

DIPLOMARBEIT

TITEL DER DIPLOMARBEIT

DER EINFLUSS DER KOMMUNIKATION BEI DER ENTWICK- LUNG DER BINDUNG BEI GEHÖRLOSEN KINDERN

Eine vergleichende Studie zur Bindung zwischen gehörlosen und hörenden Kin-
dern und ihren hörenden Müttern.

VERFASSERIN

ISABELLA SCHEDL

ANGESTREBTER AKADEMISCHER GRAD

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im Jänner 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pädagogik

Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Ernst Berger

VORWORT

Im Zuge meines Pädagogikstudiums habe ich mich besonders für die Schwerpunkte Heil- und Integrative Pädagogik sowie Sozial- und Psychoanalytische Pädagogik interessiert. Im Laufe des Studiums kam ich immer wieder mit der Sinnesbeeinträchtigung Gehörlosigkeit in Kontakt und so wurde mein Interesse geweckt. Im Laufe des Studiums habe ich verschiedene Lehrveranstaltungen zum Thema absolviert und zusätzlich durch diverse Literatur wurde mir ein größeres Wissen zu der Thematik zuteil. Ich habe verschiedene Informationsveranstaltungen zum Thema besucht und begonnen selbst Gebärdensprache zu erlernen.

Da mich diese Sinnesbeeinträchtigung seit jeher beschäftigt und begleitet, habe ich mich dazu entschlossen, mich auch in meiner Diplomarbeit mit Gehörlosigkeit zu befassen. Besonders interessant fand ich die Arbeit mit Kindern und somit war für mich die Sprachentwicklung und Bindung von hörgeschädigten Kindern sehr spannend. Die Fragestellung, der ich in der vorliegenden Diplomarbeit nachgehen möchte, lautet folgendermaßen: *„Inwiefern beeinflusst die Kommunikation bei gehörlosen Kindern die Qualität der Bindung zur hörenden Mutter?“*

Besonders reizvoll im Bezug auf die Forschungsfrage fand ich weiters den Aspekt des Vergleichs des Spracherwerbs und der Bindungsentwicklung des Kleinkindes an die Mutter zwischen gehörlosen und hörenden Kindern. Aus diesem Grund möchte ich im Rahmen meiner Diplomarbeit eine Vergleichsstudie gestalten, welche die Bindungsentwicklung zwischen gehörlosen Kindern mit ihren hörenden Müttern und hörenden Kindern mit ihren hörenden Müttern vergleicht. Der Titel der Diplomarbeit lautet daher folgendermaßen:

„Der Einfluss der Kommunikation bei der Entwicklung der Bindung bei gehörlosen Kindern. Eine vergleichende Studie zur Bindung zwischen gehörlosen und hörenden Kindern und ihren hörenden Müttern.“

Da diese Arbeit ohne die Hilfe und Anregungen von verschiedensten Personen nicht möglich gewesen wäre, möchte ich im Rahmen des Vorwortes die Gelegenheit nutzen, denjenigen Personen zu danken, die mich bei der Fertigstellung der Diplomarbeit unterstützt haben. Mein Dank gilt all jenen, die mir bei der Verfassung der vorliegenden Arbeit von

großer Hilfe waren, die mich immer wieder ermutigt und angespornt haben, weiterzumachen, wenn ich mich nicht mehr motivieren konnte.

Auf wissenschaftlicher Ebene:

- Besonderer Dank gilt meinem Betreuer Univ.-Prof. Dr. Ernst Berger, der mir die Möglichkeit gab, die Idee meiner Diplomarbeit umzusetzen. Für seine Ratschläge und Gedankenanstöße, denn ohne ihn wäre die Arbeit nicht in dieser Art und Weise realisierbar gewesen.
- Insbesondere gilt mein Dank den Müttern und ihren Kleinkindern, die sich bereit erklärt haben, an meinem Diplomarbeits- und Forschungsprojekt aktiv mitzuarbeiten und dies durch ihre Offenheit und ihr Engagement zu ermöglichen. Nur durch die Teilhabe an ihren Erfahrungen und ihrem wertvollen Wissen, war mir ein so tiefer Einblick in das Thema möglich.
- Weiters möchte ich mich bei den Gehörloseninstitutionen bedanken, die mir bei der Suche nach Probanden sehr behilflich waren, sowie bei den Einrichtungen, die mir ihre Räumlichkeiten für die Durchführung der Studie zur Verfügung gestellt haben.

Auf privater Ebene:

- Besonders danken möchte ich hierbei meiner Familie, insbesondere meinen Eltern Bernhard und Stefanie, die es mir ermöglicht haben, all diese Jahre zu studieren. Sie haben mich immer wieder ohne „Wenn und Aber“ unterstützt und ermutigt. Ohne die Hilfe meiner Eltern wäre das Studium nicht auf diese Weise möglich gewesen.
- Weiters möchte ich mich bei meinen beiden Brüdern Berni und Martin bedanken, die mir durch ihre netten Sticheleien immer wieder einen Ansporn gaben, weiter zu machen.
- Zu guter Letzt möchte ich mich bei all jenen Personen bedanken, die mir in der Zeit des Verfassens meiner Diplomarbeit beigestanden sind: meine liebe Studienkollegin Doris sowie meinen Freunden Alex und Mali, die mich immer mental unterstützt und aufgebaut haben, wenn ich nicht mehr weitermachen wollte. Herzlichen Dank auch an Eli und Susi, die mir bei der Durchführung der Interviews und Beobachtungen behilflich waren.

Vielen Dank!!!

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	I
EINLEITUNG	1
1 GEHÖRLOSIGKEIT	5
1.1 Begriffsdefinition	6
1.2 Allgemeine Informationen zur Gehörlosigkeit	8
1.3 Geschichtlicher Abriss zur Gehörlosenpädagogik	9
1.4 Häufigkeit, Ursachen und Diagnose zur Gehörlosigkeit	12
1.5 Gehörlosigkeit in der Gesellschaft – zur Gehörlosenkultur	14
1.6 Situation in Österreich	16
1.7 Exkurs: Cochlea Implantat	18
1.7.1 Aufbau des Cochlea Implantates	19
1.7.2 Voraussetzungen	20
1.7.3 Risiken	21
1.7.4 Anpassung und Nachsorge	22
1.7.5 Zeitpunkt der Implantation	23
1.8 Resümee	24
2 DIE SITUATION VON HÖRENDEN ELTERN AUF DIE GEBURT IHRES HÖRGESCHÄDIGTEN KINDES	25
2.1 Psychosoziale Situation von Eltern hörgeschädigter Kinder	25
2.2 Prozess der Krisenverarbeitung anhand der Spiralphasen nach Schuchardt	27
2.3 Resümee	30
3 FRÜHFÖRDERUNG	31
3.1 Begriffsdefinition	31
3.1.1 Ziele der Frühförderung	32
3.1.2 Prinzipien der Frühförderung	33
3.2 Frühförderung bei hörgeschädigten Kindern	35
3.3 Zur Situation der Frühförderung hörgeschädigter Kinder in Österreich	38
3.3.1 Burgenland	38
3.3.2 Niederösterreich	38
3.3.3 Steiermark	39
3.3.4 Wien	40
3.4 Exkurs: Audiopädagogische Förderung bei Kindern mit Cochlea Implantat	42
3.5 Resümee	43
4 ENTWICKLUNG DER KOMMUNIKATION	44
4.1 Begriffsdefinition	44
4.1.1 Entwicklungsstufen	45

4.1.2	Beginn des Dialogs zwischen Mutter und Kind	46
4.2	Entwicklung der Kommunikation	47
4.2.1	Pränatale Phase	48
4.2.2	Perinatale Phase	50
4.2.3	Postnatale Phase	50
4.2.4	Exkurs: Motherese	51
4.3	Die Sprachentwicklung beim hörenden Kind	53
4.3.1	Stimmgebung: Schreien	53
4.3.2	Vorsilbenstadium: „Gurren“	54
4.3.3	Silbenstadium: „Plappern“	56
4.3.4	Einwortstadium	57
4.3.5	Zwei- und Mehrwortstadium	58
4.4	Die Sprachentwicklung beim gehörlosen Kind	58
4.4.1	Besonderheiten der Gebärdensprache	59
4.4.2	Exkurs: Signerese	60
4.4.3	Stimmgebung und Vorsilbenstadium	61
4.4.4	Silbenstadium: „Plappern mit den Händen“	62
4.4.5	Eingebärdenstadium	63
4.4.6	Zwei- und Mehrgebärdenstadium	64
4.5	Die Besonderheit der Sprachentwicklung beim gehörlosen Kind mit Cochlea Implantat ...	64
4.6	Das sprachliche Angebot an das gehörlose Kind	66
4.7	Resümee	68
5	ENTWICKLUNG DER BINDUNG ZWISCHEN KLEINKIND UND MUTTER	70
5.1	Begriffsdefinitionen	70
5.2	Bindungstheorie	71
5.2.1	Das Konzept der Bindung	73
5.2.2	Bindung und ihre Verhaltensweisen	74
5.2.3	Bindungsmuster	76
5.2.4	Die sichere Basis	77
5.2.5	Fremde-Situations-Test	79
5.3	Entwicklung der Bindung	81
5.3.1	Pränatale Phase	82
5.3.2	Perinatale Phase	83
5.3.3	Postnatale Phase	84
5.4	Entwicklung der Bindung zwischen hörendem Kleinkind und seiner hörenden Mutter	85
5.5	Entwicklung der Bindung zwischen gehörlosem Kleinkind und seiner hörenden Mutter ...	87
5.6	Resümee	90
6	DER EINFLUSS DER KOMMUNIKATION AUF DIE QUALITÄT DER BINDUNG	91
6.1	Zusammenspiel von Kommunikation und Bindung	91

6.2	Sicher gebundene Kinder – Aussichten für die Zukunft.....	93
6.3	Resümee.....	94
7	FORSCHUNGSFRAGE UND HYPOTHESEN	95
7.1	Fragestellung.....	95
7.2	Hypothesen.....	96
8	BESCHREIBUNG UND BEGRÜNDUNG DER GEWÄHLTEN METHODEN	97
8.1	Interview	97
8.1.1	Erhebung anhand des Problemzentrierten Interviews.....	98
8.1.2	Aufbereitungsverfahren anhand der wörtlichen Transkription	99
8.1.3	Auswertung anhand der qualitativen Inhaltsanalyse.....	100
8.2	Verhaltensbeobachtung „Fremde-Situations-Test“ nach Ainsworth	101
8.2.1	Erhebung anhand von sieben dreiminütigen Episoden	101
8.2.2	Aufbereitung anhand von Beobachtungsprotokollen.....	103
8.2.3	Auswertung durch Kategorienbildung in Anlehnung an Ainsworth.....	103
8.3	Resümee.....	108
9	DURCHFÜHRUNG DER FORSCHUNG	109
9.1	Beschreibung und Auswahl der Studienteilnehmer	109
9.2	Durchführung der Interviews.....	110
9.2.1	Bildung der Kategorien und beispielhafte Darstellung der Inhaltsanalyse nach Mayring	111
9.2.2	Auswertung der Interviews.....	113
9.3	Zusammenfassende Darstellung der Interviews	114
9.3.1	Die erste Kommunikation.....	114
9.3.2	Kommunikation der Kinder zwischen 15 und 18 Monaten	115
9.4	Ergebnisse der Interviews.....	116
9.4.1	Einschätzung der Interviewergebnisse der hörenden Kinder.....	116
9.4.2	Einschätzung der Interviewergebnisse der hörgeschädigten Kinder.....	118
9.4.3	Auffallende Beobachtungen.....	120
9.5	Vergleichende Ergebnisse der Interviews.....	120
9.6	Durchführung der Beobachtungen.....	124
9.6.1	Bildung der Kategorien und beispielhafte Darstellung der Beobachtungsprotokolle	125
9.6.2	Auswertung der Beobachtungen.....	128
9.7	Zusammenfassende Darstellung der Beobachtungen	128
9.7.1	Vortrennungszeit.....	129
9.7.2	Episoden mit der fremden Person.....	130
9.7.3	Wiedervereinigungsepisoden.....	132
9.7.4	Kinder alleine im Raum.....	134
9.7.5	Auffallende Beobachtungen.....	136
9.8	Ergebnisse der Beobachtungen.....	136
9.8.1	Einschätzung der Bindung der hörenden Kinder	136

9.8.2	Einschätzung der Bindung der hörgeschädigten Kinder.....	138
9.9	Vergleichende Ergebnisse der Beobachtungen.....	139
10	ERGEBNISSE DER EMPIRISCHEN STUDIE	141
10.1	Beschreibung der Stichprobe	141
10.2	Ergebnisse	142
11	ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK	148
11.1	Abschließendes Resümee.....	148
11.2	Schlussfolgerungen für die Pädagogik.....	150
11.3	Persönliche Abschlussworte	152
12	BIBLIOGRAPHIE	154
12.1	Literatur.....	154
12.2	Internetquellen	158
12.3	Abbildungsverzeichnis.....	159
13	ANHANG	160
13.1	Interviewleitfaden	160
13.1.1	Leitfaden für Mütter der hörenden Kinder	160
13.1.2	Leitfaden für Mütter der hörgeschädigten Kinder.....	162
13.1.3	Fragebogen.....	165
13.2	Auszüge aus den Interviews.....	166
13.2.1	Beobachtungskind Daniel, hörend.....	166
13.2.2	Beobachtungskind Mona, hörgeschädigt.....	166
13.3	Auszüge aus den Beobachtungsprotokollen.....	168
13.3.1	Beobachtungskind Anna, hörend.....	168
13.3.2	Beobachtungskind Fred, hörgeschädigt.....	169
13.4	Adressenverzeichnis.....	173
13.4.1	Gehörlosenvereine.....	173
13.4.2	Frühförderungseinrichtungen	174
13.4.3	Vereine Cochlea Implantat	175
13.4.4	Sonstiges.....	176
	KURZZUSAMMENFASSUNG	177
	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	178
	LEBENS LAUF	179

EINLEITUNG

Die vorliegende Diplomarbeit geht der Forschungsfrage nach *„Inwiefern beeinflusst die Kommunikation bei gehörlosen Kindern die Qualität der Bindung zur hörenden Mutter?“* Besonders spannend schien in diesem Zuge die Auseinandersetzung mit hörenden Müttern und ihren gehörlosen Kindern in einem Vergleich zu hörenden Müttern und ihren hörenden Kindern. Der Diplomarbeitstitel lautet daher wie folgt: *„Der Einfluss der Kommunikation bei der Entwicklung der Bindung gehörloser Kinder. Eine vergleichende Studie zur Bindung zwischen gehörlosen und hörenden Kindern und ihren hörenden Müttern.“*

Die Bearbeitung der Forschungsfrage erfolgt mit einem besonderen Blick auf die österreichischen Gegebenheiten, insbesondere wird auf den östlichen Bereich Österreichs – auf das Burgenland, auf Niederösterreich, auf die Steiermark und auf Wien – Bezug genommen.

In der Arbeit wird der Einfachheit halber zum Großteil die weibliche Form verwendet. Sie kann hierbei jedoch beide Geschlechter meinen. Der Begriff „Mutter“ wird aus diesem Grunde verwendet, da sich die Diplomarbeit mit der Bindung der Mutter und ihrem Kleinkind beschäftigt. Jedoch könnten die Untersuchungen auch mit dem Vater durchgeführt werden. Frühförderinnen meint auch Frühförderer, Pädagoginnen/Pädagogen, Kindergärtnerinnen/Kindergärtner, Lehrerinnen/Lehrer etc.

Es wird an dieser Stelle kurz aufgezeigt, was im Folgenden von der Diplomarbeit zu erwarten ist. Die vorliegende Arbeit gliedert sich in zwei Teile: I. einem theoretischen Teil und II. einem empirischen Teil.

Der I. Teil der Diplomarbeit stellt den theoretischen Rahmen, der für die folgende empirische Studie von Nöten ist, dar.

Das erste Kapitel ist eine Einführung in die Diplomarbeit und widmet sich der Gehörlosigkeit. Im Zentrum dieses Kapitels stehen ausführliche Begriffsdefinitionen, allgemeine Informationen zur Gehörlosigkeit sowie ein geschichtlicher Abriss zur Gehörlosenpädagogik. Im weiteren Verlauf werden die Häufigkeiten, Ursachen und die Diagnose von Gehörlosigkeit aufgezeigt, sowie die Gehörlosigkeit und Kultur der Hörgeschädigten in der Ge-

sellschaft, insbesondere in Österreich, wiedergegeben. Letztendlich wird in einem Exkurs die Hörprothese – das Cochlea Implantat (CI) – erläutert.

Das zweite Kapitel widmet sich der Situation der Eltern und deren Befinden nach der Geburt eines hörgeschädigten Kindes. Besonderer Stellenwert kommt hierbei der psychosozialen Situation der Eltern sowie dem Prozess der Krisenverarbeitung anhand der Spiralphasen nach Schuchardt zu.

Im dritten Kapitel der Arbeit wird die Frühförderung erörtert. Im Zentrum des Kapitels steht zu Beginn eine genaue Begriffsdefinition von Frühförderung sowie die Ziele und Prinzipien dieser. Weiters wird auf die Frühförderung von hörgeschädigten Kindern – insbesondere auf die Situation in Österreich – Bezug genommen. In einem Exkurs wird kurz auf die audiopädagogische Förderung bei Kindern mit einem Cochlea Implantat eingegangen.

Das vierte Kapitel widmet sich der Sprachentwicklung. Zu Beginn werden der Begriff der Kommunikation sowie die damit verbundenen Begrifflichkeiten dargestellt. Weiters wird die Entwicklung der Kommunikation beschrieben, unter besonderem Blickwinkel der pränatalen, perinatalen und postnatalen Phase. Ein kurzer Exkurs stellt die an das Kleinkind gerichtete Sprache von Erwachsenen – die so genannte Motherese – dar. Im weiteren Verlauf werden die Sprachentwicklung hörender Kinder, die Sprachentwicklung gehörloser Kinder sowie die Besonderheit der Sprachentwicklung gehörloser Kinder mit Cochlea Implantat beschrieben.

Im fünften Kapitel wird auf die Entwicklung der Bindung zwischen Mutter und Säugling eingegangen. Zu Beginn werden die wichtigsten Termini zur Bindung erläutert sowie die Grundzüge der Bindungstheorie dargestellt. In einem weiteren Verlauf wird die Entwicklung der Bindung beschrieben – insbesondere im Hinblick auf eine pränatale, perinatale und postnatale Phase. Anschließend wird auf die Entwicklung der Bindung zwischen hörender Mutter und ihrem hörenden Kleinkind eingegangen und die besondere Situation der Bindungsentwicklung zwischen hörender Mutter und ihrem hörgeschädigten Kleinkind dargestellt.

In einem sechsten Kapitel wird der Einfluss der Kommunikation auf die Qualität der Bindung erörtert. Hierbei wird das Zusammenspiel der beiden Komponenten betrachtet und erklärt, inwiefern dies für die Zukunft der Kinder eine Rolle spielt.

Der II. Teil der Diplomarbeit widmet sich ganz der durchgeführten Studie. Hierbei werden die exakten Forschungsinstrumente beschrieben sowie die Ergebnisse dargestellt.

Im siebten Kapitel werden die Forschungsfrage, sowie die sich daraus ergebenden Unterfragen und die gebildeten Hypothesen dargestellt.

Das Kapitel acht beschäftigt sich mit der Beschreibung und Begründung der gewählten Methoden. Es werden das problemzentrierte Interview und die standardisierte Verhaltensbeobachtung „Fremde-Situations-Test“ genau beschrieben, insbesondere die Erhebung, Aufbereitung und Auswertung der Daten.

Im neunten Kapitel wird die genaue Durchführung der Pilotstudie aufgezeigt. Zu Beginn wird die Beschreibung und Auswahl der Studienteilnehmer vorgenommen. Im weiteren Verlauf werden die Durchführung und Darstellung der Interviews aufgezeigt, sowie die Ergebnisse der Interviews und der Beobachtungen dargestellt. Schlussendlich werden die beiden Ergebnisse miteinander verglichen.

Das zehnte Kapitel stellt nun die Ergebnisse der empirischen Studie dar. Die Stichprobe sowie die Ergebnisse der Forschung werden detailliert aufgezeigt.

Das elfte und letzte Kapitel „Zusammenfassung und Ausblick“ dient einer Schlussfolgerung, welche sich nochmals mit dem Thema und Inhalt der Diplomarbeit „Der Einfluss der Kommunikation bei der Entwicklung der Bindung bei gehörlosen Kindern“ sowohl theoretisch als auch empirisch auseinandersetzt.

Im Zentrum der Literatur- und Informationsrecherchen wurden sich auf Bibliotheksdatenbanken und für diese Arbeit relevante Homepages konzentriert. Für den empirischen Teil der Arbeit wurde ebenfalls Literatur herangetragen und sich besonders auf die geführten Interviews und durchgeführten Beobachtungen konzentriert.

I. THEORETISCHER TEIL

Das Glück ist im Grunde nichts anderes als der mutige Wille, zu leben, indem man die
Bedingungen des Lebens annimmt.

Maurice Barrès (1862 - 1923), Schriftsteller

1 GEHÖRLOSIGKEIT

Im Zentrum des ersten Kapitels der vorliegenden Diplomarbeit steht zunächst der Begriff der Gehörlosigkeit. Im Folgenden wird in einem ersten Schritt der Begriff Gehörlosigkeit sowie die damit verbundenen Termini Schwerhörigkeit und Ertaubung definiert. In einem weiteren Verlauf werden einige allgemeine Informationen zur Gehörlosigkeit gegeben sowie ein kurzer Abriss der Geschichte der Gehörlosigkeit aufgezeigt. Die Häufigkeit, die Ursachen und die Diagnose der Gehörlosigkeit werden in einem nächsten Kapitel dargestellt. Des Weiteren schien die Gehörlosenkultur sowie die Situation in Österreich besonders interessant und wichtig und wird somit in der vorliegenden Arbeit beschrieben. Schlussendlich wird in einem Exkurs das Cochlea Implantat und seine Stellung in Österreich erläutert.

Im Leben des Menschen spielt das Gehör eine bedeutende Rolle. Bereits vor der Geburt ist der Mensch in eine akustische Umwelt eingebettet. Dies bleibt ihm auch ein Leben lang, denn der Hörsinn ist ständig aktiv (vgl. WISOTZKI 1994, 46). „Von besonderer Bedeutung ist, daß der Gehörsinn nicht nur eine ständige Einbettung in die akustische Umwelt gewährleistet, durch die dem menschlichen Organismus eine Unzahl von Informationen über die Umwelt zugeleitet wird, sondern daß der Gehörsinn eine zentrale Funktion beim Erlernen der Sprache einnimmt, die ein unverzichtbarer Bestandteil der Entwicklung des Menschen ist“ (ebd., 46).

Das Gehör nimmt einen zentralen Stellenwert im Leben eines Menschen ein. Hören ist ein wichtiger Teil der lautsprachlichen Kommunikation weiters beeinflusst es die menschliche Psyche (vgl. ECKMAYR 2006). „Je später man feststellt, dass das Kind keinen sprachlichen Input hat, desto länger bleibt das Kind ohne Sprache und es verzögert sich der Beginn des Spracherwerbs“ (ÖGLB 2004a, 8). Des Weiteren sind die Kinder in ihrer intellektuellen, emotionalen und sozialen Entwicklung gefährdet (vgl. ECKMAYR 2006). Sowohl aus medizinischer als auch psychologischer und pädagogischer Sicht ist es für die Gesamtentwicklung (sowohl für die geistigen als auch für die emotionalen Tätigkeiten) eines Kindes von besonderer Bedeutung, zu einer Kommunikation zu gelangen. Hierbei ist aber nicht die Form der Kommunikation (Gebärdensprache oder Lautsprache) wichtig, sondern dass dem Kind ein Zugang zur Sprache gewährt wird (vgl. ÖGLB 2004a, 8ff).

1.1 Begriffsdefinition

Der Begriff **Gehörlosigkeit** ist ein relativ junger Terminus, welcher erst in der Gegenwart geprägt wurde. In der Vergangenheit sprach man nicht von Gehörlosigkeit sondern von **Taubstummheit** (vgl. JANN 1991, 15). Bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts hielt sich der Begriff taubstumm (vgl. GROBE 2001, 243). Erst seit den fünfziger bzw. sechziger Jahren fand vermehrt der Gebrauch des Begriffs Gehörlosigkeit anstatt von Taubstummheit Verwendung. Jedoch wird auch heute noch vereinzelt (meist von Nichtbetroffenen bzw. von Nichtfachleuten) der Begriff taubstumm benutzt (vgl. LEONHARDT 2002, 26). „Die terminologische Umwandlung des Begriffs Taubstummheit in Gehörlosigkeit hat sich mittlerweile in der Gehörlosenpädagogik weitgehend durchgesetzt“ (JANN 1991, 15). Die Begründung dafür rührt aus der Erkenntnis, dass auch gehörlose Menschen zur Sprache geführt werden können. Taubstumm als Bezeichnung wird inzwischen, besonders von den Betroffenen selbst, als unzutreffend abgelehnt. Der Begriff taubstumm inkludiert nicht nur das „nicht Hören“ der Betroffenen, sondern auch das „nicht Sprechen“, was aber in den meisten Fällen nicht zutreffend ist. Die Pädagogik der Gehörlosen orientiert sich seit Mitte des 19. Jahrhunderts an der Förderung der Sprache (Lautsprache und Gebärdensprache) (vgl. GROBE 2001, 243). „Die Sprachkompetenz und die intellektuellen Fähigkeiten bilden somit wesentliche Begriffsmerkmale in der Kennzeichnung und Kriterien bei der Differenzierung der Betroffenen“ (ebd., 243f).

Die Auffassung von Gehörlosigkeit ist aus medizinischer und pädagogischer Sicht wie auch aus Sicht von Betroffenen sehr verschieden. So steht im medizinischen Kontext der Hörschädigung jede Funktionsstörung des Hörorgans (vgl. LEONHARDT 2002, 22). Im medizinischen Kontext spricht man von Gehörlosigkeit, „[...] wenn eine Hörschädigung so gravierend ist, dass gesprochene Sprache auch mit Hilfe eines Hörgerätes oder anderer technischer Hilfsmittel nicht verstanden werden kann“ (<http://www.sign-it.at/gebaerdensprache/gehoerlosigkeit.htm#medi> [9.4.2008]). Aus Sicht der Pädagogik jedoch wird die Beeinträchtigung der Beziehung zwischen Individuum und Umwelt und die damit verbundenen sozialen Auswirkungen auf den Betroffenen in den Kontext gestellt (vgl. LEONHARDT 2002, 22). Gehörlose selbst definieren ihre Gehörlosigkeit dagegen „[...] als die Zugehörigkeit zur Gruppe der Gehörlosen, die sich durch eigene soziale Aktivitäten auszeichnet“ (ROUB 1994, 15). Sie leben als eine eigene Gruppe, sozusagen als sprachliche Minderheit in der hörenden Gesellschaft (vgl. ebd.).

Hörschädigung ist ein Oberbegriff zu Gehörlosigkeit, welcher auch die **Schwerhörigkeit** einschließt. Insbesondere für das pädagogische Handeln stellt die Unterscheidung von Gehörlosigkeit und Schwerhörigkeit einen wichtigen Aspekt dar (vgl. JANN 1991, 17f). Im pädagogischen Kontext besteht eine Hörschädigung, wenn „[...] der Ausprägungsgrad des Hörverlustes bzw. die Auswirkungen des Hörschadens derart sind, dass das Kind sich nicht ungehindert entwickeln und entfalten kann“ (LEONHARDT 2002, 26). Nach LEONHARDT (vgl. ebd.) besteht eine so genannte Widerspruchslage zwischen Kind und Umwelt, welche sowohl entwicklungs- als auch persönlichkeitsfördernd beeinflussen sollen.

Die Bewertung der tatsächlichen Hörbeeinträchtigung ist sehr schwierig, da eine objektive Einteilung kaum möglich ist. Aus pädagogischer Sicht sind Abgrenzungen problematisch, weil die pädagogische Einteilung von sehr komplexer Natur ist. Die Auswirkungen einer Hörschädigung sind individuell sehr verschieden und kaum vergleichbar. Dennoch kann auf eine Begriffsbestimmung nicht verzichtet werden, da sie für den empirischen Teil der Diplomarbeit von besonderer Bedeutung sind. Im Folgenden werden die Begriffe Gehörlosigkeit, Schwerhörigkeit und Ertaubung dargestellt (vgl. ebd., 24ff):

- Im pädagogischen Kontext werden unter **Schwerhörigen** Menschen Personen bezeichnet, deren „[...] Schädigung des Hörorgans die Wahrnehmung akustischer Reize so beeinträchtigt, dass sie Lautsprache mit Hilfe von Hörhilfen aufnehmen und ihr eigenes Sprechen – wenn auch mitunter nur eingeschränkt – über die auditive Rückkopplung kontrollieren können“ (ebd., 74f).
- Als **gehörlos** (taub) gelten Menschen, „[...] bei denen im frühen Kindesalter (prä-, peri- oder postnatal) vor Abschluss des Lautspracherwerbs (also prälingual) eine so schwere Schädigung des Gehörs vorliegt, dass seine Funktionstüchtigkeit hochgradig bis total beeinträchtigt ist¹“ (ebd., 80). Meist verfügen auch so genannte gehörlose Menschen über sehr geringe Hörreste (vgl. JANN 1991, 15).
- Im Unterschied zu tauben Menschen spricht man von **Ertaubten**, wenn die „[...] Gehörlosigkeit entweder nach dem Erwerb der Lautsprache im Kindes- und Jugendalters (postlingual) oder im späteren Leben (Alterstaubheit) eingetreten ist“ (JUSSEN ET AL. 1994, 88).

¹ Jedoch muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass auch ein so genannter gehörloser Mensch über Hörreste verfügt und diese für Lautsprachvermittlung ausgenutzt werden können (vgl. JANN 1991, 15). Nur geschätzte 5 % der Gehörlosen sind total taub (vgl. DING 1989, 16).

1.2 Allgemeine Informationen zur Gehörlosigkeit

In der Regel werden zwei Personengruppen von Gehörlosigkeit unterschieden: Menschen, die von Geburt an gehörlos sind und so genannte Spätertaubte, welche erst im Laufe ihrer Lautsprachentwicklung ertaubt sind. Aus pädagogischer Sicht ist diese Unterscheidung besonders relevant, da bei den beiden unterschiedlichen Gruppen verschiedene Betreuungstechniken notwendig sind und verschiedene Interventionen zum Einsatz kommen (vgl. JANN 1991, 17). Nach JUSSEN ET AL. (vgl. 1994, 86f) lässt sich die Gehörlosigkeit folgendermaßen nach dem Eintritt dieser einteilen:

- **Prälingual gehörlose** Menschen sind von Geburt an (pränatal oder perinatal) taub beziehungsweise in der frühen Kindheit, jedoch noch vor dem Spracherwerb, taub geworden.
- **Postlingual gehörlose** Menschen sind im Jugend- beziehungsweise Erwachsenenalter, jedenfalls nach dem Spracherwerb, ertaubt.

Das Ausmaß des Hörverlustes wird in Dezibel (dB) bestimmt und mit Hilfe eines Audiometers wird die Hörschwelle gemessen (DING 1988, 39f). Mittels dieser Schwellenaudiometrie wird festgestellt, welche Frequenz bei welcher Lautstärke (dB) von Probanden noch gehört wird. Im Folgenden wird die Wahrnehmung der Sprache anhand einer Einteilung nach Grad des Hörvermögens (Hörschädigung) dargestellt (vgl. ebd., 37ff):

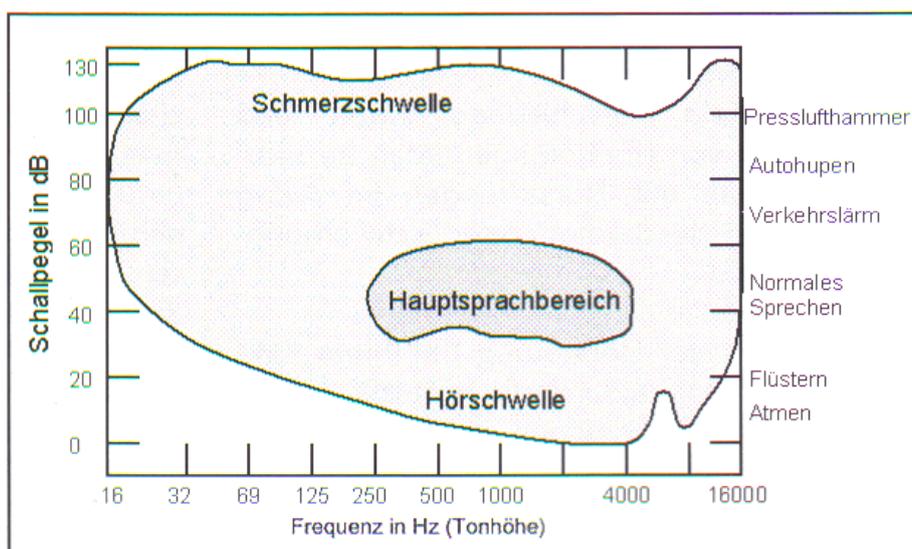


Abbildung 1: Hörbereich der menschlich gesprochenen Sprache

Bei einer Person mit einem normalen Hörvermögen geht man davon aus, dass sie einen Schalldruck von 0 bis 20 Dezibel besitzt. Bei Menschen mit einem „normalen“ Hörvermögen sind keine Beeinträchtigungen zu erwarten.

- Von einer **leichtgradigen Schwerhörigkeit** spricht man, wenn das Hörvermögen einen Schalldruck von 21/26 bis 40 dB aufweist (vgl. GROBE 2001, 38). Es besteht hier bereits die Schwierigkeit, „[...] leise oder entfernte Sprache und Gespräche in Gruppensituationen zu verstehen. Flüstern auf einem Meter Entfernung kann bedingt wahrgenommen werden“ (NEY und PIEL 2006, 7).
- Von einer **mittelgradigen Schwerhörigkeit** spricht man, wenn der Schalldruck zwischen 41 und 60/70 dB aufweist (vgl. GROBE 2001, 38). Betroffene haben bereits Schwierigkeiten, dass sie in normaler Lautstärke gesprochene Sprache hören beziehungsweise nur verzerrt wahrnehmen können. Sie sind meist auf ein Hörgerät angewiesen (vgl. NEY und PIEL 2006, 7).
- Eine **hochgradige Schwerhörigkeit** liegt bei einem Schalldruck von 61/71 bis 90/100 dB vor (vgl. GROBE 2001, 38). Bei diesem Grad der Schwerhörigkeit hat der Betroffene Probleme, dass er die Sprache mit einem Hörgerät versteht. Zumeist kann die Sprache nicht mehr auf auditivem Weg erworben werden (vgl. NEY und PIEL 2006, 7).
- Von **Gehörlosigkeit** (Taubheit) spricht man, wenn der Schalldruck einen Wert von 91/101 dB aufweist (GROBE 2001, 39). Die Sprache kann nicht auf auditivem Weg erworben werden. Es werden auch kaum noch Geräusche gehört, zumeist sind es Vibrationen, die wahrgenommen werden (vgl. NEY und PIEL 2006, 7).

Zusammengefasst heißt das, dass die Abgrenzungskriterien der verschiedenen Grade von Schwerhörigkeit mittels Schalldruck gemessen werden. In der Praxis ist jedoch eine klare Abgrenzung der Schweregrade der Hörschädigung nur schwer zu bestimmen.

1.3 Geschichtlicher Abriss zur Gehörlosenpädagogik

Besonders auffallend ist, dass die Geschichte der Hörgeschädigtenpädagogik durch verschiedene Versuche geprägt ist, das Defizit des Schwerhörigen auszugleichen (vgl. WISOTZKI 1994, 47). In der verwendeten Literatur ist besonders ins Auge gestochen, dass kaum auf die Gebärdensprache eingegangen wurde. So genannte Hördefizite und Hörbeeinträchtigungen wurden im Laufe der Geschichte immer wieder versucht durch verschie-

dene Methoden auszugleichen. Es gibt kaum Versuche, die Gebärdensprache zu fördern. Erst in den letzten Jahren gibt es vermehrt die Bemühung Hörschädigungen nicht als Defizite anzusehen und Betroffene nicht ausschließlich in lautsprachlicher Weise zu fördern. Besonders aktiv sind hier die skandinavischen Länder. In Österreich hingegen gibt es erst vereinzelt und nur sehr wenige Bemühungen.

Der spanische Mönch Pedro Ponce de León (1508 – 1584) unternahm im 16. Jahrhundert als Erster den Versuch gehörlose Kinder zu unterrichten (vgl. WISOTZKI 1994, 16). „Mit dem Nachweis der Bildungsfähigkeit änderte sich allmählich die soziale Marginalstellung des Gehörlosen, der Jahrhunderte lang oft in größter materieller Not und in großem Elend lebte“ (JANN 1991, 87). Die Spanier Ramirez de Carrion (1579 – 1652) und Juan Pablo Bonet (1579 – 1633) führten in ähnlicher Weise hörgeschädigte Kinder zur Lautsprache. Mitte des 17. Jahrhunderts wurde dies in England bekannt und der Arzt John Bulwer legte seinen Schwerpunkt auf die Fähigkeit des Gehörlosen mit seinen Augen zu hören. Gegen Ende des 17. Jahrhunderts befasste sich der Schweizer Arzt Johann Conrad Amman in Holland mit der Weiterentwicklung der Lautspracherziehung. (vgl. ebd., 89ff). Er begann die Entstummung seiner Schüler, „[...] indem er sie dazu anhielt, die Stimme zu erzeugen [...]. Sie wird durch das Fühlenlassen der Vibration der Stimme am Kehlkopf bewirkt“ (ebd., 93).

Weitere Versuche der Lautspracherziehung wurden in England, Frankreich und Deutschland unternommen (vgl. WISOTZKI 1994, 16). 1750 gründete Abbé Charles Michel de l'Épée (1712 – 1789) die erste Gehörlosenschule in Paris und 1771 eröffnete er die erste öffentliche Gehörlosenschule. Während dieser Zeit entwickelte er die methodische Zeichensprache. Sein Nachfolger wurde Abbé Siccard (1742 – 1822) (<http://www.bbcig.de/geschichte.html> [9.4.2008]). 1778 richtete Samuel Heinicken in Leipzig die erste Schule für Gehörlose ein. Er stellte die Einzelarbeit im Privatunterricht auf eine allgemeine und institutionalisierte Ebene um (vgl. JANN 1991, 95). Bis 1830 wurden weitere Institutionen für Gehörlose gegründet, kurz darauf entstand die erste Idee zu einer Integration von Dr. Graser, die jedoch scheiterte.

Zu Beginn der 70er Jahre des 19. Jahrhunderts kam es zu verstärkter Diskussion der Integration, Moritz Hill nahm 1860 diese Idee wieder auf (vgl. WISOTZKI 1994, 17). Sein Ziel war, „[...] die Integration des Gehörlosen in die hörende Gemeinschaft“ (JANN 1991, 106).

Auch Johannes Vatter schuf gegen Ende des 19. Jahrhunderts eine Lautsprachmethode, lehnte jedoch jede Art von Zeichensystemen, insbesondere die Gebärde ab (vgl. ebd., 111ff). Seine Methode war durch „[...] unmittelbare Verknüpfung der Sache mit der Sprache, durch Konzentration und Beschränkung des Stoffes, die Verbindung der Einzelteile des Unterrichts und durch einen hohen Stellenwert der Übung, durch Kindgemäßheit sowie Anschaulichkeit und den direkten Lebensbezug gekennzeichnet“ (ebd., 117). Durch die Einflüsse des Nationalsozialismus im Zweiten Weltkrieg wurde das Taubstummenwesen fast völlig zerschlagen. Jedoch fand nach 1945 ein relativ schneller Wiederaufbau statt (vgl. WISOTZKI 1994, 18).

1960 veröffentlichte William Stokoe das Buch „Struktur der Gebärdensprache“, in welchem er sich für die Gebärdensprache (ASL²) als „echte“ Sprache einsetzte (<http://www.bbcig.de/geschichte.html> [9.4.2008]). Jedoch geht ab dem Anfang der 90er Jahre die Tendenz dazu, dass zuerst die Lautsprache auf imitativem Wege erreicht werden soll und dann erst das manuelle Zeichensystem als Unterstützung eingesetzt werden soll (vgl. WISOTZKI 1994, 33).

In Österreich galt die Gebärdensprache lange Zeit nicht als eigenständige und vollständige Sprache. Die Tendenz geht hier in die Richtung des Lautsprachenunterrichts und die Gebärdensprache dient nur als zusätzliches Instrument. „Auch heute noch wird in Österreich der reine Lautsprachenunterricht favorisiert, Gebärdensprache wird nur marginal zum Einsatz gebracht und hin und wieder werden bilinguale Schulprojekte durchgeführt, die jedoch nicht institutionalisiert werden“ (<http://www.sign-it.at/gebaerdensprache/geoerlosigkeit.htm#medi> [9.4.2008]).

In Österreich gibt es kein bilinguales Beschulungsangebot für gehörlose Kinder, es ist kein Unterricht unter Einbeziehung der Österreichischen Gebärdensprache vorhanden.

14 Jahre lang wurden Anträge zur Absicherung der ÖGS mehrmals im Parlament eingebracht und abgelehnt. Erst am 6. Juli 2005 wurde in Österreich vom Parlament beschlossen, dass Gebärdensprache als eine eigenständige und vollständige Sprache anerkannt wird (vgl. KRAUSNEKER 2006, 23).

² ASL meint die American Sign Language (vgl. <http://www.bbcig.de/geschichte.html>, [9.4.2008])

Obwohl seit kurzer Zeit die Gebärdensprache anerkannt ist, herrscht in Österreich nun das Problem, dass in der Schule die ÖGS immer noch ausgeschlossen wird. Man beruft sich hierbei auf die Integration in eine hörende Welt und argumentiert „[...] die Gebärdensprache würde die Lautsprache verdrängen oder verhindern [...]“ (KRAUSNEKER 2005).

1.4 Häufigkeit, Ursachen und Diagnose zur Gehörlosigkeit

Die Häufigkeit von Hörschäden bezogen auf die gesamte Population ist eine problematische Aufgabe, da sich gleichzeitig die Frage nach den Kriterien stellt. Besondere Probleme bereiten hier die unterschiedlichen Erfassungsmethoden und auch die Definition der Gehörlosigkeit bzw. der Hörschäden (vgl. GROBE 2001, 251). Dennoch werden an dieser Stelle einige Daten zur Häufigkeit und zur Art der Schwerhörigkeit, bezogen auf die Gesamtpopulation in Österreich, dargestellt.

In Österreich sind rund 400.000 Menschen hörgeschädigt, davon leben zirka 9.000 Menschen von Geburt an mit dieser Beeinträchtigung (vgl. www.oegsv.at/organisation.htm [6.8.2007]). Das sind etwa 6,4 % der Gesamtbevölkerung in Österreich. Wenn man dies auf Geschlechter verteilt, so sind es 43 % Männer und 57 % Frauen (STALZER 2001). Rund 8.000 Menschen sind in Österreich sozusagen völlig gehörlos und geschätzte 10.000 bis 15.000 sind von einer hochgradigen Schwerhörigkeit betroffen, was bedeutet, dass ihnen eine Verständigung allein über das Gehör (auch mit Hilfsmittel) nicht möglich ist (vgl. JARMER 2002). Jedoch kann man hier nicht von einer absoluten Taubheit sprechen, denn etwa 98 % der gehörlosen Menschen verfügen über Hörreste. Diese sind jedoch so gering, dass die Lautsprache nicht erlernt werden kann. Betroffene Menschen sind auf elektronische Hilfsmittel angewiesen (vgl. SOLIMAN 2003, 11).

In Österreich leben rund 10.000 Menschen, die die Österreichische Gebärdensprache (ÖGS) verwenden (vgl. ÖGLB 2006, 4). Man geht davon aus, dass etwa ein bis zwei von 1000 Neugeborenen bei der Geburt eine Hörschädigung aufweisen, in Österreich sind das ca. 100 hörgeschädigte Säuglinge pro Jahr (vgl. ECKMAYR 2006).

Da sich die vorliegende Diplomarbeit ausschließlich mit hörenden Eltern und ihren gehörlosen bzw. hörenden Kindern befasst, sei erwähnt, dass mehr als 90 % der gehörlosen Kinder hörende Eltern haben (vgl. HINTERMAIR 2005, 69).

Im Allgemeinen wird in der Literatur bei der Ätiologie³ von Gehörlosigkeit zwischen erworbenen frühkindlichen Hörschäden und hereditären⁴ Hörschäden unterschieden. Hereditäre Hörschäden sind angeborene Hörbeeinträchtigungen, die von einer Generation zur nächsten übertragen werden können (vgl. SOLIMAN 2003, 13). Die erworbenen frühkindlichen Hörschäden lassen sich weiters in pränatale, perinatale und postnatale Hörschäden unterscheiden (vgl. GROBE 2001, 255):

- **Pränatale Hörschäden** sind Schäden, die während der Schwangerschaft auftreten. Gründe hierfür können Viruserkrankungen der Mutter oder toxische Schäden, wie Drogen-, Alkohol- und Nikotinmissbrauch sein.
- **Perinatale Hörschäden** können in dem Zeitraum kurz vor, während und kurz nach der Entbindung entstehen. Ursachen hierfür können Probleme beim Geburtsvorgang, bei Frühgeburten oder bei Verletzungen, die während der Geburt entstehen, sein.
- **Postnatale Hörschäden** sind Schäden, die nach der Geburt auftreten. Ursachen hierfür können Folgen von Hirnhaut- oder Mittelohrentzündungen oder Kopfverletzungen durch Stürze bzw. Unfälle sein (vgl. LEONHARDT 2002, 60). „Postnatale Hörschäden können schließlich sowohl plötzlich (akut) auftreten (der Hörsturz) als auch progredient⁵ verlaufen“ (GROBE 2001, 35).

Die heutigen technischen Möglichkeiten erlauben es, dass man Hörschäden bereits kurze Zeit nach der Geburt erkennen kann, um somit medizinische und pädagogische Interventionen zu setzen. In Österreich wird flächendeckend bei einem Neugeborenen für die Früherkennung von Hörschäden das so genannte Neugeborenenhörscreening angewendet (vgl. ECKMAYR 2006). Zeigt dieses Abweichungen, werden weitere Tests durchgeführt (vgl. MÜLLER 2002, 794).

Eine Hörschädigung muss möglichst schnell diagnostiziert werden, damit Interventionen getroffen werden können. Besonders im Hinblick auf pädagogische Intervention – insbesondere für die Frühförderung – ist die frühe Feststellung einer Hörschädigung von Nöten (vgl. WISOTZKI 1994, 53).

³ Unter Ätiologie versteht man die „[...] Lehre von der Krankheitsursache“ (DUDEN 2001, 100).

⁴ Unter hereditär wird „[...] erblich, die Vererbung betreffend [...]“ (DUDEN 2001, 384) verstanden.

⁵ Unter progredient versteht man „stufenweise fortschreitend, sich entwickelnd“ (DUDEN 2001, 810).

Nach LEONHARDT (vgl. 2002, 50ff) werden folgende Arten von Hörschäden unterschieden, die sich mittels verschiedener Messverfahren bestimmen lassen: Schallleitungsschwerhörigkeit (wird auch Mittelohrschwerhörigkeit genannt), Innenohrschwerhörigkeit (auch als Schallempfindungsstörung beziehungsweise sensorineurale Schwerhörigkeit bezeichnet), Kombinierte Schwerhörigkeit und die Gehörlosigkeit. „Gehörlosigkeit ist eigentlich keine gesonderte Hörstörung, sondern beruht auf einem hochgradigen Schallempfindungsschaden“ (ebd., 53).

1.5 Gehörlosigkeit in der Gesellschaft – zur Gehörlosenkultur

Das auffälligste soziologische Merkmal stellt bei der Gehörlosigkeit die lautsprachliche Kommunikation dar. Der Betroffene ist nur in geringem Maße in der Lage „[...] sich an einer Kommunikation zu beteiligen, wie sie gut Hörende zu führen gewohnt sind“ (DING 1989, 16). Informationen sind auf auditivem Weg nur bedingt bzw. gar nicht zugänglich. Oft wird Sprache anders gehört, sie klingt verzerrt und ist kaum wahrnehmbar. Hörgeräte sind in diesem Fall leider oft nicht mehr hilfreich: Zwar heben sie die Lautstärke an, aber die Verzerrung kann nicht behoben werden. Aus diesem Grunde ist der Hörbeeinträchtigte nur in Grenzen in der Lage sich an einer „normalen“ lautsprachlichen Kommunikation zu beteiligen. Gehörlose sind daher oft isoliert (vgl. ebd., 15f).

Es ist jedoch nach DING (vgl. 1989, 17f) falsch anzunehmen, dass die sozialen Konflikte und Isolation alleine durch die Gehörlosen bedingt sind. Die Integration von Hörgeschädigten in die Gesellschaft ist ein so genanntes „bilaterales“ Problem, welches die Akzeptanz und Kooperationsbereitschaft der Hörenden voraussetzt. Es ist ein „[...] Geschehen, das beide betrifft, den Gehörlosen und die Personen, die mit ihm interagieren“ (ebd., 19). Man könnte hier von einer „[...] generellen Störung der Personen-Umfeld-Beziehung sprechen“ (WISOTZKI 1994, 139), da sich die beeinträchtigte Kommunikation nachteilig auf jeden der beteiligten Partner auswirkt. Einerseits hat der Schwerhörige Sorge, den hörenden Kommunikationspartner nicht zu verstehen beziehungsweise misszuverstehen, andererseits hat der hörende Kommunikationspartner wiederum die gleichen Ängste (vgl. GROBE 2001, 70f). Was dieses Schicksal bedeutet, könnte man folgendermaßen kurz zusammenfassen: „Gehörlosigkeit trennt Menschen von Menschen“ (www.oegsv.at/organisation.htm [6.8.2007]).

Oft haben Gehörlose seitens der Hörenden mit massiven Vorurteilen zu kämpfen, da diese teilweise negative und ablehnende Einstellungen gegenüber hörbehinderten Menschen haben (vgl. DING 1989, 17). Oft zweifeln sie „[...] an den Fähigkeiten Gehörloser und werten sie in ihrem Menschsein ab“ (ebd., 17). Andererseits wissen Hörende oft nicht mit gehörlosen Menschen umzugehen und empfinden demnach einfach Mitleid mit ihnen. Sie können nur bedingt auf die Beziehungsangebote des Gehörlosen eingehen (vgl. ebd., 20). DING (vgl. 1989, 17) meint hierzu, dass Gehörlose aus diesem Grund an sich selbst zweifeln und ein negatives Bild von sich selbst haben. Daher sind Minderheiten oft in entsprechenden Vereinen organisiert. An verschiedenen Orten werden häufig von Betroffenen spezielle Sozialhilfedienste initiiert und getragen (vgl. WISOTZKI 1994, 139). Gehörlosenverbände, Schwerhörigenbünde, Berufsverbände oder Elternverbände setzen sich für die Interessen der Gehörlosen und für die Vorstellungen zur Förderung der Hörbehinderten ein. Diese Dienste sind von der Gesellschaft zu unterscheiden und als Gemeinschaft zu sehen. Ihnen kommt im Allgemeinen ein stärkeres Verbundenheitsgefühl zu. Man spricht von so genannten Gehörlosengemeinschaften (vgl. GROBE 2001, 123). Unter Gemeinschaft kann man ein umfassendes Gesellschaftssystem verstehen, „[...] in dem eine Gruppe von Menschen zusammenlebt, gemeinsame Ziele hat und eine gewisse Verantwortung für einander übernimmt“ (STALZER 2001).

Die amerikanische Bezeichnung „deaf“ bezeichnet das Individuum, die Gehörlosigkeit der Person und „Deaf“ bezieht sich auf die Gemeinschaft. So werden oft die Gehörlosengemeinschaften als „Deaf“ bezeichnet (vgl. LEONHARDT 2002, 22). Gehörlosenvereine sind Organisationen, die aufgrund gemeinsamer Lebensschicksale gegründet werden, jedoch sind es keine isolierten Schicksalsgemeinschaften (vgl. KYLE 1991, 203). Hier haben Betroffene die Möglichkeit, „[...] Menschen zu treffen, die vergleichbare Probleme mit sich und ihrer Umwelt haben“ (DING 1989, 18). Es finden sich hier vielmehr verschiedene Individuen zu unterschiedlichen Zwecken zusammen (vgl. KYLE 1991, 203). „Sie alle teilen Erfahrungen, Kommunikation und Engagement“ (ebd., 203). Die Gehörlosenkultur ist demnach ein Ort, an dem Gehörlose mit Ihresgleichen beisammensein können, problemlos und wertefrei Diskussionen führen können und verschiedene kulturelle Veranstaltungen durchführen können. KYLE (ebd., 204) beschreibt den Ort der Gemeinschaft als „Herz des Gemeinschaftslebens“.

1.6 Situation in Österreich

Die in Österreich lebende gebärdende Sprachminderheit ist relativ klein, sie besteht aus rund 10.000 Menschen. Davon sind ca. 8.000 gehörlos und weitere 2.000 sind ÖGS-kompetent, sie beherrschen die österreichische Gebärdensprache (vgl. KRAUSNEKER 2006, 27). Erst seit dem 1. September 2005 ist die österreichische Gebärdensprache in Österreich eine staatlich anerkannte Sprache. Trotzdem kommt es oft zu Problemen, Benachteiligungen und Diskriminierungen⁶ von gehörlosen Menschen in Österreich (vgl. ÖGLB 2006, 4f). Besonders im medizinischen Bereich steht das Defizit – die Hörbehinderung – im Vordergrund. Eltern von hörgeschädigten Kindern erhalten von Ärzten sofort die Empfehlung, dem Kind so schnell wie möglich eine Hörprothese operativ einsetzen zu lassen (vgl. ÖGLB 2004a, 21). Gehörlose selbst sehen ihre Beeinträchtigung nicht als Behinderung oder Defizit, sie sehen sie eher als prägenden Teil ihrer persönlichen und kulturellen Identität. Ihre Gehörlosigkeit und die daraus entstandene Kommunikation, die Gebärdensprache, ist Bestandteil ihrer Gemeinschaft. Gehörlose sind stolz auf ihre Gemeinschaft, daher gehen sie auch mit den Meinungen der Medizin nicht konform, dass man bei einer Hörschädigung ein Kind sobald als möglich mit einem Cochlea Implantat (CI) versorgen sollte (vgl. STALZER 2001).

„Der vielleicht stärkste Faktor in der Entwicklung jedes Individuums ist das Bedürfnis, sich mit Anderen gleicher Art und mit ähnlichen Erfahrungen zu identifizieren“ (ebd.). Da die Gruppe der Gehörlosen sehr klein ist und die Betroffenen das Bedürfnis nach Kommunikation und Zusammengehörigkeit haben, schließen sie sich in so genannten „Communities“ zusammen bzw. organisieren sich in Vereinen, die als „Gehörlosenkultur“ bezeichnet wird zusammen (vgl. ebd.). In Österreich ist diese Gruppe seit 1865 (zumindest in Wien) vereinsmäßig organisiert. In Wien und Umgebung gibt es verschiedene aktive Gehörlosensvereine⁷:

⁶ Vom Österreichischen Gehörlosenbund wurde zum ersten Mal 2004 ein Diskriminierungsbericht der Österreichischen Gebärdensprachgemeinschaft herausgegeben. Ein zweiter Bericht folgte im Jahr darauf. In diesen Berichten wurden verschiedene, wahre und diskriminierende Geschichten aus dem Alltag von Gehörlosen gesammelt und veröffentlicht. Die Berichte sind beim ÖGLB erhältlich bzw. im WWW unter URL: <http://www.oeglb.at> nachzulesen.

⁷ Adressen bzw. Homepages zu den Vereinen befinden sich im Anhang.

Wien:

- Österreichischer Gehörlosenbund
- WITAF

Niederösterreich:

- Landesverband Niederösterreich der Gehörlosenvereine
- St. Pöltener Gehörlosenverein
- Weinviertler Gehörlosenverein
- Waldviertler Gehörlosenverein

Steiermark:

- Steirischer Landesverband der Gehörlosenvereine im Österreichischen Gehörlosenbund
- Gehörlosen Kulturverein Hartberg
- Steirischer Gehörlosen Sport- & Kulturverein 1932
- Obersteirischer Gehörlosenverein
- Judenburger Gehörlosen Kulturverein

Auch international sind Gehörlosenvereine eng miteinander vernetzt. Es gibt oft Weltkongresse und viele Gehörlose reisen auch sehr weit, um an diesen teilzunehmen bzw. um andere Gehörlose zu treffen. Diese Gehörlosentreffen sind sozusagen ein Teil ihrer Kultur (vgl. KRAUSNEKER 2005).

Besonders auffallend sind die Verhaltensweisen und Regeln unter gehörlosen Menschen. Ein wichtiger Aspekt ist der vermehrte Körperkontakt zwischen ihnen. Sie berühren einander mehr als es Hörende gewohnt sind. Sowohl der Beginn als auch das Ende einer Unterhaltung bzw. die Erlangung von Aufmerksamkeit geschieht durch Berührungen. Gehörlose sehen sich grundsätzlich immer in die Augen wenn sie sich unterhalten. Wenn ein Kommunikationspartner während der Unterhaltung abrupt wegsieht oder sich abwendet, so wird das als unhöflich erachtet. Besonders intensiv und langwierig sind die Verabschiedungen bei Gehörlosen. Sie umarmen sich immer wieder und liegen sich sozusagen in den Armen. Sie haben ein sehr ausgeprägtes Gemeinschaftsgefühl (vgl. ebd.). „Gegenseitige Hilfe und wechselseitige Beziehungen genießen einen hohen Stellenwert“ (ebd.). Gehörlose sehen ihre Gemeinschaft als Familie und in der Gehörlosenkultur gibt es eine ganz besondere

Neigung zu Gruppenentscheidungen (vgl. ebd. 2001). Ein wichtiger Faktor warum Gehörlose sich in Gruppen zusammenschließen mag einerseits der Wunsch nach Kommunikation mit Gleichgesinnten sein, andererseits auch ihre schwierige Lage in unserer Gesellschaft. Diese geht davon aus, dass behinderte Menschen genauso sein wollen, wie nicht behinderte. Das bedeutet, es wird automatisch angenommen, dass gehörlose Menschen hören möchten und so versucht die Gesellschaft vorzubeugen und zu ändern. Ärzte versuchen den Ausbruch von Krankheiten zu verhindern und Lehrer versuchen den hörgeschädigten Kindern „normale“ lautsprachliche Schulmodelle anzubieten (vgl. STALZER 2001). Daraus ergibt sich, dass die Österreichische Gebärdensprache in den Schulen ausgeschlossen wird und nur Lautsprache gelehrt wird. Das führt wiederum dazu, dass „[...] viele gehörlose ÖsterreicherInnen Schriftsprache unzureichend beherrschen und/oder aufgrund der Vermeidung schriftsprachlicher Eigenaktivität nicht in der Lage sind, Schriftsprache für sich im Alltag zu nutzen“ (KRAUSNEKER 2005). Diese und weitere Beispiele sind in Österreich leider der Regelfall und führen dazu, dass Gehörlose weiterhin diskriminiert werden.

1.7 Exkurs: Cochlea Implantat

Seit einigen Jahren gibt es in Österreich ein flächendeckendes Neugeborenenhörscreening. Es kann somit in den ersten Lebenstagen des Säuglings festgestellt werden, ob eine Hörschädigung vorliegt. In der Regel wird das Kind zunächst mit Hörgeräten versorgt. Wenn es dadurch zu keiner entsprechenden Hör- und Sprachentwicklung kommt, so wird zumeist innerhalb des ersten Lebensjahres von den MedizinerInnen zu einem Cochlea⁸ Implantat (kurz CI) geraten (vgl. ECKMAYR 2006).

Das Cochlea Implantat ist ein „[...] elektronisches Gerät, das entwickelt wurde, um Geräusche und Sprache für Menschen hörbar zu machen, deren Hörvermögen verringert/verloren ist oder nie vorhanden war“ (ÖGLB 2006, 1).

Diese technische Hörhilfe wird seit den 70er Jahren ertaubten und gehörlosen Menschen operativ eingesetzt (vgl. LEONHARDT 2002, 137). „Während Ende der 1970er Jahre Cochlear-Implante in erster Linie das Erkennen und Differenzieren von Umweltgeräuschen ermöglichte, ist heute für viele Patienten ein früher kaum für möglich gehaltenes, offenes

⁸ „Cochlea“ stammt aus dem Lateinischen und meint die Gehörschnecke. Daher der Name des Implantates: Cochlea Implantat (vgl. ÖGLB 2004, 21).

Sprachverständnis Realität geworden“ (MÜLLER 2002, 793). Das CI bietet tauben oder hochgradig schwerhörigen Menschen die bestmögliche technische Hilfe. Es ermöglicht, dass diese Personen zum Hören kommen und so die Lautsprache erwerben können. Jedoch ist die Voraussetzung dafür, dass der Hörnerv funktionsfähig ist (vgl. SZAGUN 2001, 65) und die Hirnzentren in denen die Geräusche verarbeitet werden, müssen funktionieren (vgl. ÖGLB 2006, 2).

Weltweit gibt es drei führende Cochlea Implantat Firmen: Cochlea Limited⁹ aus Australien, Med-el¹⁰ aus Österreich und Advanced Bionics¹¹ aus den USA. Die in Österreich führende Marke ist Med-el, Advanced Bionics hingegen wird kaum verwendet. Die Produkte der verschiedenen Firmen unterscheiden sich in der Funktionsweise und auch im Aussehen der externen Bestandteile (vgl. ebd., 2).

In Österreich werden Implantationen¹² in Salzburg, Wien und Innsbruck durchgeführt.

1.7.1 Aufbau des Cochlea Implantates

Das Cochlea Implantat besteht aus zwei Teilen, einem inneren und einem äußeren. Der äußere Teil besteht aus einem Sprachprozessor (1) und aus der Sendespule, die mittels Magneten am Kopf (genau über dem Implantat) angebracht sind. Der innere Teil des Cochlea Implantats besteht aus dem Implantat (2) und den Elektrodenbündeln (3), die sich direkt im Hörnerv (4) befinden.

Die Umweltgeräusche werden vom Prozessor als Schallwellen aufgenommen, in Signale umgewandelt und an das Implantat gesendet. Hier wird das Signal empfangen und wiederum umgewandelt und die Impulse werden an den Elektrodenträger – der direkt in der Hörschnecke, am Ende des Hörnervs – geleitet. Dadurch entsteht eine Stimulation des Hörnervs und seiner Hörfasern in der Cochlea und somit im Gehirn ein Höreindruck (vgl. <http://www.cochlear.de/products/442.asp> [12.3.2008]).

⁹ Weitere Informationen zu Cochlear Limited im WWW unter URL <http://www.cochlear.com/>.

¹⁰ Weitere Informationen zu Med-el im WWW unter URL http://www.medel.com/index_int.php.

¹¹ Weitere Informationen zu Advanced Bionics im WWW unter URL <http://www.advancedbionics.com/>.

¹² Weitere Informationen und genauere Details zur Cochlea Implantation sind in einem eigenen Wiener Landesgesetz, im CI Gesetz geregelt (vgl. <http://www.univie.ac.at/cochlear/> [8.4.2008]).

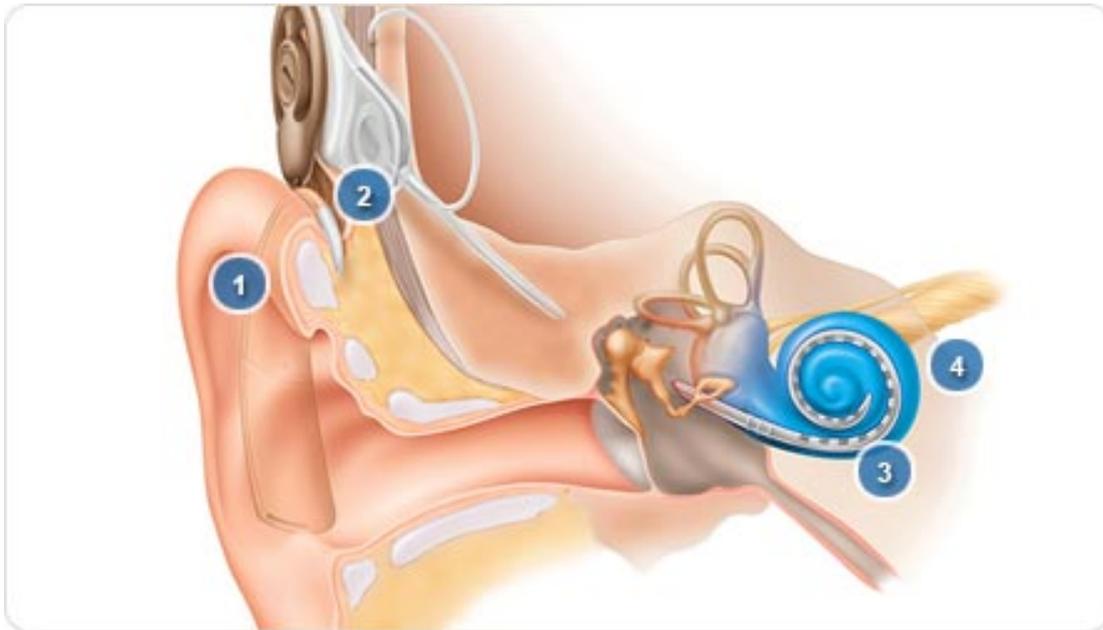


Abbildung 2: Cochlea Implantat und seine Bestandteile

1.7.2 Voraussetzungen

Erst wenn mit den bestmöglich angepassten Hörgeräten keine Hörleistung erzielt werden kann, wird die Implantation der Hörprothese angestrebt (vgl. <http://www.univie.ac.at/cochlear/> [8.4.2008]). Um ein CI sinnvoll implantieren zu können sind verschiedene (u. a. körperliche) Voraussetzungen nötig.

Der Hörnerv muss intakt sein, sowie funktionsfähige Hirnzentren sind unerlässlich, damit Geräusche verarbeitet werden können. Nach verschiedenen Versuchen weiß man heute, dass zwei Zielgruppen von der Cochlea Implantation profitieren (vgl. ÖGLB 2006, 3):

- Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die postlingual ertaubt sind. Diese konnten also bereits hören und ertaubten nach dem Spracherwerb.
- Die zweite Zielgruppe, mit der sich insbesondere die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt, sind gehörlos geborene Säuglinge und Kleinkinder, die noch keinen Spracherwerb verzeichnen können.

Das Cochlea Implantat befähigt betroffene Kinder und postlingual ertaubte Erwachsene durch die technische Hörhilfe zu einer gesprochenen Sprache zu gelangen. „Den Betroffenen ermöglichen CI's die Rückkehr in die Gemeinschaft der Hörenden und taubgeborene Kinder können mit einem Cochlear-Implant Sprache auf kindgemäße Weise erlernen, in-

dem sie diese hören und nachahmen“ (MÜLLER 2002, 793). Auch wenn dies die bestmögliche Hörhilfe bietet, muss man davon ausgehen, dass ein tatsächlicher Hörerfolg nicht vorhersehbar ist bzw. man nicht genau sagen kann, wie gut das Implantat bei jedem einzelnen Betroffenen wirkt. Man nimmt jedoch an, dass die Aufnahme über den auditiven Kanal reduziert ist und die Hörfähigkeit der Kinder mit jenem von leicht- bis mittelgradig hörgeschädigten Kindern zu vergleichen sind (vgl. SZAGUN 2001, 65).

Neben den medizinischen Voraussetzungen ist die Kooperationsbereitschaft der Betroffenen (u.a. der Eltern) von großer Wichtigkeit, da eine Operation intensive Nachbetreuung mit sich bringt (vgl. <http://www.univie.ac.at/cochlear/> [8.4.2008]).

1.7.3 Risiken

Da es sich bei der Implantation um einen chirurgischen Eingriff handelt, können gewisse Risiken und Komplikationen nicht ausgeschlossen werden. Die Operation findet unter Vollnarkose statt und dauert rund zwei Stunden (vgl. <http://www.univie.ac.at/cochlear/> [8.4.2008]).

Die amerikanische Aufsichtsbehörde für Nahrung- und Arzneimittel FDA¹³ hat im Jahr 2004 ausführliche Informationen über das CI veröffentlicht. Unter anderem sind auch die Risiken, die während und nach einer Implantation zu befürchten sind aufgelistet. Da während der Operation Bakterien in die Gehirnhaut dringen können, entsteht bei Patienten mit CI ein erhöhtes Risiko einer Gehirnhautentzündung (Meningitis). In Ausnahmefällen kann die Verletzung des Gesichtsnervs zu dauerhaften Schädigungen bzw. Lähmungen einer Gesichtshälfte führen. Die detaillierte Aufstellung der Risiken sind auf der Homepage¹⁴ der FDA veröffentlicht. Eine deutschsprachige Zusammenfassung kann man auf der deutschen Homepage für Spätertaubte¹⁵ nachlesen.

Neben den Risiken eines chirurgischen Eingriffs gibt es wichtige Aspekte, die im Umgang mit einem Cochlea Implantat zu beachten sind. Besonders der externe Bestandteil des Imp-

¹³ FDA ist die Abkürzung für Food and Drug Administration (vgl. ÖGLB 2006, 3).

¹⁴ Die Homepage der FDA ist im WWW unter dem URL: <http://www.fda.gov/cdrh/cochlear/riskbenefit.html> zu finden.

¹⁵ Die Homepage der Gemeinschaft für Spätertaubte ist im WWW unter dem URL: <http://www.spaetertaubt.de/cifda.htm> zu finden.

lantats ist sehr empfindlich und darf nicht nass oder beschädigt werden, daher muss es beim Schwimmen, Duschen bzw. bei verschiedenen sportlichen Aktivitäten entfernt werden. Weiters muss bedacht werden, dass verschiedene medizinische Untersuchungen bzw. Therapien nicht mehr möglich sind, wie beispielsweise Magnetresonanztomographie, elektronische Chirurgie und Therapien mit ionisierenden Strahlungen.

Es muss im Vorfeld abgeklärt werden, dass ein CI-Träger möglicherweise seine Lebensgewohnheiten ändern muss, bzw. ein Kleinkind in veränderter Weise erzogen werden muss und das Implantat das Leben beeinflussen wird (vgl. ÖGLB 2006, 3f).

Jedoch sind mit der Implantation nicht nur medizinische Risiken verbunden, ein wichtiger Faktor ist des weiteren die Tatsache, dass Eltern von betroffenen Kindern sehr große Erwartungen an das CI stellen. Für sie liegt alle Hoffnung in der Operation. Tatsächlich muss die Implantation wohl überlegt sein und alle wichtigen Informationen mit einbezogen werden (vgl. ÖGLB 2004a, 24). Man kann im Vorhinein nie wirklich sagen, wie gut die Reizung der Hörnerven durch das CI erfolgt. „Ob, wie gut und wie viel jemand mit CI hört, ist individuell unterschiedlich [...]. Ebenso ist es individuell sehr verschieden, wie sehr die Höreindrücke als hilfreich empfunden und für die Kommunikation verwendet werden können“ (ÖGLB 2006, 3).

Besonders im Hinblick auf pädagogische Interventionen muss festgehalten werden, dass ein gehörlos bzw. schwerhörig geborenes Kind auch mit dem Cochlea-Implantat ein gehörloses bzw. schwerhöriges Kind bleibt. Denn sobald das CI ausfällt, kaputt wird oder keine Batterie hat, so ist der Träger gehörlos (vgl. ÖGLB 2004a, 21).

1.7.4 Anpassung und Nachsorge

Nach der Operation bleibt der Patient durchschnittlich drei bis fünf Tage in der Klinik und wird dann in häusliche Pflege entlassen. Etwa drei Wochen nach der Implantation erfolgt das so genannte Fitting und somit die ersten Höreindrücke. Da sich das Gehirn erst an die neuen bzw. ungewöhnlichen Reize gewöhnen muss, bedarf es einer intensiven logopädischen Therapie und eines aufwendigen Trainings. Diese erfolgen zu Beginn mehrmals wöchentlich, „[...] dann wöchentlich, monatlich und schließlich nur mehr sporadisch“ (vgl. <http://www.univie.ac.at/cochlear/> [8.4.2008]). Um das Ohr bzw. das Gehirn langsam an die Umweltgeräusche zu gewöhnen, wird das Gerät lauter geschaltet. Weiters wird in be-

stimmten Zeitabständen (viermal im Jahr, in der die Operation vollzogen wurde und danach jährlich) ein audiologischer Test durchgeführt (vgl. ebd.). Dies ist wichtig „[...] einerseits um den Verlauf zu dokumentieren und eventuell notwendige verbesserte Einstellungen des Implantats durchzuführen und andererseits sind die Ergebnisse von wissenschaftlichem Wert um ständige Verbesserungen an der Gerätetechnik und Programmierung durchführen zu können, was nur über das Patientenfeedback und objektive Messergebnisse möglich ist“ (ebd.).

1.7.5 Zeitpunkt der Implantation

Viele Ärzte sind der Meinung, dass es sehr wichtig ist, ein Baby möglichst früh mit einem Cochlea Implantat zu versorgen, möglichst im ersten Lebensjahr, in der so genannten sensiblen Phase¹⁶ (vgl. ECKMAYR 2006). Die Angehörigen der Gehörlosengemeinschaft bzw. der Gehörlosenkultur wollen Eltern nicht unter Druck setzen und vertreten die Meinung, dass eine Implantation bis zum vierten Lebensjahr noch sinnvoll erscheint (vgl. ÖGLB 2004a, 23).

Mittlerweile ist es umstritten, dass eine CI-Versorgung vor dem 2. Lebensjahr Vorteile für die Hör- und Sprachentwicklung hat (vgl. ECKMAYR 2006). Der Studie von GISELA SZAGUN (vgl. 2001, 264f) zu folge ist ein natürlicher Spracherwerb möglich, wenn das Kind vor dem 4. Lebensjahr implantiert wird. Der sprachliche Erfolg hängt nicht nur vom Alter der Implantation sondern von verschiedenen Faktoren ab. Unter anderen können die Art und der Grad der Hörschädigung sowie das Training und die Rehabilitation für den Hörerfolg ausschlaggebend sein. Außerdem können beeinflussende Faktoren, wie der Status der Cochlea oder andere medizinische Faktoren, den Hörstatus beeinträchtigen (vgl. ÖGLB 2006, 3).

Zusammengefasst muss man an dieser Stelle festhalten, dass das Cochlea Implantat die bestmögliche Hilfe für hörgeschädigte Menschen bietet. Es ermöglicht gehörlos geborenen Kindern und postlingual ertaubten Personen zum Hören zu kommen und Lautsprache zu

¹⁶ Die sensible Phase bezeichnet eine „bestimmte Zeitspanne während der Entwicklung, in der der Organismus eine erhöhte Sensibilität gegenüber einer bestimmten Art von Erfahrung hat und das damit verbundene Verhalten relativ schnell lernt. „[...] Für die Sprache wird eine sensible Phase angenommen“ (SZAGUN 2001, 50).

erwerben. Jedoch gibt es für eine Operation verschiedene Voraussetzungen und es muss bedacht werden, dass mit der Implantation Risiken verbunden sind. Ob und wie gut jemand nach einer Implantation hört ist individuell verschieden. Eine Hörfähigkeit, wie es normal hörende Menschen gewohnt sind, ist nicht vorhersagbar.

1.8 Resümee

Das vorangegangene Kapitel befasste sich mit dem Themenkomplex der Gehörlosigkeit. Zu Beginn wurden die verschiedenen Termini in Verbindung von Hörschädigung beschrieben. Im Bereich der **Hörschädigung** muss zwischen den Termini **Gehörlosigkeit** und **Schwerhörigkeit** unterschieden werden, da es im Bereich der Pädagogik besonders relevant für die verschiedenen Interventionen und Betreuungsmöglichkeiten ist. Bei schwerhörigen Personen ist das Hörorgan zwar beeinträchtigt, jedoch kann die Lautsprache mit Hilfe von Hörhilfen aufgenommen werden und selbst gesprochen werden. Die Schwerhörigkeit lässt sich je nach Ausprägung des Verlustes des Hörvermögens in Schweregrade einteilen. Hingegen ist bei der Gehörlosigkeit die Beeinträchtigung des Gehörs so massiv, dass sich die Lautsprache auch mittels Hörhilfen nicht natürlich auf auditivem Weg entwickeln lässt.

Des Weiteren wurden die Geschichte, die Häufigkeit, die Ursachen und die Diagnose der Gehörlosigkeit dargestellt. Außerdem wurde die Gehörlosenkultur – insbesondere die Situation der Gehörlosen in Österreich – beschrieben. In Österreich sind rund 9.000 Menschen gehörlos und organisieren sich in verschiedenen Vereinen. Sie haben ein ganz besonderes Gemeinschaftsgefühl und sehen andere Gehörlose als ihre Familie an.

In einem weiteren Schritt wurde das Cochlea Implantat erörtert. In der Medizin wurde diese Hörhilfe entwickelt, um gehörlosen Menschen einen Zugang zur Welt der Hörenden zu ermöglichen. Mediziner raten Eltern von gehörlos geborenen Kindern sofort zu diesem Implantat. Das CI hat einige Diskussionen zwischen Medizin und Gehörlosenkultur entfacht. Auf der einen Seite steht die Medizin, die das Implantat anpreist und auf jegliche Gebärdensprachförderung verzichten möchte. Auf der anderen Seite steht die Gehörlosenkultur, die die Gehörlosigkeit als Lebensgefühl ansieht. Da gehörlose Kinder (trotz des CI) gehörlos bleiben, so wäre eine bilinguale (sowohl Gebärdensprache als auch Lautsprache) Förderung wünschenswert. Cochlea Implantat und Gebärdensprache sollten einander nicht ausschließen.

2 DIE SITUATION VON HÖRENDEN ELTERN AUF DIE GEBURT IHRES HÖRGESCHÄDIGTEN KINDES

Im Folgenden soll ein kurzer Einblick auf die Situation von Eltern, die ein hörgeschädigtes Kind zur Welt bringen, gewährt werden. Die psychosoziale Situation der Eltern sowie der Prozess der Krisenverarbeitung anhand des Spiralphasenmodells von SCHUCHARDT sollen kurz erläutert werden.

Die meisten Eltern haben in der Schwangerschaft bereits gewisse Vorstellungen und auch Hoffnungen, wie ihr Neugeborenes werden soll oder welche Eigenschaften es haben wird. „Die Bilder des künftigen Kindes, die im Bewusstsein der Mutter aufsteigen, sind das Produkt ihres gesamten Phantasiegeschehens“ (CHILAND, 1986, 123). Die Mutter hat gewisse Erwartungen und Hoffnungen an ihr zukünftiges Kind. Die Zeit der Schwangerschaft ist sozusagen eine Zeit der Hoffnung und Ungewissheit (vgl. DIEM-WILLE 2003, 48).

Die Geburt ist für die Mutter ein radikaler Wechsel. Zum einen ist es ein „[...] Verlust des vertrauten Zusammenseins. Gleichzeitig wird die Geburt [...] ersehnt [...]“ (DIEM-WILLE 2003, 49). Für die Eltern stellt die Geburt eines Kindes eine besondere Situation dar. Zweifelsohne ist die Diagnose der Hörbehinderung ein kritisches Lebensereignis und stellt eine massive Veränderung des bisherigen Lebens dar (vgl. HINTERMAIR & HORSCH 1998, 3). Von nun an ist die Welt der Eltern nicht mehr so, wie sie einmal war. Das Bild ihres imaginären Kindes stimmt nun nicht mehr. Oft bleibt ein „[...] Gefühl der dauernden Verletzung zurück“ (BERTRAM 2004, 217) und die Betroffenen befinden sich in einer Lebenskrise (vgl. ebd.).

2.1 Psychosoziale Situation von Eltern hörgeschädigter Kinder

Die Geburt eines hörgeschädigten Kindes ist für die betroffenen Eltern ohne Zweifel ein kritisches Lebensereignis (vgl. HINTERMAIR & HORSCH 1998, 27). Wenn man die Situation von hörenden Eltern, die ein hörgeschädigtes Kind bekommen, betrachtet, so lassen sich nach HINTERMAIR (vgl. 2005, 69ff) zwei Bereiche festmachen, die für die Eltern von besonderer Bedeutung sind. Betroffene Eltern sehen sich mit verschiedenen Veränderungen konfrontiert, zum einen mit ihrer **veränderten Lebenssituation** und zum anderen mit einer einhergehenden **Veränderung der Beziehungssituation**.

Die Diagnose stellt in der Lebenswelt der Eltern qualitative Veränderungen dar, welche von emotionaler Beteiligung geprägt sind und mit einem Ungleichgewicht in der Lebenswelt der Eltern einhergehen (vgl. HINTERMAIR & HORSCH 1998, 26f). Diese veränderte Situation verlangt nun nach neuen Antworten, um zu einem neuen Gleichgewicht zu finden. Die Verarbeitung der Behinderung ist zum Teil ein sehr emotionaler und innerpsychischer Prozess. Mit der Hörschädigung ist jedoch weit mehr verbunden als nur die emotionale Verarbeitung der Diagnose. Des Weiteren hängt sie auch von den sozialen Reaktionen der Umwelt ab.

Es ist ein Einschnitt in den gesamten Lebensvollzug, die Welt ändert sich von einem Tag auf den nächsten: Die Eltern müssen ihre Situation neu ordnen, die Zukunft der Familie ist unsicher. Oft verhält sich das familiäre und außerfamiliäre Umfeld in ungewohnter Weise, was die Eltern zusätzlich belastet (vgl. HINTERMAIR 2005, 69f). „Die Hörschädigung des Kindes greift tief in alle Lebensvollzüge des Alltags ein und wird zum zentralen Dreh- und Angelpunkt der eigenen Identitätsarbeit“ (ebd., 70).

Mit der Diagnose gehen auch Veränderungen der Beziehungssituation einher. Da hörende Eltern¹⁷ kaum Vorerfahrungen in Sachen Hörschädigung haben, sehen diese oft durch die sprachlich-kommunikative Entwicklung die Beziehung zum Kind gefährdet (vgl. HINTERMAIR 2005, 71f). Für die Eltern ist das Gefühl der kommunikativen Behinderung sehr belastend und kann, wenn keine Maßnahmen gesetzt werden, für die Entwicklung einer normalen und emotionalen Bindung störend sein (vgl. JAKONIUK-DIALLO 2004, 111). Um den Eltern jedoch zu zeigen, dass dieses so genannte kritische Lebensereignis mit verschiedenen Ressourcen bewältigt werden kann, ist frühe Intervention besonders wichtig (vgl. HINTERMAIR 2005, 71f). „Frühe Diagnostik und Intervention scheinen demnach die beste Prävention gegen Stress und Belastung von Eltern hörgeschädigter Kinder zu sein“ (ebd. 205, 72). Der frühen Förderung und Hilfe der Familie kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu.

¹⁷ Rund 90 Prozent der Eltern von hörgeschädigten/gehörlosen Kindern sind hörend und haben zumeist kaum Vorerfahrungen mit dem Thema „Hörschädigung“. Sie sind unerfahren und besonders schockiert über die Diagnose (vgl. HINTERMAIR 2005, 69).

2.2 Prozess der Krisenverarbeitung anhand der Spiralphasen nach Schuchardt

Die Diagnose der Hörschädigung ist zumeist sehr überraschend und löst verschiedene Reaktionen bei den Eltern aus. Der komplexe und dynamische Prozess der Auseinandersetzung mit der Behinderung des Kindes wird von den meisten Autoren als Phasenmodell beschrieben. SCHUCHARDT (vgl. 1980, 94ff) ersetzt jedoch den Begriff der Phase durch die Spiralphase. Im Gegensatz zum Phasenmodell, das durch Begrenzungen abgeschlossen ist, bringt die Spiralphase die Unabgeschlossenheit zum Ausdruck. Diese Spiralphase ist davon gekennzeichnet, dass sich jede dieser acht Spiralphasen wiederholen lässt, sowohl nach oben als auch nach unten hin. SCHUCHARDT (1980, 95) beschreibt den Lernprozess der Krisenverarbeitung wie folgt: „Der Lernprozeß innerhalb jeder Spiralphase, jedes Spiralinges ist einerseits wiederholbar und durch unterschiedliche situative Auslöser neu initiiert, andererseits kann er entsprechend der Lernzieloperationalisierung beim Betroffenen fortschreitend zu höheren Lernerleben führen, im kognitiven Bereich zur anwachsenden Komplexität, im affektiven Bereich zur graduell höheren Internalisierung“. Die Abfolge der einzelnen Ringe der Spiralphase kann durch spezifische Bedingungsfaktoren aus der individuellen Lebenswelt der eingeschliffenen Lerngeschichte, der verfestigten Gesellschaftsposition und durch Krisenintervention verändert werden. Diese Spirale ist von 3 Stadien gekennzeichnet:

- Das **Eingangsstadium I** ist ein Erkennungsprozess zwischen Ungewissheit (1) und Gewissheit (2) und primär kognitiv fremd gesteuert.
- Das **Durchgangsstadium II** ist gekennzeichnet durch die Spiralphasen Aggression (3), Verhandlung (4) und Depression (5). SCHUCHARDT (ebd., 94ff) bezeichnet sie als primär emotional ungesteuerte Dimension.
- Das **Zielstadium III** wird durch die Spiralphasen Annahme (6), Aktivität (7) und Solidarität (8) bestimmt. Dieses Stadium ist die primär aktionale selbstgesteuerte Dimension.

Spiralphase 1: Ungewissheit

Die Nachricht der Behinderung des Kindes löst bei den Eltern eine Krise aus. Die Betroffenen stehen unter Schock und befinden sich in panischer Angst vor dem Unbekannten. Sie versuchen alles, um den Krisenauslöser zu verdrängen. Die Phase geht mit 3 typischen Merkmalen einher, welche naturgemäß sowohl einander ablösen als auch nebeneinander

existieren können und von unterschiedlich langer Dauer sein können. Das unbefangene „Noch-nicht-Wissen“ verschafft sich Raum als Unwissenheit. Diese muss jedoch angesichts unübersehbarer Fakten weichen. An die Stelle der Unwissenheit kommt das Gefühl der Unsicherheit. Es gibt nun keinen Zweifel an der Beeinträchtigung des Kindes. Es braucht viel Zeit, um die Realität akzeptieren zu können. An die Stelle der Unwissenheit und den damit verbundenen Ängsten tritt die Unannehmbarkeit ein, in der vermehrt versucht wird, die drohende Gewissheit abzuwehren.

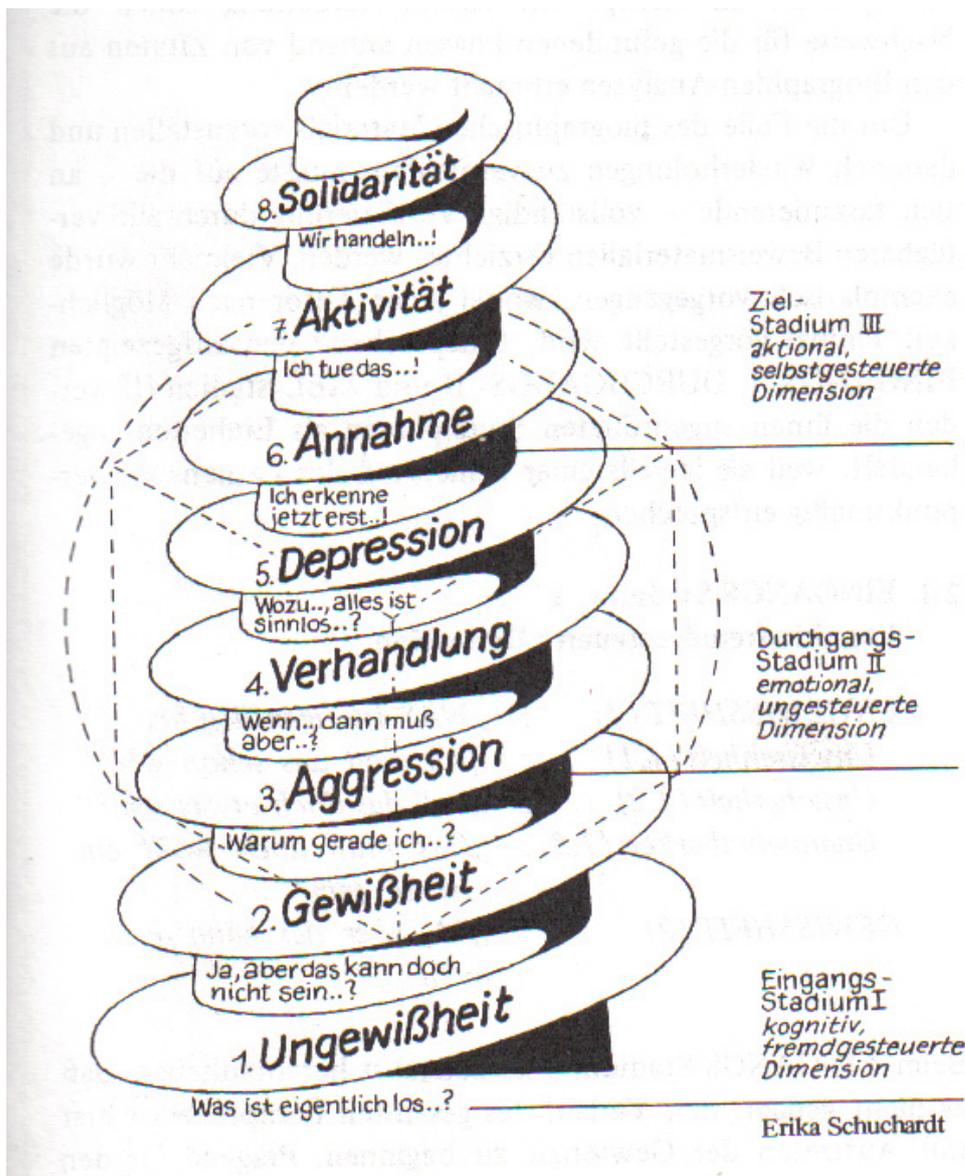


Abbildung 3: Krisenverarbeitung als Lernprozess in acht Spiralphasen nach Schuchardt

Spiralphase 2: Gewissheit

Die Betroffenen sind prinzipiell bereit die Wahrheit zu erkennen, aber emotional leben sie weiterhin faktisch von der Hoffnung, dass sich die Diagnose und die damit verbundenen

Fakten „[...] als unrichtig, irrtümlich herausstellen werden. Diese Ambivalenz zwischen verstandesmäßigem Ja und gefühlsmäßigem Nein ist das Bestimmungsmerkmal [...]“ (SCHUCHARDT 1980, 101) dieser Phase.

Spiralphase 3: Aggression

Es folgt eine primär emotionale und ungesteuerte Phase der Gefühlsausbrüche. Egal wohin der Betroffene auch blickt, er findet überall Anlass zum Protest und richtet seine Aggressionen gegen alles und nichts.

Spiralphase 4: Verhandlung

Unter persönlichem Einsatz höchster, oft kostenintensiver Vorhaben wird alles versucht, um die Endgültigkeit der Diagnose zu verhandeln. Zudem werden wahllos Ärzte und Heiler konsultiert sowie „Wunderwege“ beschritten.

Spiralphase 5: Depression

Es wird nun nicht mehr versucht zu verhandeln, sondern die Beeinträchtigung sowohl rational als auch emotional erkannt. Die betroffenen Eltern erleben ihr Versagen, sind hoffnungslos deprimiert und verfallen in eine Ausweglosigkeit, Verzweiflung und Resignation.

Spiralphase 6: Annahme

Die Betroffenen befinden sich in einem Zustand der Grenzsituation, sie lösen sich von den Leugnungen, Aggressionen, Verhandlungen und Depressionen. Eine Fülle von Wahrnehmungen und Erkenntnissen bricht über sie herein. Der Wille mit der Krise zu leben und weiter zu machen ist geweckt. „Annahme ist weder zustimmende Zustimmung noch bejahende Bejahung“ (ebd., 107). Es ist ein Lernen, die Krise bzw. das Unvermeidliche anzunehmen.

Spiralphase 7: Aktivität

Die Annahme der neuen Situation setzt Kräfte frei, die den Betroffenen neue Dimensionen öffnen. „Es wird erkannt, daß es ja nicht entscheidend ist, was man hat, sondern was man aus dem, was man hat, gestaltet“ (ebd., 108). Der Blickwinkel ändert sich und somit das Handeln, Denken und die Realität der Betroffenen.

Spiralphase 8: Solidarität

Aus den vorangegangenen Spiralphasen erwächst irgendwann der Wunsch selbst gesellschaftlich verantwortlich zu handeln. „Wir wollen handeln“ ist der Ausdruck „[...] einer erfolgreichen Krisenverarbeitung, einer angemessenen sozialen Integration“ (ebd., 109).

Die Spirale lebt aus sich wiederholenden und überlagernden Spiralringen und veranschaulicht sogleich die Unabgeschlossenheit und Überlagerung solcher Spiralphasen. Das heißt für die Krisenverarbeitung: „[...] einerseits bleibt der Lernprozeß lebenslang durch situative Interaktion unabgeschlossen, andererseits führt er [...] beim Betroffenen zu immer höheren Lernebenen [...]“ (SCHUCHARDT 1980, 112).

Krisenverarbeitung ist nicht nur ein intrapsychischer Prozess sondern auch das Zusammenspiel von handlungsorientierten Interaktionen. Für die Verarbeitung von Krisenerlebnissen ist pädagogisches Handeln im Zuge von Krisenintervention und Krisenprävention von besonderer Bedeutung (vgl. ebd., 112).

2.3 Resümee

Das vorangegangene Kapitel beschäftigte sich mit der Situation der Eltern, die ein hörgeschädigtes Kind zur Welt bringen. Zunächst wurde die psychosoziale Situation der Eltern beschrieben. Die Geburt ist für die Eltern eine neue Situation, die Familie wächst und man muss sich um ein Baby kümmern und sorgen. Die Diagnose einer Hörschädigung des Kindes ist nun ein enormer Einschnitt in die Lebenswelt der Eltern, sozusagen ein kritisches Lebensereignis. Betroffene Eltern sehen sich mit verschiedenen Veränderungen konfrontiert, besonders mit der einhergehenden veränderten Lebenssituation und der veränderten Beziehungssituation.

Weiters wurde der Prozess der Krisenverarbeitung anhand von Spiralphasen nach SCHUCHARDT erläutert. Sie beschreibt die Krisenverarbeitung als Lernprozess in acht Spiralphasen, diese sind von Wiederholbarkeit und Unabgeschlossenheit gekennzeichnet. Wichtig bei der Krisenverarbeitung ist pädagogische Begleitung und Intervention, auf welche im folgenden Kapitel eingegangen wird.

3 FRÜHFÖRDERUNG

Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich mit dem Thema der Frühförderung. Einleitend soll kurz aufgezeigt werden, was unter Frühförderung zu verstehen ist und welche Ziele sie verfolgt. Im weiteren Verlauf werden die Prinzipien der Frühförderung (insbesondere im Hinblick auf das Wiener Modell) veranschaulicht. Ebenso soll konkret auf die Frühförderung bei hörgeschädigten Kindern, speziell auf die Interventionsmöglichkeiten in Österreich, eingegangen werden. Hierbei wird ein besonderer Blick auf die östlichen Bundesländer gelegt: auf das Burgenland, Niederösterreich, die Steiermark und auf Wien. Schlussendlich wird in einem Exkurs auf eine spezielle Förderung, die Audipädagogik, eingegangen. Diese kann besonders bei hörgeschädigten Kindern mit technischen Hörhilfen, wie dem CI, eine große Hilfe beim Spracherwerb sein.

3.1 *Begriffsdefinition*

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel erwähnt, ist für die Krisenbewältigung eine frühe Hilfe für die betroffenen Familien besonders wichtig. Für Familien mit einem beeinträchtigten Kind ergeben sich in vielen Alltagssituationen und Lebensbereichen besondere Situationen (vgl. <http://www.wiso.or.at/foebe/mob.php> [19.3.2008]). Die Frühförderung bietet Familien mit hörbeeinträchtigten Kindern die Hilfe an, die am ehesten dazu beiträgt, dass das Kind sich bestmöglichst entwickelt, seine Kompetenzen entfalten und sich in die Lebenswelt integrieren kann. Das Angebot der Frühförderung richtet sich an behinderte Kinder bzw. Kinder, die „von einer Behinderung bedroht“ sind und deren Eltern (vgl. THURMAIR & NAGGL 2003, 13ff). „Unter Frühförderung verstehen wir einen Komplex medizinischer, pädagogischer, psychologischer und sozialrehabilitativer Hilfen, die darauf gerichtet sind, die Entwicklung eines Kindes und sein Leben-Lernen in seiner Lebenswelt in den ersten Lebensjahren unterstützend zu begleiten, wenn diesbezüglich Auffälligkeiten oder Gefährdungen vorliegen“ (SPECK 1996, 15f). Diese Hilfen sind nicht als direktive Eingriffe gedacht, sondern als Hilfe zur Selbsthilfe für die Eltern und das Kind zu sehen (vgl. ebd., 16). SPECK (vgl. 1996, 16) hebt hervor, dass im Sinne einer wirklichen Starthilfe angestrebt wird, möglichst frühzeitig mit Kind und Eltern in Beziehung zu treten, um die Familie so vor sozialer Isolierung zu bewahren.

In der Arbeit mit behinderten Kindern muss zwischen zwei Formen von Frühförderung unterschieden werden: Die meisten Frühförderstellen bieten ihren Klienten sowohl **mobile**

als auch **ambulante Frühförderung** an. Die Möglichkeiten über den Ort der Förderung zu entscheiden wird meist gemeinsam zwischen Frühförderin¹⁸ und den betroffenen Eltern entschieden. Im Folgenden werden die beiden Arten der Frühförderung dargestellt (vgl. THURMAIR & NAGGL 2003, 143ff):

- **Mobile Frühförderung** ist besonders in Hinblick auf die Familiennähe und der Lebensweltorientierung von großer Bedeutung. Sie fügt sich in die altersgebundene Erweiterung der Lebenskreise eines Kindes ein. „[...] seine Entwicklung beginnt im eigenen Kreis der Familie, Spielkameraden kommen hinzu, auch in fremden Umgebungen wie dem Spielplatz, bei Verwandten oder Freunden, in Mutter-Kind-Gruppen [...]“ (ebd. 210). Außerdem müssen die Eltern keine langen Anfahrtswege in Kauf nehmen, da die Frühförderin direkt in die häusliche Umgebung kommt.
- **Ambulante Frühförderstellen** sind Institutionen, die Familien mit behinderten Kindern ihre Angebote in öffentlichen Einrichtungen anbieten und koordinieren. Die große Stärke der ambulanten Frühförderung sind die Kooperationsangebote und Vernetzungsmöglichkeiten, die sich hier ergeben und angeboten werden. Sie stellen für die Familien eine Versorgung in Zusammenhang mit medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Dienstleistungen zur Verfügung (THURMAIR & NAGGL 2003, 33ff).

Die Wahl der Art der Förderung für die Familie wird zumeist mit dieser gemeinsam getroffen. Hierbei vertraut die Förderin auf ihre Erfahrungen und berät die Eltern bei der Entscheidung (vgl. ebd., 143).

3.1.1 Ziele der Frühförderung

Ziel der Frühförderung ist die Förderung der Handlungs- und Erlebnisfähigkeit im Familienalltag (vgl. <http://www.wiso.or.at/foebe/mob.php> [19.3.2008]). SPECK (1996, 21ff) formuliert hierbei drei Ebenen: Ziele der Frühförderung bezogen auf die Kinder, bezogen auf die Eltern sowie bezogen auf gesellschaftliche Anliegen.

Im Hinblick auf die Kinder lassen sich drei Ziele für die Frühförderung formulieren. Das Frühförderangebot soll das Kind in der Entfaltung seiner Kompetenzen unterstützen, es

¹⁸ Frühförderin meint hier sowohl die männliche als auch die weibliche Berufsbezeichnung. Da jedoch in Österreich hauptsächlich Frauen in der Frühförderung tätig sind, wird hier die weibliche Form verwendet.

soll wertvoll sein für die Entwicklung seines Selbsterlebens und Selbstwertgefühls sowie für die Interaktion in seiner Lebenswelt.

Elternbezogen stehen zwei Anliegen im Vordergrund: Die Kompetenz der Eltern im Umgang mit ihrem beeinträchtigten Kind zu stärken und zu erweitern, sowie „[...] die Eltern in ihrer Auseinandersetzung mit ihrer Situation zu unterstützen“ (ebd., 23). Durch die Tätigkeit der Frühförderung soll die Familie unterstützt und begleitet werden. Sie soll zu einem konkreten Umgang mit dem Kind verhelfen und zur Zufriedenheit in der Familie beitragen (vgl. <http://www.wiso.or.at/foebe/mob.php> [19.3.2008]).

Gesellschaftlich gesehen soll das Kind in sein Umfeld integriert werden und sich nicht ausgeschlossen fühlen (vgl. SPECK 1996, 23).

3.1.2 Prinzipien der Frühförderung

Es haben sich in der konzeptionellen Entwicklung der Frühförderung bestimmte Prinzipien herausgebildet. THURMAIR & NAGGL (vgl. 2003, 25) beschreiben die Prinzipien der Frühförderung als fachliche Standards. Diese sind: Ganzheitlichkeit, Familienorientiertheit, Interdisziplinarität und Vernetzung. Das Wiener Modell der Frühförderung ist ebenfalls durch die genannten Prinzipien gekennzeichnet, jedoch wird es durch die Freiwilligkeit ergänzt.

Unter **Ganzheitlichkeit** wird verstanden, dass die Beeinträchtigung nicht als isoliert zu betrachtendes Symptom begriffen werden soll (vgl. <http://www.wiso.or.at/foebe/mob.php> [19.3.2008]). Bei der Ganzheitlichkeit steht die Gesamtentwicklung des Kindes im Mittelpunkt. Die einzelnen Angebote der Diagnostik, Therapie und Förderung sollen sich im umfassenden Kontext der kindlichen Gesamtentwicklung und Lebenswelt des Säuglings beziehen (vgl. THURMAIR & NAGGL 2003, 25). „Neben den Kompetenzen der Kinder spielt dabei immer auch ihr körperliches Befinden und ihre Entwicklung, ihr Selbsterleben und Selbstwertgefühl und die Integration in ihre Lebenswelt eine Rolle“ (ebd.). Das Kind soll als Ganzes samt seiner Lebenswelt wahrgenommen und betreut werden. Dem einzelnen Kind kann nur dann wirksam geholfen werden, wenn es als eine psychophysische Ganzheit in seiner Lebenswelt gesehen wird (vgl. SPECK 1996, 22).

Familienorientiertheit meint die Förderung und Therapie der Kinder in deren primärem Entwicklungskontext, in ihrem familiären Umfeld. Weiters beinhaltet sie auch, dass sich die Anliegen der Eltern und die der Frühförderung ergänzen bzw. aufeinander abgestimmt

werden und dass die Entwicklung des Kindes auch aus dem familiären Kontext heraus verstanden wird (vgl. THURMAIR & NAGGL 2003, 27). „Die Familiennähe der Frühförderung – in ihrer Regionalisierung und auch in ihrer aufsuchenden (mobilen) Arbeitsweise – ist dafür eine wesentliche organisatorische Voraussetzung“ (ebd.). In der praktischen Arbeit bedeutet Familienorientiertheit die Verbindung von Angeboten für das Kind mit Angeboten der Begleitung der Eltern in dessen familiärer Umgebung (vgl. ebd.).

Unter **Interdisziplinarität** versteht man die Zusammenarbeit von verschiedenen Disziplinen, wie der Pädagogik, der Psychologie, der Psychotherapie, der Medizin und der Soziologie (vgl. <http://www.wiso.or.at/foebe/mob.php> [19.3.2008]). Eine besondere Bedeutung kommt der Interdisziplinarität bzw. der Teamarbeit zu, d.h. dem Austausch der Erfahrungen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen (vgl. SPECK 1996, 20). Die Interdisziplinarität beinhaltet daher „[...]“, dass die Verantwortung der verschiedenen Disziplinen für ihren spezifischen Bereich in der Entwicklung des Kindes im konkreten Fall befragt wird und auch zum Tragen kommt [...]“ (THURMAIR & NAGGL 2003, 28) sowie, dass verschiedene Disziplinen sowohl fallbezogen als auch übergreifend in der Frühförderstelle zusammenarbeiten.

Die **Vernetzung** benennt die Aufgabe der Frühförderung die umgebenden Systeme wahrzunehmen und die eigenen fachlichen Interessen zur Geltung zu bringen. Für die Erfüllung der Aufgaben der Frühförderung sind Kooperationen und Außenkontakte notwendig und wichtig. Diese Vernetzung kommt insbesondere in zwei Bereichen zum Tragen:

- Sie bezieht sich auf das Kind und seine Familie und meint damit informelle (Verwandte, Freunde, etc) und formelle (Institutionen, Behörden, etc) Netzwerke.
- Zum anderen bezieht sie sich auf die regionale Struktur von Angeboten für Familien. Es geht hier insbesondere um die Weiterentwicklung der gesellschaftlichen Ressourcen und die Rechte in der Region.

Hinter dem Gesichtspunkt der Vernetzung steht nun die Zusammenarbeit von verschiedenen professionellen Diensten, von denen sowohl die Familie und Frühförderung (Mediziner, Pädagogen, Psychologen etc), aber auch Selbsthilfegruppen, Selbsthilfevereine und Initiativen profitieren können (vgl. THURMAIR & NAGGL 2003, 30f).

Die Prinzipien des Wiener Frühfördermodells werden durch eine weitere Disziplin, der Freiwilligkeit, ergänzt. Mit **Freiwilligkeit** ist gemeint, dass die Familie, die Frühförderung

in Anspruch nimmt, dies auch freiwillig tut. Die Zusammenarbeit von Frühförderung und Familie soll auf gegenseitigem Respekt basieren (vgl. <http://www.wiso.or.at/foebe/mob.php> [19.3.2008]), denn jede „[...] Art von Zwangsmaßnahme oder ‚verordneter‘ Inanspruchnahme, die von den Eltern als Kontrolle oder unerwünschte Einmischung empfunden wird, verhindert den Aufbau gegenseitigen Vertrauens“ (vgl. ebd.). Die Familien dürfen sich nicht gezwungen fühlen, sondern es muss aus freier Entscheidung die Hilfe in Anspruch genommen werden.

3.2 Frühförderung bei hörgeschädigten Kindern

Im Folgenden soll konkret auf die Frühförderarbeit bei hörenden Familien mit einem hörgeschädigten Kind eingegangen werden. Eine besondere Herausforderung stellt hierbei die erschwerte Kommunikationssituation zwischen den hörenden Eltern und deren gehörlosem Kind dar. Ein gehörloses Kind braucht besondere Förderung im sprachlichen Bereich. Das Fehlen von sprachlichem Input wirkt sich negativ auf die Entwicklung des Kindes aus. Je später eine Förderung beginnt, desto länger bleibt das Kind ohne Sprache und es geht wertvolle Zeit verloren, in welcher Erfahrungen gesammelt werden können (vgl. ÖGLB 2004a, 8f). Die Aufgabe der pädagogischen Förderung ist es, dem Kind und seiner Familie zu einer für alle Beteiligten befriedigenden Kommunikationssituation zu verhelfen.

Die Frühförderung soll nun dazu beitragen, dass sich das Kind bestmöglich entwickelt. Es soll seine Kompetenzen entfalten können und in seine Umwelt integriert werden (vgl. THURMAIR & NAGGL 2003, 13). Jedoch ist ein wichtiger Bereich der Frühförderung die Elternarbeit. Besonders zu Beginn wird viel Zeit mit den Eltern verbracht, da sie eine Unterstützung bei der Bewältigung dieser neuen Situation sein soll (vgl. ÖGLB 2004a, 27). HINTERMAIR (vgl. 1999, 19f) setzt in der Elternarbeit der Frühförderung mit hörgeschädigten Kindern an einem ressourcenorientierten Modellverständnis an, in welchem die Hörschädigung des Kindes in stetiger, wechselseitiger und dynamischer Verbindung mit den persönlichen Ressourcen der Eltern und den Ressourcen aus dem sozialen Umfeld stehen. Er nimmt Abstand von der Defizitorientierung und wendet sich der Kompetenzorientierung zu. Damit ist gemeint, „[...] was diese Menschen trotz der Erschwernisse in ihrer Lebensführung alles an Fähigkeiten bereits mitbringen und Strategien anzulegen, die sich zuvorderst darum bemühen, diese Fähigkeiten bestmöglich zu aktivieren und im Förder- und Entwicklungsprozeß zur Geltung zu bringen“ (ebd., 20). Der Pädagoge sollte in einer angemessenen diagnostischen Phase prüfen, welche Kompetenzen sowohl bei den Eltern als

auch beim Kind vorhanden sind und welche im Laufe der Förderung erworben werden sollen. Die Vorzüge des Modells sieht HINTERMAIR (vgl. 2005, 80) in zweierlei Bereichen:

- Zum Ersten geschieht die Förderung nicht durch das Vorschreiben von bestimmten Handlungen der Berater, sondern die eigenen Ressourcen der Eltern stehen im Vordergrund. Die Betroffenen werden durch die professionelle Begleitung befähigt, selbst ihr neues Leben mit dem hörgeschädigten Kind zu gestalten.
- Zum Zweiten realisiert das ressourcenorientierte Handeln sehr schnell mögliche Defizite im Ressourcenrepertoire der Eltern und des Kindes. Aus diesem Grund kann möglichst rasch auf diese Lücken eingegangen werden und zusätzlich Hilfsangebote können vorgestellt werden.

Besonders wichtig beim ressourcenorientierten Ansatz von Förderung und Beratung ist es, dass nicht nur die Betroffenen (die hörgeschädigten Kinder und ihre Eltern) im Mittelpunkt des Interesses stehen. Auch das unmittelbare Umfeld soll in die Arbeit miteinbezogen werden. Ohne Frage stehen das Wohl der Eltern und des Kindes, deren Unsicherheiten und Fragen, im Vordergrund und werden auch ernst genommen. Jedoch ist es wichtig (vgl. HINTERMAIR 1999, 33f), „[...] den sozialen Raum der betroffenen Menschen zu aktivieren bzw. sich dafür zu interessieren“ (ebd., 34). Soziale Beziehungen sind von zentraler Bedeutung für die Eltern und ihr hörgeschädigtes Kind, sie fördern deren Wohlbefinden. Soziale Kontakte zu anderen Betroffenen sowie der Austausch mit ihnen bietet den Eltern neben den Bemühungen der Frühförderung ein zweites Förderkonzept (vgl. ebd.).

Die Diagnose der Geburt eines hörgeschädigten Kindes ist für die Eltern ein emotionales Stresserlebnis. Sie müssen sich mit der Behinderung des Kindes auseinandersetzen und zudem sind sie durch die erschwerte kommunikative Situation verunsichert. Eltern sind im Umgang mit ihrem Kind beunruhigt: sie wissen nicht, ob ihre Worte das Kind erreichen und ob sie die Aktionen des Kindes richtig deuten. Das Bewusst-Werden dieser Situation ist eine große Belastung für sie. Die kommunikative Situation erzeugt ein Gefühl der Hilflosigkeit, was die Eltern-Kind-Interaktion nachhaltig verändern kann. Geringer Körperkontakt, wenig Blickkontakt und mangelnde Interaktion mit dem Kind könnte die Folge der Verunsicherung der Eltern sein, was sich wiederum auf das Bindungsverhalten auswirken könnte. Daher ist es von besonderer Bedeutung, dass die Eltern feinfühlig Unterstützung in Form von Fachleuten bekommen, die sie in ihrer Rolle als Mutter und Vater bestärken

(vgl. BERTRAM 2004, 220ff). „Sie müssen um ihre mentale und emotionale Kompetenz wissen und darin bestärkt und bestätigt werden. Denn das behinderte Kind ist ihr Kind, das nur durch elterliche Liebe und Zuneigung und durch elterliche Wertschätzung seine in ihm wohnenden Entwicklungsmöglichkeiten freisetzen kann“ (ebd., 220). Durch die professionelle Hilfe kann eine Auseinandersetzung mit der emotional belastenden Situation erfolgen. Die Frühförderin geht auf die Bedürfnisse der Eltern ein – wobei ein wesentlicher Bestandteil die Wertschätzung der Eltern ist, sie werden in ihren elterlichen Kompetenzen bestätigt und unterstützt. So können sie Vertrauen und Freude ihrem Kind gegenüber entwickeln (vgl. ebd., 225). „Vor allem gilt es den Eltern Mut zu machen und in ihnen die Zuversicht zu wecken, dass es vielfältige Alternativen gibt, die individuellen Entwicklungsmöglichkeiten eines jeden Kindes voll zu entfalten“ (ebd., 227).

HINTERMAIR (vgl. 2005, 48ff) sieht die Aufgabe der Frühförderung darin, die Eltern und ihr Kind in 3 zentralen Faktoren zu unterstützen und zu befähigen, da die Zielgruppe der hörenden Eltern mit ihren hörgeschädigten Kindern spezifische Risiken im Entwicklungs- und Sozialisierungsprozess bergen:

- (1) Eine emotional warme und verständnisvolle Beziehung zwischen Kind und Bezugsperson aufzubauen ist von primärer Bedeutung, um eine Bindung entwickeln zu können. Die Diagnose der Hörstörung löst oft eine emotionale Betroffenheit bei den Eltern aus und beinhaltet oft auch eine Beeinträchtigung der Beziehung. „Es ist demnach eine zentrale Aufgabe früher Beratung und Förderung, zur Stärkung dieser bindungstheoretischen Qualitäten bei Eltern und Kind beizutragen“ (ebd., 48).
- (2) Des Weiteren ist ein gut funktionierendes Sprachsystem zwischen Eltern und Kind von zentraler Wichtigkeit. Eine Ermöglichung an einer sprachlichen Welt teilzunehmen, muss dem Kind von Beginn an gewährleistet werden, wobei es nicht darauf ankommt, ob das Kind Lautsprache oder Gebärdensprache erlernt. Wichtig ist die Qualität des Kommunikationssystems zwischen Eltern und Säugling, da dieses im engen Zusammenhang mit der sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes steht. Daher sollte es ihm gesichert werden.
- (3) Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Förderung der Eltern dahingehend, dass sie ihr Kind auf eine Selbstverantwortlichkeit erziehen. Sie sollen befähigt werden eigenaktiv und handlungsorientiert zu agieren.

Für die emotionale und soziale Entwicklung des Kleinkindes ist es von großer Bedeutung, dass eine frühe und differenzierte Beratung und Förderung erfolgt. Studien zeigen, dass „[...] fachliche Unterstützung, die unmittelbar nach der Diagnoseerstellung einsetzt, den höchsten Stellenwert für die Qualität des mütterlichen Interaktionsverhaltens [...]“ (HINTERMAIR 2005, 55) aufweist. Eine frühe Hilfe durch Frühförderprogramme offenbart, dass die Trauerarbeit schneller aufgefangen werden kann und die Eltern ein geringeres Stresserleben aufweisen. Auch haben sie deutlich interaktivere Kompetenzen (vgl. ebd., 61).

3.3 Zur Situation der Frühförderung hörgeschädigter Kinder in Österreich

In Österreich gibt es bundesländerweit unterschiedliche Versorgungssituationen in Bezug auf Frühförderung bei hörgeschädigten Kindern. Verschiedene Institutionen bieten Frühförderung für behinderte Kinder an, jedoch gibt es nur wenige Einrichtungen, die sich der konkreten Förderung von hörgeschädigten Kindern annehmen. Im Burgenland und in Niederösterreich gibt es keine Förderstellen, die sich mit Hörschädigungen befassen. In Wien und in der Steiermark hingegen gibt es Frühfördereinrichtungen, die explizit mit hörbeeinträchtigten Kindern arbeiten und spezielle Förderungen anbieten. Im Folgenden werden die Frühförderstellen und Regelungen in den nördlichen Bundesländern Österreichs angeführt. Die genauen Anschriften finden sich im Adressenverzeichnis im Anhang wieder.

3.3.1 Burgenland

Im Burgenland gibt es keine explizite Frühförderung für hörgeschädigte Kinder. Die Institution „Rettet das Kind“ bietet burgenlandweit kostenlose mobile Frühförderung für entwicklungsverzögerte und behinderte Kinder an. Die Kinder werden individuell, ganzheitlich und regelmäßig in ihrem vertrauten familiären Umfeld besucht und spielerisch gefördert (vgl. http://www.rettet-das-kind-bgld.at/index.php?option=com_content&task=view&id=19Itemid=40 [15.4.2008]). „Unsere Aufgabe ist es, die emotionale, geistige und sprachliche Entwicklung dieser Kinder zu fördern sowie deren Motorik und Wahrnehmung zu unterstützen. Die Gesamtpersönlichkeit steht dabei im Vordergrund“ (ebd.).

3.3.2 Niederösterreich

In Niederösterreich gibt es ebenfalls keine spezielle Förderung für hörgeschädigte Kinder. Es wird von verschiedenen Einrichtungen Frühförderung angeboten: mobile Frühförderung

vom NÖ Hilfswerk und von der Lebenshilfe NÖ, ambulante von den VKKJ-Ambulatorien (Vereinigung zugunsten körper- und mehrfachbehinderter Kinder und Jugendlicher). Ziel der Frühförderung ist die bestmögliche Förderung der Entwicklung des Kindes sowie das Begleiten, Unterstützen und Beraten der Eltern in schwierigen Situationen (vgl. <http://www.noel.gv.at/Gesellschaft-soziales/behinderte/behindertenhilfe.html> [15.4.2008]).

3.3.3 Steiermark

In der Steiermark gibt es zwei Frühförderstellen, die sich mit hörgeschädigten Kindern bzw. Hör- und Sprachförderung beschäftigen: die Frühförderstelle der Chance B sowie FÖZ – Hört!Hört!, die Hörfrühförderstelle im Förderzentrum für Hör- und Sprachbildung. Weiters bietet der Verein „Auris“ neben einer allgemeinen Frühförderung auch Hörförderung an.

CHANCE B:

Ein interdisziplinäres Team bietet hörgeschädigten Kindern eine frühestmögliche Förderung in allen Entwicklungsbereich in spielerischer Weise an. Es unterstützt die Familie durch Beratung der Eltern und durch Förderung des Kindes. Die Förderung kann von der Geburt bis zum Kindergarten- bzw. Schuleintritt in Anspruch genommen werden. Das Kind sowie dessen Familie werden einmal wöchentlich zu Hause besucht, damit es in der gewohnten Umgebung gefördert werden kann. Die Kosten werden zumeist zur Gänze vom Land Steiermark übernommen. Chance B hat ein besonderes Förderangebot für Kinder (sowie deren Angehörige), die mit einem Cochlea Implantat versorgt sind. Die audiopädagogische Frühförderung bietet Unterstützung und Förderung bei CI-Kindern sowie hörenden Kindern von gehörlosen Eltern an, um die kommunikativen Kompetenzen zu fördern. Mit dem Ziel ganzheitlicher Entwicklung wird in einem kooperativen Team von Ärzten, Therapeuten und Hörgeräteakustikern zusammengearbeitet (vgl. <http://www.chanceb.at/index.php?seitenId=14&einrichtungenId=38> [15.4.2008]).

FÖZ – HÖRT! HÖRT! FRÜHFÖRDERZENTRUM FÜR HÖR- UND SPRACHBILDUNG:

Die mobile Hörfrühförderung richtet sich an hörgeschädigte Kinder ab dem Säuglingsalter und findet einmal wöchentlich in der vertrauten Umgebung des Kindes statt. Das Angebot kann in der gesamten Steiermark in Anspruch genommen werden. Die Institution bietet Beratung und Begleitung der Eltern an und fördert spielerisch die Hör- und Sprachentwicklung des Kindes.

Es wird interdisziplinär in einem Team aus Kinderfachärzten, HNO-Fachärzten, Logopäden, Psychologen und Akustikern zusammengearbeitet, um individuell auf jedes Kind eingehen zu können (vgl. <http://www.soziales.steiermark.at/cms/ziel/11718269/DE> [21.4.2008]).

3.3.4 Wien

In Wien sind zwei Institutionen zu nennen, die sich explizit mit der Frühförderung von hörgeschädigten Kindern befassen, das BIG – Bundesinstitut für Gehörlosenbildung und das ÖHTB – Österreichisches Hilfswerk für Taubblinde und hochgradig Hör- und Sehbehinderte. Eine weitere Einrichtung, die Mobile Frühförderung der Wiener Sozialdienste, hat ebenfalls hörgeschädigte Kinder als Zielgruppe.

BIG – BUNDESINSTITUT FÜR GEHÖRLOSENBILDUNG

Das BIG ist ein Schulzentrum für hörbeeinträchtigte und gehörlose Kinder und hat ein umfangreiches Angebot: angefangen von Frühförderung bis hin zu einem Kindergarten und einer Mittelschule. Das Institut bietet sowohl mobile als auch ambulante Frühförderung für hörgeschädigte Kinder und deren Familien an. In einem interdisziplinären Team (in Zusammenarbeit mit Ärzten, Therapeuten und Hörgeräteakustikern) soll die gesamte Familie betreut und beraten werden, sowie das Kind gezielt in der Sprache und im Hören gefördert werden. Die Kinder sollen sich an das Tragen von Hörgeräten gewöhnen sowie die Lautsprache spielerisch erlernen. Zusätzlich bietet das Bundesinstitut lautsprachlich unterstützende Gebärden (LUG) an. Schwerpunkt der pädagogischen Begleitung ist die individuelle, an das Kind und an die Familie gerichtete Förderung. Ein besonderes Augenmerk wird auf die Elternarbeit gelegt. Mittels regelmäßig stattfindenden Spielgruppen können sich betroffene Eltern und Kinder zusammenfinden, Kontakte knüpfen und Erfahrungen austauschen (vgl. <http://www.big-kids.at/> [15.4.2008]).

Die Anstalt bietet den Kindern immer wieder neue Therapiemöglichkeiten und andere Herausforderungen. „Das Angebot an Fördermaßnahmen für unsere Schülerinnen und Schüler wird den neuen Herausforderungen ständig angepasst“ (ebd.). Weiters bietet das BIG zahlreiche Fördermöglichkeiten in verschiedenen Bereichen: therapeutische Angebote, Kooperationsprojekte mit anderen Schule sowie Gebärdensprachkurse für Eltern (vgl. ebd.).

ÖHTB – ÖSTERREICHISCHES HILFSWERK FÜR TAUBBLINDE UND HOCHGRADIG HÖR- UND SEHBEHINDERTE

Die Frühförderung des Hilfswerks ist ein multiprofessionelles Team bestehend aus Sonderkindergärtnern, Heilpädagogen und Tanztherapeuten, welches sich der individuellen Förderung von hörgeschädigten bzw. hör-sehbehinderten Kindern annimmt. Die Frühförderung arbeitet mit der Methode der auditiv-verbale Therapie (vgl. <http://www.oehbt.at/oehbt/index00.htm> [15.4.2008]), „[...] die es dem Kind ermöglicht, sich – auch bei großem Hörverlust – an die Ausnützung seiner Hörreste zu gewöhnen und sowohl auf seine Stimme als auch auf die anderer zu horchen, was zu einer natürlichen Stimmqualität und Sprachentwicklung führen kann“ (ebd.). Bei der Arbeit an der Sprachentwicklung des Kindes werden auch die Eltern intensiv mit einbezogen. Ihnen wird eine spezielle Begleitung, Beratung und Unterstützung geboten, insbesondere wie das Sprechen und Hören der Kinder im Alltag gefördert werden kann.

Der Verein bietet eine ganzheitliche Entwicklungsförderung, sowohl als mobile Frühförderung als auch in speziell ausgestatteten Räumlichkeiten, als ambulante Frühförderung. Weiters ist es Betroffenen möglich bei verschiedenen Veranstaltungen Kontakt zu anderen Familien zu knüpfen. Das Hilfswerk bietet zudem eine Förderung der Kinder mit lautsprachenbegleitender Gebärde (LBG) an (vgl. ebd.).

MOBILE FRÜHFÖRDERUNG DER WIENER SOZIALDIENSTE

Die Dienste der Mobilen Frühförderung können alle Familien in Anspruch nehmen, die ein behindertes Kind (vom Säuglingsalter bis zu sechs Jahren) haben und in Wien wohnen. Jedoch ist die Voraussetzung für eine Betreuung, dass das Kind noch keinen Kindergarten besucht hat und keine mobile Frühförderung von einer anderen Organisation erhält. Die Frühförderung findet einmal wöchentlich für etwa 90 Minuten bei der Familie zu Hause statt und richtet sich auf eine Entwicklungsförderung und Familienbegleitung im gewohnten Umfeld. Dieses Modell bemüht sich um eine ganzheitliche Erfassung des Kindes samt seiner Eltern. Die Dienste sind kostenlos und werden durch die Stadt Wien finanziert. Die Mobile Frühförderung der Wiener Sozialdienste richtet sich jedoch in erster Linie an Kinder mit Mehrfachbehinderung. Das heißt, im Vordergrund steht nicht die Sinnesbeeinträchtigung (Hörschädigung) der Kinder, sondern vorrangig der Aspekt der Mehrfachbehinderung (vgl. <http://www.wiso.or.at/foebe/mob.php> [19.3.2008]).

Es sei an dieser Stelle jedoch kurz erwähnt, dass es österreichweit keine Frühförderstelle gibt, die mit Gebärdensprache arbeitet. „Das heißt, dass kein gehörloses Kind die Frühförderung unter systematischer Einbeziehung der ÖGS erhält“ (ÖGLB 2004b, 24). Es wird zwar in verschiedenen Institutionen auf die Hörschädigung eingegangen, es wird individuell mit dem hörgeschädigten Kind gearbeitet, jedoch nur mit lautsprachlichem Ansatz. Es gibt österreichweit keine Frühförderung mit Gebärdensprache oder mit bilinguaalem Ansatz (vgl. ÖGLB 2004b, 24).

3.4 Exkurs: Audiopädagogische Förderung bei Kindern mit Cochlea Implantat

Im Zuge der Recherchen für die vorliegende Diplomarbeit hat sich herausgestellt, dass nur ein sehr geringer Teil der hörgeschädigten Kinder auch als tatsächlich gehörlos bezeichnet werden kann. Der Großteil der gehörlosen Kinder verfügt über Hörreste und wird dahingehend gefördert, dass sie diese für eine Lautsprachbildung verwenden können. Die meisten Kinder werden mit technischen Hilfsmitteln, wie beispielsweise mit einem CI, versorgt und es wird versucht, die Lautsprache zu erlernen. Aus diesem Grund wird nun in einem Exkurs kurz das Konzept der Audiopädagogik (eine Förderung von auditiv stimulierbarer Hörbeeinträchtiger) dargestellt.

Unter Audiopädagogik versteht man den spezifizierten „[...] Teil der allgemeinen Pädagogik, der sich mit der menschlichen Hörentwicklung beschäftigt. Sie umfaßt die Praxis und Theorie der besonderen Bedingungen des auditiven und audioverbalen Lernens sowie die soziale Eingliederung von Kindern [...], die in ihren Hörfunktionen beeinträchtigt sind.“ (FRERICHS 1998, 4). Die Audiopädagogik ist ein offenes didaktisches Konzept, welches jede Hörschädigung als eine individuelle Lernausgangsbedingung sieht. Durch die Annahme einer individuellen Rahmenbedingung durch die Hörschädigung sorgt sie für einen optimierten Hörlernprozess. Die Förderungs- und Bildungsmaßnahmen sollen zu einem erfolgreichen Spracherwerbsprozess und Sprachlernprozess führen (vgl. ebd., 4f). Im Mittelpunkt des Interesses steht demnach das Individuum mit seiner Hörbeeinträchtigung.

„Grundsätzliches Ziel der Audiopädagogik ist die Maximierung der Hörkompetenz als Voraussetzung für eine weitestgehende entwicklungs offene audioverbale Persönlichkeitsentwicklung im sozialen Umfeld“ (FRERICHS 1998, 5). Es sollen durch praktische Maßnahmen die auditiven Strukturen des hörgeschädigten Kindes gefördert werden. Das Hö-

renlernen sowie eine bestehende Hörfähigkeit sollen mittels audiopädagogischer Förderung erhalten bzw. maximiert werden. Insbesondere spielen hierbei technische Hörhilfen eine große Rolle. Die Audiopädagogik versucht einen maximalen Nutzen der technischen Hörhilfen sicher zu stellen und eine beziehungsstrukturierende Bedingung zu schaffen (vgl. ebd., 15). Hörbeeinträchtigte Individuen sollen durch die Audiopädagogik eine maximale Hörleistung erreichen und somit in die Umwelt eingegliedert werden. Das Ziel ist es „[...] sich chancengerecht in der akustisch-materiellen und in der lautsprachlich-sozialen Welt zu entwickeln, sich durch Erziehungsmaßnahmen und Bildungsangebote soziokulturell integrieren zu können und sich beruflich durch maximale Qualifizierung positionieren zu können“ (FRERICHS 1998, 15).

3.5 Resümee

Das dritte Kapitel befasste sich mit der Frühförderung. Im Zentrum dessen standen die Begriffsdefinition sowie die Ziele und Prinzipien der Frühförderung. Des Weiteren wurde auf die frühe Förderung bei hörgeschädigten Kindern eingegangen. Bei hörenden Familien mit einem gehörlosen Kind steht die erschwerte Kommunikationssituation zwischen den Eltern und dem Kind im Vordergrund. Ein gehörloses Kind braucht besondere Förderung im sprachlichen Bereich.

Außerdem wurde die Situation der Frühförderung von hörgeschädigten Kindern in Österreich betrachtet. Auffallend hierbei war, dass es österreichweit keine Frühförderstelle gibt, die mit Gebärdensprache arbeitet bzw. einen bilingualen Ansatz (Lautsprache und Gebärdensprache) anbietet, sondern nur mit lautsprachlichem Ansatz. Teilweise wird in einigen Institutionen die LBG (Lautsprachenbegleitende Gebärden) und die LUG (Lautsprache unterstützende Gebärden) angeboten.

Abschließend wurde in einem Exkurs die audiopädagogische Förderung bei Kindern mit Cochlea Implantat beschrieben. Ziel dieser ist die maximale Förderung der Hörleistung, sowie einen optimalen Nutzen der technischen Hörhilfen zu erlangen und somit in die Umwelt eingegliedert zu werden.

4 ENTWICKLUNG DER KOMMUNIKATION

Im Anschluss an das Kapitel der Frühförderung bei hörbeeinträchtigten Kindern, stehen nun im vorliegenden Kapitel der Spracherwerb und die Kommunikationsentwicklung bei Kindern im Vordergrund. Zu Beginn soll der Begriff der Sprache definiert werden, sowie auf weitere wichtige Termini die im Kontext von Sprache und Kommunikation stehen Bezug genommen werden. In einem weiteren Verlauf wird die Entwicklung der Kommunikation zwischen Mutter und Kind in einem zeitlichen Kontext dargestellt, beginnend mit den intrauterinen Fähigkeiten des Fötus bis zum postnatalen Interaktionsrahmen. In einem Exkurs wird die Motherese – die Sprache der Erwachsenen an den Säugling gerichtet – veranschaulicht, sowie der Beginn des Dialogs zwischen Mutter und Kind beschrieben. Anschließend werden die Sprachentwicklung von hörenden Kindern und die Sprachentwicklung von gehörlosen Kindern dargestellt. Schlussendlich sollen die Besonderheiten des Spracherwerbs bei gehörlosen Kindern mit Cochlea Implantat veranschaulicht werden und die besondere Situation der Sprachwahl der hörenden Eltern für ihr gehörloses Kind beschrieben werden.

4.1 Begriffsdefinition

Die weit verbreitete Assoziation von Sprache ist die Form der Lautsprache. Da dieses Konzept jedoch im Allgemeinen, insbesondere für die vorliegende Diplomarbeit, nicht ausreicht, wird mit dem universellen Vorurteil, dass Sprache allein Lautsprache sei, aufgeräumt.

Sprache findet in einem übergeordneten Rahmen statt, in einem so genannten **Dialog**. Die Sprache ist somit ein Werkzeug des Dialogs (vgl. BERGER 2003, 85). SPITZ (1969, 61) beschreibt den Dialog als Wechselbeziehung zwischen zwei Menschen, insbesondere als „[...] der sequentiell ablaufende Zyklus von Aktion, Reaktion und wieder Aktion innerhalb der Mutter-Kind-Beziehung“. Der Dialog lässt sich als eine allgemeine Form zwischenmenschlichen Austauschs und bedeutungstiftenden sowie sinnstiftenden Prozess beschreiben. Ausgehend von dieser Definition meint der Dialog nun jede Art von Verwendung von Zeichensystemen. Somit nimmt jede Kommunikationsform – sowohl die uns am geläufigste Lautsprache als auch die Gebärdensprache – die Funktion der Sprache ein und hat den gleichen Stellenwert (vgl. BERGER 2003, 86). Gehörlose haben demnach eine Sprache aus optischen Systemen in einem visuellen Übertragungskanal. „Die Sprachlich-

keit des Menschen ist nicht an den artikulierten Laut gebunden. Sie ist das Vermögen zur grammatischen Zeichenverwendung. Auch taube Kinder, taubblinde und Kinder mit angeborener Sprechlähmung können zur Sprache kommen“ (BUTZKAMM 1999, 1). Sprache existiert auch fernab von artikulierten Lauten, auch optische Systeme sind vollwertige Sprachen.

Sprache ist ein konventionelles Zeichensystem, „[...] dessen Elemente eine bestimmte Struktur aufweisen, nach bestimmten Regeln miteinander verknüpft werden und im Sinne der symbolischen Interaktion der zwischenmenschlichen und intrapersonellen Verständigung dienen“ (WISCH 1990, 21). Die Sprache ist eine besondere Form von Freiheit. Man kann Meinungen mitteilen und Erfahrungen austauschen. In ihr entdeckt der Mensch seine Freiheit. In der Sprachgebung drückt sich das Menschsein am klarsten aus (vgl. BUTZKAMM 1999, 1).

4.1.1 Entwicklungsstufen

LURIJA (vgl. BERGER 2003, 89f) nennt ein Stufenkonzept zur Sprachentwicklung des Kindes. Er geht von einem sympraktischen Kontext aus, welcher sich in eine sinntragende Bedeutung der Wörter entwickelt bis hin zur Entwicklung von praktisch-anschaulichen Zusammenhängen.

- **Stufe 1:** Für das Kind sind Bedeutungen auf konkrete, sinnlich-praktische Tätigkeiten bezogen, das Kind erlebt sozusagen die Sprache in einem sympraktischen Zusammenhang. In dieser Zeit entwickeln sich die ersten Einwortsätze. Jedoch stehen mit den ersten Wörtern verschiedene Nebenfaktoren in Verbindung. BERGER (vgl. 2005, 89) beschreibt hierzu ein Beispiel, in welchem die Mutter ihr Kleinkind fest in den Armen hält. Zu einem vorbeikommenden Hund sagt die Mutter „wau wau“. Für die Mutter hat die Bezeichnung „wau wau“ die Bedeutung des Hundes, für das Kind jedoch steht das wohlige Gefühl, in den Armen der Mutter zu liegen in Verbindung mit dem Ausdruck. „Die Verwendung des gleichen Wortes aus der Sprache der Erwachsenen ist nicht identisch mit der Verwendung der Worte der Kinder (obwohl es dasselbe Wort ist), die Bedeutung ist nicht gleich“ (ebd.).
- **Stufe 2:** Mit rund 18 Monaten verlieren die in Stufe 1 genannten Nebenfaktoren ihre Bedeutung für das Kind. Die Wortbedeutungen gehen nun nicht mehr mit den konkreten Handlungen einher, sondern gewinnen an Abstraktion. Kleinkinder kön-

nen konkrete Gegenstände benennen, es wird von einer exakten Gegenstandsbezogenheit gesprochen.

- **Stufe 3:** Die letzte Stufe beschreibt die Entwicklung der Sinnstruktur. Das Kind kann Zusammenhänge von anschaulichen Gegenständen zu Wortbedeutungen anstellen (vgl. ebd., 89f). „Entwicklung von praktisch-anschaulichen Zusammenhängen, die stark affektbezogen sind zur abstrakten verbal-logischen Struktur“ (BERGER 2003, 90).

Der Spracherwerb des Kindes entwickelt sich von handlungsbezogenen Bedeutungen der Begriffe bis hin zur Bedeutung von Begriffen innerhalb eines eigenen sprachlichen Systems.

4.1.2 Beginn des Dialogs zwischen Mutter und Kind

Wie bereits kurz erwähnt wurde, findet die Sprache in einem übergeordneten Kontext, dem Dialog statt. Er beschreibt eine zwischenmenschliche Wechselbeziehung und einen Austauschprozess, welcher auf jeder Stufe des menschlichen Lebens stattfinden kann (vgl. BERGER 2003, 86).

„Der Spracherwerb des Kindes im Sinne eines kommunikationsbezogenen Sprachbegriffs beginnt lange bevor das erste Wort mit stabiler Bedeutung ausgebildet ist“ (WISCH 1990, 47). Die frühe Grundlage des Verständigungsprozesses ist die nonverbale Kommunikation. Es ist das körperbezogene Interagieren mit den wichtigsten Bezugspersonen des Säuglings, vor allem aber mit der Mutter. Der dialogische Austausch zwischen Mutter und Kind beginnt mit der Geburt bzw. bereits vorgeburtlich. Anfangs sind es vorwiegend die körperlichen Beziehungen, im Laufe der Zeit gewinnen die Zeichen aber immer mehr an Charakter (vgl. ebd., 47). Als grundlegender dialogischer Erfahrungsraum wird die Mutter-Kind-Dyade angesehen. Sie wird als Motor für die gesamte Entwicklung des Kindes und damit auch für die kommunikative Entwicklung angenommen. Wissenschaftliche Studien gehen davon aus, dass der Spracherwerb nur aufgrund der grundlegenden Mutter-Kind-Beziehung möglich ist (vgl. HORSCH ET AL. 2004, 177). HORSCH ET AL. (ebd., 177) beschreibt dies folgendermaßen: „Spracherwerb beginnt mit Beziehungnahme“. Die Voraussetzung findet sich im frühen Dialogangebot der Mutter wieder. Eine Strategie des mütterlichen Sprachangebots ist die Motherese. Diese an das Kind gerichtete Sprache findet man in fast allen Kulturkreisen und in fast allen Sprachen, so auch in der deutschen Laut-

sprache und in der Gebärdensprache (vgl. ebd.). Die Motherese der Gebärdensprache, die so genannte Signerese: Welche ein Dialogangebot speziell für den visuellen Sinn an das hörgeschädigte Kind darstellt. „Die Mutter vollzieht diese Anpassung an die kindlichen Sprachkompetenzen, wie auch hörende Mütter, intuitiv“ (SCHNATTINGER & HORSCH 2004, 151).

Der Dialog ist ein dynamischer Prozess, in welchen sich die Partner wechselseitig anpassen und entwickeln (vgl. PAPOUSEK 1994, 31). „Die elterlichen Anpassungen ermöglichen das prozedurale Erlernen und praktische Einübungen der heranreifenden integrativen und kommunikativen Fähigkeiten und unterstützt es auf wirksame Weise“ (ebd., 32). Die Eltern tragen zu einem optimalen Verhaltenszustand bei, sie unterstützen den Säugling durch affektive Verhaltensregulationen, wecken dessen Aufmerksamkeit, Integrations- und Interaktionsbereitschaft. Sie erleichtern den Blickkontakt und beantworten kindliche Verhaltensformen. Dieser Dialog zwischen Mutter und Säugling bietet dem Kind in der vor-sprachlichen Kommunikation verschiedenste natürliche Lernsituationen, in welcher er sein eigenes Verhalten erwirbt und Bedingungsbeziehungen zwischen seinem Verhalten und dem der Eltern entdecken kann und unter Kontrolle zu bringen lernt (vgl. ebd., 122f). Zudem ist eine gut funktionierende Mutter-Kind-Dyade ein wichtiger Bestandteil für die weitere Entwicklung des Säuglings. Die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion wird in einem signifikanten Zusammenhang mit der sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes beschrieben. Eine mütterliche Sensivität für ihr Kind trägt zudem zu einer positiven Gesamtentwicklung bei und steht in Zusammenhang mit positiven sprachlichen Fortschritten des Kindes (vgl. HINTERMAIR 2005, 48ff).

4.2 Entwicklung der Kommunikation

Die Entwicklung der Kommunikation wird in einem zeitlichen Kontext dargestellt. Hierbei wird zunächst auf die pränatale Phase eingegangen, die Kommunikation zwischen Mutter und Kind in der Schwangerschaft. Außerdem wird die besondere Phase in der Zeit während und unmittelbar nach der Geburt dargestellt: die perinatale Phase. Schlussendlich wird kurz die Kommunikationsentwicklung ab der Geburt des Säuglings beschrieben. Die ausführliche Darstellung der Sprachentwicklung erfolgt in den Kapiteln „Die Sprachentwicklung beim hörenden Kind“, „Die Sprachentwicklung beim gehörlosen Kind“ und „Die Besonderheiten der Sprachentwicklung beim gehörlosen Kind mit Cochlea Implantat“.

4.2.1 Pränatale Phase

Das ungeborene Kind ist ein empfindsames Wesen, das bereits im Mutterleib ein fetales Wahrnehmungsvermögen zeigt. Es registriert verschiedene Sinneseindrücke (vgl. LORENZ 1993, 11). Ungeborene Kinder „[...] können bereits im Mutterleib sehen, hören und fühlen und möglicherweise sogar eine frühe Form von Bewußtsein haben“ (VERNY & WEINTRAUB 1992, 17). Bereits im 4. Monat nach der Empfängnis hat das Kind einen gut entwickelten Tast- und Geschmackssinn. Wenn zum Beispiel bittere Substanzen ins Fruchtwasser geleitet werden, hört es zu saugen auf und verzieht das Gesicht. Des Weiteren kann der Fetus im Alter von 4 Monaten helles Licht wahrnehmen, wenn dies auf den Bauch der Mutter gerichtet wird. Etwa im 5. Schwangerschaftsmonat reagiert das ungeborene Kind auf laute Geräusche (vgl. ebd., 21).

Die Entwicklung der Ohren beginnt zwischen dem 15. und 18. Tag der Schwangerschaft, in der zwölften Schwangerschaftswoche setzt die Entwicklung des Hörorgans ein. (das Cortische Organ im Innenohr). Verschiedene Forschungen zeigen, dass etwa ab der 16. bzw. ab der 24. Woche der Fetus akustische Stimuli wahrnehmen kann (vgl. DE JONG 1998, 23). Besonders Geräusche, die im Uterus entstehen, wie vor allem den Herzschlag der Mutter, erregen seine Aufmerksamkeit. Im 6. Monat ist das Hörorgan vollständig ausgebildet und funktionsfähig (vgl. LORENZ 1993, 14). Während der letzten 3 Schwangerschaftsmonate ist das Hörorgan vollständig ausgereift und es kann bereits mithören (vgl. DE JONG 1998, 23). „Das Abenteuer des Hörens, Zuhörens und Hinhörens beginnt drei Monate vor der Geburt. Damit setzt auch das Abenteuer Sprache ein, lange bevor das Kind auf die Welt kommt, den Mund auftut und zu babbeln anfängt“ (BUTZKAMM 1999, 5).

Das Ungeborene kann die Stimme seiner Mutter sowohl über das Mitschwingen des Knochenskeletts als auch über die Bauchdecke und die Flüssigkeitsleitung des Fruchtwassers wahrnehmen. Die Mutterstimme nimmt für den Fetus eine Extrastellung ein: Sie wird mit 35 dB wahrgenommen, fast doppelt so laut wie die Geräusche von außen. Während der Fetus die Stimme der Mutter sowohl von außen als auch über das Fruchtwasser vernimmt, hört er die Geräusche von Außenhalb mit abgeschwächtem Schallpegel, etwa 20 dB wahr (vgl. DE JONG 1998, 89).

Im Gegensatz zur männlichen Stimme, hat die der Mutter den Vorteil, dass Babys hohe Stimmen besser hören können als die tiefen männlichen Stimmen. Die Bereiche im Ohr,

die für den Empfang hoher Töne verantwortlich sind, werden früher ausgebildet als jene der tieferen Töne (vgl. ebd., 26).

Das Ungeborene lauscht, nimmt Anteil an der Stimme der Mutter, es merkt und prägt sich diese ein. Es besitzt die Fähigkeit, die Stimme der Mutter von anderen zu unterscheiden und erkennt Geschichten, die es im Mutterleib wiederholt gehört hat, als Neugeborenes wieder (vgl. VERNY & WEINTRAUB 1992, 21f). Das lässt sich durch die Tatsache belegen, dass das Neugeborene auf die Stimme, Sprache und Texte der Mutter so reagiert, als wenn es diese wieder erkennen würde. Die Sprache wird nicht erst relevant, wenn das Kind seine ersten Wörter spricht, die Sprache wird schon vor der Geburt angebahnt (vgl. BUTZKAMM 1999, 8). Bereits zwei Tage nach der Geburt können Babys die Stimme ihrer Mutter von anderen weiblichen Stimmen unterschieden (vgl. DE JONG 1998, 43).

LORENZ (vgl. 1993, 6) bestätigt eine vorgeburtliche Auseinandersetzung mit der Sprache. Aufgrund verschiedener Forschungsberichte der Pränatalpsychologie kann man davon ausgehen, dass Mutter und Kind sich schon vorgeburtlich in einem Dialog miteinander befinden. Dieser bezieht sich nicht ausschließlich auf die lautsprachliche Ebene. Auch die gefühlsmäßige Einstellung der Mutter zum Ungeborenen sowie ihre Haltungen dem Fetus gegenüber haben Einfluss auf die postnatale Entwicklung des Kindes. Es sind die Gefühle der Mutter, die dem Kind vermittelt werden. Nonverbale Kommunikation ist schwer zu beschreiben und auch kaum vorstellbar, aber oft kann diese Kommunikationsform mehr sagen als Worte. Denn Gefühle sind echt, sie vermitteln viel direkter und unmittelbarer. Die Gedanken der Mutter werden zu ihrem Ungeborenen in den Bauch geschickt, das Kind nimmt diese auf und reagiert seinerseits darauf. Mit Worten lügen ist einfach, mit dem Körper lügen ist kaum möglich“ (vgl. DE JONG 1998, 73ff). Oft sind es auch im täglichen Leben die kleinen Signale der Körpersprache oder der Gesichtsausdruck, die uns zeigen, woran wir an einem Menschen sind (vgl. ebd. 74). „Es scheint, als müsse die Kommunikationsform nicht erlernt werden, denn bereits Babys ‚verstehen‘ den Gesichtsausdruck ihrer Eltern, aber auch anderer Menschen, perfekt“ (ebd.).

Das ungeborene Kind nimmt bereits die Sprache und Geräusche der Umwelt wahr, ebenso bekommt es die nonverbale Kommunikation, die Gefühle der Mutter vermittelt. Eine Kommunikation mit dem Fetus ist für dessen weitere Entwicklung sehr wichtig. (VERNY & WEINTRAUB 1992, 24f). „Und wirklich können Eltern, wenn sie liebevoll und regelmäßig

mit dem Kind kommunizieren, einen fördernden Dialog mit dem Ungeborenen aufbauen, der noch lange über die Geburt hinaus andauern kann“ (ebd., 24f). Eine vorgeburtliche Kontaktaufnahme mit dem Fetus wirkt sich besonders positiv auf eine spätere Eltern-Kind-Beziehung aus (vgl. DE JONG 1998, 78). Hierbei spielt jedoch kaum die Art der Kommunikation eine Rolle. Babys erfassen unausgesprochene, emotionale Botschaften ebenso wie die Lautsprache der Mutter (vgl. VERNY & WEINTRAUB 1992, 25).

4.2.2 Perinatale Phase

Das Neugeborene erkennt, wie bereits im vorangegangenen Kapitel erwähnt, die Stimme, Sprache und Texte die es im Mutterleib wiederholt von der Mutter gehört hat, wieder. Es bewahrt die vorgeburtlichen Erlebnisse der Stimme und Sprache auf. Schon vor der Geburt bindet dies das Baby an die Mutter wesentlich und unverwechselbar.

Die Zeit während und unmittelbar nach der Geburt ist eine besonders wichtige Phase, um den Säugling an die Mutter und die Mutter an den Säugling zu prägen. Im Vergleich zu Säugetieren kommt das Menschenbaby rund 12 Monate zu früh auf die Welt. So ist es nicht wunderlich, dass der Säugling für lange Zeit auf die enge Verbindung der Mutter angewiesen ist.

Die Zeit während der Geburt ist als eine besonders sensible Zeitspanne zu beobachten (vgl. BUTZKAMM 1999, 8ff). „Durch die Hormonflut unter der Geburt bedingt, sind Mutter und Kind besonders aufnahmebereit und emotional ansprechbar“ (DE JONG 1998, 55). Das Baby ist für bestimmte Umweltreize besonders empfänglich und aufnahmebereit, alle Sinne sind beteiligt. Sowohl von der Mutter als auch vom Kind ist das Erstkontaktbedürfnis in den ersten Stunden besonders groß. Mutter und Kind beeinflussen sich wechselseitig und lernen von einander (vgl. BUTZKAMM 1999, 11f). Die Phase kurz vor und unmittelbar nach der Geburt ist eine ganz besondere Zeit für Mutter und Kind.

4.2.3 Postnatale Phase

Die postnatale Phase der Kommunikationsentwicklung beschreibt die Sprachentwicklung nach der Geburt des Kindes. Das Baby durchläuft verschiedene Stadien und es ist ein weiter Weg bis zum ersten sinntragenden Wort. „In Wechselwirkung von Ausreifung und Einübung muß das Baby überhaupt erst einmal lernen seine Atmung zu steuern, um Geräusche

willentlich zu produzieren und seine Stimme zu entwickeln. Es dauert eine Zeit, bis es überhaupt wohlgeformte Sprachlaute hervorbringen kann“ (BUTZKAMM 1999, 55). Der Säugling verfügt zu Beginn neben dem Schreien über verschiedene angeborene Grundlaute, wie beispielsweise dem Schlaflaut oder dem Trinklaut. Bereits zwischen der 6. und 8. Lebenswoche differenzieren sich diese Laute und das Baby beginnt zu gurren und mit der Stimme zu spielen. Ab dem 4. Monat entstehen die ersten silbischen Äußerungen, um den siebten Monat werden diese rhythmischer und als Plaudern bezeichnet. (vgl. PAPOUSEK 1994, 72ff). Auch gehörlose Kinder „[...] fangen zu lallen an wie gesund geborene Kinder. Mit ungefähr 6 Monaten gehen die Lautierungen jedoch stark zurück“ (BUTZKAMM 1999, 69). Während hörende Kinder weiterhin mit ihrem Stimmtrakt spielen, werden die Lautierungen der gehörlosen Kinder immer geringer und hören schließlich ganz zu lallen auf. Kinder mit Muttersprache Gebärdensprache beginnen ebenfalls ihre vokalen Fähigkeiten zu erforschen, jedoch lässt dies nach, und sie beginnen etwa zur gleichen Zeit wie hörende Kinder mit dem manuellen Babbeln.

Mit rund einem Jahr wird das Stadium der ersten Wörter erreicht, mit etwa 18 Monaten werden die ersten Zweiwortäußerungen festgestellt und der Wortschatz erweitert (SCHNATTINGER & HORSCH 2004, 162). Der Spracherwerb läuft bei gehörlosen Kindern mit Muttersprache Gebärdensprache „[...] nach einem vergleichbaren Muster ab, wie der Erwerb der Lautsprache bei hörenden Kindern hörender Eltern“ (ebd., 157). Lautsprache und Gebärdensprache unterscheiden sich zwar in ihrer Modalität. Während man bei der Lautsprache von einem auditiven Modus spricht, so bedient sich die Gebärdensprache eines visuellen Kanals. Jedoch gibt es beim zeitlichen Erwerb der beiden Sprachen nur geringe Unterschiede. Sowohl hörende als auch gehörlose Kinder befinden sich zumeist in der Entwicklung der Sprachstadien im selben Alter (vgl. ebd., 157ff).

Nachfolgend werden sowohl der Spracherwerb bei gehörlosen Kindern mit Muttersprache Gebärdensprache als auch der Spracherwerb bei hörenden Kindern, die lautsprachlich aufwachsen, in separaten Kapiteln dargestellt. Des Weiteren soll kurz auf die Besonderheit des Spracherwerbs von Cochlea implantierten Kindern eingegangen werden.

4.2.4 Exkurs: Motherese

Säuglinge werden in eine Welt geboren, in der Eltern bzw. Erwachsene eine starke Neigung haben, mit dem Baby zu sprechen. Die so genannte „Motherese“ – zu Deutsch „das

Mutterische“ – ist die Art, in welcher Erwachsene mit Kleinkindern sprechen (vgl. PAPOUSEK 1994, 128). Der Anblick eines Säuglings löst in einem Erwachsenen ein bestimmtes Sprachverhalten aus. Man möchte sich dem Kind verständlich machen und so wird man die Sprache unwillkürlich dem Verständnisvermögen des Kindes anpassen (vgl. BUTZKAMM 1999, 96f). „Die Grundregeln des ‚Mutterischen‘ besteht darin, verständlich und dabei grammatikalisch korrekt zu sprechen. Zwar benutzen Eltern anfangs verniedlichende Babywörter und Kosewörter, die so in der Erwachsenensprache nicht vorkommen „[...]“. Aber sie sprechen grammatisch richtig und gehen keine Kompromisse ein [...]“ (ebd., 89).

Die elterliche Sprechweise zum Säugling kommt seinen Vorlieben, Beschränkungen und Fähigkeiten in bemerkenswerter Weise entgegen. Die Eltern heben ihre Stimmlage um rund drei Halbtöne an und erweitern den Stimmumfang auf zirka zwei Oktaven. Lexikalische und syntaktische Informationen treten in den Hintergrund und werden durch Ausrufe, Kosenamen und Nachahmungs- bzw. Modelllaute ersetzt. Es werden kurze Silben eingesetzt und diese in ihrem vokalischen Anteil verlängert. Besonders auffallend in der Sprechweise zum Säugling ist die melodische Struktur. Diese weicht sehr von der monotonen Sprechweise unter Erwachsenen ab (vgl. PAPOUSEK 1994, 129).

Es gibt auch auffallende prosodische¹⁹ Veränderungen der mütterlichen Sprechweise an das Entwicklungsalter des Kindes. Die Sprechweise von der Mutter an den Säugling im Vorsilbenalter unterscheidet sich deutlich von der Sprechweise an ein zweijähriges Kind. So sind beispielsweise die Sprachmelodien gegenüber einem vier Monate alten Säugling ausgeprägter als gegenüber ein- bis zweijährigen Kindern. Die melodische Sprechweise der Motherese ist für Kleinkinder besonders attraktiv (vgl. ebd., 135f). Es ist eindeutig, dass das „[...] Neugeborene seine Aufmerksamkeit mit Vorliebe auf Stimme und Sprache der Mutter und auf die Muttersprache richtet, und daß diese Vorliebe auf einer besonderen ‚Sensibilität‘ für die [...] prosodischen Strukturmerkmale der Sprache beruht“ (ebd., 146).

Obwohl es keine eindeutigen Beweise dafür gibt, dass die Eigenschaften des Mutterischen die Sprachentwicklung des Kindes besonders positiv beeinflussen, so gibt es jedoch Hinweise darauf (vgl. BUTZKAMM 1999, 97). PAPOUSEK (vgl. 1994, 172) formuliert hierzu folgende Hypothesen:

¹⁹ Mit prosodische Veränderungen sind sprachmelodische Veränderungen gemeint (vgl. BERGER 2003, 90).

- Da die mütterliche Sprechweise primär auf die Ebene der Sprachwahrnehmung des Kindes abgestimmt ist, ermöglicht und fördert es dadurch die Entwicklung des Sprachverständnisses.
- Das mütterliche Sprachangebot ist tendenziell den Fähigkeiten des Kindes einen Schritt voraus und gibt damit dem Kind einen Anreiz zum Lernen neuer Strukturen.
- Jedes Entwicklungsalter bedarf unterschiedlicher Förderungen um den optimalen Sprachgebrauch zu erreichen. Die mütterliche Sprechweise wird dem individuellen Entwicklungsstand des Kindes angepasst.

Um klare Ergebnisse zum positiven Einfluss der elterlichen Sprechweise auf den frühen Spracherwerb des Kindes zu bekommen, bedarf es noch einiger empirischer Untersuchungen. Jedoch kann man annehmen, dass sich die elterliche Sprachanpassung im vorsprachlichen Alter auf das Sprachverständnis des Kindes auswirkt.

Nicht nur hörende Eltern reagieren auf ihr hörendes Kind mit einem angepassten Verhalten. Auch außerhalb der Lautsprache besitzen Mütter die Fähigkeiten, sich an ihren Säugling und dessen eher beschränkte Möglichkeiten anzupassen. Die so genannte Signerese ist das an das hörgeschädigte Kind gerichtete, in Gebärdensprache produzierte „Mutterische“. Darauf wird im Kapitel „Sprachentwicklung gehörloser Kinder“ genauer eingegangen.

4.3 Die Sprachentwicklung beim hörenden Kind

Während der Phase der vorsprachlichen Kommunikation, vom ersten Schrei zum ersten Wort, macht der Säugling im Bezug auf die Sprache viele Entwicklungsschritte. Vor dem Beginn des ersten Wortes werden verschiedene Stadien durchlaufen, wie der erste unwillkürliche Schrei, das erste Plappern oder das erste Protowort. PAPOUSEK (vgl. 1994, 72ff.) beschreibt die Entwicklung der Kommunikation mit folgenden vorsprachlichen Phasen: die Stimmgebung, die frühe Modulation, die Exploration mit dem Stimmtrakt, die regulären Silben, die alternierenden Silben sowie das Einwortstadium. Des Weiteren wird kurz auf das Zwei- bzw. Mehrwortstadium eingegangen.

4.3.1 Stimmgebung: Schreien

Bereits zu Beginn des Lebens ist das Neugeborenen mit einem enormen stimmlichen Potential ausgestattet, dem Schreien. Der Schrei ist darauf angelegt, die Umwelt zu alarmie-

ren, auch über größere Entfernungen hinweg. Er wirkt als angeborenes Distanz- und Alarmsignal, in dem der Säugling seine erste stimmliche Ausstattung von sich gibt (vgl. PAPOUSEK 1994, 77ff). „Das Schreien ist ein angeborenes Signal, in dem das Neugeborene überraschende stimmliche Kompetenzen hören läßt [...]“ (ebd., 79). Die vorsprachlichen Äußerungen des Säuglings sind kaum bzw. nur sehr schwer konkreten Emotionen zuzuordnen. Ob ein Laut zum Informationsträger wird hängt davon ab, ob dieser von Personen wahrgenommen, interpretiert und beantwortet wird. So wirkt ein Schrei auf Bezugspersonen beunruhigend. Es wird eine Erregung ausgelöst und intuitiv versucht die Ursache des Schreis zu beheben und das Kind zu beruhigen (vgl. ebd., 156ff).

Neben dem Schreien, seinem Alarmsignal, verfügt der Säugling von Beginn an über verschiedene Lautsignale die als Vorstufen der weiteren Lautentwicklung gelten. Man kann zwischen fünf verschiedenen Lauten unterscheiden. Der Kontaktlaut ist ein einzelner, kurzer Laut und wird zumeist nach dem Aufwachen geäußert. Der Unmutslaut ist eine rhythmische Folge kurz andauernder Einzellaute. Er signalisiert ein Unbehagen, wie etwa beim Putzen der Nase durch die Mutter. Der Schlaflaut wird in unregelmäßigen Abständen von etwa 15 Minuten im Schlaf geäußert und geht oft mit einer Veränderung der Schlaflage einher. Der bekannteste Laut ist wohl der Trinklaut, der im Saugrhythmus des Säuglings verläuft. Ein letzter Laut wird unterschieden, der Wohligkeitslaut. Dieser ist ein reiner Ton, der dann zu hören ist, wenn der Säugling sich wohl und geborgen fühlt. Es muss jedoch an dieser Stelle erwähnt werden, dass nicht jeder Säugling alle Arten der Lautsignale von sich gibt (vgl. BUTZKAMM 1999, 54ff).

„Die Fähigkeiten des Säuglings zur stimmlichen Kommunikation entwickeln sich vor allem aus zwei Wurzeln, dem spontanen vokalen Ausdruck der Befindlichkeit, und den frühen Kontingenzerfahrungen in Bezug auf seine Vokalisation“ (PAPOUSEK 1994, 156). Demnach sind zufällige Lautäußerungen der Grundlaute Ausdruck der Befindlichkeit des Kindes. Noch bevor der Säugling seine Empfindungen gezielt mitteilen kann, kann er seine Äußerungen erproben und erfahren, wie diese als Kommunikationsmittel wirken und wie er sie gezielt einsetzen kann (vgl. ebd., 158).

4.3.2 Vorsilbenstadium: „Gurren“

Die ersten Grundlaute des Babys geben Aufschluss über das kindliche Befinden und sind für die weitere Lautentwicklung wichtig. Sie bilden das stimmliche System, aus welchem

die weiteren artikulatorischen und phonatorischen Fähigkeiten hervorgehen. Dieses differenziert sich bereits in den ersten sechs bis acht Lebenswochen des Säuglings zu vokalartigen Lauten. Sie werden länger, kräftiger, wohltönender und klingen musikalischer als die ersten Grundlaute. Im zweiten und dritten Monat des Kleinkindes werden die Laute bereits vielfältiger. Der Säugling hat eine bessere Kontrolle über seine stimmlichen Fähigkeiten (vgl. PAPOUSEK 1994, 79f). „Die typischen Lautketten dieser Phase werden in der Literatur lautbeschreibend als ‚Gurren‘ [...]“ (ebd., 79) bezeichnet. Diese Phase der Gurrlaute geht gleitend in eine Phase der spielerischen Exploration des Stimmtraktes über.

Der Säugling beginnt mit seiner Stimme zu spielen, wobei zufällige Laute entstehen. Mit viel Eifer probiert er diese immer wieder aus. Er hat deutlich Freude über die eigene Hervorbringung (vgl. BUTZKAMM 1999, 56). „Der Säugling beginnt abwechselnd zu quiet-schen oder zu brummen, zu kreischen oder zu flüstern, und vokalisiert einmal in kurzem Stakkato, einmal in lang ausgezogenen vokalartigen Lauten mit ausgeprägter Frequenzmodulation. Zur Bereicherung [...] werden verschiedenste Mittel ausgenutzt: ein Überschuß von Speichel, Fingerspiel mit den Lippen, ein Spielzeug oder Finger im Mund, die ersten Zähnen oder prustendes Ausstoßen von Luft durch die geschlossenen Lippen“ (PAPOUSEK 1994, 81). Durch die Ausdauer und den Eifer, die das Kind an der Lautproduktion, an den Wiederholungen und am Variieren hat, bekommt man den Eindruck der Freude und inneren Motivation an der spielerischen Exploration. Die Stimme wird für den Säugling zum Spielzeug, sowohl im Dialog mit den Eltern als auch unabhängig von der Anwesenheit dieser (ebd.). „Das gesunde Baby übt oder spielt mit seiner Stimme nicht nur im Dialog, zu dem es die Eltern ermuntern, sondern auch im Monolog, vor allem in entspannten Perioden [...]“ (BUTZKAMM 1999, 56). Das Spiel mit der Stimme nimmt einen breiten Raum des Säuglings ein. Er neigt dazu seine Lautäußerungen in verschiedenen Variationen von Stimmlage, Tempo, Lautstärke und Rhythmus zu wiederholen. Das Kleinkind findet in dieser Phase reichlich Gelegenheit sein Lautrepertoire zu erweitern.

Dass die Produkte seiner artikulatorischen Bewegungen als auditive Rückkoppelung unmittelbar zugänglich sind, spielt für das normal hörende Kind eine wichtige Rolle. Es ist Grundlage dafür, dass es weiterhin mit seiner Stimme und den Lauten exploriert. Weiters sind auch visuelle Stimulationen mit den sichtbaren Artikulationsbewegungen und propri-

ozeptives²⁰ Feedback eine wichtige Grundlage für die auditive Stimulation. Gegen Ende des ersten Halbjahres erreicht der spielerische Umgang mit der Sprache seinen Höhepunkt. Jedoch geht dies mit zunehmender Komplexität bis ins zweite Lebensjahr hinein (vgl. PAPOUSEK 1994, 83ff).

4.3.3 Silbenstadium: „Plappern“

Im Alter von etwa 6 bis 11 Monaten (zumeist zwischen dem 7. und 8. Monat) beginnt der Säugling abrupt mit den typischen, sich wiederholenden Silbenketten. Man spricht hierbei von repetitiven Silbenplappern. Das Auftreten dieser Silbenfolgen wird in der Literatur als ein wichtiger Meilenstein in der Lautsprachentwicklung beschrieben (vgl. PAPOUSEK 1994, 84). „Bei den regulären Silben handelt es sich um wohlgeformte Silben [...] sie stellen die minimale rhythmische Einheit dar, die allen menschlichen Sprachen gemeinsam ist“ (ebd., 84f). Die Silben, die der Säugling von sich gibt, bestehen aus einem Verschlusslaut, gepaart mit einem Vokal, wie beispielsweise „bababa“ oder „dädädä“. Das Kleinkind wiederholt die Silben mehrfach, denn es freut sich, diese wieder zu erkennen und zielgenau zu produzieren. Zur gleichen Zeit, teilweise auch etwas später treten Silbenkombinationen wie beispielsweise „mamumumume“ im Lautrepertoire des Kindes auf (vgl. BUTZKAMM 1999, 57).

Das Silbenplappern scheint nicht nur am Stimmtrakt zu liegen: Auch gehörlose Kinder, die in der vorsprachlichen Kommunikation eine Gebärdensprache erleben, befinden sich etwa zur gleichen Zeit wie hörende Kinder in einem Silbenstadium. Sie plappern sozusagen mit den Händen.

Auf die Phase der repetitiven Silben folgen die alternierenden Silben, die in der Literatur auch als zweite Expansion bzw. Jargon babbling bezeichnet werden. Diese Phase ist durch die Kombination verschiedenartiger Konsonanten und Silben gekennzeichnet. So fällt auf, dass die Kinder in dieser Zeit verschiedene Differenzierungen innehaben: Spielen mit musikalischen Phrasen, undeutlich artikulierte Silbenkombinationen, sowie satzähnliche Muster, in denen die Kinder abwechselnd Silben betonen und nicht betonen. Die Kleinkinder fassen bereits die Kontraste der Muttersprache auf (vgl. PAPOUSEK 1994, 86ff). „In dieser

²⁰ Unter propriozeptiv versteht man die „[...] Wahrnehmungen aus dem eigenen Körper vermittelnd [...]“ (DUDEN 2001, 814).

Phase erkennt und speichert das Kind Silbenfolgen als Bedeutungseinheit und entdeckt kontrastive Funktionen feiner muttersprachspezifischer Lautvarianten“ (ebd.). Das Kind erkennt die Lautkontraste der Muttersprache sowie die gehörter Sprache für die Grundlage seiner sprachlichen Imitation und seiner eigenen Lautproduktion (vgl. ebd.). „Die perzeptiv-ve Ausrichtung des Kindes auf die phonetischen Besonderheiten der Muttersprache ist die Voraussetzung dafür, daß sich bereits in den Plappermonologen von 8- bis 10-monatigen Säuglingen bestimmte Klangstrukturen der Muttersprache abbilden“ (ebd., 88).

4.3.4 Einwortstadium

Am Ende des Silbenstadiums beginnen die alternierenden Silben im kindlichen Repertoire. Es werden verschiedene Silben miteinander kombiniert und so entstehen die ersten wort-ähnlichen Produktionen. Mit rund einem Jahr entwickeln sich die ersten Protowörter und Wörter in Wechselbeziehung mit dem Silbenplappern (vgl. PAPOUSEK 1994, 87).

Mit Spannung wird der Spracherwerb des Kleinkindes verfolgt und auf das erste Wort gewartet. Es ist nicht einfach zu bestimmen, was nun als erstes selbstständiges Wort angesehen werden kann. Vor allem sollte es spontan gebraucht werden und der Sinn als Einwortsatz deutlich sein (vgl. BUTZKAMM 1999, 73f). Einwortäußerungen stehen gerne im Mittelpunkt der Spracherwerbsforschungen (vgl. WISCH 1990, 56). „Sie verweisen auf eine am Erwachsenenmodell orientierte Sprachwahrnehmung und wurde durchwegs als kleinster Satz interpretiert“ (ebd.).

Oft stehen einzelne Wörter als so genannte Globalwörter für eine ganze Situation. Beispielsweise kann das Wort „*aua*“ alles bedeuten, was mit Schmerzen zu tun hat. Es kann Gegenstände darstellen, wie eine Schere oder ein Messer oder aber alles was weh tut und wehtun kann (vgl. BUTZKAMM 1999, 74).

„Oft folgt eine Pause von mehreren Monaten, in der die Kinder nur mit einem Wort [...] operieren, bis sie dem ersten ein neues hinzufügen und weitere Einwortsätze äußern. Diese Phase der Einwortsätze dauert dann im Durchschnitt ein halbes Jahr [...]“ (ebd.). Die Schwankungsbreite liegt zwischen vier und zwölf Monaten. In der Sprachentwicklung gilt eine breitere Spannbreite als normal. Es gibt Kinder, die bereits vor ihrem ersten Lebensjahr das erste Wort äußern, aber auch Kinder, die erst gegen Ende des zweiten Lebensjahres beginnen Wörter zu produzieren, dann aber schnell vorankommen. Sowohl der indivi-

duelle Sprachbeginn als auch das Entwicklungstempo kann von Kind zu Kind variieren und sollte auch als normal angesehen werden. Man muss jedoch erwähnen, dass die Kinder zu diesem Zeitpunkt viel mehr verstehen, als sie selbst ausdrücken können. Das Sprachverständnis geht der Sprachproduktion des Kindes voraus.

Nachdem das erste Wort produziert wurde, wächst der Wortschatz des Kindes allmählich und es stehen ihm immer mehr Wörter zur Verfügung. (ebd., 74f).

4.3.5 Zwei- und Mehrwortstadium

Mitte des zweiten Lebensjahres verfügen Kinder bereits über einen aktiven Wortschatz. Bei einigen Kindern beträgt dieser mit eineinhalb Jahren bereits um die 50 Wörter (vgl. BUTZKAMM 1999, 75), und es werden erste Wortkombinationen möglich. Diese werden als so genannte Zweiwortäußerungen oder Zweiwortsätze bezeichnet. Jedoch haben sie mit den Satzbausteinen der deutschen Sprache kaum Ähnlichkeiten, da sie noch keine grammatischen Aspekte enthalten.

Im Alter von etwa drei Jahren werden die ersten Drei- und Mehrwortsätze gebildet. Damit einhergehend lernen die Kinder Schritt für Schritt den Regelapparat der deutschen Grammatik sowie die komplexen Strukturen der Sprache. Hörende Kinder erlernen die Sprache Schritt für Schritt in der Alltagskommunikation mit Gleichaltrigen und Erwachsenen (vgl. WISCH 1990, 57f).

4.4 Die Sprachentwicklung beim gehörlosen Kind

Wie bereits im Kapitel „Begriffsdefinitionen“ beschrieben, ist Sprache ein Zeichensystem, das eine bestimmte Struktur aufweist, nach bestimmten Regeln miteinander verknüpft ist und für zwischenmenschliche und intrapersonelle Verständigung dient. Wenn man nun Sprache in linguistische Disziplinen teilt wie der Morphologie, Syntax und Semantik, so enthalten sowohl die Grammatik der Lautsprache als auch die der Gebärdensprache diese Merkmale. Die Gebärdensprache ist also eine vollständige Sprache (vgl. WISCH 1990, 21). Ist es in der Lautsprache „[...] insbesondere der Sprechtrakt, der gleichsam als Sprech- und Sprachinstrument fungiert[e], so ist es in der Gebärdensprache der ganze Körper. Dabei kommt den Armen und Händen als Hauptträger der Gebärdenzeichen im Sinne von Handzeichen und der Mimik besondere Bedeutung zu“ (ebd., 155). Die Gebärdensprache ist

eine visuell-manuelle Sprache, die Lautsprache bedient sich hingegen dem oral-auditiven Modus.

4.4.1 Besonderheiten der Gebärdensprache

Kinder die mit der Gebärdensprache als Muttersprache aufwachsen, durchlaufen ebenfalls wie hörende Kinder von Geburt an einen ganz normalen Spracherwerb, jedoch in der Gebärdensprache anstatt der Lautsprache (vgl. SCHNATTINGER & HORSCH 2004, 157). Die Gebärdensprache ist ein visuelles Zeichensystem, das sich sichtbaren Signalen wie der Hand-, Körper- und Gesichtsbewegungen bedient. Es gibt weltweit unterschiedliche Gebärdensprachen: In Österreich gebärdet man die ÖGS (Österreichische Gebärdensprache) und in Amerika ASL²¹ (die amerikanische Gebärdensprache). Es gibt weiters regionale Varianten, die sich ähnlich wie den lautsprachlichen Dialekten von Bundesland zu Bundesland bzw. von Ort zu Ort unterscheiden.

Wesentliche Unterschiede zwischen der deutschen Lautsprache und der österreichischen Gebärdensprache ist die Grammatik. Die Österreichische Gebärdensprache ist nicht eine gebärdende Form der gesprochenen deutschen Sprache, sie hat eine eigene von der Lautsprache unabhängige sprachliche Struktur und Grammatik. Sie ist genauso vielfältig und leistungsfähig wie jede Lautsprache, sie ist eine ebenso gleichwertige Kommunikationsform wie jede andere Sprache (vgl. ÖGLB 2004a, 12). „Die Gebärdensprache bedient sich anderer Ausdrucksmittel als die gesprochene Sprache. Während diese sich über den oral-akustischen Kommunikationskanal mitteilt, verwendet die Gebärdensprache manuelle und nichtmanuelle Ausdrucksmittel. In der Gebärdensprache werden Hände und Arme benutzt sowie Kopf, Oberkörper, Gesichtsausdruck, Mundbild und Blick“ (BOYES BRAEM 1992, 17). Für die Ausführung der Gebärden existiert ein bestimmter Bereich, der so genannte Gebärdenraum. Dies ist die körpernahe Region zwischen dem Kopf und dem Bauch. Im Gebärdenraum werden fast alle Gebärden realisiert. Die Gebärdensprache bedient sich drei verschiedener Komponenten. Wenn man sich Gebärdensprache vorstellt, so denkt man gewöhnlich an die Hände und Arme. Jedoch sind auch Mimik, Körper- und Gesichtsausdruck sowie die lautlose Artikulation ein wichtiger Aspekt (vgl. SCHNATTINGER & HORSCH 2004, 151ff). Diese manuellen Ausdrucksmittel lassen sich in vier Parameter einteilen: die Handform, die Handstellung, die Ausführungsstelle und die Bewegung. Man kann nicht für

²¹ ASL bedeutet amerikanische Gebärdensprache, die American Sign Language (vgl. ÖGLB 2004a, 12).

eine Gebärde irgendeine beliebige Handform verwenden. Nur bestimmte Handformen und Handstellungen sowie Ausführungsstellen und Bewegungen werden in der Gebärdensprache benutzt und haben sodann Bedeutung von Wörtern (vgl. BOYES BRAEM 1992, 17f).

Die Verwendung von nichtmanuellen Komponenten der Gebärdensprache ist besonders wichtig um verschiedene Informationen mitzuteilen. Mimik, Mundbild und Körperhaltung können Aufschluss über einen Gemütszustand, Einstellungen oder Reaktionen geben. Weiters können sie gesellschaftliche Stellungen der Gesprächspartner zeigen und Schlüsse ziehen lassen, ob das Gegenüber die Wahrheit sagt oder nicht (vgl. ebd., 97).

4.4.2 Exkurs: Signerese

Wie bereits im Kapitel „Exkurs: Motherese“ ausführlich beschrieben, ist die Motherese ein ideales lautsprachliches Angebot von Erwachsenen an den Säugling. Die Eltern benutzen ein an das Kind angepasstes Sprachverhalten, wie häufige Wiederholungen, deutliche und langsame Artikulation sowie ein vereinfachtes Vokabular (vgl. PAPOUSEK 1994, 128). Während in der Lautsprache das Angebot bzw. das Zentrum der Motherese im Bereich des Hörens liegt, so ist – die Signerese – die Motherese der Gebärdensprache, „[...] ein Angebot für den Bereich des Sehens, das ebenso in idealer Weise auf den Spracherwerb des Kindes ausgerichtet ist“ (SCHATTINGER & HORSCH 2004, 17). Die Interaktion zwischen Mutter und Kind ist ein vermehrtes Angebot an den visuellen Kanal. Mütter berühren, kitzeln, bewegen die Arme und Beine ihres Kindes, es sind vermehrte zärtliche Gesten beobachtbar. Das Zentrum der gebärdenden Muttersprache, der so genannten Signerese sind das Gesichtsfeld und der Oberkörper der Mutter.

Die Gebärden der Mutter an das Kind gerichtet werden an das Entwicklungsalter des Babys angepasst. Sie sind in ihrer Ausführung modifiziert, weniger komplex und werden langsamer ausgeführt, als wenn zwischen Erwachsenen gebärdet wird. Anfangs führen die Mütter die Gebärde nahe am Kind aus, wenn diese jedoch älter werden, kehren die Mütter zurück in den Gebärdenraum. Ebenso wird versucht die Aufmerksamkeit des Kindes gezielt zu steuern (vgl. ebd. 171f). „So führt die Mutter, wenn das Kind auf ihrem Schoß sitzt, die Gebärde im Gebärdenraum des Kindes aus. Dabei berührt die Mutter häufig den Körper des Kindes [...]“ (ebd., 172).

Man könnte sagen, dass die Motherese der Gebärdensprache dieselben Charakteristika wie jene der Lautsprache aufweisen, jedoch in einem visuellen Kontext eingebettet sind. Während die Lautsprache an den Säugling akzentuiert wird, wie die Höhe der Tonlage, so kann man dies auch in der Gebärdensprache beobachten. Mütter akzentuieren die Gebärde, indem sie größere Bewegungen bzw. größere Gebärden machen, sie erweitern den Gebärdradius. Das Angebot der Gebärden entspricht dem Alter des Kleinkindes, die Handformen werden modifiziert, einfachere Handformen ersetzen komplizierte. Ebenso wie bei der Lautsprache an das Kind diese durch kurze Sätze vereinfacht wird, werden die Gebärden an das gehörlose Kind erleichtert. Die Mütter gleichen ihre Sprachproduktion an die Säuglinge an (vgl. SCHNATTINGER & HORSCH 2004, 174). „Die Forschungsergebnisse zeigen, dass die Signerese gut an die Bedürfnisse des Kindes angepasst ist, wobei die spezifischen Eigenarten der Gebärdensprache besonders berücksichtigt werden [...]“ (ebd., 172). Ebenso wie die Motherese ist die Signerese eine an das Kleinkind angepasste Form der Interaktion. Sie trägt dazu bei, „[...] um dem Kind einen möglichst optimalen Zugang zur Gebärdensprache zu gewährleisten“ (ebd., 173).

4.4.3 Stimmgebung und Vorsilbenstadium

Wie auch bei den hörenden Kindern ist das gehörlose Kind – sofern nicht biologisch-anatomische Einschränkungen gegeben sind – mit einem potenten stimmlichen Signal ausgestattet. Der gehörlose Säugling beginnt wie das normal hörende Kind zu schreien und phonatorische Grundlaute zu bilden. Er durchläuft in den ersten Monaten dieselben Stadien, wie der hörende Säugling: die Stimmgebung, die frühe Modulation und die Expansion des Stimmtraktes (vgl. PAPOUSEK 1994, 72ff). Obwohl gehörlose Kinder kaum akustische Reize und lautsprachliche Rückmeldung bekommen, ist dennoch ihre Phonementwicklung ausgebildet und die Kinder befinden sich in einem Vorsilbenstadium. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass das Lallen nicht nur auf Imitationen beruht, sondern eine anatomisch bedingte Reifephase der Sprechorgane und ihrer explorativen Verwendung kennzeichnet (vgl. WISCH 1990, 53). „Wenn das Kind gegen Ende der Lallphase immer mehr dazu übergeht, Laute oder ganze Lautgruppen zu bilden, die in gewisser sinnhafter Beziehung zur Umweltsprache stehen und die gezielte Ausfaltung eines Phonemsystems ansteuern, so ist dies oft der Zeitpunkt, wo gehörlose Kinder ihre spontanen Lautproduktionen einstellen oder doch sehr stark reduzieren“ (ebd.).

Alle Kinder, ob hörend oder gehörlos, haben eine Gurr- und Lallphase, ungeachtet der Sprache, die sie umgibt. Mit etwa sechs Monaten beginnt das gehörlose Kind mit dem ersten manuellen Babbeln (vgl. SCHATTINGER & HORSCH 2004, 158), welches mit dem des lautsprachlichen Babbeln des hörenden Kindes vergleichbar ist (vgl. PAPOUSEK 1994, 84).

Bei gehörlosen Kindern, deren Muttersprache die Gebärdensprache ist, verläuft der Erwerb der Gebärdensprache nach einem ähnlichen Muster, wie der Erwerb der Lautsprache bei hörenden Kindern (vgl. SCHNATTINGER & HORSCH 2004, 157).

4.4.4 Silbenstadium: „Plappern mit den Händen“

Ähnlich der vorsprachlichen Entwicklungsstadien der Lautsprache, befindet sich das gebärdende Kind in einem Silbenstadium, in welchem es mit rund sechs Monaten mit den Händen zu plappern beginnt.

Im Alter von 7 bis 11 Monaten fangen gehörlose Kinder die ersten regulären Silben manuell zu babbeln an. Diese Phase zeichnet sich besonders durch die systematische Paarung von Konsonanten und Vokalen aus. Typische Formen dazu sind „dada“, „mama“ oder „gaga“ (vgl. SCHNATTINGER & HORSCH 2004, 159). PETITTO ET AL. (vgl. 1999, 267ff) untersuchte zwei Probandengruppen und verglich nach verschiedenen Gesichtspunkten das vokale Babbeln bei hörenden Kindern mit dem manuellen Babbeln bei gehörlosen Kindern. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass es kaum Unterschiede in der Entwicklung beider Gruppen gibt. Gehörlose Kinder beginnen genauso wie hörende Kinder im Alter von 10 Monaten mit dem Silbenplappern. „[...] by age 10 months, the deaf infants were well into the syllabic manual babbling stage, which occurred at the same time as in hearing infants (age 7 to 10 month)“ (ebd., 270). Die Studie zeigt, dass gehörlose und hörende Kinder etwa die gleiche Anzahl an Gesten (Arme hochheben, um hochgenommen zu werden) produzierten, jedoch gehörlose Kinder manuell plapperten und die hörenden lautsprachlich plapperten (ebd., 269f).

Auf die Phase der kanonischen bzw. repetitiven Silben folgt gleichsam wie beim lautsprachlichen Babbeln die Phase der alternierenden Silben. Die so genannte zweite Expansion bzw. das Jargon babbling unterscheiden sich von der vorangegangenen Phase dadurch, dass verschiedene Silbenkombinationen, wie „gadaba“ auftreten. Diese Phase setzt etwa ab dem 10. Lebensmonat des gehörlosen Säuglings ein und besonders typisch sind die

ersten wortartigen Konsonanten-Vokal-Verbindungen. Zum Teil treten in diesem Stadium bereits erste Gesten und Wörter auf (vgl. SCHATTINGER & HORSCH 2004, 158).

Wenn man nun das manuelle Babbeln mit dem vokalen Babbeln vergleicht, so kann man feststellen, dass sie gleiche charakteristische Eigenschaften aufweisen. Das Kind produziert beim manuellen Babbeln gebärdensprachliche, phonetische und silbische Einheiten. Diese werden, ebenfalls wie beim vokalen Babbeln, ohne offensichtliche Bedeutung und bewussten Bezug zur Außenwelt produziert (vgl. ebd., 159). Gehörlose Kinder stehen hörenden Kindern um nichts nach. „[...] there are similarities between deaf and hearing children in the time course, structure, and use of manual babbling, which suggests that there is a unitary language capacity that underlies human signed and spoken language“ (PETITTO ET AL. 1999, 267).

4.4.5 Eingebärdenstadium

Anschließend an die Phase des Babbelns versuchen Kinder die ersten spezifischen Inhalte zu ermitteln. Etwa im Alter von zwölf Monaten durchlaufen sie einen Dekontextualisierungsprozess. Aus Gesten werden Gebärden und aus Vokalisationen (so genannten Protowörtern) werden sinntragende Wörter. Die Kinder sind fähig Gebärden zu erkennen, als wirkliches Wort zu klassifizieren und sich auch auf diese zu beziehen. Sowohl hörende als auch gehörlose Kinder sind nun fähig ihre ersten Wörter und Gebärden zu produzieren (vgl. BOYES BRAEM 1992, 164). „Man beachte, daß hörende und gehörlose Kinder zur gleichen Zeit das frühe Stadium der Vokalisierung bzw. Gestik durchschreiten und anschließend das Stadium der einzelnen Wörter und Gebärden erreichen, unabhängig davon, welcher Sprache sie ausgesetzt sind“ (ebd.). Man kann nun also von einem vergleichbaren zeitlichen Rahmen hinsichtlich des Erwerbs der ersten Gebärden und der ersten Wörter ausgehen.

Die ersten Eingebärdenäußerungen bestehen aus der unreflektierten Grundform einer Gebärde. Gebärden werden nur als Grundform dargestellt, grammatische Aspekte werden nicht berücksichtigt. Beispielsweise werden Richtungsverben auf der Stelle ausgeführt. Man beschreibt dies auch als „frozen signs“, quasi als „gefrorene Gebärden“. Jedoch gehen mit den ersten Wörtern einige Schwierigkeiten bei der Ausführung der Gebärden einher. Kinder haben die Tendenz die Handform falsch auszuführen.

Zur gleichen Zeit machen hörende Kinder nicht so viele Fehler: Das liegt jedoch daran, dass zu dem Zeitpunkt die Feinmotorik des Kindes noch nicht so gut entwickelt ist, die Grobmotorik, die für die Artikulation notwendig ist jedoch schon (vgl. SCHNATTINGER & HORSCH 2004, 161f).

4.4.6 Zwei- und Mehrgebärdenstadium

Mit dem wachsenden Wortschatz des Kindes stehen ihm allmählich immer mehr Wörter zur Verfügung. Ungefähr mit 18 Monaten, etwa zur gleichen Zeit der Zweiwortsätze bei hörenden Kindern, bilden gehörlose Kinder die ersten Zweigebärdensätze. Diese haben jedoch noch keine Ähnlichkeit mit den Satzbausteinen des Deutschen (vgl. WISCH 1990, 56). Zweigebärdensätze setzen sich aus den gleichen Bestandteilen wie Zweiwortsätze zusammen, das können Inhaltswörter wie Nomen, Verben oder Adjektive sowie Funktionswörter sein. Allgemein kann man sagen, dass Zweiwortäußerungen und Zweigebärdensätze den gleichen semantischen Funktionen unterliegen (vgl. SCHNATTINGER & HORSCH 2004, 162f).

Mit rund drei Jahren treten sowohl die ersten Drei- und Mehrwortäußerungen sowie die ersten Drei- und Mehrgebärdensätze auf (vgl. WISCH 1990, 57).

4.5 Die Besonderheit der Sprachentwicklung beim gehörlosen Kind mit Cochlea Implantat

Bei einer Taubheit oder hochgradigen Hörbeeinträchtigung bietet das Cochlea Implantat eine sehr gute technische Hörhilfe. Voraussetzung dafür ist jedoch ein intakter Hörnerv. Das CI ermöglicht betroffenen Kindern Lautsprache zu erwerben, jedoch muss man davon ausgehen, dass die Informationen über den auditiven Kanal reduziert sind. Auch wenn das CI die bestmögliche Hilfe bietet, ist die eingeschränkte Hörfähigkeit mit jenen von leicht- bis mittelgradig hörgeschädigten Kindern vergleichbar. Dies kann sich auch auf den Erwerb der Lautsprache des Kindes auswirken. Die Qualität des Spracherwerbs bei Kindern mit Cochlea Implantat kann von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden, wie beispielsweise durch die Dauer und Art der Gehörlosigkeit, die Rehabilitation und sprachliche Umwelt nach der Operation des Kindes sowie der zeitlich verzögerte Beginn vom Hören und der Sprachentwicklung (vgl. SZAGUN 2001, 65ff).

SZAGUN (vgl. ebd., 67ff) hat zum Erwerb der Lautsprache bei hörgeschädigten Cochlea implantierten Kinder Studien durchgeführt, die im Nachfolgenden kurz dargestellt und diskutiert werden. In der Untersuchung wurde der Spracherwerb von hörgeschädigten Kindern mit denen normal hörender Kinder verglichen. Für die hörenden Kinder begann der Zeitpunkt der Datenerhebung zwischen 1;4²² und 2;10, für die Kinder mit CI wurde ein Höralter errechnet, welches mit der ersten Instandnahme des Gerätes einherging. Die Datenerhebung der hörbeeinträchtigten Kinder begann zwischen 0;5 und 1;11. Der Zeitpunkt von 1;4 der hörenden Kinder ist mit dem Höralter von 0;5 der hörgeschädigten Kinder vergleichbar.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass der Übergang von Silben zu Wörtern sowie der Wortschatz und die Grammatik bei Cochlea implantierten Kindern langsamer vor sich gehen als bei hörenden Kindern. Jedoch unterscheidet sich der Gebrauch des Wortschatzes in einer kommunikativen Situation kaum von dem der hörenden Kinder (vgl. ebd., 115). „Die Kinder mit Cochlea-Implantat sind älter und ihre Begriffsbildung ist schon weiter fortgeschritten. Sie mögen schon komplexere Sachverhalten äußern wollen in denen Verben, die auch Beziehungen zwischen Subjekt und Objekt ausdrücken, zunehmend eine Rolle spielen“ (ebd., 100). Der Gebrauch des Wortschatzes könnte mit dem höheren chronologischen Alter und dem damit fortgeschrittenen begrifflichen Verständnisses zusammenhängen.

Es wurde bereits erwähnt, dass es große Unterschiede zwischen dem Sprachverständnis und der Sprachproduktion von Kindern gibt. So wird vielfach beobachtet, dass das Verständnis für Begrifflichkeiten der Produktion dieser vorausgeht. Es mag Kinder geben, die mit 14 Monaten bereits 200 Wörter verstehen, aber kaum in der Lage sind selbst Worte zu produzieren, aber auch Kinder, die sehr viele Wörter sprechen können. Ein bestimmtes Niveau von Sprachverstehen ist Voraussetzung für die Produktion dieser. Jedoch ist es nicht unbedingt richtig, dass Kinder die früh viele Worte verstehen, auch einen schnellen Wortschatzerwerb haben. Ähnlich ist die Beziehung von Sprachproduktion und Erwerb bei Kindern mit Cochlea Implantat.

Ein frühes Verständnis ist jedenfalls notwendig, um eine produktive Sprachentwicklung zu durchlaufen, jedoch ist es nicht Voraussetzung dafür (vgl. SZAGUN 2001, 108ff). Wichtiger für die Fortschritte im Spracherwerb scheint die präoperative Hörerfahrung des Kindes zu

²² Die Angabe 2;10 stellt Jahre und Monate dar: 2 Jahre; 10 Monate.

sein. „Kinder, die vor der Operation mit Hörgeräten besser hörten, haben später mit dem Cochlea-Implantat einen schnelleren grammatischen Fortschritt“ (ebd., 125). So steht fest, dass für die Qualität des Spracherwerbs weniger das Implantationsalter des Kindes eine Rolle spielt, sondern das präoperative Hören. „Es scheint so zu sein, daß der Spracherwerb, nachdem er begonnen hat, innerhalb von ca. zwei Jahren ein gewisses Momentum – bzw. eine gewisse Beschleunigung – erlangen muß, um mit einer normalen Sprachentwicklung gleich zu ziehen [...]. Die Zeitdauer nach Einsetzen des Gebrauchs erster Wörter scheint das Entscheidende zu sein“ (ebd., 248).

Nach SZAGUNS (vgl. 2001, 65ff sowie 265) Ergebnissen der Studie scheint es jedenfalls festzustehen, dass nicht das Alter des Kindes bei der Implantation des Kindes für dessen Lautspracherwerb wichtig ist, sondern eine Reihe wichtiger Faktoren berücksichtigt werden müssen. So sind die Faktoren der zeitweisen Abwesenheit von auditivem Input, der zeitlich verzögerte Beginn des Hörens oder eine bleibende Hörschwäche wichtige Variablen, ebenso die Qualität des Hörens vor der Operation, der sprachliche Input nach der Implantation sowie die Förderung des kindlichen Hörens.

4.6 Das sprachliche Angebot an das gehörlose Kind

Die Situation der hörenden Eltern und die Geburt ihres hörgeschädigten Säuglings ist ohne Frage keine einfache. Viele entwicklungsförderliche Faktoren müssen berücksichtigt werden, um eine angemessene Entwicklung des gehörlosen Kindes voranzutreiben. So beschreibt HINTERMAIR (vgl. 2005, 48f.) 3 zentrale Faktoren, die berücksichtigt werden sollen um keine Risiken in dem Entwicklungs- und Sozialisationsprozess einzugehen:

- (1) Eine emotional warme und verständnisvolle Beziehung zum Kind aufbauen.
- (2) Eine auf Selbstverantwortlichkeit ausgerichtete Erziehung.
- (3) Ein zentraler Stellenwert ist die angemessene, funktionstüchtige und kindzentrierte Verwendung eines sprachlichen Kommunikationssystems.

Die Entscheidung des Kommunikationssystems ist eine schwierige für die Eltern: Soll ihr Kind lautsprachlich oder gebärdensprachlich erzogen werden? Hierbei spielt weniger die Form des gewählten Sprachsystems eine Rolle, sondern die Qualität der Kommunikation. Die Eltern stehen vor der schwierigen Entscheidung, soll das Kind Gebärdensprache erlernen oder reichen die Hörreste aus für ein Hörgerät bzw. ist der Hörnerv vorhanden für eine Cochlea Implantation um die Lautsprache zu erlernen. Dies ist eine wichtige Entscheidung,

die möglichst früh getroffen werden sollte, denn „[...] ein Weiterführen der vorsprachlichen Artikulation ist ein wichtiges Kapital für die weitere sprecherische Entwicklung des gehörlosen Kindes“ (WISCH 1990, 53). Die hörenden Eltern haben berechtigt oft den Wunsch, die Hörreste bzw. den Hörnerv zu aktivieren, um den Kleinkindern eine lautsprachliche Kommunikation zu ermöglichen. Dabei sollte jedoch darauf geachtet werden, dass die soziale Integration und die spontane kommunikative Verwirklichung des Säuglings nicht allzu sehr eingeschränkt wird. Dahingehend sollte nicht die Frage gestellt werden, ob Lautsprache oder Gebärdensprache besser ist, sondern wie man beide Sprachen miteinander verbinden könnte, um bereits in dieser frühen Entwicklungsphase des gehörlosen Kindes einen kommunikativen Kontext zu schaffen (vgl. ebd.). Weiters darf nicht vergessen werden, dass Kinder mit Cochlea Implantat immer noch gehörlose Kinder sind (vgl. dazu Kapitel „Exkurs: Cochlea Implantat“ in der vorliegenden Arbeit). Sobald die Geräte beschädigt sind oder sie abgenommen werden müssen, wie zum Beispiel beim Schlafen oder im Schwimmbad, verfügt das Kind über keine lautsprachlichen Fähigkeiten mehr, und ist sodann gehörlos.

Darüber hinaus weisen zahlreiche Studien auf, dass gehörlose Kinder mit Muttersprache Gebärdensprache einen gleichen Lautspracherwerb haben, wie gehörlose Kinder die lautsprachlich erzogen werden. „Gehörlose Kinder, die mit manueller Kommunikation, zu meist der Gebärdensprache ihrer gehörlosen Eltern groß geworden sind, zeigen eine eindeutig bessere Gesamt- und Sprachentwicklung. Selbst in dem von ihren gehörlosen Eltern kaum zu fördernden Fähigkeiten des Lippenlesens und Sprechens unterscheiden sie sich kaum von ihren gehörlosen Altersgenossen, die von ihren hörenden Eltern, oft noch zusätzlich durch mehrjährige gezielte orale Förderungsprogramme unterstützt, rein oral erzogen wurden“ (WISCH 1990, 215). Oft wird vermutet, dass die frühe Verwendung der Gebärde die Lautsprache des Kindes beeinträchtigt. Dies ist durch diverse Studien widerlegt, da gehörlose Kinder mit Muttersprache Gebärdensprache keine schlechteren oralen Fähigkeiten aufweisen als rein oral erzogene Kinder. Kinder, die neben dem Gebärdenspracherwerb zugleich auch an die Lautsprache herangeführt werden, haben eindeutig keine Nachteile gegenüber nur lautsprachlich erzogenen Kindern, zum Teil sind sie denen sogar überlegen (vgl. ebd.). „So läßt sich die positive kommunikativ-sprachliche und in Abhängigkeit davon auch die gute Gesamtentwicklung gehörloser Kinder mit gehörlosen Eltern wohl am ehesten durch diese bilinguale Situation der Kinder erklären“ (ebd.). Sie sind ein positives

Modell einer bilingualen Spracherziehung gehörloser Kinder in Gebärdensprache und Lautsprache.

Eine gut funktionierende Kommunikation ist der zentrale Moment für den Säugling. Es geht hierbei nicht nur um den Aspekt der Interaktion mit Menschen und um den lexikalischen Grammatikaufbau einer Sprache, sondern viel mehr um eine Welterschließung (vgl. HINTERMAIR 2005, 63). „Das Kind lernt im sozialen und materialen Austausch mit seiner Umwelt sich und die Welt wahrzunehmen, zu erkennen, zu deuten, zu begreifen. Sprache wäre nichts, wenn sie sich nicht in motivierten spontanem Alltagshandeln mit den sich selbst gemachten kommunikativ vermittelten Erfahrungen aufs engste verbunden hätte“ (ebd.). Ein effektives Kommunikationsmittel ist für das hörgeschädigte Kind von besonderer Bedeutung. Sowohl für die Interaktion, als auch für die Entwicklung der mentalen und sozialen Fähigkeiten.

So lässt sich zusammenfassend sagen, dass es für den Säugling wichtig ist von Beginn seines Lebens an, kommunikativen Input zu bekommen. In welcher Weise dies geschieht, scheint nicht weiter wichtig zu sein. Wobei dies im Regelfall bei hörenden Kindern die Lautsprache ist und bei gehörlos geborenen Kindern die Gebärdensprache sein sollte. Gehörlose Kinder, auch wenn sie mit frühestens einem Jahr implantiert werden, verschwenden die ersten kostbaren zwölf Monate ihres Lebens ohne Sprache. WISCH (1990, 53) drückte es angemessen aus: Die Frage soll nicht sein „Lautsprache oder Gebärdensprache, sondern wie beide Sprachen in dieser frühen Entwicklungsphase des gehörlosen Kindes zum Zuge kommen können bzw. müssen“.

4.7 Resümee

Das vorangegangene Kapitel widmete sich der Sprachentwicklung. Zunächst wurde der Begriff Kommunikation sowie die damit verbundenen Begrifflichkeiten dargestellt. Der Dialog ist der übergeordnete Rahmen der Sprache. Dieser beschreibt eine Wechselbeziehung zwischen Mutter und Kind, ausgehend von einer Art zwischenmenschlichem Austausch. Der Dialog entwickelt sich bereits vorgeburtlich zwischen Mutter und Fetus.

Die Entwicklung der Kommunikation wurde sodann in einem zeitlichen Kontext beschrieben. Der pränatale Dialog beschreibt sowohl die lautsprachliche Ebene als auch die gefühlsmäßige Einstellung der Mutter zum Ungeborenen. Diese Art von Kommunikation ist

nur schwer zu beschreiben und vorstellbar, kann aber oft mehr sagen als Worte. Die perinatale Phase beschreibt die Zeit kurz vor und kurz nach der Geburt des Säuglings. Diese Zeit ist eine ganz besondere für Mutter und Kind, sie sind während dieser Phase besonders aufnahmebereit und ansprechbar. Die postnatale Phase geht nun mit dem dynamischen dialogischen Austauschprozess zwischen Mutter und Kind weiter. Vor allem das körpernahe Interagieren der Bezugsperson mit dem Säugling macht diesen aus. Eltern haben verstärkt die Neigung mit dem Baby zu sprechen und sich ihm verständlich zu machen. Weiters wurde das „Mutterische“ erörtert. Die so genannte „Motherese“ ist die an den Säugling gerichtete Sprachform, welche sich dem Entwicklungsalter des Kindes anpasst. In der Gebärdensprache ist dies die „Signerese“.

In einem weiteren Verlauf wurden die Sprachentwicklung hörender Kinder, die Sprachentwicklung gehörloser Kinder und die Besonderheit der Sprachentwicklung gehörloser Kinder mit Cochlea Implantat dargestellt. Der Spracherwerb von hörenden und gehörlosen Kindern verläuft fast parallel, so sind alle Kinder mit einer frühen Stimmgebung, dem Schreien und verschiedenen Lautsignalen ausgestattet, die sich zu einem Gurren entwickeln. Mit rund acht Monaten beginnen Babys zu plappern. Hier kann festgestellt werden, dass das lautsprachliche Plappern beim gehörlosen Kind nachlässt und es mit einem manuellen Babbeln beginnt. Dies ist vergleichbar mit dem Plappern beim hörenden Kind. Mit rund einem Jahr erwerben Kinder ihr erstes Wort bzw. die erste Gebärde, mit rund 18 Monaten treten die ersten Zweiwortsätze und Zweigebärdenäußerungen auf. Eine Besonderheit des Spracherwerbs stellt jener von gehörlosen Kindern mit Cochlea Implantat dar. Da erst mit einem Jahr die Operation vollzogen werden kann, ist es besonders wichtig, dass der Säugling in den ersten Lebensmonaten in seiner Sprachfähigkeit nicht eingeschränkt wird. Die Wahl eines adäquaten Kommunikationsmittels für das gehörlose Kind stellt die Eltern vor eine schwierige Entscheidung. Abschließend wurde das sprachliche Angebot an das gehörlose Kind diskutiert.

5 ENTWICKLUNG DER BINDUNG ZWISCHEN KLEINKIND UND MUTTER

In einem ersten Schritt soll in diesem Kapitel der Begriff der Bindung dargestellt und definiert werden. Weiters wird die Bindungstheorie nach BOWLBY in ihren Grundzügen erläutert. Im Zentrum dessen stehen das Konzept der Bindung, die Verhaltensweise und Muster dieser sowie die sichere Basis bei der Bindung und die Darstellung des Fremde-Situations-Tests. Anschließend wird die Entwicklung der Bindung in einem zeitlichen Kontext dargestellt: pränatale Bindung – perinatale Bindung – postnatale Bindung. Daraufhin wird die Bindungsentwicklung zwischen hörendem Kind und hörender Mutter betrachtet und abschließend die Besonderheit in der Bindungsentwicklung zwischen gehörlosem Kind und hörender Mutter beschrieben.

5.1 Begriffsdefinitionen

Für Menschen ist es charakteristisch Beziehungen miteinander einzugehen. Die Gefühle haben damit zu tun, wie sich die Beziehungen entwickeln. Stabile und positive Beziehungen strahlen Freude und Sicherheit aus und bereichern das Leben. Hingegen schränken unsichere Beziehungen das Leben ein, Trennungen oder Verluste führen oft zu Angst, Ärger, Trauer oder Depressionen (vgl. BOWLBY 1987, 22). Bindungen und die damit verbundenen Gefühle beeinflussen unser gesamtes Leben, unser Fühlen, Denken, Planen und Tun. Sie gehören zur Natur des Menschen (vgl. GROSSMANN & GROSSMANN 2004, 19). „Das Bindungsbedürfnis des Menschen ist genauso primär, stammesgeschichtlich vorprogrammiert und grundlegend wie sein Bedürfnis nach Nahrung, Erkundung, Sexualität und Fürsorge für die Jungen“ (ebd., 76).

Bindungen sind einmalige Beziehungen zwischen zwei Menschen, die nicht austauschbar sind und eine gewisse Dauerhaftigkeit besitzen. Enge Beziehungen können lange zeitliche und räumliche Trennungen überdauern, auch wenn keine sichtbaren Anzeichen der Bindung vorhanden sind. Ein besonderer Stellenwert kommt der Bindung zwischen Mutter und ihrem Kind zu (vgl. KLAUS & KENNEL 1987a, 18). „Die Bindung der Mutter an ihr Kind ist vielleicht die intensivste menschliche Bindung überhaupt. Sie weist zwei ganz spezifische Charakteristiken auf: Zunächst einmal trägt die Mutter das Kind bis zur Geburt in ihrem Körper, und dann, nach der Geburt, sichert sie sein Überleben in einer Phase, in der es vollständig auf sie angewiesen ist“ (ebd., 17f). Die Intensität dieser Beziehung ist so

groß, sie befähigt die Mutter tagtäglich und rund um die Uhr für den Säugling da zu sein und sich liebevoll um ihn zu kümmern.

Diese erste Bindung an das Kleinkind, die ursprüngliche Mutter-Kind-Bindung ist die Keimzelle für alle späteren Bindungen des Kindes. Die Qualität dieser wird alle weiteren beeinflussen. Sie wird den weiteren Verlauf in dem das Kind sein Selbstwertgefühl entwickelt bestimmen (vgl. ebd., 18). „Das meiste von dem, was unser Leben reich und schön macht, schöpfen wir aus den engen persönlichen Beziehungen, die jeder von uns zu einer kleinen Anzahl anderer Menschen unterhält [...]“ (ebd., 17). Bindungen und Beziehungen zu anderen Personen sind das, was unser Leben ausmacht und bestimmt.

5.2 Bindungstheorie

Bis in die Mitte der 50er Jahre gab es nur eine Ansicht über den Ursprung und die Natur der Bindungen. Bindungen zwischen Individuen entwickeln sich, um bestimmte Triebe zu befriedigen, wie beispielsweise die Nahrung im Kleinkindalter oder Sex im Leben der Erwachsenen (vgl. BOWLBY 1987, 22).

In den 50er und 60er Jahren begann die Erforschung der Bindung, mittels Beobachtungen an Säuglingen und Kleinkindern. Es wurden die Bindungsentwicklung, die Qualitäten der Bindungen, der Einfluss der mütterlichen Feinfühligkeit, Reaktionen von Trennungs- und Wiederkehrepisoden zwischen Mutter und Kind sowie unterschiedliche Bindungsqualitäten zwischen Mutter, Vater und anderen Personen beobachtet. In den 60er Jahren wurde die Bindungstheorie von dem englischen Psychoanalytiker JOHN BOWLBY formuliert.

Die Bindungstheorie befasste sich mit der emotionalen Entwicklung des Menschen, mit seinen soziokulturellen Erfahrungen und mit emotionalen Folgen, die sich aus unangemessenen Bindungserfahrungen ergeben können. JOHN BOWLBY untersuchte gemeinsam mit MARY AINSWORTH die Annahme über die negativen Auswirkungen von längeren Trennungen zwischen Mutter und Kleinkind. Sie beschrieben die seelischen Folgen der Trennung, welche eine negative, depressive und leidvolle Fügung für das Kind darstellt, die die Kinder trotz allen Protests nicht ändern konnten. Die Bindungstheorie geht von einem prinzipiell gesunden Modell der Mutter-Kind-Bindung aus (vgl. GROSSMANN & GROSSMANN 2004, 30ff). „Verbundenheit, Nähe, Zärtlichkeit, Fürsorge, Schutz und Anhänglichkeit sind mit positiven Gefühlen verbunden, weil solche Bedingungen dem Überleben des

einzelnen dienen. Die Bindungstheorie vermutet Fehlentwicklungen als Folge von Mängeln in angemessenem Schutz und ausreichender Fürsorge [...]“ (ebd., 65). Störungen im Bindungsverhalten können durch unangemessene und mangelnde soziale, psychische und körperliche Interaktion mit dem Kleinkind verursacht werden (ebd., 30).

Bevor auf das Konstrukt Bindung und auf das Bindungsverhalten eingegangen wird, scheint es sinnvoll, das Muster bzw. die Merkmale der Bindungstheorie nach BOWLBY (vgl. 1987, 23ff) darzustellen:

- (1) Die Besonderheit der Bindungstheorie beschreibt, dass Bindungen immer auf eine spezielle Person gerichtet sind.
- (2) Die Dauer einer Bindung besteht meist über einen langen Zeitraum des Lebens an. Frühe Bindungen werden nicht leicht aufgegeben und bleiben meist bestehen.
- (3) Emotionale Anteilnahme: Man ist mit jeder Bindung emotional beteiligt. „Die Ausbildung einer Bindung wird als ‚sich verlieben‘ beschrieben, die Aufrechterhaltung einer Bindung als ‚jemanden lieben‘ und der Verlust eines Partners als ‚über jemanden trauern‘“ (ebd., 24).
- (4) Alle Bindungen entwickeln sich individuell.
- (5) Als Lernen in der Beziehung ist gemeint, das Vertraute vom Fremden unterscheiden zu lernen.
- (6) Organisation: Anfangs sind Bindungsmuster durch sehr einfache Antwortstrukturen gekennzeichnet, die sich gegen Ende des ersten Lebensjahres in zunehmend komplexe Verhaltenssysteme entwickeln.
- (7) Biologische Funktion: Bei nahezu allen Säugetieren entwickelt sich beim Jungen ein Bindungsverhalten, teilweise bleibt dieses auch im Erwachsenenalter bestehen.

Die Bindungstheorie sieht Bindung als ein hypothetisches Konstrukt, das nicht unmittelbar beobachtet werden kann. Bindung stellt die innere Organisation des Bindungsverhaltenssystems und der dazugehörigen Gefühle dar. Das Bindungsverhalten hingegen ist eine Klasse von variablen und austauschbaren Verhaltensweisen oder Signalen (wie beispielsweise weinen und nachfolgen bei Trennungen), die das Kind mit der Mutter in Verbindung bringen soll (vgl. GROSSMANN & GROSSMANN 2003, 33).

5.2.1 Das Konzept der Bindung

Die Bindung stellt ein enges Band zwischen zwei Personen dar, welches in Gefühlen verankert ist und sie über Zeit und Raum hinweg miteinander verbindet. Eine Person bindet sich an eine andere. Oft bindet sich eine schwächere Person an eine Person, die ein häufiger Interaktionspartner ist und von dem Schutz und Fürsorge erwartet werden kann (vgl. GROSSMANN & GROSSMANN 2004, 68). Die menschliche Bindung hat die Funktion, den Säugling ein Gefühl von Sicherheit und Vertrauen zu geben, wenn es unter emotionaler Belastung auf die Unterstützung einer stärkeren Person angewiesen ist. Kein Verhalten wird von so starken Gefühlen begleitet, als das der Bindung.

Diese Entwicklung der sicheren Organisation von Emotionen entsteht durch die angemessene Beantwortung der vom Kleinkind signalisierten Bedürfnisse und Wünsche durch die Mutter. Wenn sie angemessen auf den Säugling reagiert, sich liebevoll und zuverlässig um ihn kümmert, entwickelt sich ein so genanntes Urvertrauen. Dieses ist für die Entwicklung von Selbstwertgefühl und von Selbstverantwortlich (vgl. GROSSMANN & GROSSMANN 2003, 33). Die Mutter-Kind-Bindung ist nun also die besondere Beziehung zwischen Mutter und Kleinkind. Sie ist mit vielen Emotionen verbunden und ist ein intensives Zusammenspiel zwischen den beiden. Es ist wichtig, dass die Mutter liebevoll auf ihren Säugling reagiert, um so eine sichere Bindung zu gewährleisten.

Ein Kind kann auch an mehrere Personen gebunden sein, nicht nur an die Mutter. Jedoch gibt es meist eine eindeutige Hierarchie der Bindungspersonen. Je schlechter es einem geht, desto mehr möchte man die primäre Bindungsperson bei sich haben. Natürlich können auch nachrangige Personen beschwichtigen, jedoch wird das Kind dennoch die primäre Bindungsperson bevorzugen.

Die intensivste Bindung ist ein Quell psychischer Sicherheit. Wenn diese gefährdet ist empfindet man Angst und Ärger, wenn diese jedoch intensiv und positiv ist, so ist sie mit Zuneigung und Liebe verbunden. Man schließt auf eine Bindung, wenn eine anhaltende und deutliche Bevorzugung einer Person beobachtbar ist und die Nähe der Bindungsperson auch über Hindernisse hinweg aufgesucht wird (vgl. GROSSMANN & GROSSMANN 2004, 68f). Bindungen zwischen Menschen sind so intensiv, sie können nicht ausgetauscht werden und besitzen eine bestimmte Dauerhaftigkeit (vgl. KLAUS & KENNEL 1987a, 18).

5.2.2 Bindung und ihre Verhaltensweisen

Nach AINSWORTH (vgl. GROSSMANN & GROSSMANN 2004, 69) besteht die Bindung noch nicht bei der Geburt, sondern entwickelt sich erst im Laufe des ersten Lebensjahres des Kleinkindes. Diese Bindung entsteht durch die Verhaltensweisen des Säuglings, der versucht Nähe zu Erwachsenen zu suchen und zu halten. Die angeborenen Verhaltensweisen des Kindes – wie beispielsweise das Schreien – sind von Geburt an vorhanden und sind dafür geeignet, die Nähe zur umsorgenden Person herbeizuführen. Diese Verhaltensweisen nennen sich Bindungsverhaltensweisen und sind besonders deutlich im Säuglingsalter erkennbar. Jedoch geht man davon aus, dass es ein Leben lang anhält. Weinen, rufen, folgen, festhalten oder auch starker Protest, wenn das Kind alleine gelassen wird sind Beispiele für Bindungsverhaltenweisen (vgl. BOWLBY 1987, 23).

AINSWORTH (1964, 102) beschreibt das Bindungsverhalten als ein Verhalten, „[...] durch das eine differenzierende gefühlsmäßige Beziehung mit einer Person oder einem Objekt entsteht; es beginnt damit eine Kette von Interaktionen, die dazu dienen, die gefühlsmäßige Beziehung zu festigen.“ Die Bindungsverhaltensweisen sind nach GROSSMANN & GROSSMANN (vgl. 2004, 70ff) Verhaltensweisen, die versuchen die Nähe der Bindungsperson zu erlangen und Sicherheit zu gewinnen. Dies wird erlangt durch folgende Verhaltensweisen:

- Das Kommunikationsverhalten, das die Distanz zwischen gebundener Person und Bindungsperson verringern soll, wie beispielsweise durch Schreien und Rufen.
- Das Verhalten, das die Bindungsperson in der Nähe hält, wie Klammern, Protest und Festhalten.
- Das unmittelbare Suchen der Nähe der Bindungsperson, vor allem durch Nachfolgen dieser bzw. das Suchen der Bindungsperson.

Das Bindungsverhalten wird umso deutlicher, je mehr der Säugling die Nähe der Mutter sucht, wie beispielsweise bei Krankheit oder Belastung und besonders wenn eine Gefahr der Bindung droht, wie durch Trennung. „Wenn keine Gefahr für den Erhalt der Bindung besteht, gibt es keinen Grund, Bindungsverhalten zu zeigen. Ein kleines Kind, das in guter Laune und in Gegenwart seiner Mutter oder Bindungsperson kein Bindungsverhalten zeigt, hat trotzdem eine Bindung zur Mutter“ (ebd., 70).

Die Bindung ist von bestimmten Verhaltensweisen gekennzeichnet. Die speziellen Muster, die von einem Individuum gezeigt werden, hängen von verschiedenen Faktoren ab, wie vom Alter, Geschlecht und aktuellen Umständen sowie von bestimmten Erfahrungen, die es im vergangenen Leben mit den Bindungspersonen gemacht hat (vgl. BOWLBY 1991, 59). BOWLBY (vgl. ebd., 60ff) formuliert hierzu 12 Grundmerkmale des Bindungsverhaltens:

- (1) Bindungsverhalten ist jede Form von Verhalten, das zeigt, dass eine Person die Nähe einer anderen bevorzugt und aufrechterhält.
- (2) Die Verhaltensweisen haben eine eigene Dynamik.
- (3) „Im Verlauf einer gesunden Entwicklung führt Bindungsverhalten zum Entstehen von affektiven Banden oder Bindungen, anfangs zwischen Kind und Elternteil und später zwischen Erwachsenen und Erwachsenen“ (ebd. 60).
- (4) Das Bindungsverhalten als instinktives Verhalten wird früh in der Entwicklung – beispielsweise an verändernde Ziele anpassen – durch Verhaltenssysteme vermittelt.
- (5) Ein Bindungsband besteht dauerhaft, verschiedene Formen von Bindungsverhalten werden nur wenn nötig aktiv (vgl. ebd., 60f).
- (6) „Viele der intensivsten Emotionen entstehen während des Aufbaus, des Aufrechterhaltens, der Unterbrechung und der Erneuerung von Bindungsbeziehungen. Der Aufbau eines Bandes wird beschrieben als ‚sich verlieben‘ [...]. Ein drohender Verlust löst Angst aus, [...]“ (ebd. 61).
- (7) Das Bindungsverhalten trägt zum Überleben des Individuums bei und wurde im Laufe der Evolution ein Merkmal vieler Spezies.
- (8) Dem Bindungsverhalten ergänzend ist das Fürsorgeverhalten, welches sich für gewöhnlich zwischen einem Elternteil gegenüber einem Kind zeigt.
- (9) Das Bindungsverhalten ist möglicherweise das gesamte Leben hindurch aktiv und ist kein Zeichen von unreifem Verhalten.
- (10) Gestörte Bindungsmuster können in jedem Alter vorhanden sein, sie sind auf die von der Norm abweichende Entwicklung zurückzuführen (ebd., 62).
- (11) „Die hauptsächlichen Faktoren, die über den Weg entscheiden, an dem entlang sich das Bindungsverhalten eines Individuums entwickelt, [...] sind Erfahrungen mit Bindungsfiguren in den Jahren der Unreife – Säuglingsalter, Kindheit und Adoleszenz.“

- (12) Die Art und Weise, wie das Bindungsverhalten eines Individuums innerhalb seiner Persönlichkeit organisiert wird, beeinflussen die Muster der affektiven Bande, die später im Leben geschlossen werden“ (ebd.).

BOWLBY (ebd.) beschreibt, dass es für das Kind im Hinblick auf die Bindung wichtig ist, so viele Informationen wie möglich über das Selbst und die Bindungsfigur zu bekommen. Informationen darüber, wie beide reagieren, wenn sich verschiedene Begebenheiten verändern. Ein Kind hat gegen Ende des ersten Lebensjahres ein beträchtliches Wissen über die unmittelbare Welt, und dieses Wissen wird sich in den folgenden Jahren organisieren.

5.2.3 Bindungsmuster

Aus dem Bindungsverhalten lassen sich nach BOWLBY (vgl. 1991, 63ff) in den ersten Lebensjahren des Säuglings drei hauptsächliche Bindungsmuster identifizieren. Eines davon wird mit einer gesunden Entwicklung verbunden, die beiden anderen lassen auf eine gestörte Entwicklung schließen. „Welches Muster jedes einzelne Individuum während dieser Jahre entwickelt, wird, so fand man heraus, weitgehend davon beeinflusst, wie seine Eltern (oder andere Person, denen dieselbe Bedeutung zukommt) es behandeln“ (ebd., 63).

Das Bindungsmuster, das mit einer gesunden Entwicklung des Babys assoziiert wird, nennt sich die **sichere Bindung**. Das Kind dieses Musters ist zuversichtlich, dass die Elternfigur in Angst einflößenden Situationen für es da ist und ihm hilfreich zur Seite steht. Mit dieser Gewissheit fühlt sich das Kind sicher und wohl, es ist fähig die Welt zu erkunden. Besonders wenn die Bindungsperson leicht verfügbar ist, feinfühlig auf die Signale des Säuglings reagiert und liebevoll mit ihm interagiert, wenn es Schutz oder Trost braucht, wird das Muster der sicheren Bindung gefördert.

Auf eine gestörte Entwicklung des Kindes lässt das **ängstlich-widerstrebende** Muster schließen. Der Säugling ist unsicher, ob das Elternteil verfügbar und hilfreich ist, wenn er es braucht. Aus dieser Unsicherheit heraus hat das Kind ständig Trennungsangst und neigt zum Anklammern. Das Kind ist nicht offen und hat Angst die Welt zu erkunden. Dieses Muster wird besonders gefördert, wenn Elternteile teilweise für das Kind da sind und dann wieder nicht. Wenn sie zu manchen Gelegenheiten hilfreich sind, zu anderen nicht. Ebenfalls wird das Muster durch Mittel der Kontrolle – wie durch Trennungen und die Verwendung von Drohungen – begünstigt.

Das **ängstlich-vermeidende Bindungsmuster** haben Kinder, die keine Zuversicht haben, dass man auf sie hilfreich reagiert und für sie da ist, wenn sie Nähe und Trost brauchen. Im Gegenteil, sie erwarten schroff abgewiesen zu werden (vgl. ebd., 63f). „Solche Individuen versuchen, ihr Leben ohne Liebe und Unterstützung von anderen zu leben. Dieses Muster ist das Ergebnis davon, daß ihre Mütter sie andauernd schroff zurückweisen, wenn sie sich ihnen trost- oder schutzbedürftig nähern“ (ebd., 64). Kinder mit diesem Bindungsmuster haben oft in ihrem weiteren Leben eine Vielfalt an Persönlichkeitsstörungen.

Die meisten Bindungsmuster zwischen Mutter und Kind neigen dazu, wenn sie einmal aufgebaut wurden, bestehen zu bleiben. Kinder, die ein sicheres Bindungsmuster zur Mutter aufzeigen, werden auch in Alltagssituationen als kooperativ, vergnügt und positiv erlebt. Ängstlich-vermeidende Kinder werden als emotional isoliert, antisozial und abweisend beschrieben. Kinder, die ein ängstlich-widerstrebendes Muster aufweisen, wirken auf außenstehende Personen als angespannt, passiv, hilflos und frustriert (vgl. ebd., 64f). „Es ist nicht schwierig zu verstehen, warum einmal entwickelte Bindungsmuster dazu neigen bestezubleiben. Ein Grund ist, daß die Art und Weise, wie ein Elternteil ein Kind behandelt, sei es gut oder schlecht, tendenziell unverändert bleibt; ein anderer ist, daß jedes Muster dazu neigt, sich selbst zu wiederholen“ (BOWLBY 1991, 66). Geformte Muster neigen dazu bestehen zu bleiben, jedoch ist es nicht zwingendermaßen so. Bindungsmuster sind Eigenschaften von Beziehungen, so kann sich das Bindungsmuster von Kind und Mutter von dem zwischen Kind und Vater unterscheiden. Es kann sich auch das Muster ändern, wenn der Elternteil das Kind anders behandelt (ebd., 66f). Säuglinge mit einem sicheren Bindungsmuster zu einer Bindungsperson haben ohne Zweifel für die Zukunft mehr Zuversicht und Hoffnung. Eine sichere Bindung ist ein wertvolles Konzept für das Kind und sollte für jedes Kind selbstverständlich sein.

5.2.4 Die sichere Basis

Mütter von sicher gebundenen Kleinkindern ermöglichen ihren Babys sich auf die Welt und Aufgaben zu konzentrieren, sie respektieren ihre Versuche und ermuntern sie diese eigenständig zu lösen. Die Mütter reagieren mit Hilfe, wenn diese gebraucht und erbeten wird. Unsicher gebundene Kleinkinder werden weniger feinfühlig behandelt und die Mütter reagieren nicht angepasst auf ihre Kinder (BOWLBY 1991, 65).

Die Schlüsselvariable für eine sichere Bindung an die Mutter ist die mütterliche Feinfühligkeit (vgl. BERTRAM 2004, 222). Eltern – insbesondere Mütter – reagieren angemessen auf ihren Säugling: durch die Sprechweise (Motherese oder Signerese), sie ahmen ihren Säugling übertrieben nach, sie sehen ihm an, ob er müde oder wach ist und unterstützen den Blickkontakt. Das „bemutternde“ Verhalten ist auf die Bedürfnisse und den Rhythmus des Säuglings abgestimmt und ist die Basis für die Bindungsentwicklung zwischen Mutter und Kleinkind. AINSWORTH nannte dieses Verhalten „mütterliche Feinfühligkeit“ und definierte anhand dieser 4 Merkmale für die Kommunikation des Kleinkindes:

- (1) die Wahrnehmung der Befindlichkeit des Säuglings;
- (2) die richtige Interpretation der Äußerungen des Kindes in Hinblick auf dessen Befinden;
- (3) eine prompte Reaktion auf den Säugling, damit er den Zusammenhang zwischen seinem Verhalten und der mütterlichen Reaktion bilden kann; und
- (4) eine angemessene Reaktion an den Säugling (vgl. GROSSMANN & GROSSMANN 2004, 115ff).

„Um feinfühlig reagieren zu können, muß die Mutter also präsent sein und eine niedrige Wahrnehmungsschwelle haben, um zu bemerken, was das Kind mitteilen will. Sie muß die kindlichen Signale richtig interpretieren, also nicht mit ihm spielen, wenn das Kind hungrig ist, und es nicht festhalten, wenn sich das Kind lösen möchte [...]. Angemessen reagieren heißt, dem Baby geben was es braucht“ (ebd., 119f).

Kinder entwickeln sich nur dann zu selbstständigen Personen, wenn sie eine sichere Basis von Bezugspersonen erfahren durften. Mütter stellen dann für ihr Kind solch eine Basis dar, wenn sie eine mütterliche Feinfühligkeit zeigen, wenn sie prompt auf die Signale des Kindes reagieren. Wenn Mutter ihr Kind ernst nimmt, ihm Aufmerksamkeit schenkt, versucht es zu verstehen und angemessen auf es reagiert, entwickelt das Kind eine Zuneigung. Die Mutter wird zur sicheren Basis des Säuglings (vgl. GROSSMANN und GROSSMANN 2004, 162). Es ist sehr wichtig, dem Kleinkind eine sichere Basis zu bieten, von der aus es Erfahrungen und Erkundungen machen kann. Die Anwesenheit dieser Person befähigt den Säugling die Welt mit Zuversicht zu erkunden. Er kann von der sicheren Basis her – der Mutter – explorieren. Beispielsweise wird ein zweijähriges Kind, wenn es an einem neuen Ort ist, eine Reihe von kleinen Erkundungen von der Mutter weg machen, jedoch immer

wieder zurückkehren, bevor es den nächsten Ausflug unternimmt. Das Kind wird aber niemals lange bei der Mutter bleiben, es sei denn, es ist verängstigt und denkt, eine Trennung steht bevor. Das Explorationsverhalten des Kindes steht also im engen Zusammenhang mit dem Bindungsverhalten (vgl. BOWLBY 1980, 43f). „Verliert das Kind diese Sicherheit – drohen Gefahren oder Trennung –, wird Bindungsverhalten aktiviert, das der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Nähe zur schützenden Bezugsperson dient [...]. Das Kind verliert sein Interesse an der Umwelt [...] und konzentriert sich auf die Bindungsperson und die Wiedergewinnung oder Absicherung einer ‚sicheren Basis‘“ (HOPF 2005, 46).

Wenn Eltern ermutigt werden, ein unter Stress stehendes Kind zu trösten, es erkennen lassen, dass sie für ihn da sind und ihm eine sichere Basis gewährleisten, wird sich dieses Kind zu einem relativ unabhängigen Jugendlichen entwickeln. Man muss ihm zeigen, dass es eine sichere Basis hat, zu der es sich zurückziehen kann (vgl. BOWLBY 1980, 43ff). Kinder werden dann zu geistig gesunden und autonomen Erwachsenen heranwachsen, wenn „[...] ihr Bindungsverhalten von der Kindheit über das Jugendalter und in das Erwachsenenleben hinein von fürsorglichen Eltern befriedigt und schließlich beendet wurde, Eltern, die sowohl zu einem angemessenen Maß an Unabhängigkeit ermutigten als auch bereit waren, soweit wie möglich Unterstützung und Hilfe zu leisten, wenn sie gerufen wurden“ (ebd., 45). Für die weitere Entwicklung des Kindes bzw. für ein sicheres Bindungsverhalten ist eine sichere Basis besonders wichtig.

5.2.5 *Fremde-Situations-Test*

Forschungen auf diesem Gebiet von MARY AINSWORTH haben die Bindungsforschung grundlegend und dauerhaft beeinflusst. Sie begann Säuglinge in ihrem ersten Lebensjahr in häuslicher Umgebung zu beobachten und schaffte mit der Konzeption der „Fremden Situation“ einen Rahmen für systematische Beobachtungen. Die Fremde Situation wurde und wird als Test für sicheres und unsicheres Bindungsverhalten verwendet (vgl. GROSSMANN & GROSSMANN 2003, 97f). Ziel dieser Beobachtung nach AINSWORTH & WITTING (vgl. 1969, 112ff) ist es 3 Aspekte des Verhaltens des Kindes in einer Fremden Situation zu beobachten:

- (a) Wie nutzt der Säugling die Mutter als sichere Basis für die Erkundungen der Welt?

(b) Wie reagiert das Kleinkind, wenn die Mutter den Raum verlässt und wieder kommt?

(c) Wie reagiert das Baby auf eine fremde Person?

In dieser Situation ist nun besonders interessant, wie das Kind die Mutter als sichere Basis nutzt. Die abhängige Sicherheit, die ein kleines Kind in Bezug zu seinen Eltern entwickelt, dient als Basis „[...] von der aus es sich hinauswagt und die Unsicherheit durchsteht, die mit der Erkundung der Welt und dem Erwerb der Fertigkeiten und Fähigkeiten verbunden ist, welche wiederum die Grundlage für unabhängige Sicherheit bildet“ (AINSWORTH & WITTING 1969, 112). AINSWORTH (ebd., 113f) ging davon aus, dass sich in dieser Situation eine Vielzahl von Bindungsverhaltensweisen eines Kindes an die Mutter zeigen, sowohl lächeln, weinen, nachfolgen als auch schauen, sich nähern, vokalisieren und Reaktionen unterschiedlichster Art. Hierbei wurde festgestellt, dass die Mutter als sichere Basis zur Exploration eines der wichtigsten Kriterien für eine gesunde Bindung ist.

Der Fremde-Situations-Test ist ein standardisierter Ablauf bestehend aus acht Episoden, der rund 20 Minuten dauert. Das Kleinkind ist schrittweise mit stärkeren Belastungen konfrontiert. HOPF (vgl. 2005, 40ff) beschreibt die Episoden des Tests kurz folgendermaßen²³:

1. Die Mutter²⁴ und das Kind betreten das Spielzimmer.
2. Sie akklimatisieren sich, das Kind hat Gelegenheit, das Zimmer zu erkunden.
3. Eine fremde Person betritt den Raum und gesellt sich zu den beiden.
4. Die Mutter verlässt nun den Raum und der Fremde bleibt beim Kind.
5. Die Mutter kommt zurück ins Spielzimmer und die fremde Person geht.
6. Die Mutter verlässt den Raum und lässt das Kind alleine zurück.
7. Die fremde Person kehrt zurück in das Spielzimmer.
8. Die Mutter kommt zurück und die fremde Person verlässt den Raum.

Der Test ist besonders dazu geeignet, sichere und unsichere Bindungen zu erfassen bzw. die unterschiedlichen Bindungsmuster voneinander zu unterscheiden. Bei der Unterschei-

²³ Eine ausführliche Beschreibung des Fremde-Situations-Tests findet sich im empirischen Teil der vorliegenden Diplomarbeit.

²⁴ Der Test kann natürlich mit beiden Elternteilen durchgeführt werden. Da sich die vorliegende Diplomarbeit jedoch auf die Mutter-Kind-Bindung beschränkt, wird zum Großteil von „der Mutter“ gesprochen.

dung der Muster war es Ainsworth besonders wichtig, wie sich die Kleinkinder nach den beiden Trennungsepisoden verhielten. Wie bereits in Kapitel „Bindungsmuster“ dargestellt, werden die ursprünglichen drei Bindungsmuster unterschieden:

Gruppe B: sicher gebundene Kinder sind eindeutig mehr an Kontakt mit der Mutter interessiert als an der fremden Person. In den Trennungsepisoden sind die sicher gebundenen Kinder wegen der Abwesenheit der Mutter gestresst.

Gruppe A: Unsicher-vermeidend gebundene Kinder zeigen kaum Tendenzen, Nähe oder Kontakt zur Mutter zu suchen. Bei Rückkehrepisoden neigen Kinder dazu sie zu ignorieren oder zu meiden.

Gruppe C: Kinder der Gruppe C sind **unsicher-ambivalent gebunden** und zeigen ambivalente Kontakt- und Verhaltensweisen. Auf der einen Seite verhalten sie sich unangepasst, auf der anderen Seite suchen sie teilweise die Nähe der Mutter. Es scheint, als würden sie nicht in der Lage sein, ihre Mutter als sichere Basis zu nutzen.

Ursprünglich wurden die oben genannten drei Kriterien von BOWLBY für die Zuordnung des Bindungsverhaltens entwickelt. Für jede dieser Gruppen gibt es Untergruppen, um das Bindungsverhalten der Kinder detailgenau einordnen zu können (vgl. HOPF 2005, 51ff). Da es jedoch immer wieder Kinder gab, die sich in keine der genannten Kategorien zuordnen ließen, wurde eine vierte Kategorie geschaffen, die der unsicher-unorganisierten Bindung:

Gruppe D: Unsicher-unorganisiert gebundene Kleinkinder zeigen verwirrte Verhaltensweisen, wie beispielsweise Erstarren oder stereotype Bewegungen. Weiters wurde bei diesen Kindern beobachtet, dass sie sich beispielsweise in den Wiedervereinigungsphase (in der Episode fünf sicher und in der Episode acht unsicher) unterschiedlich verhielten (vgl. DIEM-WILLE 2003, 168).

5.3 Entwicklung der Bindung

Im Folgenden soll der Entwicklungsverlauf der Bindung zwischen Mutter und Kind dargestellt werden. Bindung soll in einem zeitlichen Kontext – die pränatale, die perinatale und die postnatale Entwicklung der Bindung – beschrieben werden. In den 70er Jahren schrieb AINSWORTH davon, dass die Mutter-Kind-Bindung noch nicht bei der Geburt besteht, sondern sich erst entwickeln muss (vgl. GROSSMANN & GROSSMANN 2004, 69). „Eine Bindung besteht noch nicht bei der Geburt, sondern entwickelt sich erst im Laufe des ersten

Lebensjahres. Sie entsteht aus den Verhaltensweisen eines Säuglings, die Nähe und Kontakt zu einem Erwachsenen herstellen und erhalten“ (ebd.).

Neuere Ansichten über die Entwicklung der Bindung gehen davon aus, dass sich die Bindung zwischen Mutter und Kind bereits in den neun Monaten der Schwangerschaft entwickelt. Gerade diese Zeit ist von großer Bedeutung, besonders auch für später (vgl. DE JONG 1998, 57).

5.3.1 Pränatale Phase

Wie bereits im Kapitel „Pränatale Phase“ der Kommunikationsentwicklung der vorliegenden Diplomarbeit beschrieben wurde, hat der Säugling bereits im Mutterleib ein Wahrnehmungsvermögen. Der Fetus kann verschiedene Sinneseindrücke wahrnehmen, er kann fühlen und hat möglicherweise eine Form von Bewusstsein. Die Gedanken, die beispielsweise die Mutter zu ihrem Kind in den Bauch schickt, kann das Kind aufnehmen und darauf reagieren.

In der Schwangerschaft sind Mutter und Kind im Einklang. Die Emotionen der Mutter beeinflussen die weitere Entwicklung des Ungeborenen. Die mütterlichen Emotionen können einen prägenden Einfluss auf das Kind haben (vgl. DE JONG 1998, 36). DE JONG (ebd.) bezeichnet die Beziehung zwischen Mutter und Kind in der Schwangerschaft folgendermaßen: „Die Mutter ist die Welt des Kindes“. Positive Einstellungen und Erfahrungen werden dem Fetus vermittelt, jedoch auch negative Gedanken und Traumata der Mütter können dem Kind weitergegeben werden und dieses beeinflussen. Nicht nur Nahrung gelangt vom mütterlichen Körper in die Blutbahn des Fetus, auch die Hormone kommen auf diesem Weg zum Kind. Heftige Gefühlsreaktionen der Mutter ziehen Reaktionen und Ausschüttungen von Hormonen nach sich (vgl. ebd. 36ff).

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass eine pränatale Kontaktaufnahme mit dem Kind – egal ob diese lautsprachlich oder nonverbal erfolgt – sich nachgeburtlich besonders positiv auf die Entwicklung des Kindes auswirkt. Meist ist die Eltern-Kind-Beziehung sehr ausgeprägt. Durch die Auseinandersetzung mit dem Fetus entsteht ein Band zwischen Mutter und Kind. Die Mutter setzt sich mit dem Gedanken auseinander, dass sie bald Mutter sein wird, sie entdeckt verschiedene Veränderungen an sich, sowohl psychisch als auch physisch. Des Weiteren beginnt der Fetus in der Gebärmutter zu wachsen, sie begreift ihn als

einen eigenen Organismus. Die Mutter wird sich klar, dass in ihr ein lebendiges Wesen entsteht (vgl. KLAUS & KENNEL 198b, 68). „Und dieses Bereitsein wiederum legt den Grundstein für den Aufbau einer Beziehung zum Kind“ (ebd., 68). In der Schwangerschaft beginnt sich ein intensives Band zwischen Mutter und Kind zu entwickeln. Eine bedeutsame emotionale Bindung zwischen den beiden entsteht (vgl. ebd., 73). Verschiedenen Untersuchungen nach zu urteilen, ist die Zeit der Schwangerschaft von wesentlicher Bedeutung, besonders für die postnatale Phase. Auch der amerikanische Kinderarzt T. BERRY BRAZELTON weist darauf hin, dass eine „[...] gute postnatale Mutter-Kind-Bindung immer einen Hinweis auf eine innige pränatale Bindungsbeziehung gibt“ (DE JONG 1998, 57). Die Erfahrungen, die das Kind bereits vorgeburtlich gemacht hat, nehmen auf das künftige Leben des Säuglings Einfluss. „Daraus könnte sich auch schließen lassen, daß die Mutter ihre enge Beziehung zu ihrem Kind über die Schwangerschaft hinaus auf die nachgeburtliche Beziehung übertragen hat“ (ebd., 39).

Zusammenfassend könnte man sagen, dass die pränatale Bindung zwischen Mutter und Kind einen Einfluss auf die postnatale Bindung nimmt. Oft kann man von der Qualität der pränatalen Bindung auf die weitere Bindung schließen und umgekehrt lässt eine positive Mutter-Kind-Bindung auf positive Erfahrungen in der pränatalen Mutter-Kind-Bindung schließen. Eine positive vorgeburtliche Beziehung zur Mutter ist die beste Voraussetzung für die weitere Bindungsentwicklung des Kindes (vgl. ebd.).

5.3.2 Perinatale Phase

Die Phase unmittelbar nach der Geburt ist eine besondere Zeit für die Mutter und ihr Neugeborenes. Diese Phase hat einen besonders prägenden Charakter für beide. DE JONG (1998, 55) beschreibt den Moment folgendermaßen: „Durch die Hormonflut unter der Geburt bedingt, sind Mutter und Kind besonders aufnahmebereit und emotional ansprechbar [...]. Der wache, kluge, ja weise Blick eines neugeborenen Kindes ist ein ganz besonders einprägsames Ereignis“ (ebd.). Für die Eltern ist es eine wichtige Zeit und daher ist es auch sinnvoll diese dem Kind und seiner Mutter zu ermöglichen.

Jedoch entgegen vieler früherer Forschungen ist die perinatale Phase, dieser eine Augenblick unmittelbar vor und nach der Geburt, nicht für eine weitere positive oder negative Mutter-Kind-Bindung verantwortlich. Die Bindung zwischen Mutter und Kind ist nicht ausschließlich abhängig von der einen ersten „Prägestunde“ zwischen den beiden (vgl.

ebd., 56). Sie ist eine einzigartige Phase, die nur von kurzer Dauer ist, und die zum Bindungserwerb zwischen Mutter und Kind beiträgt. KLAUS & KENNEL (vgl. 1987b, 80) beschreiben diese Phase als „sensible Phase der Mutterschaft“. Während der Phase um die Geburt „[...] finden komplexe Interaktionen zwischen Mutter und Säugling statt, die mit-helfen, die Bindung zwischen beiden zu ‚verschweißen‘“ (ebd.). Der erste Kontakt, die erste Interaktion mit dem Neugeborenen ist für die Mutter ein ganz besonderer Augenblick, es ist eine besonders emotionale Situation. Der Säugling regt die Mutter zu Handlungen an, die für ihn lustvoll sind und umgekehrt. Der Säugling lernt die ersten Mutter-Kind-Interaktionen kennen: wenn er schreit, wird die Mutter herbeigerufen und im besten Fall positiv und beruhigend auf ihn reagieren. Wenn er die Augen öffnet, wird er die Mutter erkennen (vgl. ebd., 102f) und wenn „[...] die Mutter die Wange des Kindes berührt, wird es normalerweise den Kopf wenden [...]“ (ebd., 103).

Die Phase um die Geburt ist eine besondere Phase. Die Mutter sieht zum ersten Mal ihr Neugeborenes. Jedoch darf man nicht davon ausgehen, dass die erste Stunde nach der Entbindung so prägend ist, dass sie das gesamte Bindungsverhalten des Kindes bestimmt. Die Phase ist zweifelsohne eine besondere, da aus dem imaginären Kind in der Schwangerschaft ein reales Baby wird (vgl. DIEM-WILLE 2003, 51). „Die Liebe zum eigenen Kind beziehungsweise die Liebe des Säuglings zu seiner Mutter ist nicht abhängig von der ersten ‚Prägestunde‘ direkt nach der Geburt“ (DE JONG 1998, 56). Es ist vielmehr der Fall, dass „[...] jeder Mensch die Gefühle für sein Baby auf eigene Weise und unterschiedlich schnell entwickelt“ (ebd., 56).

5.3.3 *Postnatale Phase*

Sofern die Bindung nicht schon an das pränatale Kind entwickelt wurde, so entsteht im Idealfall eine Bindung zwischen Mutter und ihrem Neugeborenen. BOWLBY (vgl. GROSSMANN & GROSSMANN 2003, 34) stellte von Beginn an die enge dyadische Beziehung zwischen Mutter und Kind in den Vordergrund. Durch sie entwickelt sich – in einer gegebenen Umwelt – eine Bindung zwischen Mutter und Kind. Er (vgl. GROSSMANN & GROSSMANN 2004, 69) beschreibt das Band zwischen der Mutter und ihrem Kleinkind als einen Prozess des Sich-verliebens bzw. als eine Entstehung der Liebe zwischen dem Säugling und seiner Bindungsperson bzw. den Eltern. „Die unangefochtene Beständigkeit einer Bindung nennt man Liebe. Sie ist eine Quelle psychischer Sicherheit“ (ebd., 69).

Der Bereich der postnatalen Bindung ist ein umfassender, er betrifft die Entwicklung der Bindung zwischen Mutter und Kind ab der Geburt. Im Folgenden sollen nun die Phasen der Entwicklung der Bindung nach AINSWORTH dargestellt werden.

5.4 Entwicklung der Bindung zwischen hörendem Kleinkind und seiner hörenden Mutter

Während des ersten Lebensjahres durchlaufen nach AINSWORTH (1964, 107ff) Kinder in Bezug auf deren Sozialverhalten vier Hauptphasen, wobei es keine klar definierten Grenzen zwischen den Phasen gibt, sie verlaufen jeweils ineinander.

Die erste Phase ist **die Phase der unspezifischen sozialen Reaktionen**. Die Phase umfasst die beiden ersten Lebensmonate des Kleinkindes, der Säugling ist unterschiedslos auf alle Personen ansprechbar. Es kommen verschiedene soziale Reaktionen, wie zum Beispiel Horchen, Ansehen, Schreien, Festsaugen, Umklammern oder Anschmiegen vor. Sie werden nicht spezifisch an eine Person gerichtet.

In der zweiten Phase, **der Phase der unterschiedlichen sozialen Reaktionsbereitschaft**, (vgl. GROSSMANN & GROSSMANN 2004, 73) bildet sich der Unterschied zwischen Mutter und anderen Personen heraus. Im Alter zwischen 8 und 12 Wochen ist das Hauptkriterium differenziertes Weinen, während es ab dem 4. Monat differenzierter wird. Die Ansprechbarkeit auf die Mutter ist wesentlich deutlicher (vgl. AINSWORTH 1964, 107) und umfasst „[...] unterscheidendes Lächeln, unterscheidende Lautäußerungen und Grußreaktionen. Üblich war das Weinen [...]. Sobald die Fähigkeit zur Fortbewegung erworben wurde, trat die Reaktion des Nachfolgens auf [...] mit der größten Wahrscheinlichkeit trat es auf, wenn das Baby als hungrig, müde, krank oder sonst irgendwie unglücklich eingeschätzt wurde und wenn das Baby statt mit einer bekannten Person alleine oder mit Fremden zurückgelassen wurde“ (ebd., 107f). Der Säugling richtet seine sozialen Äußerungen immer mehr und bevorzugter an die Mutter. Sie kann ihn eher trösten oder zum Lachen bringen als andere Personen. Das Kleinkind erkennt eindeutig die Mutter und bevorzugt diese als seine Bindungsperson.

Die dritte Phase der Entwicklung der Bindung ist **die Phase des aktiven und initiierten zielkorrigierten Bindungsverhaltens**, welche sich etwa ab dem zweiten Lebenshalbjahr sichtbar macht. Das Kleinkind macht in seiner sozialen Entwicklung Fortschritte, seine

Bindungsverhaltensweisen werden deutlich hervorgehoben. Es kann sich durch Krabbeln und Rutschen selbstständig bewegen, gezielt nach Gegenstände greifen und hat eine geistig wachsende Vorstellung seiner Mutter (vgl. GROSSMANN & GROSSMANN 2004, 73). „Der mobile Säugling kann jetzt aktiver und selbstständiger als vorher die Nähe zur Bindungsperson bestimmen. Er kann die Mutter verfolgen, wenn sie sich entfernt, oder sie rufen und suchen, wenn er sie nicht sieht“ (ebd., 73). Säuglinge freuen sich sichtbar, wenn die Mutter wiederkehrt, was sie durch aufgeregte Bewegungen, Mimik und durch spezielle Grußlaute zeigen. Die Vokalisationen des Kindes werden differenzierter, sie können rufen, grüßen, fragen und jammern. Weiters lernt es die Reaktionen der Mutter – seiner Bindungsperson – auf sein Verhalten hin vorherzusagen.

Die Bindungsperson ist für den Säugling zum Zentrum seiner Welt geworden. Er hat jetzt eine andeutungsweise Vorstellung seiner Mutter, die ihm Schutz, Trost und Wohlbehagen liefert. In ihrer Nähe fühlt er sich sicher und kann neugierig und unternehmungslustig sein. Die Mutter ist zur sicheren Basis für das Kleinkind geworden (vgl. ebd., 73f), welche das „[...] Krabbelkind aufsucht, wenn es sich unwohl fühlt, und zur ‚sicheren Basis‘, die es gestärkt verlassen kann, wenn es sich sicher fühlt, und Neues entdecken will“ (ebd., 74). Ein und dieselbe Umgebung kann für ein Kind – je nachdem ob die Mutter in der Nähe ist oder nicht – unterschiedlich beängstigend sein.

Die Orientierung an der Bindungsperson, das Vermissen, Suchen und der Trennungsschmerz sowie die Entspannung, Freude oder Erleichterung beim Wiedersehen gelten als Indikatoren für eine Bindung. Wenn das Kind jedoch bei einer Trennung unbewegt bleibt und sucht es die Mutter nicht, so muss man davon ausgehen, dass keine Bindung zwischen dem Kind und dieser besteht (vgl. GROSSMANN & GROSSMANN 2004, 74).

Der Übergang von der dritten zur vierten Phase ist ein fließender. Nachdem das Baby eine klare Bindung an die Mutter hat, beginnt es eine Bindung auch an andere Personen – zumeist an den Vater – zu zeigen (vgl. AINSWORTH 1964, 108). Die vierte Phase, **die Phase der zielkorrigierten Partnerschaft** beginnt, wenn das Kind sprechen und verstehen kann, was die Mutter beabsichtigt. Bis zu diesem Zeitpunkt konnte der Säugling die Aufmerksamkeit der Mutter auf sich lenken, sich von ihr helfen lassen, aber noch nicht verstehen, warum die Bindungsperson nicht immer seine Wünsche erfüllte (vgl. GROSSMANN & GROSSMANN 2004, 74f). „Mit dem wachsenden Verständnis für das, was sie [die Bin-

dungsperson] sagt, beginnt das Kind zu verstehen, was ihre momentanen Ziele sind und worin mögliche Interessenskonflikte zwischen den Plänen der Mutter und seinen eigenen Wünschen bestehen können“ (ebd., 75). Die Kinder entdecken, dass auch andere Menschen fühlen, denken und wollen.

Wenn ein Kind eine Bindung zu einer Person aufgebaut hat, – was zwischen dem vierten und sechsten Monat der Fall ist – und dann von dieser getrennt wird, so leidet das Kind. Die Kehrseite der Bindung ist die Trauer. Wenn es zu längeren Trennungen kommt, so zeigen Kinder ein spezielles Verhalten: (1) Betäubtsein, (2) Protest und Sehnsucht und (3) Verzweiflung und Desorganisation.

Während der ersten drei Phasen sind Gefühlsweisen, wie „[...] Sehnsucht nach der Rückkehr der verlorenen Person; verzweifelte Hoffnung, daß wunderbarerweise die Person plötzlich wieder da sein wird; Wut, im Stich gelassen worden zu sein; zornige Vorwürfe gegen alle, die mit diesem Verlust in Verbindung gebracht werden können; und Schuldgefühle, selbst der für diesen Verlust Verantwortliche zu sein“ (GROSSMANN & GROSSMANN 2004, 75) zu erwarten. In der vierten Phase können längere Trennungen zur Entfremdung und Ablösung von der Bindungsperson führen. Weiters können längere Trennungen beim Säugling zu körperlichen Reaktionen führen, wie Stresssymptome beim Essen, Schlafen oder im Bereich des Immunsystems (vgl. ebd., 75).

5.5 Entwicklung der Bindung zwischen gehörlosem Kleinkind und seiner hörenden Mutter

Die vorangegangenen Kapitel beschrieben die Grundlagen der Bindungstheorie, die Merkmale für die Entwicklung einer sicheren Bindung. So ist dies vorgeburtlich bereits möglich, da der Fetus verschiedene Sinneseindrücke wahrnehmen kann. Wenn das Kind bereits im Mutterleib eine Beeinträchtigung des Hörorgans hat, so kann es dennoch auf die anderen Sinne zurückgreifen und fühlen. Der Fetus kann die Emotionen, die Einstellungen und die Gedanken der Mutter aufnehmen. Durch diese Auseinandersetzung mit dem Ungeborenen bildet sich bereits in der Schwangerschaft ein Band zwischen Mutter und Kind, was sich positiv auf die weitere Bindungsentwicklung auswirkt.

Zweifelsohne stellt nun die Diagnose der Hörschädigung eine besondere Anforderungen an die Eltern: zum einen stehen die Eltern unter Schock, sie müssen die Nachricht der Behin-

derung ihres Kindes verarbeiten. Zum anderen stellt die Hörfähigkeit bzw. die eingeschränkte Hörfähigkeit des Kindes eine weitere Herausforderung da. Diese Aspekte können dazu führen, dass es bei den Eltern zu Irritationen in der Feinfühligkeit und Responsivität führt, was wiederum ein wichtiger Indikator für die Bindungssicherheit ist (vgl. HINTERMAIR 2005, 59). Eltern wissen nicht, wie sie auf ihr Kind zugehen bzw. auf es reagieren sollen. Die Sprachbarriere löst eine Not bei ihnen aus (vgl. BERTRAM 2004, 223). „Die Eltern-Kind-Interaktion kann sich nachhaltig verändern – geringe Ansprache, weniger Körperkontakt sowie Blickkontakt könnte die Folge sein“ (ebd., 223). Das Nicht-Reagieren auf den Säugling befremdet oftmals, hinterlässt Frust und beeinträchtigt nachhaltig die Mutter-Kind-Beziehung. Ein einfühlsames Eingehen von Fachleuten ist in dieser Situation besonders wichtig. Die Eltern müssen in ihren elterlichen Kompetenzen gestärkt und unterstützt werden, um fähig zu werden über ihr Kind Glück, Freude und Stolz zu empfinden, und eine Beziehung zu ihm aufbauen zu können (vgl. ebd., 223ff). GROSSMANN & GROSSMANN (2004, 119) schreiben hierzu, dass eine wenig feinfühlige Beziehung zum Kind im ersten Lebensjahr Auswirkungen auf die spätere Bindungsentwicklung zeigt und sich auf die Mutter-Kind-Beziehung auswirkt. „Wenn ein Kind [...] mit Beeinträchtigungen geboren wird, ist seine Individualität so ungewöhnlich, daß eine Mutter oft auch fachkundige Beratung braucht, um diese Besonderheit ihres Kindes berücksichtigen zu können“ (ebd.).

Insgesamt denkt man, dass eine Hörschädigung und mangelnde Kommunikation bindungsstörend wirksam sind. Jedoch sollte man nicht davon ausgehen. HINTERMAIR (vgl. 2005, 59f) stellt fest, dass sich die Entwicklung der Bindung zwischen gehörlosem Kind und seiner hörenden Mutter kaum der Bindung zwischen von hörendem Kind und seiner hörenden Mutter unterscheidet. Dazu gibt es verschiedene Gründe. Einer der wichtigsten Gründe für eine sichere Bindung und Beziehung zwischen Mutter und Kind ist das so genannte „intuitive parenting“. Dieses befähigt Eltern „[...] sich veränderten Bedingungen so anzupassen, dass die wechselseitige Beziehung zwischen Eltern und Kind gesichert wird bzw. gesichert bleibt“ (ebd., 60). Das intuitive Elternverhalten arbeitet mit verschiedenen Kompetenzen der Sinnesmodalitäten. So wurde bereits im Kapitel „Entwicklung der Kommunikation“ der vorliegenden Arbeit über die Anpassungsfähigkeit der Eltern im Zuge der Motherese geschrieben. In dieser passen Erwachsene ihre lautsprachlichen Äußerungen an den Säugling an: sie heben ihre Stimmlage an, verwenden vereinfachte Äußerungen und wiederholen diese auffallend oft. Ebenso verhält es sich mit der Signerese, die von den gehörlosen

Eltern angepasste gebärdende Form an den gehörlosen Säugling. Auch hier wird auf die Bedürfnisse des Kleinkindes eingegangen: die Gebärden werden näher beim Kind ausgeführt, sie werden durch vergrößerte Ausführung betont und ebenfalls wie bei dem lautsprachlichen Mutterischen auffallend oft wiederholt.

Interessant ist nun aber, dass auch hörende Mütter intuitiv auf ihr hörgeschädigtes Kind reagieren. Ähnlich der Signerese unter gehörlosen Menschen, setzten sie ihre visuellen und taktilen Interaktionssignale verstärkt ein. Sie werden kompensatorisch wirksam, um ihrem Kind die Sicherheit, Nähe und Interaktion geben zu können, die es braucht (vgl. HINTERMAIR 2005, 60). HINTERMAIR (ebd.) schreibt davon, dass es im allgemeinen weniger um den lautsprachlichen Input und die elterliche Sprache geht, sondern vielmehr darum, „[...] dass die frühe Bindungsentwicklung mehr von solchen interaktiven Basisqualitäten (da sein für das Kind, das Kind Wärme spüren lassen, Zuneigung zum Ausdruck zu bringen etc.) bestimmt ist [...]“. Wichtig scheint für die Entwicklung der Bindung – genauso wie beim hörenden Kind – zu sein, dass die Mütter eine Feinfühligkeit für das Kind entwickeln. Wenn die Eltern nun feinfühlig auf ihren Säugling reagieren, ihn bemuttern, seine Signale richtig deuten und präsent sind, dem Kleinkind geben, was es braucht, so stehen die Chancen gut, dass sich das Kind sicher an die Mutter bindet und sich keine negativen Auswirkungen auf die Bindungsqualität zeigen (vgl. GROSSMANN & GROSSMANN 2004, 117f).

Zusammenfassend kann man nun also sagen, dass sich die Bindung zwischen gehörlosen Kind und hörender Mutter kaum anders entwickelt als die Bindung zwischen hörendem Kind und hörender Mutter. Wichtig scheint zu sein, dass die Mutter in der anfänglichen Phase des Schocks über die Geburt eines hörgeschädigten Kindes Hilfe und Unterstützung bekommt. Die Frühförderung muss den Eltern beibringen, das hörbehinderte Kind zu akzeptieren und mit dem Schmerz fertig zu werden. Wenn sich Eltern damit auseinandergesetzt haben und das Kind in seiner Individualität akzeptiert haben, können sie kompensatorisch wirksam werden und ein angemessenes sprachliches Miteinander entwickeln (vgl. BERTRAM 2004, 223). Eine sichere Bindung zwischen gehörlosem Kind und hörender Mutter ist dann gewährleistet, wenn sich die Mutter auf ihr Kind einstellen kann, feinfühlig und bemutternd auf das Kind reagiert und immer für es da ist, wenn es die Mutter braucht. Gehörlose Kinder können ebenso sichere Bindungen zu ihren hörenden Müttern aufbauen, wie hörende Kinder zu ihren hörenden Müttern.

5.6 *Resümee*

Im Fokus des vorangegangenen Kapitels stand die Bindungstheorie und der Begriff Bindung. Bindungen sind einmalige und einzigartige Beziehungen zwischen zwei Menschen. Ein besonderer Stellenwert kommt der Mutter-Kind-Bindung zu: Sie ist die wahrscheinlich intensivste Bindung überhaupt. Wenn eine Mutter feinfühlig auf ihr Kind reagiert und sich angemessen um es kümmert, immer für den Säugling da ist, so wird sich eine sichere Bindung entwickeln. Die Mutter stellt die sichere Basis für den Säugling dar, von welcher aus er die Umwelt erkunden kann. Wenn jedoch die Mutter nicht angemessen auf ihr Baby reagiert, so können verschiedene Störungen im Bindungsverhalten auftreten und womöglich das weitere Leben des Kindes beeinflussen.

Außerdem befasste sich das Kapitel mit der Entwicklung der Bindung, insbesondere in einem zeitlichen Kontext. AINSWORTH schreibt von einer Entwicklung der Bindung ab der Geburt des Kindes. Die Bindung zwischen Mutter und Kind entwickelt sich langsam im ersten Lebensjahr des Säuglings. Neuere Studien gehen bereits von einer Entwicklung der Bindung zwischen Mutter und Kind in der Schwangerschaft und bei der Entbindung aus. Durch die Vorstellung und Beschäftigung mit dem Fetus besteht bereits pränatal eine Bindung zwischen Mutter und Ungeborenem.

Abschließend wurde die Entwicklung der Bindung zwischen hörendem Kleinkind und hörender Mutter mit der Entwicklung der Bindung zwischen gehörlosem Kleinkind und hörender Mutter gegenübergestellt. Es gibt kaum Unterschiede in der Entwicklung der Bindung zwischen hörender Mutter und ihrem hörgeschädigten Kind und zwischen hörender Mutter und hörendem Kind. Natürlich müssen sich Eltern mit der Behinderung ihres Neugeborenen auseinandersetzen und Frühförderung beanspruchen. Wenn jedoch die Mütter feinfühlig auf ihren Säugling reagieren und seine Äußerungen richtig interpretieren lernen, so entwickelt sich auch ein Band zwischen ihnen. Die Eltern reagieren sodann intuitiv kompensatorisch auf das Kleinkind.

6 DER EINFLUSS DER KOMMUNIKATION AUF DIE QUALITÄT DER BINDUNG

Im Folgenden soll nun darauf eingegangen werden, inwiefern die Kommunikation einen Einfluss auf die Qualität der Bindung bei Kleinkindern hat. Zunächst wird das Zusammenspiel der Kommunikation und Bindung erörtert, des Weiteren wird die Notwendigkeit einer sicheren Bindung im Hinblick auf die Zukunft des Säuglings diskutiert.

6.1 Zusammenspiel von Kommunikation und Bindung

Für die Gesamtentwicklung des Kindes wird als grundlegende dialogische Erfahrung die Mutter-Kind-Dyade beschrieben. Insbesondere für die Entwicklung des Hören- und Sprechenlernens wird diese Beziehung als unablässig angesehen. Spracherwerb funktioniert nur auf Grundlage der Mutter-Kind-Beziehung. Diese Voraussetzung findet in einem Rahmen statt, in dem sich die Mutter in ihrem Dialogangebot dem Kind anpasst: die Motherese (vgl. HORSCH ET AL. 2004, 177). Hierbei beginnt das Dilemma in der Situation zwischen einer hörenden Mutter, die ein hörgeschädigtes Kind gebärt. Dieser erschwerte Zustand birgt möglicherweise die Gefahr, das Kind auf die Hörschädigung zu reduzieren. Die Eltern leben mit der Gewissheit, dass die Lautsprache ihr Kind nicht erreichen wird bzw. nur eingeschränkt erreichen kann. Die Eltern-Kind-Interaktion kann sich dadurch verändern und möglicherweise negative Folgen mit sich bringen: weniger Körperkontakt oder geringer Blickkontakt. Für das Neugeborene ist die Mutter aber nur dann existent, wenn es sie sieht (vgl. BERTRAM 2004, 119ff). „Die Kommunikation Mutter-Kind wird somit ständig unterbrochen und ist instabil. Die Entwicklung einer festen Bindung zwischen Bezugsperson und dem Kind ist gefährdet, wenn nicht eine Kompensation durch vermehrter Blick- und Körperkontakt erfolgt“ (ebd., 223).

Im Falle der Geburt eines hörgeschädigten Kindes sollten Frühförderungseinrichtungen die Eltern dahingehend unterstützen, das Kind so anzunehmen, wie es ist. Die Eltern sollen eine stabile Beziehung zu ihm aufbauen.

Verschiedenste Studien zeigen, dass die Bindungsentwicklung in engem Zusammenhang mit der Sprachentwicklung des Kindes steht. Wie bereits erwähnt wurde, ist einer der wichtigsten Indikatoren für eine sichere Bindung die mütterliche Feinfühligkeit: die Reaktion auf das Baby und die Interaktion mit dem Baby. So kann vermutet werden, dass Mütter, die in engem Dialog mit ihrem Kind stehen, eine sichere Bindung zu ihm aufbauen. Des

Weiteren ist davon auszugehen, dass Mütter zu einer sicheren Bindung beitragen, wenn sie an der sprachlichen Förderung ihrer Kinder Interesse zeigen (vgl. KORNTHEUER ET AL 2007, 181). „Wenn an die Hauptbezugsperson eine sichere Bindung besteht, ist dementsprechend zu vermuten, dass dies den Spracherwerb erleichtert und so die kindliche Sprachkompetenz verbessert“ (ebd.). In einer Studie von KORNTHEUER ET AL (vgl. 2007, 187) ging hervor, dass die Qualität der Bindung in einem signifikanten Zusammenhang mit der Sprachentwicklung steht. Sicher gebundene Kinder weisen einen deutlich besseren sprachlichen Fortschritt auf, als unsicher gebundene Kinder. Dies lässt sich möglicherweise so erklären, dass die Kinder die Mutter als sichere Basis nutzen und vermehrt explorieren. „Beim Nutzen der Mutter als sichere Basis gibt es zahlreiche Gelegenheiten, über Objekte zu kommunizieren, was dem Kind optimale Gelegenheiten bietet, insbesondere umweltbezogene Wörter zu lernen und auszuprobieren“ (ebd., 187). Unsicher gebundene Kinder haben im Vergleich dazu ein sehr geringes Explorationsverhalten bzw. beziehen die Mutter kaum in dieses ein. Daher ist ein vermindertes Explorationsverhalten mit einem geringeren sprachlichen Austausch und damit weniger Lerngelegenheiten verbunden (vgl. ebd.).

Der enge Zusammenhang zwischen mütterlicher Feinfühligkeit und Qualität der Mutter-Kind-Bindung sowie der sprachlichen Entwicklung ist somit gewährleistet. Insbesondere für die sprachliche und die Gesamtentwicklung eines hörgeschädigten Kindes mit hörenden Eltern ist eine enge Beziehung von Nöten. Hierbei ist ein effektives Sprachsystem – eine an das Kind angepasste Kommunikationsform – von großer Wichtigkeit, damit sich Kinder die Welt sozial und kognitiv aneignen können.

Sowohl Sprache als auch die visuelle Aufmerksamkeit verbessern sich eindeutig, wenn die Interaktion zwischen Eltern und Kind gut funktioniert. Eine höhere Sensivität der Mutter auf die Signale ihres Kleinkindes geht mit einer schnelleren und ausgeprägteren Sprachentwicklung einher. Die Bindung entwickelt sich dann positiv, wenn die Mutter angemessen auf ihr hörgeschädigtes Kind reagiert. Wenn sie stets einen aufmerksamen Blick für die Bedürfnisse ihres Kindes hat und prompt auf das Baby reagiert. Eine gut funktionierende Interaktion ist für die Bindungsentwicklung von Mutter und Kind unabdingbar. Wenn eine gute Interaktion zwischen den beiden gegeben ist, so kann sich die Bindung entwickeln. Umgekehrt ist eine sichere Bindung ausschlaggebend für eine gute Sprachentwicklung (vgl. HINTERMAIR 2005, 48ff).

Zusammenfassend kann man nun sagen, dass die Kommunikation zwischen Mutter und Kind in einem sehr engen Zusammenhang steht. Sicher gebundene Kinder weisen eine signifikant bessere und schnellere Sprachentwicklung auf, als unsicher gebundene Kinder. Besonders im Hinblick auf ein hörgeschädigtes Kind – durch seine erschwerten Bedingungen – scheint eine enge Bindung bzw. ein gutes Sprachsystem von besonderer Bedeutung zu sein.

6.2 Sicher gebundene Kinder – Aussichten für die Zukunft

Eine sichere Bindung an das hörgeschädigte Kind ist von besonderer Bedeutsamkeit. Die Wahl eines angemessenen Kommunikationssystems ist von Beginn an ein wichtiger Indikator. Hierbei kommt es nicht auf die Form an (Lautsprache oder Gebärdensprache), sondern auf die Qualität der Kommunikation. Diese ist besonders für die Zukunft des hörgeschädigten Kindes wichtig, da sie immer auch einen Einfluss auf die Gesamtentwicklung des Kindes hat (vgl. HINTERMAIR 2005, 48). „Auch hier belegen Untersuchungen, dass die Qualität der Eltern-Kind-Kommunikation in signifikantem Zusammenhang mit der sozial-emotionalen Reife des hörgeschädigten Kindes steht“ (ebd., 48). Eine liebevolle Interaktion mit dem Säugling ist unabdingbar, um ihm eine interaktive Welt zu erschließen.

Eine Studie von KORNTHEUER ET AL. (vgl. 2007, 186) veranschaulicht die Notwendigkeit einer sicheren Bindung für das Kind: Kinder, die einen interaktiven Umgang mit ihren Eltern hatten, sowie eine sichere Bindung an die Mutter zeigten, wiesen im Alter von einem Jahr eine höhere Sprachentwicklung auf, als Kinder, die unsicher an die Mutter gebunden waren und eine geringe Interaktion erfahren durften. Im Jahr darauf zeigten die sicher gebundenen Kinder ein besseres Sprachverständnis, eine große Sprachproduktion, und einen Vorsprung in der kognitiven Entwicklung. „Prospektiv schien eine konsistent sichere Bindung sowohl mit positiven Ergebnissen hinsichtlich der rezeptiven Sprachentwicklung und der Sprachproduktion als auch der kognitiven Entwicklung in Verbindung zu stehen“ (ebd., 186). Eine sichere Bindung und eine ausgeprägte Mutter-Kind-Interaktion scheinen eine wichtige Rolle für die zukünftige Entwicklung des Säuglings zu spielen (HINTERMAIR 2005, 58).

Zahlreiche Forschungsergebnisse zeigen, dass „[...] eine sichere Bindung mit der beste Prädiktor für das Selbstwertgefühl sowie für die sprachliche, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung von Kindern ist“ (ebd., 58). Diese Kinder entwickeln sich in schu-

lischen Bereichen besser, berichten über weniger Probleme und führen befriedigende Beziehungen zu Gleichaltrigen, als Kinder, die im Kleinkindalter nicht diese Erfahrungen mit den Eltern machen konnten. HINTERMAIR (ebd., 59) beschreibt die Bindungssicherheit als „[...] Ausdruck einer positiven Einstellung zur Welt und ihren Anforderungen“.

Schlussendlich kann man sagen, dass eine enge Beziehung und eine an das Kind angepasste Kommunikationsform von Beginn an wichtig für den Säugling sind. Besonders in seiner weiteren Entwicklung wird es ihn beeinflussen. Das sicher gebundene Kind wird sich sowohl sprachlich, kognitiv und sozial-emotional positiv entwickeln können als auch ein Selbstwertgefühl aufbauen können.

6.3 Resümee

Im vorangegangenen Kapitel wurde der Einfluss der Kommunikation auf die Qualität der Bindung beschrieben. Einen zentralen Stellenwert hat hierbei das Zusammenspiel von Kommunikation und Bindung. Säuglinge, die von Beginn an eine angepasst Kommunikationsform erhalten und gefordert werden, werden schneller eine sichere Bindung entwickeln können. Umgekehrt ist eine sichere Bindung an die Mutter ein wichtiger Bestandteil für die Entwicklung einer Sprache.

Weiters wurden die Aussichten von sicher gebunden Kindern beschrieben. Sie erlernen schneller die Sprachfähigkeit und haben einen Vorsprung in der kognitiven Entwicklung. Besonders für die Zukunft des Kindes scheinen die beiden Indikatoren von großer Bedeutung zu sein. Ein sicher gebundenes Kind – ein Kind, das eine liebevolle Interaktion mit der Mutter erfahren durfte – wird sich sozial und emotional positiv entwickeln.

II. EMPIRISCHER TEIL

„Die Sprache aber liegt in der Seele, und kann sogar bei widerstrebenden Organen und fehlendem äußerem Sinn hervorgebracht werden.“

Wilhelm von Humboldt, 1848, Philosoph & Sprachforscher

7 FORSCHUNGSFRAGE UND HYPOTHESEN

In diesem Kapitel wird noch einmal kurz die leitende Forschungsfrage der vorliegenden Diplomarbeit dargestellt, sowie die sich daraus ergebenden Unterfragen beschrieben. Weiters werden die aufgestellten Hypothesen vorgestellt.

7.1 Fragestellung

Die leitende Forschungsfrage, die der vorliegenden Diplomarbeit zugrunde liegt, lautet folgendermaßen: „**Inwiefern beeinflusst die Kommunikation bei gehörlosen Kindern die Qualität der Bindung zur hörenden Mutter?**“ Ziel ist es herauszufinden, ob die Kommunikation zwischen Mutter und Kind einen Einfluss auf die Qualität der Bindung hat. Insbesondere ist es interessant herauszufinden, in wiefern es Unterschiede in der Qualität der Bindung zwischen hörgeschädigtem Kind und dessen hörender Mutter sowie hörendem Kind und dessen hörender Mutter, bezogen auf die Kommunikation gibt.

Da sich die Diplomarbeit insbesondere mit dem Vergleich der Entwicklung zwischen gehörlosen Kleinkindern und ihren hörenden Müttern sowie hörenden Kleinkindern und ihren hörenden Müttern beschäftigt, ergeben sich hierbei verschiedene Unterfragen:

- Inwiefern spielt die pränatale Kommunikation für die Qualität der Bindung eine Rolle?
- Gibt es zeitliche Unterschiede im Erwerb der Sprachfähigkeit zwischen hörenden Kleinkindern und gehörlosen Kleinkindern?
- Wie und in welchem Alter versuchen gehörlose Kleinkinder mit ihren hörenden Müttern zu kommunizieren im Unterschied zu hörenden Kindern und ihren hörenden Müttern?
- Gibt es Unterschiede in der Entwicklung der Bindung zwischen gehörlosen und hörenden Kleinkindern und ihren hörenden Müttern? Gibt es Unterschiede im Bindungsverhalten zwischen gehörlosen und hörenden Kleinkindern und ihren hörenden Müttern? Sind gehörlose Kleinkinder anders an ihre hörenden Mütter gebunden als hörende Kleinkinder an ihre hörenden Mütter?

Die Bearbeitung und Beantwortung der Unterfragen erfolgt im Rahmen der Kapitel 9 „Durchführung der Forschung“ und Kapitel 10 „Ergebnisse der empirischen Studie“.

7.2 Hypothesen

Ausgehend von der leitenden Forschungsfrage sowie von den davon abgeleiteten Unterfragen ergeben sich folgende Hypothesen, die sowohl mittels des theoretischen Teils als auch des empirischen Teils der Diplomarbeit bearbeitet werden:

1. Gehörlose Kinder haben eine mindestens genauso sichere und feste Bindung an ihrer hörenden Mutter, wie hörende Kinder an ihre hörende Mutter.
2. Gehörlose Kinder erlernen ebenso schnell die Sprachfähigkeit (gleichgültig ob Gebärdensprache oder Lautsprache) wie hörende Kinder.
3. Die Art der Kommunikation zwischen Mutter und Kind (ob Lautsprache oder Gebärdensprache) nimmt keinen Einfluss auf das Entwicklungstempo des Spracherwerbs. Es gibt keine „bessere“ oder „schlechtere“ Art der Kommunikation.
4. Die Art der Kommunikation hat keinen Einfluss auf die Bindung zwischen Mutter und Kind.

Sowohl die Unterfragen, als auch die Hypothesen werden im Kapitel 9 „Durchführung der Forschung“ und Kapitel 10 „Ergebnisse der empirischen Studie“ bearbeitet und dargestellt.

8 BESCHREIBUNG UND BEGRÜNDUNG DER GEWÄHLTEN METHODEN

Im Folgenden werden die Methoden, die für die Studien herangezogen werden und für die Bearbeitung der Forschungsfrage sowie der Unterfragen und Hypothesen verwendet werden, erläutert. In einem ersten Schritt wird das Interview dargestellt, insbesondere die Erhebung und Aufbereitung der Daten sowie die Auswertung der Interviews. In einem zweiten Schritt wird die Beobachtung erklärt, insbesondere die Erhebung und Aufbereitung der Daten sowie die Auswertung dieser.

Um die Qualität der Bindung zwischen Mutter und Kind bezogen auf die Kommunikation ausfindig machen zu können, wurden das **problemzentrierte Interview** sowie die standardisierte **Verhaltensbeobachtung „die Fremde Situation“** nach MARY AINSWORTH herangezogen. In den folgenden Kapiteln werden die verwendeten Methoden vorgestellt und versucht die Wahl der Methoden zu begründen.

Ein wichtiger Aspekt schien für die Diplomarbeit zu sein, sich nicht nur auf eine Methode zu konzentrieren, sondern eine Beobachtung zwischen Mutter und Kind mit einem Interview mit der Mutter zu verbinden. Da das Beobachtungssetting eine einmalige Momentaufnahme von etwa 20 Minuten ist, wäre es schwierig durch diese kurze Zeit eine effektive Bindungsqualität herauslesen zu können. Aus diesem Grund wurde zusätzlich das Interview mit den Müttern durchgeführt. Im Rahmen der Kapitel 9 „Durchführung der Forschung“ und Kapitel 10 „Ergebnisse der empirischen Studie“ werden die Ergebnisse der beiden Methoden miteinander in Verbindung gebracht und Schlüsse gezogen sowie Ergebnisse dargestellt.

8.1 *Interview*

In der qualitativen Forschung spielt der verbale Zugang – also das Gespräch – eine bedeutende Rolle. Um zusätzlich zur Beobachtung Daten von Mutter und ihrem Kleinkinde heranzutragen, wurde ein Interview durchgeführt. „Subjektive Bedeutungen lassen sich nur schwer aus Beobachtungen ableiten. Man muß hier die Subjekte selbst zur Sprache kommen lassen [...]“ (MAYRING 1996, 49). Jedoch spielt bei dem Interview eine wichtige Rolle, dass ein Vertrauensverhältnis zwischen Interviewer und Interviewten entsteht, um eine ehrliche, genaue und offene Gesprächsdynamik hervorzubringen. Daher wurde für die vorliegende Diplomarbeit das problemzentrierte Interview gewählt. Es lässt eine reflektierte,

ernst genommene und gleichberechtigte Beziehung zwischen Befragten und Interviewer zu (vgl. ebd., 51). Aus diesem Grunde ist das Gespräch auch ehrlicher und genauer als beispielsweise bei einem Fragenbogen oder einer geschlossenen Umfragetechnik und besonders für diese Diplomarbeit geeignet.

8.1.1 Erhebung anhand des Problemzentrierten Interviews

Das **problemzentrierte Interview** ist eine offene und halbstrukturierte Befragungstechnik, die auf eine bestimmte Problemstellung zentriert ist (vgl. MAYRING 1996, 50). „Das Interview läßt den Befragten möglichst frei zu Wort kommen, um einem offenen Gespräch nahezu kommen“ (ebd.). Bei dieser Interviewform wird das Erzählprinzip herausgestellt. Bereits im Vorhinein kann der Interviewer Fragen zum eingegrenzten Problembereich vorbereiten und diese im Laufe des Gesprächs stellen.

Der Verlauf des Gesprächs ist relativ offen und nur auf eine bestimmte Problemstellung zentriert (vgl. ebd.). Die Gesprächsdynamik zwischen Interviewer und Befragten soll auf einer Vertrauensbeziehung beruhen, der Interviewte soll sich „[...] ernstgenommen und nicht ausgehorcht fühlen“ (ebd., 51). Zwischen den Gesprächspartnern soll eine möglichst gleichberechtigte, offene Beziehung aufgebaut werden, damit eine Vertrauensbeziehung entsteht (vgl. MAYRING 1996, 51).

Ein wichtiger Aspekt dieser Interviewform ist die teilweise Standardisierung durch den Leitfaden. Da dem Interview ein Gesprächsleitfaden zugrunde liegt, könnte man es auch als Spezialform teilstandardisierter Interviews ansehen. Jedoch ist eben ein sehr wichtiger Aspekt die freie und offene Struktur (vgl. FLICK ET AL. 2000, 353f). Der Interviewer erarbeitet im Vorhinein bestimmte Aspekte, die er zu einem Interviewleitfaden zusammenstellt und im Gesprächsverlauf von ihm angesprochen werden. Dies lässt die Gesprächsdynamik im Laufen und erleichtert die Vergleichbarkeit bei mehreren Interviews (vgl. MAYRING 1996, 50ff).

Besonders bei einem so heiklen und sensiblen Thema, wie es dieser Diplomarbeit zugrunde liegt, ist das problemzentrierte Interview eine geeignete Form. Der Interviewte muss nicht Frage für Frage kurz und knapp beantworten, sondern es entsteht eine Gesprächsdynamik zwischen dem Befragten und dem Interviewer. Es kann eine Vertrauensbasis geschaffen werden, wodurch sich der Interviewpartner ernst genommen und nicht ausge-

horcht fühlt. Gerade diese Aspekte sind für die vorliegende Diplomarbeit besonders von Bedeutung, um von den ehrlichen und genauen Antworten der Teilnehmer zu profitieren.

8.1.2 Aufbereitungsverfahren anhand der wörtlichen Transkription

Bevor das Material (die Interviews) ausgewertet werden kann, muss es aufbereitet und geordnet werden. Dies erfolgt im Fall der vorliegenden Diplomarbeit durch die **wörtliche Transkription**. Unter Transkription versteht man die Verschriftlichung, wenn „[...] gesprochene Sprache, beispielsweise aus Interviews oder Gruppendiskussionen, in eine schriftliche Fassung gebracht wird [...]“ (MAYRING 1996, 68). Transkripiert ist zwar sehr zeitaufwendig, jedoch unabdingbar, da durch die wörtliche Transkription das Material vollständig erfasst wird und dadurch eine Basis für eine ausführliche Interpretation und Auswertung bietet (ebd., 69). Zumeist werden Transkripte von Tonbandaufnahmen angefertigt (vgl. FLICK ET AL. 2000, 440). Ziel ist es hierbei „[...] die geäußerten Wortfolgen (verbale Merkmale), häufig aber auch deren lautliche Gestaltung z.B. durch Tonhöhe und Lautstärke [...] sowie redebegleitendes nichtsprachliches Verhalten [...] möglichst genau auf dem Papier darzustellen, sodass die Besonderheiten eines einmaligen Gesprächs sichtbar werden“ (ebd., 438).

MAYRING (vgl. 1996, 70) stellt drei Techniken, die der wörtlichen Transkription zur Verfügung stehen, vor:

- Das Internationale Phonetische Alphabet
- Die literarische Umschrift
- Die Übertragung ins normale Schriftdeutsch

Da einige Interviews der vorliegenden Diplomarbeit in Dialektsprache abgehalten wurden bzw. sowohl Interviewer als auch die Befragten immer wieder in den Dialekt verfallen sind, wurde die dritte Variante von MAYRING (ebd.), die Übertragung ins normale Schriftdeutsch, gewählt. Hier wird der Dialekt bereinigt, die Fehler im Satzbau werden behoben und der Stil wird geglättet.

Besonders um den Lesefluss in Gang zu halten und die durchgeführten Interviews auswerten zu können, war die Übertragung ins „normale Schriftdeutsch“ unablässig.

8.1.3 *Auswertung anhand der qualitativen Inhaltsanalyse*

Um die gesammelten Daten auszuwerten wurde für die Diplomarbeit die **qualitative Inhaltsanalyse** herangezogen. Die Inhaltsanalyse kontrolliert das Material schrittweise und zerlegt ihr Material in Einheiten (vgl. MAYRING 1996, 91), „[...] die sie nacheinander bearbeitet. Im Zentrum steht dabei ein theoriegeleitet am Material entwickeltes Kategoriensystem [...]“ (ebd. 91). MAYRING (vgl. 1996, 92ff) unterscheidet hierbei drei Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse:

- Bei der **Zusammenfassung** wird das Material auf das Wesentliche reduziert damit ein überschaubarer Kurztext entsteht.
- Ziel der **Explikation** ist es zu fraglichen Textteilen zusätzliches Material heranzutragen, um das Verständnis zu erweitern, welches die Textstellen erläutert.
- Die **Strukturierung** will bestimmte Aspekte aus dem Material herausfiltern und „[...] unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material legen oder das Material unter bestimmten Kriterien einschätzen“ (FLICK ET AL. 2000, 473).

Für die vorliegende Diplomarbeit wurde die dritte Technik gewählt, und zwar die inhaltliche Strukturierung, bei welcher versucht wird, eine bestimmte Struktur aus dem aufbereiteten Material herauszufiltern. Mittels eines Kategoriensystems wird versucht das Material systematisch zu extrahieren. Bei der Auswertung nach der inhaltlichen Strukturierung wird folgendermaßen vorgegangen (vgl. MAYRING 1997, 83):

1. Definition von Kategorien: Es wird genau definiert, welche Textbestandteile unter welche Kategorien fallen sollen.
2. Ankerbeispiele: Es werden konkrete Textstellen angeführt, die unter eine Kategorie fallen und als Beispiele für diese Kategorie gelten sollen.
3. Kodierregel: Dort wo Abgrenzungsprobleme zwischen Kategorien bestehen, werden Regeln formuliert, um eindeutige Zuordnungen zu ermöglichen.

Um die Interviews bearbeiten zu können, wird das Material inhaltlich strukturiert und zu bestimmten Themen bzw. Inhaltsbereichen zusammengefasst (MAYRING 1997, 85). „Welche Inhalte aus dem Material extrahiert werden sollen, wird durch theoriegeleitete entwickelte Kategorien und (sofern notwendig) Unterkategorien bezeichnet“ (ebd., 89).

Für die vorliegende Forschungsarbeit eignet sich die Auswertungsform der inhaltlichen Strukturierung, da die Themenbereiche der Fragestellung in Kategorien eingeteilt werden. So wurden Kategorien zu den Themen allgemeine Daten der Probanden, Bindung, Kommunikation und Gehörlosigkeit entwickelt. Die Kategorien Bindung und Kommunikation wurden des Weiteren mit Unterkategorien versehen, da dies für eine klare Auswertung der Interviews unablässig schien.

8.2 Verhaltensbeobachtung „Fremde-Situations-Test“ nach Ainsworth

Zusätzlich zum Interview wurde mit den Müttern und ihren Kleinkindern eine Beobachtung durchgeführt. Um die Bindung zwischen Mutter und Kind festzustellen, wurde von MARY AINSWORTH der „Fremde-Situations-Test“ entwickelt, welcher in der vorliegenden Diplomarbeit verwendet wurde.

Dieses Beobachtungssetting ist eine standardisierte Beobachtungssituation die in einem künstlichen Setting durchgeführt wird. Da es vorgegebene Episoden gibt ist es eine strukturierte Beobachtung, in der der Beobachter selbst kein Interaktionspartner ist und somit lediglich die Handlung protokolliert (vgl. SCHNELL 1999, 359).

Um die Bindung zwischen Mutter und Kleinkind festzustellen, scheint ein Interview mit den Probanden nicht ausreichend zu sein. Daher wurde, um die Ergebnisse des Gesprächs zu untermauern, zusätzlich eine Beobachtung durchgeführt. In diesem Zuge wurde bei den Probanden die Verhaltensbeobachtung „Fremde-Situations-Test“ nach MARY AINSWORTH angewendet. Diese Situation wird unter Laborbedingungen, in diesem Fall in einem Kindergarten nahe Wien, beobachtet und auf Video aufgezeichnet (vgl. HOPF 2005, 48). Dieser Test eignet sich besonders dafür, „[...] die Stärken und Qualität des Bindungsverhaltens von Kindern in einer Stress-Situation zu untersuchen, und auch dafür, das Verhältnis von Bindungsverhalten und Explorationsverhalten einzuschätzen“ (ebd., 51).

8.2.1 Erhebung anhand von sieben dreiminütigen Episoden

Es wird davon ausgegangen, dass man die Bindung von ein- bis eineinhalbjährigen Kindern an ihren Reaktionen auf kurze Trennungen von der Mutter und an der Reaktion bei der Rückkehr dieser ablesen bzw. messen kann (vgl. DORNES 1997, 222). Aus diesem

Grunde wurde von der Psychologin MARY AINSWORTH die Laborbeobachtungsmethode „Fremde Situation“ entwickelt. Diese Situation besteht aus sieben jeweils ca. drei Minuten langen Beobachtungsepisoden (ENDRES & HAUSER 2000, 10). „Das jeweils beobachtete Kleinkind wird einer im Vergleich zur vertrauten häuslichen Umgebung ‚Fremden Situation‘ ausgesetzt und in dieser ungefähr 20 Minuten lang schrittweise mit stärkeren Belastungen konfrontiert“ (HOPF 2005, 48). Im Folgenden werden die einzelnen Episoden kurz erläutert (vgl. HOPF 2005, 49ff).

Die wichtigsten Informationen und Instruktionen zur Versuchsstudie erhält die Mutter bereits im Vorfeld.

- Episode 1:** Ca. 30 Sekunden: In der ersten Episode wird die Mutter vom Versuchsleiter begrüßt und in den Raum begleitet (vgl. HOPF 2005, 49f). Der Raum ist mit zwei Stühlen, Spielzeug und versteckten Kameras ausgestattet (vgl. DORNES 1997, 222).
- Episode 2:** Die Mutter und das Kleinkind sind nun für ca. drei Minuten alleine im Raum, dabei wird erwartet, dass das Kind zu explorieren beginnt und sich dem Spielzeug zuwendet, während die Mutter vorgibt zu lesen.
- Episode 3:** Eine fremde Person kommt hinzu, nimmt ihren Platz gegenüber der Mutter ein. Nach ca. einer Minute beginnt sie mit der Mutter zu plaudern und wendet sich in der letzten Minute der Episode dem Kind zu.
- Episode 4:** Die Mutter verlässt unauffällig den Raum. Die fremde Person tröstet – wenn erforderlich – das Kind.
- Episode 5:** Die Mutter kommt nach drei Minuten (oder kürzer, wenn das Kind untröstlich ist) zurück und animiert das Kleinkind zum Weiterspielen. Währenddessen verlässt die Fremde unauffällig den Raum. Mutter und Kind sind nun ca. drei Minuten alleine im Raum (vgl. HOPF 2005, 50). „Die Wiedersehens-Episode wird verlängert, wenn das Kind sich nicht so leicht beruhigen lässt“ (ebd.).
- Episode 6:** Die Mutter verlässt den Raum und das Kind ist nun für ca. drei Minuten – oder kürzer – im Spielzimmer alleine.
- Episode 7:** Die Fremde betritt den Raum und versucht dem Kind ein Spiel- oder Trostangebot zu machen (vgl. DORNES 1997, 223). Wenn das Kind zu großen Kummer zeigt, wird die Episode abgekürzt.

Episode 8: Die Mutter kommt in den Raum und die fremde Person geht (vgl. HOPF 2005, 50).

Hierbei sind besonders die beiden Wiederkehrphasen Episode 5 und Episode 8 von großer Bedeutung. Wie reagiert das Kind auf die Wiederkehr der Mutter, wendet es sich ab, kommt es auf sie zu, lässt es sich schnell trösten oder freut es sich auf das Wiedersehen? Die Reaktionen des Kleinkindes auf die Wiederkehr der Mutter werden als maßgeblicher Indikator für die Bindungsqualität betrachtet (vgl. HOPF 2005, 50f).

8.2.2 *Aufbereitung anhand von Beobachtungsprotokollen*

Nach AINSWORTH wurden die Beobachtungssettings von drei Beobachtern mitprotokolliert, transkribiert und sodann zusammengefasst. Es wurden Verhaltensweisen festgelegt und die Episoden in 15 Sekunden dauernde Intervalle geteilt (vgl. AINSWORTH & WITTING 1969, 124f.). Die vorliegende Arbeit stützt sich ebenfalls auf die Aufbereitungs- und Auswertungsvorgänge von AINSWORTH, jedoch werden anstelle der drei Beobachter zwei Videokameras installiert, die die Beobachtungssettings aufzeichnen sollen sowie ein Direktbeobachter, der die Situation handschriftlich mitprotokolliert.

In einem ersten Schritt werden die handschriftlichen Unterlagen auf Computer gebracht. Des Weiteren werden die Videoaufzeichnungen angesehen und detailgenau protokolliert. Hierbei wird jede Beobachtung zwei bis drei Mal angesehen und verschriftlicht, sowie mit den Mitschriften der Direktbeobachtung ergänzt. Die Protokolle werden sowohl in Episoden, als auch in die einzelnen Minuten gegliedert. Es wurde versucht das gesamte Verhalten einer Person so genau wie möglich mit Hilfe der Umgangssprache aufzuzeichnen.

8.2.3 *Auswertung durch Kategorienbildung in Anlehnung an Ainsworth*

Die Kodierung und Analyse der Daten erfolgt nach Ainsworth folgendermaßen: Die Berichte der Beobachter werden in 15 Sekunden dauernde Intervalle gegliedert und die bestimmte Verhaltensweisen der Kindern festgelegt (vgl. AINSWORTH & WITTING 1969, 125). „Die Häufigkeit einer Verhaltensweise wurde durch die Anzahl der Zeiteinheiten, in denen das Verhalten auftrat gemessen. Damit erhielt jedes Verhalten, das durchgängig war oder zumindest einmal in jedem der zwölf 15 sekündigen Zeitintervalle auftrat, in einer dreiminütigen Episode einen Punktwert von 12“ (ebd., 125).

In der vorliegenden Arbeit werden die Ergebnisse anhand von Rating-Verfahren ermittelt. Ein Rating-Verfahren stellt ein Einstuf-Verfahren dar, bei dem der Ausprägungsgrad einzelner Verhaltensweisen oder Aspekte wie Intensität oder Häufigkeit abgeschätzt und auf einer Messskala eingetragen wird. Durch die Zuordnung von Zahlen zu Verhalten erfolgt also die Quantifizierung (vgl. FAßNACHT 1995, 155).

Die detailgenauen Protokolle werden zunächst in Episoden und diese wiederum in einzelne Minuten gegliedert, in welchen die einzelnen Handlungen der Kinder genau festgehalten werden. Die Auswertung der Beobachtungen erfolgt anhand von Kategorien, die zuvor gebildet wurden. Diese Kategorien sind an jene von AINSWORTH gelehnt.

Für die vorliegende Arbeit wurden sieben Kategorien gebildet. Diese sind von besonderer Bedeutung für die Ergebnisse. Das Verhalten der Kinder wurde in ein **interaktives Verhalten** (1. Nähe- und Kontaktverhalten (Nähe- und Kontaktsuchverhalten sowie Nähe- und Kontakthalteverhalten), 2. Distanzinteraktion, 3. Widerstandsverhalten, 4. vermeidendes Verhalten und 5. suchendes Verhalten) und ein **sonstiges Verhalten** (6. kommunikatives Verhalten und 7. exploratives Verhalten) eingeteilt.

Die Kategorien wurden genau definiert, um die einzelnen Aktone den Kategorien zuordnen zu können. Diese werden zusammengefasst und für jedes Kind einzeln ausgewertet. Das Vorkommen des Verhaltens wurde in jeder Episode gezählt und die Intensität auf einer Skala von Null bis Zehn (wobei Null die niedrigste Intensität des Verhaltens, also kein Verhalten, und Zehn die höchste Intensität des Verhaltens beschreibt) dargestellt. So bedeutet das zum Beispiel bezüglich des Suchverhaltens eine Klassifikation von 3, dass das Kind zwar Anzeichen eines Suchverhaltens hatte, jedoch sehr gering ausgeprägt.

Das Nähe- und Kontaktverhalten sowie das Suchverhalten sind Verhaltensweisen, die auf Bindungssicherheit schließen lassen, hingegen werden Widerstandsverhalten und vermeidendes Verhalten als Unsicherheit im Umgang mit Bindungsgefühlen gesehen (vgl. GROSSMANN & GROSSMANN 2004, 141).

Die Klassifikation der einzelnen Beobachtungen erfolgte nach den Richtlinien von AINSWORTH ET AL. (vgl. ebd. 1971, 175ff):

Kategorie B: Sicheres Bindungsmuster

Die Kinder der Gruppe B reagieren auf die Wiedervereinigungsepisoden mit einem deutlichen Verlangen nach Nähe und Kontakt mit der Mutter. Dies kann sich sowohl in Lachen als auch Weinen auswirken. Die Säuglinge können, müssen aber nicht mit der Fremden freundlich umgehen. Sie sind eindeutig mehr an der Interaktion, dem Kontakt mit der Bindungsperson interessiert, als an der Fremden. Diese Kinder können, müssen aber nicht in den Trennungsepisoden gestresst sein. Sie können sich von der Fremden trösten lassen, aber es ist klar, dass sie die Mutter brauchen.

Die Untergruppen der sicher gebunden Kinder haben die genannten Merkmale gemeinsam, unterscheiden sich jedoch in den folgenden Aufzählungen:

B1: (1) Die Kinder sind an dem Kontakt mit der Mutter in der Rückkehrphase interessiert: sie lächeln und beginnen eine Interaktion herzustellen, auch wenn sie nicht besonders die Nähe suchen. (2) Wenn sie hochgenommen werden, suchen sie keinen sonderlichen Kontakt zur Mutter, sie klammern. (3) Sie zeigen nur wenig bzw. keinen Stress in den Trennungsepisoden.

B2: (1) Kinder dieser Untergruppe nähern sich ihren Müttern in den Wiedervereinigungsepisoden, sie suchen auch den Kontakt zu ihnen, verlangen jedoch weniger Distanzinteraktion als die Kinder der Gruppe B1. (2) Wenn die Kinder hochgenommen werden, akzeptieren sie den Kontakt, jedoch auch, wenn sie wieder abgesetzt werden. Sie klammern nicht so stark und wehren sich auch nicht so stark, wie es Kinder der Gruppe B3 machen. (3) Die Säuglinge zeigen wenig oder keinen Stress in den Trennungsepisoden.

B3: (1) Die Kinder reagieren auf die Rückkehr der Mutter eher durch weinen, als lächeln. Sie neigen dazu, sich der Mutter aktiv zu nähern. (2) Die Kinder suchen aktiven Körperkontakt zur Mutter, wenn dieser da ist, neigen sie dazu, sich festzuklammern und sich zu wehren, wenn sie losgelassen werden. (3) Die Kleinkinder können, müssen aber nicht, in den Trennungsepisoden gestresst sein. Wenn es nicht gestresst ist, dann sucht es deutlicheren Kontakt zur fremden Person als bei den Kindern in den Gruppen B1 und B2.

B4: (1) Die Kinder dieser Gruppe sind die ganze Zeit über in der Nähe der Mutter. Es gibt bereits in den Vortrennungsepisoden Unsicherheiten und sie beschäftigen sich gänzlich mit der Mutter und explorieren wenig. (2) Die Kleinkinder versuchen aktiv, den Körperkontakt zur Bindungsperson zu halten, indem sie klammern oder sich wehren, losgelassen zu werden. (3) Sie sind in Trennungsepisoden deutlich gestresst (vgl. AINSWORTH ET AL. 175ff).

Kategorie A: Unsicher-vermeidendes Bindungsmuster

Die Kinder dieser Gruppe zeigen kaum die Tendenz, Nähe, Interaktion oder Kontakt mit der Mutter zu suchen. Sie zeigen kaum Tendenzen, sich anzuklammern, wenn sie hochgenommen werden bzw. sich zu wehren, wenn sie abgesetzt werden. Sie neigen dazu, die Bindungsperson zu meiden, indem sie sie ignorieren, wenn sie zurückkommt (vgl. AINSWORTH ET AL. 1971, 175), oder dazu, „[...] in die Begrüßung Vermeidungsreaktionen zu mischen, indem sie sich etwa gänzlich abwenden, vorbei- oder weglaufen oder das Gesicht abwenden“ (ebd.). Die Kinder dieser Gruppe neigen dazu, die Fremde wie die Mutter zu behandeln, mit dem Unterschied, dass sie mit weniger Vermeidung auf sie reagieren. In den Trennungsepisoden sind die Kinder nicht gestresst bzw. nur dann, wenn sie alleine im Raum sind.

Bei dem unsicher-vermeidenden Bindungsmuster lassen sich zwei Untergruppen festmachen. Die soeben genannten Merkmale sind den Untergruppen gemeinsam, sie unterscheiden sich aber in den nachfolgenden Punkten:

A1: (1) Die Kinder grüßen ihre Mütter bei der Wiedervereinigung gar nicht, oder es beschränkt sich auf ein bloßes Lächeln oder einen Blick. Sie nähern sich der Mutter nicht bzw. sie reagieren auf die Annäherung der Mutter nicht. Sie neigen dazu, dass sie ihre Mütter in den Wiedervereinigungsepisoden ignorieren, indem sie sich von ihnen wegbeugen oder das Gesicht abwenden. (2) Die Kinder wollen nicht hochgehoben werden, und es ist wahrscheinlich, dass sie sich wehren und winden, um hinunter zu kommen.

A2: (1) Diese Kinder zeigen gemischte Reaktionen auf die Mütter bei der Wiedervereinigung: sie haben eine gewisse Neigung, zu grüßen und sich zu nähern, jedoch gleichzeitig eine gewisse Neigung, sich von ihr abzuwenden, an ihr vorbeizugehen oder sie zu ignorieren. (2) Auch wenn sie hochgehoben werden, zeigen diese Kinder gemischte Reaktionen: Sie können sich, wenn sie hochgehoben werden, an die Mutter festklammern, aber auch winden, um abgesetzt zu werden bzw. das Gesicht abwenden, während sie getragen werden (vgl. ebd.).

Kategorie C: Unsicher-ambivalente Bindungsmuster

Kleinkinder der Gruppe C zeigen ein schlecht angepasstes, ein „fehlangepasstes“ Verhalten. Als wichtiger Aspekt zeigt sich das Unvermögen der Kinder, die Mutter als sichere Basis für die Exploration der nicht vertrauten Umgebung zu nutzen, bereits in der Episode 2, in welcher die Stressfaktoren „Fremde“ und „Trennung“ eingeführt wurden. Die Kinder

explorieren auch in den Vortrennungsepisoden nicht aktiv, andere wiederum explorieren ziemlich aktiv, jedoch scheinen sie es nicht zu genießen.

Die Untergruppen der unsicher-ambivalent gebundenen Kinder haben die genannten Merkmale gemeinsam, unterscheiden sich jedoch in den folgenden Punkten:

C1: (1) Das Kleinkind neigt dazu, positiv auf die Mutter zu reagieren, wie zB durch aktive Annäherung. (2) Es ist am Kontakt mit der Bindungsperson interessiert und es versucht diesen aufrecht zu erhalten, indem es sich an sie klammert oder sich wehrt, losgelassen zu werden (AINSWORTH ET AL. 1971, 177). „[...] aber es ist ihr gegenüber höchst ambivalent und vermischt aktives Kontaktverhalten mit ärgerlichem, kontaktabweisendem Verhalten; es stößt sich etwa von ihr ab, schlägt oder tritt sie und/oder schiebt die Spielsachen, über die sie vielleicht eine Interaktion zu vermitteln sucht, beiseite bzw. wirft sie auf den Boden“ (ebd.). (3) Während der Trennungsepisoden sind die Kinder gestresst. (4) Die Exploration dieser Kinder ist nicht sehr ausgeprägt, eventuell explorieren sie in den Vortrennungsepisoden, sie sind jedoch nicht sehr begeistert und meist von Angst, Ärger oder beidem gefärbt.

C2: (1) Die Kinder dieser Gruppe sind sogar in den Vortrennungsphasen kaum fähig aktives, positives Verhalten zu initiieren und Nähe oder Interaktion zur Mutter herzustellen. Es ist wahrscheinlicher, dass sich die Kinder über Zeichen verständigen, als dass sie sich aktiv nähern. (2) Sie versuchen nicht, Kontakt mit der Mutter herzustellen, wenn er initiiert wird, sind sie unfähig diesen aufrecht zu erhalten. (3) Es ist möglich, dass die Kinder in den Trennungsepisoden sehr gestresst sind, oder auch überhaupt nicht. (4) Sie sind sehr passiv und zeigen daher eine auffällige Unfähigkeit, die Mutter als sichere Basis für die Exploration zu nutzen (ebd., 177f).

Es gab immer wieder Kinder, die sich in keine dieser drei Gruppen einfügen ließen. Sie benahmen sich eigenartig und ließen sich schlecht mit dem Ainsworth-System klassifizieren. Eine Reihe schwer klassifizierbarer Fälle führte zur Entwicklung einer neuen Kategorie (vgl. DORNES 1997, 224).

Kategorie D: desorganisiertes/desorientiertes Bindungsmuster

Kinder, die in diese Gruppe eingeteilt werden, zeigen desorganisierte Verhaltensweisen, wie beispielsweise: die Kinder nähern sich der Mutter bei Wiedervereinigungsphasen (wie sicher gebundene), jedoch drehen sie dabei ihren Kopf zur Seite (wie vermeidend gebun-

dene). Andere Kinder zeigen extreme Vermeidung den Müttern gegenüber, aber zugleich offenen und unberuhigbaren Kummer (wie ambivalente Kinder). Des Weiteren zählen Kinder dazu, die sich in Episode 5 wie sicher gebundene und in Episode 8 wie vermeidend gebundene Kinder verhalten. Auch Bewegungstereotype, wie plötzliches Weinen auf dem Schoß der Mutter oder plötzliches Hinfallen bei der Annäherung sind möglich (vgl. DORNES 1997, 224).

8.3 *Resümee*

Das achte Kapitel widmete sich der Beschreibung und Begründung der gewählten Methoden. Für die Ergebnisse der Forschungsarbeit schien es von besonderer Bedeutung zu sein, sich nicht nur auf eine Methode zu konzentrieren, und so wurden zwei verschiedene Methoden herangezogen. Zum einen wurden mit den Müttern standardisierte Interviews geführt und zum anderen wurden mit den Kleinkinder und ihren Müttern standardisierte Beobachtungen durchgeführt.

Zunächst wurden die Erhebungs-, Aufbereitungsverfahren und die Auswertung der problemzentrierten Interviews beschrieben. Schlussendlich wurden die Erhebungs-, Aufbereitungsverfahren und die Auswertung der Beobachtungen dargestellt.

9 DURCHFÜHRUNG DER FORSCHUNG

Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich mit der Durchführung der Studie zur Diplomarbeit. Zunächst wird die Auswahl der Studienteilnehmer dargestellt. Im Folgenden wird die Durchführung der Interviews, die Darstellung dieser sowie die Ergebnisse der Interviews präsentiert. Anschließend werden die Durchführung der Beobachtungen, die Darstellung dieser sowie die Ergebnisse der Beobachtungen aufgezeigt.

9.1 Beschreibung und Auswahl der Studienteilnehmer

Um Personen für die Teilnahme an der Untersuchung zu gewinnen, wurden Flyer und Informationsbroschüren in verschiedenen Kleinkindinstitutionen aufgelegt sowie E-Mails an Bekannte, die diese wiederum weiter vermitteln sollten, gesendet. Durch dieses Vorgehen wurde in relativ rascher Zeit die Anzahl der hörenden Mütter mit ihren hörenden Kindern gefunden.

Schwieriger war jedoch die Suche nach hörenden Müttern mit ihren hörgeschädigten Kindern im Alter von 12 bis 18 Monaten. Zu Beginn der Suche wurden Anfragen an die großen und bekannten Gehörlosenvereine in Wien gemacht, welche zum Teil sehr kooperativ waren und auch Flyer in ihren Institutionsräumen auflegten bzw. „Aufrufe“ auf deren Homepages veröffentlichten (und zum Teil auch in Gebärdensprache übersetzten). Die Ergebnisse waren jedoch nicht sehr erfreulich: Es konnten leider keine Probanden gefunden werden.

Die Suche wurde dann auf die angrenzenden Bundesländer ausgeweitet. Es wurden alle Gehörlosenverein, CI-Selbsthilfegruppen, Frühförderstellen, Entwicklungsambulatorien und zum Teil auch Psychologen, die in diesem Bereich arbeiten, kontaktiert. Nach monatelanger Suche, hat sich dann eine erste Mutter aus dem nördlichen Waldviertel gemeldet, die sich bereit erklärte, bei der Studie mitzumachen. Des Weiteren hat sich eine Mutter auf eine Anfrage in einem Eltern-Kind-Forum gemeldet. Da jedoch für eine aussagekräftige exemplarische Studie zwei Probanden etwas gering waren, wurden verschiedene Veranstaltungen rund um die Themen „Gehörlosigkeit“, „Schwerhörigkeit bei Kleinkindern“, „Cochlea Implantation bei Kindern“ etc. besucht. Es waren auch einige Eltern dabei, die sich für die Studie interessierten. Da die Voraussetzungen betreffend das Alter der gesuchten Kinder sehr eingeschränkt waren, wurden auch dort leider keine potentiellen Probanden

gefunden. Des Weiteren wurde Kontakt zu dem Verein „Cochlea Implantat Austria“ (CIA) aufgenommen, dessen Vorstand der Leiter der HNO-Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses in Wien ist. Das Audiologieteam war sehr interessiert und kooperativ. Es erklärte sich bereit, die in Frage kommenden Personen anzusprechen. Kurze Zeit später haben sich noch zwei weitere Mütter gemeldet. Jedoch sprang eine der beiden sehr kurzfristig ab. Somit haben sich drei Mütter von gehörlosen Kindern für die Studie finden lassen. Um die gleiche Anzahl von Müttern mit hörenden Kindern zu haben, wurden ebenfalls mit drei Müttern Beobachtungen und Interviews durchgeführt. Es wurden insgesamt sechs Kinder²⁵ mit ihren Müttern für die Studie gewonnen. An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass es sich aufgrund der geringen Anzahl von Probanden um eine Pilot-Studie handelt. Die Ergebnisse dieser sind somit als vorläufig zu sehen und bedürfen weiterer Überprüfung, um eindeutige Ergebnisse zu erzielen.

9.2 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden als offene und auf ein Problem zentrierte Befragungen geführt. Hierbei entstand zumeist eine Gesprächsdynamik zwischen dem Interviewer und den Befragten.

Für die Studie wurden zwei zum Teil unterschiedliche Fragebögen angefertigt: Einer für die Gruppe der hörenden Mütter von gehörlosen bzw. hörbeeinträchtigten Kindern (gl K) und einer für die Mütter der hörenden Kinder (hd K). Die Fragebögen waren in Themenbereiche eingeteilt, wobei bei den Müttern der beeinträchtigten Kinder elf Themenkomplexe angesprochen wurden und bei den Müttern der hörenden Kinder wurden sieben Themenbereiche verwendet. Die ersten sechs Themenschwerpunkte waren bei beiden Interviewleitfäden identisch, es ging hier um „die Schwangerschaft“, „die Geburt“, „die Interaktion“, „die Trennung“, „die Rückkehr nach der Trennung“ und um „die Bezugspersonen der Kleinkinder“. Der Fragebogen für die hörenden Kinder wurde um den Themenbereich „Gehörlosigkeit“ erweitert, der Fragebogen für die hörbeeinträchtigten Kinder um „die Beeinträchtigung des Kindes“, „die Verwendung von Hörhilfen“, „die Kommunikation“, „die Beeinflussung durch die Beeinträchtigung“ sowie um „die Frühförderung“.

²⁵ Die tatsächlichen Namen der Kinder wurden aufgrund der Anonymität durch fiktive Namen ersetzt, da dies für die Lesbarkeit der Ergebnisse einfacher schien.

Ergänzend zum Interviewleitfaden wurden zusätzlich mit Hilfe eines Fragebogens persönliche und sozioökonomische Daten (wie etwa Alter, Berufsstand, Wohnsituation etc.) erfragt, wenn diese nicht aus dem Interview hervorgingen. Diese waren bei beiden Personengruppen identisch, sie wurden jedoch um die Art der Hörschädigung bei den beeinträchtigten Kindern ergänzt.

Die Interviews wurden mit den Müttern in öffentlichen Einrichtungen (in Wien und Umgebung) zum Teil im Beisein der Kinder, zum Teil alleine mit den Müttern durchgeführt. Die Atmosphäre war sehr entspannt und angenehm, da die Mütter bereits bei Vorgesprächen kennengelernt wurden bzw. über die Studie informiert waren. Meistens wurde auch noch vor dem Interview geplaudert, was die Situation nochmals auflockerte. Die Dauer der Interviews war sehr unterschiedlich, sie dauerten zwischen fünfzehn und fünfzig Minuten. Obwohl den Müttern mit hörgeschädigten Kindern mehr Fragen gestellt wurden, kann man sagen, dass diese trotz der Anzahl der Fragen im Vergleich zu den Müttern der hörenden Kinder mitteilungsbedürftiger waren. Alle Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgenommen und anschließend auf den Computer überspielt. Um die Interviews auswerten zu können, wurden alle wörtlich transkribiert. Wobei die Übersetzung ins normale Schriftdeutsch angewendet wurde, da einige Interviews in Dialekt abgehalten wurden. Besonders für den Lesefluss war die Übersetzung ins normale Schriftdeutsch unerlässlich.

Anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring wurde das Material schrittweise aufgearbeitet. Es wurden Kategorien gebildet und diese genauestens definiert. Die Textstellen der Interviews wurden den Kategorien zugeordnet und in den einzelnen Kategorien zusammengefasst. Die Ergebnisse wurden schlussendlich miteinander verglichen. Im Folgenden werden die Kategorien dargestellt sowie die Ergebnisse der Interviews verglichen.

9.2.1 Bildung der Kategorien und beispielhafte Darstellung der Inhaltsanalyse nach Mayring

Im vorliegenden Kapitel werden die aus den Interviews gewonnenen Ergebnisse dargestellt. Zunächst werden die gebildeten Kategorien erläutert, anhand welcher die durchgeführten Interviews mit Hilfe der Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Es soll an dieser Stelle eine exemplarische Darstellung der Kategorien gegeben werden. Im Zuge der Auswertung wurden vier Kategorien gebildet, welche nun aufgezeigt werden. Eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse folgt im Anschluss an das vorliegende Kapitel.

KATEGORIE 1: ALLGEMEINE INFORMATION ÜBER DIE PROBANDEN

Die erste Kategorie beinhaltet allgemeine Informationen über die Probanden und deren Familien, wie beispielsweise:

- Psychosoziale Daten der Kinder (Alter, Geschlecht, hörend oder hörgeschädigt)
- Soziale Daten der Eltern sowie
- Familiensituation und Lebensumstände

Diese Kategorie soll einen allgemeinen Überblick über die Probanden geben.

KATEGORIE 2: BINDUNG ZWISCHEN MUTTER UND KIND

Diese Kategorie widmet sich der Bindung zwischen der Mutter und ihrem Kleinkind. Hier wird speziell auf das Verhalten des Kindes bei Trennungs- und Wiedersehenssituationen von der Mutter eingegangen, sowie auf das Verhalten des Kindes fremden Menschen gegenüber Bezug genommen. Um dies genauer darstellen zu können, wurde die Kategorie Bindung in drei Unterkategorien geteilt: a) Trennung des Kleinkindes von der Mutter, b) Wiedersehen von Mutter und Kleinkind nach einer Trennung und c) allgemeine auf Bindung hinweisende Faktoren.

2 a) Trennung des Kleinkindes von der Mutter

In der Unterkategorie Trennung geht es im Speziellen um das Verhalten des Kindes, wenn es von der Mutter getrennt wird sowie darum, wie es auf fremde Personen reagiert.

2 b) Wiedersehen von Mutter und Kleinkind nach einer Trennung

Diese Unterkategorie nimmt sich dem besonderen Moment des Wiedersehens von Mutter und Kind nach einer Trennung an. Besonders das Verhalten des Kindes nach einer Trennung von der Bindungsperson kann Aufschluss über das Bindungsverhalten geben.

2 c) Allgemeine auf Bindung hinweisende Faktoren

In die vorliegende Unterkategorie fallen Besonderheiten, welche Hinweise auf Bindungsqualitäten geben. Im Speziellen geht es um das Verhalten in der Schwangerschaft und um die Bezugspersonen des Kindes.

KATEGORIE 3: KOMMUNIKATION

Die dritte Kategorie nimmt sich der Kommunikation an. Speziell wird auf die Art der Kommunikation zwischen Mutter und ihrem Kleinkind eingegangen, sowie auf den Fort-

schritt in der Kommunikation. Die Kategorie Kommunikation wurde in zwei Unterkategorien geteilt, in die a) prälinguale Kommunikation und die b) postlinguale Kommunikation.

3 a) Prälinguale Kommunikation

In der Unterkategorie prälinguale Kommunikation geht es im Speziellen um die Kommunikation in der Schwangerschaft und kurz nach der Geburt. Hat die Mutter mit dem Kind bereits in der Schwangerschaft gesprochen und ihm etwas vorgesungen bzw. hat sie das Kind bei der Geburt begrüßt?

3 b) Postlinguale Kommunikation

Die vorliegende Unterkategorie widmet sich der Sprachentwicklung des Kindes, ab dem ersten Lall- oder Gurr laut. Im Speziellen sind die ersten sprachlichen Ansätze, das erste Lallen, das erste Wort sowie der Wortschatz des Kindes zur Zeit der Beobachtung von großer Bedeutung. Es soll hierbei jedoch nicht nur auf die Lautsprache eingegangen werden, sondern auch auf die Gebärdensprache, es geht auch um die ersten Gebärden des Kindes.

KATEGORIE 4: GEHÖRLOSIGKEIT

Die vierte und letzte Kategorie widmet sich der Gehörlosigkeit. Diese Kategorie ist eine ergänzende Kategorie für das Kapitel 1: allgemeine Informationen über die Probanden. Es soll besonders auf die Beeinträchtigung der hörgeschädigten Kinder eingehen. Im Besonderen sind wichtige Aspekte, ob das Kind eine Hörhilfe oder ein Cochlea Implantat trägt und seit wann diese Unterstützungen in Anspruch genommen werden. Thema dieser Kategorie ist inwiefern die Hörgeräte eine Unterstützung sind und welche Förderungsmöglichkeiten es für die hörgeschädigten Kinder gibt.

9.2.2 Auswertung der Interviews

Im Zuge der Auswertung der Interviews wurden vier Kategorien (allgemeine Informationen über die Probanden, Bindung zwischen Mutter und Kind, Kommunikation und als ergänzende vierte Kategorie Gehörlosigkeit) gebildet, welche für die Ergebnisse der Diplomarbeit von besonderer Bedeutung waren. Die vier Kategorien mitsamt den Unterkategorien wurden genauestens definiert und formuliert, um festzustellen, welche Textbestandteile der Interviews unter welche Kategorie fallen sollen. So wurden die Interviews bearbeitet, die Textstellen wurden kodiert, also den einzelnen Kategorien zugeordnet. In einem

nächsten Schritt wurden die Texte paraphrasiert. Die Gefühlsebene wurde herausgenommen und es sollten die reinen Fakten übrig bleiben. Schlussendlich wurden die einzelnen Unterkategorien zusammengefasst und sodann in den vier Kategorien nochmals zusammengezogen und mit den anderen Probanden verglichen.

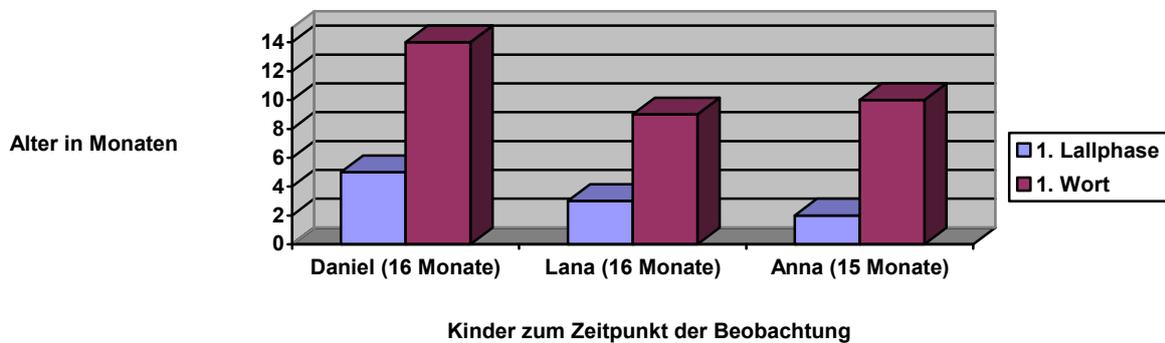
9.3 Zusammenfassende Darstellung der Interviews

Im Nachfolgenden sollen die Erkenntnisse der Interviews sowohl grafisch als auch schriftlich dargestellt werden. Die Ergebnisse der einzelnen Kinder werden gruppenintern (die Gruppe der hörenden Kinder und die der hörgeschädigten) aufgezeigt und diskutiert.

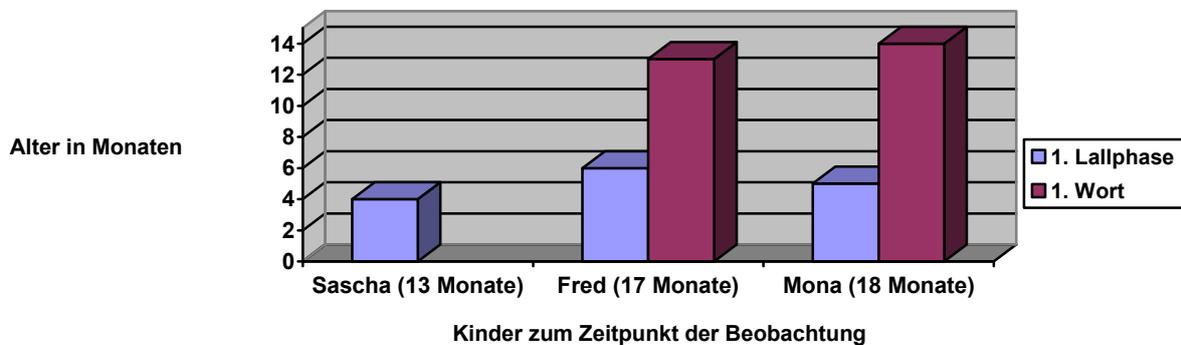
9.3.1 Die erste Kommunikation

In diesem Abschnitt werden die ersten kommunikativen Ausdrücke der hörenden Kinder und der hörgeschädigten Kinder aufgezeigt und miteinander verglichen.

Hörende Kinder



Hörgeschädigte Kinder



Kurzinterpretation:

- **Die erste Lallphase**

Auffallend ist, dass alle Kinder, sowohl die Gruppe der hörenden als auch die Gruppe der hörgeschädigten Kinder, eine erste Lallphase hatten. Es ist meistens der Fall, dass hörgeschädigte Kinder kaum lallen, bzw. nur sehr kurz und dann verstummen, da sie keine auditive Rückkoppelung erfahren, wie es hörende Kinder gewohnt sind. Man kann an der Grafik erkennen, dass die hörgeschädigten Kinder erst später mit dieser begonnen haben. Die Gruppe der hörenden Kinder hatte ihre erste Lallphase zwischen dem 2. und dem 5. Lebensmonat, die Gruppe der hörgeschädigten Kinder zwischen dem 4. und 6. Monat.

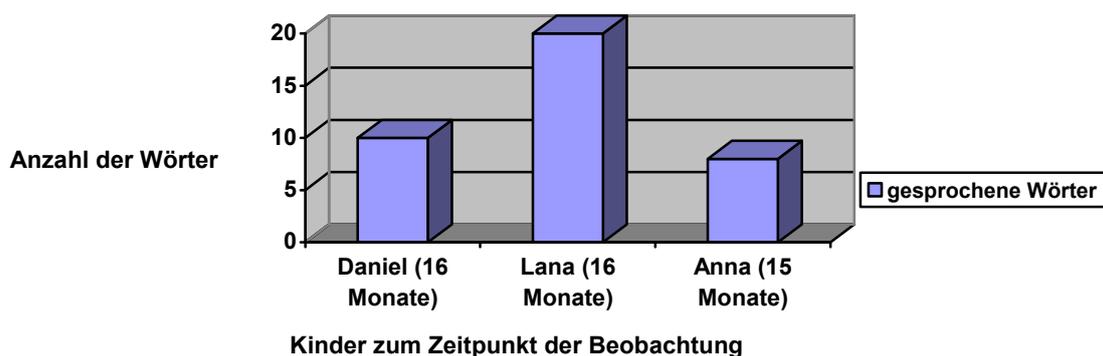
- **Das erste gesprochene Wort**

Die hörenden Kinder haben ihr erstes Wort zwischen dem 9. und dem 14. Lebensmonat gesprochen. Die hörgeschädigten Kinder hingegen erst etwas später, zwischen dem 13. und dem 14. Lebensmonat. Wobei Sascha²⁶ bei dem Interview erst 13 Monate alt war und noch keine Wörter sprach.

9.3.2 Kommunikation der Kinder zwischen 15 und 18 Monaten

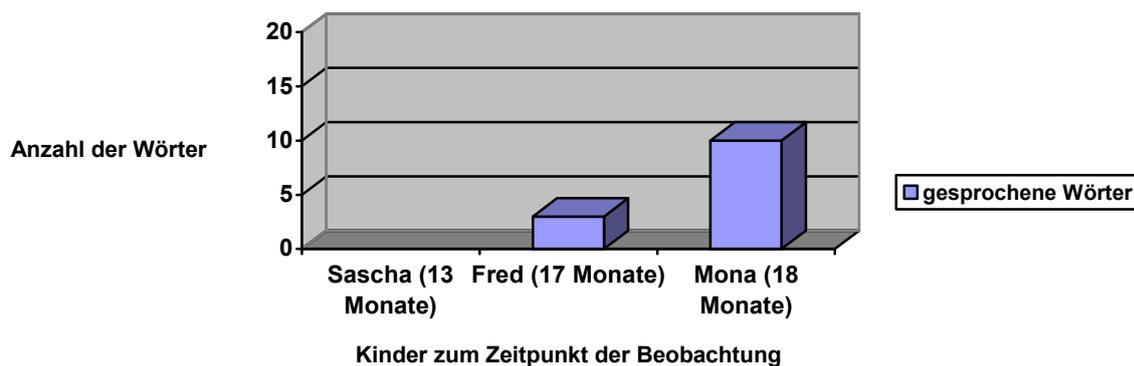
Nachfolgend werden die sprachlichen Fortschritte der Kinder zum Zeitpunkt der Forschung (im Alter zwischen 15 und 18 Monaten) beschrieben.

Hörende Kinder



²⁶ Die Mutter von Sascha wurde nochmals befragt, als Sascha 18 Monate alt war, um die Ergebnisse zu vervollständigen. Sein erstes Wort sprach er im Alter von 16 Monaten. Seine erste Gebärde hingegen schon früher, mit etwa 13 Monaten. Wenn man die beiden Gruppen (unabhängig von der Sprachform) vergleicht, heißt das, dass die hörenden Kinder ihr erstes Wort zwischen dem 9. und 14. Lebensmonat sprachen, die hörgeschädigten Kinder ihr erstes Wort zwischen dem 13. und 14. Lebensmonat sprachen bzw. gebärdeten.

Hörgeschädigte Kinder



Kurzinterpretation:

Die beiden grafischen Darstellungen lassen den deutlichen Unterschied zwischen den hörgeschädigten und den hörenden Kindern erkennen. Die normal hörenden Kinder sprechen zwischen 8 und 20 Wörtern, die hörgeschädigten zwischen drei und zehn Wörtern. Sascha²⁷ war zu dem Zeitpunkt erst 13 Monate alt und hat noch kein Wort gesprochen.

9.4 Ergebnisse der Interviews

Im Folgenden wird versucht, die Ergebnisse der Interviews und somit das Kommunikationsverhalten sowie das Bindungsverhalten der Kinder einzuschätzen. Zunächst werden die Kinder in die Gruppe der hörenden und in die Gruppe der hörgeschädigten Kinder geteilt. Sodann wird jedes einzelne Kind genauer beschrieben und die Ergebnisse dargestellt und interpretiert.

9.4.1 Einschätzung der Interviewergebnisse der hörenden Kinder

Kind 1: Daniel – sicheres Bindungsmuster

Daniel ist fremden Personen gegenüber eher distanziert, jedoch neugierig. Er tastet sich langsam an sie heran, jedoch nur mit der Mutter als sichere Basis in seiner Nähe. Trennungen sind für Daniel kein besonderes Problem, wenn die Leute, die sich um ihn kümmern, aus seinem gewohnten und bekannten Umfeld sind. Die Mutter erklärt ihm, bei wem er bleibt, wohin sie geht und wann sie wieder kommt. Beim Wiedersehen der Mutter nach einer Trennung freut sich Daniel offensichtlich, er grinst die Mutter an. Jedoch kommt er

²⁷ Im Alter von 18 Monaten hat Sascha einen Lautsprachwortschatz von etwa 6 Wörtern, der Gebärdensprachwortschatz ist wesentlich größer. Somit kann man bei diesem Ergebnis daraus schließen, dass Sascha zwar einen kleinen lautsprachlichen Wortschatz hat, jedoch einen ausgeprägten Gebärdensprachwortschatz.

nicht immer auf sie zu. Daniel weist nach den Erzählungen der Mutter ein sicheres Bindungsmuster auf.

In der Schwangerschaft hat die Mutter mit Daniel gesprochen. Bei der Geburt hat sie ihn begrüßt, das Kind wirkte durch die Stimme der Mutter beruhigt.

Das erste Mal hat Daniel mit etwa 5 Monaten gelallt und gebabbelt, das erste Wort „Hund“ hat er mit zirka 14 Monaten gesagt. Im Alter von 16 Monaten spricht er 8 bis 10 Wörter. Er versteht sehr viel von dem, was ihm mitgeteilt wird.

Kind 2: Lana – sicheres Bindungsmuster

Lana ist fremden Personen gegenüber sehr neugierig und offen, jedoch nur, wenn die Mutter in ihrer Nähe ist. Sie lässt sich gerne auf die Menschen ein, jedoch nur wenn sie auf eigenen Beinen stehen kann. Sie lässt sich von keinem Fremden drängen oder einengen. Die Mutter fungiert als sichere Basis. Trennungen sind für Lana größtenteils okay, sofern sie bei Menschen bleibt, die sie kennt und auch gerne mag. Die Mutter weist Lana jedoch nicht immer auf die Trennung hin, vor allem dann nicht, wenn sie gerade vertieft spielt. Wenn das Mädchen die Mutter nach einer Trennung wieder sieht, beginnt sie meistens zu weinen, weil sie realisiert, dass ihre Mutter weg war. Sie kommt der Mama entgegengelau- fen und möchte hochgehoben werden. Den Erzählungen der Mutter nach zu urteilen, wird das Bindungsmuster von Lana als sicher eingeschätzt.

Die Mutter hat mit Lana in der Schwangerschaft viel gesprochen und ihr vorgesungen. Bei der Geburt hat sie sie begrüßt und das Mädchen hat den Kopf zur Mutter gedreht. Sie hat auf die Stimme reagiert.

Das erste Mal hat Lana mit 2 bis 3 Monaten gebabbelt. Das erste Wort „Kaz“ für Katze hat sie mit 9 Monaten gesagt. Im Alter von 16 Monaten spricht das Mädchen rund 20 Wörter. Sie versteht sehr viel von dem, was man zu ihr sagt.

Kind 3: Anna – sicheres Bindungsmuster

Fremden Personen gegenüber verhält sich Anna eher zurückhaltend und distanziert. Sie ist sehr schüchtern, aber dennoch neugierig. Sie lässt sich auch auf Fremde ein, jedoch nur wenn die Mutter in greifbarer Nähe ist. Die Mutter tritt als sichere Basis auf. Frauen gegenüber ist sie offener als bei Männern. Trennungen von der Mutter sind für Anna kein Problem, sofern sie bei Personen aus ihrem näheren Umfeld bleibt und die Mutter ihr genau erklärt, wohin sie geht und wann sie wieder kommt. Auf ein Wiedersehen der Mutter

nach einer Trennung reagiert Anna sehr erfreut. Sie kommt auf ihre Mutter zu und wenn sie ein Spielzeug in der Hand hält, präsentiert sie ihr dieses. Den Erzählungen der Mutter nach zu urteilen, ist Anna in ein sicheres Bindungsmuster einzuordnen.

Die Mutter hat in der Schwangerschaft viel mit ihrem Baby gesprochen. Bei der Geburt hat sie es begrüßt, woraufhin Anna zu weinen aufgehört hat. Die Stimme der Mutter war für sie beruhigend.

Das erste Mal hat Anna mit etwa 2 Monaten gebabbelt. Das erste Wort „Papa“ hat sie im 10. Lebensmonaten gesagt. Mit 15 Monaten spricht sie etwa 8 Wörter. Von dem was man zu ihr sagt, versteht sie fast alles.

9.4.2 Einschätzung der Interviewergebnisse der hörgeschädigten Kinder

Kind 1: Sascha – sicheres Bindungsverhalten

Fremden gegenüber ist Sascha zwar interessiert, kontaktfreudig und neugierig, jedoch nur, wenn die Mutter in greifbarer Nähe ist. Die Mutter fungiert als sichere Basis, von welcher aus er mit der fremden Person in Kontakt tritt. Sascha trennt sich nicht gerne von seiner Mutter. Trennungen funktionieren nur bei Menschen im engsten Familienkreis, die er sehr gut kennt und sehr gerne mag. Wenn Sascha seine Mutter nach einer Trennung wieder sieht, klammert er sich an sie und lässt sie vorerst nicht mehr los. Sascha weist nach den Erzählungen der Mutter ein sicheres Bindungsverhalten auf.

Die Mutter hat in der Schwangerschaft nicht mit dem Baby gesprochen. Nachdem die Diagnose der Hörschädigung gestellt wurde, hat die Mutter vermehrt andere Sinne eingesetzt, um mit ihrem Kind zu kommunizieren, vor allem den Sehsinn und Körperkontakt. Sie hat begonnen Gebärdensprache zu lernen und diese auch bei Sascha angewendet.

Sascha wird bilingual erzogen, die Eltern kommunizieren mit ihm sowohl in Gebärdensprache als auch in Lautsprache. Das erste Mal hat Sascha mit etwa vier Monaten gelallt und gebabbelt. Er versteht teilweise, was man zu ihm sagt, jedoch ist zu diesem Zeitpunkt noch unklar ob er die Gebärden oder die Lautsprache versteht²⁸.

²⁸ Im Alter von 18 Monaten bestätigt die Mutter, dass Sascha einen großen Gebärdenwortschatz hat, er versteht nahezu alles was man zu ihm gebärdet. Der lautsprachliche Wortschatz hingegen ist sehr gering, er spricht rund 6 Wörter. Bei der Lautsprache ist er auf das Mundbild angewiesen.

Sein erstes lautsprachliches Wort hat Sascha mit 16 Monaten gesprochen, die erste Gebärde hat er schon früher – mit rund 13 Monaten – produziert.

Kind 2: Fred – sicheres Bindungsverhalten (dieses ist jedoch nicht eindeutig, eventuell eine Tendenz zu einem unsicher-vermeidenden Bindungsmuster)

Fremden Personen gegenüber ist Fred sehr aufgeschlossen und neugierig. Er ist eindeutig an einem Kontakt mit fremden Personen interessiert und geht sofort auf sie zu und spielt mit ihnen, achtet dabei kaum auf die Mutter. Bei Trennungen gibt es keine Probleme, er bleibt problemlos bei anderen Leuten. Wenn Fred seine Mutter nach einer Trennung wieder sieht, freut er sich. Teilweise kommt er ihr entgegengelaufen. Fred wird nach den Erzählungen der Mutter in das sichere Bindungsmuster eingeschätzt. Da er jedoch sehr offen ist und im Spiel mit fremden Personen nicht auf die Mutter achtet und sie nicht als sichere Basis benutzt, lässt er sich nicht eindeutig in ein sicheres Bindungsmuster einstufen. Sein Verhalten lässt auf eine gewisse Tendenz zu unsicher-vermeidendem Bindungsverhalten vermuten.

Die Mutter hat in der Schwangerschaft mit dem Baby gesprochen. Nachdem bemerkt wurde, dass Fred keine Reaktion auf Geräusche und die Stimme der Eltern zeigt, wurden andere Sinne, insbesondere der Sehsinn verstärkt eingesetzt.

Fred lernt die Lautsprache, bekam mit 5 Monaten die ersten Hörgeräte, die jedoch keinen Erfolg brachten. Er ist am rechten Ohr taub, am linken Ohr hochgradig schwerhörig. Mit 16 Monaten wurde ihm ins rechte Ohr ein Cochlea Implantat eingesetzt. Es ist zu vermuten, dass er bis zu diesem Zeitpunkt kaum etwas in Lautsprache verstanden hat.

Im Alter von 7 Monaten hat er das erste Mal gebabbelt, mit 13 Monaten hat er sein erstes Wort „Wau-Wau“ für den Hund gesagt. Im Alter von 17 Monaten besteht sein Wortschatz aus 3 Wörtern. Fred versteht wenig, was man zu ihm sagt.

Kind 3: Mona – sicheres Bindungsmuster (dieses ist jedoch nicht eindeutig, eventuell eine Tendenz zu einem unsicher-vermeidenden Bindungsmuster)

Fremden Personen gegenüber ist Mona sehr aufgeschlossen und kontaktfreudig. Bei Frauen fasst sie jedoch etwas schneller Vertrauen und spielt mit ihnen, geht mit ihnen mit und achtet kaum mehr auf die Mutter. Bei Männern ist sie anfangs eher distanziert. Trennungen stellen für Mona kein Problem dar. Besonders wenn sie die Personen kennt und diese aus ihrem gewohnten Umfeld sind, hat sie keine Probleme mit der Trennung von der Mutter. Das Wiedersehen nach einer Trennung zwischen Mutter und Kind ist freudig. Mona braucht zwar meistens einen Moment, um zu realisieren, dass die Mutter zurück ist, sie freut sich dann jedoch und kommt auch meistens auf sie zu. Den Erzählungen der Mutter

nach zu urteilen, ist Mona in das sichere Bindungsschema einzuordnen. Da sie jedoch fremden Personen gegenüber sofort sehr vertrauenswürdig ist und sich im Spiel mit ihnen kaum um die Mutter kümmert (sie nicht als sichere Basis benutzt), könnte dies ein Anzeichen auf eine Tendenz zu unsicher-vermeidendem Bindungsverhalten sein.

Die Mutter hat in der Schwangerschaft mit dem Kind gesprochen. Bei der Geburt hat die Mutter Mona begrüßt, diese hat nicht auf die Stimme reagiert, jedoch entstand der erste innige Blickkontakt. Da das Mädchen auf Geräusche nicht reagiert hat, wurde vermehrt der Blickkontakt und Sehsinn eingesetzt.

Mona lernt Lautsprache, nachdem die Hörschädigung festgestellt wurde, bekam das Mädchen Hörgeräte. Im Alter von 8 Monaten wurde sie beidseitig mit einem Cochlea Implantat versorgt.

Im Alter von 5 Monaten hat Mona das erste Mal gelallt, mit 14 Monaten ihr erstes Wort „nein“ gesprochen. Im Alter von 18 Monaten besteht ihr Wortschatz aus etwa 10 Wörtern. Von dem was man zu ihr sagt, versteht sie sehr viel.

9.4.3 Auffallende Beobachtungen

Besonders auffallend und interessant bei den Gesprächen mit den Müttern der hörgeschädigten Kinder war, dass alle drei Kinder eine Lallphase hatten. Von allen drei Müttern wurde bestätigt, dass es für ein hörgeschädigtes Kind untypisch sei, zu lallen und zu babbeln. Die meisten Kinder beginnen zwar damit, hören jedoch schon nach sehr kurzer Zeit auf weil sie keine auditive Rückkoppelung haben und sich selbst nicht hören. Jedoch hat keines der drei Kinder damit aufgehört.

Weiters war die Tatsache sehr spannend, dass die Gruppe der hörgeschädigten Kinder bei der Geburt keine Reaktionen auf die Stimme der Mutter zeigt. Sie alle hatten einen innigen Blickkontakt zu dieser. Die Gruppe der normal hörenden Kinder reagiert auf die Stimme der Mutter beruhigt. Die hörgeschädigten Kinder waren durch die Nähe der Mutter und durch deren Blickkontakt beruhigt.

9.5 Vergleichende Ergebnisse der Interviews

Nachdem die Interviews ausgewertet und eingeschätzt wurden, lassen sich bestimmte Neigungen feststellen. Im Hinblick auf die Bindung zwischen Mutter und Kind gibt es zwi-

schen den Gruppen der hörenden Kinder und der Gruppe der hörgeschädigten Kinder deutliche Unterschiede. Ebenso lassen sich im Hinblick auf die Kommunikation Abweichungen der beiden Gruppen feststellen.

Den Interviews nach zu urteilen können alle drei Probanden der Gruppe der hörenden Kinder in das sichere Bindungsschema eingeteilt werden. Zwei der Kinder sind fremden Personen gegenüber eher distanziert und zurückhaltend, dennoch neugierig und tasten sich an fremde Personen heran. Das dritte Kind ist eher offen fremden Menschen gegenüber, jedoch nur, im Beisein der Mutter. Sie alle gehen nur auf Fremde zu, wenn die Mutter in ihrer Nähe ist und als sichere Basis fungiert.

Trennungen stellen für die Kinder kaum ein Problem dar, sofern die Mütter ihnen erklären, wohin sie gehen und wann sie wiederkommen, sowie die Person, die sich in der Zwischenzeit um sie kümmert, eine Person aus dem näheren Umfeld ist, die sie kennen und gerne mögen.

Auf ein Wiedersehen mit der Mutter reagieren die Kinder eindeutig nach den Kriterien des sicheren Bindungsverhaltens nach AINSWORTH: Sie lächeln die Mutter an, zeigen ihr das Spielzeug, das sie gerade in den Händen halten oder beginnen zu weinen und suchen den Kontakt zur Mutter.

Die Gruppe der hörgeschädigten Kinder ist den Interviews nach zu urteilen ebenfalls in das sichere Bindungsmuster einzuteilen, jedoch nicht eindeutig. Zwei der Kinder weisen gewisse Tendenzen zu einem unsicher-vermeidenden Bindungsverhalten auf. Eines der drei hörgeschädigten Kinder ist fremden Menschen gegenüber zwar neugierig und interessiert, jedoch ausschließlich, wenn die Mutter in der Nähe ist. Das Kind braucht die Mutter als sichere Basis, um mit fremden Menschen in Kontakt zu treten. Die beiden anderen Kinder sind Fremden gegenüber sehr aufgeschlossen und kontaktfreudig, auch wenn die Mutter nicht in der Nähe ist. Sie sind sehr an dem Kontakt mit fremden Menschen interessiert und achten dabei kaum, ob die Mutter in der Nähe ist. Diese Verhaltenweisen lassen auf eine unsicher-vermeidende Neigung schließen.

Trennungen stellen für die Kinder unterschiedliche Herausforderungen dar. So sind für ein Kind Trennungen mit großem Kummer verbunden. Für das Kind sind Trennungen kritisch zu bewerkstelligen, es bleibt nur bei Personen aus dem engsten Familienkreis. Für das zweite Kind sind Trennungen kaum ein Problem, sofern sie die Person kennt, bei welcher

sie untergebracht ist. Für das dritte Kind sind Trennungen überhaupt kein Problem, es bleibt auch bei anderen Personen, außerhalb der Familie.

Auf ein Wiedersehen der Mutter reagieren die Kinder nach den Kriterien des sicheren Bindungsmusters nach AINSWORTH: sie suchen die Nähe der Mutter und klammern sich an ihr fest, oder sie freuen sich und lächeln die Mutter an.

Die Mütter der Gruppe der hörenden Kinder haben in der Schwangerschaft mit ihren Kindern gesprochen. Bei der Geburt haben sie ihre Kinder begrüßt, die auf die Stimme der Mutter reagiert haben. Zwei der Kinder waren durch den Klang der Stimme beruhigt, sie haben zu weinen aufgehört, das Dritte hat den Kopf in die Richtung der Stimme bewegt.

Zwei der Mütter der hörgeschädigten Kinder haben ebenfalls in der Schwangerschaft mit ihren Kindern gesprochen und sie bei der Geburt begrüßt. Die Kinder haben auf die Stimme nicht reagiert, jedoch beschreiben alle Mütter den ersten sehr innigen Blickkontakt zwischen ihnen und ihren Kindern. Nachdem bemerkt wurde, dass die Kinder nicht auf Geräusche und Laute reagieren, haben die Eltern vermehrt kompensatorisch andere Sinne eingesetzt: hauptsächlich den Sehsinn und vermehrt Körperkontakt. Jedoch nur eine Mutter hat begonnen Gebärdensprache zu lernen und dem Kind von Beginn an einen sprachlichen Input ermöglicht.

Alle teilnehmenden Kinder lernen die Lautsprache, eine Ausnahme bildet ein hörgeschädigtes Kind, das bilingual (sowohl Lautsprache als auch Gebärdensprache) erzogen wird. Im Spracherwerbsbeginn gibt es Unterschiede zwischen den Gruppen der hörgeschädigten Kinder und der hörenden Kinder. Die hörenden Kinder begannen zwischen dem 2. und 5. Lebensmonat das erste Mal zu babbeln und zu lallen, die hörgeschädigten zwischen dem 4. und 6. Monat. Jedoch ist erstaunlich, dass sie alle die Lallphase hatten und nicht aufgehört haben, Laute zu bilden.

Ebenfalls Differenzen gibt es beim ersten gesprochenen Wort. Die hörenden Kinder haben ihr erstes Wort zwischen dem 9. und 14. Lebensmonat gesprochen, die hörgeschädigten Kinder zwischen dem 13. und 14. Monate. Sascha stellt hierbei eine Ausnahme dar, da er zu dem Zeitpunkt der Interviews erst 13 Monate alt war und noch keine Worte sprach.

Im Alter zwischen 15 und 18 Monaten beträgt der Wortschatz der hörenden Kinder zwischen 8 und 20 Wörtern, der Wortschatz der hörgeschädigten Kinder zwischen 3 und 10 Wörtern.

Die hörenden Kinder verstehen sehr viel von dem, was man zu ihnen sagt. Bei den hörgeschädigten Kindern gibt es Unstimmigkeiten hinsichtlich dessen, was sie verstehen. Ein Kind versteht sehr viel, von dem, was man zu ihm sagt. Die beiden anderen verstehen teilweise, was man zu ihnen sagt, wobei man bei Sascha nicht eindeutig sagen kann, ob er auf die Lautsprache oder die Gebärdensprache reagiert.

9.6 Durchführung der Beobachtungen

Im Zuge der organisatorischen Recherchen für die Diplomarbeit wurde für die Durchführung der Beobachtungen ein etwa 5 x 5 Meter großer Raum in einem Kindergarten in der Nähe von Wien zur Verfügung gestellt.

In dem Raum befanden sich zwei Kästen, eine Sprossenwand und eine Langbank zum Turnen, zwei bewegliche Kästen für die Turnutensilien, ein Piano sowie ein Teppich mit verschiedenen Spielsachen, zwei Videokameras und zwei Kindergartensessel auf einem davon lag eine Zeitschrift. An jeder der vier Wände war eine Tür, die jedoch bei den Beobachtungen verschlossen wurden, um nicht gestört zu werden sowie ein Fenster in Richtung Garten. Eine der Türen führte in den Garten, eine in den Gruppenraum, eine weitere in die Garderobe und die letzte Tür führte in die Küche, welche als Ein- und Ausgang sowie für die Stromversorgung der beiden Kameras benutzt wurde. Die Anordnung der Einrichtung des Raumes ist dem Einrichtungsplan (siehe Abbildung 4) zu entnehmen.

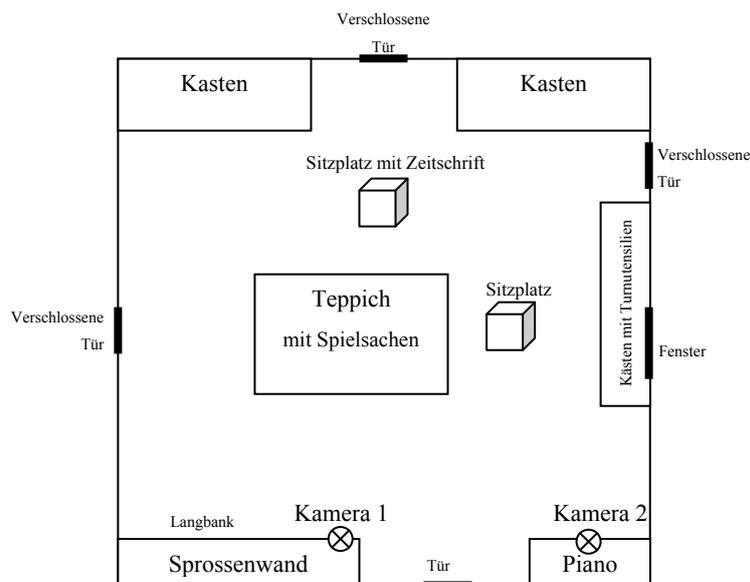


Abbildung 4: Einrichtungsplan des Beobachtungszimmers

Die Beobachtungen wurden mittels der Videokamera aufgezeichnet und per Videobänder ausgewertet. Zusätzlich wurden jedoch auffällige Sequenzen während der Beobachtungssituation mitprotokolliert. Bei jeder Beobachtung wurden zwei Kameras aufgebaut. Eine auf dem Piano (in ca. 80 cm Höhe) und eine zweite auf der Sprossenwand (in ca. 120 cm Höhe), welche beide den Bereich um den Spieleteppich, jedoch nicht den gesamten Raum abdeckten.

Bei jeder der Beobachtungen wurden den Kleinkindern folgende Spielsachen zur Verfügung gestellt: ein grüner Ball, eine Trommel mit Schläger, eine Puppe, ein Zug, ein Puzzle, 19 Legosteine (davon 9 kurze und 10 lange Steine in verschiedenen Farben), ein Kunststoffreifen und eine Matroschka²⁹. Auf den Kästen befanden sich weitere Spielsachen, unter anderem: ein Hüpflöwe, ein Flugzeug aus Holz und ein Gymnastikball. Wenn die Kinder diese entdeckten und danach gebeten haben, wurden sie ihnen gegeben.

9.6.1 Bildung der Kategorien und beispielhafte Darstellung der Beobachtungsprotokolle

Im vorliegenden Kapitel werden die, aus den Beobachtungen gewonnenen Ergebnisse, dargestellt. Die für die Auswertung notwendigen gebildeten Kategorien werden im Folgenden erläutert und exemplarisch aufgezeigt. Im Zuge der Auswertung werden sieben Verhaltensweisen gebildet³⁰. Diese sollen nun dargestellt werden. Die Kategorien wurden in **interaktive Verhaltensweisen** (Nähe- und Kontaktverhalten, Distanzinteraktion, Widerstandsverhalten, vermeidendes Verhalten und Suchendes Verhalten) und in **sonstiges relevantes Verhalten** (kommunikatives Verhalten und exploratives Verhalten) geteilt. Eine Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse folgt im Anschluss an das vorliegende Kapitel.

INTERAKTIVES VERHALTEN:

1. Nähe – und Kontaktverhalten:

a. Nähe- und Kontaktsuchverhalten:

Diese Variable beschreibt das Verhalten und die Intensität des Kindes, inwiefern es Kontakt und Nähe zu den anwesenden Personen sucht. Dies bezieht sich sowohl auf das Kontaktsuchverhalten gegenüber der Bindungsperson als auch gegenüber der fremden Person.

b. Nähe- und Kontakthalteverhalten:

Das Nähe- und Kontakthalteverhalten beschreibt die Aktivität des Kindes mit der Person, mit welcher sie in Kontakt getreten ist, zu halten, ob das Kind versucht, den Kontakt mit dem Elternteil bzw. der fremden Person aufrecht zu erhalten.

²⁹ Matroschka (oder auch Babuschka) sind verschieden große und daher ineinandersteckbare Holzpuppen.

³⁰ Vergleiche dazu „Scoringssystem for interactive behaviours“ von AINSWORTH ET AL. (ebd. 1978).

2. Distanzinteraktion

Die Distanzinteraktion beschreibt die positive soziale Interaktion des Kindes mit dem Erwachsenen, wie beispielsweise: lächeln, intensiver Blickkontakt, Spielzeug zeigen und auch gemeinsames spielen. Es sind Anzeichen, die auf ein Interesse an dem Erwachsenen hinweisen lassen.

3. Widerstandsverhalten

Das Verhalten beschreibt den Widerstand des Kindes, wenn eine Person in Kontakt mit ihm tritt bzw. sich in das Spiel einmischt oder mit ihm interagiert. Das Kind wird meist ärgerlich, es schmolzt, ist gereizt oder launisch. Das kann sich in verschiedenster Weise auswirken, wie beispielsweise: wegschubsen, wegstoßen, wegwerfen, wegschlagen, ausschlagen, austreten, wegreißen, wegrücken, weggehen.

4. Vermeidendes Verhalten

Dieses Verhalten beschreibt die Akzeptanz der Person gegenüber. Vermeidendes Verhalten äußert sich folgendermaßen: wachsende Distanz zwischen dem Kind und der erwachsenen Person, wegneigen bzw. fortbewegen, der Person den Rücken zuwenden, den Kopf weg-drehen, den Blick abwehren, das Gesicht verbergen bzw. die Person einfach ignorieren.

5. Suchendes Verhalten

Suchendes Verhalten beschreibt das Verhalten, welches man als suchend beschreiben könnte. Dieses tritt in den Episoden, in denen die Mutter nicht im Raum ist (Episode 4, 6 und 7) auf. In diese Kategorie zuordenbare Kinder sind jene, die der Mutter zur Türe folgen, versuchen die Türe zu öffnen, an dieser rütteln. Weiters sind es Kinder, die immer wieder zur Türe sehen oder an Orte sehen und gehen, an denen sich die Mutter aufgehalten hat. Orte, mit denen sie die Mutter in Verbindung bringen.

SONSTIGE RELEVANTE VERHALTENSWEISEN:

6. Kommunikatives Verhalten:

Beim kommunikativen Verhalten muss darauf hingewiesen werden, dass es sich hierbei – anlehnend an die sprachliche Entwicklung von Kindern (siehe Kapitel „Die Sprachentwicklung beim hörenden Kind“ und „Die Sprachentwicklung beim gehörlosen Kind“) – um lautsprachliches Verhalten und gestisches Verhalten handelt.

Unter **lautsprachliches Verhalten** fällt hierbei:

- schreien, jammern und weinen
- lachen
- plaudern und babbeln

Unter das **gestische Verhalten** fallen:

- plaudern und babbeln mit den Händen
- lächeln und grinsen

Die kommunikativen Ausdrücke werden in negatives kommunikatives Verhalten, wie dem Schreien, Jammern und Weinen sowie dem positiven kommunikativen Verhalten, wie dem Lachen, Lächeln und Grinsen unterteilt. Des Weiteren ist das Plaudern und Babbeln (sowohl lautsprachlich als auch nonverbal) mit dem Erwachsenen oder mit sich selbst ein wichtiges Verhalten.

7. Exploratives Verhalten (Raum & Spieleteppich)

Mit explorativem Verhalten ist gemeint, ob sich das Kind im fremden Raum umsieht, sich das Spielzeug ansieht oder sogar mit dem Spielzeug spielt und den Raum erkundet.

ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG DER VERHALTENSWEISEN SOWIE VORKOMMEN IN DEN VERSCHIEDENEN EPISODEN

Verhaltensweisen	Kind mit Bindungsperson	Kind mit fremder Person
Interaktives Verhalten:		
1. Nähe- und Kontaktverhalten: (Nähe- und Kontaktsucherhalten sowie Nähe- und Kontakthalteverhalten)	Episode 2, 3, 5, 8	Episode 3, 4, 7
2. Distanzinteraktion		
3. Widerstandsverhalten	Episode 5, 8	Episode 3, 4, 7
4. vermeidendes Verhalten		
5. suchendes Verhalten	Episode 4, 6, 7	
Sonstiges relevantes Verhalten		
6. kommunikatives Verhalten (verbales Verhalten: Schreien, jammern, weinen, lachen, plaudern und babbeln sowie nonverbales Verhalten: Plaudern, babbeln mit den Händen, lächeln und grinsen)	Episode 2, 3, 5, 8	Episode 3, 4, 7
7. exploratives Verhalten (visuell, motorisch)		

Um die gewonnenen Daten nun zuordnen zu können werden die Verhaltensweisen für jedes Kind einzeln durchgeführt, sodann werden die Episoden in Gruppen eingeteilt:

- Vortrennungszeit (Episode 2 und 3)
- Zeit mit der Fremden (Episode 4 und 7)
- Wiedervereinigungsepisoden (Episode 5 und 8)
- Alleine im Raum (Episode 6)

Diese Gruppen werden nun in jene der gehörlosen Kinder und jene der hörenden Kinder geteilt, miteinander verglichen und anschließend versucht zu interpretieren.

9.6.2 Auswertung der Beobachtungen

Im Zuge der Auswertung der Beobachtung wurden sieben Kategorien (welche im Vorfeld genau definiert wurden) gebildet, welche für die Ergebnisse für die Diplomarbeit von besonderer Bedeutung sind. Die Verlaufsprotokolle der einzelnen Kinder wurden in Episoden und sodann in einminütige Zeitintervalle gegliedert, welche ausgewertet wurden. Bei der Auswertung wurde nach einem Einstuf-Verfahren vorgegangen, einem so genannten Rating-Verfahren. Die Verhaltensweisen wurden nach Intensität bzw. Häufigkeit abgeschätzt und auf einer Messskala eingetragen. Somit wurde die Intensität der sieben Kriterien eingeschätzt.

In einem weiteren Schritt wurden die Episoden in Gruppen zusammengefasst. Die Bindungsqualität der einzelnen Kinder wurde durch die Richtlinien der Klassifikation nach AINSWORTH (vgl. 1978, 74ff) festgestellt. Schlussendlich wurden die Ergebnisse der hörenden Kinder mit denen der hörgeschädigten Kinder verglichen. Eine zusammenfassende grafische Darstellung der Verhaltensweisen in den verschiedenen Episoden ist auf den nächsten Seiten dargestellt.

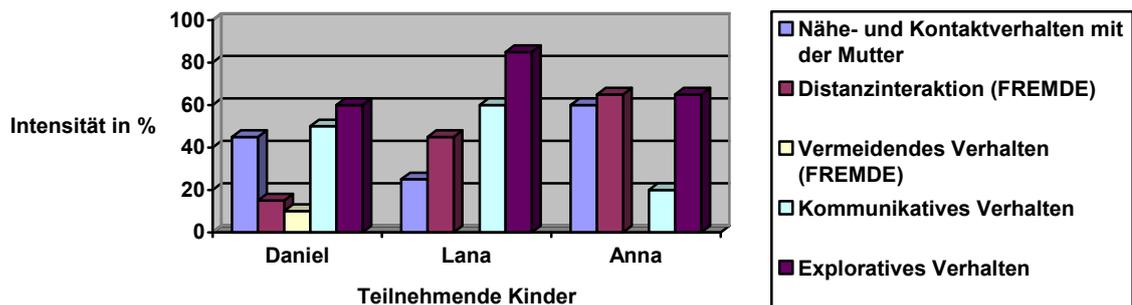
9.7 Zusammenfassende Darstellung der Beobachtungen

Anhand von grafischen Darstellungen werden nun die zusammengefassten Episoden dargestellt und erläutert. Für jede Gruppe (Vortrennungszeit, Zeit mit der Fremden, Wiedervereinigungsepisode und Alleine im Raum) wird sowohl für die hörenden Kinder als auch für die gehörlosen Kinder eine Grafik vorgestellt und diskutiert.

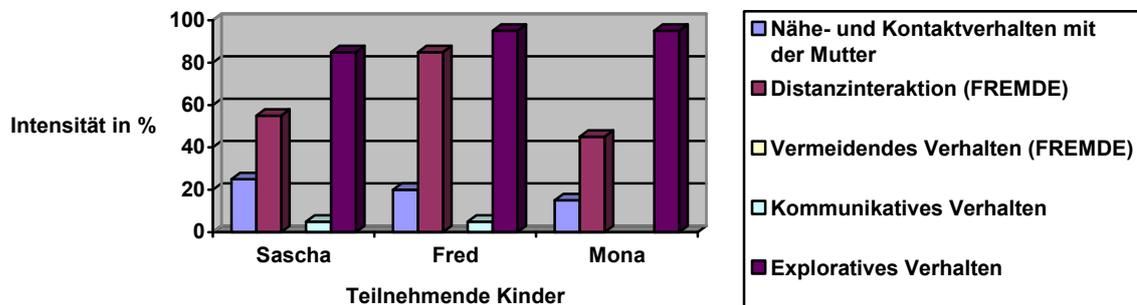
9.7.1 Vortrennungszeit

Die Vortrennungszeit beschreibt die Zeit der Episoden 2 und 3. In der Episode 2 halten sich zunächst das Kind und die Mutter alleine im fremden Raum auf. Die fremde Person betritt in Episode 3 den Raum, es sind das Kleinkind, die Mutter und die Fremde im Spielzimmer.

Hörende Kinder



Gehörlose Kinder



Kurzinterpretation:

- **Nähe- und Kontaktverhalten mit der Mutter:**

Beim Nähe- und Kontaktverhalten mit der Mutter gibt es deutliche Unterschiede zwischen den hörenden und den gehörlosen Kindern. Die hörenden Kinder weisen ein deutlicheres Kontaktverhalten mit der Mutter auf, die hörgeschädigten hingegen nur ein sehr geringes.

- **Distanzinteraktion (mit der fremden Person):**

Im Interaktionsverhalten zur fremden Person gibt es keine großen Unterschiede. Jedoch lässt sich erkennen, dass die Gruppe der hörgeschädigten Kinder sich schneller auf eine Interaktion mit einer fremden Person einlässt, als die Gruppe der hörenden Kinder. Die

gehörlosen Kinder zeigen im Allgemeinen eine höhere Distanzinteraktion zur Fremden auf als die hörenden Kinder.

- **Vermeidendes Verhalten (der fremden Person gegenüber):**

Ein hörendes Kind zeigte auf eine zu schnelle Annäherung der Fremden vermeidende Verhaltensweisen auf, dies war jedoch recht gering. Die gehörlosen Kinder zeigten allesamt keine vermeidenden Verhaltensweisen.

- **Kommunikative Verhaltensweisen:**

Im Bereich der kommunikativen Verhaltensweisen gibt es signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe der hörenden und der Gruppe der hörgeschädigten Kinder. Die hörgeschädigten Kinder weisen nur sehr geringe bis kaum kommunikative (sowohl lautsprachlich als auch gestische) Verhaltensweisen auf. Wohingegen die hörenden Kinder ein ausgeprägtes (hauptsächlich lautsprachliches) Kommunikationsverhalten zeigen.

- **Explorative Verhaltensweisen:**

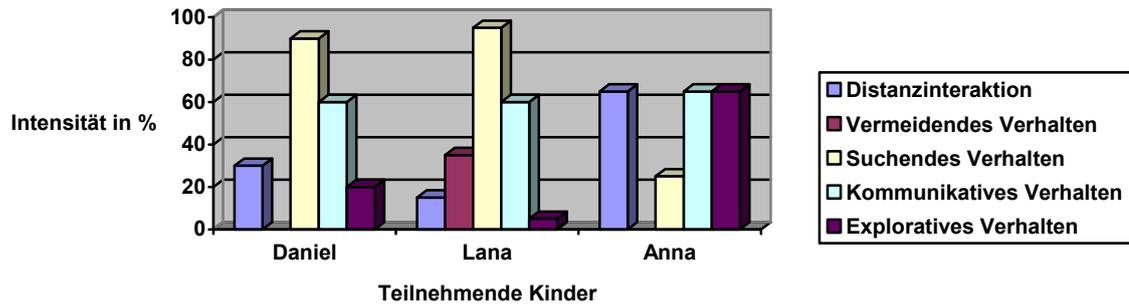
Im Bereich der Exploration lässt sich ebenfalls ein Unterschied zwischen hörenden und gehörlosen Kindern verzeichnen. Die Gruppe der hörgeschädigten Kinder haben ein eindeutig ausgeprägtes exploratives Verhalten, sie erkunden den Raum und die Spielsachen sehr sorgfältig. Die hörenden Kinder sind ebenfalls sehr explorativ, jedoch ist es weniger ausgeprägt als bei den hörgeschädigten Kindern.

In den Vortrennungsepisoden gibt es zusammenfassend einige Unterschieden im Verhalten zwischen den hörenden und den gehörlosen Kindern. Die hörenden Kinder weisen ein stärkeres Nähe- und Kontaktverhalten zur Mutter auf, und ließen sich etwas langsamer auf die fremde Person ein. Die hörgeschädigten Kinder hingegen weisen ein niedrigeres Kontakt- und Näheverhalten zur Mutter auf, sie fanden schneller Zugang zur fremden Person und ließen sich bei der Exploration des Raumes und der Spielsachen kaum unterbrechen.

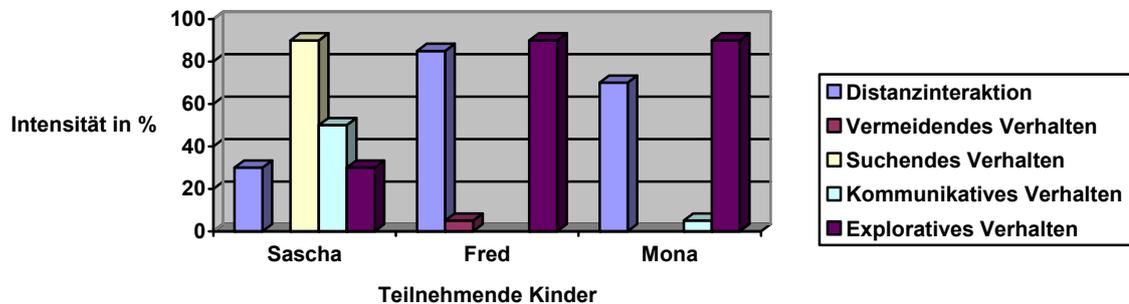
9.7.2 Episoden mit der fremden Person

Die Episoden mit der fremden Person meinen die Sequenzen 4 und 7, in denen nur die Fremde und das Kind anwesend sind. In Episode 4 beschäftigt sich die Fremde mit dem Kleinkind, in Episode 7 versucht die fremde Person das Kind – nachdem es alleine im Spielzimmer war – zu beruhigen.

Hörende Kinder



Gehörlose Kinder



Kurzinterpretation:

- **Distanzinteraktion:**

Bei der Interaktion mit der fremden Person gibt es signifikante Unterschiede zwischen den beiden getesteten Gruppen. Die hörgeschädigten Kinder zeigen ein deutlich höheres Interesse an der Interaktion mit der Fremden, als die normal hörenden Kinder. Diese zeigen ein eher geringeres Interaktionsverhalten.

- **Vermeidendes Verhalten:**

In der Zeit mit der Fremden konnte sowohl bei den hörenden als auch bei den gehörlosen Kindern ein vermeidendes Verhalten festgestellt werden, jedoch jeweils nur bei einem Kind. Hierbei zeigt sich, dass das hörende Kind ein größeres vermeidendes Verhalten zeigte, als das gehörlose Kind. Dieses war sehr gering und nicht besonders ausgeprägt.

- **Suchendes Verhalten:**

Das suchende Verhalten lässt sich bei den hörenden Kindern als sehr hoch einstufen. Zwei von drei Kindern haben ein sehr ausgeprägtes suchendes Verhalten gezeigt, das dritte Kind weist ebenfalls ein suchendes Verhalten auf, jedoch geringer.

Die gehörlosen Kinder hingegen zeigten extrem auseinander gehendes Suchverhalten. Hierbei konnte festgehalten werden, dass zwei von drei Kindern überhaupt kein Suchverhalten zeigten, das dritte Kind jedoch ein sehr hohes Suchverhalten aufwies.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Suchverhalten der hörenden Kinder deutlich höher war, als das Suchverhalten der hörgeschädigten Kinder, jedoch in diesem Fall nicht zu vereinheitlichen ist.

- **Kommunikatives Verhalten:**

Das kommunikative Verhalten zeigt deutliche Unterschiede zwischen den hörenden und den gehörlosen Kindern. So weisen die hörenden Kinder ein deutlich höheres (zumeist negatives) kommunikatives Verhalten auf, als die Kinder mit den Hörstörungen. Diese zeigen kaum eine Kommunikation, bzw. ein sehr geringes kommunikatives Verhalten.

- **Exploratives Verhalten:**

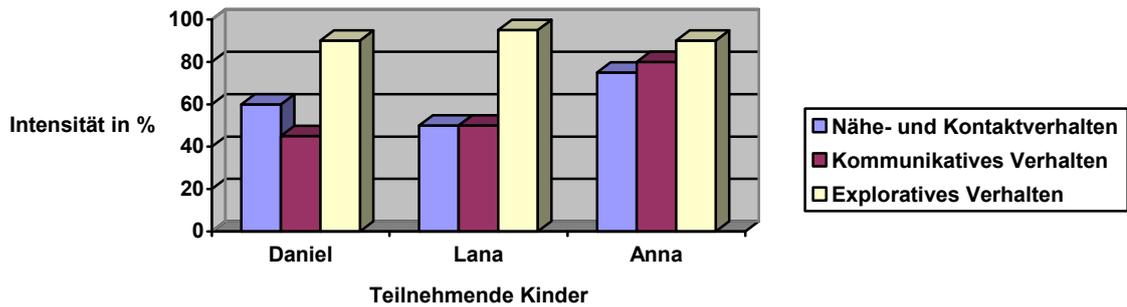
Das Explorative Verhalten lässt signifikante Unterschiede feststellen. So zeigten die hörenden Kinder ein sehr geringes bis kaum ein exploratives Verhalten in den Episoden mit der fremden Person. Die hörgeschädigten Kinder hingegen weisen ein sehr hohes exploratives Verhalten auf. Diese ließen sich kaum von der Anwesenheit der fremden Person verunsichern.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die hörgeschädigten Kinder schnell mit der Situation abgefunden haben bzw. sich schneller mit der fremden Person auseinander gesetzt haben als die normal hörenden Kinder. Diese litten unter größerem Trennungskummer. Die hörenden Kinder konnten sich kaum mehr mit anderen Dingen beschäftigen bzw. sich von der Fremden trösten lassen. Die Exploration des Raumes und der Spielsachen zeigt hier eindeutige Unterschiede. Die hörgeschädigten Kinder ließen sich kaum von der Fremden davon abhalten, die hörenden Kinder hingegen zeigten nur noch vereinzelt Interesse daran.

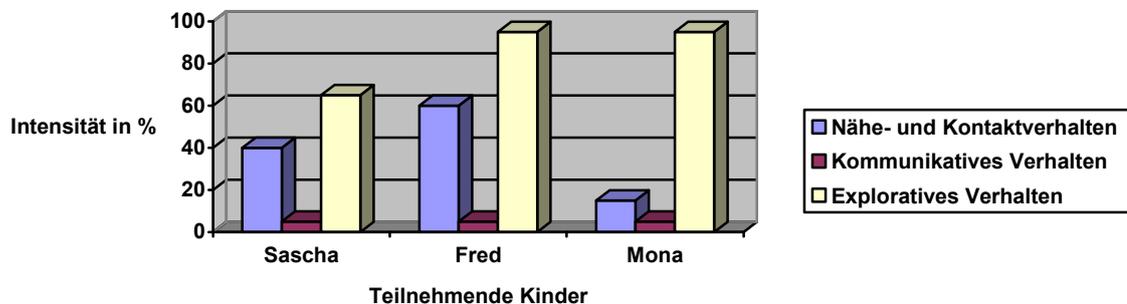
9.7.3 Wiedervereinigungsepisoden

Die Wiedervereinigungsepisoden beschreiben die Sequenzen 5 und 8, in welcher die Mutter nach einer Trennung wieder zurück in den Raum zum Kind kommt.

Hörende Kinder



Gehörlose Kinder



Kurzinterpretation:

- **Nähe- und Kontaktverhalten:**

In den Wiedervereinigungsepisoden gibt es geringe Unterschiede zwischen den gehörlosen und hörenden Kindern. Das Nähe- und Kontaktverhalten zeigt eine Abweichung zwischen den beiden Gruppen. Die hörenden Kinder weisen ein etwas stärkeres Nähe- und Kontaktverhalten zu ihren Bindungspersonen auf als die gehörlosen Kinder. Die hörenden Kinder versuchten den Kontakt zu ihren Müttern durch ausgeprägten Blickkontakt aufrecht zu erhalten und bezogen diese auch immer wieder in ihr Spiel mit ein.

Die gehörlosen Kinder hingegen haben sich relativ schnell sicher gefühlt und sich sodann den Spielsachen gewidmet und nur noch vereinzelt Blickkontakt mit der Mutter gehalten.

- **Kommunikatives Verhalten:**

Die Kommunikation zwischen hörenden Kindern und ihren Müttern zeigt einen großen Unterschied zu der Kommunikation zwischen gehörlosen Kindern und ihren Müttern. Die hörenden Kinder zeigen ein offensichtliches kommunikatives Verhalten, sie plaudern mit ihren Müttern und lächeln vermehrt.

Die gehörlosen Kinder hingegen zeigen kaum lautsprachliche kommunikative Verhaltensweisen, vereinzelt lässt sich feststellen, dass die Kinder kurz mit ihren Müttern plaudern oder sie anlächeln, aber in sehr geringem Maße.

- **Exploratives Verhalten:**

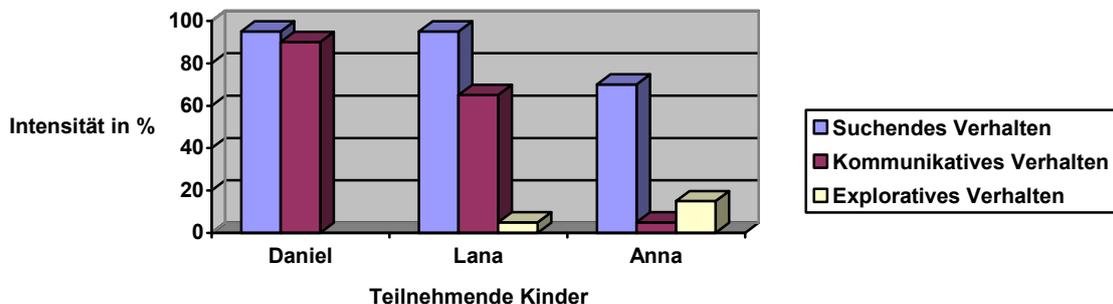
Das explorative Verhalten ist bei den beiden Gruppen von Kindern relativ ähnlich. Mit dem Wissen der sicheren Basis der Mutter, explorieren alle teilnehmenden Kinder den Raum und den Spieleteppich sowie das darauf befindende Spielzeug. Es besteht kaum ein Unterschied zwischen den hörenden und den gehörlosen Kindern.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich in den Wiedervereinigungsepisoden nur geringe Unterschiede im Nähe- und Kontaktverhalten der Kinder zu ihren Müttern zeigen. So weisen die hörenden Kinder ein etwas stärkeres Kontaktverhalten zu ihren Müttern auf, als die hörgeschädigten Kinder. Jedoch ist der Unterschied nicht gravierend. Das Kommunikationsverhalten der hörgeschädigten Kinder ist, wie in den anderen Episoden sehr gering, bei den hörenden Kinder hingegen recht ausgeprägt. Die Kinder zeigen ein nahezu gleiches Explorationsverhalten auf. Sie sind mit ihren Mutter in einem sicheren Bereich – die Mutter als sichere Basis für das Kind – und widmen sich so wieder dem Raum und den Spielsachen.

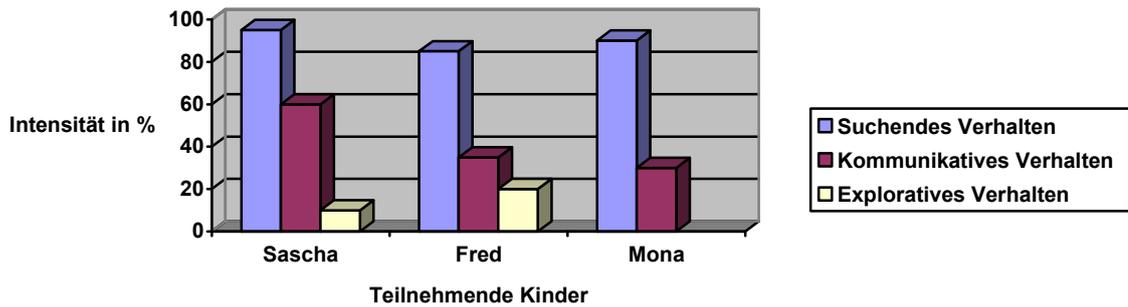
9.7.4 *Kinder alleine im Raum*

Die Episode 6 beschreibt die Zeit, in welcher die Kinder sich alleine im Spielraum aufhalten. Dies ist eine sehr stressige Situation für die Kleinkinder.

Hörende Kinder



Gehörlose Kinder



Kurzinterpretation:

- **Suchendes Verhalten:**

Sowohl die Gruppe der hörenden Kinder, als auch jene der hörgeschädigten Kinder zeigten ein ausgeprägtes Suchverhalten der Mutter gegenüber. Es lassen sich kaum Unterschiede im Suchverhalten zwischen den beiden Gruppen feststellen.

- **Kommunikatives Verhalten:**

Beim kommunikativen Verhalten lassen sich gruppenintern Differenzen feststellen. So war das Verhalten bei den hörenden Kindern verschieden. Zwei Kinder hatten sehr großen Kummer. Kurz nach dem die Mutter den Raum verlassen hatte, begannen zu jammern, zu weinen und dann zu schreien. Sie konnten sich nicht beruhigen. Das dritte Kind zeigte zwar eindeutige Suchverhaltensweisen, jedoch drückte es den Schmerz nur durch vereinzeltes Jammern aus.

Die Gruppe der hörgeschädigten Kinder drückten den Schmerz der Trennung zwar ebenfalls durch lautsprachlich kommunikatives Verhalten aus, jedoch war das Weinen und Schreien nicht so intensiv, wie bei den hörenden Kindern.

- **Exploratives Verhalten:**

Das explorierende Verhalten ist sowohl bei den hörenden als auch bei den hörgeschädigten Kindern in der Episode, in welcher sie sich alleine im Raum befinden kaum vorhanden. Es lassen sich hier kaum Unterschiede zwischen den hörenden und hörgeschädigten Kindern feststellen.

Zusammenfassend ist festzuhalten: In der Episode, in welcher die Kinder alleine im Raum sind, gibt es kaum Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Alle Kinder zeigten ein ausgeprägtes Suchverhalten und haben spärlich den Raum exploriert. Sie alle fühlten sich

sichtlich nicht wohl, alleine im Raum zu sein, ohne Bindungsperson (mit/ohne fremden Person).

9.7.5 Auffallende Beobachtungen

Die gehörlosen Kinder fassen schneller Vertrauen zu einer fremden Person, sie lassen sich etwas schneller auf diese ein und erkunden weiterhin die Spielsachen und den Raum. Hingegen brauchen die hörenden Kinder etwas länger, um zu einer fremden Person Vertrauen zu fassen.

Auffallend bei der Gruppe der hörgeschädigten Kinder ist, dass nicht eines der Kinder die gesamte Episode von drei Minuten, in welcher sie alleine im Raum sein sollten, durchgehalten hat. Es war auffallend, dass sich die hörgeschädigten Kinder nicht alleine im Raum befinden wollten. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den hörenden Kindern. Es zeigte sich deutlich: Dass sich alle Kinder alleine im Raum unwohl fühlten. Die hörgeschädigten Kinder waren schnell beruhigt, als eine Person den Raum betrat, sei es die Fremde oder die Mutter. Es war auffallend, dass sie sich schneller von der fremden Person beruhigen ließen, als die hörenden Kinder.

9.8 Ergebnisse der Beobachtungen

Das Kapitel soll einen Überblick über die Ergebnisse der Beobachtungen vermitteln. Zunächst werden die Kinder – gemäß dem Kapitel Ergebnisse der Interviews – in die Gruppe der hörenden Kinder sowie in die Gruppe der hörgeschädigten Kinder geteilt. Sodann werden die Erkenntnisse der einzelnen Kinder in den Gruppen dargestellt und interpretiert.

9.8.1 Einschätzung der Bindung der hörenden Kinder

Kind 1: Daniel – Sicher gebunden, Gruppe B3

Daniel lässt sich eindeutig in die Kategorie sicheres Bindungsmuster einordnen, speziell in die Gruppe B3. In den Vortrennungsepisoden braucht Daniel die Mutter als sichere Basis zum Explorieren. Er erkundet den Raum und die Spielsachen, sieht jedoch immer wieder zu seiner Mutter. Er zeigt ihr die Spielsachen und behält sie im Auge. Daniel zeigt ein größeres Interesse an dem Kontakt mit der Bindungsperson als mit der fremden Person. Er lässt sich zwar auf das Spiel mit der Fremden ein, jedoch als er merkt, dass die Mutter den Raum verlassen hat, wird er deutlich unruhig. Anfangs lässt er sich von der fremden Person ablenken und beruhigen, jedoch ist der Stress in den Trennungsepisoden zu groß.

Bei der Rückkehr der Mutter reagiert Daniel mit heftigem Weinen, nähert sich seiner Mutter und hält sich an ihr fest. Er sucht aktiven Körperkontakt zu seiner Bindungsperson. Nachdem er sich beruhigt hat, beginnt er erneut zu explorieren. Er sieht die Mutter wieder als sichere Basis, von welcher aus er den Raum und die Spielsachen erkunden kann.

Kind 2: Lana – sicher gebunden, Gruppe B3

Lana zeigt eindeutige Verhaltensweisen von einem sicheren Bindungsmuster. Mit dem Wissen, dass die Mutter neben ihr auf dem Stuhl sitzt und eine Zeitschrift liest, exploriert das Mädchen den Spielteppich sowie den Raum. Die Mutter stellt die sichere Basis dar, von welcher aus Lana den gesamten Raum erkundet.

Auf die fremde Person reagiert das Mädchen neugierig aber distanziert, die sichere Basis ist die Mutter. In der Trennungsepisode verspürt das Kind großen Kummer, es ist sehr gestresst. Die fremde Person kann sie anfangs beruhigen, jedoch wird die Situation dann zu stressig und Lana beginnt zu weinen. In den Wiedervereinigungsphasen weint Lana heftig, jedoch kurz und sucht die Nähe ihrer Mutter. Sie nähert sich ihr und sucht vermehrt Körperkontakt und klammert sich an sie. Nachdem sich das Mädchen beruhigt hat, beginnt sie weiterhin die Spielsachen zu explorieren, hält aber die Nähe und den Kontakt zur Mutter aufrecht, unter anderem durch Blickkontakt und herzeigen von Spielzeug.

Kind 3: Anna – sicher gebunden, Gruppe B2

Anna zeigt ein eindeutig sicheres Bindungsverhalten zur Mutter. In den Vortrennungsepisoden exploriert Anna den Spielteppich und den Raum. Sie braucht die Mutter als sichere Basis, um beruhigt die neue Umgebung erkunden zu können. Auf die Fremde reagiert das Mädchen zu Beginn zurückhaltend und schüchtern, sie sucht Kontakt zur Mutter. Jedoch mit dem Wissen, dass diese in ihrer Nähe ist, öffnet sie sich der fremden Person gegenüber. Sie ist an der Fremden interessiert, die Interaktion erfolgt jedoch auf Distanz.

Mit der fremden Person alleine im Raum, lässt die Exploration von Lana nach. Sie zeigt zwar Trennungstress, jedoch ist dieser nicht sehr ausgeprägt. Sie lässt sich auf die Fremde ein und ist konzentriert auf diese. In den Wiedervereinigungsepisoden geht sie der Mutter entgegen, sie sucht den Kontakt und die Nähe dieser. Sie lächelt ihre Mutter an und genießt den Kontakt mit dieser, akzeptiert jedoch, dass sie sie wieder auf den Spielteppich setzt und sich selbst auf den Stuhl mit der Zeitschrift. Das Mädchen exploriert sodann mit der Mutter als sichere Basis weiter.

9.8.2 *Einschätzung der Bindung der hörgeschädigten Kinder*

Kind 1: Sascha – sicher gebunden, Gruppe B3

Sascha zeigt ein deutliches sicheres Bindungsmuster. In den Vortrennungsepisoden zeigt er großes Interesse an dem Spieleteppich und dem Raum. Er exploriert die fremde Umgebung mit seiner Mutter als sichere Basis. Er sucht immer wieder den Blickkontakt mit seiner Bindungsperson. Als die fremde Person den Raum betritt, wirkt Sascha etwas unruhiger, er spielt zwar weiter, sucht jedoch vermehrt den Kontakt zur Mutter. Dann lässt er sich auf die Fremde ein und beginnt mit ihr zu spielen.

In den Trennungsepisoden ist Sascha sehr gestresst, er weint, lässt sich kaum von der Fremden beruhigen. In den Wiedervereinigungsepisoden sucht Sascha sofort die Nähe seiner Mutter und klammert sich fest an sie. Nachdem er sich beruhigt hat, beginnt er weiter zu explorieren, jedoch immer in Blickkontakt mit der Mutter.

Kind 2: Fred – sicher gebunden Gruppe B1 mit unsicher-vermeidenden Tendenzen Gruppe A

Fred zeigt zwar ein sicheres Bindungsmuster B1, jedoch gibt es auch Anzeichen von einem unsicher-vermeidenden Bindungsverhalten A.

Fred exploriert in der fremden Umgebung den Spieleteppich und den Raum. Er blickt jedoch anfangs immer wieder zur Mutter. Die Mutter stellt für ihn die sichere Basis dar, von welcher aus er den Raum erkundet. Als die Fremde den Raum betritt wirkt Fred neugierig. Zuerst sieht er die Fremde immer wieder interessiert an, dann geht er auf sie zu und bezieht sie in sein Spiel mit ein. Er scheint sehr amüsiert zu sein, er sieht kaum noch zu seiner Mutter. Er ist jedoch in den Wiedervereinigungsepisoden an der Mutter interessiert, er lächelt diese an und folgt ihr mit seinem Blick auf ihren Stuhl. Er beginnt auf Distanz eine Interaktion mit ihr herzustellen. In den Trennungsepisoden zeigt er sehr wenig bzw. kaum Stress.

Jedoch wirkt Fred in der Episode, in welcher er alleine im Raum ist, etwas hilflos. Zu Beginn exploriert er noch weiter, dann jedoch nimmt der Stress zu und die Episode muss vorzeitig abgebrochen werden. In Gegenwart der Fremden beruhigt er sich sofort, er bewegt sich ausgelassen im Raum und exploriert. Er zeigt hier Anzeichen, die Fremde wie seine eigene Mutter zu behandeln. Die Fremde stellt in den Episoden, in denen die Mutter nicht anwesend ist, eine sichere Basis für ihn da. Dies lässt auf die Tendenz unsicher-vermeidender Bindung hinweisen.

Kind 3: Mona – sicher gebunden Gruppe B1 mit unsicher-vermeidenden Tendenzen Gruppe A

Mona zeigt zwar ein sicheres Bindungsmuster B1, jedoch auch eine gewisse Tendenz zu einer unsicher-vermeidenden Bindung A.

Mona beginnt von Anfang an den fremden Raum zu explorieren. Sie sieht sich um und probiert sowohl die Spielsachen als auch die Turngeräte aus. Dabei sieht sie jedoch immer wieder zur Mutter und holt sich Hilfe, wenn sie sie benötigt. Auf die Fremde reagiert das Mädchen interessiert, zu Beginn zwar noch sehr distanziert, dann jedoch bezieht sie die fremde Person in ihr Spiel mit ein. Dennoch sieht sie hin und wieder zur Mutter. Die Trennungsepisoden, in denen sie mit der fremden Person alleine im Raum ist, bereiten Mona keinen Stress. Sie exploriert weiterhin und bezieht hin und wieder die Fremde mit ein. In den Wiedervereinigungsepisoden sieht sie ihre Mutter an, folgt ihr mit ihrem Blick und beginnt eine Interaktion herzustellen. Sie sucht jedoch keinen körperlichen Kontakt zu ihrer Mutter.

Unsicher-vermeidende Tendenzen lassen sich dahingehend feststellen, dass Mona in den Trennungsepisoden nur dann Stress verspürt, wenn sie alleine im Raum ist. Nachdem die fremde Person den Raum betritt, scheint sie sofort beruhigt und beginnt weiterhin ausgelassen zu spielen und zu explorieren. Mona hat eine gewisse Neigung, die Fremde wie ihre Mutter zu behandeln. Sie verhält sich in ihrer Exploration genau so, als wäre ihre Mutter anwesend, sie lässt sich durch die Fremde nicht einschränken. Es scheint so, als wäre die Fremde in den Episoden, in denen die Mutter nicht anwesend ist, die sichere Basis für sie.

9.9 Vergleichende Ergebnisse der Beobachtungen

Nachdem die Ergebnisse der Studienteilnehmer ausgewertet und eingeschätzt wurden, sind markante Unterschiede zwischen der Gruppe der hörgeschädigten Kinder und der Gruppe der normal hörenden Kinder sichtbar.

Den Auswertungskategorien nach AINSWORTH nach zu urteilen, weisen die Probanden der Gruppe der hörenden Kinder ein sicheres Bindungsverhalten auf. Davon sind zwei Kinder dem Schema B3 und eines dem Schema B2 zuzuordnen. Die Kleinkinder explorieren mit der Mutter als sichere Basis den Raum und die Spielsachen. Die Fremde wirkt auf sie interessant, jedoch erfolgt die Annäherung auf Distanz. In den Episoden der Trennung weisen sie Stress auf, die Exploration ist kaum noch vorhanden.

Nach dem Bindungsschema nach AINSWORTH lassen sich die teilnehmenden hörgeschädigten Kinder nur zum Teil eindeutig auswerten. Ein Kind fällt eindeutig in das sichere Bindungsschema B3. Es exploriert mit seiner Mutter als sichere Basis die Spielsachen und den Raum. Auf die Fremde reagiert es zwar interessiert, jedoch auf Distanz. In den Trennungsepisoden weist das Kind Stress auf, die sichere Basis fehlt. Zwei weitere Kinder sind zwar der Kategorie sicheres Bindungsverhalten B1 zuzuordnen, jedoch nicht eindeutig. Sie zeigen alle Anzeichen der sicheren Bindung (B1), jedoch haben sie die Tendenz einer unsicher-vermeidenden Bindung. Die Kinder explorieren von ihrer Mutter, der sicheren Basis, aus den Raum und die Spielsachen. Sie reagieren auf die Fremde anfangs auf Distanz, sind neugierig und beziehen diese in ihr Spiel mit ein. Unsicher-vermeidende Tendenzen lassen sich dadurch feststellen, dass sie die Fremde, als sich die Mutter nicht im Raum befindet, wie ihre Mutter behandeln. In diesen Episoden explorieren sie genau so die Spielsachen und den Raum, als wäre die Fremde ihre sichere Basis. Lediglich in den Episoden, in denen sie alleine im Raum sind, fühlen sich die Kinder unwohl und zeigen Anzeichen von Stress, sie explorieren hier kaum.

10 ERGEBNISSE DER EMPIRISCHEN STUDIE

Nachfolgend werden die Ergebnisse der durchgeführten empirischen Studie dargestellt. Zunächst wird die Stichprobe der Studienteilnehmer beschrieben, sodann die schlussendlichen Ergebnisse des empirischen Teils aufgezeigt. Hierbei werden die Erkenntnisse der Interviews mit denen der Beobachtungen miteinander kombiniert und dargestellt.

10.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt nahmen sechs Kinder mit ihren Müttern an der Untersuchung teil. Davon waren drei hörgeschädigte Kinder mit hörenden Müttern und drei hörende Kinder mit hörenden Müttern. Die Interviews und Beobachtungen wurden alle im Zeitraum zwischen März und April 2008 in Wien und Umgebung durchgeführt. Wobei die Beobachtungen in einem künstlichen Setting, welches immer die gleichen Gegebenheiten hatte, durchgeführt wurden. Sowohl die Einrichtung des Raumes, als auch das Spielzeug, die Videokameras und die fremde Person blieben bei jeder Beobachtung gleich.

Da eine Verallgemeinerung der Ergebnisse mit einer geringen Anzahl von Probanden sehr schwierig ist, wurde sich im Zuge der Probandenauswahl auf eine homogene Gruppe gestützt. Dies wurde in einem separaten Fragebogen eruiert. Die Kinder waren zum Zeitpunkt der Beobachtung (sowie des Interviews) zwischen 13 und 18 Monaten alt, das heißt die größte Altersdifferenz belief sich auf 5 Monate. Die Geschlechterverteilung war ausgeglichen, an der Studie nahmen 3 männliche und 3 weibliche Kinder teil³¹. Keines der Kinder hat zum Zeitpunkt der Beobachtung eine Kinderstube oder Kinderkrippe besucht. Das heißt alle wurden bis zum damaligen Lebensmonat ständig von der Mutter betreut.

Die Hauptbezugspersonen der beobachteten Kinder waren jeweils die Mütter, die die meiste Zeit mit ihren Kindern verbrachten. Alle sechs Kinder waren die ersten gemeinsamen Kinder ihrer Eltern und leben gemeinsam (sowohl Mutter und Kind als auch Vater) in einem Haushalt. Sie wurde alle in einem Krankenhaus zur Welt gebracht.

Die Mütter waren zwischen 25 und 31 Jahre alt, die Väter waren zwischen 27 und 34 Jahre alt.

³¹ Davon waren zwei der drei hörgeschädigten Kinder männlich, eines weiblich und zwei der hörenden Kinder weiblich, eines männlich.

10.2 Ergebnisse

Im vorliegenden Kapitel werden nun die Schlüsse der Untersuchung gezogen und die Ergebnisse auf die Forschungsfrage „*Inwiefern beeinflusst die Kommunikation bei gehörlosen Kindern die Qualität der Bindung zur hörenden Mutter?*“ präsentiert. Des Weiteren sollen die Unterfragen und gestellten Hypothesen durch die empirische Studie beantwortet, bearbeitet und dargestellt werden. Angesichts der geringen Anzahl von Probanden, ist die Studie als Pilot-Studie zu sehen, deren Ergebnisse weiterer Überprüfung bedürfen.

Die Ergebnisse der Studie machen markante Differenzen zwischen der Gruppe der hörenden Kinder und jene der hörgeschädigten Kinder sichtbar.

Die Beobachtungen und Interviews zeigen, dass die Probanden der Gruppe der hörenden Kinder allesamt eine sichere Bindung an die Mutter aufweisen. So wurden zwei der Kinder dem Bindungsschema B3 und eines dem Schema B2 zugeordnet. Die Kleinkinder explorieren mit der Mutter als sichere Basis den Raum und die Spielsachen. Die fremde Person wirkt auf sie interessant, jedoch erfolgt die Interaktion und Annäherung auf Distanz sowie langsam und schrittweise. In den Trennungsepisoden weisen die Kinder erhöhten Stress auf, die Exploration ist kaum noch vorhanden. Die Ergebnisse der Beobachtungen gehen mit jenen aus den Interviews konform. Den Interviews nach zu urteilen, können die Kinder ebenfalls in das sichere Bindungsschema eingeordnet werden. Sie sind fremden Menschen gegenüber distanziert und zurückhaltend, aber dennoch neugierig. Die Kinder tasten sich langsam an die Fremden heran, jedoch nur mit der Mutter in der Nähe. Diese dient ihnen als sichere Basis. Trennungen sind für die hörenden Kinder kein Problem, sofern sie bei Personen untergebracht werden, die sie gut kennen und auch mögen. Auf ein Wiedersehen mit der Mutter nach einer Trennung reagieren die Kinder eindeutig nach den Kriterien einer sicheren Bindung nach AINSWORTH ET AL. (1971, 175ff). Sie lächeln der Mutter zu und zeigen ihr das Spielzeug, welches sie gerade in den Händen halten. Sie beginnen zu weinen und wollen von der Mutter hochgenommen werden oder sie suchen einfach die Nähe der Mutter.

Das Bindungsverhalten der Gruppe der gehörlosen Kinder ist nicht ganz so eindeutig festzustellen. Die Kinder werden zwar nach den Auswertungskriterien von AINSWORTH in das sichere Bindungsmuster zugeordnet, jedoch zum Teil mit unsicher-vermeidenden Tendenzen.

Ein Kind fällt eindeutig in das sichere Bindungsmuster B3, es exploriert mit seiner Mutter als sichere Basis den Raum und ist bei Trennungen von ihr sichtlich gestresst. Die Ergebnisse des Interviews mit der Mutter bestätigen die Momentaufnahme der Spiele-Beobachtung. Das Kind ist fremden Personen gegenüber zwar interessiert und neugierig, jedoch braucht es die Mutter als sichere Basis, um mit ihnen in Kontakt zu treten. Für das Kind sind Trennungen eine sehr stressige Situation und mit großem Kummer verbunden. Es kann nur bei Personen aus dem engsten Bekanntenkreis untergebracht werden. Auf ein Wiedersehen mit der Mutter reagiert es nach den Kriterien einer sicheren Bindung: es sucht die Nähe seiner Mutter und klammert sich an sie.

Die beiden anderen hörgeschädigten Kinder werden nach den Kriterien von AINSWORTH in das sichere Bindungsschema B1 eingeteilt, jedoch mit Tendenzen zu einem unsicher-vermeidenden Bindungsverhalten. Die Kinder explorieren den Raum und die Spielsachen mit der Mutter, ihrer sicheren Basis. Auf die fremde Person reagieren sie zu Beginn distanziert neugierig, lassen sich dann sehr schnell auf sie ein und beziehen sie in ihr Spiel mit ein. Für ein Kind wird die Mutter völlig uninteressant und hat nur noch Augen für die Fremde. Für das andere Kind ist die Fremde sehr interessantes, sieht aber dennoch hin und wieder zur Mutter. In den Episoden, in denen sich die Mutter nicht im Raum befindet, gibt es Anzeichen dafür, dass die beiden Kinder die Fremde als ihre Mutter behandeln. In diesen Episoden lassen sie sich nicht stressen und explorieren genauso die Spielsachen und den Raum, als wäre die Fremde ihre sichere Basis. Lediglich in den Episoden, in denen sie alleine im fremden Raum sind, zeigen die Kinder Anzeichen von Unwohlsein. Sie zeigen kaum Exploration. Die Ergebnisse der Interviews mit den Müttern der beiden Kinder zeigen ähnliche Ergebnisse wie die Spiele-Beobachtungen. Die Kinder sind Fremden gegenüber aufgeschlossen und wenn sie mit ihnen in Kontakt treten, sind sie kaum an der Mutter interessiert. Trennungen sind für beide Kinder kein Problem, wobei eines der Kinder nur bei Personen aus dem näheren Umfeld bleibt, das andere bleibt bei fast jeder Person. Diese Verhaltensweisen lassen auf eine Tendenz von unsicher-vermeidenden Bindungen hinweisen. Auf ein Wiedersehen mit der Mutter reagieren die Kinder mit einem sicheren Bindungsmuster, sie lächeln sie an und freuen sich oder kommen auf ihre Mutter zu und suchen aktive Nähe zu ihr.

In Verbindungen des Bindungsmusters mit der Kommunikation lassen sich nun folgende Schlüsse ziehen:

Die Kommunikation spielt sehr wohl eine Rolle in der Entwicklung der Bindung an die Mutter. Jedoch scheint hier weniger die Art der Kommunikation eine Rolle zu spielen, wichtig scheint in erster Linie, dass mit dem Kind kommuniziert wird, egal auf welche Weise (verbal oder nonverbal).

Die hörenden Kinder konnten von Geburt an und auch bereits vorgeburtlich an einer Interaktion mit der Mutter teilnehmen und wurden auch dahingehend gefördert. Diese Kinder haben allesamt eine sichere Bindung an die Mutter.

Bei den gehörlosen Kindern lassen sich folgende interessante Schlüsse ziehen: Mona wurde auf beiden Ohren taub geboren, bekam mit fünf Monaten Hörgeräte und wurde mit zehn Monaten beidseitig mit einem Cochlea Implantat versorgt. Man kann also sagen, dass sie bis zum zehnten Lebensmonat kaum akustisch kommunikativen Input bekam bzw. nur sehr geringen. Mona konnte kaum an einer lautsprachlichen Interaktion teilnehmen. Sie ist zwar sicher an die Mutter gebunden, jedoch zeigt sie auch Tendenzen von unsicher-vermeidendem Bindungsverhalten. Ähnlich zeigt sich der Verlauf von Fred. Bei ihm wurde eine beidseitige hochgradige Schwerhörigkeit festgestellt, er bekam zwar mit fünf Monaten beidseitig Hörgeräte, jedoch ist anzunehmen, dass er durch diese kaum Geräusche wahrnehmen konnte. Mit 16 Monaten wurde ihm ein Cochlea Implantat operativ eingesetzt. Erst durch dieses bekam er die Möglichkeit an einer lautsprachlichen Kommunikation teilzunehmen. Fred zeigt zwar ein sicheres Bindungsmuster, jedoch deutliche Anzeichen einer unsicher-vermeidenden Bindung. Anders als bei Mona und Fred, wurden bei Sascha sofort, als bemerkt wurde, dass er auf Geräusche nicht reagiert, Interventionen gesetzt. Saschas Eltern haben begonnen die Gebärdensprache zu lernen und sich mit ihm sowohl in Lautsprache als auch Gebärdensprache zu unterhalten. Mit 5 Monaten bekam er die ersten Hörgeräte, bekam jedoch durch die Gebärdensprache schon vorher kommunikativen Input. Laut Aussagen der Mutter ist zwar nicht genau festzustellen, ob er auf Lautsprache oder Gebärdensprache reagiert, jedoch ist eindeutig zu sagen: Er bekam von Geburt an die Möglichkeit an einer Interaktion teilzunehmen und zeigt ein eindeutig sicheres Bindungsverhalten.

Schlussfolgernd lässt sich nun feststellen, dass die Kommunikation, insbesondere die frühe Kommunikation, mit dem Säugling eine wichtige Rolle für die Qualität der Bindungsentwicklung spielt. Kinder, die bereits von Geburt an kommunikativen Input bekamen, weisen

eine sichere Bindung zur Mutter auf. Hierbei ist besonders wichtig zu erwähnen, dass die Art der Kommunikation keine Rolle spielt. Wichtig ist, dass mit dem Kind kommuniziert wird, egal ob in Lautsprache oder Gebärdensprache. Kinder, die erst im späteren Alter (im Fall der vorliegenden empirischen Studie ab dem 10. oder 16. Lebensmonat) die Möglichkeit der Kommunikation bekamen, zeigen deutliche Tendenzen von unsicher-vermeidendem Bindungsverhalten.

Im Weiteren konnten mittels der empirischen Studie einige weitere Fragen beantwortet werden. Eine Unterfrage, die mittels der Forschung zu beantworten versucht wird, ist folgende: „Inwiefern spielt eine pränatale Kommunikation für die Bindungsqualität eine Rolle?“ Laut den Ergebnissen nimmt die pränatale Kommunikation mit dem Ungeborenen keine tragende Rolle ein. So haben fünf der Mütter (drei davon Mütter von hörenden Kindern und zwei von hörgeschädigten Kindern) mit ihren ungeborenen Kindern in der Schwangerschaft gesprochen, jedoch drei von den Kindern weisen ein sicheres Bindungsverhalten auf, zwei weitere haben unsicher-vermeidende Tendenzen. Mit einem Kind wurde in der Schwangerschaft nicht gesprochen, dennoch weist dieses Kind ein sicheres Bindungsmuster zur Mutter auf. So lässt sich nach den Ergebnissen der Studie feststellen, dass die pränatale lautsprachliche Kommunikation nicht maßgeblich zu einer sicheren Bindung zwischen Mutter und Kind beiträgt. Vielleicht ist es fördernd für diese, jedoch scheint der lautsprachliche Input in der Schwangerschaft keinen bedeutenden Einfluss zu haben. Viel wichtiger scheint die Kommunikation zwischen Mutter und Kind ab der Geburt zu sein, und die emotionale Verbindung mit dem Kind in der Schwangerschaft.

Schwierig zu beantworten ist die Frage, ob es im sprachlichen Erwerb zeitliche Unterschiede zwischen hörenden und hörgeschädigten Kindern gibt. Da die gehörlosen Kinder der Studie zum Teil erst ab dem 10. bzw. 16. Monat lautsprachlichen Input bekamen, und somit nicht die gleichen Voraussetzungen hatten, wie die hörenden Kinder, ist diese Unterfrage leider mittels der Forschungsergebnisse nicht zu beantworten.

Eine weitere Unterfrage, die mittels der empirischen Forschung zu beantworten versucht wird, ist folgende: „Wie und in welchem Alter versuchen gehörlose Kleinkinder zu kommunizieren im Unterschied zu hörenden Kindern?“ Den Ergebnissen der Untersuchung nach zu urteilen, gibt es zwar im Sprachentwicklungsverhalten und der ersten Kommunikation Unterschiede zwischen hörenden und hörgeschädigten Kindern, jedoch keine gravie-

renden. So lässt sich sagen, dass alle Kinder, sowohl hörende als auch hörgeschädigte eine Lall- bzw. Babbelphase aufwiesen. Die Gruppe der normal hörenden Kinder begann zwischen dem 2. und dem 5. Lebensmonat mit den ersten Lallgeräuschen, die Gruppe der hörgeschädigten Kinder ein bisschen später, und zwar zwischen dem 4. und 6. Monat. Deutlichere Unterschiede gibt es beim ersten gesprochenen Wort. Die hörenden Kinder haben ihr erstes Wort zwischen dem 9. und dem 14. Lebensmonat gesprochen, die gehörlosen Kinder begannen erst zwischen dem 13. und 14. Lebensmonat das erste Wort zu sprechen, wobei Sascha zum Zeitpunkt der Studie erst 13 Monate war und noch kein Wort sprach oder gebärdete. Es wurde mit der Mutter nochmals Kontakt aufgenommen, als Sascha etwa 18 alt war und die Mutter erzählte, dass er sein erstes Wort mit 16 Monaten sprach, die erste Gebärde bereits mit 13. Monate vollzog. Somit kann man zusammenfassen, dass die hörenden Kinder ihr erstes Wort zwischen dem 9. und 14. Monat sprachen, die hörgeschädigten Kinder (gleich ob sie es in Lautsprache oder Gebärdensprache sprachen) zwischen dem 13. und 14. Monat.

Im Zuge der leitenden Forschungsfragen stellte sich eine weitere Unterfrage, welche im Folgenden dargestellt und beantwortet wird: „Gibt es Unterschiede in der Entwicklung der Bindung zwischen gehörlosen und hörenden Kleinkinder und ihren hörenden Müttern? Gibt es Unterschiede im Bindungsverhalten zwischen gehörlosen und hörenden Kleinkindern und ihren hörenden Müttern? Sind gehörlose Kleinkinder anders an ihre hörenden Mütter gebunden als hörende Kinder an ihre hörenden Mütter?“ Wenn man die Ergebnisse der empirischen Studie ansieht, so machen sich Differenzen zwischen den Probanden der beiden untersuchten Gruppen sichtbar. Hörende Kinder sind anders an ihre hörende Mutter gebunden als gehörlose Kinder an ihre hörende Mutter. Zusammenfassend sind die Probanden der Gruppe der hörenden Kinder in das sichere Bindungsmuster einzuordnen. Sie zeigen allesamt ein sicheres Bindungsverhalten an die Mutter. Die Kinder der hörgeschädigten Probandengruppe sind nicht eindeutig einzuordnen. Sie zeigen zwar allesamt ein sicheres Bindungsverhalten, jedoch zwei der drei Kinder haben gewisse Tendenzen zu unsicher-ambivalentem Bindungsverhalten.

Ausgehend von der leitenden Forschungsfrage, inwiefern die Kommunikation bei gehörlosen Kindern die Qualität der Bindung zur hörenden Mutter beeinflusst, ist zusammenfassend anhand der Ergebnisse der empirischen Studie zu sagen, dass die Qualität der Bindung zwischen Mutter und Kind durch die Sinnesbeeinträchtigung nicht leidet. Ein gehör-

loses Kind kann genauso sicher an ihre hörende Mutter gebunden sein, wie hörende Kinder an ihre hörenden Mütter, wie in den Ergebnissen der Studie sichtbar ist. Wichtig ist im Falle eines hörgeschädigten Kindes, dass die Eltern, insbesondere die Mütter kompensatorisch wirksam werden. Wie aus der durchgeführten Studie hervorgeht, kommt es nun nicht auf den Hörstatus der Kinder an, sondern darauf, dass dem Kind ein sprachlicher Input geboten wird. Es mag der Fall sein, dass gehörlose Kinder anders an ihre hörenden Mütter gebunden sind als hörende Kinder, jedoch leidet darunter nicht die Qualität. Mütter sind in anderer Hinsicht verstärkt tätig, sie setzen kompensatorisch andere Sinne, wie beispielsweise den Sehsinn oder vermehrten Körperkontakt mit dem Kind, ein.

Laut den Ergebnissen der Forschung spielt die Kommunikation mit dem Kleinkind sehr wohl eine wichtige Rolle für die Bindungsqualität des Kindes an die Mutter. Besonders bei hörgeschädigten Kindern ist es nun wichtig, ihnen die Möglichkeit einer Interaktion zu bieten. So ist es nicht von großer Bedeutung in welcher Weise die Kommunikation passiert. Wichtig ist, dass es eine Möglichkeit des sprachlichen Inputs gibt. Die Ergebnisse der Forschung zeigen, dass Kinder, die von Geburt an sprachlich gefördert wurden – sowohl in Lautsprache als auch in Gebärdensprache – eine sichere Bindung zur Mutter aufweisen. Kinder, die jedoch erst im Laufe des ersten Lebensjahres (des 10. bzw. 16. Lebensmonats) die Möglichkeit einer Kommunikation bekamen, zeigen Tendenzen von unsicher-ambivalenten Bindungsverhalten.

Es gibt keine „bessere“ oder „schlechtere“ Art der Kommunikation. Wichtig ist nur, dass Kinder die Möglichkeit einer Kommunikation bekommen.

11 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Im letzten Kapitel der vorliegenden Diplomarbeit soll nun zunächst ein abschließendes Resümee gezogen werden. Im weiteren Verlauf werden Schlussfolgerungen für die Pädagogik geschildert sowie abschließende persönliche Ansichten dargelegt.

11.1 Abschließendes Resümee

Der vorliegenden Diplomarbeit liegt das Thema: „*Der Einfluss der Kommunikation bei der Entwicklung der Bindung bei gehörlosen Kindern*“ zugrunde und sie ist in einen theoretischen und empirischen Teil gegliedert.

Der theoretische Teil bildet den Rahmen für die empirische Studie. Im Fokus des **ersten Kapitels** stehen zunächst allgemeine Informationen und Definitionen zur Beeinträchtigung Gehörlosigkeit, die Geschichte, die Häufigkeit, Ursache und Diagnose der Gehörlosigkeit sowie die Gehörlosenkultur in Österreich. Insbesondere wird auf die Situation in Österreich eingegangen und das Cochlea Implantat dargestellt. In einem **zweiten Kapitel** wird die Situation der Eltern nach der Geburt ihres gehörlosen Kindes beschrieben. Im Speziellen beschreibt das Kapitel die psychosoziale Situation der Eltern und den Prozess der Krisenverarbeitung. Die Frühförderung wird im **dritten Kapitel** erörtert. Zu Beginn werden die wichtigsten Fachtermini beschrieben. Dieser Abschnitt widmet sich besonders der Frühförderung bei hörgeschädigten Kindern sowie der Situation der Frühförderung hörgeschädigter Kinder in Österreich. Abschließend wird in einem Exkurs auf die audiopädagogische Förderung eingegangen. Das **vierte Kapitel** widmet sich der Entwicklung der Kommunikation. Zunächst werden der Begriff des Dialogs sowie die damit zusammenhängenden Termini beschrieben. In einem weiteren Verlauf wird die Entwicklung der Kommunikation – insbesondere die Sprachentwicklung bei hörenden Kindern und die Sprachentwicklung bei gehörlosen Kindern – erläutert, sowie auf die Besonderheit des Spracherwerbs bei gehörlosen Kindern mit Cochlea Implantat eingegangen. Das **fünfte Kapitel** beschreibt die Entwicklung der Bindung zwischen Mutter und Kind. Hier werden zunächst der Begriff der Bindung und die damit in Zusammenhang stehenden Termini sowie die Grundzüge der Bindungstheorie beschrieben. Des Weiteren wird die Entwicklung der Bindung zwischen Mutter und Kind erörtert sowie auf die Besonderheiten der Entwicklung der Bindung zwischen hörender Mutter und ihrem hörgeschädigten Kind eingegangen. Das **sechste Kapitel** beschäftigt sich damit, inwiefern die Kommunikation einen Einfluss auf

die Bindung hat. Des Weiteren wird darauf eingegangen, in welcher Weise eine sichere Bindung die Zukunft des Kindes beeinflusst.

Der empirische Teil der Diplomarbeit schildert zunächst in einem **siebten Kapitel** die Darstellung der Forschungsfrage und den Hypothesen. In einem weiteren Verlauf werden in **Kapitel acht** die Methoden vorgestellt, die verwendet werden. Das **Kapitel neun** stellt die Durchführung der Forschung dar. Hierbei werden zunächst die Studienteilnehmer beschrieben. In einem weiteren Verlauf werden die Durchführung der Interviews, die Darstellung der Interviews sowie die Ergebnisse der Interviews dargestellt und dann verglichen. Ebenfalls werden die Durchführung der Beobachtung, die Darstellung der Beobachtung sowie die Ergebnisse der Beobachtung dargestellt und verglichen. Das Ziel besteht darin, herauszufinden, inwiefern die Kommunikation einen Einfluss auf die Bindung gehörloser Kinder hat bzw. ob es Unterschiede im Bezug auf Kommunikation und Bindung zwischen gehörlosen Kindern und hörenden Kindern gibt. Des Weiteren sollen durch die Untersuchung die Unterfragen beantwortet werden und die aufgestellten Hypothesen gestützt werden.

Im Zuge der Auswahl der Probanden erklärten sich drei Mütter von hörgeschädigten Kleinkindern bereit, bei der Studie behilflich zu sein und sich für die Interviews und Beobachtungen zur Verfügung zu stellen. Gleichzeitig wurden drei Mütter von normal hörenden Kindern gesucht und ebenfalls beobachtet und interviewt. Das **zehnte Kapitel** zeigt die Ergebnisse der gesamten Studie auf. Die Resultate der Interviews sowie der Beobachtungen werden miteinander kombiniert und erörtert. Die Ergebnisse der durchgeführten Pilotstudie gehen mit den Erkenntnissen aus der verwendeten Literatur konform. So wurde die Tatsache beschrieben, dass Bindung und Entwicklung der Kommunikation in einem signifikanten Zusammenhang stehen. Ausbildung einer sicheren Bindung ist nur durch die frühe Interaktion bzw. den frühen Dialog zwischen Mutter und Kind möglich. Wenn die Mutter einfühlsam auf den Säugling reagiert und immer für ihn da ist, wenn er die Hilfe der Mutter braucht, so wird sich das Kleinkind sicher an die Mutter binden. Im Folgenden wird das Kind auch eine schnellere Kommunikationsentwicklung erlangen (vgl. KORNTHEUER ET AL. 2007ff). Die Ergebnisse der Studie haben gezeigt, dass eine Kommunikation mit dem Kind von Geburt an nötig ist, um eine sichere Bindung an die Mutter gewährleisten zu können. So haben Kinder, die kaum einen kommunikativen Input bekommen zwar sichere Bindungsverhaltensweisen gezeigt, jedoch mit unsicheren Tendenzen.

Kinder, die von Geburt an sprachlich – sei es gebärdensprachlich oder lautsprachlich – gefördert wurden, zeigten sichere Bindungsverhaltensweisen an die Mutter. Somit ist die Theorie durch die Pilotstudie gestützt.

Eine weitere bedeutende Erkenntnis ging aus den Untersuchungen hervor: die Qualität des Kommunikationssystems (ob Gebärdensprache oder Lautsprache) spielt für die Sprachentwicklung keine Rolle. Das Kommunikationsmittel muss jedoch an die Fähigkeiten des Kindes angepasst sein. HINTERMAIR (2005, 48) bestätigt diese Ergebnisse: Es kommt weniger auf „[...] die Form des gewählten Kommunikationssystems (Lautsprache, Gebärdensprache) als auf die Qualität der Kommunikation an [...]“ (ebd.). So zeigte ein hörgeschädigtes Kind, das bilingual erzogen wurde, als einziges der hörgeschädigten Kinder ein sicheres Bindungsverhalten an die Mutter. Von Geburt an wurde auf die Fähigkeiten des Kindes eingegangen. Die Mutter hat begonnen Gebärdensprache zu erlernen, um sich ihrem Kind anpassen zu können.

11.2 Schlussfolgerungen für die Pädagogik

Meiner persönlichen Ansicht nach werden aus der vorliegenden Arbeit besonders zwei Implikationen für die Pädagogik mehr als deutlich, die zu verfolgen es sich lohnen würde:

Erstens sehe ich es als eine Aufgabe der Pädagogik sich bereits ab der Diagnoseerstellung einer Hörschädigung vermehrt um die Bedürfnisse der Eltern und ihrem hörgeschädigten Kind zu kümmern. Hierbei wäre eine Beratung der Eltern sehr sinnvoll. In Österreich gibt es leider keine unparteiische Beratungsstelle, die Eltern objektiv die Möglichkeiten für das Kind und die Eltern selbst darstellen würde. Betroffene bekommen lediglich in den Krankenhäusern den Rat, das Kind so bald wie möglich mit einem Cochlea Implantat versorgen zu lassen. Natürlich ist das Implantat eine erstklassige Möglichkeit, dem Kind eine lautsprachliche Welt zu erschließen. Jedoch sollte dies nicht die einzige Möglichkeit sein, da die Implantation aufgrund der anatomischen Entwicklung des Kindes erst mit frühestens einem Jahr möglich ist. Das heißt, wenn der Säugling nicht in einem nonverbalen Sprachsystem gefördert wird, so bleibt er sein erstes Lebensjahr ohne sprachlichen Input. Wie im Laufe der Diplomarbeit beschrieben wurde, ist die Kommunikation und Interaktion mit den Eltern für das Kleinkind von besonderer Bedeutung. Ohne diese wird es sich nicht sicher an die Eltern binden können bzw. Bindungsunsicherheiten aufweisen, die im Folgenden zu sozialen und emotionalen Defiziten führen können.

Aus diesem Grund sehe ich es als besonders wichtig, dem hörgeschädigten Kind ab der Geburt die Möglichkeit einer Sprache zu geben, wobei ein bilinguales Konzept angestrebt werden könnte.

Die Gebärdensprache ist eine an das gehörlose Kind angepasste Sprachform – besonders im ersten Lebensjahr, in dem es kaum Vokalisationen vernehmen kann. Und selbst nachdem das Kind erfolgreich implantiert wurde, bleibt es dennoch ein gehörlos geborenes Kind. Dies ist besonders in bestimmten Situationen bemerkbar: beispielsweise müssen die Implantate im Schwimmbad und beim Schlafen abgenommen werden und sind funktionsuntüchtig, wenn die Batterien leer sind. In diesen Situationen wäre das Kind ohne Sprache und bei einer bilingualen Erziehung könnten gehörlos geborene Kinder auf die Gebärdensprache zurückgreifen. Die Gebärdensprache ist die natürliche Sprache der Gehörlosen und wie wir bereits im Laufe der Diplomarbeit gelesen haben, ist es einfacher die Lautsprache zu erlernen, wenn das Kind bereits eine visuelle Sprache beherrscht.

Es ist eine dringende Aufgabe, weiterhin vermehrt wissenschaftliche Arbeit zu leisten und die gewonnenen Erkenntnisse auch in der Praxis umzusetzen. Die wissenschaftliche Forschung ist im Vergleich zur Praxis schon weit fortgeschritten. Als primäre Aufgabe der Pädagogik sehe ich es, den Eltern die Möglichkeiten für die gehörlosen Säuglinge darzulegen: ein bilinguales Konzept, die Cochlea Implantation sowie die Vor- und Nachteile der Gebärdensprache und Lautsprache darzustellen. Die Eltern sollen objektiv beraten werden, sich frei entscheiden können und nicht in eine Richtung gedrängt werden.

Zweitens sehe ich es als eine wichtige Aufgabe, die Form der Frühförderung dahingehend umzustrukturieren, dass gehörlosen Kindern die Chance gegeben wird, bereits von Anfang an die bestmögliche Förderung zu erhalten. Wie bereits in der Forschungsarbeit geschildert, gibt es österreichweit keine Frühfördereinrichtung, die mit der Gebärdensprache arbeitet. Daher wäre es sinnvoll, dass Frühförderung dem Kind angepasst wird: Es sollte bereits ab der Geburt in seinen Eigenheiten und in seiner Individualität respektiert, anerkannt und gefördert werden.

Als weiterer Schritt wäre die Umstrukturierung der Ausbildung an pädagogischen Akademien bzw. Hochschulen sinnvoll. Gebärdensprache sollte vermehrt in die Ausbildung zu-

künftiger Frühförderinnen bzw. Kindergärtnerinnen, Pädagoginnen, Lehrerinnen etc. einbezogen werden.

Die Wissenschaft leistet viel, es werden ständig neue Erkenntnisse gewonnen. Jedoch ist es ein langer Weg, diese in die pädagogische Praxis umzusetzen.

11.3 Persönliche Abschlussworte

Abschließend möchte ich mich noch einmal bei allen, die mir bei der Erstellung dieser Diplomarbeit geholfen haben und mich unterstützt haben, bedanken. Besonderer Dank gilt hierbei allen Kindern – Daniel, Lana, Anna, Sascha, Fred, Mona – und ihren Müttern für ihre Zeit und Bereitschaft zu dieser wunderbaren Zusammenarbeit. Ohne die Weitergabe ihres wertvollen Wissens wäre mir ein so tiefer Einblick in das Thema nicht möglich gewesen. Nur durch ihre Offenheit ist diese Diplomarbeit in dieser Form durchführbar geworden.

Ich bin sehr stolz darauf, dass ich mit ihnen zusammenarbeiten durfte, und meine Vorstellungen zur Diplomarbeit umsetzen konnte.

Herzlichen Dank!

„Unser Gehör verbindet uns auch gefühlsmäßig mit anderen. Es verschafft uns Zugang zu ihrer Freude oder Traurigkeit. Wir bekommen mit, wenn es zu Spannungen kommt. Wir hören, ob es jemand gut mit uns meint. Auch wenn darüber nicht gesprochen wird. Wir finden aber auch über das Sehen zum anderen Menschen. Wir können sehen, wie sich jemand fühlt. Was in ihm vorgeht. Ob er uns zurückweist oder annimmt. Hände ‚sprechen‘. Augen. Ein Lächeln. Ein Nasenrümpfen sagt etwas. Wir können jemand sanft oder grob anfassen. Und sagen damit etwas. Wir können streicheln oder stoßen. Halten oder loslassen. All diese Wege sind offen bei ihrem Kind. Sie können von Ihnen genutzt werden. Dies fällt Ihnen im Augenblick vielleicht noch schwer. Ihr Kind wird Sie aber gut verstehen.“

(Ding 1988,81)

12 BIBLIOGRAPHIE

12.1 Literatur

- AINSWORTH, MARY D. SALTER:** Muster von Bindungsverhalten, die vom Kind in der Interaktion mit seiner Mutter gezeigt werden (1964), in: Grossmann, Klaus E./Grossmann Karin (Hrsg.): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie, Stuttgart, Klett-Cotta, 2003, S. 102 – 111
- AINSWORTH, MARY D. SALTER, ET AL.:** Individuelle Unterschiede im Verhalten in der Fremden Situation bei ein Jahr alten Kindern (1971), in Grossmann, Klaus E./Grossman, Karin (Hrsg.): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie, Stuttgart, Klett-Cotta, 2003, S. 169 – 210
- AINSWORTH, MARY D. SALTER/WITTING, BARBARA:** Bindungs- und Explorationsverhalten einjähriger Kinder in einer Fremden Situation (1969), in: Grossmann, Klaus E./Grossman, Karin (Hrsg.): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie, Stuttgart, Klett-Cotta, 2003, S. 112 – 145
- AINSWORTH, MARY D. SALTER:** Patterns of attachment (1978), in: Prinz-Zumer, Peter: Bindungsverhalten von Kleinstkindern. Beobachtet in einer Fremde – Situation. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie an der Formal- und Naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien, 1994, 128 – 134
- BERGER, ERNST:** Entwicklungsneurologie, 2. revidierte Fassung, Wien, Facultas, 2003
- BERTRAM, BODO:** Die Beziehung von Eltern und hörgeschädigten Kindern, in: Horsch, Ursula (Hrsg.): Frühe Dialoge. Früherziehung hörgeschädigter Säuglinge und Kleinkinder, Hamburg, Verlag hörgeschädigter Kinder, 2004, S. 217 – 230.
- BOWLBY, JOHN:** Mit der Ethologie heraus aus der Psychoanalyse: Ein Kreuzexperiment (1980), in: Grossmann, Klaus E./Grossmann Karin (Hrsg.): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie, Stuttgart, Klett-Cotta, 2003, S. 38 – 54
- BOWLBY, JOHN:** Bindung (1987), in: Grossmann, Klaus E./Grossmann Karin (Hrsg.): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie, Stuttgart, Klett-Cotta, 2003, S. 22 – 26
- BOWLBY, JOHN:** Ethologisches Licht auf psychoanalytische Probleme (1991), in: Grossmann, Klaus E./Grossmann Karin (Hrsg.): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie, Stuttgart, Klett-Cotta, 2003, S. 55 – 69
- BOYES BRAEM, PENNY:** Einführung in die Gebärdensprache und ihre Erforschung, Hamburg, Signum-Verlag, 1992
- BUTZKAMM, WOLFGANG:** Wie Kinder sprechen lernen. Kindliche Entwicklung und die Sprachlichkeit des Menschen, Tübingen, Francke Verlag, 1999

- CHILAND, COLETTE:** Der Säugling vor und nach der Geburt – am Beispiel der Analyse von Frauen, insbesondere schwangeren Frauen, in: Stork, Jochen (Hrsg.): Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings, Stuttgart-Bad, Friedrich Frommann Verlag, 1986, S. 109 – 124
- DE JONG, THERESIA MARIA:** Im Dialog mit dem Ungeborenen, Zürich, Walter Verlag, 1998
- DIEM-WILLE, GERTRAUD:** Das Kleinkind und seine Eltern. Perspektiven psychoanalytischer Babybeobachtung, Stuttgart, Kohlhammer GmbH, 2003
- DING, HERBERT:** Soziologische Aspekte der Gehörlosigkeit, in: Bausch, Karl-Heinz/Grosse, Siegfried (Hrsg.): Spracherwerb und Sprachunterricht für Gehörlose. Zielsetzungen und Probleme, Tübingen, Max Niemeyer Verlag, 1989, S. 15 – 23
- DORNES, MARTIN:** Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre, Frankfurt am Main, Fischer Verlag GmbH, 1997
- DUDEN,** 7. neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Leipzig, 2001
- ECKMAYR, ALFRED:** „Wer Ohren hat, der höre“ – häufige Hörstörungen und ihre Behandlung, 2006, Online im WWW unter URL: http://www.minimed.at/modules/thema/detail.php?thema_id=157 [26.2.2008].
- ENDRES, MANFRED/HAUSER, SUSANNE:** Bindungstheorie und Entwicklungspsychologie - einführende Anmerkungen, in: Endres, Manfred/Hauser, Susanne (Hrsg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie, München: Ernst Reinhardt Verlag, 2000, S. 9 – 17
- FABNACHT, GERHARD:** Systematische Verhaltensbeobachtung. 2. Auflage, München, Ernst Reinhardt Verlag, 1995,
- FLICK, UWE ET AL. (Hrsg.):** Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2000
- FRERICHS, HAJO H.:** Audiopädagogik. Theoretische Grundlagen einer Förderung auditiv stimulierbarer Hörbeeinträchtigter, Villingen-Schwenningen, Neckar-Verlag, 1998
- GROBE, KLAUS-DIETRICH:** Systemisch-handlungsorientierte Pädagogik für Hörbehinderte. Theorie und Methodik der Förderung, Neuwied, Luchterhand Verlag GmbH, 2001
- GROSSMANN, KLAUS E/GROSSMANN KARIN (HRSG.):** Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie, Stuttgart, Klett-Cotta, 2003
- GROSSMANN KARIN/GROSSMANN KLAUS E.:** Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit, Stuttgart, Klett-Cotta, 2004
- HINTERMAIR, MANFRED:** Familie, kindliche Entwicklung und Hörschädigung. Theoretische und empirische Analysen, Heidelberg, Universitätsverlag Winter GmbH, 2005
- HINTERMAIR, MANFRED/HORSCH, URSULA:** Hörschädigung als kritisches Lebensereignis. Aspekte der Belastung und Bewältigung von Eltern hörgeschädigter Kinder, Heidelberg, Groos Verlag, 1998
- HINTERMAIR, MANFRED:** Möglichkeiten der Begegnung und des Austauschs für Eltern hörgeschädigter Kinder. Wie soziale Beziehungen Eltern helfen können, Leben unter erschwerten Bedingungen positiv zu gestalten, Hamburg, Verlag hörgeschädigter Kinder, 1999

- HOPF, CHRISTEL:** Frühe Bindungen und Sozialisation. Eine Einführung, Weinheim/München, Juventa Verlag, 2005
- HORSCH, URSULA ET AL.:** Dialogische Elemente im Erwerb der Gebärdensprache, in: Horsch, Ursula (Hrsg.): Frühe Dialoge. Früherziehung hörgeschädigter Säuglinge und Kleinkinder, Hamburg, Verlag hörgeschädigter Kinder, 2004, S. 177 – 190
- JANN, PETER A.:** Die Erziehung und Bildung des gehörlosen Kindes. Zur Grundlegung der Gehörlosenpädagogik als Wissenschaft, Heidelberg, HVA/Ed. Schindele, 1991, Band 18
- JARMER, HELENE:** Ausgangslage und Anforderungen. Gehörlose in Österreich und ihre Gebärdensprache, 2002, Online im WWW unter URL: <http://www.oegl.at/html/print.php?id=HJ2002-03-06-4920>, [6.8.2007]
- JUSSEN HERIBERT ET AL.:** Lautbildung bei Hörgeschädigten. Abriß einer deutschen Sprachlautlehre, 3. überarbeitete Auflage, Berlin, Wissenschaftsverlag Volker Spiess GmbH, 1994
- KLAUS, MARSHALL H/KENNEL, JOHN H.:** Die Mutter-Kind-Bindung in der perinatalen Phase, in: Klaus, Marshall H/Kennell, John H (Hrsg.): Mutter-Kind-Bindung. Über die Folgen einer frühen Trennung, München, dt. Taschenbuch Verlag, 1987a, S. 17 – 34
- KLAUS, MARSHALL H/KENNEL, JOHN H.:** Mutter- und Vaterverhalten beim Menschen, in: Klaus, Marshall H/Kennell, John H (Hrsg.): Mutter-Kind-Bindung. Über die Folgen einer frühen Trennung, München, dt. Taschenbuch Verlag, 1987b, S. 63 – 143
- KRAUSNEKER, VERENA:** Taubstumm bis gebärdensprachig. Die österreichische Gebärdensprachgemeinschaft aus soziolinguistischer Perspektive, Klagenfurt/Celovec, Drava Verlag, 2006
- KRAUSNEKER, VERENA:** Österreichs erste Minderheitensprache in: Stimme von und für Minderheiten. 50 Jahre Staatsvertrag – ohne den Artikel 7?, 2005, Online im WWW unter URL: <http://minderheiten.at/stat/stimme/stimme56.htm> [27.2.2008].
- KORNTHEUER, PETRA ET AL.:** Bindungssicherheit und die Entwicklung von Sprache und Kognition, in: Kindheit und Entwicklung, 16 (3)/2007, Göttingen, Hogrefe Verlag, S. 180 – 189
- KYLE, JIM:** Die Gehörlosengemeinschaft: Kultur, Gebräuche und Tradition, in: Prillwitz, Siegmund (Hrsg.): Gebärdensprache in Forschung und Praxis, Hamburg, Signum Verlag, 1991, S. 201 – 214
- LANDSTÄTTER, MARTIN:** Gleichstellungspaket im Parlament beschlossen, 2005, Online im WWW unter URL: <http://www.bizeps.or.at/news.php?nr=6134>, [14.10.2007]
- LEONHARDT, ANNETTE:** Einführung in die Hörgeschädigtenpädagogik, 2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, München, Reinhard Verlag, 2002
- LORENZ, SIEGFRIED:** Wie das Seelenleben des Kindes schon im Mutterleib geformt wird. Die vorgeburtliche Kommunikation zwischen Mutter und Kind und ihre Bedeutung für die psychische Entwicklung des Kindes, Egelsbach, Verlag Hänzel-Hohenhausen, 1993
- MAYRING, PHILIPP:** Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken, 3. überarbeitete Auflage, Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1996

- MAYRING, PHILIPP:** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Weinheim/Basel, Beltz Verlag, 1997
- MÜLLER, JOACHIM:** Cochlear-Implant-Versorgung heute, in: HNO, 2002/Vol 50/Nr. 9, Berlin/Heidelberg, Springer, S. 793 – 796
- NEY MARGTO/PIEL, PETRA:** Kommunikation und Arbeit. 2006, Online im WWW unter URL: <http://www.isb-berlin.de/dokument/02-vorwort.pdf>, [6.8.2007].
- ÖGLB ÖSTERREICHISCHER GEHÖRLOSENBUND (Hrsg.):** 1. Diskriminierungsbericht der Österreichischen Gebärdensprachgemeinschaft, Wien, 2004b
- ÖGLB ÖSTERREICHISCHER GEHÖRLOSENBUND (Hrsg.):** Stellungnahme des Österreichischen Gehörlosenbundes zum Thema Cochlea Implantat, 2006, Online im WWW unter URL http://www.oeglb.at/netbuilder/docs/ci_stellungnahme_oeglb_jan06.pdf [28.2.2008]
- ÖGLB ÖSTERREICHISCHER GEHÖRLOSENBUND (Hrsg.):** Unser gehörloses Kind. Wegweiser für Eltern gehörloser Kinder in Österreich, Wien, 2004a
- PAPOUSEK, MECHTHILD:** Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation, Bern, Hans Huber Verlag, 1994
- PETITTO, LAURA ANN ET AL.:** Babbling in the manual mode: evidence for the ontogeny of language, in: Slater, Alan/Muir, Darwin: The blackwell reader in developmental psychology, Oxford u.a., Blackwell, 1999, S. 267 – 276
- ROUB, MANFRED:** Kommunikation Gehörloser, 1. Auflage Bern, Verlag Hans Huber, 1994
- SCHATTINGER, STEFANIE/HORSCH, URSULA:** Wenn Hände sprechen lernen, in: Horsch, Ursula (Hrsg.): Frühe Dialoge. Früherziehung hörgeschädigter Säuglinge und Kleinkinder, Hamburg, Verlag hörgeschädigter Kinder, 2004, S. 151 – 176
- SCHNELL, RAINER:** Methoden der empirischen Sozialforschung, 6. völlig überarbeitete und erweiterte Auflage, München, Oldenbourg, 1999
- SCHUCHARDT, ERIKA:** Soziale Integration Behinderter. Band 1: Biographische Erfahrung und wissenschaftliche Theorie, Braunschweig, Westermann Verlag, 1980
- SOLIMAN, MARIA:** Inwiefern beeinflusst Gehörlosigkeit beim Säugling die Entwicklung einer sicheren Bindung zur hörenden Mutter? Diplomarbeit zur Erlangung des Magistergrades der Philosophie an der Fakultät für Human und Sozialwissenschaften der Universität Wien, 2003
- SPECK, OTTO:** Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder unter ökologisch-integrativem Aspekt, in: Peterander, Franz/Speck Otto (Hrsg.): Frühförderung in Europa, München, Reinhardt Verlag, 1996
- SPITZ, RENE:** Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehung im ersten Lebensjahr, 2. Aufl., Stuttgart, Klett, 1969
- STABER, EVA:** Gehörlosigkeit und Gebärdensprache in der Öffentlichkeit, 2005, Online im WWW unter URL: http://www.uniklu.ac.at/zgh/downloads/Publ_07_Staber_download.pdf, [6.8.2007]

- STALZER, CHRISTIAN:** Soziokulturelle Aspekte im Leben gehörloser Menschen. Die traurigerweise verkannte und unterdrückte Kultur der Gehörlosen und ihre soziale Situation, 2001, Online im WWW unter URL http://www.mudra.org./content/html/gb_lesetexte_stalzer.html [27.2.2008].
- SZAGUN, GISELA:** Wie Sprache entsteht. Spracherwerb bei Kindern mit normalem und beeinträchtigtem Hören, Weinheim und Basel, Beltz Verlag, 2001
- THUMAIR, MARTIN/NAGGL, MONIKA:** Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld, 2., überarbeitete Auflage, München, Reinhardt Verlag, 2003
- VERNY, THOMAS/WEINTRAUB, PAMELA:** Das Leben vor der Geburt. Ein Neun-Monate-Programm für Sie und Ihr Ungeborenes, Hamburg, Rogner und Bernhard GmbH & Co Verlags KG, 1992
- WISCH, FRITZ-HELMUT:** Lautsprache und Gebärdensprache. Die Wende zur Zweisprachigkeit in Erziehung und Bildung Gehörloser, Hamburg, Signum-Verlag, 1990
- WISOTZKI, KARL HEINZ:** Grundriß der Hörgeschädigtenpädagogik, 4. Band, Berlin, Wissenschaftsverlag Volker Spiess GmbH, 1994

12.2 Internetquellen

ONLINE IM WWW UNTER URL:

- HNO UNIVERSITÄTSKLINIK WIEN:** Cochlear Implantat. Online im WWW unter URL <http://www.univie.ac.at/cochlear/> [8.4.2008].
- BBCIG:** Berlin-Brandenburgische Cochlear Implant Gesellschaft e.V. 2000, <http://www.bbcig.de/geschichte.html>, [9.4.2008]
- OEGS:** <http://www.oegsv.at/organisation.htm>, [6.8.2007]
- SIGN IT 2002,** <http://www.sign-it.at/gebaerdensprache/gehoerlosigkeit.htm#medi>, [9.4.2008]
- WISO:** <http://www.wiso.or/foebe/mob.php> [19.3.2008]
- ÖHTB:** <http://www.oehbt.at/oehbt/index00.htm> [15.4.2008]
- BIG:** <http://www.big-kids.at> [15.4.2008]
- LAND NÖ:** <http://www.noel.gv.at/Gesellschaft-Soziales/Behinderte/Behindertenhilfe.html> [15.4.2008]
- RETTET DAS KIND:** http://www.rettet-das-kind-bgld.at/index.php?option=com_content&task=view&id=19&Itemid=40 [15.4.2008]
- CHANCE B:** <http://www.chanceb.at/index.php?seitenId=14&einrichtungenId=38> [15.4.2008]

FÖZ: <http://www.soziales.steiermark.at/cms/ziel/11718269/DE/> [21.4.2008]

O.A (2008): Ohne Angabe: : <http://www.cochlear.de/Products/442.asp> [12.3.2008]

12.3 Abbildungsverzeichnis

ABB. 1: Hörbereich der menschlich gesprochenen Sprache, entnommen aus: ÖGLB 2004a, 7

ABB. 2: Cochlea Implantat und seine Bestandteile, entnommen aus: Online im WWW unter URL: <http://www.cochlear.de/Products/442.asp> [12.3.2008].

ABB. 3: Krisenverarbeitung als Lernprozess in acht Spiralphasen, entnommen aus: Schuchardt 1980, 113

13 ANHANG

13.1 Interviewleitfaden

Im Folgenden sind der Interviewleitfaden für die Mütter der hörenden Kinder sowie der Leitfaden für die Interviews mit den Müttern der hörgeschädigten Kinder dargestellt. Zusätzlich zu den Leitfäden wurde ein Fragenbogen mit den psychosozialen Daten der Probanden ausgefüllt, der ebenfalls aufgezeigt wird. Anschließend werden Auszüge aus den Interviews und Beobachtungsprotokollen zur Veranschaulichung dargestellt sowie in einem Adressenverzeichnis die wichtigsten österreichischen Adressen zum Thema wiedergegeben.

13.1.1 Leitfaden für Mütter der hörenden Kinder

Schwangerschaft (pränatal)

Können Sie sich daran erinnern, als sie von ihrer Schwangerschaft erfahren haben?

JA: Waren Sie überrascht?

JA: Wann haben Sie die Nachricht das erste Mal wirklich realisiert?

Wann haben sie sich das erste Mal wirklich auf ihr Kind gefreut?

Haben Sie ihrem Kind während der Schwangerschaft vorgesungen bzw. mit ihm gesprochen?

Haben Sie sich in der Schwangerschaft Vorstellungen gemacht, wie ihr Kind sein wird?
(Also, wie es aussehen wird oder welche Charaktereigenschaften es haben wird?)

Geburt (perinatal)

Durften/Konnten Sie ihr Baby direkt nach der Geburt halten?

JA: Wie würden Sie den Moment beschreiben?

Haben Sie, als sie ihr Baby zum ersten Mal sahen, mit ihm gesprochen bzw. es begrüßt?

JA: Hatten Sie das Gefühl, dass es darauf reagiert hat?

JA: Wie hat es darauf reagiert?

Interaktion

Meinen Sie, dass Ihr Kind besonders reagiert, wenn es Sie – seine Mutter – hört?

JA: In welchen Situationen merkt man das besonders?

Können Sie sich an das erste Lallen oder Babbeln erinnern.

JA: Können Sie die Situation beschreiben?

JA: Wie alt war ihr Baby?

JA: Haben Sie sich gefreut?

Können Sie sich an das erste Wort Ihres Kindes erinnern?

JA: Welches Wort war es?

JA: Wie alt war es da in etwa?

JA: Können Sie die Situation beschreiben?

JA: Haben Sie sich gefreut?

Wie groß ist der Wortschatz ihres Kindes zurzeit?

Wie viel von dem, was Sie sagen, versteht es?

Trennung

Beschreiben Sie das Verhalten Ihres Kindes einem fremden Menschen gegenüber. Geht es offen auf Fremde zu, oder tastet es sich langsam an?

Können Sie Ihr Kind ohne Probleme bei Bekannten, Freunden bzw. Oma und Opa lassen?

Können Sie sich an die erste große Trennung von Ihrem Kind erinnern?

JA: Können Sie diese beschreiben?

Fühlen Sie sich unwohl, wenn sie von ihrem Baby getrennt sind?

Verabschieden Sie sich, bevor Sie gehen?

Zurückkehren nach Trennung

Wie reagiert ihr Kind, wenn es Sie nach einer längeren Trennung wieder sieht?

Freuen Sie sich, wenn Sie ihr Kind nach einer langen Trennung wieder sehen?

Bezugspersonen

Wer ist die wichtigste Bezugsperson für Ihr Kind?

Gibt es weitere wichtige Bezugspersonen für Ihr Kind?

Gehörlosigkeit

Wie Sie wissen, beschäftige ich mich mit der Frage, ob es Unterschiede in der Kommunikation und der Bindung zwischen hörenden Kindern und gehörlosen Kindern mit ihren Müttern gibt.

Haben Sie sich je mit Gehörlosigkeit beschäftigt?

Haben Sie jemals daran gedacht, dass Ihr Kind mit einer Hörschädigung auf die Welt kommen könnte?

JA: Wie war das Gefühl für Sie?

Was würde Ihnen als Mutter einfallen, wie man durch den fehlenden Sinn – also durch die Hörschädigung – dennoch eine feste Bindung zum Kind aufbauen könnte? (zB durch andere Sinne)

13.1.2 Leitfaden für Mütter der hörgeschädigten Kinder

Schwangerschaft (pränatal)

Können Sie sich daran erinnern, als sie von ihrer Schwangerschaft erfahren haben?

JA: Waren Sie überrascht?

JA: Wann haben Sie die Nachricht das erste Mal wirklich realisiert?

Wann haben sie sich das erste Mal wirklich auf ihr Kind gefreut?

Haben Sie ihrem Kind während der Schwangerschaft vorgesungen bzw. mit ihm gesprochen?

Haben Sie sich in der Schwangerschaft Vorstellungen gemacht, wie ihr Kind sein wird?
(Also, wie es aussehen wird oder welche Charaktereigenschaften es haben wird?)

Geburt (perinatal)

Durften/Konnten Sie ihr Baby direkt nach der Geburt halten?

JA: Wie würden Sie den Moment beschreiben?

Haben Sie, als sie ihr Baby zum ersten Mal sahen, mit ihm gesprochen bzw. es begrüßt?

JA: Hatten Sie das Gefühl, dass es darauf reagiert hat?

JA: Wie hat es darauf reagiert?

Beeinträchtigung

Welche Beeinträchtigung wurde bei Ihrem Kind diagnostiziert?

Wann haben Sie zum ersten Mal bemerkt bzw. erfahren, dass Ihr Kind eine Hörbeeinträchtigung hat?

Wie alt war Ihr Baby zu dieser Zeit?

Wie haben Sie auf diese Nachricht reagiert?

Wie hat ihr Umfeld auf die Nachricht reagiert?

Hörhilfe

Hat Ihr Kind ein Cochlea Implantat bzw. eine andere technische Hörhilfe?

CI - JA:

→ Wann wurde ihr Kind implantiert? Wie alt war es da?

→ Wann hat Ihr Kind zum ersten Mal eine Hörhilfe bekommen? Wie alt war es damals?

Warum haben Sie sich für eine Implantation entschieden?

Hat sich durch die Hörhilfe etwas in Ihrem Lebensalltag verändert? Verhält sich ihr Kind anders?

Können Sie dies beschreiben?

Welche Konsequenzen hatte die OP/das HG für Ihr Kind bzw. für das gesamte Familienleben?

Welchen Hörerfolg bzw. welchen Sprecherfolg konnte das Kind dadurch erzielen?

Hörhilfe - NEIN:

Warum haben Sie sich dagegen entschieden?

Können Sie sich eine Hörhilfe für die Zukunft vorstellen?

Kommunikation

Lernt Ihr Kind Lautsprache oder Gebärdensprache?

Warum haben Sie sich für diese Sprache entschieden?

(Können Sie sich beides für Ihr Kind vorstellen?)

Beeinflussung durch die Beeinträchtigung

Denken Sie, dass die Diagnose der Beeinträchtigung ihre Beziehung zum Kind verändert hat?

JA: In welcher Weise – würden Sie das beschreiben!

Denken Sie, dass Sie verstärkt andere Sinne eingesetzt haben bzw. immer noch einsetzen?

JA: Können Sie dies beschreiben!

Interaktion

Meinen Sie, dass Ihr Kind besonders reagiert, wenn es Sie – seine Mutter – hört?

JA: In welchen Situationen merkt man das besonders?

Können Sie sich an das erste Lallen oder Babbeln erinnern.

JA: Können Sie die Situation beschreiben?

JA: Wie alt war ihr Baby?

JA: Haben Sie sich gefreut?

Können Sie sich an das erste Wort/Gebärde Ihres Kindes erinnern?

JA: Welches Wort war es?

JA: Wie alt war es da in etwa?

JA: Können Sie die Situation beschreiben?

JA: Haben Sie sich gefreut?

Wie groß ist der Wortschatz ihres Kindes zurzeit?

Wie viel von dem, was Sie sagen, versteht es?

Trennung

Beschreiben Sie das Verhalten Ihres Kindes einem fremden Menschen gegenüber. Geht es offen auf Fremde zu, oder tastet es sich langsam an?

Können Sie Ihr Kind ohne Probleme bei Bekannten, Freunden bzw. Oma und Opa lassen?

Können Sie sich an die erste große Trennung von Ihrem Kind erinnern?

Fühlen Sie sich unwohl, wenn sie von ihrem Baby getrennt sind?

Verabschieden Sie sich, bevor Sie gehen?

Zurückkehren nach Trennung

Wie reagiert ihr Kind, wenn es Sie nach einer längeren Trennung wieder sieht?

Freuen Sie sich, wenn Sie ihr Kind nach einer langen Trennung wieder sehen?

Bezugspersonen

Wer ist die wichtigste Bezugsperson für Ihr Kind?

Gibt es weitere wichtige Bezugspersonen für Ihr Kind?

Frühförderung

Nehmen Sie Frühförderung in Anspruch?

Seit wann bekommen Sie FF?

Wie sieht diese FF aus? Wie oft?

Wie empfinden Sie die FF?

Fühlen Sie sich gut beraten?

Nehmen Sie sonstige Förderungen für Ihr Kind in Anspruch?

Können Sie diese beschreiben?

Wir wären nun am Ende des Interviews. Gibt es noch irgendetwas zum Thema zu sagen, das wichtig wäre?

13.1.3 Fragebogen

Der Fragebogen fasst die Daten der Eltern sowie des Kindes zusammen, bzw. soll ergänzend zu den Interviews sein, falls diverse Daten aus diesen nicht hervorgingen.

Persönliche Daten - Mutter

Name: _____ Alter: _____

Beruf: _____

Familiensituation/Familienstand: _____

Im Haushalt lebende Personen: _____

Kinder: Anzahl: _____

Alter: _____

Persönliche Daten - Vater

Name: _____ Alter: _____

Beruf: _____

Beobachtungskind:

Name: _____ Alter: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Beeinträchtigung: ja nein

Art der Beeinträchtigung: _____

Kinderstube/Kinderkrippe: ja nein

Situation der Krippe: _____

Wie viel Zeit haben Sie im 1. Lebensjahr mit ihrem Kind in etwa verbracht? _____

Und wie haben sie diese hauptsächlich verbracht? _____

Wo haben sie Ihr Kind zur Welt gebracht? _____

Hat ihr Kind die Tendenz mit Spielzeug das Geräusche macht zu spielen? _____

Hörbeeinträchtigtes Kind:

Wann wurde die Beeinträchtigung bemerkt: _____

Interventionen gesetzt: ja nein

Welche: _____

Derzeitige Förderung: ja nein

Art der Förderung: _____

13.2 Auszüge aus den Interviews

Im Folgenden werden ein paar kurze Auszüge aus verschiedenen Interviews dargestellt. Die Mutter von Daniel spricht über den Spracherwerb ihres Kindes sowie über die Trennung. Im Interviewauszug von Monas Mutter geht es um die Hörbeeinträchtigung und um die Trennung.

13.2.1 Beobachtungskind Daniel, hörend

I: Okay. Können Sie sich an das erste Lallen oder Brabbeln erinnern?

ES: Ja. Schon (beide lachen)

I: Wissen Sie die Situation noch. Also können Sie die Situation beschreiben?

ES: Ja, ich weiß wie er eine Zeit lang sehr laut. Am Anfang hat er sehr laut gebrabbelt, halt. Er hat seine Stimme ausprobiert irgendwie. So ist es mir vorgekommen.

...

I: Okay. Haben Sie sich gefreut, als er (...)

ES: Oh ja. Ja.

I: Und können Sie sich an das erste Wort erinnern?

ES: Ja. Also das erste Wort war eigentlich so HU HU für den Hund.

I: Und wie alt war er da?

ES: Ich glaube zwischen 13 und 14 Monaten.

...

I: Okay. Verabschieden Sie sich, wenn sie gehen von ihm?

ES: Ja. Normalerweise schon, ja.

I: Und wie machen Sie das konkret?

ES: Na, ich sage ihm eben, dass ich jetzt gehe, und wohin ich gehe. Und auch wer jetzt bei ihm ist. Das reicht ihm normalerweise auch schon.

I: Okay. Und wie ist das für ihn dann?

ES: Also, normalerweise, wenn das eine Person ist, die er kennt, ist das in Ordnung. Also, das ist für ihn nicht schwierig.

I: Wie reagiert ihr Kind nach einer längeren Trennung, wenn es sie wieder sieht?

ES: Ja, er freut sich und lacht zwar. Aber er kommt nicht her, das macht er nicht. Er lacht. (beide lachen) Aber er wartet da schon.

13.2.2 Beobachtungskind Mona, hörgeschädigt

I: Welche Beeinträchtigung wurde bei ihrem Kind diagnostiziert?

KF: Ähm, Taubheit beidseitig.

I: Wann haben Sie das erste Mal von der Hörbeeinträchtigung erfahren?

KF: Mhm. Seit dem dritten Lebenstag an dem bei ihr ein Hörscreening durchgeführt wurde, das auffällig war.

...

I: Und wann haben Sie dann-

KF: Bei den Untersuchungen im AKH.

I: Wie alt war sie da?

KF: Da war sie vier Monate.

I: Okay. Wie haben Sie auf die Nachricht reagiert?

KF: Schockiert.

I: Mhm. Und das Umfeld?

KF: Ahm. Eher ungläubig und schockiert.

I: Aha. Aber mittlerweile?

KF: Setzt sich jeder damit auseinander. Mittlerweile ist es, so finden wir es, nicht mehr so schockierend wie am Anfang. Wir versuchen für sie eine bestmögliche Hilfe zu sein!

...

I: Hat sich durch die Hörgeräte im Lebensalltag etwas verändert? Also in der Familie?

KF: Ich würde sagen, wir sind aufmerksamer, die ganze Familie. Auf gewisse Eigenheiten, die die Geräte mit sich bringen. Der Alltag ist für uns ein anderer als für ein hörendes Kind, aber mittlerweile empfinden wir es als normal, aber natürlich gibt es viele Unterschiede zu Kindern, die jetzt nicht hörgeschädigt sind. Im Grunde ist der gesamte Tagesablauf anders, es kommt schon ein beträchtlicher Mehraufwand hinzu. Man muss auch viel auf die Geräte aufpassen, beim Schlafen müssen sie herunter gegeben werden. Wenn zB die Geräte nicht funktionieren, dann setzt der vermehrte Blickkontakt und Zeichensprache ein.

...

I: Verabschieden Sie sich, bevor Sie gehen?

KF: Ja.

I: Und wie reagiert Sie, wenn Sie nach einer längeren Trennung zurückkommen?

KF: Sie freut sich. Sie braucht zwar eine Phase, in der sie realisiert, dass die Mama jetzt wieder da ist, aber dann freut sie sich.

13.3 Auszüge aus den Beobachtungsprotokollen

13.3.1 Beobachtungskind Anna, hörend

Im Folgenden ist der Auszug aus dem Beobachtungsprotokoll von Anna, einem hörenden Kind dargestellt. In der Episode 3 betritt die fremde Person den Raum. Mutter, Kind und Fremde sind anwesend. In Episode 4 verlässt die Mutter den Raum, das Kind ist mit der Fremden alleine.

Episode	Min	Aktion	Aktone
Episode 3	1	<p>Sie sieht die Fremde an. Sie gibt den Ring aus dem Mund. Sie sieht die Fremde an. Sie grinst die Fremde an. Sie sieht auf die Spielsachen herab. Sie steht auf. Sie geht zur Mama. Sie hebt ihre Arme zur Mama. Sie lächelt die Fremde an. Sie sieht die Mutter an. Sie lächelt die Fremde an. Sie sieht die Fremde an. Sie lächelt die Fremde an.</p>	<p><i>Fremde Person kommt in den Raum. Das Mädchen sieht sie an, nimmt den Ring aus dem Mund und sie sieht ihr nach, wie sie sich auf den Sessel setzt. Sie grinst die Fremde kurz an, sieht dann verlegen weg auf die Spielsachen am Teppich. Dann steht sie auf, stellt sich vor die Mama und hebt die Arme. Sie will offensichtlich auf Mamas Schoß. Die Mutter legt das Buch weg. A. dreht sich zur Fremden, lächelt sie an und schaut wieder auf die Mama und hebt die Arme. Dabei lächelt sie die fremde Person aber an. Die Fremde beginnt sich mit dem Mädchen und der Mutter zu unterhalten. A. grinst sie an. Die Fremde setzt sich auf den Teppich, das Mädchen sieht ihr nach. Sie nimmt den Zug, und versucht ihn dem Mädchen interessant zu machen. Sie sieht ihr gespannt zu, und lächelt sie dann an.</i></p>
	2	<p>Sie dreht den Körper zur Mama. Sie sieht der Fremden beim Spielen zu. Sie grinst die Fremde an. Sie schaut die Mama an. Sie hebt die Arme zur Mama aus. Sie sieht der Fremden zu.</p>	<p><i>Die Fremde Person fragt, ob sie A. zum Teppich herunter kommen möchte. Die Mama nimmt A. und stellt sie vor sich hin. Das Mädchen dreht den Körper zur Mama, jedoch wendet sie den Blick nicht ab von der Fremden und dem Spielzeug. Die Person nimmt den Schläger und trommelt auf die Trommel. A. sieht ihr zu. Die Fremde bietet ihr den Schläger an, sie grinst, dreht sich zur Mama, und hält die Arme zu ihr hoch. Die Mama hebt sie hoch und setzt sich mit ihr gemeinsam auf den Teppich. Dabei lässt sie die Fremde nicht aus den Augen. Sie sieht ihr gespannt zu, was sie macht.</i></p>
	3	<p>Sie lächelt. Sie sieht der Fremden zu. Sie sieht die Fremde an.</p>	<p><i>Die Fremde nimmt die Babypuppe und zeigt sie dem Mädchen. A. lächelt, die Fremde muss auch lachen. Dann spricht sie mit dem Mädchen, erklärt ihr, was die Puppe trägt. A. sieht gespannt und aufmerksam zu. Die Fremde nimmt den Ball und bietet ihn dem Mädchen an. Sie scheint sich nicht zu trauen. Sie schaut aber die Fremde weiterhin freundlich an.</i></p>
Episode 4	1	<p>Sie lächelt die Fremde an. Sie sieht der Fremden zu. Sie sieht die Fremde an.</p>	<p><i>Mama verlässt den Raum, das Mädchen scheint es nicht zu merken. Sie grinst der fremden Person zu und sieht ihr zu, wie sie die Babuska</i></p>

		<p>Sie lächelt. Sie sieht die Fremde an. Sie lächelt. Sie dreht den Körper weg von der Fremden. Sie sieht der Fremden zu. Sie lächelt die Fremde an.</p>	<p><i>auseinander nimmt vor ihr der Reihe nach aufgebaut und erklärt: Papa, Mama, Kind, Kind, Baby. Sie Zeigt A. nochmals das Baby. A. sieht die Fremde an und lächelt. Dann zeigt die Fremde ihr die Babypuppe und fragt sie, ob sie sie halten will. Das Mädchen sieht sie an, lächelt verlegen und hält den Körper jedoch schüchtern weg. Die Fremde nimmt die Babypuppe auf den Arm und streichelt sie. Das Mädchen sieht gespannt zu und grinst.</i></p>
	2	<p>Sie sieht auf die Trommel. Sie lächelt. Sie sieht der Fremden zu. Sie lächelt. Sie sieht auf das Puzzleteil. Sie sieht der Fremden zu.</p>	<p><i>Die Fremde nimmt den Schläger und trommelt auf die Trommel. A. sieht auf die Trommel, möchte den Schläger jedoch nicht nehmen. Sie bleibt starr sitzen. Als die fremde Person ihr die Babypuppe wieder hinhält, lächelt sie erneut. Die Fremde schaukelt das Baby, das Mädchen sieht ihr gespannt zu und lächelt. Dann dreht sie den Kopf nach links und entdeckt das Autoteil vom Puzzle. Sie sieht es an. Die Fremde nimmt es und fordert sie auf, es ins Puzzle zu geben. A. sieht ihr zu, nimmt es jedoch nicht. Die Fremde gibt es in das Puzzle hinein.</i></p>
	3	<p>Sie sieht im Raum herum. Sie sieht auf die Fremde. Sie sieht auf den Zug neben ihr. Sie sieht der Fremden zu. Sie lächelt die Fremde an. Sie schiebt den Zug weg. Sie antwortet auf eine Frage der Fremden mit „Ja“. Sie sieht im Raum herum. Sie sieht auf die Fremde.</p>	<p><i>A. sieht kurz weg, schaut dann aber wieder zur Fremden, die ihr vom Puzzle erzählt. Sie sieht neben sich auf den Zug. Die Fremde merkt dies und nimmt den Zug, macht dazu Geräusche und zieht ihn über den Teppich zu der „Babuskafamilie“. A. sieht ihr gespannt zu, lächelt dann und greift auf den Zug. Sie gibt ihn weg von der Babuska. Die Fremde fragt, ob sie ihn weg will von den Babys. A. antwortet mit ja. Dann sieht sie im Raum herum und wieder auf die Fremde, die ihr vom Baby erzählt.</i></p>

13.3.2 Beobachtungskind Fred, hörgeschädigt

Im Folgenden ist der Auszug aus dem Beobachtungsprotokoll von Fred, einem gehörlosen Kind dargestellt. Um einen Vergleich zum vorangegangenen Protokoll sehen zu können, werden ebenfalls Episode 3 und 4 gezeigt.

<i>Episode</i>	<i>Min</i>	<i>Aktion</i>	<i>Aktone</i>
Episode 3	1	<p>Er sieht die Fremde an. Er bleibt stehen. Er sieht die Fremde an. Er nimmt den Schläger. Er trommelt auf die Trommel. Er sieht die Fremde an. Er gibt der Fremden den Schläger. Er sieht ihr zu. Er nimmt den Schläger. Er trommelt. Er gibt der Fremden den Schläger. Er sieht sie an.</p>	<p><i>Die fremde Person kommt in den Raum, er sieht sie an. Die Fremde setzt sich auf den Sessel. Er steht und hält kurz inne. Er sieht sie an. Die Fremde sagt „Hallo“. Er sieht sie weiter an, nimmt den Schläger und trommelt auf die Trommel, die vor ihm steht. Dann sieht F. die Fremde an, die sich gerade mit der Mama unterhält und gibt ihr den Schläger. Sie nimmt ihn, sagt etwas zu ihm und schlägt ebenfalls auf die Trommel. Er sieht ihr zu. Die Fremde gibt ihm den Schläger zurück, er nimmt ihn und trommelt erneut darauf und gibt</i></p>

	<p>Er nimmt den Schläger. Er trommelt. Er gibt der Fremden den Schläger.</p>	<p>ihr den Schläger wieder. <i>Sie trommelt darauf und gibt ihm den Schläger zurück.</i> Er sieht sie an, nimmt ihn und schlägt darauf. Gibt ihn ihr wieder zurück. <i>Sie nimmt ihn, setzt sich auf den Boden und gibt ihm F.</i></p>
2	<p>Er sieht die Fremde an. Er sieht auf die Trommel. Er deutet auf die Trommel. Er sieht die Fremde an. Er geht ein paar Schritte zurück. Er kommt auf die Fremde zu. Er sieht in die Trommel hinein. Er sieht die Fremde an. Er sieht in die Trommel. Er greift in den Hohlraum der Trommel. Er sieht der Fremden zu. Er nimmt den Schläger. Er trommelt. Er gibt den Schläger der Fremden. Er sieht der Fremden zu. Er nimmt den Schläger. Er schlägt einmal auf die Trommel. Er gibt der Fremden den Schläger. Er sieht der Fremden zu. Er greift auf den Schläger. Er trommelt. Er dreht den Kopf zur Sprossenwand. Er schaut sich um. Er trommelt. Er sieht zur Trommel. Er gibt den Schläger der Fremden. Er sieht auf die Sprossenwand. Er sieht auf die Trommel. Er deutet auf den Löwen. Er sieht die Fremde an. Er geht zum Löwen.</p>	<p>Er sieht sie an, greift dann auf die Trommel. <i>Sie hält ihm den Schläger hin</i>, er deutet jedoch ein paar Mal auf die Trommel. <i>Die Fremde trommelt mit den Händen darauf.</i> Er sieht sie an, geht ein paar Schritte zurück. <i>Sie dreht die Trommel um</i>, er kommt auf sie zu und sieht neugierig hinein. Er schaut die Fremde an, dann die Trommel und greift kurz in den Hohlraum der Trommel. <i>Die fremde Person dreht die Trommel wieder um, stellt sie hin und trommelt mit dem Schläger darauf und hält ihn dann F. hin.</i> Er sieht ihr zu, nimmt den Schläger und trommelt ebenfalls darauf. Dann gibt er ihn der Fremden wieder, sieht ihr zu, <i>wie sie darauf hämmert. Sie gibt ihm den Schläger</i>, er nimmt ihn, schlägt jedoch nur kurz darauf und gibt ihn ihr wieder zurück. <i>Sie trommelt wieder</i>, er sieht ihr zu und <i>sie hält ihm den Schläger hin</i>. Er schaut kurz und greift dann erst auf den Schläger, trommelt auf die Trommel. Seinen Kopf dreht er jedoch zur Sprossenwand und schaut sich um, während er auf die Trommel schlägt. Dann schaut F. wieder zur Trommel und gibt den Schläger der Fremden. <i>Sie nimmt ihn</i>, er schaut aber auf die Sprossenwand. <i>Als sie auf die Trommel schlägt</i>, schaut er wieder kurz zur Trommel, dann zeigt er auf den Löwen. Sieht die Fremde an und geht zum Löwen, der links steht.</p>
3	<p>Er versucht auf den Löwen zu kommen. Er steht. Er sieht der Fremden zu. Er geht zum Löwen. Er streichelt den Löwen. Er macht einen Schritt zurück. Er sieht die Fremde an. Er geht zum Löwen. Er sieht die Fremde an. Er nimmt die Hand der Fremden. Er setzt sich auf den Löwen. Er streichelt den Löwen. Er sieht die Fremde an. Er deutet auf den Teppich. Er sieht die Fremde an. Er sieht die Puppe an. Er tastet die Puppe. Er sieht der Fremden zu. Er greift nach dem Schläger in der Hand der Fremden. Er sieht die Fremde an. Er trommelt. Er beugt sich vor. Er hält der Fremden den Schläger hin.</p>	<p>Er versucht sich auf den Löwen zu setzen, kann es nicht auf Anhieb, bleibt dann stehen. <i>Die Fremde streichelt den Löwen</i>, er sieht zu, kommt dann auf ihn zu und streichelt ihn auch ganz kurz. Macht dann wieder einen Schritt zurück und sieht die Fremde an. <i>Sie streichelt ihn erneut.</i> F. kommt zum Löwen und will sich darauf setzen. Da er es alleine nicht schafft, <i>hält ihm die fremde Person ihre Hand hin und hilft ihm hinauf.</i> Er sieht sie dabei an, dann streichelt er den Löwen. <i>Sie streichelt ihn auch, spricht mit ihm.</i> Er sieht die Fremde an, und deutet auf den Teppich. <i>Sie nimmt daraufhin die Babypuppe und hält sie vor ihm hin.</i> Er sieht die Fremde an, dann die Puppe und tastet auf die Puppe. <i>Die Fremde erklärt: „Das ist das Auge, die Nase, der Mund“.</i> F. sieht ihr zu, dann blickt er auf die Fremde. <i>In einer Hand hält sie die Puppe, in der anderen noch immer den Schläger.</i> F. entdeckt den Schläger in der linken Hand und greift danach. Er sieht sie dabei an. Dann trommelt er zweimal auf die Trommel, <i>sie sagt etwas zu ihm.</i> Er beugt sich (auf dem Löwen sitzend) zu ihr vor und hält ihr</p>

		<p>Er kippt vorne über. Er greift beide Arme nach der Fremden. Er sieht die Fremde an. Er nimmt den Schläger. Er sieht die Fremde an. Er trommelt. Er sieht die Fremde an. Er blickt im Raum herum. Er sieht die Fremde an.</p>	<p>den Schläger hin, <i>sie nimmt ihn. Er scheint das Gleichgewicht zu verlieren und kippt ein bisschen vorne über. Die Fremde hält ihn und hilft ihm zurück auf den Löwen.</i> Er greift beide Arme nach ihr, sieht sie an. <i>Sie klopft auf die Trommel und gibt ihm den Schläger wieder.</i> Er nimmt den Schläger sieht sie an und trommelt ebenfalls darauf. Er sieht sie an, die <i>Fremde nimmt den Schläger von ihm und klopft erneut auf die Trommel.</i> Er blickt im Raum herum, sieht sie erst wieder an, <i>als sie ihm den Schläger hinhält.</i></p>
Episode 4	1	<p>Er trommelt. Er sieht die Fremde an. Er gibt der Fremden den Schläger. Er sieht sie an. Er sieht auf die Trommel. Er sieht auf den Teppich. Er greift auf den Ball neben sich. Er sieht im Raum herum. Er lässt den Ball neben sich auf den Boden fallen. Er sieht dem Ball nach. Er sieht die Fremde an. Er greift nach dem Ball. Er kippt vorne über auf die Fremde. Er hält sich an der Fremden fest. Er stößt sich von der Fremden ab. Er setzt sich etwas entfernt auf den Boden. Er sieht sie an. Er nimmt den Ball. Er sieht die Fremde an. Er rollt den Ball weg.</p>	<p><i>Die Mutter verlässt den Raum. F. trommelt weiterhin (diesmal kräftiger und länger) auf die Trommel, sieht die Fremde an. Er scheint nicht zu merken, dass die Mama den Raum verlässt.</i> Dann gibt er der fremden Person den Schläger und sieht sie an. Er schaut auf die Trommel und auf den Teppich. F. entdeckt einen Ball neben sich auf dem Boden liegen, er greift danach, schaut im Raum herum und lässt ihn dann rechts neben sich auf den Boden fallen. Er sieht dem Ball nach. Dann schaut er die Fremde an, <i>die aufsteht und den Ball holt. Sie setzt sich rechts neben ihn und hält ihm den Ball hin.</i> Er greift danach und plumpst mit seinem Körper auf die Fremde. Er hält sich zuerst an ihr fest. Dann drückt er sich aber von ihr ab und setzt sich etwa 40 cm weiter entfernt auf den Boden und schaut sie an. <i>Sie rollt den Ball zu ihm, er nimmt ihn, sieht sie an und rollt ihn dann wieder weg. Die Fremde nimmt den Ball.</i></p>
	2	<p>Er sieht im Raum herum. Er deutet auf den Kasten. Er sieht die Fremde an. Er rollt der Fremden den Ball zu. Er sieht zum Zug. Er nimmt den Zug. Er schiebt den Zug am Teppich herum. Er sieht die Fremde an. Er sieht der Fremden zu. Er schaut im Raum herum. Er steht auf. Er sieht im Raum herum. Er sieht die Fremde an. Er geht zum Stuhl. Er setzt sich auf den linken Stuhl.</p>	<p>Er schaut im Raum herum, deutet dann auf den Kasten. <i>Die Fremde spricht mit ihm, rollt ihm dann wieder den Ball zu.</i> Er sieht sie an, rollt den Ball zurück und dreht sich dann zum Teppich und dem Zug. Er nimmt den Zug und schiebt ihm am Teppich herum, lässt ihn dann stehen und schaut die Fremde an. <i>Sie nimmt den Zug und schiebt ihn weiter.</i> Er schaut ihr ein bisschen zu, dann schaut er im Raum herum. F. steht auf, schaut die Fremde an, dann zeigt er auf den Teppich. <i>Die Fremde fragt, ob er einen Turm bauen will.</i> Er sieht sie an. <i>Sie nimmt Legosteine und beginnt einen Turm zu bauen.</i> Er sieht ihr zu, dann sieht er den linken Sessel und setzt sich darauf.</p>
	3	<p>Er sieht der Fremden zu. Er sieht im Raum herum. Er sieht der Fremden zu. Er hält eine Hand auf. Er nimmt einen Legostein. Er dreht den Stein in der Hand. Er streckt die Hand zum Turm. Er rutscht vom Stuhl. Er macht einen Schritt zum Turm.</p>	<p>Er sieht der Fremden zu, dann schaut er im Raum herum. Er sieht der Fremden zu, <i>wie sie den Turm weiter baut. Sie hält kurz inne und fragt, ob sie noch weiter bauen soll.</i> F. sieht sie an und hält eine Hand auf. <i>Die Fremde gibt ihm einen kleinen Legostein.</i> Er nimmt ihn, dreht ihn in der Hand und versucht dann den Stein auf den Turm zu geben. Er ist jedoch zu weit weg. <i>Die Fremde hält die Hand aus und</i></p>

	<p>Er dreht den Stein in der Hand. Er sieht die Fremde an. Er gibt den Stein (mit der Fremden Hilfe) auf den Turm. Er zeigt auf einen Legostein am Teppich. Er nimmt den Stein. Er sieht auf den Teppich. Er deutet auf die anderen Legosteine. Er gibt den Stein auf den Turm. Er geht zur Trommel. Er nimmt den Schläger. Er trommelt.</p>	<p><i>hilft ihm vom Stuhl.</i> Er rutscht vom Stuhl, macht einen Schritt zum Turm und bleibt davor stehen. Er dreht den Stein, den er in der Hand hält, sieh die Fremde an. <i>Sie hilft ihm, den Stein auf den Turm zu geben.</i> Dann deutet er auf einen anderen Stein, der am Teppich liegt. <i>Die Fremde hebt ihn auf und gibt ihn F.</i> Er nimmt ihn, schaut auf den Teppich und deutet auf weitere Steine. Dann versucht er den Stein in seiner Hand auf den Turm zu geben. <i>Die Fremde hilft ihm wieder, weil er es nicht alleine schafft.</i> Dann geht er zur Trommel und zum Schläger. Er nimmt den Schläger und beginnt auf die Trommel zu schlagen.</p>
--	--	--

13.4 Adressenverzeichnis

13.4.1 Gehörlosenvereine

Österreichischer Gehörlosenzbund

Waldgasse 13/2
1100 Wien
Tel.: (01) 603 08 53
Fax: (01) 602 34 59
E-Mail: info@oeglb.at
<http://www.oeglb.at>

Niederösterreich

Landesverband Niederösterreich der Gehörlosenvereine

Wienerstraße 15
3100 St. Pölten
Tel.: (02742) 219 90
Fax: (02742) 219 90
E-Mail: lvb.noe.glv@utanet.at
<http://www.gehoerlos-noe.at/>

St. Pöltener Gehörlosenverein

Kaltenbrunnngasse 7
3100 St. Pölten
Fax: (02742) 755 557
http://www.gehoerlos-noe.at/Vereine/St_Poelten.htm

Weinviertel Gehörlosenverein

Kappellenweg 3
2185 Ebersdorf
Tel.: (02573) 28 30
<http://www.weinviertel.gehoerlosenverein.at/>

Waldviertler Gehörlosenverein

3580 Mühlfeld bei Horn
Fax: (02742) 314 28
<http://www.gehoerlos-noe.at/Vereine/Horn.htm>

Steiermark

Steirischer Gehörlosen Sport- und Kulturverein 1932

Steinbergstraße 9
8052 Graz
Tel.: (0316) 57 29 30
Fax: (0316) 57 25 47
E-Mail: office@stgskv1932.at
www.stgskv1932.at

Steirischer Landesverband der Gehörlosenvereine im Österreichischen Gehörlosenzbund

Grabenstrasse 168
8010 Graz
E-Mail: office@stlvgv.at
Tel.: (0316) 68 02 71
Fax: (0316) 68 02 71-1
<http://www.stlvgv.at/>

Gehörlosen-Kulturverein Hartberg

Schulstraße 127, 8232 Grafendorf bei Hartberg
Fax: (03332) 625 91-4
E-Mail: hondareini@aon.at
<http://gkv-hartberg.eu>

Jugenburgler Gehörlosen Kulturverein

Sandgasse 12/II/9
8741 Weißkirchen
Fax: (03577) 826 24

Obersteirischer Gehörlosenverein

Berghaussiedlung 38
8661 Wartberg im Mürztal
Tel. und Fax: (03858) 33 12
E-Mail: gerhard.pirker@twin.at

Wien

WITAF – Wiener Taubstummten Fürsorgeverband

Kleine Pfarrgasse 33
1020 Wien
Tel: (01) 214 58 74
E-Mail: office@witaf.at
<http://www.witaf.at>

13.4.2 Frühförderungseinrichtungen

Burgenland

Rettet das Kind – Frühförderung und Familienbegleitung

Leitung: Fr. Mag. Rita Krammer
Steinamangerer Straße 91
7400 Oberwart
Tel.: 03352/322 93
Mobil: 0664/543 84 20
E-Mail: mhd-fbl@rettet-das-kind-bgld.at
<http://www.rettet-das-kind-bgld.at/>

Niederösterreich

VKKJ - Vereinigung zugunsten körper- und mehrfachbehinderter Kinder und Jugendlicher für Wien, Niederösterreich und das Burgenland

Märzstraße 122
1150 Wien
Tel.: 01/985 45 91 oder 982 61 54
Fax: 982 18 88,
E-Mail: office@vkkj.at
<http://www.vkkj.at/>
Übersicht aller Frühförderstellen bzw. Ambulatorien in NÖ im WWW unter dem URL http://www.noel.gv.at/Gesellschaft-Sozial-les/Behinderte/Behindertenhilfe/Behindertenhilfe_Fruehfoerderstellen.html

Niederösterreichische Lebenshilfe – Leitstelle Frühförderung:

Leitung: Mag. Birgit Rottner
Buchengasse 5
3430 Tulln
Tel.: 0676/669 11 38
E-Mail: fruehfoerderung@noe.lebenshilfe.at

Zentrum für Beratung & Begleitung für den Einzugsbereich Bezirk Baden und Mödling:

Eva Appinger DW 2681
Helenenstraße 5
2500 Baden
Tel. 02252/20 91 12
Fax 02252/20 91 12 DW 2089

Hilfswerk Niederösterreich

Ferstlergasse 4
3100 St. Pölten
<http://www.noe.hilfswerk.at/>

Zentrum für Beratung & Begleitung für den Einzugsbereich Krems, Horn, Melk nördlich der Donau und Gmünd südlich:

Hermine Kletzl DW 14
Karl Eybl-Gasse 1
3504 Krems/Stein
Tel.: 02732/78 690
Fax: DW 22

Zentrum für Beratung & Begleitung für den Einzugsbereich Bezirk Schwechat und Bruck/Leitha

Eva Fritz
Brauhausstraße 8, Objekt 69
2320 Schwechat
Tel. 01 / 706 54 44
Fax: DW 22

Steiermark

FÖZ - Hör! Hör! Die Hörfrühförderstelle im Förderzentrum für Hör- und Sprachbildung

Rosenberggürtel 12
8010 Graz
Tel.: 0316/32 30 15-39
Fax: 0316/33 30 15-41
E-Mail: ursula.papst@stmk.gv.at
<http://www.soziales.steiermark.at/cms/beitrag/10174404/4823083/>

Chance B - Verein für Menschen mit Behinderung in Gleisdorf

Franz - Josef - Str. 3
8200 Gleisdorf
Tel.: 0664/ 60 40 91 53
Fax: 03112/4911-8399
E-Mail: verein@chanceb.at
<http://www.chanceb.at/>

Verein „Auris“ Allgemeine Frühförderung und Hörförderung

Leitung: Fr. Mag. Angelika Woath
Glashüttenstraße 46a
8530 Deutschlandsberg
Telefon: 0699/811 79 922
Fax: 030136/821 94
E-Mail: auris8530@yahoo.de

Wien

ÖHTB – Österreichisches Hilfswerk für Taubblinde und hochgradig Hör- und Sehbehinderte, Frühberatung und Frühförderung

Ansprechpartnerin: Andrea Mayr
Stumpergasse 41-43/1/2
A-1060 Wien
Tel.: 01/597 18 43
Fax: 01/597 18 43-17
Telefonsprechstunden: Freitag von 10.00 - 12.00 Uhr
E-Mail: a.mayr@zentrale.oehbt.at
<http://www.oehbt.at>

BIG – Bundesinstitut für Gehörlosenbildung

Zentrum für Sprach- und Sprecherziehung
Maygasse 25
1130 Wien
Direktion: Fr. Mag. Katharina Strohmayer
Tel.: 01/804 63 64
Fax: 01/804 63 64/77
E-Mail: dion1.big@913033.ssr-wien.gv.at
<http://www.big-kids.at/>

WISO – Mobile Frühförderung der Wiener Sozialdienste

Standort Süd
Porzellangasse 22
1090 Wien
Tel.: 315 68 18
Fax: 315 68 18 99
E-Mail: fruehfoerderung@wiso.or.at
Zuständig für folgende Wiener Gemeindebezirke: 1, 3 – 9, 12 – 18 & 23

Standort Nord

Langobardenstraße 189
1220 Wien
Tel.: 280 20 70 15
Fax: 280 20 50 99
E-Mail: fruehfoerderung@wiso.or.at
Zuständig für folgende Wiener Gemeindebezirke: 2, 10 – 11, 19, 20 – 22
<http://www.wiso.or.at>

13.4.3 Vereine Cochlea Implantat

Cochlea Implantat Austria – Österreich Soforthilfe

Rudolf-Dieselstraße 7/2
4400 Steyr
Mobil: (0699) 188 882 35
E-Mail: karl-heinz.fuchs@liwest.at
<http://www.ci-a.at/>

Burgenland, Niederösterreich & Steiermark

CI-Selbsthilfeverein Burgenland und Niederösterreich sowie der CI-Selbsthilfegruppe Steiermark

Viktor Aldergasse 3a
2491 Neufeld
Mobil: (0664) 617 20 60
Fax: 02252/53927
E-Mail: office@ci-selbsthilfe.at
<http://www.ci-selbsthilfe.at/>

Niederösterreich

CI-Selbsthilfegruppe

Gertrude Moser
Tel. und Fax: (02743) 88 01
E-Mail: gertrude.moser@aon.at

Eltern-Kind-Runden für CI und Hörgeschädigte

Maria-Theresia Pusker
Tel.: (0664) 824 43 58

Wien

ÖCIG – Österreichische Cochlea Implantat Gesellschaft

Präsident Franz Jank
Rolandweg 11
1160 Wien
Tel. und Fax: (01) 914 95 78
f.jank@oecig.at

13.4.4 Sonstiges

Niederösterreich: Audiopädagogische Förderung bei Personen mit CI

Ulrike Rüllicke

Dipl. Audiopädagogin
Peter-Rosegger-Gasse 45
3400 Klosterneuburg
Telefon: 022 43 / 28 668
Mobil: 0664 / 64 50 423
E-Mail: uli@dazugehoeren.com
<http://www.dazugehoeren.com/>

Wien: Verband für Schwerhörige

VOX – Schutzverband der Schwerhörigen Österreichs

Sperrgasse 8
1150 Wien
Tel.: (01) 897 31 31
Fax: (01) 897 31 32
E-Mail: info@vox.at
<http://www.vox.at>

Wien: Gebärdensprachkurse für Kinder

Kinderhände Zentrum

Zinckgasse 18/1
1150 Wien
Mail: info@kinderhaende.at
Tel: (0650) 666 14 01
<http://www.kinderhaende.at>

KURZZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Arbeit wird der Einfluss der Kommunikation bei der Entwicklung der Bindung zwischen gehörlosen Kindern und ihren hörenden Müttern betrachtet, und geht der leitenden Forschungsfrage „Inwiefern beeinflusst die Kommunikation bei gehörlosen Kindern die Qualität der Bindung zur hörenden Mutter?“ nach.

Der theoretische Teil der Arbeit bildet den Rahmen für den empirischen Teil und erläutert zunächst das Thema Gehörlosigkeit. Weiters wird auf die Situation von hörenden Eltern nach der Geburt eines hörgeschädigten Kindes eingegangen. Hierbei nimmt die Frühförderung – insbesondere die Arten dieser und die verschiedenen Möglichkeiten in Österreich – einen wichtigen Stellenwert ein. Anschließend werden die Entwicklung der Kommunikation des Säuglings und die Entwicklung der Bindung zwischen Mutter und Kleinkind erläutert.

Im empirischen Teil der Diplomarbeit wurden Beobachtungen mit jeweils drei gehörlosen Kindern und ihren hörenden Müttern sowie drei hörenden Kindern und ihren hörenden Müttern durchgeführt. Außerdem wurden mit den Müttern Interviews geführt. Die Ergebnisse der Pilotstudie gehen mit den theoretisch gewonnen Erkenntnissen konform. Sowohl die Literatur als auch die Studie zeigen auf, dass eine Kommunikation mit dem Säugling von Geburt an stattfinden sollte, um eine sichere Bindung zu gewährleisten.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

zB:	zum Beispiel
Bsp.:	Beispiel
bzw.	Beziehungsweise
ASL:	American Sign Language
ÖGS	Österreichische Gebärdensprache
LS	Lautsprache
ÖGLB	Österreichischer Gehörlosenbund
ÖGSV	Österreichischer Gehörlosen Sportverband
u.a.	unter anderem
LBG	Lautsprachenbegleitende Gebärden
LUG	Lautsprachenunterstützte Gebärden
usw.	und so weiter
Ebd.:	eben diese/r
GS:	Gebärdensprache
CI:	Cochlea Implantat
FDA:	Food and Drug Administration
etc.:	et cetera
vgl.:	vergleiche

LEBENS LAUF

Persönliche Daten:

Isabella Schedl
geb. 20. März 1983 in Oberpullendorf
röm.-kath.

isa_schedl@hotmail.com
Am Anger 8
7451 Oberloisdorf

Bildungsgang:

1989 bis 1993:	Volksschule Oberloisdorf
1993 bis 1997:	Hauptschule Steinberg
1997 bis 2002:	Bundeshandelsakademie Oberpullendorf, Abschluss Matura
2002 bis 2008:	Studium der Erziehungswissenschaften an der Universität Wien mit den Schwerpunkten Sozialpädagogik, Heil- und Integrative Pädagogik und Psychoanalytische Pädagogik Diplomarbeit zum Thema: Der Einfluss der Kommunikation bei der Entwicklung der Bindung bei gehörlosen Kindern.
2006 bis 2008:	Diplomierte Legasthienetrainerin

Praktika und Berufserfahrungen:

2000 bis 2003: jeweils 4 Wochen Büroarbeiten bei Ing. Koo & Kaposi
2004: 3 Wochen Kindergarten bei Kinderfreunden Simmering
2005: 8 Wochen Kindergarten und Kinderstube bei Kinderfreunden Simmering

- 2005 bis 2007: Beschäftigung als Lernstundenhilfe im Hort im Europa-
haus des Kindes bei den Kinderfreunden Ottakring
- 2006 bis 2007 jeweils 4 Wochen Kinderbetreuerin im Europahaus des
Kindes in Ottakring
- 2007: 4 Wochen PSA Finance Austria Bank AG
- Seit 2007: Nachhilfe und Legasthenietraining mit Kindern
- 2008: Praktikum im Internat & Nachmittagsbetreuung im Bun-
desinstitut für Gehörlosenbildung (BIG)
- 2008: 8 Wochen Begleitung in der Schule & Nachmittagsbetreu-
ung von hörbeeinträchtigten Kindern im BIG
- Seit 2009: Betreuung einer Hortgruppe im Bundesinstitut für Gehör-
losenbildung (BIG)

Sonstige Tätigkeiten:

- 2006 bis 2008: Ausbildung zur Legasthenietrainerin beim Kärntner Lan-
desverband für Legasthenie
- 2005 bis dato: Gebärdensprachkurse am Polycollege Wieden
- 2008: Weiterbildung zur Lerntrainerin