 1996, 18).

1.3.2 Zielebene 2

Das unmittelbare Erziehungs- und Lebensumfeld

Auf der Ebene des unmittelbaren Erziehungs- und Lebensumfeldes nimmt die FrühförderIn das Kind in den Lebensbereichen wahr, in denen es sich bewegt, erklärt Burgener Woeffray (ebd.). Im Zentrum steht der Lebensbereich Familie, welcher in seiner Eigengesetzlichkeit beobachtet und respektiert wird. Miteinbezogen werden gegebenenfalls auch weitere Lebensbereiche, wie die soziale Gruppe der Gleichaltrigen oder der Kindergarten sowie die Wechselbeziehung zwischen diesen Lebensbereichen. „Im Blickfeld stehen vor allem die Eltern, aber auch jene weiteren Erziehungsverantwortlichen, die sich an der Förderung und Erziehung des entwicklungsauffälligen Kindes im Vorschulalter beteiligen und mit denen Formen der Zusammenarbeit gesucht und verwirklicht werden“ (ebd.)

1.3.3 Zielebene 3

Das mittelbare institutionelle und gesellschaftliche Umfeld

Auf dieser Ebene betrachtet die FrühförderIn schwerpunktmäßig die institutionellen und gesellschaftlichen Einbettungen und Zusammenhänge, durch welche das entwicklungsauffällige Kind und sein unmittelbares Umfeld mitbestimmt werden, und in die auch sie als MitarbeiterIn einer Institution einbezogen ist, betont Burgener Woeffray (ebd.)

„Im Blickfeld steht einerseits die Analyse von Möglichkeit und Erfordernis zu interdisziplinärer Zusammenarbeit mit Personen und Institutionen, die ebenfalls in eine Familie mit einem entwicklungsauffälligen Kind eingebunden sind.

Andererseits wird der Blick auf Ebene der Gesellschaft gerichtet, welche durch ihre Werte und Strukturen Handeln, Erleben und Erfahren des entwicklungsauffälligen Kindes und seines unmittelbaren Umfeldes nachhaltig prägen und beeinflussen“ (Burgener Woeffray 1996, 18).

1.4 Interdisziplinarität und Kooperation in der Frühförderung

„Interdisziplinarität in der Frühförderung hat sich v.a. aus Erkenntnissen zur Entwicklung von Kindern allgemein sowie aus fachlichen Weiterentwicklungen in medizinischer und sozialwissenschaftlicher Sicht zur Behandlung und Förderung von behinderten und/oder von Behinderung bedrohten Kinder im Besonderen entwickelt“ (Behringer 2005, 13).

Anfangs ging man davon aus, dass mehrere fachliche Systeme, die weiter unten vorgestellt werden, nebeneinander etabliert werden sollten. Nach Wagner-Stolp (1999, 25) musste jedoch bald die Erfahrung gemacht werden, dass die zu bewältigenden Aufgaben nur in einer Kooperation gelöst werden können. Planvolles Arbeiten und eigene berufliche Verortung in einer komplexen Struktur setzt immer voraus, über die eigene Berufskompetenz hinaus von den Theorie- und Handlungsansätzen der Nachbardisziplinen zu wissen, Schnittfelder wahrzunehmen sowie offen zu sein für andere Sichtweisen zu ein und derselben kindlichen Entwicklungssituation (ebd). Die Einsicht in die Unteilbarkeit der Aufgabe einer frühen Entwicklungshilfe ließ das Moment der Interdisziplinarität immer mehr in den Vordergrund treten. In der Begründung eines „ganzheitlichen Vorgehens“ sind sich die an der Frühförderung beteiligten Professionen darüber einig, dass kein Teilsystem allein Frühförderung betreiben kann bzw. soll, da der Mensch mit all seinen Teilbedürfnissen betrachtet werden muss. Es dürfen nicht nur seine biologischen Funktionen gesehen werden, sondern auch die psychischen, emotionalen und sozialen Komponenten seiner Entwicklung. Die Frühförderung ist bemüht, alle diese Bereiche anzusprechen (Behringer 2005, 13 f.).

Die Inanspruchnahme der Angebote ist anhängig vom „Einzelfall“. Welche Frühmaßnahmen miteinander kombiniert werden, ist relativ offen und abhängig von der individuellen Situation, von der Möglichkeit der Familie, von den Erwartungen, die

die Familie an die Frühmaßnahmen stellt, vom „Leidensdruck“ der Familienmitglieder und schließlich auch von den Finanzierungsmöglichkeiten (Grond 1985, 95 f.).

Verschiedene Fachbereiche beschäftigen sich heute mit Frühmaßnahmen für behinderte und von Behinderung bedrohter Kinder und zur Herstellung von Transparenz werden die Fachbereiche in Kurzform vorgestellt.

Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)

Die ergotherapeutischen Grundprinzipien beruhen nach Stadler-Grillmaier (1996, 54) darauf, den Menschen grundsätzlich als tätiges Wesen und sinnvolle Tätigkeit, die sich in der aktiven Teilnahme an Arbeit, Selbsterhaltung, Ruhe und Freizeit manifestiert, als wesentlichen Teil der menschlichen Natur zu begreifen. Nach Wagner-Stolp (1999, 27) werden in der Ergotherapie durch spielerisch gestaltete, grob- und feinmotorische Aktivitäten sensomotorische Erfahrungen vermittelt. Sie verfolgen das Ziel, die motorischen, perzeptiven, psychosozialen und kognitiven Kompetenzen des Kindes zu verbessern. Zumeist liegt der Schwerpunkt der ergotherapeutischen Behandlung – neben der Förderung von motorischen Fähigkeiten – in der Verbesserung der Wahrnehmungsverarbeitung. Dies geschieht durch gezielt ausgewählte Tätigkeiten sowie durch Spiel und gestalterische Techniken (ebd.)

Logopädie (Sprachtherapie)

Die logopädische Behandlung in der Frühförderung hat zum Ziel, die kommunikative Kompetenz des Kindes unter vielfältigen Aspekten zu verbessern (Wagner-Stolp 1999, 27). Zunächst geht es um eine differenzierte Überprüfung der kindlichen Sprachentwicklung, aus der sich die Entscheidung für weitere Unterstützungen von Kind und Bezugsperson ableiten.

Weiters schreibt er (ebd.), dass primär die kommunikativen Prozesse zwischen Kind und Bezugspersonen in den Blick zu nehmen sind. Deshalb spielt der beratende Handlungsanteil der Logopädie – gerichtet an Eltern, Angehörige und andere Bezugspersonen z.B. in pädagogischen Tageseinrichtungen – eine wichtige Rolle. Dabei geht es um die Gestaltung sprachfördernder Situationen, in denen das Kind

expressive Sprache als Sprachhandeln erlebt, mit dem es seine Umwelt eigenaktiv steuern und in seinem Sinne verändern kann (Wagner-Stolp 1999, 27).

Pädagogik

Wagner-Stolp (1999, 29) betont, dass alle Hilfen und Interventionen der Frühförderung, losgelöst davon, ob sie direkt über den Dienst oder über ihn vermittelt erfolgen, unabhängig auch von der initiierenden Fachdisziplin, Auswirkungen auf die Lebensgemeinschaft der Familie haben. Sie beeinflussen sich dort gegenseitig und wirken als Ganzes auf die Erziehung des Kindes und die Bemühungen der Familienangehörigen ein. Pädagogische Hilfen, die auf Erziehung, Begleitung und Betreuung des Kindes im Alltag abstellen, leisten dabei einen besonders hohen Anteil (ebd).

Physiotherapie (Krankengymnastik)

Physiotherapie im Kontext von Frühförderung ist nach Wagner-Stolp (ebd., 27) ohne neurophysiologische Methodenkenntnis nicht denkbar. Den vielschichtigen Behandlungsansätzen unterschiedlicher Schulrichtungen ist gemeinsam, dass sie sich an der Entwicklung des Nervensystems orientieren und dieses bei der Entfaltung seiner Funktionen unterstützen wollen.

Psychologie

Psychologische Entwicklungsdiagnostik und Beratung der Eltern und Angehörigen bilden die wesentlichen Aufgabenfelder der Psychologie im Frühförderteam (Wagner-Stolp 1999, 27). Mitunter wird auch ein eigenständiger Beitrag zur Förderung der Kinder geleistet, in dem spieltherapeutisch ausgerichtete Angebote eingebracht werden. Im Vordergrund steht jedoch die Begleitung der Eltern und Angehörigen, z.B. auch der Geschwister, bei der Auseinandersetzung mit der Behinderung des Kindes (ebd.).

Sozialarbeit

Ein familienorientiertes Hilfskonzept der Frühförderung hat nach Wagner-Stolp (1999, 27) immer auch die Aufgabe, das jeweils individuelle System Familie mit dem ihr eigenen soziokulturellen Lebensraum sowie ihrer ökonomischen Situation in den Mittelpunkt zu stellen. Der Sozialarbeit kommt dabei ein wichtiger Beratungs- und Unterstützungsauftrag zu. Insbesondere ist die Bereitstellung der folgenden Leistungen gefragt:

- Informationen über rechtliche Bestimmungen zugunsten Behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und ihrer Familien;
- Informationsbereitstellung zum regionalen Hilfesystem und zu überregionalen Angeboten, z.B. zu familienunterstützenden/-entlastenden Diensten, zu Haushaltshilfen, zu Ferien, Freizeit- und Erholungsmaßnahmen, zur Kurzzeitunterbringung und zu Kuren. Gleichmaßen ist die Herstellung von Verbindungen zu (Eltern-)Selbsthilfegruppen gefragt.

„Anhand dieser Aufgabenprofile wird deutlich, dass der Sozialarbeit ein wesentlicher Vernetzungsauftrag zukommt, der die Frühe Hilfen über die Grenzen der individuellen kindlichen Entwicklungsförderung hinaus in einen weiteren, lebensweltlichen Kontext stellt“ (Wagner-Stolp 1999, 27).

1.5 Theoretische Fundamente der Frühförderung

1.5.1 Systemischer Ansatz

Speck (1998, 98) betont, dass wissenschaftliche Theorien nur eine „Landkarte“ darstellen, nie „die Landschaft selber (den Alltag)“. Sie dienen dem Zweck, komplexe Sachverhalte verständlicher zu machen. Man sollte eine Theorie aber nie als alleingültig und einzig wahr betrachten. Speck (ebd.) fordert, dass man in der Praxis eine Kombination verschiedener Denkansätze anstreben sollte, die sich gegenseitig ergänzen oder komplementieren. Eben dies wird im systemischen Denkansatz verfolgt. Besonders für die Berufsfelder im Erziehungsbereich sieht Speck (ebd.) einen enormen Vorteil, weil hier der Austausch mit der Umwelt in Interaktion und Beziehungsgestaltung genau das Thema ist, was im systemischen Ansatz mit

Perspektivenwechsel beleuchtet wird. Eine ganzheitliche Sichtweise wird erreicht, indem man die Wechselseitigkeit und Zirkularität beachtet (Speck 1998, 98 f.).

1.5.2 Systemischer Ansatz in der Frühförderung

Heißenberg (2005, 107) schreibt, dass systemisch betrachtet in der Frühfördersituation ein neues System gebildet wird. Dieses Frühfördersystem besteht aus den FrühförderInnen, den Eltern, dem Kind. Alle anderen Personen umgeben und beeinflussen dieses System. Besonders Personen des primären Familiensystems, wie die Geschwisterkinder sollten aber so häufig wie möglich in das Frühfördersystem miteinbezogen werden, da der familiäre Umgang entscheidend davon abhängig ist. Aber auch wenn sie nicht direkt an der Frühfördermaßnahme beteiligt sind, haben insbesondere die elternbezogenen systemischen Methoden Auswirkungen. Aufgrund der hierdurch veränderten Sicht- und Handlungsweisen nimmt z.B. die Mutter Einfluss auf den Vater oder Geschwisterkinder (ebd).

Im Folgenden sollen Vorteile des systemischen Ansatzes für die einzelnen Systemelemente separat betrachtet werden. Interventionsvorschläge bezogen auf ein einzelnes Systemmitglied sind sinnvoll, weil durch die Veränderung eines Teils, das gesamte System aufgrund der Wechselwirkung verändert wird.

1.5.3 Die systemische Sichtweise bezogen auf das Kind

Nach Jaward (2001, 20 f.) soll die Entwicklungsbeeinträchtigung selbst, in ihren Auswirkungen auf und in ihren Wechselwirkungen mit dem Familiensystem, systemisch betrachtet werden. Durch die Entwicklungsbeeinträchtigung werden die Beziehungen innerhalb der Familie verändert, ebenso wie die Beziehungen Einfluss auf Veränderungen oder Verfestigung der Entwicklungsbeeinträchtigung nehmen. Im Familiensystem erfährt das Kind erste Rückmeldung in bezug auf seine Fähigkeiten, aber auch bezogen auf seine Einschränkungen. Deshalb sind Auffälligkeiten der kindlichen Entwicklung immer im Kontext der aktuellen Lebenssituation und der bisherigen Familiengeschichte zu sehen, sowie bezogen auf ihren Stellenwert im Familiensystem. Im Förderprozess muss die Wechselwirkung der kindlichen Entwicklung mit den Beziehungsmustern bedacht werden. Zum einen ändert sich das

Beziehungsmuster bei Veränderung der Entwicklung, zum anderen können veränderte Beziehungsmuster Entwicklungsveränderungen bewirken (Jaward 2001, 20 f.).

Hackenberg (2003, 4) schreibt, dass alle Beziehungen im Frühförderprozess bedacht werden müssen. Einerseits die Beziehung zwischen dem Kind und seinen Eltern, andererseits aber auch die Beziehung zwischen dem Kind und den FrühförderInnen. Weiters ist für den Erfolg der Frühförderung die Beziehung zwischen den Eltern und FrühförderInnen von Bedeutung.

1.5.4 Systemisches Vorgehen bezogen auf die Eltern

Da die Eltern eine bedeutende Rolle beim Erfolg der Frühförderung inne haben, fordert Lanners (2002,123) ihre Zufriedenheit als Qualitätskriterium anzusehen. Das Problem liegt darin, dass Zufriedenheit nicht objektiv erfassbar ist, da es ein subjektives Konstrukt ist (Weiß 1999, zit. n. Lanners 2002, 123). Der systemische Ansatz meint dieses Problem zu lösen. Im Folgenden werden drei konkrete Ansatzpunkte des systemischen Ansatzes, bezogen auf die Eltern, vorgestellt. Gemeinsam ist die systemische Grundlage, dass man die individuelle Wirklichkeitskonstruktion erfasst und Veränderungen anregt, indem man andere Sichtweisen anbietet.

Stärkung des Kohärenzgefühls

Hintermair (2003, 69 f.) betont, dass eine Zufriedenheit der Eltern und somit der Erfolg der Frühförderung, durch eine „subjektiv erlebte Kompetenz- und Kohärenzstärkung“ erreicht wird. Nach ihm setzt sich das Kohärenzgefühl aus Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit zusammen.

Um Verstehbarkeit zu erklären, führt Hintermair ein Beispiel von Brieskorn-Zinke (2000) an. Gemeinsam mit den Eltern soll eine „kognitive Landkarte“ (ebd. 68) erarbeitet werden, welche die elterlichen Interpretationen über die Entwicklungsbeeinträchtigung ihres Kindes wiedergibt. Informationslücken werden aufgedeckt und sind somit gezielten Beratungsangeboten zugänglich. Das Ziel ist, ein umfassendes Bild der Entwicklungsbeeinträchtigung zu entwerfen. Die Wirklichkeitskonstruktionen der Eltern, können verändert werden, indem ihnen

verschiedene Bedeutungen, Sichtweisen und Lebensentwürfe aufgezeigt werden (ebd).

Der Aspekt der Handhabbarkeit bezieht sich auf die Zuversicht der Eltern mit der Entwicklungsbeeinträchtigung fertig werden zu können, schreibt Hintermair (2003, 69 f.). Eine ressourcenorientierte Einstellung ist hierbei besonders wichtig. Bereits vorhandene Ressourcen werden ausfindig gemacht und können von den Eltern ohne Widerstand, alltagsnah umgesetzt werden. Die FrühförderInnen liefern mit ihrem umfassenden Repertoire an Maßnahmen Anregungen, indem sie an den Stärken der Eltern ansetzen und Erweiterungsmöglichkeiten anbieten (ebd).

Die Sinnhaftigkeit wird als zentral angesehen, denn „ohne die Lebenseinstellung, die das Leben als lebenswert erscheinen lässt, wird alle Ressourcenmobilisierung ins Leere laufen“ (Brieskorn-Zinke zit. n. Hintermair 2003, 69). Die Sinngebung der Eltern vollzieht sich in der Krisenverarbeitung und in der Alltagsgestaltung. Eine Zunahme der Sinnhaftigkeit erfahren die Eltern mit verstärkter sozialer Teilhabe des Kindes (ebd. 68 f.). In der systemischen Denkweise geht man nach Hintermair (ebd.) davon aus, dass Sinnzuschreibungen immer über Interaktion und Kommunikation getätigt werden. Eine Veränderung der subjektiven Definition des Problems hätte eine Handlungsänderung und somit eine Systemveränderung zur Folge. In Interaktion wird durch den Sprachgebrauch der Umgang mit der Entwicklungsbeeinträchtigung festgelegt und die Möglichkeiten eingeschätzt. Von Schlippe und Schweizer (1997, 101) sind der Ansicht, dass auch scheinbar harte Fakten, beispielsweise chronische Erkrankung, „durch den Akt der Versprachlichung (auch) eine soziale Konstruktion“ wird. Deshalb kann der Sprachgebrauch der Eltern deren Haltungen und Einstellungen zur Entwicklungsbeeinträchtigung widerspiegeln. Die FrühförderInnen selbst können Sprache reflektiert einsetzen, um andere Meinungen anzubieten und somit einer Stabilisierung der Wahrnehmung und des Stellenwerts der Entwicklungsbeeinträchtigung im System entgegenwirken (ebd., 99 f.).

Beeinflussung der Eltern-Kind-Interaktion durch Videokonsultation

Bode (2002, 93 f.) verweist auf die Bedeutung einer sicheren Bindung und betont, dass eine videogestützte beziehungsfördernde Maßnahme von Vorteil für die Frühförderung wäre. Die elterliche Kompetenz im Umgang mit ihrem Kind wird

gestärkt. In der Beobachtung lernen sie das kindliche Verhalten einzuschätzen und angemessen zu reagieren (Bode 2002, 93 f.). Schleiffer (1998, 66) betont, dass Videoaufnahmen auch bei besonders verzweifelten Eltern hilfreich sein können, da Fortschritte von der Außenperspektive aus besser wahrgenommen werden können. Für Fries (1999, 77) nimmt der Frühförderer hierbei die Rolle eines Übersetzers der kindlichen Signale ein. Die Wechselseitigkeit zwischen Verhalten und Gefühlsreaktionen muss den Eltern im Gespräch über die Videosequenz verdeutlicht werden. Es geht vor allem um die Identifikation von Interaktionselementen, die für Kind und Eltern befriedigend sind. Wenn Verhaltensweisen der Eltern geändert werden müssten, wäre ein lösungsorientiertes Vorgehen von Vorteil, betont Fries (ebd.). Der Aufforderung, ein bestimmtes Verhalten zu unterlassen, ist einfacher nachzukommen, wenn man alternative Verhaltensweisen statt dessen tun kann. Dies gibt Orientierung und Sicherheit. Statt guten Ratschlägen und Anleitung kann einer lösungsorientierten Gesprächsführung mit den Eltern zusammen geklärt werden, was sie statt dessen tun können (ebd.)

Lösungsorientierte Gesprächsführung

Fries (1999, 72 f.) beschreibt eine lösungsorientierte Gesprächsführung, die im Leipziger Institut der Universität für Entwicklungspsychologie, Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik im Rahmen einer „Beratung für Eltern mit Babys“ angewandt wird. Beziehungsstörungen aufgrund von Interaktionsstörungen, z.B. durch exzessives Schreien des Kindes ausgelöst, stehen im Vordergrund. Da Interaktions- und Beziehungsstörungen in der Frühförderung häufig vorkommen, ist die lösungsorientierte Gesprächsführung gut hierauf übertragbar. Ebenfalls gemeinsam ist das Ziel, Interaktionsprobleme zu vermeiden oder zu beheben sowie die elterlichen intuitiven Verhaltensweisen zu fördern (ebd.). Skalierungsfragen zu stellen, ist eine der Methoden in der lösungsorientierten Gesprächsführung und kann eingesetzt werden, wenn man die subjektive Einschätzung der Eltern zum Verlauf des Frühförderprozesses erfahren möchte. In Hinblick darauf ob sie Veränderungen wahrnehmen oder nicht. Ebenso kann hiermit die Bereitschaft für etwas, z.B. für die Umsetzung bestimmter Übungen im Alltag, oder die Motivation in bezug auf die Frühförderung allgemein, ermittelt werden (ebd., 74).

Fries (1999, 75) betont auch die Wichtigkeit der Zielbesprechung im lösungsorientierten Ansatz, die auch in der Frühförderung hilfreich sein könnte, um die Ziele der Familie genau zu ermitteln und in Hinblick auf die eigenen Förderziele zu verhandeln. So werden auch unterschiedliche Sichtweisen der Beteiligten bezogen auf verschiedene Ziele deutlich.

Zirkuläres Fragen kann nach Fries (ebd., 72 f.) helfen, Gefühlsausdrücke oder auch Symptome als kommunikatives Angebot zu verstehen. Durch Einschätzungen anderer Personen ist eine Selbstreflexion eigener Gefühle, Denk- und Verhaltensweisen möglich. Die subjektiven Theorien und Einstellungen sowie bisherige Lösungsversuche der Familienmitglieder können so beleuchtet werden.

1.5.5 Die systemische Sichtweise bezogen auf die FrühförderInnen

Nach Jaward (2001, 32) muss der Schwerpunkt im System Frühförderung auf den FrühförderInnen selbst liegen. Der Grund dafür ist, dass die Veränderung eines Systemelements Auswirkungen auf das Gesamtsystem hat. Bei den Eltern anzusetzen könnte problematisch sein, da diese einen anderen Auftrag an die Frühförderung stellen. Familiengespräche werden in Rahmen der Nützlichkeit für das Kind eventuell akzeptiert, aber im Grunde erwarten die Eltern eine funktionale Therapie für das Kind. Ausnahmen sieht Jaward (ebd.) dann, wenn die Eltern Beratung aufgrund bestimmter Verhaltensweisen des Kindes suchen. Dazu beschreibt er eine systemische Methode, die an den FrühförderInnen ansetzt, nämlich die systemische Supervision:

Die FrühförderInnen müssen die Dynamik im Frühfördersystem stets im Blick haben und deshalb ihre eigenen Haltungen und Gefühle genauestens reflektieren (ebd.). Eigene Reaktionsweisen, wie z.B. der Verlust an Kreativität bei der Gestaltung der Frühförderstunde, sind in ihrer Wechselwirkung mit den anderen SystemteilnehmerInnen zu hinterfragen. Wenn ein bestimmtes Muster immer wieder auftritt, kann man auf die Rolle, die die FrühförderIn unbewusst im System übernommen hat, schließen. In der Supervision im gesamten Team wird die Dynamik eines bestimmten Frühfördersystems beleuchtet. Die FrühförderIn schildert die Interaktionen sowie ihre eigenen Gefühle, Vorstellungen und Ideen (ebd.). Die einzelnen Systemebenen werden einzeln beleuchtet. Das kindliche System in Hinblick auf seine Entwicklungsbeeinträchtigung, seine Stärken und die gezeigten

Reaktionen im Frühförderprozess. Im Familiensystem wird betrachtet, wie die Interaktionen verlaufen, wie die Einstellung zur Entwicklungsbeeinträchtigung und die Haltung gegenüber der Frühförderung ist (Jaward 2001, 32). Die FrühförderIn als therapeutisches System beschreibt ihre Fortschritte oder Probleme während der Frühfördermaßnahmen. Dann wird das Teamsystem aufgefordert, seine Einschätzung zu den Sachverhalten abzugeben. Das Team ist aufgrund seiner Außenperspektive neutral und stellt eine gute „Projektionsfläche“ (ebd.) der Systemdynamik dar. Der FrühförderIn werden somit viele neue Sichtweisen angeboten, was eine Anregung zur Veränderung ihrer Wirklichkeitskonstruktion bedeutet. Dies hat dann eine Verhaltensänderung im Frühfördersystem zur Folge (ebd.).

In diesem Kapitel wurde die Entwicklungsgeschichte der Frühförderung kurz vorgestellt, Aufgaben und Ziele der Frühförderung wurden genannt und auf die Bedeutung der Interdisziplinarität wurde eingegangen. In dem Abschnitt „Theoretische Fundamente der Frühförderung“ wurde der systemische Ansatz bezogen auf das Kind, die Eltern und FrühförderInnen vorgestellt. Es wurde gezeigt, dass in der Frühförderung Erkenntnisse verschiedener Fachbereiche angewendet werden.

Im nächsten Kapitel sollen verschiedene Phasen pränataler Entwicklung und mögliche Störungen, die in diesen Phasen entstehen können, vorgestellt werden.

2. Pränatale Entwicklung

„Die pränatale Lebenszeit ist der Beginn unserer Entwicklung. Sie bildet mit ihrer Erfahrung den Urgrund unseres Daseins und kann diesen Urgrund in Lebenssituationen jeden späteren Alters widerspiegeln. Hier gemachte Erfahrungen können im Erwachsenen wieder wachgerufen werden. Erfahrung ist ein Erleben, an dem die sich entwickelnde Seele und der sich entwickelnde Körper beteiligt sind. Sie wird dem vorgeburtlichen Kind über sein körperlich-seelisches Empfinden vermittelt“ (Alberti 2005, 18).

In diesem Kapitel soll zunächst ein Überblick über die wichtigsten körperlichen Entwicklungsschritte gegeben werden, bei dem allerdings zu beachten ist, dass es hier um typische Entwicklungsvorgänge geht, von denen die embryonale und fetale Entwicklung in Einzelfällen erheblich abweichen kann. Die Phasen pränataler Entwicklung werden nach Zimmer (1990) in Embryonalperiode, Fötalzeit und Perinatalzeit gegliedert.

2.1. Erste pränatale Entwicklungsphase (Embryonalzeit)

Die Existenz des Organismus beginnt als befruchtete weibliche Eizelle. Auf ihrer Wanderung durch den Eileiter zur Gebärmutter vermehren sich die Zellen dieses Organismus bis zum Ende der ersten Woche auf etwa 40. Dieser „Zellverband oder Menschenkeim“ nistet sich ungefähr am 8. Tag in der Gebärmutter ein. Die Umwandlung des „Zellenkonglomerats“ in einen Embryo folgt ungefähr am 9. Tag nach der Befruchtung (Rittelmeyer 2005, 11 f.).

Im Laufe der dritten Lebenswoche formt eine zunächst bandartige Zellverdichtung das Neuralrohr, das zukünftige Rückenmark und Gehirn, erklärt Zimmer (1990, 21). Es bestimmt die Körperachse, an deren oberen Ende sich bald eine Verdickung hervorhebt. In diesem Bereich findet ein besonders lebhafter Stoffwechsel und eine ebenso lebhaftere Zellvermehrung statt, die bereits darauf hindeuten, wie wichtig die Ausgestaltung des Gehirns für das weitere Wachstum wird. Genauso wie die Entwicklung des Gehirns folgt das Wachstum des gesamten Körpers einem komplizierten Organisationsplan der Zellvermehrung (ebd.).

Zwischen dem 13. und 15. Lebenstag zeigen sich die ersten Blutgefäße. Und schon wenige Tage darauf verschmelzen in der Brust des etwa 1,7 Millimeter großen Embryos zwei Schläuche miteinander zur Herzanlage, die sehr bald, noch vor dem 21. Tag, ihre Arbeit aufnimmt (Zimmer 1990, 21). Das erste funktionierende Organsystem des Embryos ist da: der Kreislauf mit dem pulsierenden Herzen. Zwischen dem 20. und dem 25. Tag gliedert sich das Herz durch Ausweitungen und Einschnürungen in vier Kammern, so dass es in der fünften Woche schon beginnt, die typische Form des erwachsenen Organismus anzunehmen, betont Zimmer (ebd.). Weiters erklärt sie, dass der Embryo frisches sauerstoffreiches Blut über die Nabelstrangvene (Umbilikalvene) aus dem Chorion (dem embryonalen Teil der späteren Plazenta) erhält und von der dritten Woche an zusätzlich aus dem Dottersack. In ihm bilden sich neue Blutzellen, bis in der fünften Woche die Leber die Blutbildung übernimmt. Das Herz pumpt das Blut durch den Körper, so dass Sauerstoff in alle Bereiche gelangt. Besonders viel davon braucht das Gehirn, in dem eine rasche Zellteilung und -wanderung vor sich geht (ebd.). Das sauerstoffarme verbrauchte Blut fließt über die Nabelstrangarterie zum Chorion zurück, wo es erneut aufgefrischt wird. Während der gesamten Zeit im Mutterleib arbeitet der kindliche Kreislauf nach diesem Schema (wobei später die Plazenta die Funktion des embryonalen Chorion übernimmt). Bei der Geburt, der Durchtrennung des Nabelstrangs, kehrt sich einiges um. Arterien führen jetzt frisches Blut aus Herz und Lunge in alle Bereiche des Körpers. Das Herz ist von Anfang an außerordentlich kräftig. So ist bei Zimmer (1990, 21) der Hinweis zu finden, dass es bei einem 28 Tage alten mit einer Blutung abgegangenen Embryo noch fünf Stunden lang schlug. Diese so früh schon zuverlässige Leistung des Herzens ist wichtig, denn ohne den Zustrom frischen Blutes könnte sich das Zentralnervensystem und damit das Gehirn nicht entwickeln. Herz und Hirn haben also zu Beginn des menschlichen Lebens bereits einen eindeutigen Vorrang. Heute weiß man, dass seelische Prozesse, Freude, Angst, Sorge, Stress, Beruhigung oder Erregung ihren Niederschlag im Stoffwechsel finden. Hormone wie Adrenalin, Noradrenalin und Serotonin werden über das Blut transportiert. Sie lösen unter Einschaltung von Neurotransmittern (Substanzen, die elektrische Verbindungen zwischen Nervenzellen im Gehirn herstellen) Aktionen und Reaktionen im Gehirn aus, die wiederum das gesamte „Körperverhalten“ beeinflussen – also Bewegungsabläufe, Herz- und Atemrhythmus, Schweißabsonderung (Zimmer 1990, 24).

Die Herz-Hirn-Einheit besteht schon in den ersten Wochen menschlichen Lebens. Das Gehirn bildet sich im Laufe der vierten Woche in Bläschen aus: dem Vorder-, Mittel- und Rautenhirn. In der fünften Woche differenziert es sich weiter und wächst so stark, dass das Gesicht die Brustwand vor dem Herzen berührt (Blechsmidt 2002, 155). Magen, Leber, und Bauchspeicheldrüse entwickeln sich, ebenso das Darmrohr. Um den 26. Tag entsteht als Knospe am Vorderdarm die erste Anlage der Lunge. Um den 28. Tag werden die Armknospen sichtbar, die sich an ihrem vorderen Ende bereits drei Tage später flossenähnlich verbreitern. Bis zum 41. Tag sind „Fingerstrahlen“ entstanden, die knorpeligen Anlagen von Elle, Speiche und Oberarmknochen sind vollständig da. Die ganze Entwicklung unseres so differenzierten Greifsystems, das in enger Verbindung mit dem „Be-greifen“, also mit dem Intellekt und der Sprache steht, hat ganze 14 Tage gedauert (ebd.). Blechsmidt sieht in den deutlichen Wachstumsbewegungen der Hand eine Vorstufe zum Greifen. Was nicht schon in der Frühentwicklung unbewusst vom Körper eingeübt wurde, kann auch später – weder bewusst noch instinktiv – ausgeübt werden. Die Beine entwickeln sich nach dem gleichen Schema, nur etwas später (ebd.).

Am Ende der achten Woche sind alle äußeren und inneren Organe angelegt und teilweise sogar schon ziemlich weit entwickelt. Einige haben bereits ihre Funktionen aufgenommen (ebd.).

Der Embryo wächst also in ein Entwicklungsstadium hinein, in dem er erste Erfahrungen (wie Veränderungen seiner Lage im Mutterleib, Fühlen, Schmecken, Hören) sammeln und auch schon darauf reagieren wird (Zimmer 1990, 25).

Alter in Tagen	Größe in mm	Entwicklung
0-4		Erste Zellteilungen finden statt.
4		Blastozyst entsteht.
6-12		Der Keim nistet sich in der Gebärmutterschleimhaut ein.
13		Die Zotten des Chorions bilden sich und verbinden den Embryo mit dem mütterlichen Stoffwechsel.
15		Der Embryo ist jetzt ein dreiblättriger Keim. Aus den drei Keimblättern entwickeln sich alle Gewebe und Organe.
21	1,7	Das Herz entsteht aus zwei Blutgefäßen, die miteinander verschmelzen. Es beginnt sofort zu arbeiten.
22-26	bis zu 3	Der Embryo krümmt sich, Augenbläschen sind ausgebildet. Anlage der Lunge als Knospe am Vorderdarm. Das Neuralrohr schließt sich.
26-28	2,5-6	Das Gehirn beginnt sich zu Bläschen auszubilden. Der Embryo bekommt eine C-förmige Gestalt. Magen, Leber, Bauchspeicheldrüse und Darmrohr entwickeln sich. Am 26. und 28. Tag werden Armknospen sichtbar.
31	6	Beinknospen bilden sich.
32	6-7	Augenbecher werden ausgebildet, flossenähnliche Verbreitung der Handplatten.
37-40	8-11	Fußplatten werden ausgebildet, die Retina ist pigmentiert, Ohrwülste haben sich gebildet.
41-43	11-14	„Fingerstrahlen“ sind erkennbar.
44-46	13-17	„Zehenstrahlen“ treten auf. Die Augenlieder entwickeln sich. Brustwarzen werden sichtbar.
49-51	18-22	Arme sind länger geworden, im Ellbogen beugen sie sich. Die Finger sind zu erkennen.
52-53	22-24	Die Finger sind jetzt getrennt. Erste Bildung von Synapsen im Gehirn beobachtet. Auch die Zehen sind jetzt getrennt. Augenlider und Ohren haben sich weiterentwickelt.
54-55	23-28	Der Kopf wird runder. Am Ende der achten Woche sind alle äußeren und inneren Organe angelegt. Der Embryo macht erste Wahrnehmungserfahrungen. Sogenannte Reflexzentren für die Atembewegungen sind entstanden. Die spätere Atemfähigkeit wird während des embryonalen Lungenwachstums schon geübt.
56	27-31	

Abb. 1: Erste pränatale Entwicklung (Zimmer 1990, 26).

2.2. Zweite pränatale Entwicklungsphase (Fötalzeit)

Mit der neunten Woche beginnt die zweite Phase im Leben des jetzt Fötus genannten Ungeborenen (Alberti 2005, 19). Diese Zeit steht ganz im Zeichen der Entwicklung von Wahrnehmung und Bewegung. Das Kind kann schon Bewegungen seiner Mutter fühlen, die ihm Behagen oder Unbehagen bereiten. Es beginnt mehr und mehr, eigene Bewegungen auszuführen und dabei auf Außenreize zu reagieren. Nach Alberti (ebd.) ist anzunehmen, dass sein Tastsinn schon früh funktionsfähig ist, so dass es bald einen Druck auf den Mutterleib oder auch ein Streichen wahrnehmen kann. Wenn es mit den Beinen strampelt und stößt oder seinen ganzen Körper dreht, übt es schon jetzt Fähigkeiten ein, die es braucht, um bei der Geburt aktiv mitzuarbeiten. Der Fötus entfaltet in diesen Wochen auch seine erste zarte Mimik, und er beginnt nun den Wach- und Schlafrythmus seiner Mutter zu übernehmen (ebd.).

Erstaunlich ist, welche Fortschritte der Fötus zwischen der neunten und der zwölften Woche im Zusammenspiel seiner Fähigkeiten macht (Zimmer 1990, 41). Ein Druck auf die Stirn (z.B. bei seiner Fetoskopie) lässt ihn jetzt bereits den Kopf wegdrehen, um die Störung zu vermeiden. Er kann dabei auch die Stirn in Falten legen und die Augenbrauen heben. Die Augen stehen noch weit auseinander, und die relativ tief sitzenden Ohren beginnen erst allmählich nach oben zu wandern (ebd.).

Der Kopf wächst jetzt nicht mehr so schnell wie der Körper, das Kind ist in der neunten Woche, vom Scheitel zum Steiß gemessen, fünf Zentimeter lang, in der zwölften Woche ist es bereits 8,7 Zentimeter lang und wiegt 45 Gramm (ebd.). Die Proportionen des Fötus, der seinen Kopf nicht mehr so gebeugt hält wie der Embryo, werden immer babyähnlicher und das Gesicht wird immer hübscher. Bei genauer Betrachtung sind die Geschlechtsorgane von Mädchen und Jungen von der zehnten, elften Woche an zu unterscheiden. Aus den beiden zunächst gleich aussehenden Geschlechtshöcker und einem Geschlechtshöcker, der Andeutung eines winzigen Penis, entwickeln sich bei weiblichen Kindern die Vulva und die Klitoris, bei männlichen entstehen aus den Geschlechtshöcker das Skrotum, aus dem Höcker der Penis (ebd.).

Nach Zimmer (1990, 49) haben die Arme bis zum Ende der zwölften Woche nahezu die proportionale Länge erreicht, die sie bei der Geburt haben werden, während die

Beine noch relativ kurz und dünn sind. Das Kind beginnt in der zehnten Woche schon ziemlich „geschickt“, mit seinen Armen und Händen umzugehen: Es kann Ellbogen und Handgelenke fast unabhängig voneinander bewegen und den Daumen in eine Stellung gegenüber den anderen Fingern bringen. Hier zeigen sich übrigens winzige, zarte Fingernägel. Eine Berührung der Lippen lässt das Kind in der zwölften Woche die Oberlippe heben. Eine Art Lächeln erhellt dann das Gesicht, was nach Zimmer (1990, 49) auch ein erster Saugreflex sein könnte. Inzwischen ist nicht nur die Lippenregion, sondern auch der Mund innen auf Saugen eingestellt: Die Gaumenplatte, die sich geschlossen hat, trennt Mund und Nase voneinander und ermöglicht dem Baby später, gleichzeitig zu essen und zu atmen. Die Saugmuskeln in den Wangen entwickeln sich kräftig, die Speicheldrüsen bilden sich aus, und der Geschmackssinn steht schon voll zur Verfügung, so Zimmer (ebd.) Dass dies alles so früh geschieht und, wie sich später zeigt, mit Daumenlutschen und Trinken auch eingeübt werden kann, erscheint besonders sinnvoll, wenn man sich klarmacht, welch kompliziertes Zusammenspiel notwendig ist, um Saugen, Schlucken, Atmen gleichzeitig zu ermöglichen. Das Baby hat nach der Geburt keine Zeit, diese Dinge zu erlernen, es muss sie sofort können. Vorerst schluckt das Kind nur Amnionflüssigkeit und verwaltet alle Stoffe, die darin enthalten sind. Mit dem Urin gibt es einen Teil der Flüssigkeit wieder ab. Das Fruchtwasser verunreinigt sich dadurch ebenso wenig wie durch die späteren Darmausscheidungen. Es wird alle drei Stunden vollständig ausgetauscht. In der zehnten Woche beträgt sein Volumen ungefähr 30 Milliliter, es wird bis zur 37. Woche bis zu einem oder sogar anderthalb Litern zunehmen und sich dann wieder rasch verringern. Die Amnionflüssigkeit besteht zu 98 Prozent aus Wasser. Sie enthält Epithelzellen des Fötus und Nährstoffe wie Proteine, Kohlenhydrate, Fett, darüber hinaus auch Enzyme, Hormone und Pigmente (Zimmer 1990, 49).

Diese Flüssigkeit, in der der Fötus anfangs noch frei herumschwimmen kann, hat große Bedeutung für die Entwicklung des Kindes. Der kanadische Embryologe Keith L. Moore (1980, 115) fasst ihre Funktionen so zusammen: „Sie ermöglicht erstens ein gleichmäßiges Wachstum; sie verhindert zweitens, dass das Kind mit der Fruchtblase verwächst; sie schützt es drittens gegen Stöße; sie fördert viertens die freie Beweglichkeit; und sie dient fünftens mit ihrer verhältnismäßig konstanten Temperatur der Wärmeregulation“.

Im vierten Monat beginnen einige wichtige Veränderungen im Leben des Fötus: Seine Nahrungsquelle, das Chorion, verwächst jetzt an der Seite, die mit dem Uterus verhaftet ist, mit der Schleimhaut der Gebärmutter zur Plazenta, dem Mutterkuchen (Zimmer 1990, 49). Der Fötus wird von nun an durch die Plazenta sowohl mit Sauerstoff als auch mit Nahrungsstoffen versorgt. Sein Kreislauf transportiert sauerstoffarmes Blut durch die Nabelschnurarterien in das ausgedehnte (Kapillar-) Netz feiner Blutgefäße, die sich in den ehemaligen Chorionzotten verästeln. Das Blut des Fötus fließt hier sozusagen am mütterlichen Blut vorbei, wird von ihm umspült, vermischt sich aber nicht mit ihm, und gelangt dann, inzwischen mit 80 Prozent Sauerstoff angereichert, durch die Nabelschnurvene zum Kind zurück. Bei diesem Vorgang werden Stoffwechselschlacken aus dem Blut des Ungeborenen herausgefiltert (Zimmer 1990, 49).

Nahrungsstoffe und Globuline (Abwehrstoffe) dringen über das Gewebe der Plazenta durch die kindlichen Gefäßwände. Dabei können auch schädliche Substanzen, Gifte, Drogen, Krankheitskeime zum Fötus gelangen (ebd.). Das kann dazu führen, dass ein Neugeborenes bereits drogensüchtig ist. Die Plazenta filtert nur ganz wenige dieser Substanzen heraus, z.B. solche, deren Moleküle besonders groß sind. Der früher gebräuchliche Ausdruck „Plazentaschanke“ ist nach dem heutigen Wissensstand nicht mehr zutreffend. Die Verbindung zwischen dem Kind und der Plazenta ist die Nabelschnur. Sie hat sich aus embryonalen Zellen entwickelt und wächst mit dem Fötus. Bei der Geburt ist sie bis zu 60 cm lang und hat einen Durchmesser von ein bis zwei Zentimetern. Wenn sie Knoten bildet und sich um den Hals des Fötus schlingt, kann sie für ihn zur Gefahr werden (ebd.).

Der Körper des inzwischen 16 Zentimetern großen Kindes beginnt jetzt als eigenständiges System zu funktionieren (Alberti 2005, 21). Auch sein Kreislauf ist ein geschlossenes System. Im vierten Monat pumpt das Herz des Fötus 30 Liter Blut am Tag – bei der Geburt werden es 350 Liter sein. Eine der wesentlichen Neuerrungenschaften des Kindes ist, dass es eine innere Eigenregulation, eine Homöostase entwickelt: Das heißt, sein Körper kann schon selber Stoffwechselprobleme, ja sogar richtige Notsituationen, denen es durch die Mutter ausgesetzt ist, ausgleichen und bewältigen, beispielsweise, wenn sie raucht, krank ist, Medikamente nimmt oder sich überanstrengt (ebd.). Das Kind hat also von nun an die Fähigkeit und Tendenz, sein inneres Gleichgewicht immer wieder

herzustellen. Zu den Bewegungsreaktionen auf Wahrnehmungsreize ist also eine neue Fähigkeit der Anpassung an die Umwelt hinzugekommen (Alberti 2005, 21). Das Kind im Mutterleib kann nach Zimmer (1990, 24) zwar sein inneres Gleichgewicht weitgehend selber steuern, aber es kann nicht alles ausgleichen. Machtlos ist es gegen Sauerstoffmangel, wenn es zum Beispiel von der Plazenta nicht genügend versorgt wird. Machtlos ist es auch gegenüber Krankheitskeimen, zum Beispiel wenn sich die Mutter mit Toxoplasmose infiziert. Es ist auch machtlos, wenn es durch eine Erbanlage in seiner Entwicklung gestört wird oder durch eine Einwirkung von Schadstoffen in der Embryonalzeit Fehlbildungen erlitten hat (ebd.).

Alter in Wochen	Größe in cm*	Gewicht in g	Entwicklung
9	5	8	Die Augen des Fötus schließen sich. Der Kopf wird runder, er macht noch fast die Hälfte der gesamten Größe des Kindes aus. Die Region um den Mund wird empfindlich für Berührungsreize. Der Fötus reagiert mit Bewegungen des ganzen Körpers.
10	6,1	14	Hand, Fußsohle und nach und nach die ganze Körperoberfläche werden empfindlich für Berührungsreize. Das Kind kann eine Faust machen, es kann sogar Ellbogen und Handgelenk unabhängig voneinander bewegen. Der Gleichgewichtssinn beginnt zu funktionieren. Das Geschlecht des Kindes wird erkennbar.
12	8,7	45	Das Geschlecht ist eindeutig zu bestimmen. Die Knochenbildung, die bereits am Ende der Embryonalzeit beginnt, schreitet weiter fort. Der Gaumen schließt sich. Erste Saugreflexe. Der Fötus kann schlucken und schmecken.
14	12	110	Der Geschmackssinn ist ausgereift. Der Gleichgewichtssinn vervollkommt sich. Das Chorion ist mit der Uterusschleimhaut zur Plazenta zusammengewachsen. Das Herz pumpt 30 Liter Blut am Tag.
16	14	200	Die Knochenbildung ist weit fortgeschritten. Das Skelett ist auf einem Röntgenbildschirm gut zu erkennen. Auch das Muster der Kopfbehaarung beginnt schon sichtbar zu werden. Der Kopf ist im Vergleich zur 12. Woche jetzt schon deutlich kleiner im Verhältnis zum Körper.
18	16	320	Die sogenannte Vernix caseosa ist ausgebildet, eine weißliche Fettschicht, die die zarte Haut des Kindes vor der Amnionflüssigkeit schützt.
20	19	460	Das Kind bekommt jetzt Augenbrauen und Haare. Beginn der sogenannten Markscheidenbildung im Gehirn. Kindliche Bewegungen werden von der Mutter wahrgenommen.
22	21	630	Erste Überlebenschancen im Brutkasten.
* Scheitel-Steißlänge			

Abb. 2: Zweite pränatale Phase (Zimmer 1990, 45).

2.3. Dritte pränatale Entwicklungsphase (Perinatalzeit)

In den letzten Monaten im Mutterleib bereitet sich der Fötus immer mehr auf sein Leben außerhalb des Mutterleibes vor. Er kann sich in seiner Enge zwar nicht mehr so viel bewegen, weil er in dieser Zeit noch stark wächst, aber er verarbeitet innerlich um so mehr Erlebnisse. Erfahrungen werden schon ein wenig gespeichert, geordnet, überprüft und in „selbständiges“ Verhalten umgesetzt. Zimmer (1990, 66) erklärt, dass das Kind in gewisser Weise jetzt schon lernt. Sein Gehirn ist für eine solche Verarbeitung bereit: Es hat in den Wochen vor der Geburt sehr feine Strukturen entwickelt, das heißt, es gibt bereits eine Art Vernetzung. Immer enger wird der seelische Kontakt zur Mutter. Die Sinne reifen aus, auch der letzte wird nun funktionsfähig; Das Kind kann sehen (ebd.).

In den letzten Monaten vor der Geburt erhält das Kind über die Plazenta aus dem Blut der Mutter wichtige Abwehrstoffe, zum Beispiel Gamma-Globuline und jene Antikörper, die die Schwangere selber gegen Krankheiten wie Masern, Scharlach, Keuchhusten, Mumps, Windpocken, Kinderlähmung gebildet hat. Dieser Schutz vor Infektionen wird später vor allem vom Kolostrum, der ersten Milch, die das Kind unmittelbar nach der Geburt aus der Brust der Mutter saugt, noch verstärkt (Zimmer 1990, 66).

Es gibt nach Zimmer (ebd.) nur eine Art von Abwehrstoffen aus dem Blut der Mutter, die dem Kind nicht nützen, sondern ihm schaden, ja sogar sein Leben gefährden: Wenn eine Mutter in ihrem Blut nicht über den sogenannten Rhesusfaktor verfügt, also Rh-negativ ist, und ein Rh-positives Baby als zweites Kind bekommt, das seinen Rh-Faktor vom Vater geerbt hat, dann gibt es eine Unverträglichkeit zwischen dem Blut der Mutter und dem des Kindes. Man behandelt solche Babys durch wiederholten Blutaustausch schon im Mutterleib – eine für den Fötus schmerzhaft, aber lebensrettende Prozedur, so Zimmer (ebd.).

Nicht nur Abwehrstoffe schaden dem Kind oder machen es lebensstüchtig. Mindestens genauso wichtig wie sie sind die Gefühle, die die Mutter ihrem ungeborenen Kind entgegenbringt. Von ihnen hängt nicht nur sein Gedeihen im Uterus ab, sondern auch später seine seelische und körperliche Gesundheit. Nach Zimmer (1990, 66) beunruhigt die Mutter das Kind, wenn sie zu viele Ängste während der Schwangerschaft hat. Sie betont auch, dass Neugeborene stark auf den

Herzschlag der Mutter reagieren. Sogar auf Tonband aufgenommene ruhige Herztöne, die man den Kindern vorspielt, bewirken, dass sie sich dabei besser entwickeln. Das heißt andererseits, dass ein beschleunigter Herzschlag das Kind unruhig macht. Das lässt sich sehr gut bei Ultraschalluntersuchungen beobachten. Wenn der Arzt bei einer solchen Untersuchung die Mutter mit einer gewissen Besorgnis darauf hinweist, dass sich ihr Kind gar nicht bewege, beginnen viele Ungeborene fast wie auf Kommando heftig zu strampeln. Der Schreck der Mutter über die ärztliche Bemerkung alarmiert sowohl über eine Hormonausschüttung im Blut als auch mit einem dadurch bedingten schnelleren Herzschlag das Kind doppelt. Es reagiert sofort, erklärt Zimmer (1990, 66). Schlimmer noch als gelegentliche Besorgnis oder Angst ist es nach Alberti (2005, 149) für den Fötus, wenn die Mutter ihn ablehnt oder sich ihrer Liebe nicht sicher ist. Sie kann ihm diese negative Einstellung signalisieren, indem sie sich selber gesundheitlich vernachlässigt und damit bewusst oder unbewusst das Kind in Gefahr bringt. Vielleicht fordert sie auch Unfallsituationen heraus, treibt in übertriebener Weise Sport, versäumt Vorsorgeuntersuchungen, zieht zu enge Kleidung an, oder sie schädigt ihr Kind durch Alkohol, Nikotin und andere Drogen. Oft ist sie sich über ihr Verhalten gar nicht im klaren. Das Kind aber nimmt ihre Zeichen der Lieblosigkeit auf und wird in seiner Entwicklung behindert, wenn nicht gefährdet (ebd.). Interessant in diesem Zusammenhang ist die Untersuchung von der holländischen Psychologin Anja Huizink von der Universitätsklinik Utrecht. Sie hat eine Studie mit 170 Schwangeren und der Entwicklung ihrer Kinder acht Monate nach der Geburt durchgeführt. Dabei stellte sie fest, dass die Kinder von gestressten und ängstlichen Müttern später deutlich langsamer in ihrer Entwicklung waren als die Kinder von entspannten Müttern (ebd., 151). Die Belgierin Bea van de Bergh vom Familienforschungszentrum Brüssel kommt in einer Studie über neun Jahre zu dem Ergebnis, dass Aufmerksamkeitsprobleme und Hyperaktivität sowie Lern- und Konzentrationsschwächen von Kindern im Zusammenhang mit der Stressbelastung, die ihre Mütter während der Schwangerschaft hatten, stehen (ebd.).

Alter in Wochen	Größe in cm*	Gewicht in g	Entwicklung
24	23	820	Die Fingernägel sind jetzt ausgebildet. Der Körper ist noch mager, die Haut noch schrumpelig.
26	25	1000	Der Fötus wird jetzt außerhalb des Mutterleibs lebensfähig, weil sein Atemsystem – wenn auch noch unzulänglich – schon funktioniert. Die Augen öffnen sich. Das Baby reagiert auch deutlicher auf Geräusche, da sich die Nervenwege zu den Ohren fertig ausgebildet haben.
28	27	1300	Die Augen sind ganz geöffnet, die Haare wachsen stärker.
30	28	1700	Die Zehennägel sind ausgebildet. Das Fettpolster unter der Haut hat sich stark vermehrt.
32	30	2100	Jetzt wird die Haut rosig und glatt, Arme und Beine bekommen eine rundliche Form.
36	34	2900	Auch der Körper ist jetzt weich und rundlich. Während der letzten Wochen lagern sich jeden Tag etwa 14g Fettgewebe ein. Der äußere Gehörgang ist noch verschlossen, aber das Kind reagiert schon auf Lautgeräusche. Die Mutter kann oft charakteristische Reaktionen des Kindes auf bestimmte äußere Geräusche hin spüren, z.B. eine erhöhte Aktivität während eines Konzertbesuchs oder auch Schreckreaktionen z.B. beim Ertönen einer lauten Hausklingel.
38	36	3000-3400	Geburtstermin. Viele Kinder werden 14 Tage vor oder nach diesem Termin geboren.

* Scheitel-Steißlänge
** Ausgestreckt 50 bis 52 cm lang

Abb. 3: Dritte pränatale Entwicklung (Zimmer 1990, 69, und Rittelmeyer 2005, 16).

2.4. Mögliche Störungen bei der vorgeburtlichen Entwicklung

Nach Zimmer (1990, 36) sind die ersten acht Wochen, die der menschliche Embryo ganz und gar umschlossen von der Chorionhülle erlebt, nicht nur eine Zeit besonderer Geborgenheit, sondern auch besonderer Gefährdung. Zum einen, weil die Verbindung zum mütterlichen Stoffwechsel besonders direkt ist und alle körpereigenen und von außen kommenden Schadstoffe auf den zarten Keim einwirken (Später filtert die Plazenta immerhin einige dieser Stoffe heraus, allerdings viel weniger als man früher annahm). Zum anderen, weil die Störungen in diesem Entwicklungsstadium sehr schwere Behinderungen erwarten lassen. Typische Fehlbildungen der Embryonalzeit sind Spalten in der Wirbelsäule (Spina bifida) und am Kopf und damit verbundene Fehlbildungen des Zentral-Nervensystems, ebenso Spalten im Gaumen, im Kiefer, in den Lippen (die sogenannten Hasenscharten) und Gliedmaßenfehlbildungen, wie sie durch das Schlafmittel Contergan erzeugt wurden. Andere Entwicklungsstörungen der Embryonalzeit sind Chromosomenanomalien, am bekanntesten die sogenannte Trisomie 21, bei der zum 21. Chromosomenpaar ein drittes Chromosom hinzukommt (Zimmer 1990, 36).

Solche Entwicklungsstörungen können unterschiedliche Gründe haben: zunächst genetische, also im Erbmateriale der Eltern liegende. Auch eine Fehlleistung des mütterlichen Stoffwechsels kann Ursache für die Entwicklungsstörung eines Ungeborenen sein. Solche Entgleisungen des Stoffwechsels werden manchmal durch Krankheit, aber auch durch schwere seelische Belastungen hervorgerufen (Zimmer ebd.). Über die Hypophyse wirken die Gefühlskonflikte auf den Uterus ein. „Wehen“ – Kontraktionen – können die Folge sein. Dadurch werden die Gebärmutter Schleimhaut und die Durchblutung der Plazenta beeinflusst. Für das Kind bedeutet dies Nahrungs- und Sauerstoffmangel. Ein solcher Mangel kann die Entwicklung seines Nervensystems beeinträchtigen oder sogar sein Leben bedrohen. Hier wird noch einmal deutlich, wie wichtig es ist, dass die werdende Mutter in einer von Belastungen freien Umwelt leben kann (ebd.).

Auch eine mangelhafte Ernährung (mit einem dadurch bedingten Vitaminmangel) gefährdet das Ungeborene. Die merkwürdigen Essluste schwangerer Frauen haben ihren Grund und sollten berücksichtigt werden. Denn der Bedarf an essentiellen Nährstoffen (nicht an Kalorien) steigt während der Schwangerschaft so stark, dass die normale Nahrung ihn oft nicht abdecken kann (ebd.).

Eine Reihe von Störungen der kindlichen Entwicklung im Mutterleib kommen von außen, erklärt Zimmer (1990, 36). Sie sind wegen ihrer Komplexität oft kaum auseinanderzuhalten. Da sind einmal Störungen, die durch Krankheitserreger wie Viren oder Bakterien hervorgerufen werden. Röteln, Poliomyelitis, Virus-Hepatitis, Herpes, aber auch Tuberkulose, Typhus und vor allem Toxoplasmose können den Embryo schädigen. Schwangere, die Haustiere haben, müssen ihren Arzt wegen einer besonderen Blutuntersuchung ansprechen. Zu warnen ist auch vor Impfungen während der Schwangerschaft, vor allem mit Lebendimpfstoffen (ebd.).

Chemische Schadstoffe, sogenannte Teratogene, haben seit der Contergan-Tragödie besondere Aufmerksamkeit erweckt, weil sie vielfältig in unserer „normalen“ Umwelt versteckt sind: in Medikamenten, Genussmitteln, Pestiziden, Lebensmittelzusätzen, Farbstoffen, Waschmitteln usw. (ebd.). Es ist schwierig, sich ein Urteil über die Gefährlichkeit zu bilden: Einerseits wirken nicht alle stoffwechselfremden Substanzen in Überdosis schädigend auf das Ungeborene, und andererseits ruft manche zunächst harmlos scheinende Substanz erst in Verbindung mit einer oder mehreren anderen Schädigungen hervor, so Zimmer (1990, 36).

Leider sind die Gefahren für den Embryo mit der Vermeidung der Medikamenteneinnahme der Mutter, nicht zu Ende. Eine kritische Phase ist für ihn in der Mitte der sechsten Woche der Nabelanschluß: Es kann passieren, dass die Nabelschnur ein Bein oder einen Arm abschnürt und damit das Wachsen dieser Gliedmaßen behindert oder dass sie sich um den Hals des Kindes wickelt (ebd.).

In diesem Kapitel wurden verschiedene Phasen der pränatalen Entwicklung vorgestellt und es wurden mögliche Störungen, die in diesen Phasen auftreten können, beschrieben. Im nächsten Kapitel wird näher auf die Erkenntnisse der pränatalen Psychologie eingegangen.

3. Pränatale Psychologie

3.1. Geschichte der pränatalen Psychologie

„Der Anstoß zu einem neuen Wissen um die seelischen Qualitäten des noch ungeborenen Menschen kommt aus der Psychoanalyse, die sich seit Sigmund Freud unbewußter seelischer Hintergründe von menschlichen Verhaltensweisen zur Aufgabe gemacht hat“ (Hertl 1994, 13). Weiters schreibt Hertl, dass dieses neue Denkprinzip für das neugeborene Kind jetzt heißt: „Es muß schon vor der Geburt seelisches Leben geben, sinnliches Erfassen, emotionales Erleben, daraus Erfahrung, dafür ein Erinnern und damit eine Art von Bewusstsein“ (ebd. 14).

Das Erleben der vorgeburtlichen Lebenszeit sah Freud besonders im Schlafzustand reproduziert:

„Das Schlafen ist somatisch eine Reaktivierung des Aufenthalts im Mutterleibe, mit der Erfüllung der Bedingungen von Ruhelage, Wärme und Reizabhaltung; ja viele Menschen nehmen im Schlaf die fötale Körperhaltung wieder ein. Der psychische Zustand der Schlafenden charakterisiert sich durch nahezu völlige Zurückziehung aus der Welt der Umgebung und Einstellung alles Interesses für sie“ (Freud 1916, 413 zit. n. Janus 2000, 38).

Nach Hertl (1994, 14 f.) kommt dem Schweizer Psychoanalytiker Gustav Hans Graber, der erstmals 1924 auf die prägende Bedeutung des Lebens vor der Geburt hinwies, besondere wissenschaftliche Bedeutung zu. Graber sieht das Leben des Menschen als eine Reihung sehr verschiedener Daseinsabschnitte. Der Weg von der Wiege bis zur Bahre wird zwar als Kontinuum erlebt, er wird jedoch in mehreren Entwicklungsschritten und in jeweils spezifischen Gefühlswelten zurückgelegt. In jeder Phase entwickelt der Mensch eine eigen geprägte geistige Motivation, mit der er sich seinen Sinnesempfindungen stellt. So resultiert daraus eine altersgebundene Bewusstseinsbildung und Erfahrung (Hertl 1994, 14 f.).

1971 gründet Graber in Wien die „Internationale Studiengemeinschaft für pränatale Psychologie“ (ISPP). 1986 ist der Name auf „Internationale Studiengemeinschaft für Prä- und Perinatale Psychologie und Medizin“ (ISPPM) erweitert worden (ebd.). „Zunächst versteht sich die pränatale Psychologie als eine neue Grundlagenwissenschaft, die sich mit der frühesten Phase menschlichen Daseins

beschäftigt. Sie untersucht die seelischen Fähigkeiten, die Aufnahmequalitäten und die Lebensäußerungen des ungeborenen Kindes und die Einflüsse der Zeit vor und während der Geburt auf die spätere Entwicklung“ (Hertl 1994, 15). Da das wissenschaftliche Ziel nach Hertl (ebd.) heute weiter gefasst ist, sollen darüber hinaus aber die umfassenden neuen Einsichten ins vorgeburtliche Leben auch der Prophylaxe dienen, um körperlichen und seelischen Fehlentwicklungen in dieser Zeit, während der Geburt und in den ersten Lebensmonaten vorzubeugen (ebd., 16).

3.2. Methoden der pränatalen Psychologie

Nach Hepper (2005, 64) gab es im frühen 20. Jahrhundert sporadische, aber oft einfallsreiche experimentelle Studien, in denen versucht wurde, Erkenntnisse über das Verhalten des Fetus zu gewinnen. Untersucht wurden zum Beispiel die Reaktionen des Fetus auf Geräusche (Forbes u. Forbes 1927; Peiper 1925), seine Lernfähigkeit (RAY 1932; Spelt 1948) und der Einfluss verschiedener Umweltfaktoren auf die Entwicklung des Fetus einschließlich mütterlicher Angst (z.B. Sontag 1962: Sontag u. Wallace 1934). Hepper (ebd.) betont, dass zwei Faktoren dazu beigetragen haben, dass der pränatalen Periode immer mehr Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Zunächst einmal war das die Entwicklung der Ultraschalltechnik, die eine sichere, nichtinvasive Methode zur Beobachtung des Fetus lieferte. Bevor es diese Technik gab, wurde Feten „untersucht“, indem die fetalen Bewegungen mit einem Stethoskop abgehört (Piper 1925), die durch die Bewegung des Fetus entstehenden Veränderungen der mütterlichen Bauchdecke vermessen (Sontag u. Wallace 1934; Robertson 1985) oder die Bewegungen von Feten bei Fehlgeburten untersucht wurden (Hooker 1952; Minkowski 1928). „Durch diese Methoden konnten nur große und raumgreifende Bewegungen des Fetus festgestellt werden, nicht aber die ganze Komplexität seiner Bewegungen. Die moderne Ultraschalltechnik öffnet ein Fenster zur Welt des Fetus und bietet einen sicheren Zugang zur Beobachtung seines Verhaltens“ (Hepper 2005, 64 f.).

Gross (1982, 35) schreibt, dass gerade in einem so randständigen Gebiet wie dem der pränatalen Psychologie es wichtig ist, zu trennen zwischen dem, was wir wissen, dem, was wir zu wissen glauben, und dem, wofür es Anzeichen gibt, die Hypothesen zulassen. Er ist der Meinung, dass man sich deshalb auch bei der pränatalen Psyche folgende Fragen stellen sollte:

1. Gibt es Anzeichen dafür, dass die Sinnesorgane des Ungeborenen in der Lage sind, äußere Reize aufzunehmen; ab wann und in welchem Ausmaß?
2. Wie werden sie verarbeitet, und wie wird darauf reagiert?
3. Werden die äußeren Reize gespeichert – in einer Art Gedächtnis?
4. Wie können sie wieder abgerufen werden?
5. Gibt es so etwas wie Bewusstsein beim Fetus? Wie kann es aussehen?

Um zur Beantwortung dieser Fragen zu kommen, nennt Gross (1982, 35 f.) folgende Möglichkeiten:

1. Direktbeobachtungen – zum Beispiel durch Ultraschall, Endoskope, Elektronenmikroskope, Makrophotographie, Kardiograph zur Messung der Herztöne etc.;
2. Messungen an Fetus und Mutter gleichzeitig und ein Vergleich – zum Beispiel Herzschlag, Gehirnströme;
3. Experimente;
4. Erkenntnisse aus Untersuchungen des Verhaltens und Empfindens nach der Geburt, die Rückschlüsse auf pränatales Leben zulassen;
5. Erkenntnisse aus psychotherapeutischen Sitzungen mit prä- oder perinatalem Inhalt – nach dessen therapeutischer Bearbeitung zum Beispiel chronische Krankheitssymptome verschwanden;
6. Erkenntnisse, die sich aus Untersuchungen von tot zur Welt gebrachten Embryos und Feten ergeben.

Zusammenfassend kann man sagen: Die Erforschung des pränatalen Seelenlebens bedient sich in der Hauptsache indirekter Methoden, Indizien und der Sekundärphänomene, als da sind: statistische Zusammenhänge zwischen Schwangerschaftsverlauf und späteren Verhaltensauffälligkeiten, Rückschlüsse aus neurologischen, psychosomatischen und psychologischen Krankheitssymptomen, vor allem Träume, deren Inhalte als wiederkehrende Erinnerungen an die „prähistorische Lebenszeit“ (Freud) aufgefasst werden können (Gross 1982, 35 f.).

3.3. Forschungsergebnisse

3.3.1. Untersuchungen aus dem Gebiet der Tierverhaltensforschung

„Zahlreiche Experimente zur pränatalen Entwicklung wurden und werden mit Tieren durchgeführt. Ein wesentlicher Vorteil dieser Methode dürfte darin bestehen, Gefährdungen sowohl der Mutter als auch ihrer ungeborenen Kinder z.B. durch Röntgenuntersuchungen, durch in den Uterus eingeführte Endoskope oder Mikrophone und andere sogenannte invasive Methoden auszuschließen. Gegen derartige Untersuchungsmethoden an Menschen hatten viele Forscher ethische und medizinische Bedenken geäußert. Erst in den 80er- Jahren wurden ‚ethisch akzeptable nichtinvasive‘ Forschungsmethoden entwickelt, die auch in Untersuchungen an Menschen interessante Ergebnisse erbrachten (vgl. zu diesem Begriff z.B. DeCasper/Spence 1986)“ (Rittelmeyer 2005, 28).

Allerdings werden heute noch unter Umständen für menschliche Pränaten gefährliche Versuche, mit Tieren durchgeführt (Gross 1982, 9). Bereits in diesen sehr zahlreichen Tierversuchen ergaben sich deutliche Hinweise auf pränatale Konditionierungen oder sogar auf elementare Formen des pränatalen Lernens. So wurden z.B. bebrütete Hühnereier zwischen dem 12. und 15. Tag mit einem Experimentierton von 200 Hertz im Sekundenrhythmus beschallt. Eine Kontrollgruppe wurde in einem schalldichten Brutschrank bebrütet. Nach dem Schlüpfen am 21. Tag wurden alle Küken auf einem Tisch getestet. Zwei Lautsprecher sandten Töne von 200 bzw. 2000 Hertz aus. Die schallisoliert bebrüteten Tiere näherten sich gleichermaßen beiden Tönen. Die beschallten Küken hingegen wurden eindeutig von den ihnen vertrauten 200-Hertz-Tönen angelockt (ebd.). So wurde gezeigt, dass tierische Pränaten nach der Geburt besondere Aufmerksamkeit und häufig sogar Vorliebe für diejenigen Geräusche zeigen, die sie während der Austragungs- bzw. Brutzeit gehört hatten (ebd.). Allein mit derartigen Tierexperimenten ist allerdings die Frage noch nicht zu beantworten, ob es ein pränatales Lernen auch beim Menschen gibt. Die Problematik dabei ist der zu einfache und nicht zulässige Rückschluss von Tier auf Mensch.

3.3.2 Tiefenpsychologische Studien

Die in tiefenpsychologischen Studien erzielten Forschungsergebnisse beruhen nach Rittelmeyer (2005, 29) in aller Regel nicht auf Experimenten, sondern auf Aussagen schwangerer Mütter oder auf erzählten Erinnerungen z.B. im Zusammenhang psychotherapeutischer Sitzungen, die sich auf prä- oder perinatale Erlebnisse beziehen. So berichteten therapeutisch behandelte Erwachsene von ihrem Geburtsvorgang (den sie häufig traumatisch – als sogenannte „Fetalregression“ – in Erinnerung hatten) und von angeblichen Erlebnissen im Mutterleib. Verschiedene Therapie- und Analysetechniken beruhen auf der These einer möglichen Retrospektion bzw. Erinnerung dieser Zustände: Birthing, Rebirthing, imaginative Reaktivierung des intrauterinen Milieus, Traumdeutung, pränatale Lebenslaufforschung und andere Techniken (Janus 1990). So wird z.B. von manchen TherapeutInnen und AnalytikerInnen wie z.B. Kruse (1979, 14 f.) vermutet, dass die häufig zu beobachtende zusammengezogene Schlafhaltung von Menschen eine als angenehm erlebte „intrauterine Stellung“ wiederholt, also einen Zustand im Mutterleib wieder herzustellen sucht.

„In jedem Kinderheim, Krankensaal, sogar in Massenunterkünften und Soldatenquartieren sind Schläfer zu beobachten, die eine eigenartige Stellung annehmen: sie liegen zusammengerollt, Arme und Beine überkreuzt und bis über die Ohren zugedeckt im Bett. – Für einen Erwachsenen ist dies eine überaus unphysiologische Schlafhaltung, denn ein entspanntes Ausruhen ist in dieser Lage nicht möglich. Trotzdem scheint sie dem Betreffenden eine höhere Annehmlichkeit zu bieten als die natürliche Streckung der Glieder. Einen anderen Grund als den einer größeren Ruhe und Behaglichkeit können die Schläfer dafür in der Regel nicht angeben. – Wenn man sich nun fragt, in welchem Lebensalter eine solche Stellung physiologisch und natürlich gewesen ist, gelangt man unwillkürlich auf die Lage des Fetus im Mutterleib. Eine solche ‚Mutterleibshaltung‘ ergibt nur dann einen Sinn, wenn man unterstellt, dass Erinnerungsreste (Engramme) aus der angenehmen Befindlichkeit im Uterus vorhanden sind, die eine so starke Prägekraft besitzen, dass sie sich gegen die adulte Streckhaltung durchsetzen vermögen“ (Kruse 1979, 14 f.).

Die gleich zu besprechenden empirischen Studien legen nahe, dass derartige Erinnerungen an pränatale Zustände nicht von der Hand zu weisen sind, aber Berichte der genannten Art lassen auch die Frage entstehen, ob es dabei nicht doch unbewusst um phantasievolle Rückprojektionen in die eigene Vergangenheit oder um die Wiedergabe von Erzählungen geht, die man früher einmal z.B. von den Eltern gehört hat. Eine befriedigende Antwort dürfte nach Rittelmeyer (2005, 31) nur schwer ohne experimentelle Untersuchungen darüber zu geben sein, ob der Pränat tatsächlich Zustände und Erlebnisse aus der vorgeburtlichen Zeit nach der Geburt erinnern kann.

„Ähnliche Nachfragen liegen im Hinblick auf verschiedene symbolische Deutungen prä- und perinataler Erlebnisse nahe, die in der psychoanalytischen Fachliteratur häufiger zu finden sind und die hier wie Tatsachen präsentiert werden. So wird z.B. die Angst, über große Plätze zu gehen (Agrophobie), von manchen Autoren darauf zurückgeführt, dass diese Personen als Kinder zu früh entbunden wurden; die Raumangst (Claustrophobie) wird als Folge einer verspäteten Entbindung erklärt. In der Freude am dumpfen Rhythmus der Discotheken-Musik wird eine Reaktivierung des pränatalen Herzschlag-Erlebens im Mutterleib gesehen, Rituale des Begrabens in ‚Mutter Erde‘ stellen eine symbolische Rückkehr in den Mutterleib dar, das Schlaraffenland (‚das Land, wo Milch und Honig fließen‘) ist die Geschichte vom intrauterinen Raum, wie überhaupt die Faszination vieler Mythen und Märchen auf pränatale Erlebnisse zurückgeführt wird: Sie – die pränatalen Erfahrungen – gelten daher als Schlüssel für das Verständnis solcher Volkserzählungen“ (ebd., 31).

Rittelmeyer (2005, 32) schreibt auch, dass derartige Deutungen aus dem Bereich der Mythen- und Märchenforschung, der klinischen Psychologie und der therapeutischen Praxis den Hauptteil der Literatur zur pränatalen Psychologie stellen. Manchmal werden die oben genannten Deutungen mit experimentellen Studien verknüpft, aber in der Regel handelt es sich jedoch um Berichte und Behauptungen deren Wahrheitsgehalt fraglich bleibt. Experimente aus der Tierverhaltensforschung machen zwar wahrscheinlich, dass es ein pränatales Konditionieren gibt, dass bestimmte Signale aus der Umgebung schon im Mutterleib gelernt und daher möglicherweise auch erinnert werden; allerdings ist im Hinblick auf die menschliche

Retrospektionsfähigkeit bekannt, dass in der Regel Ereignisse aus der frühesten Kindheit nur selten wieder ins Bewusstsein geholt werden können (Rittelmeyer 2005, 32). Und da sich Ergebnisse aus der Tierverhaltensforschung auf Menschen nicht so einfach übertragen lassen, könnte man diese Frage nur durch Experimente am Menschen klären. Wenn man auf diesem Gebiet wissenschaftlich befriedigend arbeiten will, wird man die ungeborenen Kinder nicht nur bestimmten chemischen oder akustischen Einflüssen aussetzen dürfen, man muss auch prüfen, inwieweit ihr Sensorium diese Einflüsse überhaupt wahrnimmt, meint Rittelmeyer (ebd.). Dazu sind auch sehr fragwürdige Untersuchungsmethoden bzw. Eingriffe in den Mutterleib notwendig, die zwar selten zur Anwendung kommen, aber wie in nächsten Abschnitt gezeigt wird, doch angewendet werden.

3.3.3. Empirische Untersuchungen an Menschen

Der empirisch-rationale Gesichtspunkt bei der Betrachtung vorgeburtlicher Lebenszeit ist der, dass in der gleichen Weise wie die somatischen Verhaltensweisen vorgeburtlich aktiv sind und eingeübt werden, auch die affektiv-seelischen Grundmuster vorgeburtlich funktionieren und sich entwickeln. Einige der Beobachtungen, die an Ungeborenen durchgeführt wurden, werden von Rittelmeyer (2005, 34 f.) vorgestellt. Darunter sind auch einige Beobachtungen, die ethisch sehr fragwürdig sind wie z.B. Punkt 2, 5, 6.

1. Im 6./7. Monat kann durch die Ultraschallmethode das Öffnen der Augen beim Ungeborenen beobachtet werden. Auf Lichtblitze, Ultraschall, Bauchdrücken (Vorformen der sozialen Interaktion) können ein erschrecktes Wegdrehen der Augen oder andere Abwehrreaktionen (wie z.B. eine erhöhte Herzschlagrate und Strampeln) erfolgen.
2. Bei Zugabe von Bitterstoffen in das Fruchtwasser (im 5. Monat der Schwangerschaft beginnend) verzieht der Fetus beim Schlucken von Fruchtwasser den Mund, kräuselt die Stirn, zeigt erwachsenentypische Abwehrreaktionen.
3. Bei Erregtheit der Mutter nimmt die Aktivität der Feten häufig zu (vermutlich über Hormone gesteuert).

4. Bei der Kontraktion des Uterus in der Folge von mütterlichen Stresszuständen nimmt die motorische Aktivität des Fötus zu.
5. Bei Berührung der Lippen, der Hand oder der Füße (bei einer Fetoskopie) sind typische Fetusreflexe beobachtbar.
6. Wurde dem Fruchtwasser kalte Salzlösung zugeführt, wendete sich das Neugeborene stärker als andere Kinder einer lokalen Wärmequelle zu.
7. Bei Siebenmonatskindern wurden ausgedehntere REM-Phasen, d.h. längerdauernde Augenbewegungen im Schlaf beobachtet als bei normal geborenen Kindern. Das scheint auf eine Traumfähigkeit in diesem Alter hinzuweisen Rittelmeyer (2005, 34 f.).

Rittelmeyer (ebd., 35) schrieb auch über eine interessante, von Alessandra Piontelli 1992 durchgeführte Untersuchung:

„Sie veranstaltete mit schwangeren Müttern ausführliche Interviews, während sie mit Hilfe eines Ultraschallgerätes die Kinder im Mutterleib beobachtete; später hat sie dann in einer Längsschnittsuntersuchung die Entwicklung der Kinder verfolgt. Drei ihrer wesentlichen Ergebnisse waren:

1. Bestimmte Temperamenteigenarten der postnatalen Kinder zeigten sich häufig bereits im sensorisch-motorischen Verhalten der Pränaten (z.B. starke bzw. schwache Körperaktivität, geringer oder dichter Kontakt zwischen pränatalen Zwillingen). Einige dieser Eigenarten lassen sich schon im 4. oder 5. Monat beobachten.
2. Die Autorin meint bereits im Alter von 6 Wochen die ersten Anzeichen eines – rudimentären und elementaren – psychischen Verhaltens zu beobachten, z.B. Zeichen des Unwohlseins, der sympathischen oder antipathischen Reaktion auf sensorische Eindrücke, Zeichen der Differenzierung zwischen ‚Ich‘ und ‚Nicht-Ich‘.
3. Es scheint deutliche Reaktionen der Feten auf (von der Verfasserin während der Sitzung beobachtete) Streitsituation zwischen Vater und Mutter und auf bestimmte Interviewthemen zu geben. Sie deutet diese als Reaktion des Fetus auf biochemische Botenstoffe, die wiederum durch bestimmte psychische Zustände der Mutter aktiviert werden“ (Rittelmeyer 2005, 35).

Eine von Eliot 1999 durchgeführte entwicklungspsychologisch besonders interessante Untersuchung bezog sich auf die Auswirkungen, die das Musikhören der Mutter auf das ungeborene Kind haben könnte:

„Dabei wurden die Mütter veranlasst, sich bei klassischer Musik (Beethovens Mondscheinsonate) zu entspannen und auf körperliche Reaktionen ihres Kindes zu achten. Da sich offenbar die Feten im Alter von fünfeneinhalb Schwangerschaftsmonaten unter den Versuchsbedingungen ebenfalls gut zu entspannen vermochten, zeigten sie dies in einer für den entspannten Zustand von Feten typischen Weise, sie strampelten heftig. In der zweiten Versuchsphase wurden die Mütter gebeten, sich bei klassischer Musik nun nicht mehr zu entspannen. Tatsächlich reagierten die Ungeborenen bereits nach wenigen Takten der bekannten Musik sofort mit dem Strampeln und drückten so aus, dass sie eine Entspannungsreaktion erlernt hatten, die ausschließlich auf das Wiedererkennen der Musik zurückzuführen war. Dieser Befund kann als eine Gedächtnisleistung interpretiert werden, der eine klassische Konditionierung vorangegangen ist“ (Heubrock; Petermann 2004, 22 f.).

Zur Frage der Hörwahrnehmung im Mutterleib gibt es sehr unterschiedliche Vermutungen (Rittelmeyer 2005, 35). In der älteren Fachliteratur wurde gelegentlich behauptet, dass Außengeräusche das ungeborene Kind nicht erreichen können, weil die Eigengeräusche im Mutterleib (wie z.B. Verdauungsgeräusche) die ohnehin nur gedämpften Außengeräusche übertönen. Oder es wurde angenommen, dass beide Geräuschequellen sich so vermischen, dass der Säugling sich beispielsweise beim späteren Hören einer Hupe, Klingel oder eines Liedes nicht an diese speziellen Geräusche erinnern kann. Diese Meinung wird bereits durch viele der bisher geschilderten Studien in Frage gestellt, die ja ein Wiedererkennen bestimmter pränatal vernommener Außengeräusche nahe legen. Die holländische Ärztin Sonja Damstra-Wijmenga hat (1993) zur Klärung dieser Kontroverse, in einem ethisch sehr fraglichen Experiment geprüft, welche Geräusche im Mutterleib tatsächlich gehört werden (ebd.).

Bei diesem Experiment, so ist bei Rittelmeyer (2005, 36) zu lesen, wurde einer 30jährigen Frau kurz vor Geburt ihres Kindes ein Mikrophon in den Uterus eingeführt und direkt in Ohrhöhe des kindlichen Kopfes positioniert. Auf diesem Wege konnte

aber nur festgestellt werden, was Erwachsene im Mutterleib hören würden. Dass auch ungeborene Kinder in diesem Alter auf diverse Außengeräusche mit Zusammenzucken, Handbewegungen usw. reagieren, macht zwar deutlich, dass sie hören können, nicht aber, welche akustischen Qualitäten das Gehörte hat. Die Mikrofonuntersuchung zeigte nun, dass die Mutterstimme gut hörbar war, verstehbar war sie aber nur, wenn die Mutter laut sprach, da ihre Stimme anderenfalls durch die Innengeräusche – Gefäßrauschen, Verdauungsgeräusche etc. – übertönt oder durch die Bauchdecke absorbiert wurde. Hörbar waren auch Musik aus dem Umfeld und andere Sprechstimmen (z.B. die des Vaters), verstehbar waren diese aber nur, wenn relativ laut gesprochen wurde (Rittelmeyer 2005, 36).

3.3.4. Direkte Beobachtungen an Neugeborenen

Im Zusammenhang mit Beobachtungen an „unreifen“, d.h. z.B. an überlebenden abgetriebenen oder fehlgeborenen Feten berichtet Hertl (1994, 62) über Beobachtungen von AnatomInnen und FrauenärztInnen, die seit den 1920er Jahren an sterbenden Feten gemacht werden konnten. Diese waren zum Teil noch in den Eihäuten liegend geboren mitsamt der kleinen Plazenta. Bei den kleinsten Feten, die um 8 Wochen alt sind, dauert es etwa 5 Minuten, bis der Sauerstoffvorrat im Blut aufgebraucht ist, bei älteren kann es 10 und mehr Minuten dauern, bis Atmungsbemühungen, Reflexe und Herzschlag aufhören. Je größer ein Fetus, je näher einem überlebensfähigen Alter er ist, umso länger dauert es, bis die Reflexe aufhören und zuletzt der Herzschlag ausbleibt (ebd.).

Die Untersuchungstechnik an diesen sterbenden Feten hat nach Hertl (ebd.) einerseits einiges Fragwürdiges, ja Verurteilenswertes, da man sich um dieser Beobachtung willen zum Teil bemühte, diese Kinder noch längere Zeit am Leben zu erhalten und die Möglichkeit einer Schmerzempfindung in diesem Reifezustand außer Acht ließ. Andererseits kommt diesen Untersuchungen ohne Zweifel das große Verdienst zu, unsere Vorstellungen vom Embryo und vom Feten von Grund aus geändert zu haben. Hertl (1994, 64) berichtet, dass man z.B. beobachten konnte, dass sterbende Feten ab der 13. Woche versuchen, durch einige Atembewegungen, insbesondere mit Schnappatmung, Luft zu schöpfen. Rhythmische Atembewegungen werden aber erst nach der 20. Lebenswoche gesehen. Schon etwas früher scheinen Feten, wenn man sie am Rücken reizt, kitzlig

zu sein. Nicht anders glaubt man die leichte Bewegung des Brustkorbes nach der Seite und den tiefen Atemzug deuten zu können (Hertl 1994, 64).

In den 1980er waren zahlreiche Studien mit der Frage befasst, welche sensorischen und motorischen Fähigkeiten der Fetus insbesondere in den letzten 3 Monaten seiner Entwicklung zeigt. Rittelmeyer (2005, 36) berichtet über ein Experiment, das 1993 von Damstra-Wijmenga an 28 Neugeborenen durchgeführt wurde. Es wurde überprüft, was von den im Mutterleib gehörten Musikbeispielen, Stimmen und Geräuschen behalten wurde und wie die Neugeborenen darauf reagierten. Die Ungeborenen wurden sechs Wochen vor dem errechneten Geburtstermin ausgewählten akustischen Einflüssen (Hupe, Stimmen, einem Schlaflied) ausgesetzt. Die Untersuchung wurde zwischen 22 und 24 Uhr durchgeführt, da erfahrungsgemäß Kinder im Leib der Mutter in dieser Zeit besonders häufig wach sind. Die Einzeluntersuchungen fanden dann 24 bzw. 48 Stunden nach der Geburt statt. Das Ergebnis der Untersuchung war:

„Die über Tonband abgespielte Stimme der jeweiligen Mutter erzeugte beim überwiegenden Teil der Kinder Aufmerksamkeitsreaktionen, die beim Hören der Stimme einer anderen Person in der Umgebung des Kindes unterblieben. Die Autorin deutet dies als Indiz für die Richtigkeit der Annahme, dass die Stimme der Mutter im Mutterleib gelernt wurde. Von den Kindern, die während der Schwangerschaft Huptöne gehört hatten, zeigte der überwiegende Teil nach der Geburt bei solchen Tönen keine Schreckreaktionen, während jene Kinder, die während der Schwangerschaft ein Schlaflied, aber keine Hupe gehört hatten, beim Hupen überwiegend Schreckreaktionen zeigten. Auch hier scheint als ein Gewöhnungseffekt, d.h. ein Lernvorgang zugrunde zu liegen. Dagegen erzeugte das spätere Abspielen des Schlafliedes bei jenen Kindern, die das Lied im Mutterleib gehört hatten, keinerlei Aufmerksamkeitsreaktionen“ (Rittelmeyer 2005, 36 f.).

Das Ergebnis mit dem Schlaflied widersprach aber anderen Untersuchungen, in denen sich Neugeborene bestimmten Melodien, die sie im Mutterleib schon gehört hatten, mit besonderer Aufmerksamkeit zuwendeten, wie z.B. dem Experiment von Anthony J. DeCasper und Melanie J. Spence (1986) (Rittelmeyer 2005, 37):

Im 7. Monat schwangere Frauen sprachen drei Kindergeschichten auf ein Tonband. Eine dieser Geschichten wurde dann 6 Wochen lang von jeder Mutter täglich zwei mal mit lauter Stimme in einem ruhigen Raum langsam gelesen und zwar in der Zeit, in der sie die Bewegungen des Babys spürten (d.h. wenn die Babys wach waren). Die Forscher prüften dann einige Tage nach der Geburt mit Hilfe eines Schnullers, über den die Babys mittels ihrer Saugbewegungen bestimmte Tonband-Texte auswählen und anhören konnten, ob sich die Säuglinge an die gelesenen Geschichten erinnerten (Rittelmeyer 2005, 37).

„Der Versuch zeigte, dass die Säuglinge sehr rasch lernten, durch ihre Saugbewegungen jene Geschichte abzurufen, die ihnen offenbar besonders angenehm war. Gewählt wurde von den Kindern die aus vorgeburtlicher Zeit vertraute Geschichte – auch wenn sie von einer anderen Frau gelesen worden war. Wurde die im Mutterleib gehörte Geschichte nach der Geburt sowohl von der Mutter als von einer fremden Frau gelesen, wurde die mütterliche Stimme bevorzugt“ (ebd.)

Rittelmeyer (ebd.) betont, dass verschiedene Versuche dieser Art zeigen, dass die Säuglinge pränatal gehörte Geschichten nicht nur erinnern, sondern offenbar Tonfall und Rhythmus der mütterlichen Stimme bis zu bestimmten Silbenwahrnehmung hin erlernen können und dass sie von dieser pränatalen Erinnerung her ein angenehmes Gefühl mit der mütterlichen Stimme und der ursprünglich gehörten Textgestalt verbinden.

3.4 Auswirkungen physischer und psychischer Belastungen der Mutter auf die pränatale Entwicklung des Kindes

Eine wichtige Frage, mit der sich pränatale Psychologie beschäftigt, ist wie sich der mütterliche Stress auf das vorgeburtliche Kind auswirken kann. Dazu schreibt Hüther (2005, 104):

„Die Konfrontation des Kindes mit dem chronischen bzw. zeitweise sehr heftigen Stress der Mutter hat konkrete Folgen. Schon im Mutterleib reagiert der Fötus

direkt darauf. Seine Herzfrequenz ändert sich genau wie seine Bewegungsmuster und Auf und Ab der Ruhe- und Aktivitätsphasen. Darüber hinaus wird mütterlicher Stress mit dem gehäuften Auftreten von Geburtskomplikationen, Frühgeburten und einem niedrigen Geburtsgewicht in Zusammenhang gebracht. (...) Die im Gehirn des ungeborenen Kindes ablaufenden Reifungs- und Strukturierungsprozesse sind durch psychische und physische Belastungen der Mutter während der Schwangerschaft beeinflussbar“ (Hüther 2005, 104).

Heubrock und Petermann (2004, 23) schreiben z.B., dass unter PränatalpsychologInnen intensiv über die vorgeburtlichen neurobiologischen Ursachen späterer Gewalttätigkeit und Kriminalität von Jugendlichen diskutiert wird. In dieser Diskussion wird immer wieder auf eine Untersuchung von Correia (1994) hingewiesen, die zeigen konnte, dass Feten auf psychophysiologischer Ebene ähnlich aufgeregt und erschrocken wie ihre Mütter reagieren, wenn diese sich einen gewalttätigen Film ansehen (mussten). Als weitere Beispiele für das pränatale Erlernen früher Gewalterfahrungen werden Einzelfälle herangezogen, denen zufolge ungeborene Kinder für einige Tage im Mutterleib keine Bewegungen mehr zeigten, wenn die Mutter Opfer eines Verbrechens geworden war oder beim Bügeln einen Stromschlag erlitten hatte (ebd.).

Rittelmeyer (2005, 23) betont, dass auch längerfristige Aufregung der Mutter im Familienzusammenhang, Depression, Ablehnung der Schwangerschaft oder Arbeitslosigkeit eines Familienmitgliedes Stressfaktoren darstellen, die häufig mit Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen verbunden sind, die aber auch zu Apathiesyndromen, Anomalien des Trink- und Essverhaltens, zum Erbrechen oder zu häufigem Stimmungswechsel auf Seiten der Kinder nach der Geburt führen können. Die Psychotherapeutin Eva Eichenberger beschreibt die Folgen einer pränatalen organischen und irreversiblen Schädigung, die aber gleichzeitig auch als ein prä- und perinatales Trauma gesehen werden muss und die ihrer Meinung nach durch die physische Belastung der Mutter in der Schwangerschaft verursacht wurde:

„Rahel hatte eine Hirnschädigung durch vorgeburtliche Komplikationen in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft und durch die Geburt. Ihre Mutter litt unter

hohem Blutdruck, Albuminurie¹ und Herzschwäche und erlitt eine Eklampsie². Vor der Geburt, drei Wochen vor dem errechneten Termin, waren die Herztöne des Kindes kaum noch wahrnehmbar; es wurde durch eine Zangengeburt mit Sauerstoffmangel entbunden“ (Eichenberger 2004, 118).

Eine Diagnose zu Rahels Behinderung war über längere Zeit nicht klar. Sie ging von Taubheit über Autismus zu sensorischer Aphasie. Rahel fand keinen Kontakt zu anderen Kindern, wurde verstoßen und bestraft. Mit elf Jahren kam sie in eine Sprachheilschule mit vorwiegend hörbehinderten und gehörlosen Kindern und fühlte sich auch hier durch die Andersartigkeit ihrer Probleme als Außenseiterin (ebd.). Sie litt an Panikattacken, die Eichenberger als eine Art Geburtsangst sieht. „Diese Panikattacken stehen wie elektrisch geladene Zäune der ‚Geburt‘ (Wiedergeburt) im Weg und treten sogar noch vermehrt auf, wenn Rahel angenehme Dinge erlebt und sich bewährt hat“ (Eichenberger 2004, 118).

„Rahel erfuhr als Ungeborene, wie das zuvor lebensspendende Fruchtwasser verdarb und ihr Leben bedrohte. Die Mutter wurde krank und vergiftete das Kind – die Schwangerschaft machte die Mutter krank. Rahel wurde aus einer tödlichen uterinen Umwelt durch eine lebensgefährliche Geburt mit einer schweren Behinderung in ein schwieriges Leben geboren. (...) Bis heute erlebt sie immer wieder neu diese vergiftete Umwelt oder schafft sie sich selber, und die Befreiung aus dieser Umgebung verspricht neues Unglück. Fast könnte man sagen: das Prinzip der Hoffnung ist in ihr nicht vorprogrammiert. Sie braucht besonders stark den Schutz und die Aufmunterung einer aufmerksamen Umgebung. Sie benützt ihre Krankheiten als Schutz vor Überforderung und Verantwortung, um ihre Bedürfnisse nach Beachtung und Zuwendung zu befriedigen. Ihre Angst, die sich anfangs als fast ständige Angst und Ängstlichkeit auf alle möglichen Unfälle, Katastrophen und Verbrechen bezog und sie in ihrer Bewegungsfreiheit außerordentlich einschränkte, äußert sich heute als meist nächtliche Panikattacken ohne besondere Ursache und ohne Bilder oder Träume. (...) Zweifellos benötigt sie Geborgenheit, Bestätigung, Herausforderungen, Vertrauen

¹ Unter diesem Begriff versteht man den Nachweis von Eiweiß im Urin.

² Die Eklampsie ist eine plötzlich auftretende, schwere Erkrankung vor allem im letzten Drittel der Schwangerschaft, die mit Krämpfen einhergeht. Sie kann auch kurz nach der Geburt oder im Wochenbett auftreten.

und die Möglichkeit sich genügend mitzuteilen und auch anders als durch Worte auszudrücken. Nur so ist ihr Leben auf eine erträgliche Weise zu bewältigen“ (Eichenberger 2004, 125).

Auch wenn das Wissen über das pränatale Lernen und die Psyche des ungeborenen Kindes noch sehr lückenhaft ist, so lassen die gezeigten Forschungsergebnisse dennoch die Vermutung zu, dass die Gestaltung des äußeren Milieus, unter dessen Einwirkung sich ein Kind im Mutterleib entwickelt, für dessen spätere Entwicklung von großer Bedeutung ist.

„Zwar wissen wir so gut wie nichts über langfristige Folgen pränataler Erlebnisse. Die insbesondere von Psychoanalytikern berichteten und auf die pränatale Zeit zurückgeführten psychischen Probleme Erwachsener ergeben sich nicht aus wissenschaftlichen Untersuchungen, sondern aus mehr oder minder plausiblen Hypothesen. Aber solche Effekte sind doch nicht auszuschließen (Rittelmeyer 2005, 42).

In dem Kapitel „Pränatale Psychologie“ konnte das Zusammenwirken biologischer und psychosozialer Faktoren in der vorgeburtlichen Entwicklung gezeigt werden. So erfährt z.B. das auditive System pränatal eine entscheidende Stimulierung, da Stimmen, Töne, und Geräusche außerhalb des mütterlichen Organismus aufgenommen und verarbeitet werden können. Sogar erste Gedächtnisprozesse in Form einfacher Formen des Lernens lassen sich bereits in der Pränatalzeit nachweisen. All diese Ergebnisse können wichtig werden für das in der heilpädagogischen Frühförderung weit verbreitete Problem der Hyperaktivität und der Leistungs- und Konzentrationsschwäche von Kindern, die immer neue psychische Krankheitsdiagnosen bekommen. An den Zusammenhang mit belastenden Erfahrungen in vorgeburtlicher Lebenszeit und daraus entstehenden postnatalen Störungen zu denken, könnte für die heilpädagogische Frühförderung von Bedeutung sein.

In diesem Sinne soll im nächsten Kapitel untersucht werden, ob und wenn ja, in welcher Weise die Erkenntnisse der pränatalen Psychologie in der heilpädagogischen Frühförderung wahrgenommen und diskutiert werden.

4 Eine systematische Untersuchung der Fragestellung an Hand von Fachpublikationen

Um der Frage, inwieweit ein bestimmtes Thema für eine Wissenschaftsdisziplin von Relevanz ist, nachzugehen, gibt es mehrere Möglichkeiten. Eine davon ist, eine Untersuchung der herausgegebenen Fachbücher oder sämtlicher Veröffentlichungen, der Auseinandersetzung bzw. Zusammenarbeit mit entsprechenden Nachbardisziplinen oder der fachinternen Publikationen.

Ich habe mich dafür entschieden, einige Fachpublikationen zu untersuchen, da ich davon ausgegangen bin, dass die Anzahl der erschienenen Artikel in diesen Fachpublikationen ein Zeichen dafür sind, ob und in welcher Intensität ein Thema wahrgenommen und diskutiert wird. So sollten die Beiträge in Fachzeitschriften und Monographien der heilpädagogischen Frühförderung ein guter Index dafür sein, ob das Thema pränatale Psychologie für heilpädagogische FrühförderInnen von Interesse ist.

4.1. Verwendete Fachpublikationen

Es handelt sich bei den Fachpublikationen, die ich nach Beiträgen zum Thema pränatale Psychologie durchforschte, um folgende:

2 Bücher:

- .) Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt
- .) Verhaltenstherapie in der Frühförderung

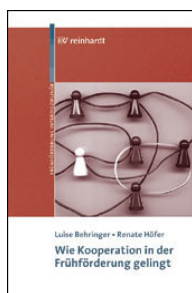
7 Fachzeitschriften:

- .) Behinderte Menschen. Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten
- .) Behindertenpädagogik
- .) Frühförderung interdisziplinär
- .) Geistige Behinderung
- .) Heilpädagogische Forschung. Zeitschrift für Pädagogik und Psychologie bei Behinderungen.
- .) Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete
- .) Zeitschrift für Heilpädagogik

Die genannten Fachpublikationen sollen eine repräsentative Einsicht in die fachinterne Meinungsäußerung im deutschsprachigen Raum bieten. Sie werden in der Schweiz, Deutschland und Österreich veröffentlicht und von renommierten Sonder- und HeilpädagogInnen betreut oder beraten.

4.1.1 Bücher

Wie die Kooperation in der Frühförderung gelingt



Das Buch von Luise Behringer und Renate Höfer erschien 2005 in München in erster Auflage. Luise Behringer ist Diplom-Psychologin und seit 1998 in der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern in München in den Bereichen Fortbildung, Beratung und Forschung tätig. Renate Höfer ist Diplom-Ingenieurin, Diplom-Psychologin und langjährige Mitarbeiterin des Instituts für Praxisforschung und Projektberatung (IPP), München.

Da das Buch im Titel das Wort „Kooperation“ in der Frühförderung anspricht, ging ich von der Annahme aus, dass hier die pränatale Psychologie thematisiert werden könnte und wählte aus diesem Grund dieses Buch aus.

Tatsächlich zeigen die Autorinnen, wie Fachkräfte in der Frühförderung die Kooperation im Alltag untereinander durch die Analyse von Fehlerquellen und Problemen an Schnittstellen zwischen Institutionen und Berufsgruppen verbessern können. Sie schreiben, dass viele Berufsgruppen wie z.B. KinderärztInnen, PsychologInnen, ErgotherapeutInnen, PädagogInnen, LogopädInnen, PhysiotherapeutInnen an der Zusammenarbeit in der Frühförderung beteiligt sind, da die Komplexität der Aufgabenstellungen von einer Profession allein kaum bewältigt werden kann und nur in einer guten Zusammenarbeit der Fachkräfte unterschiedlicher Disziplinen erweitern sich fachspezifische Sichtweisen zur

förderlichen Gesamtsicht des Kindes in seiner Familie und seinem Lebensumfeld. Sie geben Vorschläge für die Zusammenarbeit in Schlüsselprozessen (Diagnostik, Förderplan, Förderprozess) und zeigen Beispiele bewährter Modelle aus der Praxis sowie Strategien für Evaluation und Qualitätskontrolle.

4.1.2. Verhaltenstherapie in der Frühförderung



Das Buch wurde 2004 als erste Auflage von Hoppe Fritzi und Reichert Jörg in Göttingen herausgegeben. Fritzi Hoppe ist Sprachheilpädagogin und seit 1995 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Interventionsmethoden am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität in Berlin. Jörg Reichert ist Sozial- und Klinischer Psychologe und ist seit 1996 Mitarbeiter der Abteilung Interventionsmethoden am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität in Berlin.

Da das Buch über verhaltenstherapeutisch orientierte Förder- und Interventionsmaßnahmen auf dem Gebiet der Frühförderung entwicklungs- und verhaltensauffälliger Kinder informiert, nahm ich an, dass hier auch die pränatale Psychologie thematisiert wird und wählte aus diesem Grund dieses Buch für meine Untersuchung.

In dem Buch werden für verschiedene Störungsbilder aktuelle Forschungsergebnisse aufgezeigt und in der Praxis erprobte therapeutische Strategien beschrieben. Ausführlich wird auf die Indikation und Wirkung spezieller Fördermaßnahmen u.a. bei neuropsychologischen, hyperkinetischen und Sprachentwicklungsstörungen, bei Fütter- und Gedeihstörungen, bei Mutismus, bei Störungen des Sozialverhaltens und bei Lese-Rechtschreibstörungen eingegangen. Möglichkeiten der Qualitätssicherung im Interventionsprozess werden aufgezeigt. Das Buch bietet in der Frühförderung

Tätigen eine praxisorientierte Übersicht zu verhaltenstherapeutischen Behandlungsmaßnahmen in der Kinderrehabilitation.

4.1.2 Fachzeitschriften

Behinderte Menschen. Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten



Die österreichische Fachzeitschrift wird vom Verein „Initiativ für behinderte Kinder und Jugendliche“ veröffentlicht und wurde jahrelang von Josef Fragner, Direktor der Pädagogischen Hochschulen des Bundes in Linz, redaktionell betreut. Die Redaktion wird von einem wissenschaftlichen Fachbeirat unterstützt, der Fachleute aus Österreich und Deutschland – darunter Ulrich Bleidick aus Hamburg und Otto Speck aus München – umfasst. Die Fachzeitschrift erscheint seit 1978 mit 6 Heften pro Jahr und wird in Österreich (84%), Deutschland (12%), Italien (2%) und der Schweiz (2%) gelesen. Anlässlich des 30. Jubiläumsjahrganges der Zeitschrift wurde Anfang 2007 der alte Name "Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft" in "Behinderte Menschen - Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten" geändert (Verein Initiativ für Behinderte Kinder und Jugendliche [2008], 1).

Die einzelnen Ausgaben umfassen in der Regel einige Fachartikel, die jeweils einem bestimmten Thema zugeordnet sind, weiters Praxisberichte, Kurzmeldungen, Informationen und Veranstaltungshinweise.

Laut der den Mediadaten (Verein Initiativ für Behinderte Kinder und Jugendliche [2008], 1) beigefügten Statistik ist die Zielgruppe des Fachblattes überwiegend aus den Gebieten der Pädagogik, der Psychologie und der Medizin, in Ausbildungseinrichtungen für soziale und pädagogische Berufe wird sie als Lehrmittel eingesetzt.



Die Zeitschrift „Behindertenpädagogik“ erscheint seit 1962 vierteljährlich. Der Herausgeber ist der „vds-Hessen. Fachverband für Behindertenpädagogik“, redaktionell betreut wird die Zeitschrift von Peter Rödler von der Universität Koblenz. In den offiziellen Mediadaten (vds-Hessen. Fachverband für Behindertenpädagogik [2008], 1) stellt sich dieses Fachorgan auch als „Vierteljahresschrift für Behindertenpädagogik in Praxis, Forschung, Lehre und Integration“ vor, und dementsprechend stammen die VerfasserInnen der Beiträge aus diesen Bereichen und sind mit Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Therapie und beruflicher Eingliederung befasst. Die Artikel behandeln behindertenpädagogische Probleme der Erziehung und Bildung und des Unterrichts in verschiedenen Alterstufen. Neben diesen Fachbeiträgen sind auch Praxisberichte, Buchrezensionen, Diskussionsbeiträge und Berichte über die Verbandarbeit sowie Berichte über die Behindertenpädagogik in Hessen zu finden.

Als Zielgruppe sind alle Personen in der Erziehungs- und Unterrichtsarbeit genannt, also LehrerInnen, ErzieherInnen, PsychologInnen, AusbilderInnen sowie Studierende der Sonder- und Heilpädagogik, Sozialwissenschaften und Psychologie, aber auch Eltern von Behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen. Nur bei dieser Zeitschrift sind ausdrücklich auch PolitikerInnen auf allen Entscheidungsebenen als AnsprechpartnerInnen angeführt, die „Einfluss auf Beschlüsse zur Entwicklung der Behindertenpädagogik und zur Förderung Behinderter“ haben (vds-Hessen. Fachverband für Behindertenpädagogik [2008], 1).

Frühförderung interdisziplinär



"Frühförderung interdisziplinär" wird seit über 20 Jahren, vierteljährlich von Fegert Jörg M.; Neuhäuser Gerhard; Peterander Franz; Speck Otto in München herausgegeben. Sie begleitet und akzentuiert die fachliche Weiterentwicklung und den interdisziplinären Austausch in der Frühförderung. Die Darstellung wissenschaftlicher Grundlagen der Frühförderung, programmatische und konzeptionelle Positionen, Überblicke über Entwicklungen in einzelnen Fachdisziplinen und Themenhefte zu wichtigen Fragestellungen gehören ebenso zu ihrem Spektrum wie Praxisberichte und Informationen über Methoden und Modelle. „Frühförderung interdisziplinär“ bietet wissenschaftliche Grundlagen und Überblicke aus allen in der Frühförderung relevanten Fachdisziplinen, berichtet über Praxis, Methoden und Modelle in Therapie, Förderung, Teamarbeit und Elternarbeit für die Entwicklungsphasen der ersten sechs Lebensjahre. Ihre Zielgruppe sind ÄrztInnen, PädagogInnen, PsychologInnen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, SprachtherapeutInnen, Eltern.

Geistige Behinderung



Die Herausgeberin dieser Zeitschrift ist die Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. mit Sitz in Marburg und wird auch vom Lebenshilfe-Verlag publiziert. Die Fachzeitschrift wird seit 1962 herausgegeben und

erscheint vierteljährlich. Die Redaktion wird von einem Fachbeirat unterstützt, der sich aus Fachleuten von unterschiedlichen Disziplinen (wie Arbeitspädagogik, Geistigbehindertenpädagogik, Entwicklungspsychologie, Soziologie, Sozialmedizin und Psychiatrie, Neuropädiatrie und Arbeits- und Sozialwissenschaft) aus diversen deutschen Universitätsstandorten (Jena, Oldenburg, Berlin, Postdam, Dortmund, Bonn, Gießen und Bamberg) zusammensetzt.

Die Beiträge der Fachpublikationen umfassen den gesamten Lebensbereich geistig behinderter Menschen und ihrer Familien, sie beziehen sich nicht nur auf Theorie und Praxis der Geistigbehindertenpädagogik, sondern bieten auch Raum für aktuelle Mitteilungen, Meinungen und Diskussionen, Kritik, Buchbesprechungen und Informationen über Veranstaltungen.

Als Zielgruppe werden „alle, die sich in Theorie und Praxis mit den Problemen von Menschen mit geistiger Behinderung befassen“ (Bundesvereinigung Lebenshilfe [2008], 1) genannt, also MitarbeiterInnen in entsprechenden Einrichtungen, interessierte Eltern, Studierende und Lehrende an Fachschulen, Fachhochschulen und Universitäten, ÄrztInnen sowie sonstige Angehörige medizinischer Berufe und Fachleute in zuständigen Verbänden und Verwaltungsgremien.

Heilpädagogische Forschung. Zeitschrift für Pädagogik und Psychologie bei Behinderungen.

Heilpädagogische Forschung

Die „Heilpädagogische Forschung“ trug von 1975 bis 1985 den Untertitel „Zeitschrift für Erziehung und Unterricht behinderter Kinder und Jugendlicher“, der sich dann ab 1986 allerdings in „Zeitschrift für Pädagogik und Psychologie Behinderter“ änderte und bis heute so erhalten blieb. Begründer der „Heilpädagogische Forschung“ war 1964 Helmut von Bracken mit Unterstützung durch Hermann Wegener. Ab 1981 gab es mehrere Herausgeberwechsel, 1986 übernahmen Gustav O. Kanter und Karl Josef Klauer zusammen mit Richard G.E. Müller die Herausgeberschaft. Wie in den Mediadaten (Heilpädagogische Forschung [2008], 1) angemerkt, geschah die Gründung der „Heilpädagogische Forschung“ in der Absicht, einen Sammelpunkt für

Forschungsarbeiten zu schaffen, in dem „Beiträge zur wissenschaftlichen Durchleuchtung der heilpädagogischen Erziehungs- und Unterrichtsarbeit in Geschichte und Gegenwart Platz finden" . Eine weitere Zielsetzung war, empirischen Arbeiten ein besonderes Gewicht zu geben, „weil für die heilpädagogische Arbeit notwendige neue Wege (...) wissenschaftlich-kritisch zu kontrollieren (seien)" (Heilpädagogische Forschung [2008], 1). „Nach wie vor soll lediglich die wissenschaftliche Qualität und sonst nichts den Ausschlag geben, welche Beiträge veröffentlicht werden und welche nicht" (ebd). Weitere Zielsetzungen der „Heilpädagogische Forschung“ sind, Interdisziplinarität und Forschungsvielfalt zu repräsentieren.

Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete



Die VHN ist die älteste wissenschaftliche Fachzeitschrift für Sonder- und Heilpädagogik im deutschsprachigen Europa. Sie hieß ursprünglich „Heilpädagogische Werkblätter“. Deren erste Ausgabe erschien im März 1932 am Institut für Heilpädagogik Luzern (Schweiz). Ziel der „Werkblätter“ war es, neue Einsichten der Heilpädagogik als Wissenschaft in verständlicher, doch nicht ungehörig vereinfachender Form an die Praxis weiterzuleiten. 1971 erachtete der damalige Inhaber des Lehrstuhls für Heilpädagogik an der Universität Freiburg und gleichzeitige Direktor des Luzerner Instituts Professor Eduard Montalta eine Umstrukturierung und Neuausrichtung der Zeitschrift für angebracht. Die „Heilpädagogischen Werkblätter“ bekamen ein neues Gewand und wurden ab ihrem 40. Jahrgang im Hinblick auf das viermalige Erscheinen pro Jahr in „Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete“ mit der bald allgemein bekannten Abkürzung VHN umbenannt. In den folgenden Jahren

entwickelte sich die VHN mehr und mehr zu einer der führenden wissenschaftlichen Fachzeitschriften für Heilpädagogik im deutschsprachigen Raum. Sie ordnet sich mit integrativer Zielsetzung in die Erziehungswissenschaft ein und verbindet die Einzeldisziplinen der Heil- und Sonderpädagogik zu einer Einheit. Sie überwindet die Grenze zwischen Sonderpädagogik in der Schule und Heilpädagogik außerhalb der Schule. Sie berücksichtigt heilpädagogisch bedeutsame Beiträge aus anderen erziehungswissenschaftlichen Disziplinen sowie aus Nachbargebieten wie Psychologie, Soziologie, Sozialarbeit, Psychiatrie, Medizin und Rechtswissenschaft. Ihre Beiträge sind trotz Spezialisierung von allgemeinem heilpädagogischem Interesse. Ein Peer-Review-Verfahren (ab 2005) garantiert die wissenschaftliche Qualität der Fachbeiträge. Sie sind in einer für alle Zielgruppen verständlichen Sprache abgefasst. Besondere Rubriken gehen auf Trends in Theorie und Forschung sowie auf aktuelle Herausforderungen in Wissenschaft, Praxis und Politik ein. Die VHN geht Kooperationen mit Partnerorganisationen ein, welche ihrer Zielsetzung nahe stehen.

Zeitschrift für Heilpädagogik



Die Zeitschrift für Heilpädagogik (ZfH) ist die auflagenstärkste Fachzeitschrift für Sonderpädagogik im deutschsprachigen Raum. Sie wird vom Verband Sonderpädagogik e.V. (vds) monatlich herausgegeben und erscheint 2007 im 58. Jahrgang. Sie richtet sich an alle, die sich mit Fragen der besonderen pädagogischen Förderung von Menschen mit manifesten oder drohenden Behinderungen befassen. Publiziert werden Beiträge, die sich direkt mit Fragen der sonderpädagogischen Förderung beschäftigen, aber ebenso Beiträge, die sich mit grundlegenden Fragen der Hilfe und Förderung in vorschulischen Einrichtungen, in

allgemein bildenden Schulen und Förder- bzw. Sonderschulen sowie in Einrichtungen der nachschulischen Betreuung befassen.

4.2 Untersuchungszeitraum

Da ich durch den theoretischen Teil dieser Diplomarbeit herausgefunden habe, dass sich die heilpädagogische Frühförderung von Jahr zu Jahr immer mehr um eine interdisziplinäre Arbeit bemüht, habe ich angenommen, dass ich die meisten Beiträge, die für meine geplante Inhaltsanalyse von Bedeutung sein könnten und gleichzeitig den aktuellsten Forschungsstand zeigen würden, in den Fachpublikationen der letzten Jahre finden würde. Somit umfasst der Zeitraum, den ich für meine Literaturrecherche angesetzt habe, 5 Jahre, beginnend mit dem Jahr 2002.

4.3 Auswahlkriterien der einzelnen Beiträge

Die pränatale Psychologie und die damit in Verbindung stehende Problematik standen im Mittelpunkt meiner Recherche. Das Auswahlkriterium meiner Untersuchung war das Stichwort „pränatale Psychologie“. In einem ersten Schritt suchte ich die Stichwörter in den Titeln sämtlicher Beiträge in den ausgewählten Fachpublikationen, ohne eine Auswahl in Bezug auf die Art der einzelnen Publikationen zu treffen. Ich berücksichtigte sämtliche Beiträge – auch Impuls- bzw. Diskussionsbeiträge - ebenso wie Tagungsberichte oder Editorials. Miteinbezogen habe ich auch diejenigen Texte, die sich diesem Thema in seiner Gesamtheit (Pränatal) gewidmet haben. Weiters nahm ich auch diejenigen Beiträge in meine Arbeit auf, in deren Textzusammenfassung (Abstract) das Stichwort angeführt war, da die Thematik dadurch meines Erachtens einen für den Autor bzw. die Autorin wesentlichen Stellenwert in der Abhandlung innehat. Als letzten Schritt untersuchte ich auch die Aufsätze, die in einzelne Kapitel unterteilt sind, wobei in mindestens einer Kapitelüberschrift das Stichwort pränatale Psychologie erwähnt wird.

Damit umfasst der Gegenstand meiner nachfolgenden Analyse Beiträge unterschiedlichster Art, die

1. im Titel

2. in der Zusammenfassung (Abstracts)
3. in einer Kapitelüberschrift

das Stichwort pränatale Psychologie erwähnen und sich mit dieser Problematik beschäftigen.

4.4 Präsentation der ausgewählten Beiträge

Nach Durchsicht sämtlicher Beiträge in den Fachzeitschriften entsprach kein Artikel den von mir aufgestellten Kriterien. Auch in den beiden Büchern war kein Beitrag zu dem Stichwort „pränatale Psychologie“ zu finden.

4.5 Geplante inhaltliche Analyse

Im Rahmen der Inhaltsanalyse wollte ich zuerst die thematische Ausgangsbasis der einzelnen Artikel darlegen und mich dann ausführlich mit den Aspekten und Pro- und Contra-Argumenten beschäftigen, die die Autoren und Autorinnen zur Thematik der pränatalen Psychologie anführen, um letztendlich zu etwaigen Lösungsvorschlägen zu kommen.

Eingangs hatte ich vor, in diesem Kontext meine Vorgehensweise näher zu erläutern, um die anschließend präsentierten Ergebnisse verständlicher und fasslicher zu machen und die dahinter liegenden Strukturen erkennen zu lassen. Da ich aber keinen Artikel fand, der auf meine Suchkriterien passte, konnte ich die Inhaltsanalyse nicht so durchführen, wie ich es geplant hatte. Ich möchte aber die geplante Methode zu der Inhaltsanalyse trotzdem vorstellen, um einen besseren Einblick in die geplante Untersuchung zu geben.

Obgleich sich die Sozialwissenschaften in der Regel der so genannten Feldforschung bedienen und ihre Daten mittels Transkripten oder Protokollen auf Grund von verschiedenen Arten von Interviews, Beobachtungen, Fragebögen o.ä. ermitteln, kann die Datenerhebung auch an Hand von diversen Publikationen erfolgen. Glaser und Strauss weisen auf die Möglichkeit hin, die Grundsätze der von ihnen begründeten „Grounded Theory“ - Flick (2002, 68) nennt sie „gegenstands begründete Theoriebildung“ - auch in der recherchierenden Arbeit in Bibliotheken anzuwenden:

„Jedes Buch, jeder Zeitschriftenartikel repräsentiert zumindest eine Person, die das Äquivalent zum Informanten des Ethnologen oder zum Interviewpartner des Soziologen ist. In diesen Publikationen streiten Menschen, verkünden Stellungnahmen, argumentieren mehr oder weniger eloquent und beschreiben - nicht anders als der Forscher es im Feld erlebt - Ereignisse und Szenen“ (Glaser/Strauss 2005,169).

„Die Interpretation von Texten dient der Theorieentwicklung und gleichzeitig als Basis für die Entscheidung, welche Daten zusätzlich erhoben werden sollen, weshalb hier der lineare Prozess von Erhebungen und Interpretationen zugunsten eines verzahnten Vorgehens aufgehoben wird. Interpretation von Texten kann zwei gegenläufige Ziele verfolgen: Das Aufdecken, Freilegen oder Kontextualisieren der erhaltenen Aussagen etc. führt in der Regel zu einer Vermehrung des Textmaterials – zu kurzen Passagen des Ursprungtextes werden seitenlange Interpretationen geschrieben. Die andere Strategie zielt auf die Reduktion der Ursprungstexte durch Zusammenfassung, Kategorisierung etc.“ (Flick 2002, 257 f.).

Kodierung als Ausgangspunkt für das Analyseverfahren dient dazu, „einen Text aufzubrechen und zu verstehen und dabei Kategorien zu vergeben, zu entwickeln und im Laufe der Zeit in eine Ordnung zu bringen“ (Flick 2002, 257 f.). Der Interpretationsprozess beginnt in der Regel mit dem „offenen Kodieren“, das dazu dient, die den zu Grunde liegenden Aussagen in ihre Sinneinheiten (Worte und Wortfolgen) aufzugliedern und sie mit Codes zu versehen, wodurch einzelne Kategorien entstehen. Bei diesem Verfahren kann ein Text Zeile für Zeile, satz- oder abschnittsweise oder in Bezug auf einen ganzen Textkörper kodiert werden. In einem nächsten Schritt – dem „axialen Kodieren“ werden die entstandenen Kategorien differenziert und untereinander in Beziehung gesetzt: Es entstehen Ober- und Unterkategorien. Der dritte Schritt, das selektive Kodieren, setzt das axiale Kodieren auf einem höheren Abstraktionsniveau fort. Ziel dieses Schrittes ist die Herausarbeitung der Kernkategorie, um die herum sich die anderen entwickelten Kategorien gruppieren lassen und durch die sie integriert werden“ (ebd. 267). Diese drei Vorgehensweisen des so genannten „Theoretischen Kodierens“ sind weder klar voneinander trennbare, noch aufeinander aufbauende Phasen eines Prozesses,

sondern vielmehr gleichwertige Bearbeitungsweisen eines Textes (Flick 2002, 257-270).

Die Methode der Kodierung und Kategorisierung als ein Ansatz qualitativer Sozialforschung zur Theoriebildung wurde von Glaser und Strauss (2005, 112) durch die „Methode des ständigen Vergleichens“ ergänzt bzw. erweitert: Die Überführung der Daten in Analysekatoren wird von einem ständigen Vergleichen der Kategorien untereinander begleitet. Datensammlung, Analyse und Theorie stehen damit in einer wechselseitigen Beziehung zueinander und ermöglichen wesentliche Erkenntnisse:

„Dieses ständige Vergleichen von Vorkommnissen führt sehr bald zu einer Generierung von theoretischen Eigenschaften der Kategorie. Der Forscher beginnt den vollen Umfang der Charakteristika oder des lückenlosen Zusammenhangs der Kategorie zu begreifen, d.h. des Zusammenhangs ihrer Dimensionen, der Bedingungen, unter denen sie betont oder in ihrer Bedeutung geschmälert wird, ihrer wesentlichen Konsequenzen, ihrer Beziehungen zu anderen Kategorien sowie ihrer anderen Eigenschaften“ (Glaser/Strauss 2005, 112).

Die vorgestellte Methode konnte ich nicht anwenden, da ich zu den von mir aufgestellten Kriterien keinen Artikel finden konnte.

5. Resümee

Die heilpädagogische Frühförderung hat sich als Hilfemaßnahme für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder den fachlichen Erkenntnissen und Neuerungen immer angepasst und sich so seit den 1960er Jahren stetig weiterentwickelt. Die medizinischen Erkenntnisse der Gehirnforschung über die neuronale Plastizität des kindlichen Gehirns sowie das Thema, inwieweit Umweltfaktoren die Entwicklung beeinflussen können, führten zu einem flächendeckenden Aufbau von Frühfördereinrichtungen gemäß den Empfehlungen des Deutschen Bildungsrates. Das Ziel der Frühförderung liegt nach Grond (1985, 98) darin, dem Kind eine Erziehung und Förderung aus der Alltagssituation heraus zu ermöglichen und ihm dadurch eine Vielzahl von aneinander gereihten, voneinander unabhängigen Therapien und Trainingsverfahren zu ersparen. Die Frühförderung als Komplexleistung umfasst demnach folgende Aufgabenbereiche: Früherkennung/Frühdiagnostik, Frühberatung, Frühtherapie und Früherziehung. Diese unterschiedlichen Zielsetzungen spiegeln nach Burgener Woeffray (1996, 17) die verschiedenen Tätigkeitsbereiche und visieren genauer betrachtet – drei verschiedene Zielebenen an und zwar: Das in seiner Entwicklung gefährdete oder behinderte Kind, das unmittelbare Erziehungs- und Lebensumfeld und das mittelbare institutionelle und gesellschaftliche Umfeld (ebd.)

Die Einsicht in die Unteilbarkeit der Aufgabe einer frühen Entwicklungshilfe ließ das Moment der Interdisziplinarität immer mehr in den Vordergrund treten. Verschiedene Fachbereiche wie z.B. Medizin, Pädagogik, Psychologie und Sozialarbeit beschäftigen sich heute mit Frühmaßnahmen für behinderte und von Behinderung bedrohter Kinder. Mit einem systemischen Denkansatz in der Frühförderung wird eine Kombination verschiedener Denkansätze, die sich gegenseitig ergänzen oder komplementieren, verfolgt. Interventionsvorschläge, bezogen auf ein einzelnes Systemmitglied sind nach Heißenberg (2005, 107) deswegen sinnvoll, weil durch die Veränderung eines Teils, das gesamte System aufgrund der Wechselwirkung verändert wird.

Da das Ziel dieser Diplomarbeit war, durch eine Analyse von Fachpublikationen zu zeigen, ob die Erkenntnisse der pränatalen Psychologie in der heilpädagogischen Frühförderung thematisiert werden, wurden zuerst die Erkenntnisse zu der

pränatalen Entwicklung in verschiedenen Entwicklungsphasen und mögliche Störungen, die in diesen Phasen auftreten können gezeigt. Dann wurde genauer auf die pränatale Psychologie und die Ergebnisse auf diesem Gebiet eingegangen.

Anschließend wurde der Frage ob und inwieweit die Relevanz der pränatalen Psychologie in der heilpädagogischen Fachliteratur von den jeweiligen Autoren und Autorinnen thematisiert wird, nachgegangen. Dazu wurden 2 Bücher und 7 Zeitschriften aus dem Gebiet der Heilpädagogik untersucht.

Es hat sich gezeigt, dass in den heilpädagogischen Fachpublikationen kein Beitrag zum Thema pränatale Psychologie erschienen ist. Die Zeitschriften „Behinderte Menschen. Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten“, „Behindertenpädagogik“, „Frühförderung interdisziplinär“, „Geistige Behinderung“, „Heilpädagogische Forschung. Zeitschrift für Pädagogik und Psychologie bei Behinderungen“, „Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete“, „Zeitschrift für Heilpädagogik“ veröffentlichten im Untersuchungszeitraum zwischen 2002 und 2007 jeweils mehr als 700 Beiträge unterschiedlichen Inhalts, darunter aber nur einige Beiträge mit dem Stichwort „pränatal“, in denen es eigentlich um die pränatale Diagnostik ging und die nichts mit der pränatalen Psychologie zu tun hatten. Angesichts dieser Zahlen habe ich noch zwei Monographien in die Analyse aufgenommen, die in ihrem Titel das Wort Frühförderung aufwiesen, mit der Hoffnung, dass ich da einige Kapitel zum Thema pränatale Psychologie finden würde. In dem Buch „Verhaltenstherapie in der Frühförderung“ fand ich etwas zu dem Thema „pränatales Lernen“, aber das Stichwort „pränatale Psychologie“ war nicht zu finden.

In Laufe meiner Recherche für den theoretischen Teil dieser Arbeit, bin ich auf mehrere Artikel gestoßen, in denen es um die Rolle der pränatalen Psychologie in der heilpädagogischen Frühförderung ging, die aber alle durch Psychologen oder Psychotherapeuten in psychologischen oder psychotherapeutischen Fachpublikationen publiziert wurden. Aufgrund dieser Erfahrung war ich positiv eingestellt für den empirischen Teil meiner Untersuchung, und war davon überzeugt, dass ich in der Fachliteratur zur heilpädagogischen Frühförderung deutlich mehr Beiträge finden würde, was sich leider als ein Fehler herausstellte. Heilpädagogische FrühförderInnen arbeiten zwar größtenteils interdisziplinär und am häufigsten mit PsychologInnen und MedizinerInnen zusammen, aber bei dieser Zusammenarbeit geht es meistens um die Diagnostik.

Die Rolle der pränatalen Psychologie für die heilpädagogische Frühförderung wird am häufigsten durch die PsychotherapeutInnen beschrieben. Dazu möchte ich einen der aktuelleren Beiträge aus dem Jahr 2004 von der Psychotherapeutin Eva Eichenberger anführen, in dem sie zuerst ihre Arbeit im Allgemeinen vorstellt und dann zu einem Beispiel aus ihrer Praxis übergeht.

„Als Psychotherapeutin mit einer privaten Praxis wurden mir wiederholt behinderte Menschen zugewiesen. Sie hatten angeborene Hirnschädigungen oder waren chronisch krank infolge von Missbildungen der Nieren oder des Herzens, verbunden mit schweren Operationen und medizinischen Eingriffen während des Säuglingsalters. Es folgte eine durch die Behinderung und Krankheit gestörte und eingeschränkte Kindheitsentwicklung. Als Erwachsene blieben sie abhängig und standen am Rand der Gesellschaft, weil sie nicht normal funktionierten, in-valid waren. Ich fand es schwierig, mit den unabänderlichen, nicht psychogenen Einflüssen zurecht zu kommen. Behinderte Menschen, Erwachsene und Kinder, zwingen uns zur Auseinandersetzung mit ihrer komplexen alltäglichen Wirklichkeit. Wir sind gezwungen, diese schwierigen äußeren und inneren Lebensbedingungen, mit denen wir sehr hautnahe konfrontiert werden, in unsere Arbeit mit einzubeziehen. Die Psychotherapie setzt aber natürlich nicht bei der Behinderung an, sondern ausschließlich auf der emotionalen Ebene und kann sehr wohl die Beziehung des Individuums zu seiner Umwelt, seiner Erlebnis- und Reaktionsweise sowie seine Gesundheit und Lebensqualität beeinflussen“ (Eichenberger 2004, 117).

Eichenberger beschreibt in ihrem Beitrag, wie eine 25jährige Frau jahrelang auf verschiedene Arten gefördert wurde und welche Auswirkungen falsche Fördertherapien auf ihre spätere Entwicklung hatten. In all den Jahren ist niemand darauf gekommen, auf die pränatale Zeit zurückzugreifen und nachzufragen, was damals falsch gelaufen war. Die Entwicklungspsychologin Meyer (1987, 494) erklärte bereits vor 20 Jahren, wie wichtig die Beachtung der pränatalen Phase in der Frühförderung ist, um spätere Erziehungs- und Therapiefehler, wie Verwöhnung, Überbehütung, Unter- oder Überförderung zu vermeiden. Durch die Literaturecherche, die ich für diese Diplomarbeit gemacht habe, konnte ich ihre Behauptung, dass die pränatale Phase in der heilpädagogischen Frühförderung zu

wenig berücksichtigt wird, auch nach 20 Jahren bestätigen. Mit dem Beispiel von Eichenberg wollte ich zeigen, dass die Wichtigkeit der pränatalen Psychologie in der heilpädagogischen Frühförderung in der psychologischen und psychotherapeutischen Fachliteratur weiterhin thematisiert wird, im Gegensatz zu Fachpublikationen in der heilpädagogischen Frühförderung, wo eine disziplinäre Arbeit zwar angestrebt, aber die pränatale Psychologie nach wie vor nicht berücksichtigt wird.

Im Rahmen dieser Diplomarbeit konnte ich zeigen, dass die Erkenntnisse der pränatalen Psychologie in den Fachpublikationen zu heilpädagogischen Frühförderung nicht thematisiert werden. Damit hat sich für mich die Frage gestellt, ob sie das in der Praxis der heilpädagogischen FrühförderInnen werden?

Literaturverzeichnis

- Alberti, B. (2005). Die Seele fühlt von Anfang an. Wie pränatale Erfahrungen unsere Beziehungsfähigkeit prägen. München: Kösel-Verlag
- Becker, R. (1986). Früherfassung und Frühbetreuung des mehrfachgeschädigten Kindes. In: Hinteregger, F., Meixner, F. (Hrsg.): Sprachheilpädagogische Arbeit mit mehrfachbehinderten Kindern. Wien u. a.: Jugend und Volk, 167-179
- Behringer L., Höfer R. (2005). Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. München: Reinhardt
- Blechschmidt, E. (2002). Vom Ei zum Embryo. Wie beginnt das menschliche Leben. Stein am Rein: Christiana-Verl.
- Bode, H. (2002). Die Bedeutung der Eltern für die erfolgreiche Frühförderung. Frühförderung interdisziplinär, 21. Jg., 88-95
- Bölling-Bechinger, H. (1998). Frühförderung und Autonomieentwicklung. Diagnostik und Interventionen auf personenzentrierter und bindungstheoretischer Grundlage. Heidelberg: Edition Schindele
- Bruckmüller, D. (1993). Pädagogische Frühförderung. Überlegungen in Anschluß an Jean Piaget und Johann H. Pestalozzi. Wien: Diplomarbeit
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (BVLH). (1997). Frühe Hilfen. Frühförderung aus Sicht der Lebenshilfe. 4. Auflage. Marburg
- Bundschuh, K. (2002). Heilpädagogische Psychologie. 3. Auflage. München: Reinhardt
- Burgener Woeffray, A. (1996). Heilpädagogische Früherziehung – Begriffe und Zusammenhänge. In: Büchner, C., Burgener Woeffrey, A. (Hrsg.). Heilpädagogische Früherziehung wird erwachsen. Stationen einer dynamischen Entwicklung. Luzern: SZH, 9-21
- Damstra-Wijmenga, S. M. I. (1993). Erinnerungen Neugeborener. In: Psychol. Erz. Unterr. (40), 97-103
- Eichenberger, E. (2004). Psychotherapie einer Frau mit einer schweren Sprachbehinderung. In: Janus, L. (Hrsg.). Pränatale Psychologie und Psychotherapie. Heidelberg: Mattes Verlag, 117-125

- Flick, U. (2002). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 6. Auflage. Rowohlt Reinbek bei Hamburg: Taschenbuch Verlag
- Fries, M. (1999). Babys, die sich nicht beruhigen lassen – Auswege für Eltern und Babys in der lösungsorientierten Kurzzeittherapie. In: Kühl, J. (Hrsg.). Autonomie und Dialog. Kleine Kinder in der Frühförderung. Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär. München: Ernst Reinhard Verlag, 70-79
- Fröhlich, A. (1997). Fördern - Pflegen – Begleiten. Beiträge zu Pflege und Entwicklungsförderung schwerst beeinträchtigter Menschen. Düsseldorf : Selbstbestimmtes Leben
- Glaser, B.G, Strauss, A. (2005). Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. 2. Auflage. Bern: Hans Huber Verlag
- Grond, T. (1985). Früherkennung und Früherziehung behinderter Kinder. Bern: Huber
- Gross, W. (1982). Was erlebt ein Kind im Mutterleib? Ergebnisse und Folgerungen der pränatalen Psychologie. Freiburg: Verlag Herder
- Hackenberg, W. (2003). Beziehung in der Frühförderung – Konsequenzen für die Ausbildung. Die teilnehmende Säuglingsbeobachtung als Methode zur Erweiterung des Verständnisses für die frühkindliche Entwicklung und für soziale Prozesse. Frühförderung interdisziplinär, 22. Jg., 3-11
- Hepper, P. G. (2005). Das fetale Verhalten und seine Funktion für die menschliche Entwicklung. In: Krens, I., Krens H. (Hrsg.): Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 63-83
- Hertl, M. (1994). Die Welt des ungeborenen Kindes. Unser Leben vor der Geburt. Entwicklung, Verhalten, Gefühle. München: Piper
- Heißenberg, S. (2005). Neue Wege der Förderung in der frühen Kindheit. Der systemische Ansatz in der Frühförderung. Stuttgart: ibidem-Verlag
- Heurbrock, D., Petermann, F. (2004). Neuropsychologische Störungen. In: Hoppe, F., Reichert, J. (Hrsg.): Verhaltenstherapie in der Frühförderung. Göttingen: Hogrefe- Verlag, 19-45
- Hidas, G., Raffai, J. (2006). Nabelschnur der Seele. Psychoanalytisch orientierte Förderung der vorgeburtlichen Bindung zwischen Mutter und Baby. Gießen: Psychosozial-Verlag

- Hintermair, M. (2003). Das Kohärenzgefühl von Eltern stärken – eine psychologische Aufgabe in der pädagogischen Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär, 22. Jg., 61-70
- Hüther, G., Krens, I. (2005). Das Geheimnis der ersten neun Monate. Unsere frühesten Prägungen. Düsseldorf: Walter Verlag. 3.Auflage.
- Janus, L. (2000). Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Jaward, S. (2001). Systemische Therapie in der Behandlung von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten. Frühförderung interdisziplinär, 20. Jg., 20-33
- Jugendamt der Stadt Wien (Hrsg.). (o.J.). Die Sonderkindergärten der Stadt Wien. Wien: Eigenverlag
- Koch, K. (1999). Frühfördersystem – Überblick, Analyse und perspektivischer Ausblick. Berlin: Luchterhand
- Köhn, W. (1998). Heilpädagogische Erziehungshilfe und Entwicklungsförderung (HpE). Ein Handlungskonzept. Heidelberg: Univ.-Verl. Winter
- Kruse, F. (1979). Wann beginnt die Kindheit? In: Kindheit 1, 5-27
- Lanners, R. (2002). Die Zufriedenheit der Eltern mit der Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär, 21. Jg., 121-129
- Meyer, M. (1987). Erkenntnisse der pränatalen Psychologie als Handlungsleitung bei der Frühförderung behinderter Kinder. In: Fedor-Freybergh, P. G. (Hrsg.): Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen. Älvsjö: Saphir, 491-496
- Montessori, M. (1999). Kinder sind anders. 14. Auflage. München: Klett-Cotta
- Moore, K. L. (1980). Embryologie. Lehrbuch und Atlas der Entwicklungsgeschichte des Menschen. Stuttgart: Schattauer Verlag
- Neuhäuser, G. (1981). Frühdiagnose und Frühtherapie – Aufgaben für den Neuropädiater bei der Kooperation zur Frühförderung und Früherziehung behinderter Kinder. Psychosozial, Zeitschrift für Analyse, Prävention und Therapie psychosozialer Konflikte und Krankheiten, 4. Jg., H. 2, 51-68
- Orth, B. (1989). Arzt und Eltern in der Frühförderung. In: Speck, O. & Warnke, A. (Hrsg.): Frühförderung mit den Eltern. Behindertenhilfe durch Erziehung, Unterricht und Therapie. München: Ernst Reinhardt Verlag, 185-200
- Pflüger, L. (1991). Neurogene Entwicklungsstörungen. München: E. Reinhardt

- Pöltner, I. (1986). Maßnahmen der Früherfassung und Frühbetreuung mehrfachbehinderter Kinder. In: Hinteregger, F., Meixner, F. (Hrsg.): Sprachheilpädagogische Arbeit mit mehrfachbehinderten Kindern. Wien u. a.: Jugend und Volk, 179-185
- Postmann, T. (1993). Heilpädagogische Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder. Eine Bestandsaufnahme mit besonderem Augenmerk auf die Aus- und Weiterbildung von Pädagogen im deutschsprachigen Raum. Eine Vergleichende Studie. Frankfurt am Main: Haag und Herchen
- Pretis, M. (2001). Frühförderung planen, durchführen, evaluieren. München: Reinhardt Verlag
- Rittelmeyer, C. (2005). Frühe Erfahrungen des Kindes. Ergebnisse der pränatalen Psychologie und der Bindungsforschung. Stuttgart: W. Kohlhammer
- Schenk-Danzinger, L. (1993). Entwicklungspsychologie. 22. Auflage. Wien: Österreichischer Bundesverlag
- Schlack, H. G. (1983). Ganzheitlichkeit und Methoden in der Frühförderung aus medizinischer Sicht. In: Frühförderung interdisziplinär, 2. Jg., 103-111
- Schleiffer, R. (1998). Bindung als integrierende Kraft kindlicher Entwicklung. In: Thurmair, M. (Hrsg.): Frühförderung und Integration. Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär. München: Ernst Reinhardt Verlag, 59-68
- Speck, O. (1977). Zur Konzeption pädagogischer Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. In: Speck, O. (Hrsg.): Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder. Der pädagogische Beitrag zu einer interdisziplinären Aufgabe. München: Ernst Reinhardt Verlag, 13-77
- Speck, O. (1979). Pädagogische Modelle für Kinder mit Verhaltensstörungen - Berichte aus dem Ausland. München: Reinhardt
- Speck, O. (1985). Spezielle Früherziehung – Basale Hilfe beim Lebensstart unter kritischen Bedingungen. In: Frühförderung interdisziplinär. 4. Jg., 49-57
- Speck, O. (1989). Fortschritte der Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder. München: Reinhardt
- Speck, O. (1996). System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung. 4. Auflage. München, Basel: Reinhardt
- Speck, O. (1998). System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung. München, Basel: Reinhardt
- Speck, O. (2003). System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung.

5. Auflage. München, Basel: Reinhardt
- Stadler-Grillmaier, J. (1996). Handeln - Denken – Sprechen. In: Frühwirth, I., Meixner, F. (Hrsg.): Denken – Sprechen – Lernen. Hundert Jahre Sprachtherapie in Österreich. Wien: Verlag Jugend & Volk, 53-62
- Steinbach, C. (2000). Entwicklungspsychologie. Stuttgart: Klett-Cotta
- Strohofer, I. (2005). Heilpädagogische Frühförderung und Neonatologie. Die Betreuung und Begleitung von Familien mit einem frühgeborenen Kind als Handlungsfeld für Frühförderinnen. Wien: Diplomarbeit
- Summer, M. (1987). Beeinflussung der Heilpädagogik durch die pränatale Psychologie. In: In: Fedor-Freybergh, P. G. (Hrsg.): Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen. Älvsjö: Saphir, 499-505
- Tieze-Fritz, P. (1995). Wahrnehmungs- und Bewegungsentfaltung. Heilpädagogische Förderung des Kindes in seinen ersten 24 Monaten. Heidelberg: Edition Schindele
- Van den Bergh, B. R. H. (2005). Über die Folgen negativer mütterlicher Emotionalität während der Schwangerschaft. In: Krens, I., Krens H. (Hrsg.): Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 94-105
- Von Schlippe, A., Schweitzer, J. (1997). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Wagner-Stolp, W. (1999). Aufbau und Organisation der interdisziplinären Frühförderung in der Bundesrepublik Deutschland – Sozialrechtlicher, sozialpolitischer und institutioneller Handlungsrahmen. In: Wilken, E. (Hrsg.): Frühförderung von Kindern mit Behinderung. Eine Einführung in Theorie und Praxis. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 13-34
- Zimmer, K. (1990). Das Leben vor dem Leben. Die seelische und körperliche Entwicklung im Mutterleib. München: Kösel-Verlag

Internethinweise:

Bundesvereinigung Lebenshilfe [2008]. Mediadaten.

http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/unsere_angebote/zeitschriften/geistige_behinderung/index.php (Download: 08.08.2008), 1-2

Fachverband für Behindertenpädagogik [2008]. Behindertenpädagogik.

<http://www.psychosozial-verlag.de/> (Download: 08.08.2008), 1-2

Heilpädagogische Forschung [2008]. Mediadaten.

<http://www.uni-potsdam.de/u/sonderpaed/hpf/ab9721.htm> (Download: 15.05.2008), 1-2

Verein Initiativ für behinderte Kinder und Jugendliche [2008]. Behinderte Menschen. Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten. Mediadaten.

<http://www.behindertemenschen.at/bm/> (Download: 14.08.2008), 1-6

Vierteljahreszeitschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete. Mediadaten.

http://www.reinhardt-verlag.de/deutsch/zeitschriften/vhn_komplett.htm (Download: 15.5.2008), 1-2

Zeitschriften und Mediadaten:

Behinderte Menschen. Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten

Zeitschrift online abrufbar unter:

<http://www.behindertemenschen.at/bm/>

Mediadaten online abrufbar unter:

<http://www.behindertemenschen.at/bm/>

Behindertenpädagogik:

Zeitschrift online abrufbar unter:

<http://www.psychosozial-verlag.de/>

Mediadaten online abrufbar unter: <http://www.psychosozial-verlag.de/>

Frühförderung interdisziplinär:

Zeitschrift online abrufbar unter:

http://www.reinhardt-verlag.de/deutsch/zeitschriften/vhn_komplett.htm

Mediadaten online abrufbar unter:

http://www.reinhardt-verlag.de/deutsch/zeitschriften/fi_komplett.htm

Geistige Behinderung:

Zeitschrift online abrufbar unter:

http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/unsere_angebote/zeitschriften/geistige_behinderung/index.php

Mediadaten online abrufbar unter:

http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/unsere_angebote/zeitschriften/geistige_behinderung/index.php

Heilpädagogische Forschung. Zeitschrift für Pädagogik und Psychologie bei Behinderungen:

Zeitschrift online abrufbar unter:

<http://www.heilpaedagogischeforschung.de/index.htm>

Mediadaten erhältlich auf Anfrage bei: goetze@rz.uni-potsdam.de

Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete:

Zeitschrift online abrufbar unter:

http://www.reinhardt-verlag.de/deutsch/zeitschriften/vhn_komplett.htm

Mediadaten online abrufbar unter:

http://www.reinhardt-verlag.de/deutsch/zeitschriften/fi_komplett.htm

Zeitschrift für Heilpädagogik:

Zeitschrift online abrufbar unter:

http://www.reinhardt-verlag.de/deutsch/zeitschriften/vhn_komplett.htm

Mediadaten online abrufbar unter:

http://www.reinhardt-verlag.de/deutsch/zeitschriften/fi_komplett.htm

Anhang