

Fühlen, Lachen, Hören oder Hakan erspielt sich Selbstvertrauen – Gruppen-Theraplay® (GTP) mit hörgeschädigten Kindern

Elisabeth Steudel

Hakan, Ludwig und Milena (Namen geändert) sitzen mit der Co-Therapeutin und mir im Kreis. Wir haben gerade damit begonnen, den „Stirngruß“ in der Runde weiterzugeben. Ich mache mit Ludwig, der neben mir sitzt, den Anfang. Ludwig mit der runden Brille genießt die Sache und gibt die Berührung erst einmal wieder an mich zurück, bevor er sie langsam und nachdrücklich an Christa (Co-Therapeutin) weitergibt. Hakan zappelt und kichert. Er kann es nicht erwarten an die Reihe zu kommen. Ungeduldig wendet er seinen Kopf Christa zu. Kurz reibt er seine Stirn an ihrer, bevor er sich an die neben ihm sitzende Milena wendet. Kichernd weiten die beiden den „Stirngruß“ aus, berühren einander gleich dreimal mit der Stirn, bevor Milena sich wieder mir zuwendet. Jetzt kommt die blaue Wolldecke. Alle wissen Bescheid. Die blaue Wolldecke bedeutet den Beginn des Chequeo. Ludwig lässt sich darauf kullern und macht es sich gemütlich. Er legt seinen Kopf in meinen Schoß, und ich beginne, ihn genau anzuschauen. Wir suchen die vielen kleinen Sonnenküsse in Ludwigs Gesicht. Hakan und Milena helfen mir beim Zählen. Nach der fünf sind die Zahlwörter bei Hakan nicht mehr zu verstehen, aber bei GTP macht das nichts. Hauptsache, er redet, und es macht ihm Spaß. Die blaue Wolldecke wird weggeräumt, und ich greife zur Cremedose. Sofort beginnt Hakan seine Hände und Arme nach Verletzungen zu untersuchen.....

Der Beginn einer Gruppentherapie-Stunde. Eine ganz normale GTP- Stunde mit ganz normalen Kindern. Sie haben nur eine Besonderheit: Sie haben alle drei einen mehr oder weniger großen Hörverlust. Es ist eine Kleingruppe aus dem Schulkindergarten des Hör-Sprachzentrums in Wilhelmsdorf. Im Hör- Sprachzentrum werden derzeit ca. 200 Kinder mit unterschiedlichen Hör- Sprachschädigungen betreut, davon sind im Kindergarten derzeit 26 Kinder in drei Gruppen untergebracht. Meist sind es Gruppen in denen hörgeschädigte Kinder zusammen mit normalhörenden Kindern betreut werden, da die meisten hörgeschädigten Kinder aus Familien mit normal hörenden Eltern und Geschwistern kommen, die großes Interesse an möglichst umfangreichem sprachlichem Input für ihre Kinder haben. Gleichzeitig ist für diese Kinder eine sehr intensive Einzel- und Kleingruppenbetreuung durch Lehrer, Erzieher und Therapeuten notwendig, damit der zu vermittelnde Lernstoff ihrem jeweiligen Sprachstand, der sehr unterschiedlich ist, angepasst werden kann. Alle Kinder sind, je nach Umfang ihrer Hörbeeinträchtigung mit Hörgeräten und/oder einem Cochlea-Implantat (CI) versorgt.

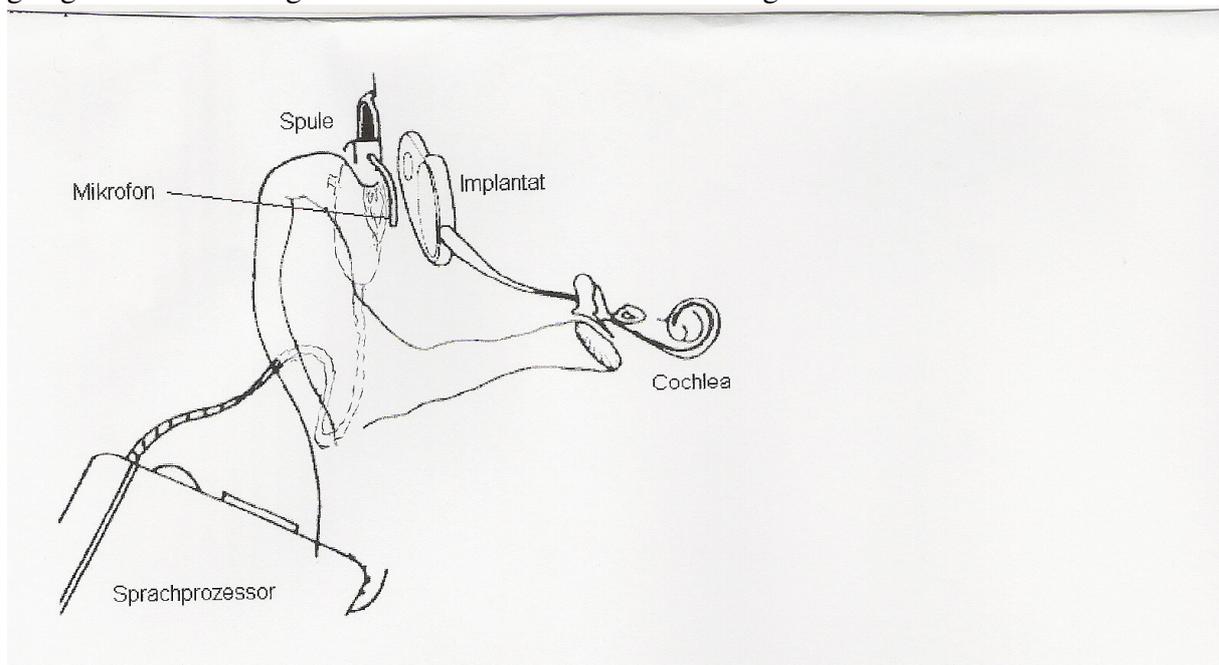
Hier kurz einige Informationen zu Cochlea- Implantaten:

Ein Cochlea-Implantat ist eine elektrische Innenohrprothese, die Menschen mit Schädigungen des Innenohrs ein neues Hören ermöglicht. Ein CI wird heute empfohlen, wenn eine hochgradige Schwerhörigkeit vorliegt oder der betreffende Patient völlig gehörlos ist. In diesen Fällen ist zumeist die Weiterleitung der Schallreize an den Hörnerv stark gestört oder unterbrochen. Mit einem CI können gehörlose und ertaubte Kinder und Erwachsene Geräusche unterscheiden und in den meisten Fällen auch Sprache verstehen und lernen. Die Erfahrungen zeigen, dass gehörlos geborene oder vor dem Erlernen von Sprache ertaubte Kinder sich umso besser entwickeln, je früher mit einer CI-Versorgung begonnen wird. Das CI übernimmt die ausgefallenen Funktionen des Innenohres, indem es elektrische Reize direkt an den Hörnerv bringt und so die Störung bzw. Unterbrechung der Weiterleitung überbrückt. Zu diesem Zweck wird ein Teil des CI-Systems (*das Implantat*) mit einem

Elektroenträger direkt in die Hörschnecke (*Cochlea*) eingebettet. Diese Implantation wird in einer Vielzahl von Kliniken durchgeführt.

Zur Kommunikation mit der Außenwelt besitzt das Implantat eine passive Elektronik und eine Spule. Das Implantat hat je nach Hersteller eine flexible Silikonanpassung oder ein stabiles Keramikgehäuse und wird in der Regel am Hinterkopf im Schädelknochen verankert. Die äußeren Teile des CI-Systems liefern ihre Informationen an das Implantat drahtlos -induktiv- über die *Spule*. Für den korrekten Sitz der externen auf der internen Spule sorgt ein *Magnet*. Das Implantat kann über Stromimpulse auf seinen Elektroden bestimmte Teile des Hörnervs in der Cochlea reizen und so einen Höreindruck hervorrufen. Die Elektroden sind über die Länge der Cochlea verteilt. Die Ansteuerung der Elektroden in einem solchen System ist sehr kompliziert. Die Funktion der Aufbereitung der aufgenommenen Schallsignale in eine für das Implantat geeignete Form übernimmt der *Sprachprozessor*.

Das Hören ist ein komplizierter Vorgang. Das geschädigte Gehör muss zudem noch auf eine Reihe „natürlicher Hilfsmittel“ zur Verstärkung und Vorselektion verzichten. Die Übertragung der Schallwellen in elektrische Reize, die vom Hörnerv aufgenommen und vom Gehirn interpretiert werden, ist deshalb ein Wissenschaft für sich. Herstellerübergreifende Studien zeigen keine sicheren Merkmale an denen sich die eine oder andere Strategie als signifikant besser erweisen könnte. Ein wichtiger Teil der Forschung befasst sich deshalb mit der Ermittlung von Kriterien, für welchen Patienten welche Implantate bzw. Strategien besser geeignet sind. Leider gibt es dazu noch keine konkreten Ergebnisse.



Sicher ist:

Inwieweit hörgeschädigte Kinder durch das Implantat hören lernen und Sprache erwerben können, hängt neben seiner angeborenen Begabung für Sprache, vor allem vom Zeitpunkt der Implantation ab. Wird das CI früh implantiert, sind die Chancen auf eine normale Sprachentwicklung wesentlich größer.

Trotz der spezifischen Modalitäten und Probleme in der Kommunikation, ist das Leben und die Arbeit mit Hörgeschädigten Kindern gar nicht so anders als die Arbeit mit normal hörenden Kindern. Ist man längere Zeit mit ihnen zusammen, vergisst man sogar immer wieder, es mit Hörgeschädigten zu tun zu haben. Die Kommunikation wird selbstverständlich. Da verwundert es nicht, dass die pädagogischen Ziele in der Arbeit mit hörgeschädigten Kindern eigentlich kaum anders sind, als im Umgang mit Hörenden.

Prof. Ursula Horsch, Heidelberg, schreibt dazu:

„Die Hörgeschädigtenpädagogik verfolgt vergleichbare Erziehungsziele wie die allgemeine Pädagogik. Als Dialogische Pädagogik versteht sie sich als ein Ansatz, der sich an Erziehungs- und Bildungstheorien orientiert, welche die Beziehung zwischen Lehrer und Schüler als konstituierend für den Erziehungsprozess verstehen; sie hat die Entwicklung der Dialogfähigkeit des Kindes im Kontext der Entwicklung von Selbstverantwortung und Mitverantwortung zum Ziel. Dialogfähigkeit wird hierbei als die Fähigkeit verstanden aufeinander zuzugehen, den anderen als Partner wahrzunehmen, ihn ernst zu nehmen, Beziehung zu ihm herzustellen, Lösungen auszuhandeln, konstruktiv Probleme anzugehen und sie lösen zu können, Verantwortung für sich und andere zu übernehmen. Grundlegend für die Entwicklung dieser Haltungen und Kompetenzen ist die basale Fähigkeit, dialogische Angebote wahrzunehmen und sich dialogisch verhalten zu können. Aufgabe des Pädagogen ist es, dem hörgeschädigten Kind dabei zu helfen, diese Fähigkeiten zu entwickeln. Erziehung zur Dialogfähigkeit beginnt mit dem Prozess der Erziehung und betrifft alle an der Erziehung Beteiligten. Dieser Prozess bedarf einer Entwicklung. Basale dialogische Elemente äußern sich u.a. in folgenden Handlungen und Haltungen:

- Blickkontakt herstellen! Er ist die Verständigungsebene schlechthin und bestätigt dem Kind: „Ich bin für dich da.“
- Das Turn- Taking, das nichts anderes signalisiert als das Wechselspiel „Jetzt bist du dran - jetzt bin ich dran.“
- Das Kind als Partner ernst nehmen, auf seine Angebote eingehen und ihm antworten.
- Das Kind in seinem Tun bestätigen.
- Dem Kind vertrauen, ihm etwas zutrauen.
- Dem Kind Mut machen, in den Dialog zu treten.
- Dem Kind Verantwortung geben für sein Tun.“

Im Frühförderbereich wird dem seit einigen Jahren Rechnung getragen, indem bei einer insgesamt ganzheitlichen Förderung dem Hören- Lernen und - darauf aufbauend - dem natürlichen Spracherwerb eine besondere Bedeutung beigemessen wird. Dieser Förderansatz basiert auf der Erkenntnis, dass die Auswirkungen einer Hörschädigung (auch einer hochgradigen Hörschädigung) nicht als eine statische Größe anzusehen sind, sondern durch eine hörgerichtet-interaktionale Frühförderung deutlich zu minimieren sind. (Hartmann-Börner, Wollmann 2003)

Die Sprachentwicklung hörgeschädigter Kinder läuft in ähnlicher Weise und in den gleichen Lernschritten wie bei normal hörenden Kindern. Sie brauchen aber mehr von allem: mehr Zeit, mehr Zuwendung, mehr Gespräche, mehr Hörerlebnisse im Alltag.

„A deaf child has special needs but these are not for something different, but for more of normality!“ (Morag-Clark 2004).

Die moderne Medizin und Hörtechnik schafft die Basis für einen hörgerichteten Spracherwerb. Viele Kinder, die gehörlos oder mit einer hochgradigen Hörschädigung geboren wurden haben dadurch die Chance, Sprache auf natürliche Weise wie normal hörende Kinder zu erwerben. Voraussetzung ist, dass die Kinder frühzeitig im Alter von einem oder zwei Jahren mit einem Cochlea- Implantat versorgt werden und keine weiteren Behinderungen vorliegen. Grundlage und Vorbild für den hörgerichteten Spracherwerb ist die frühe Kommunikation zwischen Mutter und Kleinkind. Kleinkinder mit Hörgeräten und/oder CI lernen Sprache nicht primär vom Therapeuten, sondern sie erwerben Sprache im Alltag durch die Menschen, an die sie eine enge emotionale Bindung haben, und die viel mehr Zeit mit ihnen verbringen als die professionellen Kräfte. Durch die enge emotionale Beziehung besteht eine hohe Motivation seitens des Kindes zu kommunizieren und zu lernen. Häufig handelt es sich dabei um einen Dialog, und es besteht nicht selten eine körperliche Nähe. Der

hörergerichtete (natürliche) Spracherwerb findet im Alltag statt und ist oft in Handlungen eingebunden. Eltern sprechen mit dem Kind über das, was sie tun. Dadurch sind die Äußerungen des Kindes spontan und entstehen aus seiner Motivation heraus. Aufgabe der Therapeuten, Erzieher und Lehrer muss es sein, die Eltern auf diesem Weg zu unterstützen und ein Stück mitzugehen. Eltern brauchen Unterstützung und Begleitung, sowohl bei den technischen Aspekten, als auch bei den vielen Fragen des Alltags. Gleichzeitig ist es wichtig das Kind in seiner Gesamtentwicklung zu sehen, sein Selbstbild und seine individuellen Fähigkeiten zu stärken.

„Kinder lieben ist mehr und besser als Kinder testen! Das eine soll das andere unterstützen“
(van Uden in Batliner 2005)

Merkmale der an das Kind gerichteten Sprache:

- etwas langsamere Sprechgeschwindigkeit
- etwas deutlichere Aussprache
- sehr melodische Intonation
- höhere Stimmlage
- kürzere Sätze
- weniger komplexe Sätze
- weniger Nebensätze
- viele Fragen
- viele Aufforderungen
- viele Inhaltswörter
- weniger Vergangenheitsformen
- Wiederholungen

Die an das Kind gerichtete Sprache ist aufgrund ihrer Eigenschaften einfacher und für das Kind interessanter als die Sprache, die wir im Gespräch mit Erwachsenen benutzen. Sie wird nicht nur im Gespräch von Eltern mit ihren Kindern verwendet, sondern intuitiv von nahezu allen Erwachsenen oder älteren Kindern, wenn sie mit kleinen Kindern sprechen.

Im Schulkindergarten des Hör- Sprachzentrums haben wir mehrfach mit Kindern zu tun, die zwar mit einem CI versorgt sind, dieses aber erst relativ spät, im dritten, vierten oder fünften Lebensjahr implantiert bekommen haben. Es ist also für diese Kinder ungleich schwerer zur Sprache zu kommen, als für Kinder, die sehr früh mit Hörgeräten und CI versorgt wurden. Trotzdem machen wir immer wieder die Erfahrung, dass auch bei ihnen Sprachentwicklung möglich ist, wenn auch in begrenzterem Maße. Dazu kommt auch hier die Erfahrung, wie wichtig die Gesamtentwicklung der Kinder ist, und dass ohne positives Selbstbild wenig Lernerfolg zu erwarten ist. Ein Kind, das sich nicht zutraut, sich spontan zu äußern hat im natürlichen Spracherwerb wenig Chancen.

Deshalb möchte ich mich in diesem Beitrag vor allem Hakan zuwenden. Hakan ist inzwischen sechs Jahre alt und seit zwei Jahren bei uns im Kindergarten. Er leidet unter an Taubheit grenzender Innenohrschwerhörigkeit und wurde nach längerem Zögern der Eltern, die große Sorgen wegen des operativen Eingriffs hatten, kurz vor seinem Eintritt in den Kindergarten mit einem CI versorgt. Hakan reagierte gut auf das CI. Bald war klar, dass er damit Geräusche wahrnehmen konnte und bald darauf, dass er auf seinen Namen reagierte. Aber mit der Sprachentwicklung schien es nicht vorwärts zu gehen.

In der Kindergartengruppe verhielt sich Hakan still. Er war ein sehr liebes Kind! Immer hielt er sich an die Regeln (soweit er sie verstand) und spielte ausdauernd und leise mit den Spielsachen in Bau- und Puppenecke. Immer wieder wurde er von den Mädchen der Gruppe in die Puppenecke geholt. Er durfte dann eines ihrer „Kinder“ spielen. Der Erzieherin fiel Hakan dann auf, wenn er weinte, was häufig vorkam. Er litt an Heimweh und hatte immer

wieder Tränen in den Augen. Außerdem tat er sich leicht weh, schon die geringste Verletzung brachte ihn ganz aus der Fassung. Da er das Pech hatte, in eine Kindergartengruppe mit eher robust wirkenden Einzelpersönlichkeiten geraten zu sein, war das ein Problem für ihn.

Ansonsten hielt er sich zurück. Wurden Aufgaben oder Privilegien verteilt, war er so ruhig, dass es der Erzieherin gelegentlich passierte, dass sie ihn fast vergaß.

Die Mutter erzählte, darauf angesprochen, dass er sich daheim zwar durchaus lebhafter, aber sehr kleinkindhaft verhalte, und er sie kaum einen Moment aus den Augen lasse. Mutter und Kind hatten es schwer mit der Trennung.

Als wir uns im Team über Hakan unterhielten wurde klar: das ist ein Kind für mein nächstes Gruppen-Theraplay!

Aber ein Kind ist keine Gruppe! Schließlich haben wir noch mehr Kinder im Kindergarten, die in den Genuss von Theraplay kommen sollen, und die mir von den Kolleginnen vorgeschlagen werden. Ich entschieße mich, wie schon zweimal vorher, es mit einer Kleingruppe zu versuchen. Da war noch der kleine, knapp fünfjährige Ludwig aus Gruppe 2, der ein bisschen wie der Elefant im Porzellanladen durch den Kindergarten tapst und einfach nicht merkt, dass es der kleinen Mia weh tut, wenn er sie schubst. Er versteht auch nicht, dass der dreijährige zarte Peter nicht ständig von ihm umarmt und gedrückt werden will. Ludwig ist schwerhörig, hat aber einen recht guten, wenn auch stark dialektgefärbten Wortschatz. Wer noch? – Da ist noch Milena. Sie ist schon sechs und wird bald in die Schule kommen. Milena ist das Gegenteil von still. Sie ist immer die erste, die sich nach vorne drängt, wenn Aufgaben verteilt werden. Es fällt ihr furchtbar schwer, irgendwo zurückzustehen, und sie reagiert leicht beleidigt, wenn sie sich zurückgesetzt vorkommt. Milena leidet unter mittelgradiger Schwerhörigkeit. Sie kann recht gut nachsprechen, ihr aktiver Wortschatz ist aber sehr eingeschränkt.

Nicht gerade eine homogene Gruppe, aber so sieht es in der Praxis häufig aus. Es ist die Realität, dass es schwierig ist, wirklich gut zueinander passende Kinder in eine Gruppe zu bekommen. Zu unterschiedlich sind die Beeinträchtigungen der bei uns betreuten Kinder. Aber alle drei sind hörgeschädigt. Alle drei werden von einer vereinfachten Sprache innerhalb der GTP- Gruppe profitieren. Der sprachliche Spagat in der Kleingruppe wird nicht ganz so groß sein, wie in einer Gruppe mit normal hörenden und hörgeschädigten Kindern.

Noch etwas haben alle drei gemeinsam: Ich bin sicher, alle drei werden von Gruppen-Theraplay profitieren. Alle drei Kinder werden in einer strukturierten Stunde die Fürsorge und die Stimulation genießen können. Das wird ihnen helfen, ihr Selbstbild weiter auszubauen und Herausforderungen dadurch mehr gewachsen zu sein.

Trotzdem brauchen nicht alle das Gleiche. Der ängstliche, allem Fremden gegenüber misstrauische Hakan braucht außer viel Fürsorge und Sicherheit vor allem Stimulation und vorsichtige Herausforderungen, während der eher überdrehten Milena neben Ritualen und Fürsorge vor allem der Zusammenhalt gut tun wird.

Die erste GTP-Stunde mit einer neuen Gruppe ist immer eine spannende Erfahrung. Bei der Vorbereitung hat man versucht, sich die Kinder und ihre möglichen Reaktionsweisen intensiv vorzustellen und Modelle zu entwickeln, wie diesen Reaktionen am besten zu begegnen wäre. Sitzen die Kinder dann aber vor einem läuft trotzdem vieles wieder überraschend. Schon deshalb ist es gut, wenn eine Co-Therapeutin dabei ist, mit der man sich hinterher austauschen kann. Ich bin sehr froh darüber, in meiner Kollegin Christa M. eine sehr erfahrene und einfühlsame Co-Therapeutin zu haben!

Im Fall dieser Kinder überrascht mich die Konzentration mit der die drei bei der Sache sind. Ich hatte viel mehr Unruhe erwartet, vor allem von Ludwig und Milena.

Ich erkläre die Regeln, wobei ich zusätzlich zur einfachen Sprache spontane Gebärden verwende. Hakan braucht dieses Wahrnehmen von Sprache mit allen Sinnen, um zu verstehen, was ich meine.

Fasziniert sitzen sie da, als in der Begrüßungsrunde das kleine Federchen von Hand zu Hand geht und jede Hand sanft gestreichelt wird. Hakan habe ich rechts neben mich gesetzt, während ich links mit der Runde beginne. Er ist also zunächst einmal immer der Letzte. Das gibt ihm Zeit zu sehen, was auf ihn zukommt. Er kann genau beobachten, was bei den anderen geschieht. Trotzdem zieht er in der ersten Runde zunächst seine Hand weg und versteckt sie hinter seinem Rücken. Erst als die kleine Feder in der zweiten Runde zuerst den Handrücken streichelt, streckt er vorsichtig seine Hand aus, lässt es geschehen und nimmt die kleine Feder sogar in die Hand.

Beim Chequeo (wo geschaut wird, was an Besonderheiten die Kinder mitgebracht haben) reagieren sie wie erwartet völlig unterschiedlich. Während Hakan sein Gesicht hinter seinen Fingern versteckt, setzt sich der kleine Ludwig in Positur und reißt zunächst einmal weit seinen Mund auf, obwohl ich mir eigentlich seine blauen Augen ansehen wollte, aber der Mund ist auch beeindruckend, und die Augen gehen ganz schnell wieder auf! Er ist so begeistert über seine eigenen schönen Augen, dass er noch sekundenlang auf seinem Platz auf und ab wippt. Auch die hübsche Milena zeigt sich sehr gern. Hakan hat sich inzwischen so weit vergessen, dass er die Hände sinken lässt. Er beobachtet die Anderen. Als ich mich aber ihm zuwende, senkt er ganz schnell den Kopf. Da er mich jetzt nicht mehr sieht, hat er auch die Kommunikation abgebrochen. Er kann jetzt zwar hören, dass ich etwas sage, aber er versteht nicht, was es bedeutet. Ich spreche ihn deshalb sanft an und hebe seinen Kopf hoch. Schnell kann ich seine Augen bestaunen, bevor er den Kopf wieder senkt. Ich bleibe einige Sekunden ruhig und warte. Tatsächlich kommt sein Kopf wieder hoch, und er strahlt mich kurz an. Ich bin begeistert.

Beim „Heilesegen“, einem weiteren wichtigen Teil des GTP ist Hakan zunächst wieder aufmerksamer Beobachter. Ich bin sehr gespannt auf seine Reaktion. Wird er kooperieren? Sobald er aber begriffen hat, worum es geht, beginnt er, seine Hände zu untersuchen. Trotzdem bin ich fast überrascht, als er sie mir hinstreckt und den kleinen Kratzer am Daumen versorgen lässt.

Das Bewegungsspiel „Ein Beinchen hier, ein Beinchen da..“ macht Hakan nicht mit, aber er hat die Hände vom Gesicht genommen und schaut entspannt zu.

In der nächsten Spielrunde verstecke ich ein Kind nach dem anderen unter einem bunten Chiffontuch. Gemeinsam wird gezählt, und bei „drei“ ziehe ich das Tuch wieder vom Kopf herunter. Bevor wir richtig anfangen, zeige ich den Kindern, dass man durch das Tuch durchschauen kann und tatsächlich hält Hakan, als er an die Reihe kommt, still und lässt sich das Tuch über den Kopf legen. Nachdem das Tuch wieder ruckartig von seinem Kopf gezogen worden ist, lässt er sich begeistert nach hinten fallen

Die zweite Runde mit einem undurchsichtigen Tuch macht Hakan nicht mit. Mit beiden Händen wehrt er ab und zieht sich aus dem Kreis zurück. Christa (Co-Therapeutin) nimmt ihn auf den Schoß. Auch da macht er sich zunächst steif, entspannt sich aber, da er das „Guck, guck da...“ bei den anderen Kindern so spannend findet.

Als ich für das „Naschraten“ verschiedenfarbige Gummibärchen unter meinem Tuch hervorzaubere und auszähle, welches Bärchen vom ersten Kind geschnappt werden darf, sitzt Hakan wieder an seinem Platz. Er hat offensichtlich Spaß an der Sache, hält sich aber so lange zurück, bis ich das für ihn ausgezählte Bärchen auf seinen Handrücken lege. Dann schnappt er zu!

Nachdem die Kinder über ausgelegte Sandsäckchen wieder aus dem Raum gegangen sind, reflektieren wir Therapeutinnen die Stunde. Wir sind froh über die gute Kooperation, freuen uns vor allem, dass sogar Hakan teilweise mitgemacht hat!

Zehn GTP- Sitzungen später:

Es ist wesentlich lebhafter geworden. Wir machen gerade die „Ballbegrüßung“. Dabei wird ein kleiner Ball oben in den Pulli des Nachbarn gesteckt und gewartet, bis er wieder unten

herauskommt. In der ersten Runde war das Hakan noch nicht so geheuer, aber in der zweiten Runde schnappt er sich den Ball, versteckt ihn hinter seinem Rücken und ruft :“Meiner!!“

Etwas später hat Ludwig seine Hose nach oben gestreift und zeigt uns einen langen Kratzer am Bein. Hakan und Milena sitzen auf ihren Plätzen und untersuchen ihre eigenen Arme und Beine. Ich rufe die beiden und reiche Milena die Creme. Hakan nimmt sich etwas davon auf seinen Finger und streicht damit behutsam über Ludwigs Verletzungen. Wir anderen singen dazu: „Heilesegen, Heilesegen.“ Dann kommt Hakan an die Reihe. Ludwig darf die Creme halten und Milena untersucht Hakan. Sie findet keine Verletzungen, dafür aber einen dicken Punkt. Die Creme wird weggepackt und der Puder herausgeholt. Milena darf den Punkt unter Puder verstecken, dann wird gezählt: „eins, zwei, drei!“ Bei „drei“ wird der überschüssige Puder gemeinsam weg geblasen. Dabei stoßen Ludwig und Hakan mit den Köpfen leicht zusammen. Lachend lassen sich die beiden zurückfallen. Hakan ruft:“ Aua! J stark!“

Eine andere Szene:

Wir spielen Fingerhakeln. Ludwig war schon so stark, dass er mich fast aus dem Gleichgewicht gebracht hat. Hakan kommt an die Reihe und zieht mich fast um. Es gelingt aber noch nicht ganz. Da holt er Milena zu sich und gemeinsam schaffen sie es, mich umzuschmeißen und lachen mich aus. Als die Runde weiter geht singt Hakan.“ Halleluja!“ (Es ist kurz nach Ostern)

Hakan hat sich in der GTP- Gruppe verändert. Er ist nicht mehr der stille, ängstliche Junge, und nur noch selten kommt es vor, dass er sich nicht getraut bei einer Aktivität mitzumachen. Im Gegenteil. Er fängt an, sich vorzudrängeln und ist beleidigt, wenn er als Letzter an die Reihe kommt. Er ist ziemlich laut geworden. Sowohl Freude als auch Unmut äußert er lautstark. Dabei geht er davon aus, dass wir uns schon anstrengen werden, um ihn zu verstehen.

Auch in der größeren Gruppe im Kindergarten hat Hakan sich sehr verändert. Die Kollegin, die die Gruppe leitet erzählte mir, dass Hakan nicht mehr zu übersehen sei. Er mache sich bemerkbar, wenn er etwas möchte und sei nicht mehr so ängstlich im Umgang mit anderen Kindern. Er rede mehr, sei auch da insgesamt lauter geworden, und er lache viel mehr!

Vor allem das mit dem Lachen hat uns gefreut!!

Es hat sich gelohnt, mit Hakan innerhalb dieser kleinen, geschützten Gruppe zurückzugehen auf eine frühere Entwicklungsstufe, zurück in eine Zeit, als er sich noch nicht klein und schüchtern gefühlt hat. Er hat bei den Gruppeninteraktionen gemerkt: “Das kann ich!! Ich kann es so gut wie die anderen!!“ Er hat das Gefühl mitbekommen, anerkannt zu sein, ein Mitglied der Gruppe zu sein, das von den anderen beachtet wird, und auf das die anderen hören. Er konnte sich durch die Rituale der Theraplay-Gruppe sicher fühlen, so sicher, dass er sich inzwischen traut, praktisch alle Spiele mitzuspielen. Die in den Spielen versteckten kleinen Herausforderungen haben ihm gezeigt, dass er auf seine Fähigkeiten vertrauen kann. Er konnte sich auf eine vertrauensvolle Beziehung, nicht nur zu uns Therapeutinnen einlassen, sondern auch auf die beiden anderen Kinder. Er hat gelernt zu vertrauen, dass sie ihn wahrnehmen und auf ihn hören und das, obwohl er derjenige der Gruppe ist, der am schlechtesten hört und sich am schlechtesten ausdrücken kann. Es hat sich gelohnt!

Bei Setting und Durchführung von GTP mit hörgeschädigten Kindern sind mir folgende Punkte besonders aufgefallen, die wir in Zukunft beachten wollen:

- Um den Blickkontakt sicher zu gewährleisten, ist darauf zu achten, dass das Kind mit dem schlechtesten Hörvermögen einen unverstellten Blick zur Therapeutin hat.
- Die Übergänge zwischen den einzelnen Aktivitäten durch immer gleichbleibende Rituale klar bezeichnen (z.B. eine blaue Decke in der Mitte des Kreises bedeutet den Beginn des Chequeo, oder der Griff nach der Creme den Beginn des „Heilesegen“ usw.)
- Möglichst kurze, einfache Sätze verwenden und die Verschen verkürzen oder vereinfachen, aber nicht auf die rhythmische Sprache verzichten!

GTP mit hörgeschädigten Kindern unterscheidet sich nach unserer Erfahrung nicht grundlegend von Gruppen-Theraplay mit hörenden Kindern. Auch hier ist vor allen Dingen wichtig, dass es gelingt, die Basis herzustellen, die tragende Beziehung zwischen Therapeutin und Kind. Dabei geschehen die Veränderungen mit GTP meist ganz leise und sind am Ende doch sichtbar. Auch diese Gruppe ist mit den ihr angebotenen Interaktionen und Spielen individuell umgegangen. Doch alle drei, Hakan, Ludwig und Milena, haben dabei erfahren: So wie ich bin, bin ich in Ordnung, und sie haben erlebt: Ich kann etwas, ich werde gebraucht, ich bin wichtig. Diese inneren Dialoge (Schoenaker, Seizer, Wichtmann 1995) sind Auswirkungen von entsprechenden Ermutigungen, die das Zugehörigkeitsgefühl wecken. Am Anfang steht die Ermutigung. Sie führt dazu, dass man sich etwas zutraut, nach dem Motto: „Ich werd das schon schaffen!“ Die Kinder machen bei GTP ausschließlich positive Erfahrungen, die ihren Mut und ihr Selbstvertrauen stärken. Dadurch steigert sich auch ihre Offenheit für andere Menschen. Für hörgeschädigte Kinder wie Hakan ist es entscheidend wichtig, sich zu trauen: Sich zu trauen die Kommunikation und den Dialog mit Gleichaltrigen und Erwachsenen zu wagen. Es ist beeindruckend, wie sehr sich an diesem Punkt die Ziele von Theraplay und Gruppen-Theraplay, und die anfangs genannten allgemeinen pädagogischen Ziele im Umgang mit hörgeschädigten Kindern ähnlich sind. Ich zitiere noch einmal Ursula Horsch: „Hörgeschädigtenpädagogik hat die Entwicklung der Dialogfähigkeit des Kindes im Kontext der Entwicklung von Selbstverantwortung und Mitverantwortung zum Ziel.“

Es wird klar, wie wichtig es ist, die Kinder in ihrer ganzen Person wahrzunehmen. Nur ein Kind, das sich „gut genug“ fühlt, ist offen dafür, die intensiven Anforderungen einer Hör-Sprachtherapie erfolgreich zu meistern. Jede Therapie, auch die Hör-Sprachtherapie kann nur so erfolgreich sein, wie es ihr gelingt, das positive Selbstbild des Kindes und sein Vertrauen darauf, etwas bewegen zu können, zu stärken.

Autorin:

Elisabeth Steudel

Niederweilerstr. 13

88271 Wilhelmsdorf

ElisabethSteudel@hotmail.com

Literatur:

Batliner, G.: Natürlich hörgerichtete Förderung hochgradig hörgeschädigter Kinder in der Praxis in: Spektrum Hören 3, S. 28-33, 2005

Clark, M.: Wie hörgeschädigte Kinder sprechen lernen, in: Spektrum Hören 3, S. 32-36, 2002

Franke, U.: Wie eine Theraplay-Therapeutin ein scheues Kind verändert in: Schwierige Kinder, 31, S. 4-6 2003

Hartmann-Börner, C., Wollmann, K.: Projekt-Idee, Ziele und Aktivitäten. Hörgeschädigten Pädagogik 2, S.53, 2003

Horsch, U.: BDH- Projekt, Schule für Hörgeschädigte neu denken, in: Hörgeschädigten Pädagogik 2, S.60-61, 2003

Rüter, M.: Spracherwerb mit CI- Merkmale und Bedeutung der natürlichen Kommunikation.

In: Rüter, M. Mayer, F.: Mein Kind kann hören. München: Ernst Reinhard Verlag 2001

Schoenaker, Seitzmann, Wichtmann: So macht mein Beruf mir wieder Spaß. München: Kösel 2002

Vandahl, T.: CI-Kinder und ihre Eltern in Thüringen, Was ist ein Cochlea- Implantat? In: www.ci-kinder.org 2005