

Gebärdenunterstützte Kommunikation zur Sprachförderung bei noch nicht sprechenden Kindern mit Down-Syndrom

Schriftliche Hausarbeit im Rahmen der Ersten Staatsprüfung für das Lehramt für Sonderpädagogik, dem Staatlichen Prüfungsamt für Erste Staatsprüfung für Lehrämter an Schulen in Köln

vorgelegt von

Ilka Brec

Viktoriastr. 16

57518 Betzdorf

Betzdorf, den 03. Mai 2001

Gutachterin: Frau Prof. Dr. Fornefeld

Seminar für Geistigbehindertenpädagogik der Universität zu Köln

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	4
1. METHODIK	6
2. DAS DOWN-SYNDROM	9
2.1 Ursachen des Down-Syndroms	10
2.2 Beschreibung des Down-Syndroms	12
3. SPRACHENTWICKLUNG	14
3.1 Vorsprachliche Kommunikation	15
3.2 Aktive Sprache	17
3.3 Theorien des Spracherwerbs	19
3.4 Sprachentwicklung bei Kindern mit Down-Syndrom	22
3.4.1 Orofaziale Beeinträchtigungen	22
3.4.2 Sprachstörungen	24
4. SPRACHFÖRDERUNG BEI KINDERN MIT DOWN-SYNDROM	27
4.1 Begründung einer syndromspezifischen Therapie	27
4.2 Therapieansätze	28
4.2.1 Orofaziale Regulationstherapie	28
4.2.2 Frühlesen	31
4.2.3 Sprachförderung im Säuglings- und Kleinkindalter	34

5. SPRACHFÖRDERUNG DURCH GEBÄRDENUNTERSTÜTZTE KOMMUNIKATION	39
5.1 Gründe für den Einsatz von Gebärden	39
5.2 Gebärdensysteme	41
5.2.1 Deutsche Gebärdensprache und lautsprachbegleitende Gebärden	41
5.2.2 Gebärdensunterstützte Kommunikation	42
5.3 Kommunikationsförderung mit Gebärdensunterstützter Kommunikation	44
5.4 Interviewauswertung	48
6. FAZIT	51
LITERATURVERZEICHNIS:	53
ANHANG	57
I. Gedächtnisprotokoll des Vortrags über Gebärdensunterstützte Kommunikation von ETTA WILKEN am 01.07.2000 in Hamburg	57
II. Interviews	60

Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Gebärdenunterstützten Kommunikation als eine Möglichkeit zur Sprachförderung bei noch nicht sprechenden Kindern mit Down-Syndrom.

Alternative Kommunikationsmöglichkeiten zur gesprochenen Sprache für nicht oder noch nicht sprechende Kinder mit Behinderung sind in Deutschland sehr selten. Einige Wissenschaftler sind immer noch der Meinung, daß Kinder, die einmal gelernt haben, sich mit Gebärden auszudrücken, die Lautsprache nicht mehr lernen. Zudem war man lange Zeit davon überzeugt, daß die lautsprachliche Kommunikation die natürliche Form der Verständigung sei. Zu dieser Zeit bekamen gehörlose Kinder die Gebärdensprache erst sehr spät beigebracht, in den Gehörlosenschulen wurde noch lange Zeit ausschließlich lautsprachlich unterrichtet.

In den USA und Großbritannien begann man um 1969 nicht hörenden Erwachsenen mit geistiger Behinderung und hörenden Kindern mit einer geistigen Behinderung Handzeichen beizubringen. Seither werden Gebärden und andere Symbolsysteme immer wieder als alternatives Kommunikationsmittel bei Kindern und Erwachsenen mit autistischen Beeinträchtigungen ebenso wie bei Personen mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung eingesetzt.

Seit Beginn der 80er Jahre sehen auch deutsche Fachleute immer mehr die Notwendigkeit, Menschen, die über keine oder nur eine sehr eingeschränkte Lautsprache verfügen, alternative Kommunikationsmöglichkeiten zu bieten. Es steht außer Frage, daß nach dem Erlernen einer angemessenen Ausdrucksmöglichkeit häufig ein Rückgang von Verhaltensauffälligkeiten zu beobachten ist. Zudem fand man heraus, daß die alternative Kommunikation bei einigen Erwachsenen und Kindern mit Behinderung zu einer gesteigerten lautsprachlichen Ausdrucksmöglichkeit führte.

Das Erlernen der Gebärdenunterstützten Kommunikation soll in erster Linie dazu dienen, den Kindern die häufig frustrierende Phase zu erleichtern, in

der die passive Sprache in einem gewissen Maße schon erworben wurde, die aktive Lautsprache aber noch nicht oder nicht ausreichend vorhanden ist. Mit den Gebärden bekommen die Kinder eine Möglichkeit, sich auszudrücken, so daß ihre Umgebung besser auf ihre Wünsche und Bedürfnisse eingehen kann. Aber auch als nichtsprachliche Kommunikationshilfe bei Kindern oder Jugendlichen mit geistiger Behinderung kann Gebärdenunterstützte Kommunikation eingesetzt werden.

Das erste Kapitel nutze ich dazu, die Methodik meiner Arbeit darzulegen und auf einige Schwierigkeiten hinzuweisen, die mir im Laufe der Erarbeitung des Themas aufgrund der gewählten Methodik aufgefallen sind.

Im zweiten Kapitel werde ich das Down-Syndrom mit seinen Ursachen und Merkmalen näher beschreiben, soweit dies zum Verständnis der vorliegenden Arbeit notwendig ist. Ein vollständiges Bild des Syndroms kann hier wegen der Komplexität nicht gegeben werden, da dies sonst den Rahmen der Arbeit überschreiten würde.

Das dritte Kapitel bezieht sich auf den Spracherwerb. Im ersten Teil gehe ich allgemein auf den Spracherwerb bei nichtbehinderten Kindern ein, im zweiten Abschnitt erläutere ich dann die Besonderheiten des Spracherwerbs bei Kindern mit Down-Syndrom sowie die Sprachstörungen, die bei diesen Kindern häufiger auftreten.

Im vierten Kapitel beschreibe ich die unterschiedlichen Möglichkeiten zur Sprachförderung bei Kindern mit Down-Syndrom. Hierbei werden sowohl explizite Sprachförderkonzepte berücksichtigt als auch Frühförderprogramme, die in erster Linie der Verbesserung der Nahrungsaufnahme und Atmung dienen, die aber sekundär auch eine Steigerung der sprachlichen Fähigkeiten bewirken können.

Das letzte Kapitel befaßt sich mit der Gebärdenunterstützten Kommunikation. Ich stelle hier das Konzept von Frau Prof. Wilken vor sowie die Auswertung mehrerer Interviews mit Eltern, die sich mit ihren Kindern durch Gebärdenunterstützte Kommunikation verständigt haben oder dies immer noch tun. Hierfür habe ich die Methode des narrativen Interviews gewählt. Auf die Methodik des Interviews wird im ersten Kapitel näher eingegangen.

Im Verlauf der Arbeit werde ich aus Gründen der besseren Lesbarkeit bei Berufsbezeichnungen immer nur die männliche Form verwenden. Hier sind aber immer sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.

1. Methodik

Um den Erfolg der Gebärdenunterstützten Kommunikation in der Praxis feststellen zu können, habe ich mich entschieden, Interviews mit Eltern zu führen, die mit ihren Kindern mit Down-Syndrom zur Sprachförderung gebärdet haben oder dies noch tun. Aufgrund der Überlegung, daß die Eltern jeden Tag mit den Problemen und Erfolgen der Gebärdenunterstützten Kommunikation konfrontiert werden, bin ich der Meinung, daß sie sich in dem Thema besser auskennen als ich. Daher wählte ich eine offene Form des Interviews. Hierdurch wollte ich vermeiden, daß Themen nicht zur Sprache kommen, die den Eltern wichtig sind, da meine vorgegebenen Fragen den Interviewpartnern keine Gelegenheit lassen würden, die für sie relevanten Bereiche anzusprechen.

Da das Konzept von Frau Prof. Wilken erst seit wenigen Jahren in Deutschland steigende Anerkennung findet, war es mir nicht möglich, ausreichend Gesprächspartner in erreichbarer Nähe zu finden. Aus diesem Grund habe ich

für das Führen der Interviews über Gebärdenunterstützte Kommunikation das Internet genutzt. Die Interviews wurden alle in schriftlicher Form per e-mail geführt. Wissenschaftliche Literatur über per e-mail geführte Interviews war mir nicht zugänglich, daher mußte ich das vorhandene Konzept des narrativen Interviews an die Situation meiner Gespräche anpassen. Dies führte an einigen Punkten zu Schwierigkeiten, die ich im folgenden darstellen möchte.

„Als Interview wird eine verabredete Zusammenkunft bezeichnet, die sich in der Regel als direkte Interaktion zwischen zwei Personen gestaltet....“ (FRIEBERTSHÄUSER 1997, S. 374). Schon hier wird ein erstes Problem deutlich. Durch die Nutzung des Internets war es nicht möglich, direkt mit den Informanten in Kontakt zu treten. Jedoch können so auch mögliche Beeinflussungen des Informanten durch den Interviewer ausgeschlossen werden, wie zum Beispiel durch nonverbale oder verbale Reaktionen auf die Äußerungen des Befragten (FRIEBERTSHÄUSER 1997, S. 371).

GLINKA (1998, S. 9) bezeichnet das narrative Interview als eine „besondere Form des offenen Interviews“. Er sagt, daß in der Interviewsituation der Informant darum gebeten wird, seine Erlebnisse als Geschichte zu erzählen. Es soll sich hier um eine Stegreiferzählung handeln, „der potentielle Informant hat vor dem Interviewgespräch seine Formulierungen weder kalkulieren noch schriftlich abfassen... können.“ An dieser Stelle wird ein zweites Problem greifbar. Da die Befragten ihre Antworten schriftlich formulieren mußten, blieb ihnen mehr Zeit für die genaue Fassung des Textes. Dies ist in einem verbal geführten narrativen Interview nicht möglich. Hinzu kommt, daß die Befragten schon vor der Durchführung des Interviews von mir darüber in Kenntnis gesetzt wurden, daß ich mit ihrem Einverständnis die Interviews oder Teile davon unter Wahrung des Datenschutzes in dieser Arbeit veröffentlichen würde. Hierdurch ist anzunehmen, daß die von mir befragten Eltern ihre Antworten sorgfältig formuliert haben. Auch in verbalen Interviewsituationen ist davon auszugehen, daß Auszüge der Befragung veröffentlicht werden. Jedoch ist es recht unwahrscheinlich, daß der Befragte in einer Erzählsituation noch lange über den Wortlaut seiner Antworten nachdenkt.

Das narrative Interview besteht aus drei Phasen: der Aushandlungsphase, der Haupterzählung und dem Nachfrageteil. In der Aushandlungsphase wird der Befragte darin unterstützt, eine Erzählung zu einem vom Forscher vorgegebenen Thema zu beginnen. Es wird also die endgültige Erzählthematik ausgehandelt. Dazu gehört, daß der Befragte den Sinn des Interviews sowie dessen Ablauf genau erläutert bekommt.

In der Haupterzählung hat der Befragte das Recht, so lange zu reden, wie ihm dies für die Geschichte notwendig erscheint. Der Interviewer sollte zu diesem Zeitpunkt aufmerksam zuhören und dies auch deutlich machen durch emotionale Rückmeldungen. Zwischenfragen oder Bewertungen des Gesagten sind während dieser Phase des Interviews nicht angebracht.

Wenn der Informant seine Erzählung beendet hat, schließt sich der Nachfrageteil an. Der Interviewer kann nun zu Punkten, die ihm nicht ausreichend behandelt erscheinen, Fragen stellen, die den Befragten dazu anregen sollen, zusätzliche Aspekte und Hintergrundinformationen darzustellen (GLINKA 1998, S. 10 – 14).

Auch hier wird deutlich, wie problematisch das Führen von narrativen Interviews über ein Medium ist, bei dem die Befragten sich schriftlich ausdrücken müssen. Die erste Phase des narrativen Interviews ist auch per Internet noch identisch zu verbal geführten Befragungen. Durch meine Nachfrage, ob die Eltern bereit wären, etwas über ihre Erfahrungen mit der Gebärdenunterstützte Kommunikation zu berichten, wurde das Thema festgelegt. Kompliziert wird es hingegen in der Phase der Haupterzählung. Da es mir nicht möglich war, direkten Kontakt mit den Befragten aufzunehmen, konnte ich auch nicht durch aktives Zuhören auf ihre Erzählungen eingehen.

Auf den Nachfrageteil habe ich in vielen Fällen völlig verzichtet, da sich viele meiner Interviewpartner bemühten, auf meine Fragen möglichst kurz und präzise zu antworten. Im narrativen Interview sollte in diesem Teil aber versucht werden, auf einige Punkte des Erzählten noch einmal ausführlicher einzugehen. Außerdem trat das Problem auf, daß einige meiner Gesprächspartner keine Zeit fanden, auf meine Nachfragen zu antworten, was in der direkten Kommunikation nicht vorkommen könnte.

An dieser Stelle möchte ich noch auf ein weiteres Problem aufmerksam machen. Durch die oben geschilderte Situation kann ich nicht feststellen, unter welchen Umständen die Befragten die Interviews erstellten. Es wird nicht deutlich, ob sie sich bei der Beantwortung völlig auf ihre Erfahrungen mit Gebärdenunterstützter Kommunikation konzentrierten oder ob ihnen andere wichtige Fragen durch den Kopf gingen. In einer kommunikativen Situation, in der der Befragte dem Interviewer direkt gegenüber sitzt, kann dieser bemerken, wenn sein Gesprächspartner abwesend wirkt.

Zur Auswertung habe ich keine standardisierten Verfahren verwendet, da diese meiner Meinung nach den Erfahrungsberichten nicht gerecht werden würden.

Trotz der hier beschriebenen Probleme bin ich der Meinung, daß die von mir geführten Interviews einen guten Überblick über die Praxis der Gebärdenunterstützten Kommunikation bieten.

2. Das Down-Syndrom

Das nach dem Arzt Langdon Down benannte Syndrom wurde von diesem erstmals 1866 näher beschrieben. Er gab auch Anregungen für die Behandlung derjenigen Menschen, die dieses Krankheitsbild aufweisen (WILKEN 1997, S. 11).¹

¹ An dieser Stelle möchte ich anmerken, daß ich im Verlauf der Arbeit nur die Bezeichnung „Down-Syndrom“ verwenden werde, da die alte, häufig im Umgangssprachlichen noch genutzte Form „Mongolismus“ eine rassistische Diskriminierung darstellt. Auch Bezeichnungen wie „Down-Kind“ werde ich nicht verwenden, da hier die Person, die vom Down-Syndrom betroffen ist, auf ihre Behinderung reduziert wird. Diese ist jedoch nicht das dominante Merkmal des Kindes, sondern es ist in erster Linie ein Kind, das ganz nor-

2.1 Ursachen des Down-Syndroms

Erst 1959 gelang es französischen Forschern, die schon 1932 geäußerte Vermutung, das Down-Syndrom würde durch eine Chromosomenstörung hervorgerufen, zu bestätigen. Die Entdeckung, daß das Chromosom 21 dreimal statt zweimal in den Zellen vorhanden war, führte zu der Bezeichnung „Trisomie 21“ (PUESCHEL, 1995a, S. 38). Als eine Ursache der beim Down-Syndrom auftretenden Entwicklungsbeeinträchtigungen wird eine Überproduktion von bestimmten Zellenzymen vermutet. Da diese Überproduktion bei allen Formen des Down-Syndroms auftritt, „sind die Auswirkungen aufgrund der gleichen Störung vorwiegend übereinstimmend“ (WILKEN, 1997, S.13).

Neben der freien Trisomie 21, bei der das Chromosom 21 oder auch das Chromosom 22 dreimal in den Zellen vorhanden ist, wurden auch noch andere Formen der Chromosomenaberration gefunden. Jedoch ist die freie Trisomie 21 mit ca. 92% - 95% die häufigste Form des Down-Syndroms (PUESCHEL, 1995a, S. 42; WILKEN, 1997, S. 13 f.). Die Bezeichnung Trisomie 21 wurde nach internationaler Konvention beibehalten, obwohl auch das Chromosom 22 betroffen sein kann. Zu der Störung kommt es, wenn in der ersten Reifeteilung eine Teilungsanomalie, eine sogenannte non-disjunction auftritt (WEIGEL 1990, S.14).

Bei der Mosaikstruktur kann man in unterschiedlichen Zellen unterschiedliche Chromosomensätze feststellen. Neben Zellen mit 47 Chromosomen können solche mit nur 45 Chromosomen vorkommen, aber auch Zellen, in denen der normale Chromosomensatz von 46 Chromosomen zu finden ist. Diese Form des Down-Syndroms ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, daß nach der Befruchtung bei der mitotischen Zellteilung eine Fehlverteilung stattfindet (WILKEN, 1997, S. 14). PUESCHEL sagt, „bei solchen Kindern

male Bedürfnisse hat, die jedes Kind kennzeichnen. Daher werde ich betroffene Personen als „Kinder mit Down-Syndrom“ beschreiben.

seien die Symptome des Down-Syndroms weniger ausgeprägt, außerdem sei ihre geistige Leistungsfähigkeit besser als bei Kindern mit vollständiger Trisomie 21.“ (PUESCHEL, 1995a, S. 44). Die unterschiedlichen Autoren machen jeweils andere Angaben, wie häufig diese Form des Down-Syndroms auftritt, die Aussagen reichen von 1% bis 3% (PUESCHEL, 1995a, S. 44; WILKEN, 1997, S. 14).

Als dritte Form des Down-Syndroms ist die Translokation bekannt. Hierbei ist „in wenigen, familiär auftretenden Fällen ... das zusätzliche Chromosom 21 oder ein wesentliches Stück davon an ein anderes Autosom (meist Chromosom 14, 21 oder 22) angeheftet.“ (PSCHYREMBEL 1994, S. 342). Die Angaben über die Häufigkeit des Auftretens dieser Form des Down-Syndroms liegen zwischen 3% bis 5% (PUESCHEL 1995a, S. 42; WILKEN 1997, S. 15).

In der Literatur wird nur selten zwischen den einzelnen cytogenetischen Formen des Down-Syndroms unterschieden, meistens wird von einem einheitlichen Krankheitsbild ausgegangen. Dabei wird nicht in Betracht gezogen, daß bei der Mosaikstruktur von einer geringer ausgeprägten geistigen Behinderung ausgegangen wird (MALZAHN o.A., S. 11).

Wodurch es zu diesen Chromosomenstörungen kommt, ist bis jetzt nicht bekannt. Immer wieder wurden Vermutungen geäußert, daß Strahlen, Viren, Umweltbelastungen oder Vitaminmangelzustände verursachend sein könnten. Da jedoch das Down-Syndrom in allen Kulturen und schon seit Jahrhunderten auftritt, wie alte Funde belegen, ist anzunehmen, daß die Fehlverteilung der Chromosomen sowie Translokationen relativ häufig vorkommen (WILKEN 1997, S. 16). Ein Zusammenhang, der vielfach bestätigt werden konnte, ist das Gebäralter der Mutter und ein erhöhtes Risiko für das Auftreten des Down-Syndrom. Bei Müttern, die älter als 35 Jahre sind, steigt das Risiko, ein Kind mit Down-Syndrom zu bekommen, erheblich an (PUESCHEL 1995a, S.46f.).

2.2 Beschreibung des Down-Syndroms

Auch zu Anfang dieses Kapitels möchte ich noch einmal darauf hinweisen, daß alle Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Down-Syndrom trotz der gleichen Diagnose, die bei ihnen gestellt worden ist, ebenso eine einzigartige Persönlichkeit sind wie alle anderen Menschen auch. Die nun folgende Beschreibung des Behinderungsbildes können auf das einzelne Kind zutreffen, müssen es jedoch nicht. Ebenso kann es sein, daß einzelne Merkmale auch bei nichtbehinderten Kindern auftreten. Erst die Häufung mehrerer typischer Symptome lassen oft schon beim ersten Eindruck die Diagnose Down-Syndrom zu.

Da die Chromosomen das Aussehen des Menschen bestimmen, ist es nur verständlich, daß durch Veränderungen der Chromosomen sich auch das Äußere des Menschen verändert. Da bei Kinder mit Trisomie 21 die gleiche Chromosomenaberration vorkommt, ist es verständlich, daß sich ihre Symptome ähneln, was sich auch in der Gestalt auswirken kann. Jedoch sind Bemerkungen, die auch in neuerer Literatur leider immer wieder vorkommen, daß sich Menschen mit Down-Syndrom untereinander ähnlicher sehen als ihren Eltern oder Geschwistern, fehl am Platz. Kinder mit Down-Syndrom sind in erster Linie Mitglieder ihrer Familie und bei ihnen besteht ebenso eine Familienähnlichkeit wie bei nichtbehinderten Kindern.

Die Auswirkungen des Down-Syndroms betreffen jedoch nicht nur das Äußere, sondern den kompletten gesundheitlichen Bereich.

Laut WILKEN liegt die Körpergröße der Menschen mit Down-Syndrom unter dem Durchschnitt. In der Kindheit ist dieser Unterschied noch nicht zu gravierend, erst in der Pubertät wird die geringe Körpergröße der Jugendlichen mit Down-Syndrom nach einem geringen Wachstumsschub deutlicher. Das Körpergewicht liegt bei der Geburt etwas unter dem Durchschnitt nichtbehinderter Kinder, dies bleibt zunächst auch so. Vor allem in der Pubertät kommt es dann häufig zu einer starken Gewichtszunahme (WILKEN 1997, S. 29 f.).

Kinder mit Down-Syndrom haben im Vergleich zu Altersgenossen oft einen kleineren Kopf, der zudem durch Brachycephalie runder wirkt (PUESCHEL 1995b, S. 60). Der Schädel ist im Vergleich zur Kopfbreite bei vielen Kindern verkürzt. Der Hals ist relativ kurz und weist im Nacken oft Hautfalten auf.

Der Abstand zwischen den Augen wirkt verbreitert, es entsteht eine Hautfalte am inneren Augenwinkel, der sogenannte Epikanthus, die Lidspalten sind schmal und häufig nach außen und oben geneigt. Die Nase ist wenig ausgeprägt und klein, der Nasen-Rachen-Raum ist verengt, so daß die Nasenatmung erschwert wird. Der Gaumen ist vielfach sehr hoch, der Mund im Vergleich zu anderen Kindern verengt. Da auch eine Minderung des Grundtonus somit auch des Tonus der Lippen- und Zungenmuskulatur zu den Symptomen gehört, kann dies zu einem häufig offenen Mund und einem Vorstrecken der Zunge führen. Eine meistens auftretende vorwiegende Mundatmung ist durch diese Verengung des Nasen-Rachen-Raums und dem verminderten Tonus der Lippenmuskulatur zu erklären. Bei älteren Kindern treten manchmal Risse auf der Zunge auf, auch die Lippen werden bei Kindern und Jugendlichen oft rissig, dies kann jedoch durch Nasenatmung und Behandlung der auftretenden Furchen deutlich verbessert werden.

Die Hände und Füße sind nicht selten kurz und gedrungen. Die Hand weist in der Mehrzahl eine Vierfingerfurche auf der Handfläche auf, ebenso wie zwischen dem ersten und zweiten Zeh typischerweise ein vergrößerter Abstand zu finden ist (WILKEN 1997, S. 30).

Charakteristische Veränderungen finden sich auch am Skelettsystem bei Kindern mit Down-Syndrom. Die Gelenke sind im allgemeinen durch eine Bänderschwäche weniger gut fixiert, was in seltenen Fällen dazu führt, daß Knochen aus dem Gelenk springen können, etwa im Hüftgelenk. Auch die Grundspannung der Muskulatur ist herabgesetzt (WILKEN 1997, S. 31). Durch gezielte Krankengymnastik kann die Hypotonie verbessert werden.

Bei ca. 60% der Kinder mit Down-Syndrom wird eine zeitweilige oder ständige angeborene Hörstörung vermutet, wobei der Hörverlust im Bereich von etwa 10 dB. - 55 dB. liegt (WILKEN 1997, S. 32). PUESCHEL vermutet, daß diese Störungen durch „zuviel Ohrenschmalz im Gehörgang, chronische Mittelohrentzündung, Flüssigkeitsansammlung im Mittelohr und/oder Verformung der Ohrknöchelchen“ verursacht werden können (PUESCHEL 1995c, S. 70). Da die Schwerhörigkeit häufig nur gering ist, fällt sie bei jüngeren Kindern oftmals nicht auf. Dies kann erhebliche Auswirkungen auf den Spracherwerb haben, zum Beispiel wird die Differenzierung von Phonemen erschwert (WILKEN 1997, S. 32). Daher ist eine regelmäßige Überprüfung der Hörleistung bei Kindern mit Down-Syndrom gerade im Hinblick auf den Spracherwerb sehr wichtig.

Auf weitere Besonderheiten bei Kindern mit Down-Syndrom möchte ich im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingehen, da diese Aspekte für das weitere Verständnis des Themas nicht von Bedeutung sind.

3. Sprachentwicklung

In diesem Kapitel werde ich zunächst die Sprachentwicklung bei nichtbehinderten Kindern beschreiben, anschließend werde ich die Besonderheiten bei Kindern mit Down-Syndrom skizzieren.

Altersangaben, die im Zusammenhang mit dem Spracherwerb gemacht werden, sind nur Richtwerte und können in den individuellen Lebensläufen stark variieren.

3.1 Vorsprachliche Kommunikation

Sprachentwicklung beginnt schon lange vor dem ersten „sinnvollen“ gesprochenen Wort des Kindes. Bevor das Kind eine Lautsprache lernen kann, die mit unserem gängigen Zeichensystem – auch Laute sind Zeichen – übereinstimmt, muß es einige vorsprachliche Entwicklungen durchlaufen.

Schon in den ersten Lebensmonaten und -wochen kann das Kind kommunizieren. Es besitzt noch keine Lautsprache, die unserer gesprochenen Sprache entspricht. Jedoch hat es vom ersten Tag an die Möglichkeit, sich mit seiner Umwelt über stimmliche Geräusche in Beziehung zu setzen. In der ersten Zeit geschieht dies eher unbewußt, die Schreie eines Neugeborenen haben nicht die Absicht, die Mutter zu sich zu rufen. Die Schreie des Babys sind angeborene Reflexe. Das Kind schreit immer dann, wenn es sich unwohl fühlt, zum Beispiel, wenn es Hunger hat. GRZESKOWIAK nennt die Phase dieser Lautäußerungen auch die Phase des Schreiens (GRZESKOWIAK 1981, S. 9). Auch sehr wichtig für die Kommunikation zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen ist in dieser Phase der körperliche Kontakt. WISCH sagt, daß hier über die Berührung eine nonverbale Kommunikation stattfindet. Mimik und Gestik sind in dieser Zeit die wichtigsten Mittel der Verständigung (WISCH 1990, S. 47). Jedoch ist für alle hörenden Kinder die menschliche Stimme von Beginn an ein Teil der Beziehung zur Mutter und anderen Bezugspersonen. Mit der Zeit reagieren Kinder immer mehr auf die sie umgebenden Geräusche, dabei zieht es menschliche Stimmen anderen Geräuschen vor (WISCH 1990, S. 49). Schon ein neugeborenes Baby kann sprachliche Laute von Musik oder anderen Geräuschen unterscheiden, „hat also ein ‚Ohr‘ für die gesprochene Sprache, ‚weiß‘ vor allem Wissen, daß es mit Sprachlauten etwas Besonderes auf sich hat.“ (ZIMMER 1996, S. 17).

Die zweite Phase der vorsprachlichen Entwicklung ist die Lallphase. Die Altersangaben über den Beginn dieser Phase variieren sehr stark. GRZESKOWIAK (1981, S. 9) stellt den Beginn dieser Phase schon in die

vierte bis sechste Lebenswoche, WISCH (1990, S. 49) hingegen sagt, daß dieses Entwicklungsstadium erst etwa um den dritten Lebensmonat einsetzt. Einig sind sich beide jedoch darüber, daß das Kind hier Laute produziert, ohne damit eine Absicht zu verfolgen. Das Kind lallt in dieser Zeitspanne meistens in Situationen, in denen es sich wohl fühlt. „Das Kind produziert – sobald es sich zufrieden fühlt – eine Reihe unterschiedlicher Laute, die zufällig und ohne erkennbare Regel hervorgebracht werden.“ (BAUN 1982, S. 21)

WILKEN (1997, S. 56) sagt, daß hier schon die kommunikativen Eigenschaften der Laute des Kindes deutlich werden, da es diese häufig bei direkter Zuwendung von sich gibt. Hier wird deutlich, daß die eigentliche Kommunikation nicht von den Lall-Lauten des Kindes ausgeht, das Wichtige ist die Interaktion mit anderen Menschen.

In der Lallphase bringt das Kind häufig auch Lautverbindungen hervor, die in der es umgebenden Sprache nicht vorhanden sind. „Diese wilde Lautbildung ist auch der Grund dafür, daß das lallende Kind viel mehr und phonetisch andere Laute erzeugt als ihm seine Umgebung vorspricht; sie kommen im Phonembestand (Lautbestand) der betreffenden Sprache nicht vor“ (KAINZ 1964 zitiert nach GRZEKOWIAK 1981, S. 10).

„Bis zum zehnten oder elften Monat haben sich seine Babbel- und Gurrlaute so stark melodisiert und rhythmisiert, daß man ihnen deutlich eine bestimmte Intonation anhören kann. Allein an der Sprachmelodie ließ sich bei noch nicht einjährigen Kindern erkennen, welche Sprache immer mit ihnen gesprochen worden war und nunmehr ihre Muttersprache werden sollte.“ (ZIMMER 1996, S. 28)

Das Kind beginnt nun, die Lautverbindungen der es umgebenden Sprache selbst nachzuahmen, ebenso wie Betonung und Sprachmelodie nun ganz deutlich den Charakter der Muttersprache des Kindes aufweisen.

Etwa zeitgleich erscheinen auch erste Lautverbindungen, die von der Umwelt mit Bedeutungen versehen werden. Das Kind bekommt positive Rückmel-

dungen, wenn die Eltern sich in ‚mama‘ und ‚papa‘ wiedererkennen. Die vorher sinnlosen Laute bekommen für das Kind eine bedeutungsbildende Funktion (WISCH 1990, S. 49). Das Kind beginnt nun auch deutlich mit seinem Gesichtsausdruck und Gesten zu kommunizieren (HORSTMEIER 1995, S. 161). Es kann nun zum Beispiel auf Dinge zeigen, die es haben möchte. GRZESKOWIAK (1981, S. 9) bezeichnet diese Phase der vorsprachlichen Entwicklung als „Phase des Nachahmung“.²

Etwa um den achten Monat beginnt das Kind, ein Sprachverständnis zu entwickeln, wobei dieses Sprachverständnis zunächst sehr an Situationen gebunden ist. „Manchmal genügt die Sprechmelodie eines Satzes oder das Hervorheben einer besonderen Silbe zum Verstehen eines Sachverhaltes.“ (GRZESKOWIAK 1981, S. 12).

Wenn das Kind einen Zusammenhang verstanden hat und auf eine Aufforderung in richtiger Weise reagiert, wird es durch die Reaktion der Eltern oder anderer Personen belohnt. Durch diese Erwiderungen wird das Kind darin bestätigt, daß es eine Situation richtig interpretiert hat. „Es ist einsichtig, daß ohne die angesprochenen Zuwendungen während der Phase des Sprachverständnisses die gesamte Sprachentwicklung negativ beeinflußt werden kann.“ (GRZESKOWIAK 1981, S. 13)

3.2 Aktive Sprache

Mit 18 bis 24 Monaten spricht das Kind seine ersten Worte. Zunächst gebraucht das Kind die Wörter als Teil eines ganzen Handlungsschemas.

² Die Entwicklung des Phonemsystems ist im Rahmen dieser Arbeit nicht erschöpfend zu behandeln, zudem ist sie für das weitere Verständnis nicht notwendig.

„Das Wort Mama ist zunächst kein Wort für die Mutter, sondern wird als allgemeine Klage oder Bitte gebraucht; das Wort Papa taucht in Situationen oder beim Spielen auf, die mit dem Vater zu tun hatten: wenn die Tür aufgeht, wenn das Kind hochgehoben werden will, aber nicht zur Benennung des Vaters.“ (ZIMMER 1996, S. 32).

Allmählich geht das Kind dann dazu über, mit diesen Worten Handlungsabläufe vorwegzunehmen oder sie dazu zu benutzen, sich an diese Handlungsabläufe zu erinnern. Danach gebraucht das Kind das Wort für die Hauptperson der Aktivität und zuletzt fängt es an, damit neue Personen oder Dinge zu benennen, zum Beispiel ‚Ball‘ für alle runden Dinge (ZIMMER 1996 S. 32 f.).

Der Übergang zum gesprochenen Wort ist der eigentliche Beginn des Spracherwerbs. Das Kind beginnt mit Ein-Wort-Äußerungen zu kommunizieren. Mit diesen Äußerungen drückt es viel mehr aus, als dieses eine Wort in der Erwachsenensprache sagt. Zum Beispiel kann es mit ‚Mama‘ meinen, daß es auf den Arm genommen werden möchte oder daß die Mutter ihm ein Spielzeug bringen soll (GRZESKOWIAK 1981, S. 13).

In dieser Phase analysiert das Kind zwar schon die Sprache, die es um sich herum hört, kann jedoch selber noch keine Worte miteinander verbinden. Es muß sich mit einer Aneinanderreihung einzelner Wörter begnügen. Die Bedeutung des Gesagten versteht man häufig nur im Zusammenhang des Spiels oder der Tätigkeiten des Kindes.

Anschließend beginnen die Kinder für eine kurze Zeit, zwei Worte zu einem Satz zu verbinden. Auch diese haben noch fast keine Ähnlichkeit mit den Sätzen der deutschen Sprache wie ein Erwachsener sie spricht. Jedoch ist eine erste Strukturierung zu erkennen. Häufig finden sich Kombinationen aus Wörtern, die sich wie Subjekt und Prädikat verhalten, zum Beispiel ‚Baby weint‘. Aber auch die Kombinationen Prädikat – Objekt, Subjekt – Lokativ und Adjektiv – Substantiv sind zu finden. Außerdem bildet das Kind noch Sätze nach Regeln, die es in der Erwachsenensprache nicht gibt.

„Die Hypothese, die sich das Kind in diesem Stadium über das Wesen der Sprache bildet, müßte etwa so aussehen: Die Sprache besteht einerseits aus Bezeichnungen für Wesen und Dinge oder Handlungen, andererseits aus Elementen, die Beziehungen zu diesen Wesen und Dingen oder Handlungen ausdrücken, wenn man sie an die Inhaltswörter heftet.“ (ZIMMER 1996, S.34f).

Nach dem Stadium der Zwei-Wort-Äußerungen vollzieht sich die weitere Entwicklung der Sprache explosionsartig.

Ich möchte auf den weiteren Spracherwerb, der sich hauptsächlich auf den Grammatikerwerb bezieht, nicht weiter eingehen, da dies für das weitere Verständnis der Arbeit nicht von Bedeutung ist.

3.3 Theorien des Spracherwerbs

Als Erklärung für den Spracherwerb des Kindes gibt es zur Zeit vier Denkrichtungen, die als wahrscheinlich angenommen werden können.

- Der Ansatz des Behaviorismus besagt, daß das Kind die sprachlichen Strukturen durch die Imitation der Erwachsenen erlernt, die Umwelt regt es zu den notwendigen Lernprozessen an.
- Der Ansatz des Nativismus geht davon aus, daß Kinder ein angeborenes Wissen um die Grundstrukturen der Sprache besitzen.
- Der Kognitivismus oder Konstruktivismus stellt die Sprachentwicklung so dar, daß Sprache durch Reifungsprozesse im Gehirn entsteht, die sich jedoch nicht alleine auf Sprache beziehen. Die allgemeine Ausbildung weiterer Strukturen schließt Sprache mit ein. Diese Reifung ist genetisch vorgegeben und daher nicht zu beeinflussen.
- Im Ansatz des Interaktionismus heißt es, daß sich erste sprachliche Strukturen durch Handlungen zwischen Mutter und Kind ausbilden.

Alle vier Theorien haben sich in einigen Punkten als richtig erwiesen, es konnte jedoch keine dieser Thesen die drei anderen entkräften. Die tatsächlichen Prozesse des Spracherwerbs konnten bisher nicht hinreichend geklärt werden (WIRTH 2000, S. 117).

Der behavioristische Ansatz, der von Skinner 1957 entwickelt wurde, besagt, daß Kinder Sprache nach der Theorie der klassischen Konditionierung lernen. Laute, die vom Kind produziert werden, werden von der Umwelt als Worte gedeutet, das Kind bekommt positive Verstärkung in Form von Zuwendung, diese wiederum stabilisiert das vorangegangene Verhalten des Kindes.

Mower relativierte 1960 die Notwendigkeit der Verstärkung durch die Umwelt, er sagt, daß das Kind eine autistische Befriedigung schon darin findet, sich selbst in angenehmen Situationen sprechen zu hören.

Mit dieser Theorie läßt sich aber weder die Schnelligkeit des Spracherwerbs noch die Beständigkeit der einmal erlernten Bedeutungen erklären. Zudem könnte jeder Mensch nach dieser Theorie dann nur die Sätze sprechen, die er schon einmal gehört und gespeichert hat, es wäre nicht möglich, völlig neue Zusammensetzungen von Wörtern zu bilden.

Chomsky (1970) und McNeill (1966) setzten dem Behaviorismus den nativistischen Ansatz entgegen. Chomsky ist der Meinung, daß sich beim Spracherwerb nur angeborene linguistische Fähigkeiten entfalten. Er sagt, das Kind besitzt eine Spracherwerbsvorrichtung, in der eine allgemeingültige Grammatik schon integriert ist. Mit Kenntnis dieser universellen Grammatik ist es in der Lage, das spezielle Regelsystem seiner Muttersprache herauszufiltern (WISCH 1990, S. 59).

Im Interaktionismus, als dessen Vertreter Jerome Bruner und Catherine Snow gelten, wird davon ausgegangen, daß Erwachsene mit Kindern in einer anderen Form sprechen als mit anderen Erwachsenen. Die Mutter oder andere Be-

zugspersonen stimmen die Komplexität ihrer Aussagen immer auf die geistige Reife des Kindes ab. Daher findet der Spracherwerb in der Interaktion zwischen Mutter und Kind statt. Dem Kind wird durch die Babysprache der Mutter eine Sprache in der Form abverlangt, die es mit seinen Kapazitäten im Gehirn auch verarbeiten kann.

Diese Theorie gilt mittlerweile als überholt, da die Babysprache Erwachsener doch immer noch komplexer ist als die Sprache des Kindes. Durch den Interaktionismus wird nur erklärt, unter welchen Bedingungen der Spracherwerb stattfindet.

Piaget ist ein Vertreter des Kognitivismus. Dieser beschreibt die Stufen der geistigen Entwicklung von der ersten Wahrnehmung bis zum abstrakten Denken. Spracherwerb gilt hier als besondere Anwendung der allgemeinen Reifung des Gehirns. Es ist also kein spezielles Sprachprogramm im Gehirn des Kindes vorhanden. Jedoch ist die allgemeine Reifung genetisch vorgegeben, somit ist auch der Spracherwerb genetisch gesteuert (WIRTH 2000, S. 125ff.).

„Wie der Spracherwerb erfolgt, ist somit noch nicht geklärt. Jede der vier genannten Theorien hat irgendwo recht: Der Nativismus, der Interaktionismus, der Kognitivismus und an untergeordneter Stelle der Behaviorismus, denn auch Lernen durch Imitation, Assoziation und Verstärkung ist beim Spracherwerb mit im Spiel.

Eine Spracherwerbstheorie, die eine hinreichende Erklärung der diversen Phänomene in einer kohärenten Theorie bietet, gibt es bisher nicht und ist auch zur Zeit nicht zu erwarten.“ (WIRTH 2000, S. 128).

3.4 Sprachentwicklung bei Kindern mit Down-Syndrom

„Amerikanische Autoren sprechen z.T. von Menschen mit Trisomie 21 als den ‚most severely language handicapped‘“ (JANTZEN 1998, S. 230), also von am schwersten sprachbehinderten Menschen. Auch WILKEN (1997, S. 64) spricht davon, daß Beeinträchtigungen der Sprache ein wesentliches Problem bei Menschen mit Down-Syndrom darstellen. Jedoch weist sie darauf hin, daß auch hier individuelle Ausprägungen vorhanden sind.

3.4.1 Orofaziale Beeinträchtigungen

Häufig zeigen Säuglinge und Kleinkinder mit Down-Syndrom in der frühen Entwicklung der Grundlagen der Sprechmotorik und der vorsprachlichen Kommunikation typische Abweichungen von der Entwicklung bei nichtbehinderten Kindern. Zum Beispiel bleibt bei vielen Kindern mit Down-Syndrom das frühkindliche Saug-Schluckmuster mit einfachen vor- und rückwärts laufenden Zungenbewegungen erhalten. Einige Kinder versuchen sogar noch im Schulalter, mit diesen Zungenbewegungen die Nahrung am Gaumen zu zerdrücken, statt sie zu zerkauen.

Auch in der Lallphase weichen die produzierten Laute nicht nur in der Häufigkeit, sondern auch in der Variationsbreite von der Entwicklung nichtbehinderter Kinder ab, da durch die Hypotonie die Zungenbewegungen anders sind und die Bewegungsvorstellungen für die Kinder mit Down-Syndrom ungenauer bleiben.

Auf Ansprache durch ihre Mütter reagieren diese Kinder häufig stark verzögert, so daß die normale Interaktion asynchron verläuft. Es erfolgen häufig gleichzeitige Äußerungen von Mutter und Kind, weil die Mutter glaubt, auf ihre erste Ansprache keine Reaktion bekommen zu haben und es erneut versucht. Das Kind mit Down-Syndrom antwortet jedoch mit einer so starken Verzögerung, daß die Mutter schon nicht mehr mit einer Antwort rechnet und

erneut zur Kommunikation mit ihrem Kind ansetzt. Dadurch wird der Impuls des Kindes, zu antworten, unterdrückt, das Kind lernt mit der Zeit, daß es nur lange genug warten muß, damit sein Gegenüber wieder aktiv wird.

Ebenso setzen Kinder mit Down-Syndrom den referentiellen Blickkontakt selten dazu ein, ihre Bezugsperson auf etwas aufmerksam zu machen, zum Beispiel auf das, was sie gerade tun oder möchten. Es wird angenommen, daß sich dadurch die Entwicklung der Objektpermanenz verzögert, was wiederum Auswirkungen auf die sprachliche Entwicklung hat. Es wurde beobachtet, daß die ersten Wörter bei Kindern mit Down-Syndrom erheblich verzögert auftreten und daß auch der weitere Aufbau des Wortschatzes im Vergleich zu nichtbehinderten Kindern verlangsamt erfolgt. Dabei besteht eine Beziehung zwischen der verzögerten motorischen und der sprachlichen Entwicklung. Bis zum Alter von etwa 18 Monaten entwickeln sich die kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten niveaugleich, danach ist eine stärker werdende Verzögerung der sprachlichen Entwicklung zu beobachten. Das Sprachverständnis allerdings entspricht den nonverbalen kognitiven Fähigkeiten der Kinder. Hieraus läßt sich die häufig sehr große Diskrepanz zwischen aktiver und passiver Sprache verstehen.

Der lexikalische Aufbau der Sprache gelingt den meisten Kindern mit Down-Syndrom recht gut, viele der Kinder haben jedoch Schwierigkeiten bei Satzbau und Grammatik.

Die durchschnittliche Äußerungslänge entwickelt sich zuerst verlangsamt, stagniert dann etwa um das fünfzehnte Lebensjahr völlig.

Artikel, Präpositionen, Zeitformen und Hilfsverben werden oft nur eingeschränkt benutzt, Nebensätze finden sich eher selten.

Mit zunehmendem Alter wird von vielen Kindern mit Down-Syndrom verstärkt das Problem erlebt, daß sie nicht verstanden werden, da oftmals eine erhebliche Einschränkung der Verständlichkeit der Sprache mit dieser Behinderung auftritt. Man vermutet, daß diese Erfahrungen die Tendenz zu kurzen Sätzen verstärkt.

Die Entwicklung von Grammatik und Artikulation endet wahrscheinlich wie bei anderen Kindern auch in der Pubertät, jedoch weiß man aus Erfahrung,

daß es für die Förderung des Sprachverständnisses keine Altersgrenze gibt (WILKEN 1997, S. 64ff).

WILKEN (1997, S. 68) weist ausdrücklich darauf hin, daß Kinder mit Down-Syndrom im Vergleich zu anderen Kindern mit einer geistigen Behinderung ein deutlich besseres Sprachverständnis haben, ihre rezeptiven Fähigkeiten sind gegenüber den expressiven Möglichkeiten wesentlich weiter entwickelt. Aufgrund dieser Differenz wird eine Förderung im kommunikativen Bereich empfohlen. Ein vorhandenes Mitteilungsbedürfnis macht es auf jeden Fall erforderlich, daß eine für das jeweilige Kind angemessene Kommunikationsform gefunden wird. Wie diese Förderung im einzelnen aussehen kann, muß für jedes Kind neu entschieden werden.

3.4.2 Sprachstörungen

In der Sprachheilkunde wird die Sprachstörung, die aufgrund einer vorhandenen geistigen Behinderung auftritt, als Dyslogie bezeichnet (WIRTH 2000, S.739). Diese Sprachstörung wird wegen der vorhandenen geistigen Behinderung bei Kindern mit Down-Syndrom als gegeben angenommen.

Typische Sprachstörungen bei Kindern mit Down-Syndrom konnten bisher nicht festgestellt werden. Jedoch zählt WIRTH (2000, S. 756) einige Störungsbilder auf, die häufiger bei Kindern mit Down-Syndrom zu bemerken sind. Hierzu zählen Dysgrammatismus, Stammeln, Poltern, Stottern und ein reduzierter Stimmumfang bei heiserer Stimme.

FRANKE (1998, S. 120) nennt neben der Dyslogie Sprachentwicklungsbehinderungen, Dyslalie, die durch die Hypotonie verursacht sein könnte, Dysgrammatismus, eingeschränkten Wortschatz, allgemeine orofaziale Störungen und Dysphonie als möglicherweise auftretende Probleme der Sprachentwicklung.

Auch WILKEN (1997, S. 75f.) weist auf die Problematik der häufig auftretenden Artikulationsstörungen und die dadurch bedingte schlecht verständliche Sprache bei Menschen mit Down-Syndrom hin. „In einer englischen Untersuchung wurde für Kinder unter 14 Jahren festgestellt, daß nur 10% der Jungen und 18% der Mädchen für Fremde verständlich sprachen.“ (ebd. S. 76) Aus den Untersuchungen wurde auch deutlich, daß Kinder mit Down-Syndrom im Vergleich zu anderen Kindern mit einer geistigen Behinderung erheblich größere Schwierigkeiten hatten, sich sprachlich auszudrücken. In einigen Untersuchungen wurden folgende Auffälligkeiten festgestellt: Bei der Konsonantenbildung war ein stärkerer Zungen-Gaumenkontakt zu verzeichnen und es traten längere Verschußzeiten auf. Die dental-alveolare Position wurde von den Kindern bei der Artikulation seltener benutzt, es überwogen die velaren, pharyngalen und glottalen Lautbildungen. Auffällig sind auch typische Perseverationen sowie Vor- und Nachwirkungsfehler.

Isolierte Einzellaute werden meistens richtig gesprochen, auch einzelne Wörter bereiten weniger Schwierigkeiten als die Verbindung dieser zu Sätzen. Jedoch scheint die Satzlänge keinen Einfluß auf die Artikulationsprobleme zu haben. Wenn Wörter und Sätze direkt nachgesprochen werden können, ist eine geringere auditive Gedächtnisleistung erforderlich, dadurch treten die Probleme in wesentlich reduziertem Umfang auf.

Die Ursachen werden in den vielfältigen Beeinträchtigungen des orofazialen Bereichs und der Hypotonie gesehen, die aufgrund der geistigen Behinderung nur schwer ausgeglichen werden können.

Auch bei Kindern mit Down-Syndrom sollte eine Förderung der Aussprache im Kindergarten und in der Grundschule stattfinden, da für den Erwerb der phonologischen Entwicklung eine sensible Phase angenommen wird, die bis etwa zum siebten Lebensjahr reicht.

Neben Störungen der Artikulation treten bei Kindern mit Down-Syndrom vermehrt Redeflußstörungen auf. Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung ist der Anteil dieser Störungen im Vergleich zu nichtbehinderten deut-

lich erhöht, Kinder und Jugendliche mit Down-Syndrom sind in dieser Gruppe nochmals doppelt so stark betroffen. Es wird angenommen, daß diese Störung aufgrund des geringen Wortschatzes und der Diskrepanz zwischen „Vorstellungsvermögen und sprechmotorischer Leistungsfähigkeit“ (CABANAS zitiert nach WILKEN 1997, S. 79) zustande kommt. Die von CABANAS festgestellte fehlende Sprechangst und ein nicht vorhandenes Störungsbewußtsein lassen sich jedoch nicht belegen. WILKEN (1997, S. 80) sagt hierzu, daß auch bei Kindern mit Down-Syndrom ein wortvermeidendes Verhalten festzustellen ist. Der Beginn des Stotterns liegt bei Kindern mit Trisomie 21 häufig zwischen dem achten und dem zehnten Lebensjahr. Es ist meistens nicht möglich, die genauen auslösenden Faktoren festzustellen, aber auch in der Erforschung des Stotterns bei nichtbehinderten Kindern herrscht über die Herkunft noch keine endgültige Klarheit. Bedenken sollte man allerdings, daß Kinder mit Down-Syndrom häufig die Erfahrung machen, daß sie nicht verstanden werden, wenn sie etwas mitteilen wollen. Daher müssen auch psychische Faktoren mit berücksichtigt werden.

Die letzte Gruppe der häufig auftretenden Sprachstörungen sind Stimmstörungen, die von vielen Autoren immer wieder erwähnt werden. Einige Verfasser gehen sogar so weit zu behaupten, daß die typische heiser und guttural klingende Stimme bei Kindern mit Down-Syndrom diagnostisch wertvoll sei (WILKEN 1997, S. 81).

Eine Erklärung für diese typische Veränderung der Stimme ist bis jetzt noch nicht gefunden worden. Als mögliche Ursachen werden die Unterentwicklung des Kehlkopfes, die veränderte und unregelmäßige Atmung oder die von der Hypotonie betroffenen, zu lockeren Stimmbänder angenommen. Ebenso ist es möglich, daß vorhandene Hörbehinderungen nicht früh genug erkannt werden, so daß es den Kindern aufgrund verminderten auditiven Feedbacks nicht möglich ist, eine genaue Bewegungsvorstellung der richtigen Artikulation zu speichern. In neueren Untersuchungen dagegen berichten nur wenige der Eltern von einer auffälligen Stimme ihrer Kinder mit Down-Syndrom (WILKEN 1997, S. 81f.).

4. Sprachförderung bei Kindern mit Down-Syndrom

4.1 Begründung einer syndromspezifischen Therapie

Die meisten Kinder mit Down-Syndrom gehören der Gruppe der Menschen mit einer geistigen Behinderung an, obwohl es in einigen Fällen auch vorkommt, daß lediglich eine Lernbehinderung vorliegt. Die therapeutischen Konzepte zur Förderung der Sprache bei Menschen mit einer geistigen Behinderung sind unspezifisch für die Gesamtheit dieser Menschen konzipiert. Da jedoch Geistige Behinderung durch sehr viele verschiedene Ätiologien bedingt und die Beeinträchtigung mehr oder weniger stark sein kann, sind diese Therapiekonzepte in diesen undifferenzierten Formen für viele der betroffenen Personen ungeeignet.

Für die Förderung von Kindern mit Down-Syndrom ist zu bedenken, daß trotz einer gleichen chromosomalen Störung vielfältige Beeinträchtigungen auftreten können. Daher sind für Förderkonzepte, die speziell für Kinder mit Down-Syndrom konzipiert werden sollen, alle syndromspezifischen „Auffälligkeiten in der körperlichen, geistigen und sprachlichen Entwicklung, den typischen Veränderungen der Sprechorgane sowie den charakteristischen physischen und psychischen Besonderheiten“ (WILKEN 1997, S. 90) zu berücksichtigen.

Es ist jedoch besonders wichtig, in diesen Therapiekonzepten nicht nur auf die Defizite zu achten, auch vorhandene Kompetenzen müssen in die Therapieplanung mit einbezogen werden, da hier wichtige Ansatzpunkte zu sehen sind. Diese Stärken liegen bei jedem Kind anders und sind deshalb individuell festzustellen und für die Förderung zu nutzen.

Für alle Kinder gilt dagegen, daß häufig eine relativ bessere Merkfähigkeit im visuellen als im auditiven Bereich besteht. Auch die nonverbalen Ausdrucksmöglichkeiten des Körpers wie Mimik und Gestik sind fast immer besser entwickelt als die expressiv sprachlichen Fähigkeiten.

Aufgrund dieser behinderungsspezifischen Besonderheiten ist die Forderung nach einer syndromspezifischen Therapie vertretbar, mit der man „die typischen primären und sekundären Behinderungen zu mindern versucht“ (WILKEN 1997, S. 90).

4.2 Therapieansätze

4.2.1 Orofaziale Regulationstherapie

Castillo Morales hat ein Frühbehandlungskonzept entwickelt, das auf der beim Down-Syndrom typischen Problematik der Gesamtmotorik sowie im orofazialen Bereich basiert. Dieses Konzept besteht aus zwei Teilen, das erste ist die neuromotorische Entwicklungstherapie, eine Bewegungstherapie für hypotone Kinder. Der zweite Teil ist die orofaziale Regulationstherapie, speziell für Mund- und Rachenraum. Dadurch sollen die sekundären Probleme der Grob- und Feinmotorik gemildert werden, in erster Linie im Mundbereich. Die bei fast allen Kindern mit Down-Syndrom auftretende Hypotonie bewirkt gesamtkörperlich eine falsche Haltung und der in den Nacken überstreckte Kopf hat einen vorgeschobenen Unterkiefer zur Folge. „Der meistens unterentwickelte Oberkiefer, der oft enge hohe Gaumen, die schlaffe und breite Zunge können die orofaziale Problematik verstärken.“ (WILKEN 1997, S. 91) Auch die häufig verengten Nasengänge bedingen oftmals eine Mundatmung und verstärken das Vorschieben der Zunge auf die Zähne oder Unterlippe. Damit jedoch eine normale Entwicklung des Mund- und Gesichtsbereichs stattfinden kann, ist zum einen der Zungendruck, zum anderen ein Zusammenspiel der Lippen- und Wangenmuskulatur unbedingt erforderlich.

Die primäre Aufgabe der Organe im Mundbereich sind Atmung und Nahrungsaufnahme durch Saugen, Kauen und Schlucken, erst als sekundäre Aufgaben kommen Mimik und Lautproduktion hinzu. Daraus folgt, daß bei Stö-

rungen der primären Funktionen die sekundären noch deutlicher beeinträchtigt werden. Darum setzt die orofaziale Regulationstherapie schon an einem sehr frühen Zeitpunkt mit entwicklungsbegleitenden Hilfen an. Diese beziehen sich auf Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, zum Beispiel beim Stillen, Trinken aus der Flasche oder Essen mit dem Löffel. Dadurch sollen die normalen orofazialen Bewegungsabläufe trainiert werden. Auch die Nasenatmung soll so unterstützt werden.

Das Einpassen einer Gaumenplatte kann bei einigen Kindern notwendig werden. Diese besteht aus einem Kunststoffplättchen, das speziell für den Gaumen des Kindes geformt wird, mit einem Stimulationsknopf für die Zunge. Hierdurch soll das Kind dazu angeregt werden, die Kontraktion der Zunge nach hinten/oben zu üben. Auch „die Vorverlagerung der Oberlippe, das Heben der Mundwinkel, die Förderung der Nasenatmung, der Verbesserung des Saug- und Schluckmusters und die Verminderung der Mandibulaprotusion (= Vorschieben des Unterkiefers)“ (WILKEN 1997, S. 92) sollen so erlernt werden.

Vor der Anfertigung der Gaumenplatte sollte eine genaue Untersuchung der Muskulatur im orofazialen Bereich, der Atmung und der Nahrungsaufnahme vorgenommen werden. „Als mögliche Indikation für eine Platte gelten breite, hypotone Zungen, die zwischen den Zähnen oder den Lippen liegen, Zungen mit Diastase, die zusätzlich aus dem Mund heraushängen, hypotone wenig aktive Oberlippen“ (CASTILLO MORALES 1991 zitiert nach WILKEN 1997, S. 93). Hierfür existiert ein Untersuchungsbogen, mit dem die Problematik differenziert erfaßt werden soll. CASTILLO MORALES (zitiert nach WILKEN 1997, S. 92) weist ausdrücklich darauf hin, daß die Platte niemals als Prophylaxe angewendet werden soll. In Deutschland sieht die Praxis häufig anders aus.

RUDZKI-JANSON beschreibt noch 1990 eine in Deutschland gebräuchliche orale Funktionstherapie als primäre Behandlung bei Kindern mit Down-Syndrom. Diese Therapie hat das Ziel, durch die Anpassung einer Gaumenplatte „einen mechanischen Stimulus auf die Zungen-, Lippen- und Wangenmuskulatur auszuüben“ (zitiert nach WILKEN 1997, S. 92). Es werden je-

doch im Gegensatz zu der Therapie von CASTILLO MORALES keine individuellen Kriterien angegeben, bei welcher Indikation eine Gaumenplatte notwendig ist. Zu der starken Nachfrage nach dieser Therapie könnten die positiven Berichte in der Literatur über Erfolge mit der Gaumenplatte geführt haben. Es ist jedoch so, daß nicht alle Kinder mit Down-Syndrom wirklich eine solche Platte brauchen, zudem gibt es einige Erfahrungen, die nicht dem positiven Bild entsprechen. Es kommt vor, daß Kinder nach dem Einsetzen der Platte den Mund noch weiter öffnen, andere Kinder nehmen die Platte von selber wieder heraus, zudem war in vielen Fällen gar keine Wirkung festzustellen.

In einer schwedischen Untersuchung wurde zwar die Wirksamkeit der Gaumenplatte belegt, insgesamt fiel das Ergebnis jedoch nicht so eindeutig aus, wie es Veröffentlichungen glauben machen wollen.

Daß eine begleitende orofaziale Therapie zu der Gaumenplatte notwendig ist, wird in einigen Berichten nicht erwähnt. Eltern erzählen zudem, daß diese Therapie auch nicht angeboten wird (WILKEN 1997, S. 91ff.).

Bei richtiger Anwendung der Gaumenplatte ist etwa alle drei Monate eine neue Anpassung notwendig. Es soll jedoch nicht nur die Platte neu adaptiert werden, auch die begleitende Behandlung muß immer wieder neu an den Bedürfnissen des Kindes ausgerichtet werden.

In bestimmten Entwicklungsphasen des Kindes ist ein Scheitern der Behandlung mit der Gaumenplatte wahrscheinlich. Daneben gibt CASTILLO MORALES (zitiert nach WILKEN 1997, S. 93) noch andere Gründe für das Mißlingen der Behandlung an. Er nennt als häufigste Ursachen Fehler in der Plattengestaltung, ungenügende Diagnostik und Verordnungen der Platte bei Kindern, die aufgrund pathologisch veränderter oberer Luftwege durch den Mund atmen.

Um falsche Erwartungen und Enttäuschungen bei den Eltern vorzubeugen, ist eine genaue Information der Erziehungsberechtigten notwendig. Zum Erfolg führt die Gaumenplatte nicht bei allen Kindern mit Down-Syndrom, auch sollte das Einsetzen dieser Platte nur im Gesamtkonzept einer motorischen

Therapie zur Behandlung der Problematik im orofazialen Bereich stattfinden (WILKEN 1997, S. 91ff.).

4.2.2 Frühlesen

Bei den folgenden Konzepten ist das Ziel nicht, den Kindern nur die Kulturtechnik Lesen beizubringen. In den Programmen von OELWEIN (1978), MAQUARIE (1979) und BUCKLEY (1985) geht es hauptsächlich darum, durch Visualisierung der Wörter vorhandene Schwächen im auditiven Bereich bei Kindern mit Down-Syndrom zu kompensieren. Es ist erwiesen, daß die meisten Kinder mit Down-Syndrom visuell Lernende sind, für sie gilt daher: „Lesen ist wie das Hören mit den Augen“ (MAQUARIE zitiert nach WILKEN 1997, S. 94). Trotzdem herrscht bei vielen Eltern und Fachleuten immer noch Skepsis, wenn sie hören, daß Kinder mit Down-Syndrom schon sehr früh, etwa ab dem Kindergartenalter mit dem Lesen einzelner Wörter anfangen können. Zum Beispiel sind viele Leute der Meinung, daß Lesen lernen in die Schule gehört. Vor allem in Deutschland wird diese These immer wieder propagiert. Im englischsprachigen Ausland jedoch beginnt die Schule schon mit fünf Jahren, und auch in der Vorschule wird häufig schon mit Wortkarten gearbeitet. In Deutschland lernen gehörlose Kinder schon sehr früh, mit geschriebener Sprache umzugehen, damit ihre lautsprachliche Entwicklung besser vorangetrieben werden kann.

Die Behauptung, Kinder mit einer geistigen Behinderung könnten nicht lesen lernen, wird noch immer durch einige an Schulen tätige Sonderpädagogen unterstützt. Daher wird Leseunterricht in der Sonderschule gar nicht erst angeboten oder die Lehrer arbeiten mit ungeeigneten Methoden, so daß die Schüler das Lesen nicht lernen, sich die Erwartungen der Lehrer also erfüllen. Es ist jedoch durch vielfältige Erfahrungen belegt, daß gerade Kinder mit Down-Syndrom sehr wohl Lesen lernen können.

Durch die Fülle der therapeutischen Angebote sind viele Eltern überfordert. Gerade in den ersten Lebensjahren, wenn sie die Geburt eines behinderten

Kindes noch nicht richtig verarbeitet haben, lehnen Eltern es häufig ab, als Therapeut ihrer Kinder zu fungieren. Jedoch kann man das Lesenlernen als ein Spiel mit dem Kind beginnen, so daß sich weder das Kind noch die Eltern überfordert fühlen müssen (HALDER 1999, S. 54f.). Beim Lernen sollte jedoch darauf geachtet werden, daß gut erreichbare Ziele gesteckt werden, um Frustration auf Seiten der Eltern und der Kinder zu vermeiden. Auch sollte nicht unbedingt direkt mit Wortkarten gearbeitet werden, Übungen zur optischen Differenzierung können als vorgeschaltete Lektion sehr nützlich sein. Auch das Spielen mit normalen Bilder-Lottos kann eine Stufe zum Lesenlernen sein. Das Kind sollte zu Beginn des Lesenlernens auch schon Anweisungen wie „nimm“, „zeige“ oder „gib mir“ verstehen und befolgen können. Die nächste Stufe ist die Arbeit mit Silhouetten-Karten, um die Aufmerksamkeit des Kindes auf Unterschiede in Form und Umriß zu lenken. Dann lernen die Kinder mit den Wort-Karten zu arbeiten. Zuerst sollen sie gleiche Wörter zueinander sortieren, dann vorgelesene Wörter erkennen, und schließlich sollen die Kinder lernen, die Wörter selbst zu benennen. Wichtig ist, dem Kind für jedes Wort, das es lesen kann, auch eine Bedeutung zu vermitteln (WILKEN 1997, S. 95). Die Wörter werden zwar nicht in dem Sinne erlesen, wie wir es verstehen, jedoch beginnen auch viele Grundschulen heute das Lesen nicht mehr mit dem Lernen einzelner Buchstaben, sondern mit dem Wiedererkennen des Schriftbildes ganzer Wörter.

Mit der Zeit übernehmen die Kinder die Wörter, die sie erlesen können, in ihre Spontansprache. Auch gelesene Sätze mit zwei oder drei Wörtern und richtigen grammatischen Strukturen tauchen schnell in Alltagssituationen auf.

Erst wenn ein großer Grundwortschatz vorhanden ist und erlesen werden kann, werden die Kinder auf gleiche Buchstaben oder Silben hingewiesen, systematisch erfolgt nun die Hinführung zum Lesen im herkömmlichen Verständnis (WILKEN 1997, S. 96).

Nach Berichten aus England kann etwa jedes fünfte Kind mit Down-Syndrom im Alter von drei bis vier Jahren einzelne Wörter lesen lernen. Durch das

Förderprogramm erreichen die Kinder nicht nur bessere sprachliche Fähigkeiten und einen größeren Wortschatz, sondern auch ihre Aussprache wurde deutlicher und die Grammatik war spontan vollständig abrufbar. Auch im Lesen konnten etliche der Kinder Fähigkeiten erwerben, die denen eines nichtbehinderten Kindes im Alter von zwölf Jahren entsprachen.

Jedoch nicht nur die Ergebnisse des Frühlesens waren interessant, auch Fehler, die von den Kindern immer wieder gemacht wurden, überraschten. Zu erwarten wäre gewesen, daß Wörter mit ähnlichem Schriftbild von den Kindern verwechselt würden, wie zum Beispiel Brot – Boot. Was jedoch erstaunte, waren die semantischen Fehler der Kinder. Sie lasen ein Wort, sagten aber ein anderes Wort, das ein völlig anderes Schriftbild hatte, jedoch die gleiche Bedeutung aufwies. So kam es vor, daß ein Kind das Wort Boot auf der Karte stehen hatte, jedoch Schiff sagte. Aus diesen Fehler wird deutlich, daß die Kinder die gelesenen Wörter auch verstehen und Synonyme dafür finden können. Kritiker hatten behauptet, die Kinder würden nur mechanisch Gelerntes wiedergeben (HALDER 1999, S. 56).

WILKEN (1997, S. 96) gibt jedoch zu bedenken, daß die Frühlesemethode in der Familie begonnen werden müßte, die Schule könnte dann den Übergang von gelesenen Wortbildern zum Lesen der einzelnen Buchstaben leisten. Hier setzt ihre Kritik an. Alle Programme erfordern ein planvolles und differenziertes Üben mit dem Kind. Einige Familien können solche Programme zu Hause nicht durchführen, zum Beispiel aufgrund anderer Kinder. Andere Eltern wollen kein Frühleseprogramm mit ihrem Kind mit Down-Syndrom durchführen, da sie auch bei nichtbehinderten Kindern diese Aufgabe der Schule überlassen würden. Die Programme sind häufig auch so stark vorkonstruiert, daß die Eltern keine kreativen Ideen mehr einbringen können. Auch die jeweils individuelle sprachliche Entwicklung des Kindes kann nicht immer ausreichend beachtet werden. Jedoch konnten aus der Frühlesemethode Erfahrungen gewonnen werden, die in der Schule für Geistigbehinderte genutzt werden können. Die bisherigen Leselernmethoden fangen häufig bei einem Buchstaben an und versuchen damit, dem Kind das Lesen beizubrin-

gen. Durch den Ansatz des Frühlesens wurde deutlich, wie wichtig ein ganzheitliches Vorgehen gerade für Kinder mit Down-Syndrom ist. Beim Lesenlernen durch Wortkarten ist immer eine konkrete Bedeutung mit dem Begriff verbunden. Diesen Vorteil bieten Methoden, die mit Buchstaben beginnen, nicht.

Die Erfahrungen haben gezeigt, daß gerade Kinder mit Down-Syndrom durch Leseunterricht erhebliche Fortschritte in ihrer sprachlichen Entwicklung machen können. Vorteile sind zum Beispiel:

- „Geschriebene Wörter machen Sprache sichtbar und können auditive Probleme vermindern.
- Geschriebene Wörter können so lange betrachtet werden, wie es für das Verstehen nötig ist, während bei gesprochenen Wörtern eine zeitliche Dehnung nicht möglich ist.
- Geschriebene Wörter auf Wortkarten lassen sich sortieren, nach Regeln ablegen oder nach Begriffen ordnen.
- Lesen ermöglicht die Aussprache zu verbessern, sich an einzelne Buchstaben und Silben zu erinnern, Satzmuster einzuüben, zu behalten und zu wiederholen.“ (BIRD und BUCKLEY 1994 zitiert nach WILKEN 1997, S. 98)

4.2.3 Sprachförderung im Säuglings- und Kleinkindalter

Da die orofazialen Funktionen primär der Nahrungsaufnahme und der Atmung dienen, kann eine Beeinträchtigung dieser Funktionen schon im frühen Säuglingsalter auf einen erschwerten Spracherwerb hinweisen. Eine Förderung zu diesem frühen Zeitpunkt dient nicht nur der Vermeidung von Schwierigkeiten im Spracherwerb, sondern kann auch gezielt Hilfe bei der Nahrungsaufnahme in diesem Alter leisten sowie zu der Verbesserung der Mundatmung beitragen. Daher setzen entwicklungsorientierte Hilfen an die-

sem Punkt an und versuchen, den Kindern schon bei den primären Funktionen zu einer normalen Entwicklung zu verhelfen.

Diese präverbale Förderung hat zum Ziel, die sprechmotorischen Fähigkeiten zu verbessern, die Hypotonie der Zunge und der Gesichtsmuskulatur zu verringern. Zudem macht das Kind durch die Förderangebote die Erfahrung, daß seine eigene Aktivität gefordert ist. Nur so kann es kognitive Erkenntnisse gewinnen, die wichtig für die Sprachentwicklung sind.

Hier muß jedoch beachtet werden, daß die Interventionen sich nach dem individuellen Förderbedürfnis des Kindes richten müssen, ebenso wie altersgemäße Übungen wichtig sind.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Erkenntnis, daß bei der Geburt von Kindern mit Down-Syndrom ihre Lippen und Zungen nicht oder nur geringfügig von denen nichtbehinderter Kinder abweichen. Dies bedeutet, daß die Veränderungen eine Folge der syndromspezifischen Problematik sind, die durch präventive Förderung gemindert werden können (WILKEN 1997, S. 112).

Schon bei einem neugeborenen Kind mit Down-Syndrom kann die orofaziale Muskulatur gefördert werden. Stillen erfordert von dem Baby weit mehr Anstrengung als Trinken aus der Flasche. Die Beweglichkeit der Zunge wird stärker gefördert, die Wangenmuskulatur gekräftigt und der Unterkiefer stabilisiert, was die bei manchen Kindern mit Down-Syndrom auftretende Progenie verhindern kann. Auch ermöglicht der enge Kontakt zwischen Mutter und Kind die Entwicklung von ersten kommunikativen Erfahrungen und Blickkontakt. Häufig haben Babys mit Down-Syndrom aufgrund ihrer allgemeinen Hypotonie Schwierigkeiten beim Stillen. WILKEN (1997, S. 114) sagt jedoch, daß man davon ausgehen kann, daß fast alle Kinder nach einiger Zeit in der Lage sind, an der Brust zu trinken. Der Mundschluß sei hier für viele der Babys leichter zu erreichen als bei der Flasche. Das Kind kann durch leichten Druck oder leichtes Streichen unter dem Kinn, das der Saugbewegung angepaßt ist, beim Trinken unterstützt werden. Hiermit wird eine bessere Zungenhebung erreicht. Wenn das Kind nicht von selber anfängt zu

saugen, ist es oft hilfreich, einen Finger mit einigen Tropfen Milch in den Mund des Kindes zu schieben und so die Saugbewegungen herauszufordern. Wenn es nicht möglich sein sollte, das Kind von Beginn an zu stillen, ist es doch gerade bei Kindern mit Down-Syndrom wichtig, es mit Muttermilch aus der Flasche zu füttern. Es ist erwiesen, daß Säuglinge, die gestillt werden, weniger unter Infekten der oberen Atemwege leiden, die bei Kindern mit Trisomie 21 besonders häufig auftreten. Falls es nicht möglich sein sollte, das Kind zu stillen, können auch bei der Fütterung des Kindes mit der Flasche wichtige Erfahrungen gemacht werden. So sollte auch hier die Situation entspannt gestaltet und dem Kind die Möglichkeit des Blickkontakts gegeben werden. Das Trinken aus der Flasche sollte dem Kind nicht zu leicht gemacht werden, die Milch sollte nur langsam tropfend aus dem Sauger kommen. So wird auch hier die Muskulatur gestärkt.

Wichtig ist außerdem, darauf zu achten, daß der Säugling seine Zunge beim Trinken nicht seitlich aus dem Mund schiebt. Unterstützung kann man dem Kind beim Saugen aus der Flasche ebenso geben wie beim Stillen (WILKEN 1997, S. 115).

Auch eine Gewöhnung an einen Schnuller ist auf jeden Fall sinnvoll, da hiermit eine Aktivierung der Wangen- und Lippenmuskulatur auch außerhalb der Nahrungssituation erreicht wird. Viele Kinder mit Down-Syndrom lehnen einen Schnuller anfangs ab, da das Trinken als anstrengend erlebt wird. Auch abweichende Zungenbewegungen können dazu führen, daß das Kind den Schnuller schnell wieder aus dem Mund befördert. Bei einer Gewöhnung, die durchaus möglich ist, wird nicht nur die Muskulatur gestärkt, sondern der Schnuller unterstützt auch den Mundschluß und die Nasenatmung, wenn diese nicht pathologisch verhindert ist (WILKEN 1997, S. 114f.). Auch bei leichtem Druck auf den Bereich zwischen Nase und Oberlippe, zum Beispiel mit dem quer liegenden Zeigefinger, wird als Gegenreaktion meistens der Mundschluß erreicht (WILKEN 1997, S. 158).

Wenn das Kind etwas älter wird, ist eine rechtzeitige Gewöhnung an Brei und später festerer Nahrung nötig. „Offenbar gibt es auch für das Kauenlernen eine ‚sensible Phase‘, in der das Kind erhöht bereit ist, auf entsprechende Angebote einzugehen.“ (WILKEN 1997, S. 116). Bei der Fütterung kann die Nahrung etwas seitlich in den Mund gegeben werden. Dadurch wird eine normale Zungenbewegung gefördert und gleichzeitig verhindert, daß die Nahrung wieder aus dem Mund geschoben wird. Um immer wieder Erfahrungen mit dem Mund zu fördern, ist es wichtig, dem Kind bei der Mund-Hand-Koordination Unterstützung zu geben, so daß es seinen Beißring oder anderes Spielzeug erreichen und in den Mund stecken kann. Wenn das Kind Hunger hat, möchte es vor allen Dingen satt werden und nicht Kauen üben. Daher bestehen die größeren Chancen, daß das Kind motiviert ist, zwischen den Mahlzeiten.

„Da Kinder mit Down-Syndrom von sich aus nur wenig in den Mund nehmen, müssen wir ihnen Hilfen geben, um Munderfahrungen zu machen und sie unterstützen, um auf verschiedenen, üblichen Spieldingen, wie Gummitieren, Stoffpuppen, Beißringen u.ä. zu lutschen und zu beißen.“ (WILKEN 1997, S. 161).

Besonders gut eignen sich hierzu Spielzeuge, von denen sich Teile gut in den Mund stecken lassen. Um flächige Spielzeuge zu erreichen, wird die Zunge herausgestreckt, daher sind diese weniger gut geeignet.

Später sollten Kinder mit Down-Syndrom wie alle anderen Kinder die Möglichkeit erhalten, zwischen den Essenszeiten einen Keks oder Zwieback zu essen. So werden Kauerfahrungen gefördert, da beim Lutschen des Kekses ein Stück abbricht, das dann so lange im Mund herum geschoben werden muß, bis es weich genug zum Schlucken geworden ist. Kauen wird das Kind nur dann, wenn die Konsistenz der Nahrung dies deutlich fühlbar von ihm verlangt. Daher ist es problematisch, von flüssiger Nahrung langsam zu immer festerem Essen überzugehen, da die Kinder versuchen werden, so lange

wie möglich mit ihren alten Eßgewohnheiten die Nahrung aufzunehmen. Klare Gegensätze sind also zum Kauenlernen besser geeignet (WILKEN 1997, S. 162).

Auch Spiele, die in die normale Pflegesituation eingebaut werden können, sind zur Förderung der motorisch-funktionellen Fähigkeiten denkbar. Hier sind zum Beispiel das Streichen über die Wangen zu nennen oder das Tippen abwechselnd links und rechts an die Zunge, um die seitlichen Zungenbewegungen zu üben. Solche Spiele sind bei Babys recht einfach zu realisieren, und die Kinder scheinen sie zu genießen. Wenn das Kind erste sinnliche Erfahrungen mit dem Mund gemacht hat, kann es dadurch veranlaßt werden, die Bewegungen von Lippen und Zunge weiter auszuprobieren. Beim spielerischen Lutschen und Saugen entstehen erste Lall-Laute (WILKEN 1997, S. 116).

Zu beachten ist außerdem noch, daß Kinder mit Down-Syndrom oft eine verzögerte Reaktionszeit haben. In Pflegesituationen kommt es zu einer ersten Kommunikation mit dem Baby. Hier sollte unbedingt auf die Reaktion des Kindes gewartet werden, da bei ständiger Aktivität des Erwachsenen das Kind lernt, daß seine Antwort nicht wichtig ist. Diese abwartenden Haltung erschwert dem Kind später den Spracherwerb, da es auch hier davon ausgeht, daß es nur lange genug warten muß, damit der andere wieder die Initiative ergreift (WILKEN 2000a, Siehe Anhang).

Sinnvoll ist auch eine Förderung der Handdominanz, die im engen Zusammenhang mit der cerebralen Lateralität sowie der Sprachentwicklung steht (WILKEN 1997, S. 120f.). Die Entwicklung der cerebralen Dominanz und der Sprache laufen parallel. „Die sprachdominante Hemisphäre steuert die rasche Koordination komplexer motorischer Abläufe.“ (WIRTH 2000, S. 72). Die wechselseitige Beeinflussung der Entwicklungsbereiche läßt die Vermutung zu, daß Übungen der Handmotorik und Stabilisierung der Händigkeit positive Auswirkungen auf andere Bereiche wie zum Beispiel die Sprachent-

wicklung haben. Im Großhirn liegt der sprachliche Bereich sehr nahe bei dem Bereich, der für die allgemeine motorische Entwicklung zuständig ist. Ein Drittel des motorischen Bereichs wird von der Projektion der Handmotorik eingenommen, dieser Teil befindet sich in unmittelbarer Nähe zur motorischen Sprachzone. So läßt sich erklären, daß durch globale motorische Übungen ein positiver Einfluß auf die Sprachentwicklung ausgeübt werden kann, daß durch Training der Handmotorik und der Fingerfertigkeit jedoch noch größere Erfolge in der sprachlichen Entfaltung zu erzielen sind (WILKEN 1997, S. 122).

5. Sprachförderung durch Gebärdenunterstützte Kommunikation

5.1 Gründe für den Einsatz von Gebärden

„In einer sich überwiegend lautsprachlich orientierenden Gesellschaft wird die Bedeutung nicht verbaler Kommunikationsformen oft unterbewertet, obschon allgemein bewußt ist, daß es nicht nur darauf ankommt was, sondern auch wie etwas gesagt wird. Tatsächlich enthalten Mimik, Blickkontakt und Gestik, Tonhöhe und Lautstärke, Distanz, Nähe und körperliche Berührungen, Ruhe und Ungeduld wichtige Informationen, ...“ (WILKEN 1999a, S. 151).

Schon seit Anfang der 70er Jahre gibt es vor allem in Großbritannien und den USA Versuche, nichtsprechende Menschen mit geistiger Behinderung oder autistischen Störungen durch nonverbale Kommunikationsmittel eine Möglichkeit zu geben, sich mit ihrer Umwelt zu verständigen. Hierzu zählen vor allem Bilder, Wortkarten sowie andere Symbolsysteme und Handzeichen. In

Deutschland wird seit Anfang der 80er Jahre immer häufiger mit nonverbalen Kommunikationshilfen gearbeitet. So wurden Handzeichensysteme aus dem Holländischen übersetzt oder das Bliss-System genutzt (BERNARD-OPITZ 1992, S. 9). Mit den alternativen Kommunikationsmitteln soll verhindert werden, daß durch häufiges Mißverstehen, Fehl- oder Nichtinterpretation ihres Verhaltens die Mitteilungsbereitschaft und Kommunikationsfähigkeit der Menschen, die sich nicht sprachlich ausdrücken können, erheblich eingeschränkt wird. Zudem führen eingeschränkte oder nicht vorhandene verbale Fähigkeiten häufig zu einer zu niedrigen Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten des Kindes, so daß es durch die Eltern oder andere Bezugspersonen unterfordert wird. Dies kann sich wiederum negativ auf die Motivation und Beteiligung des Kindes auswirken. „Die frustrierenden Erfahrungen mit mangelhaften Verständigungsmöglichkeiten können sich sonst als zusätzliches motivationales Hindernis beim Erlernen der Lautsprache auswirken.“ (Wilken 1996, S. 228).

Für die Entscheidung für den Einsatz von Gebärden als nichtsprachliche Kommunikationshilfe sprechen einige Gründe:

- Gebärden können spontan genutzt werden, da dafür nur die eigenen Hände erforderlich sind. Elektronische oder nicht-elektronische Kommunikationshilfen dagegen müssen ständig mit sich geführt werden, was sehr störend sein kann. Zudem gibt es immer wieder Situationen im Alltag, in denen diese Hilfen nicht eingesetzt werden können, wie zum Beispiel im Schwimmbad.
- Im Gegensatz zu Kommunikationsordnern oder Symbolsammlungen elektronischer Art erlauben Gebärden ein unbegrenztes Vokabular.
- Gebärden zu erlernen ist schon in einem früheren Entwicklungsstadium möglich als das Erlernen einer Lautsprache (BRAUN 2000, S. 6f.).
- Besonders wichtig für den Einsatz bei noch nicht sprechenden Kindern, bei denen die nonverbale Kommunikation die Zeit bis zum Erlernen der Lautsprache überbrücken soll, ist der relativ geringe Aufwand, Gebärden zu vermitteln. Bei anderen Kommunikationshilfen besteht ein wesentlich

größerer Zeitbedarf, um dem Benutzer den Zugang zu der Hilfe zu erklären.

5.2 Gebärdensysteme

5.2.1 Deutsche Gebärdensprache und lautsprachbegleitende Gebärden

Die deutsche Gebärdensprache (DGS) ist ebenso wie die Gebärdensprachen Gehörloser aus anderen Ländern ein eigenständiges Sprachsystem. Die Gebärden sind kulturabhängig, können deshalb international nicht miteinander verglichen werden. In der Gebärdensprache können verschiedene Informationen durch motorische Verknüpfung zeitgleich vermittelt werden. Daraus resultiert ein eigener Aufbau der Sprache im Gegensatz zu der sie umgebenden Lautsprache (WILKEN 1999a, S. 154). Es bestehen andere Regeln und Gesetzmäßigkeiten als in der gesprochenen Sprache.

Eine andere Form der Gebärden sind die lautsprachbegleitenden Gebärden (LBG). Sie sind aus den Gebärden der DGS abgeleitet, werden jedoch im Unterschied zur deutschen Gebärdensprache parallel zu der gesprochenen Sprache gebärdet. Mit der LBG soll nicht oder noch nicht sprechenden Menschen die Lautsprache sichtbar gemacht werden, um ihnen ein leichteres Erlernen zu ermöglichen und die Verständigung zu unterstützen (WILKEN 1997, S. 103). Allerdings führt die LBG zu einer Kunstsprache, die wesentlich langsamer als die DGS und auch langsamer als die gesprochene Sprache ist, auch müssen einige gesonderte Regeln der Grammatik beachtet werden (WILKEN 2000b, S. 6).

„Die LBG ist keine eigenständige Sprache, sondern lediglich der Versuch, die gesprochene Sprache mit Hilfe von Gebärdenzeichen zu visualisieren.“ (WISCH zitiert nach WACHSMUTH 1996, S. 16)

5.2.2 Gebärdenunterstützte Kommunikation

ETTA WILKEN (1999, S. 154f.) bezeichnet die Gebärden, die sie in der Sprachförderung bei nicht oder noch nicht sprechenden Kindern mit Behinderung empfiehlt, als **Gebärdenunterstützte Kommunikation (GuK)**. Durch diese Bezeichnung will sie sich abgrenzen zum Konzept der LBG, da bei der GuK nicht alle Wörter gebärdet werden, auch Mehrzahlbildungen und Fälle werden nicht mit einbezogen, nur die bedeutungstragenden Wörter eines Satzes sollen durch Handzeichen sichtbar gemacht werden. Dem Kind wird es dadurch erleichtert, den Inhalt des Gesagten zu erschließen.

Auch in der regelgerechten Sprachentwicklung steht die Nutzung von Gesten vor dem Gebrauch der gesprochenen Sprache. Viele der gebräuchlichen Kniereiterspiele nutzen die stetig wachsende Möglichkeit der Kinder, mit Gesten zu antworten. Auch die gängigen Dressate wie die Aufforderung, winke-winke zu machen oder zu zeigen, wie groß ein Kind schon ist, zielen auf die Gestik der Kinder ab. Die Gebärdenunterstützte Kommunikation will nur diese natürliche Entwicklung im Spracherwerb erweitern.

Die früher oft herrschenden Bedenken, daß der Gebrauch von Gebärden den Lautspracherwerb verzögert oder eingeschränkt werden könnte, haben sich nicht bestätigt. Mittlerweile steht fest, daß durch den Einsatz von Gebärden der Prozeß des Sprechenlernens beschleunigt werden kann (LE PREVOST zitiert nach WILKEN 1999a, S. 155). Diese günstigen Auswirkungen lassen sich dadurch erklären, daß ähnliche kognitive Voraussetzungen sowohl für den Erwerb der Lautsprache als auch der Gebärdensprache benötigt werden. Die Aufmerksamkeit des Kindes wird auf den Gesprächspartner gerichtet, die verlangsamte Sprache vereinfacht dies noch. Durch das gestische Unterstreichen der bedeutsamen Wörter eines Satzes wird das Verständnis wesentlich erleichtert. Auch die Form vieler Gebärden enthält markante Merkmale des Bezeichneten, so daß das Verstehen begünstigt wird. Die Speicherung des Wortes wird durch die dazugehörige Gebärde erleichtert, da durch die Verknüpfung der auditiven und visuellen Informationen Schwierigkeiten verringert werden können. „Ein wichtiger Aspekt ist auch, daß durch die Verbin-

dung von Wort und Gebärde Kinder besser in der Lage sind, sich an die Wörter zu erinnern.“ (WILKEN 1997, S. 105)

Gebärden können überdies auch direkt unterstützt werden, während bei der Artikulation der Lautsprache eine Hilfestellung von außen nur sehr schwierig ist (BRAUN 2000, S. 7).

ETTA WILKEN (1997, S. 107) weist jedoch sehr eindringlich darauf hin, daß die Lautsprache durch die GuK unterstützt werden soll, nicht durch diese ersetzt. Daher ist es wichtig, die Kinder auch immer zu ermutigen, ihre verbalen Fähigkeiten so weit wie möglich zu nutzen. Während ihres Seminars erwähnte Frau WILKEN (2000a, siehe Anhang), daß die Entwicklung der auditiven Wahrnehmung schon pränatal beginne, der Höhepunkt dieser Entfaltung liege aufgrund von Reifungsprozessen im Gehirn etwa im ersten Lebensjahr. Daher sei es für die spätere Entwicklung der Sprache sehr wichtig, in dieser Zeit noch keine Gebärden einzusetzen, um den Kindern eine Orientierung auf die Lautsprache zu ermöglichen. Auch bei Kindern mit einer Hörschädigung sollte in dieser Zeit auf die Verwendung von Gebärden verzichtet werden.

Bei Säuglingen und Kindern unter einem Jahr ist der Einsatz von Gebärden auch aufgrund anderer Bedingungen nicht ratsam. Da der normale Abstand zu einem Baby in Pflege- oder Spielsituationen etwa dreißig bis vierzig Zentimeter beträgt, müßte die Bezugsperson zum Gebärden diesen Abstand vergrößern. Daher würde der Einsatz von Gebärden die natürliche Interaktion zwischen dem Kind und dem Erwachsenen stören (WILKEN 2000a, Siehe Anhang).

5.3 Kommunikationsförderung mit Gebärdenunterstützter Kommunikation

„Der Einsatz von Gebärden für Menschen, die sich nicht oder nur sehr unzureichend mit Hilfe der Lautsprache ausdrücken können, scheitert häufig daran, daß die Bezugspersonen sich vor diesem für sie fremden Medium scheuen. Die Vorstellung, man müsse erst die komplette Gebärdensprache der Gehörlosen lernen, bevor man im Rahmen von Unterstützter Kommunikation mit Gebärden arbeiten könne, ist weit verbreitet.“ (BRAUN 2000, S. 6).

WILKEN (2000a, Siehe Anhang) betont, daß dies nicht nötig ist. Eltern und Kinder sollen die Gebärden, die in der jeweiligen Entwicklungsphase wichtig für das Kind sind, gemeinsam lernen. Auch Kinder im regelhaften Spracherwerb lernen immer nur wenige Wörter zur gleichen Zeit, bei der Gebärdenunterstützten Kommunikation soll es nicht anders sein.

„... man kann mit einer einzigen Gebärde anfangen, die für das Kind in einer bestimmten Situation interessant ist, und sich dann langsam den Bedürfnissen des Kindes entsprechend weitere neue Gebärden aneignen.“ (WILKEN 2000b, S. 8).

Die Gebärdenunterstützte Kommunikation kann für alle Kinder mit Sprachentwicklungsverzögerungen hilfreich sein, man kann sie auch bei Kindern mit einer regelgerechten Sprachentwicklung einsetzen. Besonders eignet sich GuK jedoch für Kinder mit Down-Syndrom.

„Obgleich eine deutliche Retardierung in allen Entwicklungsbereichen gegeben ist – durchschnittlich wird von einer verdoppelten Entwicklungszeit ausgegangen -, wirken sich die verschiedenen Beeinträchtigungen beim Down-Syndrom besonders auf die Sprachentwicklung aus. Da die Sprachretardierung somit nicht niveaugleich zur Retardierung der anderen Entwicklungsbereiche ist, kann diese Diskrepanz zu

frustrierenden Kommunikationssituationen führen.“ (WILKEN 1999b, S. 44)

Wenn man auf einige allgemeine Regeln im Umgang mit Kinder mit Down-Syndrom achtet, können die Gebärden in der Familie völlig ohne Unterstützung von Fachleuten eingeführt werden. Man sollte daran denken, daß die Kopfkontrolle aufgrund der Hypotonie einen Großteil der Aufmerksamkeit des Kindes belegt, daher ist eine richtige Unterstützung der Haltung für konzentriertes Arbeiten wichtig. Eine gerade Haltung fördert auch den Mundschluß, da sich der Mund automatisch öffnet, wenn man nach vorne gebeugt sitzt und dann versucht, den Kopf zu heben.

Ein weiterer Punkt ist der häufig benötigte geringere Abstand zwischen Kind und Bezugsperson. Kinder mit Behinderung bedürfen oftmals einer größeren Nähe als gleichaltrige nichtbehinderte Kinder, um aufmerksam bleiben zu können. Erwachsene übertragen das Bild der Körpergröße der behinderten Kinder jedoch auf Kinder ohne Behinderung und beanspruchen einen größeren persönlichen Raum um sich herum. Dadurch wird den Kindern die Konzentration und der Blickkontakt erheblich erschwert (WILKEN 2000a, Siehe Anhang).

Begonnen werden kann mit GuK, wenn das Kind beginnt, in der normalen Entwicklung Gesten zu benutzen. Dieser Zeitpunkt liegt bei nichtbehinderten Kindern etwa bei acht bis neun Monaten, im entsprechenden Entwicklungsalter können bei Kindern mit Down-Syndrom Gebärden eingeführt werden. Vorbereitend sollten dem Kind Knieretter- oder Fingerspiele angeboten werden, bei denen es zum Mitmachen und Nachahmen aufgefordert ist.

Die ersten Gebärden sollten sich auf Wörter beziehen, die für das Kind individuell wichtig sind, daher ist es nicht möglich, ein verbindliches Vokabular festzulegen. Je bedeutsamer die Gebärde ist, je eher etwas damit erreicht werden kann, um so schneller wird das Kind sie lernen. Dies sollte man auch bei dem weiteren Aufbau des Wortschatzes bedenken (WILKEN 2000a, siehe Anhang).

Das von Frau Prof. Wilken herausgegebene Arbeitsmaterial für die Gebärdenunterstützte Kommunikation besteht aus 100 Bildkarten, auf denen die Gebärden zu wichtigen Grundbegriffen abgebildet sind. Entsprechend der Gebärden-Karten gibt es 100 Bildkarten, auf denen die Abbildungen zu den Gebärden zu sehen sind, sofern dies machbar ist. Auch die entsprechenden Wortkarten sind in dem Material enthalten, so daß nach einiger Zeit spielerisch in das Lesen eingeführt werden kann (WILKEN 2000b, S. 6).

Die ausgesuchten Begriffe können nicht den Bedürfnissen aller Kinder gerecht werden, da für jedes Kind andere Worte bedeutsam sind. In diesem Fall können die benötigten Gebärden aus einer Gebärdensammlung ergänzt werden. Hierfür stehen mehrere Möglichkeiten zur Verfügung. Mittlerweile gibt es auch in Deutschland einige Veröffentlichungen, in denen die Gebärden der DGS für Menschen mit einer geistigen Behinderung vereinfacht abgebildet sind. Eine weitere Möglichkeit ist, für das entsprechende Wort ein eigenes Zeichen einzuführen, zumal es schwierig sein dürfte, für alle Worte, die den Kindern wichtig sind, eine Gebärde in der entsprechenden Literatur zu finden (WILKEN 2000b, S. 7). Die selber erfundenen Gebärden sollten jedoch in der Unterzahl bleiben, damit das Kind für Außenstehende noch verständlich ist. Für Familienmitglieder können ebenfalls eigene Zeichen entwickelt werden, da persönliche Merkmale der einzelnen Personen oftmals prägnanter sind als die entsprechenden Gebärden der DGS. Im Gebärdenslexikon wird zum Beispiel vorgeschlagen, für „Oma“ eine Dutt am Hinterkopf anzudeuten (MAISCH / WISCH 1996, S.189). Wenn die Oma des Kindes nun keinen Dutt hat, ist es sinnvoller, eine Gebärde zu entwickeln, die sich auf eine persönliche Eigenschaft der zu bezeichnenden Person bezieht. Andere Gebärdensammlungen, die extra an die Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung angepaßt wurden, bieten gar keine Gebärde für „Oma“ oder „Opa“ an. Aus diesem Grund sind in der Sammlung von Frau Wilken keine Karten für Familienangehörige enthalten, es können jedoch leere Karten mit Bildern der Personen beklebt werden.

Für viele Begriffe ist es nicht nötig, eine Gebärde einzuführen. Es ist leichter, zum Beispiel auf die gemeinten Körperteile zu zeigen, als die entsprechende Gebärde zu benutzen.

Bei der Auswahl des verwendeten Systems sollte bedacht werden, daß dieses ausbaufähig ist, um nicht von vornherein eine Eingrenzung der Mitteilungsmöglichkeiten vorzunehmen. Auch wenn die Gebärdenunterstützte Kommunikation nur als Übergang bis zum verbalen Spracherwerb gedacht ist, muß doch damit gerechnet werden, daß die Kinder Sätze mit zwei oder drei Wörtern gebärden, bevor sie beginnen, sich lautsprachlich mitzuteilen, wie man in einigen der Interviews sehen wird (Kapitel 5.4). Bei Kindern mit schweren Beeinträchtigungen kann es sein, daß sie nicht vollständig oder gar nicht zu einer verbalen Kommunikation finden. So ist es beispielsweise möglich, daß sie sich durch Gebärden und einfache Wörter ausdrücken, die den ersten Worten eines nicht behinderten Kindes ähneln. Besonders in diesen Fällen ist es wichtig, daß die ausgewählte Gebärdensammlung keinen stark begrenzten Wortschatz vorgibt, wie dies in einigen Sammlungen der Fall ist, die für Menschen mit einer geistigen Behinderung erarbeitet wurden. Der Wechsel von einer Gebärdensammlung zu einer anderen gestaltet sich schwierig, da hier gleiche Gebärden für andere Ausdrücke genutzt werden können. So kann es beispielsweise vorkommen, daß man eine Gebärde für ein Wort sucht, das in der genutzten Gebärdensammlung nicht enthalten ist. Dabei muß man dann feststellen, daß die vorgeschlagene Gebärde einer anderen Sammlung schon mit einer Bedeutung aus der ersten Sammlung belegt ist (BOBER 1996, S. 26).

Auf die einzelnen Gebärdensammlungen, die in Deutschland existieren, zum Teil explizit für Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt, kann ich an dieser Stelle nicht näher eingehen, da dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

5.4 Interviewauswertung

Die Interviews, die ich zur Gebärdenunterstützten Kommunikation geführt habe, befinden sich in vollständiger Fassung im Anhang dieser Arbeit. Auf die Methodik und ihre Probleme bin ich im ersten Kapitel ausführlich eingegangen.

Grundsätzlich habe ich von meinen Gesprächspartnern nur positive Reaktionen auf meine Fragen nach GuK bekommen. Von meinen acht Gesprächspartnern waren sieben Eltern von Kindern mit Down-Syndrom, hier waren es größtenteils die Mütter, die bereit waren, mit mir über ihre Erfahrungen zu sprechen. Eine Logopädin, die in ihrer täglichen Arbeit ebenfalls Gebärdenunterstützte Kommunikation einsetzt, war ebenfalls willens, mir über den Einsatz der Gebärden bei noch nicht sprechenden Kindern zu berichten.

Vier der Eltern geben an, daß sie mit ihren Kindern etwa im Alter von 18 Monaten mit der Gebärdenunterstützten Kommunikation begonnen haben. Eine Mutter hat erst von der Möglichkeit der Verständigung über Gebärden gehört, als ihr Sohn drei Jahre alt war. Da er aber immer noch nicht sprach, begann sie auch in diesem Alter noch damit, ihrem Sohn durch Gebärden eine Verständigungsmöglichkeit anzubieten (Interview d, siehe Anhang). In zwei Interviews finden sich keine Altersangabe für den Zeitpunkt, an dem die Eltern begonnen haben, Schlüsselwörter mit Gebärden zu unterstützen. Aufgrund der geringen Anzahl der Befragten ist es nicht möglich, allgemeingültige Schlüsse zu ziehen, es ist jedoch anzunehmen, daß mit etwa 18 Monaten – je nach individueller Entwicklung der Kinder variierend – die Entwicklung bei Kindern mit Down-Syndrom so weit fortgeschritten ist, daß mit der Gebärdenunterstützten Kommunikation begonnen werden kann. Dies würde auch den Annahmen entsprechen, daß die Entwicklung von Kindern mit Down-Syndrom etwa halb so schnell verläuft wie bei nicht behinderten Kindern, da bei diesen Gesten in der Sprachentwicklung annähernd mit acht Monaten auftreten (vgl. Kapitel 5.3).

Zur Verständigung vor dem Gebrauch der Gebärden sagen fast alle Eltern einstimmig, daß es sehr schwierig war, da die Kinder nur die Möglichkeit hatten, durch Weinen und Schreien auf ungewollte Situationen, Hunger, Durst oder andere Dinge aufmerksam zu machen. Schon mit wenigen ersten Gebärden wurde die Kommunikation mit dem jeweiligen Kind erheblich erleichtert. Herr P. (Interview c, siehe Anhang) und Frau M. (Interview d, siehe Anhang) sagen aus, daß sich mit der besseren Verständigung auch eine Besserung schwierigen Verhaltens eingestellt hat.

Die Verhaltensweisen hatten also einen direkten Zusammenhang zu den fehlenden Ausdrucksmöglichkeiten.

Über sprunghafte Entwicklungsschritte berichtet Frau S. (Interview a, siehe Anhang). Nicht nur Verhalten, das auf fehlende kommunikative Kompetenz zurück zu führen ist, verbesserte sich durch den Gebrauch der Gebärden, auch die gesamte Feinmotorik steigerte sich.

Zwei der Mütter (Interview a und b, siehe Anhang) weisen darauf hin, daß die Gebärden, die für die Kinder interessant waren, beziehungsweise sind, sehr schnell gelernt wurden. Es ist anzunehmen, daß dies unabhängig von dem motorischen Schwierigkeitsgrad geschehen ist. Das würde der normalen Sprachentwicklung entsprechen, in der die Kinder nicht die Wörter zuerst lernen, die am leichtesten auszusprechen sind, sondern diejenigen mit dem höchsten persönlichen Bedeutungsgehalt.

Frau W. (Interview b, siehe Anhang) und ihre Tochter haben durch die Gebärdenunterstützte Kommunikation die Möglichkeit, sich über Dinge oder Personen zu unterhalten, die nicht unmittelbar anwesend sind. Eine solch differenzierte Kommunikation wird nur in diesem Bericht deutlich, es muß jedoch bedacht werden, daß einige der anderen Kinder noch nicht sehr lange gebärden. An diesem Bericht wird deutlich, wie wichtig eine alternative Kommunikationsmethode für die Tochter von Frau W. ist. Sie hätte sich ohne Gebärden über lange Zeit noch nicht verbal ausdrücken können, aufgrund

von GuK sieht man aber, daß sie schon zu komplexen Äußerungen in der Lage ist.

Der Übergang zur Lautsprache wird in den Berichten von den Eltern, deren Kinder schon mit dem Sprechen begonnen haben, als problemlos beschrieben. Die Kinder lassen die Gebärde einfach weg, wenn sie der Meinung sind, das Wort auch lautsprachlich verständlich sprechen zu können.

Nur Frau S. (Interview a, siehe Anhang) sagt aus, daß sie nun lieber mehr Wert auf die Lautsprache legen würden. Jedoch scheint dieser Wunsch von den Eltern und der Logopädin zu kommen. Ihr Sohn verlangt immer noch nach neuen Gebärden, um sich differenzierter verständigen zu können. Die Mutter sagt aus, daß er nun Zwei-Wort-Sätze mit Gebärden bildet, was von ihr unterstützt wird. Aus den anderen Interviews geht hervor, daß einige der Kinder Zwei- oder sogar Mehr-Wort-Sätze gebärdet haben, bevor sie begonnen haben, einige der Gebärden durch Wörter zu ersetzen. Der Sohn von Frau S. gebärdet zudem erst seit einem Jahr, andere der Kinder gebärden wesentlich länger. Ob es also tatsächlich zu einem Problem beim Übergang zur Lautsprache in diesem Fall kommt, ist noch nicht zu sagen, da nicht ersichtlich ist, ob das Kind schon bereit ist, zu sprechen oder ob der Wunsch nach mehr Lautsprache nur von den Eltern und der Logopädin ausgeht. Einige Kinder mit Down-Syndrom fangen erst mit vier Jahren oder sogar noch später an, sich verbal auszudrücken (WILKEN 1999a, S. 163), man kann daher noch kein abschließendes Urteil darüber geben, ob Schwierigkeiten bei der Lautsprache bestehen oder nicht.

6. Fazit

Aus den vorangegangenen Ausführungen wird deutlich, wie wichtig erfolgreiche Kommunikation schon zu Beginn des Lebens ist. Nur wer Kommunikation als befriedigende Interaktion zwischen Menschen erleben kann, lernt, daß man mit seinen Äußerungen in seiner Umwelt etwas erreichen kann. Und nur wenn Kinder wissen, daß ihre Äußerungen wahrgenommen und verstanden werden und daß dadurch Reaktionen bei den Mitmenschen auftreten, werden sie überhaupt versuchen, mit ihrer Umwelt in Kontakt zu kommen. Es ist also nicht nur für die Eltern eine Erleichterung, wenn sie schon wesentlich früher verstehen können, was ihre Kinder von ihnen möchten. Auch die Kinder machen schon, bevor sie sich lautsprachlich ausdrücken können, die Erfahrung einer zufriedenstellenden Kommunikation.

Gerade bei Kindern mit Down-Syndrom, bei denen die Diskrepanz zwischen aktiver Sprache und passivem Sprachverständnis erheblich größer ist als bei nicht behinderten Kindern oder Kindern mit anderen Retardierungen, ist es meines Erachtens sehr sinnvoll, ihnen für die Zeit, in der sie sich noch nicht lautsprachlich verständigen können, eine alternative Kommunikationsmethode anzubieten. So wird sowohl den Kindern als auch den Eltern der Alltag erheblich erleichtert.

Noch immer sind einige Fachleute der Meinung, daß durch den Einsatz von Gebärden bei hörenden Kindern der Erwerb der Lautsprache verzögert oder sogar blockiert wird. Dieser Aussage kann heute aufgrund der vielfältigen positiven Erfahrungen mit Gebärden zur Sprachförderung nicht mehr unterstützt werden. Wenn beachtet wird, daß eine lautsprachliche Orientierung nicht verloren geht, ist der Einsatz von Gebärden auch bei hörenden Kindern zu befürworten.

Die möglichst frühe Förderung der Sprachentwicklung dient neben einer Erleichterung der alltäglichen Kommunikation mit Bezugspersonen auch dem Ziel, den Kindern mit Down-Syndrom zu einer Selbständigkeit zu verhelfen, die ihren jeweiligen Fähigkeiten entspricht.

Je besser sie sich als Jugendliche und Erwachsene sprachlich ausdrücken können, um so größer ist die Chance, daß eine Eingliederung in die Gesellschaft von dieser akzeptiert wird. Der Grundstein dazu wird schon in der frühen Kindheit gelegt, wenn die Kinder die ersten kommunikativen Erfahrungen machen. Zudem gibt es für die Sprachentwicklung sensible Phasen, in denen den Kindern das Lernen besonders leicht fällt. Wenn diese Phasen nicht genutzt werden können, weil die Kinder sich noch nicht lautsprachlich ausdrücken können, nimmt man ihnen eine wichtige Gelegenheit, Sprache zu lernen. Zu späteren Zeitpunkten ist dies zwar immer noch möglich, jedoch für die Kinder mit erheblich mehr Anstrengung verbunden. Durch die Gebärden erhalten die Kinder mit Down-Syndrom die Chance, schon früh die sprachlichen Strukturen zu üben, die später auch in der Lautsprache benötigt werden. Durch diese frühe Förderung ist es wahrscheinlicher als bei Kindern, die nicht in ihrer Sprachentwicklung unterstützt werden, daß diese Kinder erfahren, wie befriedigend es ist, vom Kommunikationspartner verstanden zu werden.

Die Gebärdenunterstützte Kommunikation kann im Gegensatz zu anderen nonverbalen Kommunikationshilfe immer eingesetzt werden. Die Kinder brauchen nicht erst daran gewöhnt zu werden, ein Buch mit Abbildungen immer mit sich zu nehmen, mit dem sie sich verständigen könnten.

Das Problem bei der Gebärdenunterstützten Kommunikation ist, daß nur diejenigen Bezugspersonen das Kind verstehen können, die gleichzeitig mit dem Kind die Gebärden lernen. Da die Kinder aber immer nur einige Gebärden auf einmal lernen, sollte es den Bezugspersonen nicht zu schwer fallen, die Handzeichen ebenfalls zu erwerben. Für andere Personen kann ein Gebärdenbuch angelegt werden, das in besonderen Fällen mitgenommen werden kann. So kann das Kind auch von Personen verstanden werden, die die Gebärden nicht beherrschen.

Literaturverzeichnis:

Baun, Marianne (1982): Förderung sprachlicher Kommunikation bei Geistig-behinderten, Edition Marhold Berlin, 2. Auflage

Bernard-Opitz, Vera; Blesch, Günther; Holz, Karin (1992): Sprachlos muß keiner bleiben: Handzeichen und andere Kommunikationshilfen für autistische und geistig Behinderte, Lambertus-Verlag Freiburg im Breisgau, 2. Auflage

Bober, Allmuth (1996): Schau doch meine H/Bände (3). In: Unterstützte Kommunikation 2 / 1996, S. 24 - 31

Braun, Ursula (2000): Keine Angst vor Gebärden. In: Unterstützte Kommunikation 4/2000, S. 6 – 11

Franke, Ulrike (1998): Logopädisches Handlexikon, UTB München, Basel, 5. Auflage

Friebertshäuser, Barbara (1997): Interviewtechniken – ein Überblick. In: Friebertshäuser, Barbara; Prengel, Annedore (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft, Juventa Verlag Weinheim, München

Glinka, Hans-Jürgen (1998): Das narrative Interview: eine Einführung für Sozialpädagogen, Juventa Verlag Weinheim, München

Grzeskowiak, Ullrich; Kleuker, Käte (1981): Grundlagen der Sprachheilpädagogik – Eine Einführung für Mitarbeiter in der Behindertenarbeit, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung Berlin

Halder, Cora (1999): Frühes Lesenlernen zur Sprachanbahnung. In: Wilken, Etta (Hrsg.): Neue Perspektiven für Menschen mit Down-Syndrom – Dokumentation der Fachtagung Down-Syndrom September 1996, Selbsthilfegruppe für Menschen mit Down-Syndrom und ihre Freunde (Selbstverlag) Hannover, 3. Auflage

Horstmeier, DeAnna (1995): Kommunikation – sich miteinander verständigen. In: Pueschel, S. M. (Hrsg.): Down-Syndrom – für eine bessere Zukunft, Georg Thieme Verlag Stuttgart

Jantzen, Wolfgang (1998): Zur Neubewertung des Down-Syndroms. In: Geistige Behinderung 3 / 1998

Maisch, Günter; Wisch, Fritz-Helmut (1996): Gebärdenlexikon, Band 1 Grundgebärden, Verlag hörgeschädigte Kinder Hamburg

Malzahn, Anik (o.A.): Spracherwerb bei Kindern mit Down-Syndrom
URL: <http://www.linse.uni-essen/themen/psycholin.htm> [Stand 14.06.2000], bei der Autorin dieser Arbeit einsehbar

Pschyrembel, Willibald (1994): Klinisches Wörterbuch, de Gruyter Berlin, New York; 257. Auflage

Pueschel, Siegfried M. (1995a): Die Ursache des Down-Syndroms. In: Pueschel, S. M. (Hrsg.): Down-Syndrom – für eine bessere Zukunft, Georg Thieme Verlag Stuttgart

Pueschel, Siegfried M. (1995b): Besondere Merkmale beim Kind mit Down-Syndrom. In: Pueschel, S. M. (Hrsg.): Down-Syndrom – für eine bessere Zukunft, Georg Thieme Verlag Stuttgart

Pueschel, Siegfried M. (1995c): Medizinische Fragen. In: Pueschel, S. M. (Hrsg.): Down-Syndrom – für eine bessere Zukunft, Georg Thieme Verlag Stuttgart

Wachsmuth, Susanne (1996): Gebärdensprache für Geistigbehinderte? In: Unterstützte Kommunikation 2 / 96 S. 14 - 19

Weigel, Renate (1990): Komplexe Förderung sprachlicher Fähigkeiten bei Kindern mit Down-Syndrom – eine theoretische und empirische Studie, S. Roderer Verlag Regensburg, 7. Auflage

Wilken, Etta (1996): Lautsprachbegleitende Gebärden zur Förderung der Kommunikationsfähigkeit bei nicht oder noch nicht sprechenden Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung. In: Rehabilitation 35 / 1996 S.228 – 232

Wilken, Etta (1997): Sprachförderung bei Kindern mit Down-Syndrom, Edition Marhold Berlin; 7. Auflage

Wilken, Etta (1999a): Sprachförderung in der frühen Entwicklung. In: Wilken, Etta (Hrsg.): Frühförderung von Kindern mit Behinderung – Eine Einführung in Theorie und Praxis, Verlag W. Kohlhammer Stuttgart

Wilken, Etta (1999b): Lautsprachbegleitende Gebärden zur Förderung des Spracherwerbs und der Verständigung. In: Wilken, Etta (Hrsg.): Neue Perspektiven für Menschen mit Down-Syndrom, Dokumentation der Fachtagung Down-Syndrom September 1996, Selbsthilfegruppe für Menschen mit Down-Syndrom und ihre Freunde (Selbstverlag) Hannover, 3. Auflage

Wilken, Etta (2000a): Gedächtnisprotokoll der Veranstaltung „Gebärdensprache unterstützte Kommunikation (GuK) zur Förderung der Sprachentwicklung“ am 01.07.2000 in Hamburg, siehe Anhang

Wilken, Etta (2000b): Die Gebärdenunterstützte Kommunikation – GuK. In: Leben mit Down-Syndrom 35, September 2000, S. 6 – 9

Wirth, Günther (2000): Sprachstörungen, Sprechstörungen, kindliche Hörstörungen – Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen, Deutscher Ärzte Verlag Köln, 5. Auflage überarbeitet von Martin Ptok und Rainer Schönweiler

Wisch, Fritz-Helmut (1990): Lautsprache und Gebärdensprache. Die Wende zur Zweisprachigkeit in Erziehung und Bildung Gehörloser, Signum-Verlag Hamburg

Zimmer, Dieter E. (1996): So kommt der Mensch zur Sprache – Über Spracherwerb, Sprachentstehung, Sprache & Denken, Wilhelm Heyne Verlag München

Anhang

I. Gedächtnisprotokoll des Vortrags über Gebärdenunterstützte Kommunikation von ETTA WILKEN am 01.07.2000 in Hamburg

- Kinder mit Down-Syndrom vermeiden häufig zu kauen, da seitliche Zungenbewegung nicht beherrscht wird. Die Mundmotorik ist aber auch eine wichtige Voraussetzung für das Sprechen.
- GuK soll keine Therapie sein! Die Eltern müssen nicht mehr wissen als ihre Kinder, das heißt, die benötigten neuen Gebärden lernen Eltern und Kinder gemeinsam.
- Auf richtige Sitzposition achten! Wenn man nach vorne gebeugt sitzt und dann den Kopf hebt, öffnet sich automatisch der Mund, daher fördert eine gerade Haltung den Mundschluß.
- Bei allem Tun auf Reaktionen warten! Da diese bei Kindern mit Down-Syndrom meistens stark verzögert sind, sich auch über die Zeitspanne hinaus, die man normalerweise auf Reaktionen wartet, gedulden.
- Praktische Übung: Seinem Nachbarn eine Frage stellen, auf die dieser nicht antwortet. Darauf achten, nach welcher Zeit es einem selber unangenehm wird, weiter auf Antwort zu warten. Bei Kindern mit Down-Syndrom ist das Antwortverhalten häufig so sehr verzögert, daß man das Gefühl hat, es kommt keine Antwort mehr. Darum sehr viel Geduld nach Ansprache!!!!
- Kinder lernen eine abwartende Haltung, der andere wird wieder aktiv, wenn das Kind nur lange genug zögert. Das Kind bekommt vermittelt, daß seine eigene Aktivität nicht gefragt ist.
- Je größer Kinder werden, um so mehr Abstand brauchen wir im Umgang mit ihnen (persönlicher Raum um jeden herum). Kinder mit Behinderung benötigen oft aber eine größere Nähe, um aufmerksam bleiben zu können. Wir übertragen das Bild ihrer Körpergröße aber auf nicht behinderte Kin-

der und nehmen uns den Raum um uns, den wir bei nicht behinderten Kindern benötigen würden, gestehen den Kindern mit Behinderung die Nähe, der sie bedürfen, nicht zu.

- Kopfkontrolle belegt häufig einen großen Teil der Aufmerksamkeit, daher ist hier richtige Unterstützung von großer Wichtigkeit, so daß die Kinder sich nicht auf die eigene Haltung, sondern auf den Gegenüber konzentrieren können.
- Deutsche Gebärdensprache (DGS) ist eine natürliche Sprache. Ist im Spracherwerb aber nicht sinnvoll, da ihre Strukturen viel zu komplex sind
- Lautsprachbegleitende Gebärden (werden bei Kindern mit Hörbehinderung eingesetzt) sind ein Kunstprodukt. Sie sind zwar von der DGS abgeleitet, folgen aber der normalen Lautsprache, weil sie begleitend gebärdet werden. Dies führt zu einer wesentlich verlangsamten Sprache.
- Eigentlich sind für die Gebärdenunterstützte Kommunikation nur die Schlüsselwörter eines Satzes wichtig, die Gebärden hierfür werden aus der DGS entnommen.
- Die auditive Wahrnehmung entwickelt sich schon pränatal, der Höhepunkt liegt etwa im ersten Lebensjahr (aufgrund von Reifungsprozessen im Gehirn).
- Die auditive Orientierung soll auf jeden Fall unterstützt werden, daher dürfen im ersten Lebensjahr keine Gebärden angeboten werden, auch bei hörgeschädigten Kindern nicht!
- Bei der Unterhaltung mit einem sehr kleinen Kind sind durch den geringen Abstand (dreißig bis vierzig Zentimeter) zwischen beiden Gesichtern gar keine Gebärden möglich, die Aufmerksamkeit des Kindes soll auch auf dem Gesicht, nicht auf den Händen des Gegenüber liegen. Die natürliche Interaktion würde in so frühem Stadium durch Gebärden bzw. durch den benötigten größeren Abstand gestört.
- Eltern werden durch spezielle Verfahren oft verunsichert. Sie sollen aber ganz normal mit ihrem Kind umgehen, ihm nur in allem mehr Zeit geben.

- Sobald das Kind alleine sitzen kann und den Blickkontakt auch über eine größere Entfernung hält, wird die Arbeit bzw. das Spiel auch in der normalen Sprachentwicklung mit gestischer Unterstützung kommentiert.
- Wenn das Kind auf Dressate („Winke, winke“) reagiert und auf Knierierspiele eingeht, kann mit der Gebärdenunterstützten Kommunikation (GUK) begonnen werden.
- Wichtig ist jedoch, daß man nicht mit der Gestik alleine zufrieden ist, sondern auch auf Lautproduktion besteht, da GUK die Sprache nicht ersetzen soll.
- Bei dem Kind muß Objektpermanenz entwickelt sein, d. h. es muß Zeichen – sowohl sprachliche als auch Gestik – als Ersatz für ein Objekt verstehen können.
- Gebärden können im Gegensatz zur Lautproduktion unmittelbar unterstützt werden.
- Eltern können Gebärden mit ihren Kindern zusammen lernen.
- Erste Gebärden sollten für das jeweilige Kind bedeutsame Wörter sein. Je mehr Bedeutung ein Wort bzw. eine Gebärde für das Kind hat, um so schneller lernt es diese und wendet sie auch an.
- GUK hat mehrere positive Auswirkungen:
 1. Die Auswahl kann entwicklungsentsprechend und situationsbezogen stattfinden
 2. Aufmerksamkeit und genaues Hinsehen werden gefördert
 3. Gebärden erleichtern das Erfassen der Schlüsselwörter im Satz
 4. Gebärden haben deutliche Merkmale des Bezeichneten, das Bildhafte erleichtert das Erinnern
 5. Bei Gebärden ist eine langsamere Ausführung ohne Bedeutungsverlust im Gegensatz zur Lautsprache möglich
 6. Verwechslungen durch ähnlich klingende Phoneme (Tanne – Kanne) werden durch Gebärden vermieden

- Es gibt unterschiedliche Gründe, warum manche Kinder nicht auf GUK reagieren:
 1. Sie sind im Entwicklungsalter noch zu jung
 2. Sie meinen, sich mit Lautproduktion genug verständlich machen zu könnenIn diesem Fall sollten vorbereitende Spiele (So-tun-als-ob) mit dem Kind gespielt werden.

II. Interviews³

a) Interview mit Frau S. (vom 21.01.2001):

Ich werde einfach mal einen kurzen Überblick geben. Angefangen haben wir mit GuK, als wir merkten, Nico, hat uns ganz viel zu sagen, aber wir haben ihn nicht verstanden. Im März – Nico war da 18 Monate – haben wir nach Absprache mit unserer Logopädin mit 3 Gebärden angefangen. Wir haben mit Essen, Trinken und Ball begonnen. Bälle waren zu der Zeit das Tollste von der Welt.

Nico hat absolut nicht zugelassen, daß wir seine Hände führen. Also haben wir jedes mal beim Essen die Gebärde für Essen gemacht und so weiter. Nach ungefähr einer Woche hat er dann die ersten Versuche gestartet und nach einer weiteren Woche hat er sie gemacht, wenn er essen und so wollte. Dann haben wir drei weitere versucht, die auch schnell da waren.

³ Schreibfehler in den Interviews habe ich nicht berichtigt. Die mir schriftlich vorliegenden Antworten habe ich wie Zitate behandelt.

Als wir dann in Urlaub gefahren sind Anfang Mai, fing Nico an alleine aufzustehen und die ersten Schritte zu machen. Er hat den ganzen Tag geübt. Und prompt war das Interesse an der Gebärdensprache weg. Wir haben ihn dann auch in Ruhe gelassen, und eine Pause gemacht, bis er laufen konnte., das hat so ungefähr vier Wochen gedauert.

Dann hat er wieder angefangen und die Gebärden von vorher waren auch wieder da. Jetzt kann er etwa zehn bis fünfzehn Gebärden. Und lernt sehr schnell weiter. Er benutzt sie nicht immer und schon gar nicht auf Kommando. Aber sie sind auf jeden Fall da. Gebärden, die ihn interessieren, hat er hat schnell, wie Baby, Gebärden, die wir eigentlich für wichtig ansehen, dauern länger, weil es ihn dann nicht so interessiert.

Wir benutzen aber auch „Ersatzgebärden“ wie Wau für Hund und Hopp für Pferd. Die sind bei den zehn bis fünfzehn nicht mitgezählt.

Wir sind der Meinung, Nico hat einen riesen Entwicklungsschritt gemacht, seid wir damit angefangen haben. Er ist zufriedener, hat angefangen, seine Feinmotorik zu verbessern.

Ach so, was vielleicht auch noch interessant ist: Nico läßt inzwischen die Gebärde für Ball ab und zu weg und sagt dann BA. Also von wegen nicht sprechen ist bei unserem anscheinend widerlegt.

I.B.: Hat Nico sich denn schon verständlich machen können, bevor Sie Gebärdensprache kannten?

Frau S.: Nein, er hat es versucht, aber wir haben es nicht verstanden. Das Problem war auch, daß er sehr schnell aufgegeben hat. Meine Tochter hat zum Beispiel einfach äh gemacht und so lange auf etwas gezeigt, bis wir sie verstanden haben. Nico hat aufgegeben, bevor wir wußten, was er meinte. Ich hatte das Gefühl, daß wir da anfangen mußten, um dafür zu sorgen, daß er überhaupt merkt, er kann etwas erreichen.

Er ersetzt zwischendurch übrigens manchmal die Gebärde für Ball durch BA, aber noch keine anderen. Inzwischen sind wir an einem Punkt, wo die Logopädin und wir lieber Worte rauskitzeln würden. Das ist eher mühsam. Wir wollten uns mit neuen Gebärden zurückhalten, aber Nico verlangt sie einfach. Er lernt sehr schnell neue Gebärde, fragt auch danach. Er bildet jetzt

mit Gebärden Zwei-Wort-Sätze, zum Beispiel Katze schläft und so. Das verstärken wir jetzt.

b) Interview mit Frau W. (vom 22.12.2000):

Also: begonnen haben wir mit den Gebärden so im Alter von etwa 18 Monaten, wenn ich mich richtig erinnere. Zuerst nur einige wenige, wie zum Beispiel essen und trinken. Ich habe einfach ab dem Moment jedesmal, wenn ich das Wort essen gebraucht habe, auch die Gebärde dazu gemacht. Also nichts Spezielles eingeübt, und ich glaube, Valentina hat das recht schnell begriffen.

Meine Motivation, mit Gebärdensprache beziehungsweise korrekterweise mit Gebärdenunterstützter Kommunikation zu beginnen, waren vor allem zwei. Erstens, so hab ich gelesen, haben unsere Kinder ein schlechtes auditorisches Kurzzeitgedächtnis und sind visuelle Lerner, aber das ist ja wohl bei jedem Kind wieder anders. Gebärden seien gut als visuelle Schlüssel für die gesprochenen Wörter wie dann später auch das Frühlesen. Also gilt das Gebärden als sprachfördernd. Der andere Grund war, bei den meisten Kindern mit Trisomie 21 ist die aktive Sprache ziemlich verzögert, die Diskrepanz zu dem, was sie verstehen, ziemlich groß. Um Valentina nicht dem Frust auszusetzen, daß sie sich nicht verständigen kann, obwohl sie sehr gut versteht, habe ich auf die Erlernung von Gebärden gesetzt.

Je wichtiger ein Wort für Valentina war, um so schneller hat sie es gelernt. Sie liebt zum Beispiel Käse. Eines Tages sagte ich zu ihr: Jetzt müssen wir wirklich mal nachschauen gehen, wie die Gebärde für Käse ist. Wir schauten auf der CD nach, sie konnte sie sofort nachahmen und die Gebärde war ab sofort aktiv abrufbar!

Valentina kann/erkennt mittlerweile etwa 100 Gebärden. Einige sind total aktiv, das heißt, sie bringt sie ohne einen äußeren Zusammenhang, um mir ihre Wünsche mitzuteilen. Zum Beispiel Essen, trinken, Apfel, Käse, Brot und natürlich auch die Gebärden, die wir für uns nahestehende Personen kreiert haben. Für Großmutter, für Pate, für Urgroßmutter, für Freunde zum Beispiel den Anfangsbuchstaben des Namens aus dem Fingeralphabet, was

für Valentina allerdings ziemlich schwierig ist, oder ein Zeichen, das für die betreffende Person bezeichnend ist, zum Beispiel der Pate, der häufig schlecht rasiert ist, wird durch das Tippen mit dem Zeigefinger aufs Kinn angezeigt, oder ein Zeichen, das sie selbst für eine Person kreiert hat, nämlich für ihre Großmutter, das Tippen mit dem Zeigefinger auf die Handfläche der anderen Hand. Somit kann sie, unabhängig von bestimmten äußeren Anlässen, mir mitteilen, daß sie an die betreffende Person denkt, sie zu umarmen wünscht oder was auch immer.

Andere Gebärden sind halb aktiv, ich nenn das mal so, das heißt, wenn sie das entsprechende Ding sieht, bringt sie die Gebärde. Das sind die meisten Tiere, andere Lebensmittel und so weiter. Und dann gibt es noch welche, die sie passiv beherrscht, das heißt, wenn wir das entsprechende Ding sehen und ich die Gebärde mache, macht sie sie auch.

Wenn sie eine Gebärde kann, wirklich aktiv, dann verwende ich sie nicht mehr so häufig, denn verstehen tut sie mich ja auch ohne Gebärden.

Valentina setzt mittlerweile zwei oder gar drei Gebärden zusammen, macht also 2- oder 3-Wortsätze. Das kann ganz einfach zu erkennen sein, zum Beispiel „mehr“, „Brot“ und „Butter“. Es kann aber durchaus schwierig zu interpretieren sein. Ich sitze zum Beispiel noch am Frühstückstisch, lese die Zeitung und trinke Kaffee. Valentina gebärdet: „fertig“, „trinken“ und „Musik“. Es dauert eine Weile, bis ich kapiere: ich soll „fertig“ machen mit Zeitung lesen, soll mein „trinken“ mit nehmen und mit ihr im Wohnzimmer „Musik“ hören gehen. Beginne ich dann zu interpretieren, macht sie die Gebärden immer wieder, und wenn ich sie dann richtig verstehe, stahlt sie und sagt ja!

Valentina beginnt langsam aber sicher auch, nachzusprechen, und etwa gleichzeitig mit dem Versuch, Worte zu formulieren – nur wenn ich ihr vorspreche, es kommt noch, außer mama, ja und nein kein Wort aktiv – beginnt sie, gewisse Gebärden genauer zu machen. Zum Beispiel Brot wird durch das Aneinanderlegen von beiden Daumen- und Zeigefingerspitzen gebärdet. Bisher hat sie Brot immer nur durch das Aneinanderlegen der Zeigefingerspitzen

gebärdet. Kürzlich aber hat sie intensiv geübt, bis sie es geschafft hat, auch die Daumen aneinander zu legen und jetzt gebärdet sie es jedesmal korrekt. Gerade jetzt auch bin ich froh, daß Valentina Gebärden kann. Meine Oma ist vor drei Wochen gestorben und wir haben sie noch an ihrem Todestag besucht. Sie lag mit weit offenem Mund im Bett, was Valentina und mich auch ziemlich beeindruckt hat. Und dank Gebärden kann sie mir zehn mal oder mehr am Tag wieder davon erzählen, daß die Omi einen weit offenen Mund hatte und kann mir sagen, daß sie die Omi vermißt, beziehungsweise, daß sie sie umarmen möchte. Witzigerweise gebärdet sie nie mehr, daß sie mit Omi telefonieren möchte, also hat sie begriffen, daß sie nicht mehr lebt.

c) Interview mit Herrn P. (vom 10.01.2001):

Unser Sohn Fabian, Down-Syndrom, inzwischen vier einhalb Jahre alt. hat sehr viel gebärdet und gebärdet immer noch. Da hier in Würzburg Gebärdenunterstützte Kommunikation nicht angeboten wurde, haben wir das weitgehend in Eigenregie gemacht und sind sehr zufrieden. Fabian hat am Morgen zum Beispiel Wutanfälle am Eßtisch hingelegt, weil wir Bezugspersonen nie verstanden haben, was er wollte, da er nicht gesprochen hat. Mittels Gebärden konnte er sich verständlich machen, wir konnten ihm diskriminative Fragen stellen mittels Gebärdenunterstützter Kommunikation: Willst du Wurst oder Käse auf's Brot und so weiter.

Er hat Bilderbücher derart gebärdend und dazu kauderwelschend vorgelesen, daß er als nicht verständlich sprechendes Kind im Kindergarten bestens kommunizieren und sich unterhalten konnte.

Inzwischen beginnt er viel zu sprechen, die Logopädin lobt seine Fähigkeit, nahezu alle Laute korrekt zu bilden und so. Wir sehen bisher keine Nachteile, nur Vorteile von GuK, auch wenn wir rundherum von einer Reihe von Fachleuten mit Kritik und Unverständnis konfrontiert wurden wie: „Sie wollen doch, daß ihr Sohn sprechen lernt, da können sie doch nicht mit ihm gebär-

den!“ Da wir selber aber „vom Fach“ sind und im Gegensatz zu manchen externen Fachleuten uns mit aktueller Literatur beschäftigt hatten, Fortbildung bei Professor Wilken und bei Frau Halder mitgemacht haben, konnte man in Würzburg unsere Kritik der Frühförderung bezüglich des Mankos des Ignorierens aller wissenschaftlicher Erkenntnisse zu GuK nicht erwehren. Nun organisiert unser Verein gemeinsam mit der Frühförderstelle Fortbildungen in GuK für Würzburg.

d) Interview mit Frau T. (vom 19.01.2001):

Mein Sohn ist inzwischen neun Jahre alt.

Als er drei Jahre alt war, war ich in Portsmouth auf einer Konferenz über Sprachentwicklung. Ein Referent sprach auch über Gebärdensprache. Ich war begeistert und dachte, das ist etwas für meinen Sohn. Er sprach fast noch nichts. Als ich wieder Zuhause war, erzählte ich davon. Fachleute rieten mir aber davon ab. Sie meinten, er würde dadurch gar nicht oder viel langsamer zum Sprechen kommen. Mir war das egal. Ich dachte, was soll's, wenn er dadurch ein Jahr später mit dem Sprechen anfängt und ich dafür jetzt schon mit ihm sprechen kann. Von einer Freundin bekam ich das Buch „Schau doch meine Hände an“ geschenkt und ich entnahm diesem Gebärden, die ich brauchte. So zum Beispiel die Gebärde für Kindergarten. Kam sein Vater heim und fragte: „Was hast du denn heute gemacht?“, zeigte er ihm die Gebärde für Kindergarten. Und Vater konnte sagen: „Du warst im Kindergarten?“ Andreas nickte dann. „Hat es dir denn gefallen?“ Er nickte dann oder schüttelte den Kopf. So war eine Unterhaltung möglich.

Morgens konnte er auch sagen: „Andi“, Kopfschütteln, das heißt nein, Gebärde für Kindergarten. So wußte ich, heute will er nicht in den Kindergarten. Er hätte sich sonst nur auf den Boden legen können und schreien. Ich hätte dann überlegen müssen: Hat er jetzt einen Zorn, hat er Bauchweh oder was ist?

Er hat es aber ausdrücken können und so konnten wir darüber „reden“, zum Beispiel hab ich ihm gesagt: „Ich hol dich früher ab.“ Oder: „Heute ist doch der Geburtstag von ...“ oder „dann geh halt mit mir einkaufen und bleib heute Zuhause vom Kindergarten.“ Einem anderen Kind gesteht man sowas auch mal zu.

Im Kindergarten bastelten sie Laternen. Ich entnahm die Gebärde für Laternen aus meinem Buch. Bei der Frage, was sie heute im Kindergarten gemacht hatten, konnte er es mir sagen.

Durch die Gebärden war schon früh eine Kommunikation möglich. Es ist doch frustrierend, wenn ich alles verstehe und mich nicht mitteilen kann. Irgendwann höre ich dann gar nicht mehr zu, weil ich sowieso keinen Beitrag dazu geben kann. Auch uns als Erwachsenen würde es so gehen.

Andreas hat die Gebärden weggelassen, sobald er das Wort dafür sagen konnte.

Ich bin froh, daß es inzwischen auch in Deutschland eine anerkannte Methode ist und nicht mehr so abgelehnt wird. Ich würde, wenn ich noch mal konnte, viel mehr damit machen!

e) Interview mit Frau B. (vom 20.12.2000):

Die ersten Gebärden, damals noch aus der Sammlung „Schau doch meine Hände an“, habe ich eingesetzt, als Peer ungefähr 18 Monate alt war. Die Gebärde für „essen“ hat er sehr schnell angenommen, bei den anderen hat es lange gedauert. Ich habe sie auch nicht konsequent benutzt, aber immer mal wieder. Dann tauchten sie irgendwann vereinzelt auch bei ihm auf. Seit er etwas über zwei Jahre war, waren wir dabei konsequenter und er hat deutlich mehr nachgemacht. Jetzt ist er fast drei und seit einigen Monaten geht es richtig gut.

I.B.: Hat Peer sich schon vorher verständigt?

Frau B.: Ja. Zuerst – und noch sehr lange – durch Zeigen mit dem Finger. Etwas wie „Nein“ und Kopfschütteln sowie „da / ja“ und Nicken kann er auch seit einer ganzen Weile, so daß er deutlich ausdrücken konnte, wenn er etwas wollte oder nicht. Die Verständigung lief dann über Zeigen von Peer und Fragen von uns, zum Beispiel: Willst du dies oder das essen / haben / trinken?, und es klappte auch ganz gut. Allerdings kam das meiste dabei natürlich von uns.

Es gab vor kurzem eine Phase, in der die Verständigung etwas frustrierend wurde. Da wollte er dann schon auch mal Dinge, die nicht in der engsten Reichweite waren. Aber wir konnten ihn nicht verstehen, und er wurde ungeduldig. Seit einigen Monaten beginnt er, die Gebärden auch spontan einzusetzen und kann sich so gezielt ausdrücken. Das ist für uns alle sehr schön. Ich habe das Gefühl, daß durch das Üben mit den Händen auch seine sonstige Nachahmung angeregt wird. Ich glaube, daß er so klarer seine Wünsche ausdrücken kann und dadurch mehr selbstbestimmte Aktivität entfalten kann. Übrigens liebt er die GuK-Karten von Frau Prof. Wilken sehr und möchte sie dauernd aus der Schachtel herausholen.

Mit den Gebärden verstehen ihn auch unsere Mitbewohner besser, die Kinder machen übrigens auch gerne mit. Und seine Großmutter, die er regelmäßig sieht, die aber selber die Gebärden nicht aktiv einsetzt. Auch die Frühförderin freut sich über seine deutlichen Äußerungen und kann direkt darauf reagieren.

f) Interview mit Frau Sch. (vom 19.01.2001):

Wir haben mit Verena Ende 1996 mit „Schau doch meine Hände an“ begonnen. Verena hatte eine relativ schlechte Hörleistung (ab ca. 60 Dezibel). Sie hat immer nur „gegrunzt“, wenn sie etwas wollte und ich mußte dann jonglieren, ob sie Essen, Trinken oder ganz was anderes wollte. Wenn ich nicht das Richtige getroffen habe, pfefferte sie mir das Falsche um die Ohren. Die

sprachbegleitenden Gebärden habe ich dann in Hannover auf dem DS-Kongreß bei Frau Wilken kennen gelernt. Verena hat es super aufgenommen und ihre Frust-Grenze ging deutlich runter. Jetzt konnte sie mir, auch ohne laufen zu können, zeigen, was sie sollte.

Wenn sie das entsprechende Wort sagen kann, läßt sie die Gebärde sofort weg. Ihre jüngere Schwester sprach kein Wort. Ich dachte, mich tritt ein Pferd, als diese Wicht in seinem Hochstuhl saß und die Gebärde für „Trinken“ machte. Sie wiederholte sie auch. Sie hatte sich das einfach bei Verena abgeguckt, bevor das normale Sprechen begann, das sie wie jedes Kind gelernt hat.

g) Interview mit Frau E. aus Luxemburg (vom 18.01.2001)

Einmal pro Woche kommt eine Heilpädagogin zu uns nach Hause. Sie erzählte mir vom Seminar über „SIGNALONG“ und ich nahm daran teil. SIGNALONG ist eine der englischen Taubstummensprache angelehnte Gebärdensprache, die mittlerweile in mehreren Bereichen in Luxemburg angewandt wird.

Da ich halbtags arbeite, geht Catalina seit sie acht Monate alt ist, in einen normalen Kinderhort. Dort ist sie voll integriert, es ist niemand extra für sie da, das heißt keine zusätzliche Person in der Gruppe.

Ich finde es wichtig, daß Kinderhort, Kindergarten, Schule und so weiter mit machen. Das ist aber bis jetzt sehr schwierig. Ich habe das ganze Buch kopiert und im Kinderhort erklärt, wie und warum das genutzt wird. Aber da ist keiner richtig rangegangen. Jetzt mache ich es so, daß ich immer wieder die wichtigen Zeichen zeige und erkläre, damit sie wissen, was Catalina meint. Da Catalina eine sehr deutliche Mimik hat, bestehen, was das Wesentliche angeht, keine Kommunikationsprobleme.

Die Heilpädagogin wendet SIGNALONG an und hilft mir, wenn ich ein besonderes Wort nicht in meinem Buch finde, da sie in den Fortsetzungsbänden nachschlagen kann.

Catalina war 18 Monate alt, als wir mit den Gebärden begonnen haben. Jetzt ist sie drei Jahre und der Übergang zur verbalen Sprache findet ganz problemlos statt. Was mir auffällt, ist, daß Catalina öfter, nachdem sie das Zeichen richtig verstanden hat, das Wort dazu auch ziemlich schnell lernt. Es ist eine wichtige Stütze der Sprache.

Sie hat sich vorher sehr viel intuitiv verständigt, wir sind uns sehr nahe. Ihre Mimik war immer schon unübertroffen.

I.B.: Was hat sich verändert, als Ihre Tochter sich dann besser ausdrücken konnte?

Frau E.: Die Kunst der Kommunikation. Es entwickeln sich jetzt Dialoge zwischen uns, das finde ich super!

h) Interview mit Frau A., einer Logopädin, die mit Gebärden arbeitet (vom 18.01.2001):

Ich mache mit GUK sehr gute Erfahrungen und kann die Ärzte und andere Skeptiker beruhigen: wenn die Kinder das Wort verständlich sprechen können, lassen sie die Gebärde schon nach kurzer Zeit weg.

Für mich waren Gebärden früher auch ein rotes Tuch, aber heute bin ich sehr froh, daß ich mich doch noch mal damit auseinander gesetzt habe.

Es gibt auch Kinder, die sehr große Probleme mit dem Sprechen haben, die sehr unverständlich sind und mit der Gebärde zusammen erst zu verstehen sind. Diese Kinder setzen Gebärden länger ein oder aber auch dauerhaft. Daran ist nur Positives zu sehen, da die Kommunikation an oberster Stelle steht.

Was ich beobachte: es ist sehr wichtig, den Eltern, den Erziehern, den Großeltern und so weiter die Scheu vor dem Einsatz der Gebärden zu nehmen. Je

besser das Umfeld mitzieht, desto größer ist die Motivation für das Kind, die Gebärden einzusetzen.

Die Gebärden sind aber nicht für alle Kinder geeignet. Es gibt auch in meiner Praxis Kinder, die die Gebärden regelrecht ignorieren und auf anderem Wege zur Sprache, zum Sprechen kommen. Das muß individuell entschieden werden, denn es gibt nicht DAS Kind mit Down-Syndrom.

Erklärung:

Ich versichere, daß ich die schriftliche Hausarbeit – einschließlich beigefügter Zeichnungen, Kartenskizzen und Darstellungen – selbständig verfaßt und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinne nach anderen Werken entnommen sind, habe ich in jedem Fall unter Angabe der Quelle deutlich als Entlehnung kenntlich gemacht.