

**Helbig-Ruppl, Sabine**

**Wissenschaftlicher Forschungs- und Erkenntnisstand im  
Bereich gehörloser Menschen in der BRD und der Hilfen  
bei Traumatisierungen, respektive Pathologisierung zurzeit**

**DIPLOMARBEIT**

**HOCHSCHULE MITTWEIDA (FH)**

---

**UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES**

**Fachbereich Soziale Arbeit**

**Roßwein, 2009**

**Helbig-Ruppl, Sabine**

**Wissenschaftlicher Forschungs- und Erkenntnisstand im  
Bereich gehörloser Menschen in der BRD und der Hilfen  
bei Traumatisierungen, respektive Pathologisierung zurzeit**

eingereicht als

**DIPLOMARBEIT**

an der

**HOCHSCHULE MITTWEIDA (FH)**

---

**UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES**

**Fachbereich Soziale Arbeit**

**Roßwein, 2009**

**Erstprüfer: Herr Prof. Schütt**

**Zweitprüfer: Frau Prof. Häußler-Sczepan**

vorgelegte Arbeit wurde verteidigt am: 24.08.2009

## **Bibliografische Beschreibung:**

Helbig-Ruppl, Sabine

Wissenschaftlicher Forschungs- und Erkenntnisstand im Bereich gehörloser Menschen in der BRD und der Hilfen bei Traumatisierungen, respektive Pathologisierung zurzeit. 98 S.

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fachbereich Soziale Arbeit, Diplomarbeit, 2009

## **Referat:**

Die Diplomarbeit befasst sich mit der aktuellen Situation der gehörlosen Menschen in Deutschland, den Aspekten Gehörlosigkeit und Trauma bzw. Traumafolgestörungen.

Der inhaltliche Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf einer Literatur- und Internetrecherche, welcher die aktuelle Situation der gehörlosen Menschen in Deutschland so weit wie möglich erfassen soll.

Die Recherchen werden im zweiten Teil der Arbeit ausgedehnt auf die Erfassung von Daten, die im Zusammenhang mit Traumata und Pathologisierung gehörloser Menschen stehen.

Anschließend wird der Frage nachgegangen, ob zwischen der Gehörlosigkeit, Traumata und Pathologisierung Kausalzusammenhänge existieren.

Wenn ja, welche Bedingungen müssen gegeben sein, um einer Pathologisierung aufgrund von Gehörlosigkeit wirksam zu begegnen?

Weiterhin beschäftigt sich die Arbeit mit präventiven, kurativen und nachsorgebezogenen Hilfen, die in der psychosozialen Arbeit mit gehörlosen Menschen bereits zum Einsatz kommen bzw. angewendet werden können.

## **Danksagung**

Dem gesamten Team der Hochschule Mittweida (FH), University of Applied Sciences, gilt an dieser Stelle mein aufrichtiger Dank – vor allem dafür, dass sie das Studium auf unkomplizierte und pragmatische Weise ermöglicht haben, indem die Diskrepanz der zwei Welten, der gehörlosen und hörenden Welt, überbrückt werden konnte. Ich betone den Aspekt der Hilfe vor dem Hintergrund der aktuellen Gesetzeslage für behinderte, insbesondere gehörlose Menschen. Diese lässt nur in Ausnahmefällen Fördermaßnahmen im Rahmen des zweiten oder dritten Bildungsweges zu.

Frau Prof. Dr. Häußler-Sczepan sowie Herrn Prof. Dr. Schütt spreche ich einen herzlichen Dank für ihre Bereitschaft zur Unterstützung bei der Entstehung und der Umsetzung des Themas der Diplomarbeit aus. Besagte Unterstützung drückte sich im Wohlwollen und dem Vertrauen, meine Fähigkeiten gewähren zu lassen, aber auch dem Aufzeigen von Alternativen aus.

Eine weitere Geste des Dankes gilt meinen Wegbegleitern Carmen, Stefanie und Norbert, welche mir geduldige Zuhörer, Korrekturleser und einfühlsame Kritiker waren.

Inhaltsverzeichnis	
Abbildungsverzeichnis	1
Tabellenverzeichnis	1
Abkürzungsverzeichnis	2
<b>0</b>	<b>Einleitung</b> <b>3</b>
<b>1</b>	<b>Grundinformationen und relevante Erläuterungen zum Verständnis von Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Gehörlosigkeit als Sinnesbehinderung mit ihren Besonderheiten</b> <b>6</b>
1.1	Gesundheit und Krankheit 6
1.2	Behinderung 7
1.3	Gehörlosigkeit als Funktionsausfall 14
1.4	Gehörlosengemeinschaft als sprachlich-kulturelle Minderheit 17
1.5	Die Bedeutung der Sinneswahrnehmung 'Hören' 18
1.6	Der Prozess des Spracherwerbes bei prälingualer Taubheit 19
1.7	Kommunikation 22
1.8	Erfolgreiche Kommunikation und Auswirkungen einer gestörten Kommunikation 23
1.9	Kommunikation gehörloser Menschen 25
1.10	Praxis der Deutschen Gebärdensprache 26
1.11	Rechtliche Grundlagen zur Anerkennung der Deutschen Gebärdensprache und Benachteiligungsverbot 27
1.12	Auswirkungen von Gehörlosigkeit auf die Sozialisation gehörloser Menschen 28
1.13	Identität gehörloser Menschen 31
1.14	Perfekt – Imperfekt? 36
1.15	Eltern mit gehörlosen Kindern und die HNO-Medizin 37
1.16	Gehörlosigkeit: Krise oder Ressource? 38
<b>2</b>	<b>Aktuelle Lebenssituation gehörloser Menschen in der BRD</b> <b>39</b>
2.1	Relevante Meilensteine in der Entwicklung gehörloser Menschen und Ausgangspunkte für Forschungsthemen der Wissenschaft 39
<b>3</b>	<b>Pädagogische Einflüsse</b> <b>42</b>
3.1	Pädagogische Einflüsse auf Eltern gehörloser Kinder und Jugendlicher sowie gehörlose Kinder und Jugendliche 42

3.2	Individuelle und strukturelle Gewalt gegen gehörlose Kinder und Jugendliche	44
3.3	Hilfen für Eltern mit gehörlosen Kindern und Jugendlichen	46
3.4	Traumapädagogik – psychosoziales Arbeitsfeld für Sozialarbeiter / Sozialpädagogen	46
<b>4</b>	<b>Zur Gender – Frage</b>	<b>47</b>
4.1	Zur Lage gehörloser Frauen	47
4.2	Zur Lage gehörloser Männer	49
4.3	Zur Lage gehörloser Paare	52
<b>5</b>	<b>Betrachtungen weiterer Teilbereiche</b>	<b>53</b>
5.1	Bildung und Arbeit	53
5.2	Kultur, Sport und Freizeit	54
5.3	Medien	55
5.4	Alltagshilfen	56
5.5	Soziales Beratungsnetz	56
<b>6</b>	<b>Psychische Störungen</b>	<b>59</b>
6.1	Was ist ein Trauma?	59
6.2	Arten von Psychotraumata	61
6.3	Traumatisierung und Verlauf von psychischer Traumatisierung	62
6.4	Pathologisierung	64
<b>7</b>	<b>Gehörlosigkeit und Traumata</b>	<b>67</b>
7.1	Gehörlosigkeit und Traumafolgestörungen - höherer Grad an Gefährdung oder welche Bedingungen müssen dafür gegeben sein?	67
7.2	Angaben zur Prävalenz psychischer Störungen bei gehörlosen Menschen	69
7.3	Traumatisierte gehörlose Menschen im Beratungsalltag und Akzeptanz in eigener Zielgruppe	76
7.4	Strukturelle Besonderheiten bei der Therapie oder psychosozialer Intervention betroffener gehörloser Menschen und gesetzliche Grundlagen	78
7.5	Hilfen für traumatisierte gehörlose Menschen	80
<b>8</b>	<b>Schlussfolgerungen</b>	<b>84</b>
	Literaturverzeichnis	86

## **Abbildungsverzeichnis**

Abb.1.: Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung S. 60

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Überblick über die Studien zu den Variablen des psychosozialen und psychischen Wohlbefindens bei Hörenden und Hörgeschädigten S. 73

## **Abkürzungsverzeichnis**

BRD	Bundesrepublik Deutschland
DAJEB	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung
ESMHD	European Society for Mental Health and Deafness
e.V.	eingetragener Verein
GdB	Grad der Behinderung
Hg.	Herausgeber
LG SH	Landesregierung Schleswig-Holstein
SGB I	Sozialgesetzbuch Eins
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neun
SMS	Short Message Service = Kurznachrichtendienst
TB	Taschenbuchverlag
UN	United Nations
vs.	versus



## 0 Einleitung

Das Thema der Diplomarbeit befasst sich mit dem aktuellen wissenschaftlichen Forschungs- und Erkenntnisstand im Bereich gehörloser Menschen in der BRD, bezüglich der Hilfen bei Traumatisierungen respektive Pathologisierung zurzeit.

Ursprünglich hatte ich nicht die Absicht, über gehörlose Menschen zu schreiben. Die Tatsache, dass sich mein Lebensalltag um die Gehörlosigkeit dreht, angefangen bei der eigenen Betroffenheit bis hin zur psychosozialen Berufspraxis, ließen Bedenken bezüglich der Objektivität zu o. g. Thematik aufkommen. Mit der Methode der Sozialen Arbeit nach Riemann<sup>1</sup> bestand eine Möglichkeit, die eigene Praxis und die von Professionellen mit einem fremden-ethnografischen<sup>2</sup> Blick betrachten und dem scheinbar Bekannten unter der Prämisse des zu entdeckenden Unbekannten mit einer aktiven Fremdheitshaltung begegnen zu können.

Die freiberufliche Tätigkeit auf der Basis von Leistungsvereinbarungen mit Leistungsträgern und Privatfinanzierung eröffnet mir über weite Strecken ein innovatives und kreatives Arbeiten. Auf diese Weise kam ein erster Ansatz, Versorgungslücken im Bereich der psychosozialen Dienstleistung gehörloser Menschen in Chemnitz und Umgebung schließen zu können, zu Stande. Im Rahmen dieser Tätigkeit verstehe ich mich als Zeugin, Beraterin und 'Anwältin' meiner hörgeschädigten KlientInnen. Die Profession benannter Tätigkeit beinhaltet u. a. die Aufgabe, auf soziale Defizite und Benachteiligungen aufmerksam zu machen. Unterstützung erfahre ich durch das 'Netzwerk Sozialer Arbeit für hörgeschädigte Menschen in Sachsen', da derzeit bestehende Angebote kein Bestandteil regulärer psychosozialer Förderung für hörgeschädigte Menschen im Freistaat Sachsen sind.

Die Aufgaben innerhalb des psychosozialen Beratungsprozesses mit hörgeschädigten KlientInnen wurden zunehmend komplexer. Ich fasste sie als punk-

---

<sup>1</sup> Vgl. Riemann 2004, S. 191

<sup>2</sup> Ethnografie: Methode der Ethnologie – Völkerkunde – mittels derer die Eindrücke aus der teilnehmenden Beobachtung in der Feldforschung verschriftet oder mit Medien aufgezeichnet werden.

tuelle Problembeschreibungen aktueller Situationen im Kontext mit der Person und Umfeld auf. Im Verlaufe der weiteren Zusammenarbeit kristallisierte sich jedoch heraus, dass viele der angegebenen Problemlagen so genannte Überlebensstrategien traumatisierter Menschen darstellten. Es brauchte seine Zeit, aufgezeigte Strategien als Ressourcen der KlientInnen zu verstehen und einen fachbezogenen Zugang zu diesen zu finden. Mit Menschen zu arbeiten, die an traumatischen Störungen und unter deren Folgen leiden, stellt für jede Fachkraft eine große Herausforderung dar. Die Herausforderung beruht auf der Tatsache, dass explizit auf Traumata bezogene Soziale Arbeit eine multifunktionale Aufgabe ist, wofür u. a. entsprechende Teamkompetenzen zur Verfügung gestellt werden sollten.

Auf praktischen Erfahrungen basierend kam es zwangsläufig dazu, dass ich mir Gedanken machte, inwiefern eine Annäherung zu diesem hochsensiblen Feld der Sozialen Arbeit in Abgrenzung zur psychotherapeutischen Intervention erfolgen könnte. Mein persönliches Anliegen bestand darin, eine wohnortnahe, lösungsorientierte und vor allem lebensweltpraktische Beratung anbieten zu können. Diese sollte als flankierende Ergänzung zur psychotherapeutischen Heilmaßnahme für traumatisierte hörgeschädigte, insbesondere gehörlosen Menschen dienen.

Daraufhin beschäftigte ich mich mit spezieller Literatur, die den Zusammenhang gehörloser Menschen und psychischen Störungen thematisierten. Dabei fiel mir auf, dass zu dieser Thematik sehr wenig Forschungsmaterial im Vergleich zur Fachliteratur über Traumatisierung hörender Menschen zur Verfügung stand. Die Recherche ergab, dass es Unterschiede in der psychosozialen Arbeit mit Hörenden und derer mit Gehörlosen geben dürfte. Wenn das der Fall ist, worin bestehen diese Unterschiede bzw. wie lassen sich diese auflösen? Wie ein roter Faden wird sich die Präsenz von Andersartigkeit durch die einzelnen Kapitel ziehen – mit dem Ziel, das Fremde als ein Teil vom Ganzen wahrnehmbar werden zu lassen. Transparenz des Fremden kann zu einem besseren Verständnis und Miteinander beitragen.

Gehörlosigkeit in der Gegenwart respektive das Leben mit ihr am Beginn des einundzwanzigsten Jahrhunderts, warum ist es ein interessantes Thema?

Ich gehe dieser Frage in den Kapiteln 1 bis 6 nach, indem ich mich in wesentlichen Bereichen der Gehörlosenwelt auf wissenschaftliche Pfadfindung begeben. Beginnen werde ich mit Grundinformationen zu den Begriffen Krankheit, Behinderung und Gehörlosigkeit allgemein sowie speziell, um danach auf die historische Entwicklung der Gehörlosengemeinschaft einzugehen. Auf den Grundinformationen aufbauend beschreibe ich, wie Gehörlosigkeit zum Thema der Wissenschaft wurde.

Im zweiten Teil der Arbeit, Kapitel 7 bis 9, beschäftige ich mich mit der Begrifflichkeit der Psychischen Störung und gehe zu speziellen Störungen über. Die Fokussierung liegt insbesondere auf Traumatisierung und deren mögliche pathologische Folgen.

Seit die Menschheit existiert, gibt es Traumatisierungen.

Was können Traumatisierungen auf Mensch und Gesellschaft für einen Einfluss haben?

Warum bringe ich die Gehörlosigkeit mit Traumata in Verbindung? Bedingt das eine das andere bzw. besteht zwischen beiden Aspekten ein kausaler Zusammenhang?

Meine Fragestellungen:

- Bedingt eine in diesem Fall explizit psychische Traumatisierung eine pathologische Entwicklung?
- Welche Bedingungen müssen dafür gegeben sein und was wird derzeit getan, um präventiv, kurativ oder nachsorgebezogen wirksam zu werden?
- Benötigen gehörlose Menschen besondere oder zusätzliche Methoden, um eine Pathologisierung zu vermeiden, zu kompensieren oder aufzuhalten? Wenn ja, warum und welche?

In den letzten Kapiteln der Arbeit widme ich mich den derzeit zugänglichen Hilfen bei Traumatisierungen bzw. Traumafolgestörungen. Ich zeige mögliche

Ressourcen und Grenzen der aktuellen Gegebenheiten bei hörenden wie auch gehörlosen Menschen auf.

Abschließend nehme ich Bezug auf meine in der Einleitung aufgeworfenen Fragestellungen und werde Schlussfolgerungen daraus ziehen.

Um eine diskriminierende Zuordnung von Geschlechterzugehörigkeit zu vermeiden, werde ich die geschlechtsneutrale Schreibweise in Form von ‚... Innen‘ berücksichtigen.

## **1 Grundinformationen und relevante Erläuterungen zum Verständnis von Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Gehörlosigkeit als Sinnesbehinderung mit ihren Besonderheiten**

### **1.1 Gesundheit und Krankheit**

Gesundheit gilt laut Weltgesundheitsorganisation von 1947 als *„vollkommenes physisches, geistiges und soziales Wohlbefinden. [...] Genau genommen liegt Gesundheit vor, wenn Leben gesundet. Gesundung ist der ‚Zustand‘, oder besser ein immer währender Prozess. Gesundheit ist das, was mit diesem ‚Zustand‘ geschieht und wie er verarbeitet wird. Gesundheit ist ein Resultat der verschiedenen Faktorenwirkungen – Gesundung, Selbst, Umwelt.“*<sup>3</sup>

Interessant ist der Aspekt Gesundheit, wenn wir diesen aus dem Blickwinkel der professionellen Sozialen Arbeit betrachten.

Da die körperlich-seelisch-geistige Gesundheit des Individuums in beträchtlichem Maß mit seiner Herkunft, der Auseinandersetzung mit der ökonomischen und sozialen Umwelt verbunden ist, richtet sich das Wohlbefinden desselben danach aus. Das Wissen um diese Verbundenheit lässt Rückschlüsse auf Vergangenheit und Gegenwart zu. Zum Beispiel kann oftmals beobachtet werden, dass Menschen, die in Kriegszeiten unter der Hungersnot litten, dieser in Wohlstandszeiten mit hohem Fleischkonsum ‚ausgleichend‘ begegnen. Ein hoher Fleischkonsum kann auf Dauer zu einer Übersäuerung des menschlichen Organismus führen, welcher eine Dekompensation des Säure-Basen-

---

<sup>3</sup> Varchim 1995, S. 17

Haushaltes zu bewirken vermag und bei Beibehaltung der säurereichen Ernährung ernsthaften Krankheiten den Nährboden liefern könnte.

Reinhard Varchim merkt hierzu an: *„Genau genommen liegt Krankheit vor, wenn Leben gekränkt ist. Kränkung ist der 'Zustand' oder besser ein immer währender Prozess. Krankheit ist das, was mit diesem Zustand geschieht und wie dieser verarbeitet wird. Krankheit ist ein Resultat der verschiedenen Faktorenwirkungen – Krankheit, Selbst, Umwelt.“*<sup>4</sup>

Zu Gesundheit und Krankheit als Mensch-Umfeld-System schreibt er:

*„Das konkrete Mensch-Umfeld-System kann so beeinflusst werden, dass Gesundheitsprozesse und Kränkungsprozesse besser integriert werden, also der Mensch weniger gekränkt wird und mehr gesundet. Gleichwohl sind Kränkung und Gesundheit beständige Merkmale unseres Lebens in den unterschiedlichen Schattierungen, leidvollen Erfahrungen, Sinnkrisen und Körperverletzungen, aber auch in freudigen Ereignissen, wohltuender Wärme, empfangene Hilfe. Hinter allem stehen naturwüchsig die individuellen Konzepte der Gesundheit, weil Gesundheit, wie gesagt, nicht zu haben ist. Wir müssen uns einrichten auf dieses Spektrum. Gesundheit und Krankheit werden zum Teil der gelebten Erfahrung. [...]... die wir in der Fachsprache Sozialisation nennen.“*<sup>5</sup>

Soziale Arbeit als Gesundheitsarbeit hat Abschirm-, Puffer- und Toleranzwirkung, indem sie dem Individuum eine breit gefächerte Unterstützungspalette in den Bereichen Beziehungsbildung, Förderung der Kompetenz- und Ressourcenerweiterung sowie entlastende Hilfen zur Verfügung stellt und die aktive Lebensgestaltung als Baustein der Lebensbewältigung auch in Krankheitsphasen nicht außer Acht lässt.

## **1.2 Behinderung**

Behinderung ist laut Weltgesundheitsorganisation kein einseitig definierbarer Begriff<sup>6</sup>, sondern eine Daseinsform, die zu einer mehrdimensionalen Betrachtungsweise herausfordert. Sie ist stark von subjektiven Wahrnehmungen geprägt sowie hängen positive oder negative Konnotationen des Betroffenen bezüglich seines Selbstbildes und des Fremdbildes der Außenwelt davon ab, wel-

---

<sup>4</sup> ebd., S. 17

<sup>5</sup> ebd., S. 17

<sup>6</sup> <http://www.behinderung.org/definit.htm>, verfügbar am 30.06.2009.

che Wirkung eine Behinderung auf den Betroffenen, aber auch auf sein Umfeld hat. Im Umkehrschluss hängt das positive Selbstbild eines Menschen, das von einer bio-psycho-sozialen Beeinträchtigung betroffen ist, davon ab, welche Kompensationsressourcen ihm zur Verfügung stehen. Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation) hat 1980 aufgrund der weltweit unterschiedlichen Definitionen zur Behinderung versucht, eine für alle im weitestgehenden Sinne passende Definition vorzugeben. Sie geht von 3 Begriffen<sup>7</sup> aus und setzt dem ICDH (1980) einen internationalen Standard:

impairment (Schädigung) = Mängel oder Abnormitäten der anatomischen, psychischen oder physiologischen Funktionen und Strukturen des Körpers

disability (Beeinträchtigung) = Funktionsbeeinträchtigung oder -mängel aufgrund von Schädigungen, die typische Alltagssituationen behindern oder unmöglich machen

handicap (Behinderung) = Nachteile, die einer Person aus einer Schädigung oder Beeinträchtigung erwachsen.

Jedoch war das ICDH zu einseitig auf medizinische Interessen ausgerichtet und spiegelte eine defizitbehaftete Sichtweise auf von Behinderung betroffene Menschen wider. 1999 wurde das ICDH-2 (*International Classification of Impairments, Activities and Participation: A Manual of Dimensions and Functioning*)<sup>8</sup> eingeführt, um das alte Modell zu erweitern. Ziel dessen war es, den Behinderungsbegriff auf eine ressourcenorientierte Sichtweise einzustimmen, weg von rein medizinischer Einschätzung und hin zu Berücksichtigungen von bio-psycho-sozialen Parametern, Kompensation in Form von Aktivierung vorhandener Fähigkeiten, Fertigkeiten sowie Ausrichtung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Das neue Klassifikationsmanual ermöglicht es, eine Gesamteinschätzung vom Funktions-, Leistungs-, Teilhabebild und Umwelteinflüsse der betroffenen Person aufzuzeichnen, um eine wesentlich realistischere Eingliederungsprognose erstellen zu können.

Zur Definierung des Behindertenbegriffes: Im Arbeitsbuch 'Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz' der Bundesrepublik Deutschland fand ich folgende Definition für Behinderung vor:

---

<sup>7</sup> Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Behinderung>, verfügbar am 15.06.2009.

<sup>8</sup> ebd., verfügbar am 15.06.2009.

*„Als Behinderung ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung anzusehen, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht und einen GdB um wenigstens 10 bedingt. Das Ausmaß der Behinderung wird mit dem Grad der Behinderung (GdB) bemessen. Regelwidrig ist der Zustand, der von dem für das Lebensalter typischen abweicht. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als sechs Monaten.“<sup>9</sup>*

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es weitere Ansätze, Behinderung zu definieren. Diese kommen aus den unterschiedlichsten Bereichen wie Pädagogik, Sozialhilferecht, Medizin oder Erziehungswissenschaft.

Ulrich Bleidick geht z. B. von seiner pädagogischen Version aus; ich zitiere:

*„Als behindert gelten Personen, welche infolge einer Schädigung ihrer körperlichen, seelischen oder geistigen Funktionen soweit beeinträchtigt sind, dass ihre unmittelbaren Lebensverrichtungen oder die Teilnahme am Leben der Gesellschaft erschwert werden.“<sup>10</sup>*

Schädigungen können zu gesellschaftlichen Beschränkungen führen. Auch Menschen, die keine Schädigung haben, können gesellschaftlicher Beeinträchtigung unterworfen werden; daher eine weitere Definition von Urs Haeberlin:

*„1. Behinderung kann als Beeinträchtigung eines Individuums im Verhalten, das zur Bewältigung des Alltagslebens erforderlich ist, verstanden werden. Beispielsweise ist ein Rollstuhlfahrer in seinen Möglichkeiten der Fortbewegung behindert, oder ein Lernbehinderter ist in seinen Möglichkeiten zum Schreiben und Rechnen behindert.*

*2. Behinderung kann als Beeinträchtigung des Funktionierens einer gesellschaftlichen Einrichtung durch ein Individuum verstanden werden. Beispielsweise beeinträchtigt der Rollstuhlfahrer das Funktionieren von öffentlichen Verkehrsbetrieben, oder der Lernbehinderte stört den Betrieb der Normalklasse.“<sup>11</sup>*

Mit dieser Aussage bekräftigt er, dass Anforderungen einer Gesellschaft an den Betroffenen zu allgemeingültigen Beeinträchtigungen und Benachteiligungen führen können.

---

<sup>9</sup> Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2008, Punkt 17, S. 28

<sup>10</sup> Bleidick u. a. 1977, S.9

<sup>11</sup> <http://www.behinderung.org/definit.htm>, verfügbar am 16.06.2009.

Zusammengefasst geht es immer darum, für einzelne Bereiche, in welchen die Behinderung und alle in diesem Zusammenhang stehenden Fragen eine relevante Rolle spielen, individuell passende Antworten zu finden. Daraus ableitend lassen sich allgemeingültige Richtlinien präsentieren. Möglicherweise werden hierbei einige Schwerpunkte hervorgehoben, jedoch andere Bereiche unberücksichtigt bleiben.

Ich wende mich einer weiteren Quelle zu:

In der Statistik der schwerbehinderten Menschen<sup>12</sup>, die vom Statistischen Bundesamt der Bundesrepublik Deutschland herausgegeben wurde und einer zweijährlichen Erscheinungsfolge unterliegt, wird bundesweit die Zahl der schwerbehinderten Menschen mit gültigem Ausweis, persönlichen Merkmalen der schwerbehinderten Menschen wie Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Wohnort sowie Art, Ursache und Grad der Behinderung über versorgungsärztliche Untersuchungsstellen erfasst.

Zur näheren Erläuterung der versorgungsärztlichen Untersuchungsstellen noch eine Anmerkung: Landesversorgungsämter unterhalten eine Versorgungsverwaltung. Im Rahmen dieser Versorgungsverwaltung wurden versorgungsärztliche Untersuchungsstellen errichtet.

Die Erfassung von Schwerbehinderungen richtet sich bei mehreren vorhandenen Behinderungen nach der schwersten Behinderung. Das heißt, dass z. B. gehörlose Menschen unter Umständen noch weitere Behinderungen haben können, jedoch gilt die prälingual erworbene Taubheit als schwerste Behinderungsart unter den Hörschädigungen und wird mit dem höchsten Grad der Behinderung bewertet (100 GdB). Maßgeblich für eine Einteilung in eine bestimmte Kategorie der Behinderung ist nicht die ursächliche Diagnose, sondern deren Auswirkung auf das alltägliche Leben respektive Funktionseinschränkung.

Entsprechende Funktionseinschränkungen werden als Grad der Behinderung (GdB) nach Zehnergraden (20 – 100) abgestuft.

Als Ursachen für Behinderungen gelten angeborene oder erworbene Behinderungen (z. B. vor oder während der Geburt entstandene Schäden, Krankheiten, Gewalt, Unfall, Alterungsprozesse u. a., Vererbung oder andere multiple Prozesse).

---

<sup>12</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt, DESTATIS (2009), S. 4 ff.



Angaben zu ausgewählten statistischen Daten per 31.12.2007 (gültig für die Bundesrepublik Deutschland)<sup>13</sup>:

Insgesamt wurden 6,9 Millionen Schwerbehinderte amtlich anerkannt, dies entsprach einem Anteil von rund 8,4 % der Bevölkerung, über die Hälfte dieses Personenkreises (51,9 %) waren Männer.

Drei Viertel waren älter als 55 Jahre; siehe Übersicht:

28,4 % (gut ein Viertel) 75 Jahre und älter; 46,3 % (knapp die Hälfte) gehörte der Altersgruppe der 55- bis unter 75-jährigen an, 4,0 % machten den Anteil der unter 25-jährigen aus.

Körperliche Behinderungen und Innere Organe bzw. Organsysteme sind überproportional oft betroffen:

- körperliche Behinderungen: Anteil von 64,3 %
- innere Organe bzw. Organsysteme: Anteil von 25,3 %
- Funktionseinschränkung von Arme und Beine: Anteil von 13,8 %
- Funktionseinschränkung von Wirbelsäule und Rumpf: 12,6 %
- Blindheit oder Sehbehinderung: 5,0 %
- Schwerhörigkeit, Gleichgewichts – oder Sprachstörungen: 3,8 %
- geistige oder seelische Behinderungen: 9,9 %
- zerebrale Störungen: 9,0 %.

Zu den Folgen von Behinderungen:

- Teilhabe durch Mitwirkung oftmals eingeschränkt
- zwischenmenschliche Interaktionsprozesse sind mangelhaft
- Diskriminierung durch Barrieren (z. B. bauliche, verkehrsbedingte, kommunikative, medienbezogene)
- Stigmatisierung (z. B. durch Festlegung auf historisch überlieferte Behindertenbegriffe wie taub = dumm oder abwertende Bilder wie Cartoons, Assoziationen von körperlicher Behinderung und geistiger Behinderung = Gleichsetzung von Behinderungsarten).

Mögliche Eigenschaften und Verhaltensweisen von Menschen, welche sich aufgrund von unerwarteten Lebensereignissen wie Krankheit, Unfall, Katastrophen, Operationen u. a. mit einer daraus resultierenden Behinderung konfrontiert sehen:

- von der Gesellschaft geforderten Rollen nicht mehr ausführbar

---

<sup>13</sup> Vgl. ebd., S. 5

- Annahme von Hilfsangeboten aus Scham und Unkenntnis über Art, Ort und Umfang von Hilfsangeboten teilweise nicht möglich
- Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben, Unsicherheit im Umgang mit anderen Menschen
- Antriebslosigkeit, Lethargie, Mutlosigkeit, aber auch Selbstüberschätzung der eigenen Kräfte
- Aggression gegen sich, andere, Gegenstände
- Verhalten und Gemütszustand sehr labil, schwankend.

Bei Akzeptanz der neuen Situation kann auf einzelnen Gebieten bzw. Bereichen enorme Leistung erbracht werden (Kompensation oder Sublimierung).

#### Mögliche Reaktionen der Gesellschaft:

- Unverständnis, Feindseligkeit, Unsicherheit, Unwissenheit, Neugier, Vorurteile, Ablehnung, eigene Ängste, Hilfsbereitschaft, Offenheit, Toleranz, Akzeptanz
- Unterstützung, Auseinandersetzung mit dem Wesen der Sache, Einordnung in die Lebensvielfalt, Erfahrung der Andersartigkeit im Sinne von Hoffnung durch Lernen am Beispiel usw.

#### Zur sozialpolitischen Auseinandersetzung der Lage von Menschen mit Behinderungen und deren Entwicklung von Teilhabe:

Eine progressiv orientierte politische Auseinandersetzung mit den Lebensaspekten Gesundheit, Krankheit und Behinderung stellt einen Gradmesser humanistischer und demokratischer Werte der Gesellschaft eines Staates dar.

An dieser Stelle erlaube ich mir eine persönliche Anmerkung, die auf der Erfahrung von akut eintretender Gehörlosigkeit beruht: Jede Gesellschaft braucht behinderte Menschen, um Sinnhaftigkeit und ein positives Lebensgefühl konstruieren zu können. Der Blick auf Krankheit und Behinderung lässt den frei von Krankheit erscheinenden Menschen erahnen, dass Gesundheit weder selbstverständlich noch garantierbar ist. Obwohl diese Sichtweise tröstlich sein kann, verdrängen oder blenden viele Menschen diese Tatsache gern aus, um sich nicht mit ihren negativen Gefühlen auseinandersetzen zu müssen. Begrenzung zu erfahren ist jedoch überlebenswichtig, da Alterungsprozesse oftmals mit Leistungs- und Funktionseinschränkungen einhergehen sowie das Leben allgemein endlich ist.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hatte im Jahr 2004 einen Bericht der Bundesregierung zur Lage der behinderten Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe vorgelegt, in welchem der Deutsche Bundestag in seiner 15. Wahlperiode in der Drucksache 15/4575 vom 16.12.2004 zu relevanten Themen Stellung bezieht.<sup>14</sup>

Vorrangige Ziele des Reformvorhabens der Behindertenpolitik der Bundesrepublik Deutschland sind:

- vollständige Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft
- Unterstützung behinderter Menschen bei der selbstbestimmten und eigenverantwortliche Gestaltung ihres Lebensalltages
- Abbau von Barrieren, welche Teilhabechancen im Wege stehen
- Umsetzung des SGB IX (unter Berücksichtigung der Partizipation)
- Einführung eines persönlichen Budgets
- Umsetzung der UN-Konvention in Deutschland.

Ergebnisse der Auswertung bezüglich der Umsetzung oben genannter Ziele sind in der 16. Wahlperiode zu erwarten.

Disability Studies<sup>15</sup> (Studien zu oder über Behinderungen): Hierbei handelt es sich um eine interdisziplinäre Wissenschaft, welche Behinderung als soziale, historische und kulturelle Konstruktion begreift und sich der sozial- und kulturwissenschaftlichen Erforschung des Phänomens Behinderung widmet.

Grundlage: Annahme, dass Behinderung nicht mit medizinisch diagnostizierbaren Beeinträchtigungen gleichgesetzt werden kann, sondern vornehmlich aus gesellschaftlich konstruierten Barrieren hervorgeht. Disability Studies beschäftigen sich mit den Barrieren, die behinderte Menschen daran hindern, am gesellschaftlichen, kulturellen und wirtschaftlichen Leben teilzunehmen. Ihrer Ansicht nach sind behinderte Menschen in erster Linie Angehörige einer unterdrückten Minderheit. Diskriminierung und Behindertenfeindlichkeit sind alltägliche Probleme, mit denen Behinderung assoziiert werden kann.

Degener<sup>16</sup> geht davon aus, dass entgegen dem medizinischen Modell, wonach Behinderung eine individuelle, krankhafte Störung ist, das soziale Modell als gesellschaftliches Konstrukt betrachtet wird. Das soziale Modell zielt darauf ab, dass Menschen trotz ähnlicher medizinischer Ausgangslagen unterschiedliche

---

<sup>14</sup> Vgl. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004.

<sup>15</sup> Vgl. [http://de.wikipedia.org/wiki/Disability\\_Studies](http://de.wikipedia.org/wiki/Disability_Studies) , verfügbar am 26.04.2009.

<sup>16</sup> Vgl. Degener 2003: <http://www.behinderung.org/definit.htm>, verfügbar am 30.06.2009.

Erfahrungen mit Behinderungen machen. Gesellschaftliche Benachteiligungen werden demnach von außen geschaffen und sind kein Resultat der subjektiven Einschränkungen des betroffenen Individuums. Welche Auswirkungen können gesellschaftliche Barrieren auf die bio-psycho-soziale Befindlichkeit von Menschen mit Funktionseinschränkungen haben?

Stigmata sowie anhaltende, insbesondere erfolglose Kämpfe, die mit dem Abbau von Nachteilsausgleichen zu tun haben, können zu Resignation, Rückzug, Aufgabe von Interessen, Depressionen, Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit führen. Diese wiederum können als Basis für die Entwicklung von Suchtverhalten, Gewalt, destruktive Beziehungen, Krankheiten bis hin zu zusätzlichen Behinderungen und Suizid dienen.

### **1.3 Gehörlosigkeit als Funktionsausfall**

#### Definition:

*„Taubheit oder Gehörlosigkeit bedeutet, dass Schallereignisse, also Geräusche und Töne, nicht mehr wahrgenommen werden können. Dabei wird eine absolute Taubheit von einer praktischen Taubheit unterschieden. Bei Letzterer können einzelne Töne oder Geräusche (Hörreste) noch wahrgenommen werden. Abhängig vom Zeitpunkt, an dem die Taubheit entsteht, wird sie in angeborene und erworbene Taubheit eingeteilt.“<sup>17</sup>*

#### **1.3.1 Formen der Hörschädigung**

Die Deutsche Gesellschaft der Hörgeschädigten – Selbsthilfe und Fachverbände e.V.<sup>18</sup> stellte Informationen zu Formen der Hörschädigungen zur Verfügung. Ich fasse diese im folgenden Text zusammen:

Gehörlose Menschen haben bereits vor der Geburt oder vor dem Abschluss des Lautspracherwerbs die Fähigkeit des Hörens verloren, wobei das soziale Entschädigungsrecht bezüglich der Einstufung der Gehörlosigkeit in Grad der Behinderung von einem Eintritt der Taubheit bis zum 7. Lebensjahr ausgeht. Da diese Menschen gesprochene Sprache akustisch nicht wahrnehmen können, ist der Spracherwerb sowie das Erlernen der Lese- und Rechtschreibkom-

---

<sup>17</sup> <http://www.onmeda.de/krankheiten/gerhoeerlosigkeit-definition-5333-2.html>, (Stand: 28.02.2008), verfügbar am 04.06.2009.

<sup>18</sup> <http://www.deutsche-gesellschaft.de/modules.php?name=News&file=article&sid=26>, verfügbar am 26.06.2009.

petenz erschwert. Gehörlose Menschen richten ihre Sinneswahrnehmung auf visuelle Reize aus. Die Begriffsbestimmung der Gehörlosigkeit kann auch eine gebärdensprachliche Orientierung in den Bereichen Kommunikation und Sozialisation anzeigen. Sie sagt also nichts über den individuellen Hörstatus aus. Der komplette Sinnesausfall des Hörens führt aus medizinischer Sicht zu einer Pathogenese des Hörsinns; die zusätzlich zu einer Sprachbehinderung führen kann.

In Kurzfassung widme ich mich nun einer weiteren Gruppe der Hörgeschädigten, den schwerhörigen Menschen: Schwerhörigkeit kann eingeteilt werden in vernachlässigbare, geringgradige, mittelgradige, hochgradige und an Taubheit grenzende Hörschädigung. Entsprechende Personengruppe hat ihren Hörverlust nach der Spracherwerbsphase erworben, verständigt sich über die Lautsprache, was den Einsatz der Gebärdensprache als unterstützende Sprachform nicht ausschließt. Ihr Sprachvermögen kann, muss aber nicht in jedem Fall beeinträchtigt sein. Schwerhörige Menschen können von der Hörgerätetechnik in hohem Maße profitieren, zumal die Innovation auf dem Gebiet der High-Technologie immer weiter zunimmt. Sie benötigen oftmals zusätzliche technische Hilfsmittel, um ihren Hörverlust soweit kompensieren zu können, dass das Telefonieren, das Hören in Gruppensituationen u. a. ermöglicht werden kann.

Bei komplettem Hörverlust nach dem Spracherwerb spricht man von einer Spätertaubung. Von späterer Taubheit betroffene Menschen sind oft noch im Besitz der vollen Sprachkompetenz. Diese Menschengruppe hat sich überproportional häufig mit einer Lebenskrise im Sinne von life-event auseinanderzusetzen, die in der Anfangsphase noch zusätzlich mit psychosozialen Anpassungsproblemen zu kämpfen hat. Bei vielen von plötzlicher Taubheit betroffenen Menschen ist von einer traumatischen Krise auszugehen. Unter ungünstigen Umständen kann diese einen chronischen Verlauf einnehmen. Kommunikative Anpassungsleistungen erfolgen in vielen Fällen über das Ablesen von den Lippen, Entziffern der menschlichen Gestik, Mimik und über das Erlernen der Deutschen Gebärdensprache. Die meisten ertaubten Menschen bevorzugen so genannte 'Lautsprachbegleitende Gebärden'. Cochlea-Implant-Träger sind Menschen, die sich aufgrund ihres hochgradigen Hörverlustes für eine technische Reintegrationsvariante entschieden haben bzw. haben Eltern stellvertretend für ihre Kinder eine derartige Entscheidung getroffen. Das Cochlea-Implantat kann die Hörfähigkeit stark verbessern, doch sind entsprechende

Hörerfolge an individuelle Voraussetzungen gebunden. Cochlea-Implantationen sind medizinische Eingriffe mit all ihren Vor- und Nachteilen.

Ein Cochlea-Implantat bedingt eine neue Hörgeschädigtenidentität und neue Zuordnung in entsprechende Gruppierung, da der hiervon betroffene Mensch nach wie vor als Hörgeschädigter gilt. Ich befasse mich in meiner Arbeit mit der Zielgruppe der prälingual (vor dem Spracherwerb) ertaubten gehörlosen Menschen und möchte damit die Zielgruppe der nach dem Spracherwerb ertaubten Menschen unberücksichtigt lassen, da diese eine, aus meiner Sicht, stark homogene Gruppe unter den hörgeschädigten Menschen darstellt. Das liegt zum einen daran, dass diese Gruppe aus einem hörenden Kulturkontext herausgerissen wurde und ihren Hörverlust überwiegend als Einschnitt in ihre Lebensfunktionalität versteht. Sie empfindet eine bio-psycho-soziale Mangelsituation auf der Ebene der Erfahrung von Verlust, was prälingual von Gehörlosigkeit betroffene Menschen in der Form so nicht erleben. Die Zielgruppe der Ertaubten empfindet sich eher als beschädigt und behindert als prälingual von Gehörlosigkeit betroffene Menschen.

#### Zusammenfassung der Situation nach einem akuten Hörverlust:

Verlust lässt bei den meisten Menschen den Wunsch auf Wiedergutmachung und nach Reparatur aufkommen, um den Status Quo wieder herzustellen. Diesem Wunsch kann, wie bereits angedeutet, heute unter Umständen mit der Implantierung eines Cochlea-Implantates annäherungsweise entgegengekommen werden. Eine akute Ertaubung kann wie jede andere unverhofft eintretende Krankheit, ein Unfall oder Behinderung bei Chronifizierung der Anpassungsproblematik zu einer pathologischen Störung führen. Daher zähle ich diese Möglichkeit eines Lebensereignisses zu den allgemeinen traumatischen Ereignissen, welche im Verlaufe eines Menschenlebens eintreten können und spezieller ressourcenorientierter Copingstrategien bedarf. Die besondere Situation der entsprechenden Subgruppe wurde im wissenschaftlichen Kontext bereits im Forschungsbericht Richtbergs<sup>19</sup> und in der Diplomarbeit von Bittrich<sup>20</sup> berücksichtigt. Anzumerken wäre noch, dass eine Spätertaubung oder hochgradige Minderung des Hörvermögens, welche im Verlaufe des Lebens eintritt, von den hiervon betroffenen Menschen eindeutig als Behinderung ihrer bis dahin auf die Bedürfnisse hörender Menschen ausgerichtete Lebensweise empfunden wird.

---

<sup>19</sup> Vgl. Richtberg 1980, S.35

<sup>20</sup> Vgl. Bittrich 1996

Der subjektiv empfundene Status ihrer Behinderung drückt sich im Unvermögen aus, das gewohnte Leben fortführen zu können.

#### **1.4 Gehörlosengemeinschaft als sprachlich-kulturelle Minderheit**

Der Deutsche Gehörlosenbund geht aktuell davon aus, dass in der Bundesrepublik Deutschland 80.000 gehörlose Menschen, welche vor dem Spracherwerb ertaubten, leben. Was ist unter sprachlich-kultureller Minderheit zu verstehen? Lane<sup>21</sup> weist auf zwei Formen der Konstruktion von Gehörlosigkeit (deafness) hin:

- Gehörlosigkeit als Behinderung (disability) – physiologisches Defizit
- Angehörige einer sprachlichen Minderheit – Sprache als kulturelles Gut einer Gemeinschaft.

Beide Betrachtungsweisen bedingen in der Folge eine soziologische Komponente. Minoritätengemeinschaften, wie z. B. die Subgruppe der Sorben, erfahren eine legale Einbindung in unsere Gesellschaft, was auch auf die sprachlich-kulturelle Gemeinschaft der Gehörlosen zutrifft.

Prälingual gehörlose Kinder sehen sich aufgrund der sprachlich-kulturellen Individualität ohnehin eher als Mitglied einer Subkultur<sup>22</sup>, nicht als behinderte Menschen. Ihre Sprache stellt für sie ihre ureigenste, historisch geprägte Muttersprache dar. Zum Vergleich: Ein chinesisches Kind betrachtet mit großem Selbstverständnis die chinesische Sprache als seine Muttersprache. Zugehörigkeit zu einem sprachlichen Kulturgut bedingt u. a. die Ausbildung von Identität. Sprachliche Identität hat eine hohe Bedeutung für die Entwicklung des Selbst und steht im Zusammenhang mit der Fähigkeit, autonome Entscheidungen treffen und sich als Teil einer Gemeinschaft verstehen zu können. Auf dieses Thema werde ich im Kapitel 1.13 ausführlicher eingehen. Das gesellschaftliche Verständnis von Gehörlosigkeit geht jedoch aufgrund der funktionalen Defizitorientierung vom Behinderungsverständnis aus; u. a., um die Gehörlosigkeit als solche in eine sozialrechtliche Kategorie einordnen zu können. Dieser Einordnung kann sich die Gehörlosengemeinschaft nicht entziehen, da sie sich einer Übermacht von restriktiven sozialrechtlichen Benachteiligungen ausge-

---

<sup>21</sup> Vgl. Lane, H. 1995: <http://bidok.uibk.ac.at/library/bruhn-gehoerlosigkeit.html>, verfügbar am 30.06.2009.

<sup>22</sup> Vgl. Schulteis 2007: <http://www.taubenschlag.de/Diplomarbeiten/>, verfügbar am 20.06.2009.

setzt sehen würde, welche der Diskriminierung von Andersartigkeit keine Grenzen setzen könnte. Um jedoch ihren Platz innerhalb einer Subkultur behaupten zu können, ist es nötig, sich mit anderen benachteiligten Gruppierungen, insbesondere Behindertengruppen, solidarisch zu verbünden und um auf diesem Wege zu einer adäquaten Anerkennung ihrer sprachlich-kulturellen Zugehörigkeit in der Gesellschaft zu gelangen.

### **1.5 Die Bedeutung der Sinneswahrnehmung 'Hören'**

Ein intaktes Hörvermögen versetzt einen Menschen in die Lage, mit anderen Menschen in kommunikative, emotionale und zwischenmenschliche Beziehung zu treten. Es hat aber auch eine alarmierende und orientierende Funktion<sup>23</sup>, welche dem Menschen rechtzeitig über das Gehör Signale vermittelt. Hörsignale sollen vor möglicher Bedrohung warnen; gleichzeitig sollen diese auf diesem Wege Schlüsselsignale zur Lokalisierung von Gefahrenherden mitteilen. Störungen in diesen Bereichen können häufig zu Gefühlen der Unsicherheit, Scham, Schuld, Anpassungsdruck, Orientierungslosigkeit, Ängste, Kontrollzwang und Überkompensierung führen und als Auslöser für anhaltend hohe Stresslevel dienen. Anfänglich positiv empfundener Eustress kann zum schädigenden Distress übergehen. Der Großteil psychosomatischer Erkrankungen basiert auf einer Disbalance des inneren und äußeren Gleichgewichts (bio-psycho-soziales Gleichgewicht) eines Menschen und der daraus resultierenden Unfähigkeit, Stresssituationen adäquat auflösen zu können. Die Wissenschaft hat hierfür mehrere Theorieansätze<sup>24</sup>, wobei nach wie vor noch keine eindeutige Beantwortung der Frage zu den Entstehungsmechanismen erfolgte. Normalerweise würde ein Mensch, der sich mit Stress konfrontiert sieht, versuchen, dem Problem aktiv zu begegnen, indem er Lösungen fokussiert und umsetzt. Um auf eine derart konstruktive Weise Lösungsansätze realisieren zu können, braucht er bestimmte Bedingungen. Fühlt sich der betroffene Mensch jedoch immer wieder innerer und äußerer Begrenzung ausgesetzt, die seine bio-psycho-soziale Entfaltung behindern, bleibt sein Organismus auf ganzheitliche Weise eng mit dem Stressor verbunden.

---

<sup>23</sup> Vgl. <http://www.hoeren-heute.de/hoeren.htm>, verfügbar am 15.06.2009.

<sup>24</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Psychosomatik>, verfügbar am 15.06.2009.



Nach Selye<sup>25</sup> ist „*Stresszustand ein spezielles Syndrom, welches aus unspezifischen Veränderungen innerhalb eines biologischen Systems besteht.*“ Selye beschreibt das Allgemeine Anpassungssyndrom (AAS) oder synonym das Generalisierte Anpassungssyndrom (GAS). „*Die Stressreaktionen bestehen aus drei Phasen, der Alarmreaktion, Widerstandsphase und der Erschöpfungsphase.*“ Er geht davon aus, dass zwei Möglichkeiten der Schädigung durch das GAS hervorgerufen werden können, indem er von Schädigung durch mangelnde oder überschießende Anpassung des Menschen an neue Situationen spricht. Im ersteren Fall kann es zu einem stressbedingten Magengeschwür und im zweiten Fall zu Bluthochdruck bei von GAS betroffenen Menschen kommen. Stressbedingte Krankheiten gehören zu den Psychosomatosen, die sich in einer Erschöpfungsphase durch Infektanfälligkeit, frühzeitiger Alterung, depressive Zustände und Ängstlichkeit bemerkbar machen können. Viele hörgeschädigte Menschen, insbesondere gehörlose Menschen, haben bei ungünstigen kommunikativen Bedingungen das Problem, sich auf aktive verbale Art mit Mitmenschen auseinandersetzen zu können; oft wird fremde Hilfe benötigt und in Anspruch genommen. Sie sind darauf angewiesen, zu verstehen und verstanden zu werden. Ist das nicht der Fall, bleiben beide Kommunikationsparteien auf einer jeweils subjektiv unbefriedigenden Ebene zurück.

## **1.6 Der Prozess des Spracherwerbes bei prälingualer Taubheit**

Zu Beginn dieses Kapitels zitiere ich Daniels<sup>26</sup>: „*Alle Menschen benötigen eine Sprache zur Kommunikation, aber sie brauchen auch eine Sprache zum Denken, um Informationen zu verarbeiten. Sprechen und Sprache sind zwei völlig verschiedene Dinge. Gehörlose Babys benötigen die Gebärdensprache; es ist ihre natürliche Sprache, und sie sollte eingeführt werden, bevor sie in Englisch oder Schwedisch unterrichtet werden.*“

Ihre Forschungsergebnisse<sup>27</sup> propagieren das Erlernen einer anerkannten, nationalen Gebärdensprache und weisen auf eine Steigerung oraler Fähigkeiten bei Unterrichtung einheimischer Gebärdensprachen hin. Weiterhin zeigen diese

---

<sup>25</sup> Selye, H. (1953), In: <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/STRESS/Stresstheorien.shtml>, verfügbar am 25.04.2009.

<sup>26</sup> Daniels, M. (2000), [http://www.taubenschlag.de/cms\\_pics/sign\\_baby\\_sign.htm](http://www.taubenschlag.de/cms_pics/sign_baby_sign.htm), verfügbar am 20.06.2009.

<sup>27</sup> Vgl. Daniels, M. (2009), <http://www.marilyndaniels.com>, verfügbar am 20.06.2009.

auf, dass gehörlose Babys, die zuerst das Artikulieren gelernt haben, oft noch immer keine Sprache zum Denken oder für zwischenmenschliche Kommunikation besitzen. Wie hörende Kinder sind auch gehörlose Kinder von einem funktionssicheren System der Kommunikationsvermittlung abhängig, um Sprache aufnehmen und wiedergeben zu können. Wie bereits unter Kapitel 1.4 beschrieben, hat Sprache mehrere Funktionen, die der kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung dienen. Bei gehörlosen Kindern laufen diese Prozesse in der frühkindlichen Phase anders ab als bei hörenden Kindern. Das heißt, nicht auf der akustischen, sondern auf der visuell wahrnehmbaren Ebene. Prälingual ertaubte Kinder sind noch mehr als hörende Kinder darauf angewiesen, dass Symbole immer in Übereinstimmung mit Kognition, Person und Umgebung stehen. Damit verbundene emotionale und soziale Reaktionen anderer Menschen einzuschätzen zu können, gehört zum Lernprozess.

U. a. nimmt das Kind in der sensomotorischen Phase seiner Entwicklung<sup>28</sup> non-verbale und verbale Sprache auf, wobei hörende Kinder die Lautsprache ihrer Bezugspersonen über das Hören wahrnehmen. Im Verlaufe des weiteren Entwicklungsprozesses erfolgt die Integration von Sprache in formale Denkprozesse. Gehörlose Kinder übernehmen auf diese Weise ebenfalls das Sprachsystem ihrer Bezugspersonen. Hörende und gehörlose Säuglinge unterscheiden sich demnach, was die Wiedergabe von Sprache betrifft, zunächst nicht. Beide Kinder zeigen ein ähnliches Schreiverhalten auf und benutzen die Babyzeichensprache<sup>29</sup>, um sich ihrer Umwelt verständlich zu machen. Für gehörlose Kinder stellt diese ihre Muttersprache dar.

Definition: Als Muttersprache bezeichnet man „...*die in der frühen Kindheit ohne formalen Unterricht erlernte Sprache, die Erstsprache. Diese prägt sich in ihrer Lautgestalt und grammatischen Struktur so tief ein, dass Sprecher ihre Muttersprache weitgehend automatisiert beherrschen. Im Allgemeinen kann etwa ab der Pubertät keine andere Sprache mehr diesen Platz einnehmen. Jeder nicht an einer besonderen Sprachschwäche leidende Mensch erlernt in dieser Zeit die in seiner Umgebung vorherrschende Sprache in der gleichen Perfektion wie die vorherige Generation.*“<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> Vgl. <http://www.uni-kassel.de/fb7/psychologie/pers/euler/SS07/GrundkursII/Piaget.pdf>, verfügbar am 15.06.2009.

<sup>29</sup> <http://www.babyzeichensprache.com/>, verfügbar am 26.06.2009.

<sup>30</sup> <http://woerterbuch.babylon.com/Muttersprache>, verfügbar am 20.06.2009.

Lange Zeit bestand bis zum 6. Lebensmonat kaum eine Möglichkeit, Hörschädigungen diagnostizieren zu können. Heute jedoch werden andere Methoden wie z. B. das Hörscreening<sup>31</sup> bei Säuglingen angewandt. Es soll der frühzeitigen Erfassung dienen, um eine möglichst umfassende Förderung anbieten zu können. Eine zu spät gestellte Diagnose hat gravierende Auswirkungen auf die Ätiologie der psychischen Störungen bei gehörlosen Menschen. Zu einer psychosozialen Befriedigung von Grundbedürfnissen des gehörlosen Säuglings in der sensomotorischen Phase gehört auch das Eingehen auf individuelle Besonderheiten bezüglich der Sprachentwicklung.

Ahrbeck zitiert Furths<sup>32</sup> grundsätzliche Position zu Piaget folgendermaßen: *„Anstatt in der kognitiven Entwicklung die Sprache als primär zu betrachten und den Geist von der Sprache abzuleiten, postuliert Piaget das menschliche Denken als primär, und davon leitet er den theoretischen Gegenstand des Erkennens ab. Und an anderer Stelle: Piaget (1982) meint ohne jegliche Zweideutigkeit, dass die verbale Sprache eine „Randbedingung“ der intellektuellen Entwicklung sei und dass das sprachliche Denken des Kindes sich nicht für die Untersuchung seiner höchsten Denkfähigkeiten eigne, mit anderen Worten, dass das Denken aller Kinder ihrer Fähigkeit, dieses Denken in Sprache umzusetzen, weit vorausgehe und dass erst mit den formalen Operationen, die etwa im Alter von zwölf bis vierzehn Jahren beginnen, die Sprache verwendet werden könne, um das Denken zu erweitern und auf die Probe zu stellen ... (Furth1984a, S.1011)“.*

Wenn laut Piaget das Denken dem Sprachprozess vorausgeht, benötigt demzufolge das gehörlose Kind eine seiner Besonderheit angemessene Sprachform, um subjektive Denkinhalte auf eine sprachliche Ebene transportieren zu können. Die Gebärdensprache als Muttersprache gehörloser Kinder befähigt diese Kinder zu einer derartigen formalen Operation. Aber auch hörende Babys profitieren laut Daniels von der Anwendung der Gebärdensprache als Zweitsprache, da sich diese in einem gesonderten Bereich des Gehirns abspeichert. Wenn Babys Gebärdensprache lernen, werden beide Hemisphären des Gehirns genutzt und mehr Synapsen im Gehirn aufgebaut. Kinder, die in Gebärdensprache unterrichtet wurden, verfügen später über ein besseres Erkennen von

---

<sup>31</sup> <http://www.audiopaedagogik.de/pdf/PA-teil3.pdf>, verfügbar am 26.06.2009.

<sup>32</sup> Ahrbeck 1997, S. 75

Buchstaben und Lauten; über eine bessere Rechtschreibung und einen größeren Wortschatz.

Dagegen befürworteten Schmid-Giovannini<sup>33</sup> und viele andere Anhänger ein verstärktes Eingehen auf orale Techniken, die dem gehörlosen Kind helfen sollen, die Lautsprache zu erwerben. Prillwitz und Vollhaber<sup>34</sup> plädieren für die Einbindung der Gebärdensprache in die Kommunikationsentwicklung hörgeschädigter, insbesondere gehörloser Menschen. Die Meinungskontroverse bezüglich der Methodik des Spracherwerbs bei gehörlosen Kindern ist seit langem bekannt und trotz Anerkennung der Deutschen Gebärdensprache nach wie vor Gegenstand der Sprachförderung gehörloser Kinder.

Jann<sup>35</sup> bezieht sich in seiner überarbeiteten Auflage (2001) auf die derzeit aktuelle Methodenvielfalt der Sprachvermittlung beim gehörlosen Kind.

Abschließend führe ich Ahrbeck an<sup>36</sup>, der List wie nachfolgend zitiert, dessen Aussage noch heute Gültigkeit haben dürfte: *„Nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand der Psychologie über die Bedeutsamkeit der primären Sprachaneignung für alle weiteren höher organisierten Lern- und Erkenntnismöglichkeiten kann es im Hinblick auf gehörlose Kinder nur eine Folgerung geben, nämlich die, ihnen eine so reichhaltige Umwelt wie möglich anzubieten.... Ein primärer Spracherwerb ist in der Lage nur möglich, wenn auch Gebärdensprache soweit ein Bestandteil dieser Umwelt ist, dass ein Kind auf die beschriebene konstruktive und induktive Weise an die typischen, über die eigene Aktivität vermittelten inneren und äußeren Strukturen eines selbständigen natürlichen Sprachsystems Anschluss finden kann (List 1988, S. 68).“*

## 1.7 Kommunikation

Kommunikation (lat. communicare = mitteilen, vereinigen):

*„Bezeichnet das wechselseitige Übermitteln und Empfangen von Informationen, von Gedanken, Ideen, Erkenntnissen oder Erlebnissen. Kommunikation basiert auf der Verwendung von Symbolen (Zeichen), Sprache, Gestik, Mimik, Schrift oder Bild.“<sup>37</sup>*

---

<sup>33</sup> Vgl. Schmid-Giovannini 1984

<sup>34</sup> Vgl. Prillwitz, Vollhaber 1990

<sup>35</sup> Vgl. Jann 2001

<sup>36</sup> Ahrbeck 1997, S. 78

<sup>37</sup> Müller-Timmermann 2007, S. 286

Nach dem Kommunikationsmodell von Schulz von Thun<sup>38</sup> unterscheidet man vier Aspekte der Kommunikation:

<u>Der Sachaspekt:</u>	Es geht um die Sache.
<u>Der Beziehungsaspekt:</u>	Es geht um die Beziehung zwischen Sender und Empfänger.
<u>Der Appellaspekt:</u>	Domäne der Wünsche und Fragen an andere, die offen und klar, aber auch versteckt in einer Mitteilung untergebracht werden können.
<u>Der Selbstoffenbarungsaspekt:</u>	Es geht um Aussagen der Person über sich selbst, welche sich in ICH - Botschaften ausdrückt.

Der Kommunikationsprozess verläuft typischerweise in drei Schritten:

1. Wahrnehmen – 2. Fühlen – 3. Interpretieren.

Kommunikationsabläufe können sowohl symmetrisch als auch komplementär gestaltet werden. Bei symmetrischen Abläufen geht es um die Beseitigung von Ungleichheiten, wobei es bei komplementären Abläufen um die Betonung von Unterschiedlichkeit der Partner in der Kommunikation geht, welche das Bestreben haben, einander zu ergänzen.

## **1.8 Erfolgreiche Kommunikation und Auswirkungen einer gestörten Kommunikation**

Was macht eine erfolgreiche Kommunikation aus? Wie wirkt sich eine gestörte Kommunikation aus?

Ich greife noch einmal auf die Grundlagen von Müller - Timmermann<sup>39</sup> zurück und fasse diese zusammen.

### Bedingungen für eine positive Kommunikationsbasis:

- Sendung von ICH-Botschaften

---

<sup>38</sup> Vgl. Schulz von Thun 1981, [://de.wikipedia.org/wiki/Vier-Seiten-Modell](http://de.wikipedia.org/wiki/Vier-Seiten-Modell), verfügbar am 25.06.09.

<sup>39</sup> Vgl. Müller – Timmermann 2007, S. 286

- aufmerksam Zuhören
- passende Zeit, richtiger Ort
- Gefühle zulassen, sich öffnen, über Wesentliches sprechen
- situationsangemessenes Nachfragen, aussprechen lassen, dabei Gefühle zugeben, nicht unterbrechen
- Fähigkeit des Umdeutens falscher Glaubenssätze
- Feedback geben
- Zielorientierung, Klarheit, Verständlichkeit
- Bewertungen vermeiden
- Ausrichtung der Kommunikation auf positive Optionen
- Humor
- Distanz und Gelassenheit
- Spontaneität, Kreativität, Zulassen von Überraschungsmomenten.

#### Erfolgreiche Kommunikation durch:

- Kommunikative Grundfähigkeiten und Metakommunikation
- Metakommunikation = Kommunikation über die Kommunikation
- Kommunikation über die Beziehung zwischen den Kommunikationspartnern. Verdeutlichung einer Information, wie diese verstanden werden möchte.

#### Auswirkungen gestörter Kommunikation und Interaktion:

- Veränderungen von Gefühlen (Frustration)
- Beziehungsstörungen
- Beziehungsabbrüche
- offene und verdeckte Aggressionen
- Suchttendenzen
- Resignation, Hoffnungslosigkeit, Vermeidung von weiterer Kommunikation.

#### Psychische Störungen als mögliche Folge gestörter Kommunikation und Interaktion mit anderen Menschen:

- Angsterkrankungen
- Zwangsneurosen
- Depressionen
- narzisstische Störungen
- Borderline-Syndrom

- Psychosen
- somatoforme Störungen
- dependente Störungsbilder
- Parasuizid, Suizid u. a. m..

## **1.9 Kommunikation gehörloser Menschen**

Im Kapitel 1.4 erwähnte ich, dass gehörlose Kinder mit der Gebärdensprache als Muttersprache aufwachsen. Sie werden über Richtlinien der Frühförderung für behinderte Kinder, insbesondere auch für gehörlose Kinder, auf spezifische Weise gefördert. Pädagogische Methoden der Spracherziehung in Deutschland sind bis dato überwiegend auf die Lautspracherziehung, Absehbungen, logopädische Sprachübungen bis hin zu Cochlea-Implantationen fixiert. Der oralen Methode wird, trotz Anerkennung der Gebärdensprache und Bestrebungen, die bilinguale Sprachmethode an Schulen einzuführen, nach wie vor Vorrang gewährt. Es würde den Rahmen meiner Ausführungen sprengen, tiefer in die bestehende Problematik einzusteigen, zumal bereits in den Kapiteln 1.5 bis 1.7 Argumente aufgeführt wurden, welche o. g. Darstellung zur aktuellen Spracherziehung bei gehörlosen Kindern untermauern. Unabhängig von medizinischen und pädagogischen Bestrebungen wenden sich prälingual gehörlose Menschen instinktiv ihrer Muttersprache, der Gebärdensprache, zu. Das heißt, sie benutzen ihre Hände, ihren Körper, ihre Mimik, gezielte Mundbewegung und Gestik, um mit deren Hilfe sich der Außenwelt verständlich zu machen und um mit Gleichbetroffenen in kommunikativen Austausch treten zu können. Der Einsatz der Gebärdensprache unterscheidet sich demzufolge von einem reinen Gestikulieren, da diese Ausdrucksform auf unbewusster Ebene entsteht. Auch hörende Menschen gestikulieren, ohne die Gestik als Zeichensprache definieren zu wollen. Zusätzlich wird das Fingeralphabet (Daktylzeichen) für Fremdwörter oder schwer zu benennende Begriffe sowie die Schriftsprache und Zeichnungen eingesetzt. Ich vermeide es bewusst, weitere Kommunikationsvariablen aufzuführen, da linguistische Abhandlungen nur bedingt Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind. Zusammengefasst stellt die Gebärdensprache für gehörlose Menschen eine Brücke zwischen zwei Welten<sup>40</sup>, zwischen Stille, Einsamkeit,

---

<sup>40</sup> [http://www.taubenschlag.de/html/sbw/sbw48/seiten/48s21\\_26.htm](http://www.taubenschlag.de/html/sbw/sbw48/seiten/48s21_26.htm), verfügbar am 26.06.2009.

Rückzug, Passivität und der Teilhabe am Leben in der hörenden Gemeinschaft, in einer humanen Gesellschaft, dar. Als eigenständige Sprachform mit einer autonomen Syntax gilt sie in der Bundesrepublik nach deutschem Recht als anerkannte Sprache und erfüllt damit alle wissenschaftlichen Kriterien hierzu.

### **1.10 Praxis der Deutschen Gebärdensprache**

Die Erforschung der Gebärdensprache ist ein noch recht junger Zweig der Wissenschaft. Linguisten entdeckten diese Sprachform erst in den letzten Jahrzehnten und auch nur deshalb, weil Globalisierungseffekte und multikulturelle Einflüsse auf Nationen der Welt zu Änderungen der Einstellung, was Sprache und deren Kultur betrifft, führten. Eine veränderte Sprachkultur ließ die Wissenschaft der Linguistik auf die sprachliche Besonderheit gehörloser Menschen aufmerksam werden. Gebärdensprache besteht aus distinktiven Zeichensystemen. Lange Zeit wurde diese als eine gegenüber der Lautsprache minderwertig anzusehende Sprachform betrachtet, indem sie als eine Art Pantomime bezeichnet wurde. Prillwitz<sup>41</sup> beschrieb diese als „... ein ganzheitliches, die Wirklichkeit konkret, wenn auch verkürzt wiedergebendes Gestikulieren und Mimikrieren nach Art der Pantomime, ohne strukturelle Hierarchien, ohne Grammatik und ohne Abstraktionsvermögen.“ Er zweifelte und dies regte sein Interesse, darüber zu forschen, an. Die Gebärdensprache wurde erst in den sechziger Jahren in sprachwissenschaftliche Forschungsprojekte einbezogen, die mit der Untersuchung des amerikanischen Linguisten William Stokoe (Sign Language Structure)<sup>42</sup> eingeleitet wurde. Das Ergebnis der wissenschaftlichen Untersuchungen zeigte auf, dass bis dahin bestehende Vorurteile, die Gebärdensprache sei keine vollwertige Sprache und damit nur eine Hilfssprache, unberechtigt waren. Entsprechende wissenschaftliche Grundlagen setzten das Startsignal für die spätere Anerkennung der Gebärdensprache als eigenständige Sprachform.

---

<sup>41</sup> Prillwitz 1991, S. 22

<sup>42</sup> <http://jdsde.oxfordjournals.org/misc/terms.dtl>, verfügbar am 28.04.2009.



## **1.11 Rechtliche Grundlagen zur Anerkennung der Deutschen Gebärdensprache und Benachteiligungsverbot**

Die politische Anerkennung der Deutschen Gebärdensprache als eigenständige Sprachform erfolgte am 1. Juli 2001. Dies führte zu einigen rechtlichen Änderungen, indem ab dato jeder gehörlose Mensch einen gesetzlich verankerten Anspruch auf einen Gebärdensprachdolmetscher geltend machen kann.

Hierzu greifen konkrete, auf individuelle Bedarfssituationen bezogene Richtlinien innerhalb der Rahmengesetze des Sozialgesetzbuches IX (2001):

- das Bundesgleichstellungsgesetz (2002)
- die Landesgleichstellungsgesetze der 16 Bundesländer
- die am 26. März 2009 in Deutschland ratifizierte UN-Behindertenrechtskonvention,

wonach gehörlosen Menschen auf Grund ihrer Gehörlosigkeit und Kommunikationsbehinderung keine rechtlichen Nachteile im Sinne von Ungleichbehandlung gegenüber anderen Menschen erwachsen dürfen.

Die praktische Umsetzung o. g. Gesetzesvorlagen erfolgt nicht über Nacht, sondern setzt umfassende Informationen, Aneignung von theoretischem Wissen, Erfahrungen in der Praxis und Auseinandersetzungen mit noch offenen Fragen voraus. Die Bedeutsamkeit der neuen Gesetzesvorlagen mit ihren vielfältigen Auswirkungen auf alle gesellschaftlichen Lebensbereiche muss immer wieder aufgegriffen werden, indem z. B. der Inklusionsgedanke nicht verallgemeinert, sondern am individuellen Beispiel hinterfragt wird.

Nicht immer und nicht in jedem Fall kann ein gehörloser Mensch ohne weiteres in einer ihm fremden Sprachgemeinschaft Einbindung erfahren. Dies betrifft in besonderem Maße gehörlose Kinder, die an Regelschulen unterrichtet werden. Inklusion gehörloser Kinder in betreffende Einrichtungen setzt voraus, dass der sprachlich-kulturellen Besonderheit dieser Kinder entsprochen werden kann. Im Kapitel 3.1 werde ich erneut auf diesen Aspekt eingehen. Die Einführung der Gebärdensprache als Amtssprache würde viele in diesem Zusammenhang noch offen stehende Fragen klären können.

## 1.12 Auswirkungen von Gehörlosigkeit auf die Sozialisation gehörloser Menschen

Wenn von Sozialisation die Rede ist, wird von primärer und sekundärer Sozialisation ausgegangen.

Die primären Bezugspersonen der Sozialisation können sein: Eltern, Großeltern, weiter entfernte Blutsverwandten, Pflegefamilien, Adoptivfamilien, SOS-Kinderdörfer, Familien, Erzieher in Heimen. Die sekundäre Sozialisation findet in Kindereinrichtungen, wie Schulen, Internaten, Ausbildungsstätten, Berufsbildungswerken, Firmen u. a. statt. Zur Sozialisation gehören die zwischenmenschliche Kommunikation und Integration bzw. Inklusion, wie Freundschaft, Kollegialität, Partnerschaft, Ehe, Lebensgemeinschaft sowie weitere elementar wesentliche Kontakte zu Mitmenschen im Alltag. Integration bzw. Inklusion in die Gesellschaft erfolgt allgemeingültig über Vorschul-, Schul- und Berufsausbildung, Studium, Fort- oder Weiterbildung, Umschulung, Arbeit, Wohnen, Freizeit, Sport, Kultur, Politik, Gesundheit, Service, Verkehr, Forschung u. a. In diesem Kontext verweise ich auf die Theorie der Konstruktion von Wirklichkeit nach Berger und Luckmann.<sup>43</sup> Sie stehen für eine humanistische Soziologie mit dem Forschungsgegenstand *„Gesellschaft als Teil einer menschlichen Welt, geschaffen vom Menschen, bewohnt von Menschen und in unaufhörlichem historischem Prozess wiederum an Menschen schaffend.“* ein.

Gelingende Sozialisation setzt gelingende Kommunikation voraus. Gestörte Kommunikation im zwischenmenschlichen Bereich kann negative Auswirkungen auf entscheidende Entwicklungsprozesse in den Bereichen des Wahrnehmens, Denkens, Wollens, Merkens, Affektregulation u. a. haben.

Auswirkungen sind immer an die habituelle bio-psycho-soziale Entwicklung des gehörlosen Menschen gebunden und von inneren, äußeren und selbstbestimmten Handlungen abhängig. Eine Pauschalisierung der Entwicklung gehörloser Menschen ist somit nicht möglich. Dennoch gibt es einige Grundzüge, welche einem ‚typischen‘ Sozialisationsverlauf gehörloser Menschen zugerechnet werden können.

Die Förderung gehörloser Kinder brachte und bringt es vielerorts noch mit sich, dass sie einen integrativen- oder Sonderschulkindergarten, Gehörlosenschule und anschließend ein Berufsbildungswerk für Hörgeschädigte besuchen müs-

---

<sup>43</sup> Berger u.a. 1972, S. 201

sen. Die Anzahl studierender gehörloser Menschen ist im Vergleich zu hörenden StudentInnen als gering zu bezeichnen. Gehörlose Kinder gehörloser Eltern finden in ihrer Ursprungsfamilie optimale Kommunikationsbedingungen vor. Diese brauchen sich nicht auf eine hörende Sozialisation einzustellen; eine hohe Anpassungsleistung in der primären Sozialisation ist nicht erforderlich.

So betrachtet sind gehörlose Kinder hörender Eltern stärkeren Belastungsfaktoren in der primären Sozialisationsphase ausgesetzt, die durchaus traumatische Auswirkungen nach sich ziehen könnten. Hinzu kommt, dass abseits von Großstädten wohnende gehörlose Kinder auswärts untergebracht werden müssen, um eine Einrichtung für Gehörlose besuchen zu können. Frühe Trennungssituationen von Eltern bedingen laut Ainsworth<sup>44</sup> oftmals unsichere Bindungsmuster zwischen Eltern und dem betreffenden Kind. Dieser Problematik sind auch sicher gebundene gehörlose Kinder gehörloser Eltern ausgesetzt.

In der Gehörlosengemeinschaft finden gehörlose Kinder fördernde Entwicklungsmöglichkeiten vor, zumal Lernprozesse auf der Synergieebene unproblematischer verlaufen. Betreffende Gemeinschaft ist in der Lage, soziokulturelle Werte zu vermitteln und die Selbstwertentwicklung anzuregen, aber nur so lange - wie erlernte Selbstbehauptung auch in der sekundären Lebenswelt zum Tragen kommt.

Progressive Bestrebungen der Behindertenpolitik, die integrative Beschulung voranzutreiben oder den Inklusionsgedanken auf gesellschaftlicher Ebene umzusetzen, sind Ansätze, neue Wege zu gehen. Diese müssen die besonderen teilhabebedingten Aspekte behinderter, insbesondere gehörloser Menschen berücksichtigen. Rollstuhlfahrer benötigen z. B. eine Rampe oder einen Lift bzw. andere besondere räumliche Bedingungen, stark sehbehinderte und blinde Menschen eine Vermittlung über die Brailleschrift<sup>45</sup> bzw. der akustischen Wiedergabe von Bild-, Personen- und Gegenstandsbeschreibungen.

Blinde und gehörlose Kinder könnten sich über das Lormen<sup>46</sup> verständigen.

---

<sup>44</sup> Vgl. [http://de.wikipedia.org/wiki/Die\\_fremde\\_Situation](http://de.wikipedia.org/wiki/Die_fremde_Situation), verfügbar am 04.06.2009.

<sup>45</sup> Die Brailleschrift wird von stark Sehbehinderten und Blinden benutzt; sie ist also eine Blindenschrift.

<sup>46</sup> Das Lormen ist ein in die Hand „geschriebenes“ Alphabet, bei dem bestimmte Zeichen an bestimmten Stellen der Handinnenfläche verschiedene Einzelbuchstaben des Alphabets repräsentieren. Hieronymus Lorm, nach dem das Tast-Alphabet für Taubblinde benannt wurde, hat als erster im deutschen Sprachraum mit seinem Hand-Zeichen-System taubblinden Menschen den Weg zur Verständigung mit anderen eröffnet.

Die Inklusion setzt, u. a. auf Fragen der sekundären Sozialisierung bezogen, voraus, dass die Gebärdensprache als zusätzliche Sprache an Regelschulen eingeführt wird. Es würde nicht ausreichen, nur das gesamte Schulpersonal gebärdensprachlich weiterzubilden, sondern auch die Schüler.

Dafür fehlen aktuell entsprechende Bedingungen, denn das Erlernen von Zweitsprachen stellt zum Teil eine fakultativ bezogene Entscheidung der Eltern und Schüler dar. Gälte die Deutsche Gebärdensprache als Amtssprache, wäre der Weg zu einer barrierefreien Kommunikation von Grund auf geebnet.

Es bliebe abzuwarten, wie und ob der Inklusionsgedanke in der Praxis für alle von Einschränkungen betroffene Kinder realisiert werden kann.

Erfahrungsgemäß finden Lebensbrüche bei gehörlosen Menschen häufig dann statt, wenn diese ungenügend vorbereitet in ungeschützte Lebensräume entlassen werden. Als Beispiele sind Übergänge in das Berufsleben, eigene Familiengründung, Alltagsbewältigung, Krisenbewältigung, Krankheiten, Alter und andere Lebensthemen zu benennen. Aus dieser Erfahrung heraus entstanden bundesweit in Ballungsräumen soziale Einrichtungen speziell für hörgeschädigte Menschen, welche bei Bedarf ihre Serviceleistungen zur Verfügung stellen. Im Gesundheitssektor bestehen nach wie vor große Lücken bezüglich einer adäquaten Versorgung. Altenheime für gehörlose Menschen und angemessene Sozialräume sind noch immer mit Differenzen verbunden. Gelingende Sozialisation hat sehr viel mit Lebensqualität zu tun und hier setzen die aktuellen Forschungsthemen im Bereich der Behindertenpolitik, aber auch speziell der DEAF STUDIES bzw. Gehörlosenstudien an. Prognostisch gesehen, lassen diese noch viele neue Erkenntnisse sowie Umstrukturierungen erwarten. Im Folgenden werde ich noch einige Kapitel durcharbeiten, welche sich intensiver mit der aktuellen Lebenssituation gehörloser Menschen befassen.

Das Betrachten der individuellen sozialen Lage eines Menschen ist insofern von hoher Bedeutung, um herauszufinden, welche bio-psycho-sozialen Bedingungen im Kontext zu den vier komplexen Umweltmodellen von Bronfenbrenner<sup>47</sup> stehen. Ich persönlich bezweifle, dass sich die Sozialisationsbedingungen explizit gehörloser Menschen in den nächsten Jahrzehnten im Sinne des Behindertenrechts real verbessern werden. Gleichzeitig gehe ich jedoch davon

---

<sup>47</sup> Vgl. Bronfenbrenner 1977, S. 513 ff.

aus, dass sich im zwischenmenschlichen Miteinander, im Nahraum des betroffenen Individuums, viel zum Positiven verändern lässt, wenn der Empowermentgedanke mehr Beachtung, Stützung und Respekt erfahren würde. Begründen werde ich diese Annahme am Ende des ersten Hauptthemas, der Darlegung der aktuellen Situation gehörloser Menschen in der BRD.

### **1.13 Identität gehörloser Menschen**

Die Identitätsbildung junger Menschen in der aktuellen gesellschaftspolitischen Phase ist allgemein schwieriger geworden. Das gesellschaftliche Leben ist von variierenden Erziehungsmodellen, einer Vielfalt politischer Meinungsbildung, größerer Bandbreite von soziokulturellen Angeboten, vergeblicher Planbarkeit von Lebensentwürfen, die zu unsicheren beruflichen und ökonomischen Perspektiven führen können, geprägt. Für erwachsene Menschen entstehen neue Lebenssituationen. Infolgedessen sehen diese sich einer zunehmenden Orientierungslosigkeit ausgesetzt. Den nachfolgenden Generationen werden viele ungeklärte Fragen hinterlassen. Aufgrund der soeben beschriebenen Unsicherheiten sind traditionelle Beziehungsmuster dem schnelllebigen Zeitgeist kaum noch gewachsen, was wiederum die Scheidungsraten weltweit ansteigen lässt. Arbeitsplätze zu finden, hängt mehr und mehr von Mobilität und Flexibilität ab. Kenntnisse im Bereich der Medientechnik sind unabdinglich geworden und der Anpassungsdruck an die derzeit bestehende globale Finanzkrise ist enorm. Menschen müssen neue Antworten auf den weltweiten ökonomischen Wandel finden. Die Knappheit elementarer Rohstoffe wie Öl, Boden, Wasser, Nahrung u. a. führen zu Bürgerkriegen. Kriegen, die sich ausweiten könnten und ein hohes Potential an Massenvernichtung bis hin zur Auslöschung der Menschheit in sich bergen. Männer und Frauen stehen vor neuen geschlechtsbezogenen Herausforderungen; das bisherige Rollenverständnis von Mann und Frau greift nicht mehr. Welche Auswirkungen auf die Erziehung von Kindern und Jugendlichen sind zu erwarten und können Eltern noch Vorbilder sein? Welche Werte können Mütter und Väter den Kindern vermitteln, die Kinder auch verstehen und vor allem annehmen können? Es ist für Kinder und Jugendliche unglaublich schwierig geworden, den Regeln der Erwachsenen Folge zu leisten. Der Aspekt 'Gewalt' wird auf vielfältige Art und Weise tagtäglich in den Medien oder im familiären, schulischen, beruflichen und gesellschaftlichen Nah-

raum widerspiegelt; zum Teil auch praktiziert. Umso mehr haben wir alle die Aufgabe, in unserem kleinsten Umkreis auf lösungsorientierte Weise wirksam zu werden - indem wir uns die Ursachen von menschlicher Gewalt genauer ansehen, eigene Anteile nicht leugnen, wachsam bleiben und Bereitschaft zeigen, Verantwortung für unser Denken, Fühlen und Handeln übernehmen zu wollen. Nach Montada<sup>48</sup> baute Erikson in seiner Theorie der Persönlichkeitsentwicklung auf Freuds Entwicklungsmodell auf, indem er die organismische Tradition verfolgt.

Er beschrieb acht Hauptstadien der menschlichen Entwicklung im Lebenslauf und ordnete diese spezifischen Konflikten bzw. Krisen zu. Seiner Theorie nach gilt das Scheitern an einer Entwicklungsaufgabe innerhalb der stadientypischen Entwicklungsphase als Prädiktor für bleibende Persönlichkeitsstörungen. Er geht von einer universellen Postulation der Stadien aus, was jedoch einer wissenschaftlichen Beweisführung bedarf.

#### Auflistung der 8 Hauptstadien:

Erikson betrachtete die erfolgreiche Bewältigung der von ihm aufgeführten Entwicklungsaufgaben der einzelnen Stadien als Voraussetzung für eine gelungene Identitätsbildung des Menschen.

1. Vertrauen vs. Misstrauen (1. Lebensjahr):

Vertrauen in die Verlässlichkeit und Zuverlässigkeit der primären Bezugspersonen dient dem Aufbau von Selbstvertrauen und Sicherheit. Misstrauen dient der Abwehr von nichtvertrauenswürdigen Personen, jedoch nur als Vorsichtsmaßnahme - keine Generalisierung auf alle Menschen.

2. Autonomie vs. Scham und Zweifel (3. Lebensjahr):

Aufgabe der Auseinandersetzung mit Autoritäten und Regeln. Bewältigung des Konflikts zwischen Autonomie und Abhängigkeit, Nähe und Distanz. Grundlegende Aufgabe: Annahme von Regeln und Normen, ohne uns von ihnen beherrschen zu lassen.

3. Initiative vs. Schuldgefühle (4. und 5. Lebensjahr):

Das bereits vorhandene ICH-Bewusstsein bedarf einer Konkretisierung im Hinblick auf das eigene ICH. In dieser Phase dienen die Eltern als ideali-

---

<sup>48</sup> Vgl. Montada 1995, S. 64-65

sierte Vorbilder, welche als Identifikationsfiguren angenommen werden. Das Gewissen wird durch Ver- und Gebote der Eltern geprägt, welche von geschlechtstypischen Besonderheiten ausgehen. Auch die Phantasiewelt des Kindes bringt Idealbilder hervor. In dieser Phase geht es auch um das Tun, um den Antrieb, um die Neugier, um das Erkunden, um das kreative Phantasieren - der Bildung sozialer Kontakte und um Positionen außerhalb der Familie. Ein Scheitern dieser Herausforderung kann sich in Ängstlichkeit, Strenge, Gebundenheit an Autoritäten und einem unrealistischem ICH-Ideal äußern.

4. Wertsinn gegen Minderwertigkeit (mittlere Kindheit):

Phase der Bildung über die Schule, Einführung in grundlegende Wissensbereiche wie Kultur und Zivilisation. Das Interesse an der Sache und Leistung sollte Misserfolgsängstlichkeit und Minderwertigkeitsgefühle aufheben helfen.

5. Identität vs. Rollendiffusion (Adoleszenz):

Der Jugendliche hat in dieser Phase die Aufgabe, seine Identität zu entwickeln. Er muss sich zu Fragen des Geschlechts, Familienherkunft, Religion, moralischen Werten, Bildungs- und Berufszielen und damit zusammenhängenden Fertigkeiten sowie politischen Auffassungen eine Meinung bilden. Er muss lernen, sich mit ihr zu identifizieren. Rollendiffusion, Diskrepanz zwischen Wollen und Können bzw. Tun, genereller Instabilität zwischen Vorhaben und Umsetzung dieser, Einseitigkeiten in wesentlichen Lebensbereichen und Wertvorstellungen können zu Suchtmittelmissbrauch und Devianz führen.

6. Intimität vs. Isolation (Beginn des Erwachsenenalters):

Um mit anderen Menschen intim werden zu können, ist eine gut integrierte Identität von hoher Bedeutung. Gemeint sind nicht nur intime Beziehungen, sondern die Fähigkeit, ein 'WIR-Gefühl' innerhalb einer Solidargemeinschaft, das der Abwehr von schädlichen Einflüssen und Menschen dient, welche für das eigene Wesen gefährlich werden können, zu entwickeln. Intimität hat stabilisierende Funktion und beugt einer Isolation innerhalb der menschlichen Gemeinschaft vor.

7. Generativität vs. Stagnation (mittleres Erwachsenenalter):

Die Gründung einer eigenen Familie, Nestbau und Förderung der

Entwicklung der nächsten Generation, welche nicht nur eigene Kinder einschließt. Sie beinhaltet auch Engagement im beruflichen, sozialen und politischen Sinne in dieser Phase, um Stagnation, Rückzug und/oder Langeweile vorzubeugen.

8. Ich – Integrität vs. Stagnation (späteres Erwachsenenalter):

Dazu zählt die Reflexion der eigenen Biografie bezüglich des Seins, des Tuns und der Einbindung in die Gemeinschaft sowie in die historische Zeit. Die Begrenztheit des eigenen Lebens muss akzeptiert werden. Man muss mit dem Erreichten zufrieden sein. Ein Scheitern führt zu Verzweiflung im Sinne von Trauer, um das, was man mit dem eigenen Leben getan hat. Folgen sind Furcht vor dem Tod und Vorwürfe gegen sich selbst.

Die Erziehungswissenschaft hat demnach eine große Aufgabe<sup>49</sup>, Menschen zu reifen, in sich gefestigte und selbstbestimmte Persönlichkeiten heranwachsen zu lassen, indem sie u. a. kommunikative und soziale Interaktionen zu Gunsten der Balance zwischen der Notwendigkeit sozialer Anpassung und andererseits individueller Einzigartigkeit einzusetzen vermag (Vgl. n. Mollenhauer, 1971)<sup>50</sup>. Es geht um soziale Zugehörigkeit und persönliche Besonderheit – ich zitiere Mead<sup>51</sup>: „*Wir müssen andere sein, um wir selbst sein zu können.*“

Um sich von anderen Menschen unterscheiden zu können, müssen wir die Sprache als identitätsstiftendes Medium benutzen. Mit ihr können wir anderen Menschen unseren Standpunkt vermitteln und den anderen Menschen akzeptieren lernen, ohne diesen für uns übernehmen zu müssen. Der menschlichen Sprache, der Lautsprache, weist Mead daher eine bedeutsame Funktion für die Ausprägung des Selbst zu. Positive Erfahrungen im Bereich der Vermittlung von Sprache in Kommunikations- und Interaktionsprozessen bilden die Grundlage für das Gefühl von sicherer Wahrnehmung und Wiedergabe eigener Eindrücke sowie Standpunkte, welche Handlungen mit sich bringen können. Erfolgreiches Tun - im Zusammenhang mit Entwicklungsaufgaben - bedingt das Überwinden von Hindernissen und lässt den Menschen im Idealfall zur nächsten Entwicklungsaufgabe übergehen. Auf diese Weise erfolgt eine Integration der Reifungsprozesse in das Selbst. Auf die Herausbildung von Identität bei

---

<sup>49</sup> Prof. Dr. Schütt: Bei allem Respekt vor Mollenhauer, Erziehungswissenschaft erzieht nicht! Sie betrachtet, erklärt und gibt Möglichkeiten der Reflexion.

<sup>50</sup> Vgl. Ahrbeck 1997, S. 22

<sup>51</sup> Mead 1987a/1987b, S. 327



gehörlosen Menschen bezogen, sind unterschiedliche pädagogische, soziologische, psychologische und psycholinguistische Aspekte zu berücksichtigen. Diese stellen einen wesentlichen Bezugsrahmen für einzelne durch Ahrbeck vertretene pädagogische Konzepte, die variable Lebensentwürfe für gehörlose Menschen beinhalten, dar<sup>52</sup>. Es geht nicht nur um die eine Identität, für alle gleich geltend und einen Anspruch auf die einzig wahre Identität erhebend. In den bisherigen Kapiteln beschrieb ich verschiedene Einflüsse, die für eine positive, aber auch weniger positive Identitätsentwicklung von großer Bedeutung sein können. Prozesse der Kommunikationskompetenz, des Aufbaus und Erhaltes zwischenmenschlicher Beziehung, der soziokulturellen Präsenz, der erfolgreichen Einbindung in relevante gesellschaftliche Bereiche bedingen in hohem Maße die Fähigkeit zur Selbstreferenz, Kohärenz und Abgleichung zwischen den eigenen Zielen sowie den Bedürfnissen und Anforderungen der Umwelt. Selbstbewusstsein, Selbstwert und Selbstsicherheit finden ihren Ausdruck in der Stimmigkeit zwischen dem subjektiven Denken, Fühlen und Handeln, der Akzeptanz des eigenen Selbstbildes in Übereinstimmung mit der Reflexion durch Andere. Stabilität gewinnt der Mensch durch Kontinuität, aber auch durch die Fähigkeit, trotz Misserfolge oder negativer Lebenserfahrungen, neues Vertrauen zuzulassen.

Was braucht also der gehörlose Mensch, um soeben beschriebene Prozesse zu bewältigen und ein tragendes Identitätsgefühl ausbilden zu können?

Es gibt einen neuen Begriff, welcher als Audismus<sup>53</sup> bezeichnet wird. Dieser Begriff ist im Wörterbuch noch nicht nachschlagbar. Mit ihm wird eine Art von Diskriminierung bezeichnet, die Situationen des Nichtverstehens zwischen Gehörlosen und Hörenden herzustellen vermag, indem eine Seite die Bedürfnisse gehörloser Menschen zwar kennt, aber nicht beachten kann oder bewusst missachtet.

Die Abstufung zwischen leichtem und schwerem Audismus reicht von unbewusster leichter Ignoranz bis hin zu offener Ablehnung bzw. Ausgrenzung nicht-hörender Menschen. Wenn gehörlose Menschen ein klares Identitätsgefühl entwickeln wollen, brauchen sie als erstes Bedingungen, um in der hörenden Welt kommunizieren und an deren Leben teilhaben zu können. Das Verstehen

---

<sup>52</sup> Vgl. Ahrbeck 1997, S. 12

<sup>53</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Audismus>, verfügbar am 20.06.2009.

sowie Verstandenwerden im Sinne eines Kommunikations- und Interaktionsprozesses fängt schon mit der Mutter-Kind-Beziehung an und setzt sich bis zum Tode fort. Eine Hauptaufgabe wäre demzufolge das Herstellen und Absichern von Bedingungen für eine freie Sprachentwicklung in zwei Welten. Da die Gebärdensprache in Deutschland bereits rechtlich anerkannt ist, geht es in der aktuellen Phase um die Schaffung von Zugang zur Gebärdensprache, wobei sich dieser Aspekt auf alle Lebensbereiche gehörloser Menschen ausdehnen lässt. Wie erfolgt eine entsprechende Umsetzung im praktischen Sinne? Für eine Verwirklichung in der Praxis sind spezielle Fachbereiche, z. B. Medizin, Ethikkommission, Frühförderung, Pädagogik, Sozialarbeit, Psychologie, Politik usw., zuständig.

Als subjektiv empfundenen elementar wichtigen Zweig der Einbindung von Gebärdensprache in kindliche und familiäre Entwicklungsprozesse betrachte ich die Bereiche der Medizin und Frühförderung. Hier können Diagnosen erstellt, der Grundstein für förderliche kommunikative Bedingungen gelegt, Eltern gehörloser Kinder aufgeklärt sowie Alternativen aufgezeigt werden. Alle anderen Bereiche haben darauf aufbauende Aufgaben zu erfüllen. Jedoch gibt es noch weitere Einflüsse im Leben eines Menschen, welche eine positive Identitätsentwicklung hemmen und zur Identitätsdiffusion führen können. Auf angedeutete Hemmnisse komme ich im zweiten Komplex der Diplomarbeit zurück.

#### **1.14 Perfekt – Imperfekt?**

Wann wäre ein Mensch perfekt?

Wenn er den gültigen Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation entspricht oder wenn er sich selbst als gut und stimmig empfindet – so wie er ist?

Wer legt die Spielregeln fest, wann ein Mensch perfekt ist und wann nicht?

Der Mensch mit gut ausgeprägtem Identitätsgefühl wird sich nicht auf einen vorgegebenen Perfektionsanspruch einlassen müssen, denn dieses verweist auf ausreichende hilfreiche innere Präferenzen. Er fühlt sich als ein in sich ruhendes Individuum, unabhängig von gesellschaftlich bedingten Normativen.

Er ist nicht schlechter oder besser, mehr oder weniger - nur anders.

Dem Gefühl der Imperfektion oder Fremdbild, welches Imperfektion vermittelt, Recht geben zu wollen, lässt auf ein geringes Selbstwertgefühl schließen. Wann empfindet sich ein Mensch als minderwertig? Was löst Minderwertig-

keitskomplexe aus? Auf diese Frage werde ich in den nächsten Kapiteln auf die eine oder andere Weise eingehen.

### **1.15 Eltern mit gehörlosen Kindern und die HNO-Medizin**

Kurz etwas zur Statistik<sup>54</sup> hörbehinderter Schüler in Deutschland:

Im Jahre 2006 betrug die Anzahl der Schüler 11.167, wobei eine Differenzierung der Zahlen aus der Tabelle (siehe Fußnote) entnommen werden kann. Aus entsprechender Tabelle geht nicht hervor, wie viele gehörlose Schüler bzw. Kinder in Deutschland leben.

Pränatale und postnatale Diagnostik von Schwangeren bzw. Müttern, die bereits entbunden haben, ermöglichen heute eine frühzeitige Diagnosestellung; auch im Bereich des Hörens. Wenn bei einem Kind ein Hörschaden, im Extremfall eine prälingual erworbene Gehörlosigkeit festgestellt wird, laufen unverzüglich Frühfördermaßnahmen über örtliche Gesundheitsämter an. Diese beginnen mit weiteren medizinischen Untersuchungen am Kind, in deren Folge es zu stationären Aufnahmen kommen kann. Im Rahmen stationärer Behandlung werden bei so kleinen Kindern spezielle diagnostische Untersuchungen unter Vollnarkose durchgeführt. Nach bestätigter Diagnose kommt es zu Empfehlungen bezüglich der Förderung des Hörens im Zusammenhang mit dem Einsatz von technischen Hörhilfen. Bei einem Hörverlust von 70 Dezibel ist ein Hochleistungshörgerät eine sehr gute Wahl, um vorhandene Hörreste zu mobilisieren und eine gute Höranpassung an die Umwelt zu erreichen; was in Einzelfällen eine progressive Sprachentwicklung bedingen könnte. Ärzte und Kliniken raten immer häufiger zu einem Cochlea-Implantat (engl. cochlear implant, CI = eine Hörprothese für Gehörlose, deren Hörnerv noch funktioniert)<sup>55</sup>; schon bei einem Hörverlust von 70 Dezibel. Trotz Implantat werden betreffende Kinder hörgeschädigt bleiben.

Aus dem Grund brauchen Eltern oder andere Sorgeberechtigte eine kompetente und allumfassende Beratung. Weitere Informationen und pragmatische Ver-

---

<sup>54</sup> Vgl. <http://www.kmk.org/statist/home.htm?schule>, verfügbar am 29.05.2009.

<sup>55</sup> Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Cochleaimplantat>, verfügbar am 15.06.2009.

mittlungshilfen bezüglich dieses wichtigen Themas können auf der umfangreichen Webseite von Karin Kestner<sup>56</sup> eingeholt werden.

### **1.16 Gehörlosigkeit: Krise oder Ressource?**

Gehörlosigkeit kann zu Krisen führen, wenn es im Kontext mit ihr an Ressourcen mangelt. Was kann Krisen, die im Zusammenhang mit der Gehörlosigkeit stehen, verhindern helfen? Wenn gehörlose Menschen ihre Muttersprache - die Gebärdensprache - als anerkannte Sprachform in allen Lebensbereichen nutzen dürfen und mit ihrer Hilfe Impulse für eine weitere Vielfalt an Sprachformen auszulösen vermögen, kann dies nur als Bereicherung von bereits Bestehendem gesehen werden. Multikulturelle Vielfalt kann innerseelische Vielfalt hervorbringen, vorausgesetzt - dass hörende Menschen Interesse, Toleranz und Offenheit für diese spezielle Andersartigkeit entwickeln und aufbringen können. In hohem Maße können gehörlose Menschen unter o. g. Bedingungen am gesellschaftlichen Leben teilhaben, was zu einer Gleichberechtigung mit anderen Subgruppen beiträgt sowie Krisen zu minimieren vermag. Gehörlosigkeit als Zustand kann Trost, Stille, Inseln der Ruhe, Rückbesinnung, eine ausgeprägte visuelle und emotionale Sensibilität, reiche Phantasiewelt der visuellen Bilder, hohes Konzentrationsvermögen und vieles mehr an Quellen von Ressourcen bieten.

#### **Fazit**

Zusammengefasst lässt sich der Aspekt Gehörlosigkeit aus der Sicht der Medizin, Linguistik, Pädagogik, Sozialarbeit, Politik, Entwicklungspsychologie, Ethik, Kommunikations- und Interaktionsbesonderheiten als eine Form sprachlicher Subkultur betrachten. Jedes einzelne Betrachtungsfeld bietet Ansatzpunkte, sich auf Ursachen und Folgen einer Andersartigkeit zu beziehen und diese in einen schlüssigen Kontext einzubinden. Die Gehörlosigkeit an sich bezeichnet einen Sinnesausfall, der zu einer besonderen Sprachform, der Gebärdensprache führen kann. In Abhängigkeit von der primären und sekundären Sozialisation des gehörlosen Menschen verläuft die kommunikative Anpassung an die hörende Welt auf sehr individuelle Weise. Die ausschließliche Anwendung der

---

<sup>56</sup> Vgl. <http://www.kestner.de/n/elternhilfe/berichte/ende-mit-schrecken.htm>, verfügbar am 05.05.2009.

Gebärdensprache als Hauptsprachform führt zu einer subkulturellen Minderheitszugehörigkeit – den Gebärdensprachlern. Für eine Zugehörigkeit zu dieser Subkultur stellt der Fakt Gehörlosigkeit keine zwingend notwendige Voraussetzung dar. Die Subgruppe selbst versteht sich nicht als Behindertengruppe, sondern als eigenständige sprachlich-kulturelle Gemeinschaft, als gebärdensprachliche Minorität. Die Zugehörigkeit zu Behindertenorganisationen und zur Behindertenpolitik wird jedoch nicht abgelehnt, um unter deren Dach zu einer echten Anerkennung als Minderheitengruppe mit eigener Daseinsberechtigung zu kommen. Sie begründen ihr Vorgehen mit der Übereinstimmung gemeinsamer Zielstellungen der Behindertenorganisationen und Behindertenpolitik, welche die Antidiskriminierung und Abbau von Barrieren im gesellschaftlichen Bereich weiter vorantreiben wollen.

## **2 Aktuelle Lebenssituation gehörloser Menschen in der BRD**

Bezüglich der gegenwärtigen Lebenssituation gehörloser Menschen in der BRD gäbe es eine ganze Bandbreite an hochinteressanten Brennpunkten aufzuzeigen, bei denen sich Beteiligte betreffender Aktivitäten an der Ausgestaltung des gesellschaftlichen Lebens gehörloser Menschen einbringen. Auch hier kann ich nur Bezug auf relevante Schwerpunkte nehmen, um mich nachfolgend auf Aspekte der Traumatisierung, Pathologisierung und Hilfen für traumatisierte Menschen, insbesondere gehörlose Menschen, konzentrieren zu können.

### **2.1 Relevante Meilensteine in der Entwicklung gehörloser Menschen und Ausgangspunkte für Forschungsthemen der Wissenschaft**

Zur historischen Entwicklung der Gehörlosen gäbe es sehr viel zu berichten. Entsprechende Abhandlungen würden lange Seiten füllen. Zur Thematik ist eine Vielzahl von Literatur, Filme, Berichte auffindbar. Hochinteressante Seminare, gehalten von gehörlosen Historikern, zeigen eine lohnende Alternative zur Literatur auf. Die Geschichte der Gehörlosen fängt an mit dem Begriff Taubheit und der christlichen Darstellung, dass taube Menschen nicht als vollwertige Menschen eingestuft werden könnten, da sie der Sprache nicht mächtig seien. Das Unterscheidungskriterium eines Tieres vom Menschen sei seine Unfähigkeit zu sprechen. So schlussfolgerte die Kirche, dass fehlende Sprache zu Un-

gläubigkeit führen müsse. Um mehr über historische Daten zur Geschichte der Gehörlosen<sup>57</sup> zu erfahren, recherchierte ich im Internet und wurde fündig:

Frühe wissenschaftliche Fragen im Zusammenhang mit der Gehörlosigkeit richteten sich auf den Sinnesausfall des Gehörs und der Sprache. Man wollte wissen, ob dies mit krankhaften Störungen oder Fehlen der Sinnesorgane zu tun habe. Fehlendes Sprachvermögen wurde mit kognitiven Störungen assoziiert, da die Verhaltensmuster stummer Menschen an die Grenzen von Wahnsinn stießen. Römer stellten sich bereits zu Zeiten des römischen Reiches die Frage, ob Taubstummheit als Krankheit oder Mangel zu verstehen sei.

Bei den Griechen entwickelte sich die Wissenschaft der Akustik. Trotz der engen Verknüpfung von Akustik und Musik ließen Wissenschaftler den Gedanken einer Verbindung zur Taubheit nicht aufkommen.

Etwa Mitte des 15. Jahrhunderts beschrieb man die wahrgenommenen Stimmen der tauben Menschen und fing an, die Nervenfunktionen zu beobachten. Mitte bis Ende des 15. Jahrhunderts kam man darauf, dass sowohl organische Ursachen für Nervenstörungen als auch davon unabhängige Ursache-Wirkungs-Muster als Ausgangsfaktoren für Hörstörungen in Frage kämen. Man nahm an, dass der Ausfall des Hörsinns allein auf eine Schädigung des Hörnervs zurück zu führen sei. Aufgrund dieses Umstandes ging man davon aus, dass das Sprechen nicht erlernt werden könnte; dieser führte zu praktischen Erwägungen. Man versuchte, die Hörstörung als solche zu heilen und das Innenohr wurde zum Gegenstand der medizinischen Behandlung. Sprechorgane wurden noch radikaleren Behandlungsmethoden unterzogen; z.B. durchschnitt man das Zungenband. Ebenso beobachtete man die 'Heilkraft' traumatischer Schocks, wo stumme Menschen nach einem traumatischen Erlebnis wieder sprechen konnten. Unter diesen Umständen erschienen in der damaligen Zeit gehörlose Menschen als Geisteskranke; sie seien blinden Menschen intellektuell unterlegen.

Im 16. und 17. Jahrhundert wurden Gehörlose vorwiegend aus pädagogischer Sicht erfasst, beschrieben und gefördert. Sowohl humanistische als auch religiöse Motive spielten eine Rolle. Die Wissenschaft beschäftigte sich zu diesem Zeitpunkt mit klar nachvollziehbaren Modellen. Die Medizin interessierte sich mehr für Darstellungen des menschlichen Körpers und pragmatische Behand-

---

<sup>57</sup> Vgl. [http://de.wikipedia.org/wiki/Geschichte\\_der\\_Geh%C3%B6rlosen](http://de.wikipedia.org/wiki/Geschichte_der_Geh%C3%B6rlosen), verfügbar am 15.06.2009.

lungsformen als für die Beobachtung und Beschreibung der Symptome. Dennoch blieb die Kombination Taubheit und Stummheit ein Reizthema für die Wissenschaft, welches zu spekulativen Vermutungen führte. Die Vermutungen richteten sich nun auf die Nervenverbindungen, die für das Hören und Sprechen zuständig sind und eine wesentliche Rolle spielen sollten. Eine gestörte Nervenverbindung hätte demnach einen dualen Sinnesausfall zur Folge.

Das 18. und 19. Jahrhundert war vom Mailänder Kongress geprägt, auf dem sich zwei Gehörlosenpädagogen einen Meinungsstreit lieferten. Dieser hält bis zur heutigen Zeit in unterschiedlicher Ausprägung und in speziellen Bereichen (z. B. im medizinischen, stellenweise im pädagogischen Bereich) an.

Es ging um die einseitig lautsprachliche, respektive orale Erziehung sowie um die Anwendung der Gebärdensprache in allen Lebensbereichen; danach wurde die orale Methode bis zur zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts propagiert. Erst von diesem Zeitpunkt an gelang es zwei Linguisten (einem Europäer und einem Amerikaner), die Vollwertigkeit der Gebärdensprache aus wissenschaftlicher Sicht zu belegen. Dieser Schritt sandte weltweite Impulse aus, die linguistische Erforschung von Gebärdensprache weiter zu verfolgen.

Ende des 20. Jahrhunderts führte die globale, insbesondere technische Entwicklung zu einer enormen Zunahme von technologischen Neuheiten auf dem Markt, darunter auch High-Technologie, die u. a. gehörlosen Menschen den Zugang zu effektiven Kommunikationskanälen bahnten. Angefangen hatte dies mit Schreibtelefonen in den 70-er Jahren; heute besteht die Möglichkeit, per SMS oder Mailkontakt über Internet weltweite Kommunikation herbeizuführen und zu halten.<sup>58</sup> Neuere in der BRD durchgeführte abgeschlossene bzw. noch laufende Forschungsprojekte beschäftigten und beschäftigen sich u. a. mit folgenden Themen:

- Gewalt an gehörlosen Mädchen und Jungen,
- Konstruktion und Evaluation eines präventiven Eltern-Kind-Trainings für gehörlose Eltern mit hörenden Kindern
- gehörlose Frauen
- Linguistik
- medizinische Benachteiligung gehörloser Menschen

---

<sup>58</sup> Vgl. [http://de.wikipedia.org/wiki/Geschichte\\_der\\_Geh%C3%B6rlosen](http://de.wikipedia.org/wiki/Geschichte_der_Geh%C3%B6rlosen), verfügbar am 26.04.2009.

- Didaktik und Methodik des integrativen Unterrichts mit hörgeschädigten Schülern
- Entwicklung eines Beratungsleitfadens für Familien mit auffällig gewordenen Säuglingen ( Auffälligkeiten beim Hörscreening)
- Cochleaimplantierte Kinder gehörloser bzw. hochgradig hörgeschädigter Eltern
- Sprachentwicklung hörender Kinder hörgeschädigter und gehörloser Eltern
- schulische Integration hörgeschädigter Kinder und Jugendlicher
- Berufszufriedenheit hörgeschädigter Erwachsener in den ersten Berufsjahren nach einer Ausbildung in der freien Wirtschaft
- Behandlungsmethoden bei psychischen Störungen
- Reproduktionsmedizin u. a.

Deutsche Forschungsprojekte können im Internet oder von bundesdeutschen Universitäten, Hochschulen und Instituten abgefragt werden.

### **3 Pädagogische Einflüsse**

#### **3.1 Pädagogische Einflüsse auf Eltern gehörloser Kinder und Jugendlicher sowie gehörlose Kinder und Jugendliche**

Die Entwicklungspsychologie zeigt auf, dass pädagogische Maßnahmen einen nicht unwesentlichen Einfluss auf eine förderliche bzw. ungünstige Entwicklung eines Menschen haben. Wenn Eltern gehörloser Kinder und Jugendlicher nahe gelegt wird, nur 'gesunde' Kinder seien ein gesellschaftlich erstrebenswertes Ideal, muss damit gerechnet werden, dass diese Kinder 'ungesund' aufwachsen. Ich möchte noch einmal auf folgenden Schwerpunkt eingehen: Dem überwiegenden Bestreben der Medizin und Rehabilitationspädagogik, Eltern gehörloser Neugeborener und älterer gehörloser Kinder überzeugen zu wollen, dass eine Cochlea-Implantation für alle Beteiligten 'die' Lösung ihrer Probleme sei. Nach einer solchen Operation wird der Schwerpunkt der Erziehung auf den Erwerb von Lautsprache gerichtet und das Erlernen der Gebärdensprache als Hindernis für einen effektiven Erwerb von Lautsprache dargestellt. Die darauf aufbauende Anpassung des gehörlosen Kindes an die hörende Gemeinschaft



stellt für deren Eltern eine schwer erträgliche Belastungssituation dar; sie ist von intensiven Sprachübungen und einer hohen Disziplin geprägt. Die nach wie vor vorhandene Organminderwertigkeit des Kindes kann auf das elterliche Empfinden übertragen werden. Ein behindertes Kind zu haben, kann zu einer narzisstischen Kränkung dieser Eltern führen, zumal in unserer Gesellschaft noch keine echte Akzeptanz in Bezug auf Andersartigkeit besteht. Den Bedürfnissen des Kindes nachzukommen, würde bedeuten, sich mit diesen auseinander zu setzen und ließe eine unvoreingenommene Beratung bezüglich ihrer Situation erwarten. Das Bildungsangebot an Gehörlosenschulen befriedigt nicht mehr; schulische Integration kann noch keine bedarfsgerechte Förderung gehörloser Kinder bieten. Im schulischen Freizeitbereich fühlen sich gehörlose Kinder an Regelschulen nach wie vor an den Rand gedrängt, wobei gerade auch in der offenen Kinder- und Jugendarbeit zwangloses Kommunizieren Voraussetzung für eine gleichberechtigte Teilhabe in einer Gruppe ist. Es besteht die Notwendigkeit, alternative Lösungen zu finden, indem z. B. der noch kleine Kreis der hörgeschädigten Pädagogen an Regelschulen keine Ausnahme mehr darstellen sollte oder die Gebärdensprache als Amtssprache allen Schulen zugänglich gemacht wird. Gleichzeitig bedeutet dies, dass angehende Pädagogen im Curriculum ihrer Ausbildung das Fach 'Gebärdensprache' vorfinden würden. Trotz aller technischen Hilfen und optimaler Frühförderung wird das Kind gehörlos bleiben. Das heißt, zusätzlich wäre ein Augenmerk auf das Zurechtkommen des gehörlosen Kindes außerhalb von Schutz- und Schonräumen zu richten; es sind Bedingungen im gesellschaftlichen Rahmen zu schaffen, die eine bilinguale Erziehung ermöglichen, respektive gehörlosenfremdlich sind. Ein Versagen kommunikativer Kompetenz gehörloser Kinder und Jugendlicher außerhalb des Schonraums kann zu Identitätskonflikten führen. Unabhängig davon, wie die Entscheidung der Eltern ausfällt, brauchen diese eine umfassende Beratung, um alle bio-psycho-sozialen Aspekte sowie Einbindung in systemische Bedingungsgefüge berücksichtigen zu können. Sehr wichtig ist es, den Eltern eine Vielfalt an Alternativen aufzuzeigen, um ganzheitliche Sichtweisen erfahren und positive Perspektiven visualisieren zu können. Der Bereich der Hörgeschädigtenpädagogik beinhaltet noch ein weites Feld an Möglichkeiten der Ressourcenfindung und deren Ausschöpfung. Dies fängt bei der Wahrnehmung aktuell bestehender rechtlicher Instrumente, der praktischen Umsetzung im Einzelfall an und setzt sich beim Einsatz von tragfähigen Strategien des Empowerments

fort. Hierbei geht es um eine reale Partizipation und um das Ausloten aller vorhandener Ressourcen.

### **3.2 Individuelle und strukturelle Gewalt gegen gehörlose Kinder und Jugendliche**

Wie auch bei hörenden Kindern und Jugendlichen ist davon auszugehen, dass gehörlose Kinder und Jugendliche von struktureller sowie individueller Gewalt betroffen sind. Gewalt kann sprachlos machen, kann zum Schweigen verdammen, indem nur das gesagt wird, was ungefährlich erscheint. Gehörlose Kinder und Jugendliche finden selten Begriffe für das, was außerhalb ihres Gebärdenwortschatzes geschieht. Um ein Geschehen beschreiben zu können, muss eine bildhafte Vorstellung gegeben sein. Wie stellt sich ein gehörloses Kind z. B. sexuelle Gewalt vor? Als etwas Allgemeingültiges oder als etwas außer der Norm Bestehendes? Hörende Kinder können zusätzlich auf beiläufige oder direkte Art akustische Informationen über Medien oder Gespräche aufnehmen. Dieser Fakt soll keinen Vergleich in Bezug auf mehr oder weniger Betroffenheit implizieren, sondern aufzeigen, dass gehörlose Kinder unter Umständen weniger Informationen über betreffendes Thema erhalten bzw. von sich geben können. TäterInnen könnten eben diesen Umstand für sich ausnutzen.

Meine Versuche, Angaben zur Prävalenz bezüglich dieses Themas herauszufinden, waren nicht allzu erfolgreich.

Walther<sup>59</sup> merkte an, dass es 2001 noch keine Forschungsstudie im deutschsprachigen Raum über das reale Ausmaß sexueller Gewalt an hörgeschädigten Kindern und Jugendlichen gab. Gespräche mit MitarbeiterInnen aus dem Bereich der Hörgeschädigtenarbeit erzielten jedoch folgende Ergebnisse:

Sexuelle Gewalt gegen Hörgeschädigte stellen keine Ausnahmen, sondern eher ein Problem von erheblicher Bedeutung dar. Bekannte Vorkommnisse dürften nur die Spitze eines Eisberges sein.

Dietzel<sup>60</sup> bietet folgende Daten zur Prävalenz: *„Die Zahl der hörgeschädigten Kinder und Jugendlichen, die Opfer sexueller Übergriffe durch ältere oder gleichaltrige MitschülerInnen werden, ist beträchtlich, das genaue Ausmaß liegt jedoch im Dunkeln.“*

---

<sup>59</sup> Von Walther 2001 S. 40

<sup>60</sup> Dietzel 2007, S. 21

Gerken<sup>61</sup>: Von 1240 befragten Frauen wurden 118 gehörlose Frauen in jungen Jahren als Kind, Mädchen oder junge Frau missbraucht oder vergewaltigt.

222 Frauen hatten keine Angaben zum Thema gemacht. Auffällig war, dass viele dieser Frauen im Fragebogen fast alle Fragen beantworteten, sogar zusätzliche Anmerkungen kamen vor. Nur an relevanter Stelle wurden keine Angaben gemacht. Dies ließ vermuten, dass ein großer Teil mit hoher Wahrscheinlichkeit auch Erfahrungen mit Missbrauch oder Vergewaltigung hat. Existierten keine Erfahrungen, hätten befragte Frauen konsequent mit „nein“ antworten können.

Zu Ergebnissen der Studie in einer Schulklasse gehörloser Kinder von Sullivan/Vernon/Scalan (1987): 50 % der befragten SchülerInnen gaben sexuelle Missbrauchserfahrungen an. In einer zweiten Studie o. g. Forscherteams mit 150 SchülerInnen lag der Anteil der Missbrauchsoffer noch höher: *"75 % der gehörlosen Mädchen und Jungen berichteten von sexuellen Gewalterfahrungen, davon 19 % über innerfamilialen sexuellen Missbrauch (zit. n. Becker 1995: 45 f.)"*.<sup>62</sup>

Weitere Autoren unterschiedlicher Literaturquellen gingen ebenfalls von einer hohen Dunkelziffer aus.

TäterInnen: Familiärer Nahraum; hauptsächlich von Vätern, deren Freunde, Kollegen bzw. weiteren Männern, die das Kind kontaktierten. Der Kreis der Täter schließt Frauen mit ein.

In Frage kamen laut Untersuchungen des Landes Schleswig-Holstein mit Verweis auf Studien von Sobsey (1988), Hewitt (1989) und Sullivan (1987)<sup>63</sup> aber auch Mitarbeiter der Einrichtungen für Hörgeschädigte.

Konsequenzen und Zielstellungen: Es soll eine bundesweite Aufklärung der breiten Öffentlichkeit innerhalb der Hörgeschädigtenpädagogik als auch innerhalb der Anti-Gewalt-Projekte (mit geeigneten Kommunikationsformen) angestrebt werden. Weiterhin sollen spezielle Kontakt- und Anlaufstellen geschaffen bzw. gebärdensprachkompetentes Fachpersonal in Beratungseinrichtungen für Gewaltbetroffene eingesetzt werden.

---

<sup>61</sup> Gerken 1995, S. 29

<sup>62</sup> Von Weiler, Enders 2003, S. 127-128

<sup>63</sup> Vgl. Bericht LG SH 2001, S. 23

### **3.3 Hilfen für Eltern mit gehörlosen Kindern und Jugendlichen**

Hilfen für Eltern mit gehörlosen Kindern und Jugendlichen, aber auch Informationen für hörgeschädigte Kinder und Jugendliche können vom Portal der Internetseite ‚Taubenschlag‘<sup>64</sup>, ein Internetpodium für Hörgeschädigte, von allen Interessenten abgerufen werden. Ich weise wiederholt auf die Webseite von Frau Kestner<sup>65</sup> hin, welche wertvolle Links für die genannte Zielgruppe bereitstellt. Beim Signum Verlag Hamburg<sup>66</sup> oder Verlag Hörgeschädigter Kinder<sup>67</sup> findet man eine große Vielfalt an Fachliteratur, aber auch Selbsthilfebücher vor.

### **3.4 Traumapädagogik – psychosoziales Arbeitsfeld für Sozialarbeiter / Sozialpädagogen**

Traumapädagogik beschäftigt sich mit der pädagogischen und beraterischen Umsetzung neuerer Erkenntnisse der Psychotraumatologie. Sie hat stabilisierende Wirkung und unterstützt die Traumatherapie. Benannte Fachdisziplin wurde von Fachleuten aus der praktischen Arbeit heraus entwickelt und besteht erst seit einigen Jahren.

Der Bedarf an dementsprechender Spezialisierung oder Weiterbildung von Fachkräften über die Vermittlung von geeigneten Hilfemaßnahmen für traumatisierte Kinder und Jugendliche, aber auch traumatisierte Erwachsene, ist sehr hoch. Das Konzept der Beratung und Unterstützung zur selbständigen Alltagsbewältigung bei posttraumatischen Störungsbildern nach dem Modell der ‚Traumazentrierten Fachberatung und -pädagogik (TZFBP)‘<sup>68</sup>, ist seit 2006 von der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie anerkannt.

Es füllt eine bis dahin offene Lücke in der Versorgungslandschaft für betroffene Menschen, zumal die pädagogische und beraterische Begleitung dieser in fast allen sozialpädagogischen Handlungsfeldern erforderlich ist.

Indirekt nehme ich auf inhaltliche Aspekte dieses Angebotes in den Kapiteln 7.5 und 8 Bezug.

---

<sup>64</sup> <http://www.taubenschlag.de/deaf-life>, verfügbar am 05.05.2009.

<sup>65</sup> Vgl. <http://www.kestner.de/n/elternhilfe/elternhilfe-einfuehrung.htm>, verfügbar am 05.05.2009.

<sup>66</sup> Vgl. <http://www.signum-verlag.de/buecher.html>, verfügbar am 05.05.2009.

<sup>67</sup> Vgl. <http://www.verlag-hk.de/>, verfügbar am 05.05.2009.

<sup>68</sup> <http://www.trauma-paedagogik.de/Konzept%20TZFBP%20Profis.pdf>, verfügbar am 30.06.2009.

## 4 Zur Gender – Frage

### 4.1 Zur Lage gehörloser Frauen

Gerken<sup>69</sup> ging 1995 von 80.000 in der BRD lebenden gehörlosen Menschen aus; hiervon sind 36.000 als Mitglied im Deutschen Gehörlosen-Bund registriert. Davon sind wiederum ca. 16.000 Frauen (44,4%). Zählt man die Frauen, welche nicht in Verbänden organisiert sind, mit dazu, kommt man schon auf mehr als 16.000 gehörlose Frauen.

Gehörlose Frauen unterliegen einer Dreifach-Marginalisierung. Das heißt, einem Prozess, in dem Teile der Gesellschaft zu Randgruppen werden. Sie sind weiblichen Geschlechts, gehörlos und sind zusätzlich zur allgemeinen Diskriminierung von Frauen im Bereich der Kommunikation und Interaktion vielfältigen Benachteiligungen unterworfen. Kommunikationsbarrieren verhindern nach wie vor in hohem Maße den freien Zugang in entwicklungsfördernde Sozialisationsräume. Aufgrund dieses Mangels erfahren gehörlose Frauen Informations- und Aufklärungsdefizite. Sie empfinden sich selten als gehörlose Frau, vielmehr betrachten diese sich in ihrer Selbstwahrnehmung entweder als Frau oder als Gehörlose. Emanzipierte Weiblichkeit kann sich nur entfalten, wenn grundlegende Sozialisationsbedingungen gegeben sind, die auf der Grundlage der Gender-Mainstreaming-Forschung<sup>70</sup> beruhen. Selbst hörende Frauen haben in Deutschland noch keine echte Gleichstellung zum männlichen Geschlecht erreichen können, um als Beispiel die ungleiche Entlohnung bei gleicher Qualifikation und Tätigkeit zu ungunsten der Frau anzuführen. Gehörlose Mädchen werden im Zusammenhang mit elterlichen Empfindungen (z. B. Sorge und Schuldgefühle) ein gehörloses zu Kind haben, überproportional häufig einer überprotektiven Erziehung ausgesetzt. Solche und traditionell überlieferte Rollenmuster lassen das Mädchen die Erfahrung machen, sich erlernter Hilflosigkeit hingeben zu müssen. Gehörlose Frauen gehören noch der Generation oraler Erziehung an, was einmal mehr zu Abhängigkeitsverhalten von Bezugspersonen führt. Diese wird mit hohen Dienstleistungsaufgaben zu kompensieren versucht (betrifft u. U. ebenso hörende Frauen). Das Dienen wurde und wird häufig noch immer als Lebensaufgabe verstanden und oftmals zur primären

---

<sup>69</sup> Vgl. Gerken 1995, S.1

<sup>70</sup> [http://www.innovation.nrw.de/hochschulen\\_und\\_forschung/service\\_fuer\\_hochschulen/gen\\_der\\_mainstreaming/index.phpm](http://www.innovation.nrw.de/hochschulen_und_forschung/service_fuer_hochschulen/gen_der_mainstreaming/index.phpm), verfügbar am 30.06.2009.

Daseinsform, zumal der Zugang zu Bildung und gut bezahlter Arbeit äußerst schwierig ist. Nur wenige gehörlose Frauen erreichen die Hochschulreife. Ausbildungsberufe für gehörlose Frauen sind vorhanden; überwiegend im Dienstleistungsbereich. Eine derartige Lage führt zu geringerer ökonomischer Sicherheit und Autonomie. Betreffende Tatsache lässt sie mit hoher Wahrscheinlichkeit einen ebenfalls hörgeschädigten Ernährer suchen, eine Familie gründen und sich dem Dienen innerhalb ihres Familiensystems widmen. Entsprechende Rollenverteilung weist dem Ehemann oder Partner, aber auch den Kindern eine machtvolle Position zu, die oftmals auch genutzt bzw. ausgenutzt wird. Fehlt der zusätzliche Verdienst des Mannes, geraten gehörlose Frauen häufig in anhaltend soziale Notlagen, da im Alter als Folge einer zu geringen Rentenzahlung keine Besserung zu erwarten ist. Dies löst weitere Kettenreaktionen wie Gewalt, Krankheit, Armut, Sucht und Ausweglosigkeit aus. Irgendwann tritt Resignation ein, psychische Störungen sind häufig zu beobachten. Der Zugang zu Bildung ist aktuell besser gewährleistet, jedoch setzt die Inanspruchnahme von Förderung ein stabiles Identitätsbewusstsein voraus; Mut, Kraft sowie Willen, alte Schemata verlassen zu wollen. Noch immer sind nur äußerst wenige gehörlose Frauen in der Frauenbewegung bzw. in der Politik aktiv tätig.

Andersgeschlechtlich orientierte Frauen haben selten eine gehörlose gleichgeschlechtliche Partnerin, weil sie einer weiteren Stigmatisierung - diesmal in der Gehörlosengemeinschaft - aus dem Weg gehen wollen und zu ihrem Schutz oft auch müssen. In dieser kleinen Gruppe von lesbischen Frauen gibt es jedoch schon Emanzipationsbestrebungen, indem sie Selbsthilfe- oder Lesbengruppen gründeten. Die frauenspezifische Versorgung im Gesundheitsbereich hat sich seit der Anerkennung der Gebärdensprache nur geringfügig verbessert, da reine Sprachübermittlung nicht die spezielle inhaltliche Tiefe bezüglich der Sachlage aufzugreifen vermag. Auch kann eine hörende Frau externe Beratungshilfen oder spezielle Beratungsstellen bzw. Einrichtungen wie 'Pro familia', 'Wildwasser e.V.', Frauenhaus, Frauenbegegnungsstätten, Lebensberatungsstellen für Frauen, Erziehungsangebote, Kindergruppen u. a. auf weniger komplizierte Weise aufsuchen. Aktuell bemüht sich der Deutsche Gehörlosen-Bund um eine stärkere Einbeziehung gehörloser Frauen in die flächendeckende Verbandsarbeit. Es bleibt spannend zu erleben, wie und ob gehörlose Frauen auf das erneuerte Angebot eingehen, um dazu beizutragen, dass ihre weiblichen Rollen-

bilder unter der Prämisse Gehörlosigkeit plus deren Folgen stärker auf gleichberechtigte Anforderungen ausgerichtet werden.

## 4.2 Zur Lage gehörloser Männer

Im Gegensatz zur Situation gehörloser Frauen waren keine expliziten Untersuchungen zur Situation gehörloser Männer und daraus resultierende aktuelle Ergebnisse abrufbar. Die letzte Untersuchung wurde von Garten<sup>71</sup> durchgeführt und entspricht nicht mehr der heutigen sozioökonomischen Lage gehörloser Männer in der Arbeitswelt. Ich habe daher die Absicht, mich auf mögliche Resultate der frühen Entwicklungsphasen gehörloser Jungen zu beziehen, um daraus einige Angaben zur Situation gehörloser Männer abzuleiten. Es ist zu betonen, dass nicht nur die Gehörlosigkeit als Sinnesmangel, Kommunikationsproblematik, primärer und sekundärer Sozialisationsverlauf (besonders die Einstellung der Eltern zur Gehörlosigkeit des Jungen), Bildung, Arbeit u. a., sondern auch die gesellschaftliche Geschlechterdefinierung und das daraus resultierende Rollenverständnis Berücksichtigung finden müssen. Gehörlose Männer im Erwachsenenalter wuchsen noch in einem vorwiegend patriarchalisch geprägten Umfeld auf. Gehörlose Kinder sind aufgrund ihres akustischen Sinnesausfalls überwiegend auf visuelle Eindrücke fixiert, wobei vermutlich eine derartige Fokussierung zu einer aversiven Nachahmung von Autoritätspersonen führen kann. Hierfür gibt es keine eindeutige empirische Belegbarkeit. Ich habe jedoch im Rahmen meiner Beratungstätigkeit immer wieder feststellen können, dass Söhne wie auch Töchter das Verhalten der gleichgeschlechtlichen Person, unabhängig von Elternfiguren, überproportional häufig als Rollenvorbild für ihr eigenes Verhalten übernahmen. Diese Erkenntnis stammt aus rekonstruktiver Biografiearbeit mit meinen KlientInnen. Daraus ableitend lässt sich schlussfolgern, dass eine größere Vielfalt an Rollenvorbildern in der primären und sekundären Sozialisationsphase zu differenzierterer Rollenwahl führen könnte.

Gerkens<sup>72</sup> konnte anhand ihrer bundesweiten Untersuchung zu gehörlosen Frauen feststellen, dass von bundesweit 1240 befragten gehörlosen Frauen 1014 Frauen in einer Partnerschaft lebten. Davon hatten 745 Frauen einen gehörlosen Partner, 169 Frauen einen schwerhörigen Partner und 71 Frauen einen hörenden Partner. 29 Frauen machten hierzu keine Angaben. Zur Schei-

---

<sup>71</sup> Garten 1981, S. 121

<sup>72</sup> Gerkens 1995, S. 23

dungsquote: 898 Frauen hatten bereits eine Scheidung hinter sich. Die Scheidungsquote war bei Frauen mit einem hörenden Partner mit 18 % am höchsten. Die Zahlen belegen, dass gehörlose Männer überwiegend gehörlose Frauen als Partnerin wählen. Betrachten wir die Lebenssituation gehörloser Frauen (Punkt 4.1), insbesondere ihre psychosoziale Entwicklung im Kontext mit gesellschaftlichen, soziokulturellen, partnerschaftlichen und familiären Anpassungs- und Unterordnungstendenzen, kann von einer gewissen individuellen, aber auch gesellschaftsrelevanten Dominanz gehörloser Männer ausgegangen werden. Diese schließt ein entsprechendes Verhalten gegenüber gehörlosen Frauen mit ein. Ein ungleiches Rollenverständnis zwischen den Geschlechtern deutet auf ein ungleiches Machtverhältnis hin. Es gibt jedoch die Ausnahme von der Regel, wonach gehörlose Frauen im privaten Bereich eine dominante Stellung innehaben. Deren Männer dagegen agieren ihre dominante Rolle im Berufsleben, in der Freizeit oder hauptsächlich in der Verbandsarbeit aus. In Fällen, wo sich gehörlose Männer in hohem Maße in der Verbandsarbeit engagieren und sehr viel Lebensvitalität in diesen Bereich investieren, bleibt der Privatbereich von Dominanz relativ verschont. Entsprechende Kompensation wird häufig mit gesellschaftlicher Anerkennung belohnt. Erneut möchte ich auf meine Erfahrungen aus der Beratungstätigkeit zurückgreifen. Ob ich männliche oder weibliche KlientInnen beriet, fast immer kamen wir früher oder später auf Partnerschaftskonflikte zu sprechen, wobei der männliche Tenor in etwa dahin ging: *'Ich verstehe meine Frau nicht, sie hört nicht auf mich!'*

Meine Beobachtungen zeigen auf, dass es verstärkte Polaritäten im Verhalten von Männern gibt, was sich in zwei Extremen widerspiegelt: Das eine Extrem drückte sich im selbstschädigendem Verhalten gehörloser Männern wie Suchtmittelmissbrauch, Selbstverletzungen, Unfällen, problematischem Verhalten im Straßenverkehr, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz oder in gewalttätigen Handlungen gegenüber Gegenständen, anderen Menschen bzw. auch Tieren aus. Andererseits kamen gehörlose Männer zu mir, welche den Eindruck vermittelten, alles im ‚Griff‘ und damit keine Unterstützung von anderen Menschen nötig zu haben. Diesen fiel es außerordentlich schwer, trotz ersichtlicher gesundheitlicher oder sozialer Probleme, Hilfe zu erbitten bzw. anzunehmen. Von mehreren gehörlosen Männern wurde immer mal wieder ihre Internatszeit angesprochen. Häufig brachten sie diese mit sexualisierten Begebenheiten in Verbindung. Sie sprachen davon, dass es sehr ‚schön‘ gewesen sei, auf so un-



komplizierte Weise zu sexueller Aufklärung und Kontaktierung gelangt zu sein. Sie berichteten von sexuellen Begegnungen mit gleichaltrigen oder jüngeren MitschülerInnen, ohne dass ErzieherInnen eingeschritten wären. Die Berichte wurden von Gefühlsausdrücken wie Stolz, Befriedigung, aber auch Bedauern begleitet. Das Bedauern bezog sich auf die Vergänglichkeit der aus ihrer Perspektive als schön empfundene Erlebnisse. Auf meine Fragen hin, wie sich die gehörlosen Mädchen verhalten hätten, kam öfters die Antwort: „*Na, die haben mich gereizt, wollten es doch auch!*“. Die Stimmung sei aber umgeschlagen, als aus Spaß purer Ernst wurde. Sie hätten versucht, sich zu wehren – jedoch das Abwehrverhalten aufgegeben: „*Die hatten doch vor allem Angst, sagten nichts!*“ Männliche und weibliche KlientInnen berichteten von Erziehungspraktiken, wie z. B. Kontrollen durch ErzieherInnen, Geschlechtsorgane auch noch nach dem 12. Lebensjahr auf Sauberkeit hin zu inspizieren.

In Dietzels<sup>73</sup> Erhebung, welche sich mit sexuellen Übergriffen hörgeschädigter Jugendlicher befasst, fand ich folgende bemerkenswerte Aussage vor: „*Sexuelle Übergriffe im Jugendalter werden vor allem von Jungen begangen. Opfer ihres Verhaltens können sowohl Jungen als auch Mädchen sein, wobei das Geschlecht des Opfers mehrheitlich nicht mit der sexuellen Orientierung des Täters übereinstimmt (Miranda et al, 2001).*“<sup>74</sup>

Berke<sup>75</sup> weist auf ihrer Homepage [deafness.about.com](http://deafness.about.com) auf Untersuchungen zur Thematik hin.

Angepasste gehörlose Männer leisten im Berufsleben überwiegend sehr gute Arbeit, begründet in der Tatsache, dass sie handwerklich überdurchschnittlich hohe Fertigkeiten vorweisen. In den Bereichen Sport, Technik, Medien unterscheiden sie sich von hörenden Männern so gut wie kaum. Als Väter ihrer Kinder bleiben sie zumeist Hintergrundstatisten oder aber treten als autoritäre Familienmenschen auf. Die Kinder dieser Familien wachsen häufig in geschlossenen Familiensystemen auf; eine Ablösung von den Eltern fällt ihnen schwerer als Kindern autoritativer Erziehungsstile<sup>76</sup>. Diese Beobachtungen gelten ebenso für hörende Männer. Genau wie bei hörenden Männern gibt es unter gehörlo-

---

<sup>73</sup> Vgl. Dietzel 2007, S. 21

<sup>74</sup> ebd. S. 21

<sup>75</sup> Vgl. <http://deafness.about.com/cs/educationgeneral/a/sexabuse.htm>, verfügbar am 16.06.2009.

<sup>76</sup> [http://www.lexikon-psychologie.de/Autoritativer\\_Erziehungsstil/](http://www.lexikon-psychologie.de/Autoritativer_Erziehungsstil/) verfügbar am 16.06.2009.

Autoritativer Erziehungsstil:

Erziehungsstil, der durch ein transparenzschaffendes Klima (z.B. in Bezug auf das Erklären von Regeln) und angenehmes Klima gegenüber dem Kind gekennzeichnet ist. Darüber hinaus herrscht hierin einheitliches, wenig ambivalentes Verhalten gegenüber dem Kind.

sen Männern homosexuelle Geschlechtszugehörigkeiten, die zu einer dementsprechend gleichgeschlechtlichen Lebensweise führen kann. Diese Subgruppe von Männern hat sich vorwiegend in größeren Ballungszentren organisiert, da sie sich dort weniger stigmatisiert fühlt und auf progressivere Weise einen Coming out wagen kann. Meine Beschreibungen sollen nicht den Eindruck erwecken, dass gelingende Individuation unter gehörlosen Männern eher unwahrscheinlich sei. Betreffende Darstellungen sind immer unter der Prämisse von möglichen Ursachen zu Traumatisierungen respektive Pathologisierung zu sehen.

### 4.3 Zur Lage gehörloser Paare

Auch gehörlose Paare unterliegen den Funktionsprinzipien von Paarbeziehungen, welche Willi<sup>77</sup> beschreibt, indem er vom Abgrenzungsprinzip, progressivem und regressivem Abwehrverhalten und der Gleichgewichtsbalance ausgeht. Maaz<sup>78</sup> geht noch weiter zurück. Er schreibt von der Notwendigkeit einer guten Mütterlichkeit (nährende, einfühlsame, schützende und stützende Eigenschaften), gemeint sind Mütter, primäre Bezugspersonen bzw. sekundäre Personen oder Gruppen. Unter einschränkender Mütterlichkeit versteht er einen Mangel an Präsenz, Empathie, Hingabe, Toleranz und Freiheit sowie formuliert folgende Aussage:

*„<< Falsch >> ist alles, was nicht die wirkliche Situation des Kindes hilfreich berührt.“<sup>79</sup>* Beziehungsstörungen und Paarkonflikte wären die Folge, welche auf transgenerationale Weise übertragbar sind.

Gelingende Partnerschaft unter gehörlosen Menschen setzt demzufolge (auch auf hörende Menschen zutreffend) eine gelingende Identitätsbildung und Beziehungskultur in der primären und sekundären Sozialisationsphase voraus. Ganz besonders wichtig sind die Eltern-Kind-Interaktionen und praktische Kommunikationskompetenz des gehörlosen Menschen, um eine tragfähige Beziehungsbasis aufbauen zu können. Bestimmte strukturelle Abhängigkeiten wie z. B. Arbeitsplatzbindung und Wohnort bedingen eine begrenzte Auswahl an Möglichkeiten, geeignete Partner zu finden, Partnerschaften aufzubauen und zu halten. Nach Trennungen oder Scheidungen besteht immer die Gefahr, keinen

---

<sup>77</sup> Vgl. Willi 2005, S. 15

<sup>78</sup> Vgl. Maaz 2007, S. 24

<sup>79</sup> ebd. S. 24

passenden Partner mehr zu finden und zu vereinsamen. Eine Änderung der Situation ist meist mit komplexen Änderungen im gesamten Lebensumfeld verbunden, was Mut, Optimismus, Zuversicht und eine gewisse Bereitschaft zur Flexibilität voraussetzt, aber dem hohen Sicherheitsbedürfnis gehörloser Menschen oftmals konträr gegenübersteht. Gelingende Paarbeziehung hängt weiterhin von der aktuellen Situation auf dem Arbeitsmarkt und von ökonomischen Auswirkungen ab. Arbeitslosigkeit unter gehörlosen Frauen und Männern erhöhen das Spannungsrisiko in der Partnerschaft enorm. Auffallend häufig haben gehörlose Paare mit Machtkämpfen zwischen Mann und Frau sowie Abhängigkeitsproblemen zu tun. Im Grunde genommen sind es ähnliche Gender-Fragen, welche auch hörenden Paaren zu schaffen machen. Gender-Fragen deshalb, weil ein wachsendes Selbstverständnis des abhängigeren Partners eine Neuordnung der Paarkonstellation bewirkt. Ökonomische Abhängigkeiten der Frau, insbesondere der gehörlosen Frau, fördern eine scheinprogressive Haltung der Männer, die jedoch bei Ausbalancierung der Einkommensverhältnisse zu einer gleichberechtigten Form der Paarbindung führen kann.

Freiheit zu fühlen und trotzdem Bindung zu leben, ein hoher Anspruch, der meiner Meinung nach ein Lösungsansatz für Beziehungsprobleme darstellen kann. Die Vereinsarbeit und Einbindung in das soziokulturelle Leben in den Begegnungsstätten der Gehörlosenzentren haben kompensierende Wirkung. Gäbe es diese nicht, wäre anzunehmen, dass die Rate der beratungsrelevanten Partnerschaftskonflikte um einiges höher ausfallen würde. Paar-, Familien- und Elternberatungen für gehörlose Menschen wird im Rahmen der allgemeinen sozialen Beratung angeboten, selten jedoch in Form einer expliziten Paar- oder Familienberatung bzw. Paar- oder Familientherapie.

## **5 Betrachtungen weiterer Teilbereiche**

### **5.1 Bildung und Arbeit**

Wir leben in einer Zeit knapper Ressourcen und Mittel, welche wirtschaftliche Konsequenzen für die Gesellschaft mit sich bringen, demzufolge auch für den allgemeinen wie speziellen Arbeitsmarkt. Die UN-Konvention geht davon aus, dass die Würde des Menschen nicht angetastet werden darf und alle Menschen gleich behandelt werden müssen. Das Grundrecht auf Bildung und Arbeit gehört zu dieser Prämisse.

Der Zugang zur Bildung ist im Vergleich zu hörenden Menschen um ein Vielfaches erschwert. Wer als behinderter bzw. gehörloser Mensch einen zweiten Bildungsweg einschlagen möchte, hat nach bisherigen Handhabungen u. U. seinen Rechtsanspruch auf Kommunikationshilfen verwirkt.

Arbeit zu finden und zu halten ist ein weiterer Schwerpunkt im Leben gehörloser Menschen, da hörenden Menschen im Vergleich zu diesen mehr kommunikative Handlungskompetenz und darauf aufbauendes Leistungsvermögen zugestanden wird. Vorurteile und fehlender Informationsfluss haben nach wie vor ungünstige Prognosen bezüglich einer Verwirklichung des Inklusionsgedankens im Arbeitsleben zur Folge. Aus diesen Überlegungen heraus gingen der Deutsche Gehörlosenbund e.V.<sup>80</sup> und das Netzwerk der Gehörlosen-Stadtverbände e.V.<sup>81</sup> dazu über, an der Basis die Bewusstseinsbildung anzuregen, indem Bildungsprozesse nach unten transportiert werden.

Ziel soll sein, wirksame Kampagnen einzuleiten, die auf den verschiedenen Ebenen der Gesellschaft dazu führen sollen, das Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen, wozu auch gehörlose Menschen gehören, zu schärfen. Es geht darum, Vorurteile abzubauen, schädliche Praktiken zu verhindern und die Nutzung von Ressourcen behinderter Menschen zu fördern. Weitere Informationen können über den Deutschen Gehörlosen-Bund e.V. und das Netzwerk der Gehörlosen-Stadtverbände e.V. abgerufen werden.

## **5.2 Kultur, Sport und Freizeit**

Die Gebärdensprachgemeinschaft verfügt über eine eigenständige Gehörlosenkultur, eigene Sportverbände und differenzierte Freizeitangebote in den Gehörlosenzentren, welche sich in den Ballungsräumen und deren Landeshauptstädte bzw. größeren Städten nieder gelassen haben. Das reichhaltige Potential an kulturellen Schätzen der Gehörlosenkultur wurde von vielen hörenden Menschen als Bereicherung ihrer eigenen Kultur aufgefasst und es gibt mehr und mehr Bestrebungen, diese in ein gesamtgesellschaftliches Kulturgut einfließen zu lassen. Nach wie vor bestehen Probleme beim Zugang zur Kultur hörender Menschen, wobei gehörlose Menschen immer noch in hohem Maße

---

<sup>80</sup> Vgl. <http://www.gehoerlosen-bund.de>, verfügbar am 12.05.2009.

<sup>81</sup> Vgl. <http://www.net-gest.de>, verfügbar am 12.05.2009.

auf kommunikative Barrieren stoßen, sobald es darum geht, eine Teilhabe am soziokulturellen Leben zu erwirken.

Beispielhaft könnte aufgeführt werden: Unterprädestinierte Anzahl von Unterteilungen von Sendungen im Fernsehen oder Kino, mangelnde flächendeckende Museumsführungen in Gebärdensprache, oft kein barrierefreier Zugang zu kulturellen Events, kaum gemeinsame kulturelle Projektentwicklungen und andere mehr. Dies betrifft nicht nur gehörlose Erwachsene, sondern auch gehörlose Kinder, die den Rückzug in die eigene Kultur antreten, sobald sie merken, dass die hörende Welt ihnen in vielen Bereichen wenig aufgeschlossen gegenüber zu stehen vermag.

Paare bekommen im therapeutischen Kontext öfter gesagt, dass sie etwas für ihre kreative Entfaltung tun sollten, um für den jeweils anderen interessant zu werden bzw. zu bleiben. Was tun gehörlose Menschen, die außerhalb von Ballungszentren wohnen und nicht immer gehörlosenspezifische Events besuchen können? Zunehmend ist dies auch mehr ein ökonomisches Problem geworden. Viele Fragen stehen an, neue Wege sind zu beschreiten!

### 5.3 Medien

Neuere Kommunikationsmedien wie Hochleistungshandys, Internet, Technik für die Erstellung von Präsentationen u. a. haben den Zugang zu ihresgleichen, aber auch zur hörenden Welt - und damit verbundene qualitativ empfundene Lebenszufriedenheit gehörloser Menschen - in hohem Maße verbessert.

Zwei Beispiele: [www.vibelle.de](http://www.vibelle.de)<sup>82</sup>, ein Informations- und Lernportal im Internet, das gehörlosen BerufseinsteigerInnen sowie ArbeitnehmerInnen die Möglichkeit bietet, sich selbständig in Gebärdensprache über berufsbezogene Themen informieren oder in Eigeninitiative ihre Fertigkeiten im speziellen Berufsfeld ausbauen zu können. Eine weitere Möglichkeit: <http://ledasila.uni-klu.ac.at/><sup>83</sup> kann für die Suche bestimmter Gebärdenbegriffe sowie Dokumentation und/oder Analyse von Gebärden verwendet werden. Auf behindertenrelevanten oder öffentlich-rechtlichen Portalen kann immer öfter zusätzlich zu den schriftlichen Informationen eine visuelle Gebärdensprachversion über Videopräsentation

---

<sup>82</sup> Vgl. <http://www.vibelle.de>, verfügbar am 12.05.2009.

<sup>83</sup> Vgl. <http://www.ledasila.uni-klu.ac.at/>, verfügbar am 12.05.2009.

abgerufen werden. In diesem Bereich lassen sich noch sehr viele Ressourcen erschließen, deren Auswirkungen optimistisch stimmen dürften.

#### **5.4 Alltagshilfen**

Unter Alltagshilfen für gehörlose Menschen sind kompensierende Hilfen, wie technische Hilfsmittel (z. B. Lichtwecker, Lichtsignalanlage, Faxgerät, Internet, Handy, Bildtelefon) oder personale Hilfen (z. B. Arbeitsassistenz oder Gebärdendolmetscher) zu verstehen. Technische Hilfsmittel können unter Umständen von Krankenkassen finanziert werden, Arbeitsassistenz über Integrationsämter und Gebärdensprachdolmetscher je nach Zuständigkeit der Leistungsträger. Die Bestellung von Gebärdensprachdolmetschern erfolgt durch den Auftraggeber, indem er z. B. Landesdolmetscherzentralen<sup>84</sup> mit dem Auftrag betraut. Die Zentralen sind u. a. erreichbar über die Sozialen Beratungsstellen oder über die Internetliste.

#### **5.5 Soziales Beratungsnetz**

Im Taubenschlag unter der Rubrik Adressen/ Deafbase<sup>85</sup> und auf der Homepage des Deutschen Gehörlosen-Bundes e.V./ Gelbe Seiten<sup>86</sup> können Adressen von Sozialen Einrichtungen u. a. Einrichtungen abgerufen werden. Weiterhin gibt es den DAJEB Beratungsführer<sup>87</sup> (online), welcher sämtliche Beratungsstellen in Deutschland in Broschüren erfasst und aufgelistet hat. Ebenso können in Städten und Gemeinden bei kommunalen oder kirchlichen Verwaltungsorganen bzw. Bürgerstellen u. a. Informationen zu speziellen Anlaufstellen/ Angeboten für Gehörlose eingeholt werden.

#### **Fazit**

Ich habe versucht, wesentliche Informationen zur aktuellen Situation der Gehörlosen in der BRD zusammenzufassen. Es war ein sehr interessanter, aber auch wichtiger Exkurs, der im Zusammenhang mit der psychosozialen Lage gehörloser Menschen (entlang der Entwicklungsspanne Eriksons/ siehe Kapitel 1.13)

---

<sup>84</sup> Vgl. [http://www.gehoerlosen-bund.de/dolmetschen/gebaerdensprachdolmetscher\\_liste.htm](http://www.gehoerlosen-bund.de/dolmetschen/gebaerdensprachdolmetscher_liste.htm), verfügbar am 13.06.2009.

<sup>85</sup> Vgl. <http://www.deafbase.de/>, verfügbar am 13.05.2009.

<sup>86</sup> Vgl. <http://www.gehoerlosen-bund.de>, verfügbar am 13.05.2009.

<sup>87</sup> Vgl. <http://www.dajeb.de/>, verfügbar am 18.06.2009.

steht. In einigen Bereichen fand ich einen umfangreichen Fundus vor, in anderen jedoch nur vereinzelte Beiträge. Aufgrund der begrenzten Thematik meiner Arbeit konzentrierte ich mich auf inhaltliche Schwerpunkte, was mitunter zu einer selektiven Auswahl von Angaben führte. Aus eigener Betroffenheit heraus vermutete ich, dass die Entwicklung der Gehörlosengemeinschaft innerhalb der letzten zehn Jahre größtenteils positiv verlaufen sein dürfte. Meine Vermutung bestätigte sich nur zum Teil; auch gehörlose Menschen sind von der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung betroffen, wozu Einschränkungen im wirtschaftlichen Bereich gehören. Auswirkungen auf kommunale Haushaltmittel, Bildungsmaßnahmen, Arbeitsplätze und gesundheitliche Versorgung lassen sich nicht vermeiden. Wie auch bei hörenden Menschen können soziale Brennpunkte Dominoeffekte auslösen, welche die Schere der relativen und absoluten Armut immer weiter auseinander klaffen lassen sowie u. U. Familien in Not bringen. Die soziale Unterstützung für gehörlose Familien in Not ist aus meiner Sicht unzureichend, weil das Hilfenetz grobmaschiger ausfällt als bei Hörenden. Hinzu kommt, dass immer noch sehr wenige gehörlose Fachkräfte für gehörlose Hilfebedürftige professionelle Arbeit leisten - ein Faktor, der Vorbildwirkung erzielen kann. Nach wie vor wird im professionellen Helfersystem stellenweise Fremdbestimmung ausgeübt, die sich darin äußert, dass hörende Helfer oft noch zu 'wissen' glauben, was für ihre gehörlosen Schützlinge wirklich 'gut' sein dürfte.<sup>88</sup>

Die rechtliche Lage der gehörlosen Menschen im Sinne von Anerkennung der Gebärdensprache, Auseinandersetzungen mit Gleichstellungsgesetzen, der UN-Konvention und Fragen zur Inklusion - Chancen oder Risiken? - hat sich stark zum Positiven entwickelt. Der Medienbereich und Hilfen im Alltag erfahren eine qualitative Steigerung, wobei der Gesundheitssektor noch offene Fragen aufwirft. Die Cochlea-Implant-Versorgung von gehörlosen Kindern lässt Sorge aufkommen, ob sich in Zukunft die Zahl gehörloser Menschen verringern wird und damit auch ein wertvoller sprachlich-kultureller Schatz der Gesellschaft schwindet. Fraglich ist, ob die sprachlich-kulturelle Minderheit der Gehörlosen, die unter der Flagge der Behindertenbewegung mitzieht, nicht irgendwann als

---

<sup>88</sup> Das Bildungssystem entspricht den aktuellen Bedürfnissen gehörloser Kinder nicht mehr. Es gibt z. B. in der Gehörlosenschule Leipzig nach wie vor keine echte Akzeptanz der Deutschen Gebärdensprache, da diese Schule das Erbe des Oralisten Samuel Heinicke fortsetzt (Gründer der Schule). Gute Ergebnisse bieten das Hamburger Schulmodell sowie erfolgte Einzelförderungen für gehörlose Kinder mit bilinguaalem Ansatz.

eigenständige Sprachgemeinschaft auftreten wird. Sie würde dann den allgemeingültigen multikulturellen Normativen unterstellt sein. Das heißt aber gleichzeitig, bewusst auf den Behindertenstatus zu verzichten.

Ich bin kein pessimistischer Mensch, habe jedoch aufgrund der allgemeinen und speziellen tendenziellen Entwicklungen in einzelnen Bereichen momentan nur eine vage optimistische Grundhaltung im Hinblick auf wesentliche Verbesserungen der Situation gehörloser Menschen in der BRD im Rahmen des Behindertenrechtes. Gehörlosengerechte Erziehung, Bildung, Arbeit und allmähliche Befreiung von Abhängigkeitsstrukturen wären erste Schritte zu mehr Eigenverantwortung und Empowerment an der Basis. Dies setzt jedoch voraus, dass gehörlose Menschen sich als Menschen mit autonomen Rechten und einer eigenen Identität annehmen, indem sie auf breiter Ebene für ihre Belange bzw. für den Erhalt ihrer Subkultur eintreten. Weiterhin spielen Einflüsse des gesellschaftlichen Systems eine große Rolle, da die Bundesrepublik Deutschland zurzeit mit sich und ihren zahlreichen gesellschaftspolitischen Themen beschäftigt sowie den Nachwirkungen der Globalisierung unterworfen ist.

Gerade Chancen im Bereich der Bildung und Arbeit werden auch für 'gesunde' Menschen mehr und mehr zu einem eingeschränkten Gut, wobei dieses in besonderem Maße dem Aspekt Hilfe zur Selbsthilfe dient. Dennoch müssen sich die Menschen von heute Gedanken machen, wie sie trotz dieses Mangels im lebenspraktischen Sinne ausgewogen existieren können, respektive Sinn im Leben erfahren. Der globalen, aber auch deutschen Politik, gelten die Aufmerksamkeiten einer Politik, die sich der Nachhaltigkeit<sup>89</sup> von Entwicklungen vieler Themenbereichen widmet. Es sind übergeordnete Schwerpunktaufgaben, zu denen existentielle Fragen der Menschheit und natürlich auch die sozialen Aspekte gehören. Die Homepage der 'Gesellschafter'<sup>90</sup> zeigt bereits heute auf, wie viel in unserer Gesellschaft gefühlt, gedacht und getan wird, um der Praxis von Nachhaltigkeitspolitik ein reales Profil zu verleihen. Dies vermittelt Hoffnung, berechnete Hoffnung – finde ich! Wichtig, dies zu wissen, wenn wir uns mit dem Thema Traumatisierung und Pathologisierung beschäftigen müssen.

---

<sup>89</sup> Vgl. [http://www.bpb.de/publikationen/3UUKDS,2,0,Nachhaltigkeit%3A\\_Politik\\_mit\\_gesellschaftlicher\\_Perspektive.html#art2](http://www.bpb.de/publikationen/3UUKDS,2,0,Nachhaltigkeit%3A_Politik_mit_gesellschaftlicher_Perspektive.html#art2), verfügbar am 14.05.2009.

<sup>90</sup> Vgl. <http://diegesellschafter.de/diskussion/vision/index.php>, verfügbar am 14.05.2009.



## 6 Psychische Störungen

Auszüge aus Angaben der Bundespsychotherapeutenkammer<sup>91</sup>:

Definition: „In Deutschland ist die 'Internationale Klassifikation von Krankheiten' (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verbindlich. Die ICD-10-Klassifikation teilt psychische Krankheiten danach ein, an welchen aktuellen Symptomen sie zu erkennen sind.

„Psychische Störungen sind Beeinträchtigungen der normalen Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens, die sich in emotionalen, kognitiven, behavioralen, interpersonalen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen äußern.“

### 6.1 Was ist ein Trauma?

„Psychologisches, psychisches, seelisches oder mentales Trauma oder Psychotrauma (griech.: Wunde, Pl.: Traumata, Träume) = Erinnerung einer Person an die Situation eines für sie seelisch einschneidenden Erlebnisses bzw. der seelische und/oder neuerdings auch der körperliche (z. B. auf Hirnstrukturen) Eindruck, den das Erlebnis in der Seele der betroffenen Person hinterlassen hat.“<sup>92</sup>

Es ist zu beachten, dass es in objektbeziehungstheoretischen Ansätzen keinen Defekt im Sinne einer ‚Wunde‘ gibt. Die Qualität der Subjekt-Objekt-Beziehung, frühkindliche und gegenwärtige, entscheidet darüber, ob traumatische Inhalte bestehen.

Definition nach Fischer und Riedesser<sup>93</sup>: „Trauma ist [...]... ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst – und Weltverständnis bewirkt“. Sie entwickelten auch ein „Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung“, welches eine Unterteilung in drei Phasen vorsieht:

---

<sup>91</sup> [http://www.bptk.de/psychotherapie/zahlen\\_fakten/89067.html](http://www.bptk.de/psychotherapie/zahlen_fakten/89067.html), verfügbar am 16.05.2009.

<sup>92</sup> [http://de.wikipedia.org/wiki/Trauma\\_\(Psychologie\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Trauma_(Psychologie)), verfügbar am 16.05.2009.

<sup>93</sup> Fischer u.a. 1998, S. 79

### Phase der traumatischen Situation:

Was bisher richtig war, bekommt ‚Risse‘!

### Phase der traumatischen Reaktion:

‚Was ist passiert?‘

Phase des traumatischen Prozesses: Veränderungen des Denk-, Fühl- und Handlungsschemas (im Kontext zum Ereignis und zur Umwelt):

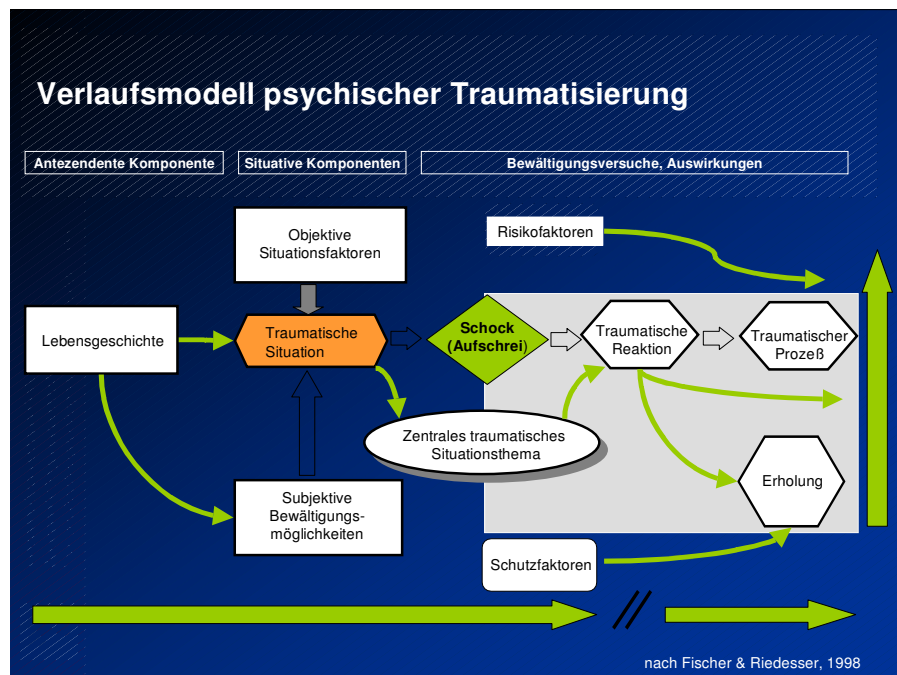


Abb.1.: Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung<sup>94</sup>

Die Erfahrung von Hilflosigkeit muss nicht zwangsläufig zu psychischer Desintegration führen; ausschlaggebend ist der Prozess der kognitiven, emotionalen Verarbeitung des auslösenden Ereignisses und dessen Integration in die Lebensbiografie. Dies kann in der Form nur dann erfolgen, wenn dem Menschen das Ereignis noch in Erinnerung geblieben ist. Ich möchte aus einem Artikel von Barwinski<sup>95</sup> vier Aspekte der Bedeutung des Traumabegriffs wiedergeben:

1. Trauma als Verletzung oder Wunde in Analogie zum ursprünglichen medizinischen Sprachgebrauch als psychische Folgeerscheinung eines Ereignisses

<sup>94</sup> Fischer u.a. 1998, S. 79

<sup>95</sup> Barwinski Fähr 2000, <http://www.psychotrauma.ch/Artikel%20R.%20Barwinski.html>, verfügbar am 16.05.2009.

- II. Trauma als reales Ereignis im Sinne eines schmerzlich erlebten überwältigenden Ereignisses im Gegensatz zu psychisch verarbeitbaren Erfahrungen
- III. Trauma als Erlebnis im Sinne eines bedeutsamen Ereignisses in Abgrenzung zu seelisch unwichtigen Ereignissen und
- IV. Trauma als unmittelbare oder langfristige Folge im Sinne einer nosologischen Kategorie.“

## 6.2 Arten von Psychotraumata

Zu unterscheiden sind:<sup>96</sup>

- Traumata durch höhere Gewalt
- „man made“ = durch Menschen verursachte Gewalt.

Beispiele für plötzliche und einmalige Ereignisse können sein:

- Unfälle aller Art, durch die Person selbst oder andere ausgelöst
- Angriffe von Mensch oder Tier auf andere Menschen
- anhaltende oder sich wiederholende Ereignisse:
- psychische oder manipulative Gewalteinwirkung
- traumatisierende Einflüsse in der Familie oder Subjekt-Objekt-Beziehung
- Gewalt in der Subjekt-Objekt-Beziehung
- Aussetzung und Verlassenheit
- Überlebenstrauma (Betroffener überlebt, andere nicht)
- Traumatisierung am Arbeitsplatz oder in der Schule.

Plötzliche oder einmalige Ereignisse ohne menschliches Zutun:

- Naturgeschehen
- Unfälle
- Geburtstraumen
- Verlust und Tod
- Schmerzen
- medizinische Eingriffe
- Krankheiten
- Lebenssituationen, wie Behinderung, Armut, Einsamkeit, Erwerbslosigkeit

---

<sup>96</sup> Vgl. Paul, S (2009): [http://www.psychotherapie4u.de/trauma/traumatisierende\\_ereignisse/index.html](http://www.psychotherapie4u.de/trauma/traumatisierende_ereignisse/index.html), verfügbar am 21.06.2009.

- Verbitterung.

#### Kollektives Trauma, durch Menschen ausgelöst:

- Terror
- Krieg
- Gefangenschaft
- Vertreibung
- Diktatur
- Flucht
- Diskriminierung andersartig Denkender
- Massenmord.

### **6.3 Traumatisierung und Verlauf von psychischer Traumatisierung**

Unter einer Traumatisierung nach van der Kolk<sup>97</sup> versteht man die Reaktion des betroffenen Menschen auf einen traumatischen Vorfall oder kumulative entwicklungsbezogene Mikrotraumen bzw. schwerere traumatische Erfahrungen im Kindesalter (physische, psychische, soziale). Nicht jeder Mensch reagiert gleich auf dasselbe Ereignis; er beschreibt folgenden Vorgang:

Menschen, die enormen Stresssituationen ausgesetzt sind, haben drei Möglichkeiten, sich mit ihrer Lage auseinanderzusetzen: Flucht, Kampf oder Erstarrung. Hat der Mensch das Gefühl, weder fliehen, noch kämpfen zu können, tritt ein so genanntes „Einfrieren“ von Gefühlen ein. Das Einfrieren von Gefühlen wiederum bewirkt eine Schockreaktion, die bei mangelnder Unterstützung innerhalb des unmittelbaren Umfelds und fehlender Integration in die Lebensbiografie zu einer Traumareaktion in Form von pathologischer Traumabewältigung führen kann. Erstarrung lässt sich mit der Todstellreaktion, einem Reflex bei Tieren, die verfolgt werden, assoziieren. Dieser ist auch vergleichbar mit dem Effekt der Dissoziation, d. h. Abspaltung, Aufhebung einer Verbindung, Fragmentierung, Trennung.

Respektive, wird die Traumatisierung nicht als solche aufgegriffen, gerät sie entweder in Vergessenheit, wird verdrängt oder abgespalten. Die Abspaltung erfolgt in Form einer Dissoziation<sup>98</sup>, d. h. einem Zustand, bei dem Erlebnisse

---

<sup>97</sup> Vgl. van der Kolk 1995: <http://spiritsofsurvival.opfernetz.de/vanderKolk.htm>, verfügbar am 16.06.2009.

<sup>98</sup> Vgl. [http://www.lexikon-psychologie.de/Dissoziiert\\_sein/](http://www.lexikon-psychologie.de/Dissoziiert_sein/), verfügbar am 17.05.2009.

oder Situationen 'wie von außen' wahrgenommen werden. Die Dissoziation gilt als eine Abwehr- bzw. Überlebensstrategie betroffener Menschen, um unerträgliche Gefühle von sich 'fern' zu halten. Im Nachhinein können Erlebnisinhalte zum Teil komplett verloren gegangen sein. Man bezeichnet einen solchen Zustand als kognitive Amnesie. Traumatische Erfahrungen werden nach neuesten Erkenntnissen in einem so genannten Traumagedächtnis (präfrontaler Cortex) aufbewahrt. Triggerreize können dazu führen, dass traumatische Erinnerungen erneut abgerufen werden, wobei diese im Alltagserleben des betroffenen Menschen in oft unpassenden bzw. unerklärlichen Zusammenhängen auftauchen. Man bezeichnet derartige einschließende Erinnerungen als 'Flashbacks'.

Mögliche pathologische Entwicklungen hängen von folgenden Faktoren ab:<sup>99</sup>

- „Art der Traumatisierung
- Alter der betroffenen Person
- Dauer oder Häufigkeit der Belastung
- Gefahr der Wiederholung
- Reaktionen des Umfeldes
- Lebensumstände vor und nach dem Ereignis
- Regenerationsmöglichkeiten
- Art der Unterstützung bei der Bewältigung
- körperlichen Folgeschäden durch das Trauma.“

Frühkindliche Traumatisierungen haben besonders tief greifende Auswirkungen auf die Identitätsentwicklung betreffender Kinder, da diese ihr Selbst- und Weltbild entscheidend zu beeinflussen vermögen. Viele Menschen, die als Kind frühkindlichen Belastungen - insbesondere, die traumatisierenden Handlungen primärer oder sekundärer Bezugspersonen ausgesetzt waren - haben mit nachhaltigen Folgen im bio-psycho-sozialen Bereich zu kämpfen. Zu den traumatischen Belastungen im Kindesalter gehört der emotionale, sexuelle, körperliche Missbrauch und seelische Vernachlässigung.<sup>100</sup>

---

<sup>99</sup> Spangenberg 2009, [http://www.ellen-spangenberg.de/Trauma\\_2.html](http://www.ellen-spangenberg.de/Trauma_2.html), verfügbar am 21.06.2009.

<sup>100</sup> Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Kindesmisshandlung>, verfügbar am 17.05.2009.  
„Kindesmisshandlung ist Gewalt gegen Kinder oder Jugendliche. Es handelt sich um eine besonders schwere Form der Verletzung des Kindeswohls. Unter dem Begriff Kindesmisshandlung werden physische als auch psychische Gewaltakte, sexueller Missbrauch sowie Vernachlässigung zusammengefasst. Diese Handlungen an Kindern sind in den meisten westlichen Industrieländern strafbar. Statistiken haben ergeben, dass die Täter häufig die Eltern oder andere nahe stehende Personen sind.“

Traumatische Ereignisse innerhalb des Familienverbundes bergen das höchste Risiko; die schwächsten Mitglieder tragen überproportional häufig seelische Verletzungen davon. Der Nachweis hierfür lässt sich in psychischen Störungen erwachsener Menschen mit derartigen Erfahrungen erbringen.<sup>101</sup>

#### 6.4 Pathologisierung

Unter Pathologisierung ist die „*Deutung von Verhaltensweisen, Empfindungen, Wahrnehmungen, Gedanken, sozialen Verhältnissen oder zwischenmenschlichen Beziehungen als krankhaft*“ zu verstehen.<sup>102</sup>

Meine Ausführungen unter Punkt 1.1 und 1.2 setzten sich bereits mit den Begriffen 'Gesundheit' und 'Krankheit' auseinander. Mir geht es in diesem Fall um pathologische, also störungsrelevante Folgen traumatischer Einwirkungen. Ob eine psychische Störung oder psychische Behinderung nach traumatischen Einwirkungen vorliegt, ist immer auch vom Verständnis des multifaktoriellen Kausalzusammenhanges abhängig. Gegenwärtig spricht die Psychiatrie und Psychologie mehr und mehr vom Störungs- statt vom Krankheitsbegriff. Psychische Störungen können vorübergehend sein bzw. weitestgehend behoben werden. Der Begriff 'Störung' eignet sich im Vergleich zum Begriff 'Krankheit' wesentlich besser, um dem Prinzip 'Hoffnung' Ausdruck verleihen. Negativ besetzte Diagnosen vermitteln betroffenen Menschen oft ein Gefühl von 'Da geht nichts mehr zu machen!' (Resultat meiner Beratungstätigkeit aus der Arbeit mit betroffenen Menschen, die eine psychiatrische Diagnose erhalten hatten).

Posttraumatische Störungen werden durch die ICD-10 und das DSM IV eingeteilt. Es folgt eine kurze Darstellung: „*Die International Classification of Diseases (ICD) ist eine von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene internationale Klassifikation der Krankheiten und deren verwandten Gesundheitsproblemen. Die aktuelle Ausgabe der ICD wird als ICD-10 bezeichnet, wobei für den Bereich der psychischen Störungen das Kapitel V relevant ist (Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen). Für das deutsche Gesundheitswesen ist das ICD maßgeblich [...] DSM-IV: Das Klassifikationssystem der*

---

<sup>101</sup> Vgl. van der Kolk u.a., 2000, S.16

<sup>102</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Pathologisierung>, verfügbar am 16.05.2009.

*Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA), das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), enthält fünf Axen, auf denen Störungen beschrieben werden. Dadurch soll dem Diagnostiker nahe gelegt werden, nicht nur die Ebene der klinischen Störungen zu betrachten, sondern auch weitere bedeutsame Aspekte zu berücksichtigen.“<sup>103</sup>*

Posttraumatische Belastungsstörungen werden in beiden Klassifikationssystemen aufgeführt, da unterschiedliche Störungsbilder vom zeitlichen Verlauf und dem Beginn nach der traumatischen Erfahrung abhängen. Das DSM führt die Posttraumatische Belastungsstörung unter den Angststörungen auf (Stress – Angst – Vermeidung – Intrusion). Im ICD werden Störungen, welche mit akuter Belastung zu tun haben, in einer Kategorie zusammengefasst und werden unter F.43 geführt. Weitere Auswirkungen mit eigenen Störungsbildern wie Dissoziative Störungen werden unter F.44 bzw. andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung unter F 62.0 aufgeführt.

Dissoziative Störungen und andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung entstehen nach schwersten Traumatisierungen, die überwiegend den Frühstörungen zuzuordnen sind.

Es gibt bereits neuere Zuschreibungen für das Störungsbild F 62.0, wobei von einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung („Complex Posttraumatic Stress Disorder, CPSD<sup>104</sup>) gesprochen wird. Allerdings wurde es noch nicht in die Klassifikation der psychischen Störungen aufgenommen.

Ebenso fehlen noch die traumatische Verbitterungsstörung („Posttraumatic Embitterment Disorder“, PTED<sup>105</sup>) und die nicht näher spezifizierten Störung durch Extrembelastung („Disorder of Extrem Stress Not Otherwise Specified“, DESNOS<sup>106</sup>). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung F 60.3 hat einen nicht unwesentlichen Bezug zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung.

Die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern unterscheidet sich von der PTBS Erwachsener, da sich Kinder und Adoleszenten noch im Entwicklungsprozess befinden. Es können auch Querverbindungen zu

---

<sup>103</sup> <http://www.web4health.info/de/answers/psy-icddsm-what.htm>, verfügbar am 16.06.2009.

<sup>104</sup> Vgl. [http://de.wikipedia.org/wiki/Komplexe\\_Posttraumatische\\_Belastungsst%C3%B6rung](http://de.wikipedia.org/wiki/Komplexe_Posttraumatische_Belastungsst%C3%B6rung), verfügbar am 17.05.2009.

<sup>105</sup> Vgl. <http://science.orf.at/science/news/84625>, verfügbar am 17.05.2009.

<sup>106</sup> <http://www.counselingseattle.com/content/complex-trauma.htm>, verfügbar am 17.05.2009.

anderen psychischen Störungen bestehen (z. B. Angststörungen, Depressionen, Zwangsstörungen u. a.).

Mögliche Risikofaktoren wie:

- *„Wahrnehmung einer Bedrohung des Lebens (eigenes oder fremdes)*
- *weibliches Geschlecht*
- *frühe Trennung von den Eltern*
- *familiäre Belastungen durch eine psychische Störung*
- *frühere traumatische Erlebnisse*
- *eine bereits bestehende Störung wie Depression oder Angststörung*
- *fehlende soziale Unterstützung*
- *geringer Bildungsgrad*
- *bestimmte Persönlichkeitszüge wie Neurotizismus und Extraversion.*<sup>107</sup>

bedingen die Wahrscheinlichkeit der Ausbildung allgemeiner traumatischer Störungen bis hin zu den schwerer ausgeprägten Störungsbildern. Komorbidität mit anderen Störungsbildern ist häufig und sind oft als Selbstheilungsversuche zu betrachten (z. B. Sucht, Depression, Angst, Suizidrisiko). Diese bedingen unter Umständen auch eine schwierigere Diagnosestellung.

Prävalenzrate der Posttraumatischen Belastungsstörung innerhalb der Bevölkerung: 1 bis 3 Prozent.

Andere traumatische Störungen mit Nachweis von Leidensdruck bzw. Beeinträchtigungen im subjektive Erleben innerhalb der Bevölkerung: 9 Prozent.<sup>108</sup>

Genannte Daten ergeben nur einen allgemeinen Richtwert, der forschungsbedingten Änderungen unterworfen sein kann.

Ich halte es für wichtig, einzelne Störungsbilder mit der genauen Beschreibung von Symptomen aufzuführen, weil diese unabhängig von medizinischen und psychologischen Interventionen auf das therapeutische und sozialpädagogische Handeln Einfluss haben. Bei Unkenntnis der Symptomatik einzelner Störungsbilder kann Unklarheit bezüglich der Ressourcenfindung und deren Umsetzung aufkommen. Kenntnisse bezüglich der Vielfalt von Symptombildungen beinhalten die Option, eine größere Bandbreite an subjektiven und objektiven

---

<sup>107</sup> Davison u.a.2007, S. 193

<sup>108</sup> Vgl. Ebd., S. 192



Ressourcen zur Verfügung stehen zu haben - um ein Leben mit Trauma, das in Bezug auf die erlebten Geschehnisse nicht rückgängig gemacht werden kann, mit Sinnhaftigkeit ausfüllen zu können. Leichtere Symptome implizieren nicht unbedingt weniger Leidensdruck betreffender Person. Umgekehrt können Menschen mit schwersten Störungsbildern an einen Punkt der Genesung kommen, welcher mit Akzeptanz und innerer Ruhe beschrieben werden kann.

## **7 Gehörlosigkeit und Traumata**

Seit wann spielt dieses Thema eine Rolle?

Auf jeden Fall, seitdem gehörlose Menschen den Traumafolgen ähnliche Verhaltensweisen wie Hörende aufzeigen und darunter leiden. Der Leidensdruck muss jedoch nicht unbedingt etwas mit einem Trauma bzw. multiplen traumatischen Erfahrungen zu tun haben. Gehörlose Menschen legen aufgrund ihrer sprachlich-kulturellen Besonderheiten sehr oft ein anderes Verhaltensrepertoire an den Tag und stoßen bei Nichtakzeptanz dieser, in einer von hörenden Menschen geprägten Welt, an subjektiv empfundene Grenzen.

Kein Mensch kann auf Dauer Unterdrückung standhalten. Gesunde Verhaltensweisen deuten laut entwicklungspsychologischer Theorien darauf hin, dass Autonomiebestrebungen auch immer Grenzen markieren und zu Neuausgestaltung von Beziehungen führen, welche beide Seiten zu mehr Toleranz bezüglich der Andersartigkeit des Anderen führen könnten. Der Andere hat ein natürliches Recht darauf, anders sein zu dürfen, damit auch die Gegenseite sie selbst sein kann. Geschieht dies nicht, besteht durchaus die Gefahr, dass Gehörlosigkeit als solche zu einem Trauma werden kann. Wirth schreibt von der „[...] Schwierigkeit bei der Einschätzung der Auswirkungen traumatischer Erfahrungen bei Hörbehinderten und bei Gehörlosen [...]“.<sup>109</sup>

### **7.1 Gehörlosigkeit und Traumafolgestörungen - höherer Grad an Gefährdung oder welche Bedingungen müssen dafür gegeben sein?**

Wie bereits in der Einleitung angemerkt, stieß ich bei der Literaturrecherche auf recht wenig statistisches Forschungsmaterial, auf das ich in diesem Kapitel noch zurückkommen werde. Unabhängig von statistischen Daten gehe ich ak-

---

<sup>109</sup> Wirth 2003, S. 111

tuell von einer hohen Wahrscheinlichkeit aus, dass gehörlose Menschen aufgrund der Gehörlosigkeit einer latenten und offensichtlichen Gefährdung unterliegen, an Traumafolgestörungen zu erkranken. Jedoch nur dann, wenn diese als Subgruppe keine entsprechende Einbindung in die hörende Gesellschaft sowie Ungleichbehandlung erfährt.

Weitere Aspekte: Brühlmeier weist auf Alfred Adlers Theorie der Individualpsychologie<sup>110</sup> hin. Aus seinem Artikel entnehme ich, dass schon allein die Empfindung der Minderwertigkeit eines von Erwachsenen völlig abhängigen Säuglings nach Kompensierung derselben verlangt. Kann aber die erste Bezugsperson nicht in adäquatem Maße auf die Bedürfnisse des Säuglings eingehen, weil sie nichts von der Gehörlosigkeit, respektive Organminderung ahnt, weiß oder sich überfordert fühlt, ist von einer negativen Wechselwirkung zwischen Mutter und Kind auszugehen (vgl. Kapitel 1.12). Es besteht die Chance, dass die Auswirkungen negativer Wechselwirkungen zwischen Mutter und Kind im sekundären Verlauf der Sozialisation bei guter Erziehung noch kompensiert werden können. Scheitern die Kompensationsbestrebungen, kann es zu einer weiteren Dekompensation mit nachfolgender seelischer Beeinträchtigung, welche unter Kapitel 1.12 aufgeführt wurde, kommen. Eine entsprechende Beeinträchtigung zieht noch weitere Kreise, so dass psychosoziale Fehlentwicklungen (vgl. Kapitel 1.13) aufgrund einer sich ausprägenden Identitätsproblematik zu erwarten sind. Um konkret auf den Aspekt der prälingualen Gehörlosigkeit einzugehen, stellt diese als Daseinszustand (unabhängig von der defizitorientierten Sichtweise der Medizin) aus meiner Sicht keine echte Organbeeinträchtigung dar, da die Gehörlosigkeit in diesem Stadium als etwas zum Individuum zugehöriges betrachtet wird. Sie wird erst dann zu einer Organminderwertigkeit, wenn sie sich als Abweichung von der erwarteten Norm versteht bzw. diese von der Gesellschaft an das Kind und seine primäre Umwelt herangetragen wird. D. h., dass das gehörlose Kind von außen einer Behinderung unterworfen und aufgrund fehlender Kompensationsmöglichkeiten die entsprechende Organminderwertigkeit auffällig wird. Erst externe Faktoren, welche eine Behinderung der freien Entwicklung darstellen, bedingen den Versuch des gehörlosen Säuglings, sich den 'hörenden' Umweltbedingungen anpassen zu müssen. Es kommt nun darauf an, dass der Säugling zunächst in Bezug auf seine Bedürfnisbefriedigung

---

<sup>110</sup> Brühlmeier (2009): In: Die Individualpsychologie Alfred Adlers, [http://www. Bruehlmeier.info/adler.htm](http://www.Bruehlmeier.info/adler.htm), verfügbar am 16.06.2009.

im kommunikativen und beziehungsrelevanten Bereich primäre Bezugspersonen 'versteht' und von diesen 'verstanden' wird. Darauf aufbauende Förderung ohne protektive Verwöhnung kann Barrieren vermeiden helfen.

Unabhängig von der Gehörlosigkeit kann jedoch das Kind weiteren negativen Entwicklungsfaktoren analog denen hörender Kinder unterworfen sein, die zusätzlich zur sprachlich-kulturellen Andersartigkeit, welche ja auch eine gesellschaftliche Bereicherung darstellt, zu einer Fehlentwicklung führen können. Hier werden die gleichen Maßstäbe wie für hörende Kinder mit frühkindlich prägenden traumatischen Erlebnissen bzw. derer, welche in ihren Kindheits- und Jugendjahren widrigen Lebensbedingungen ausgesetzt waren, wirksam.

Erwachsenen an Traumafolgen leidenden gehörlosen Menschen fällt es äußerst schwer, Vertrauen zu fassen<sup>111</sup>. Es ist wichtig, ihnen in ihrer Sprache zuzuhören, Glauben zu schenken und präsent zu sein, um eine sorgfältige biografische und situationsbezogene Anamnese zu erheben. Es geht darum, herauszufinden, ob eine Traumafolgestörung aufgrund behinderungsbedingter Umstände bzw. Fehlanpassung oder behinderungsunabhängiger Faktoren besteht. Dobešová untermauert (mit den Ergebnissen der Untersuchungen von Polat<sup>112</sup> in dessen Studie) o. g. Hypothese, dass Hörschädigung als solche nicht zwingend zu psychopathologischen, respektive psychosozialen Problemen führen muss.

## **7.2 Angaben zur Prävalenz psychischer Störungen bei gehörlosen Menschen**

Wie angedeutet, fand ich zu Forschungsergebnissen der Gegenwart im Zusammenhang mit Traumastörungen und Gehörlosigkeit nur geringe Angaben zur Prävalenz von Traumafolgestörungen bei gehörlosen Menschen. Der Grund hierfür liegt in der 'doppelten' Sprachlosigkeit betroffener Menschen. Es ist bei der Anwendung von Gebärdensprache und Einsatz von Lauten nicht von Sprachlosigkeit als solche auszugehen, sondern vielmehr vom 'Nicht - verstanden - werden' oder einem 'Nicht – über – bestimmte – Themen – sprechen -- können'. Gehörlose Menschen haben zum Teil keine Zeichen für das Erlebte. Keine Zeichen, für welche die Gebärdensprache bestimmte Gebärden zur Ver-

---

<sup>111</sup> Beobachtung im Kontext eigener Beratungstätigkeit

<sup>112</sup> Dobešová 2008, S. 41

fügung stellt. Auch für hörende Menschen ist das Geschehen so unfassbar, dass Worte nicht ausreichen, um das Unfassbare zu beschreiben. Wie beschreibt der Mensch etwas, was außerhalb seines Vorstellungsvermögens von Urvertrauen, Heimatgefühl, Geborgenheit und Bindungswunsch steht?

Ich zitiere van der Kolk: *„... die Fähigkeit zur Versprachlichung wird immens dadurch bestimmt, wie früh die zu berichtenden Erfahrungen liegen. Dies kann bedeuten, dass Klienten nicht etwa nicht reden wollen, sondern tatsächlich nicht reden können.“*<sup>113</sup> Eine solche Erkenntnis trifft aus wissenschaftlicher Sicht ebenso auf gehörlose Menschen zu. Ein weiteres Problem der Erfassung von Traumastörungen bei Gehörlosen liegt in der Komorbidität mit anderen psychischen Störungen. Oftmals ergeben sich aus Alltagsproblemen tiefer liegende Konflikte, die auf traumatischen Erfahrungen beruhen und noch keiner psychosozialen oder psychotherapeutischen Intervention zugänglich waren.

U. a. auf der Grundlage dessen, dass Soziale Beratungsstellen oder allgemeine Einrichtungen der Sozialen Arbeit für Hörgeschädigte bzw. Gehörlose ihren Service aufgrund der finanziellen Vorgaben der Leistungsträger nicht explizit auf psychosoziale Beratung, Begleitung und Intervention psychisch auffälliger Menschen ausrichten können, so dass in diesen keine fachlich orientierte Erfassung bezüglich psychischer Beeinträchtigungen erfolgen kann. In der BRD existieren eine Reihe von Kliniken<sup>114</sup>, die Hörgeschädigte, darunter gehörlose Menschen, welche einer psychotherapeutischen Behandlung bedürfen, betreuen. Es ist davon auszugehen, dass dort statistische Erhebungen gemacht werden, ebenso in Praxen von Psychiatern, Psychologen und Psychotherapeuten<sup>115</sup>, die unmittelbar gehörlose, u. a. von Hörschädigungen betroffene Menschen, behandeln.

Leven<sup>116</sup> beantwortete die Frage nach bestimmten Diagnosen, die für mich eine relevante Bedeutung haben, folgendermaßen: *„[...] dass Gehörlosigkeit bzw. Schwerhörigkeit aufgrund stressbedingter Lebensumstände eine erhöhte Vulnerabilität für Depressionen nach sich zieht. Es zeigt sich tendenziell, dass es die Gehörlosen sind, die vergleichsweise häufiger an depressiven Verstimmungen leiden [...]“* und weiter: *„Es darf angenommen werden, dass der auffällig hohe Anteil an chronifizierten Störungen mit Beginn der Kindheit oder im frühen*

---

<sup>113</sup> Van der Kolk 1998, S. 72

<sup>114</sup> Vgl. <http://www.deafbase.de/>, verfügbar am 29.05.2009.

<sup>115</sup> Vgl. [http://www.taubenschlag.de/cms\\_pics/Therapeuten-Liste.doc](http://www.taubenschlag.de/cms_pics/Therapeuten-Liste.doc), verfügbar am 29.05.2009.

<sup>116</sup> Leven 2004, S. 103 und weiter S.104

*Erwachsenenalter[...]“.* Sie geht im Zusammenhang mit ambulanter Psychotherapie und Diagnosevergabe davon aus: *„[...] dass hörgeschädigte Menschen nicht durch die Hörschädigung an sich prädestiniert sind, bestimmte Störungen zu entwickeln, sondern dass psychische Störungen ähnlich breit wie bei Hörenden auftreten und auch mit den vorhandenen Diagnoseklassifikationen vergeben werden können.“*

O'Rourke/Beail kommen nach einer Studie von Ridgeway<sup>117</sup> zu dem vorläufigen Ergebnis, dass 40 % der erwachsenen Gehörlosen in einer Gemeinschaft als Kinder Missbrauch erlitten haben könnten.

Wehrmann<sup>118</sup> stellte folgende Zahlen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der Klinik Uchtspringe vor (1993 bis 2004/stationär): *„Seit 1993 diagnostizierten und behandelten wir 154 Patienten, davon waren 75 % Jungen und 25 % Mädchen.“* Zu den diagnostizierten Störungsbildern machte sie folgende Angaben: *„Den größten Anteil nahmen die sog. Anpassungsstörungen (70%) ein, frühkindliche Hirnschädigungen (40 %), depressive Störungen (30 %, aber auch hyperkinetische Störungen (25 %), Psychosen (8 %), Epilepsien (8 %), Tic – und Zwangsstörungen (6 %) wurden diagnostiziert.“*

Gotthardt – Pfeiff<sup>119</sup> berichtete aus ihrer Arbeit mit psychisch gestörten hörgeschädigten Kindern und Jugendlichen, *„... dass sehr viele Kinder und Jugendliche ein auffälliges Verhalten im Bereich von Familie und Schule aufweisen“* und weiter *„[...] viele der Themen, mit denen sich Gehörlose und Schwerhörige befassen, sind oberflächlich betrachtet auch von Hörenden bekannt. Dies trifft u. a. Vernachlässigung durch die Eltern, Geschwisterrivalitäten, Gewalt -/ Missbrauchserlebnisse, Ablöseschwierigkeiten u.s.w.“*

Erwähnenswert noch folgende Passage: *„[...] so resultieren u. a. sehr viele Aggressions-/Gewalthandlungen in Familien mit einem gehörlosen bzw. schwerhörigem Kind auf einer mangelhaften, allein auf akustisch-oralen Basis gegründeten, intrafamiliären Kommunikation.“* Zu sexuellem Missbrauch: *„Relativ häufig lässt sich ein sexueller Missbrauch, vor allem aus der Schul- und Internatszeit, in Erfahrung bringen. Diese Vorfälle geschehen nicht selten durch die dort tätigen Erwachsenen, oft aber auch durch gehörlose bzw. schwerhörige Mit-*

---

<sup>117</sup> O'Rourke u.a. 2006, S. 400

<sup>118</sup> Wehrmann u.a. 2004, S. 37; 38

<sup>119</sup> Gotthardt-Pfeiff u.a. 2004, S. 85; 86; 87

schüler bzw. Mitbewohner.“ Und zum Abschluss: *„Immer wieder ist aus den Schilderungen derartiger Erlebnisse aus der Kinder- und Jugendzeit durch mittlerweile erwachsene gehörlose oder schwerhörige Patienten zu erfahren, dass Erzieher oder andere hörende Erwachsene häufig davon gewusst haben müssen. Dies, da sie es offensichtlich gesehen oder bemerkt haben, dass etwas 'nicht stimmte', jedoch nicht eingeschritten sind.“* und *„[...] dass derartiges Fehlverhalten unreflektiert in das Erwachsenenalter übernommen wurde mit der Begründung „die anderen habe es doch so gemacht, es gab keine Strafen, also wird es wohl richtig sein.“* Ich verweise an dieser Stelle auf vorangestellte Ausführungen unter Kapitel 3.2 zum Thema individuelle und strukturelle Gewalt gegen gehörlose Kinder und Jugendliche. Aus betreffenden Schilderungen wird ersichtlich, dass sehr viele Kinder und Jugendliche ein auffälliges Verhalten im Bereich Schule und Familie aufweisen, wobei leider keine Angaben zur genauen Prävalenz auffindbar waren. Interessant wäre noch zu erfahren, was genau für Zahlen sich aktuell hinter *„sehr viele Kinder und Jugendliche“* verbergen. Weiterhin war erurierbar, dass einerseits Kommunikationsprobleme und andererseits Kindheitstraumata Ursache für psychische Störungen sein könnten. Darunter auch die daraus ableitbare Hypothese, dass diese Kinder und Jugendlichen im Erwachsenenalter bei fehlender Aufarbeitung der Ereignisse an traumatischen Belastungsstörungen leiden und diese sich vor allem im Lebensalltag widerspiegeln werden. Ich vermute, dass o. g. PatientInnen noch rechtzeitig Unterstützung geboten werden konnte. Allerdings dürfte es eine hohe Dunkelziffer von Kindern und Jugendlichen geben, die noch keinen Zugang zu derartigen Unterstützungsangeboten erhalten bzw. erhalten konnten. Himmelreich<sup>120</sup> meint, dass Häufigkeit sowie Auswirkungen frühkindlicher Traumatisierungen bei gehörlosen Menschen in hohem Maße unterschätzt werden. Sie beruft sich auf Äußerungen ihrer heute erwachsenen Patienten. Die Ursachen seien in der Beziehungsgestaltung zwischen gehörlosem Kind und seinen Eltern sowie schwerwiegenden Erziehungsmethoden in Schulen, Internaten und Pflegefamilien, welche gehörlose Kinder aufgenommen und betreut hatten, aufzufinden. Ich zitiere einen Abschnitt aus Heinrichs<sup>121</sup> Diplomarbeit: *„Es konnte gezeigt werden, dass gehörlose Menschen im verstärkten Maße psychosozialen Belas-*

---

<sup>120</sup> Vgl. Himmelreich 2003, S. 43

<sup>121</sup> Heinrich 2003, S. 57-58

tungen ausgesetzt sind. Die hörende Gesellschaft ist für Gehörlose in allen Lebensbereichen voller Kommunikationsbarrieren. Durch diese Gegebenheit können Probleme, die für hörende Personen ohne professionelle Hilfe lösbar sind, für Gehörlose zum unüberwindbaren Hindernis werden.“ Sie beruft sich zwar nicht auf statistische Daten, konnte jedoch in ihrer Arbeit genügend Argumente für die Präsenz psychosozialer Belastungen einbringen.

Glücklicherweise ergab sich die Chance, eine themenverwandte Diplomarbeit im Fach Psychologie von Frau Tereza Doběsovà<sup>122</sup> zu lesen und etwas mehr relevante Angaben zu statistischen Forschungsergebnissen finden, die im Zusammenhang mit Psychopathologie und Hörschädigung stehen. Sie beschäftigte sich in ihrer Arbeit u. a. mit der psychosozialen Versorgung in Bayern und ging der Frage zu neueren Prävalenzen psychischer und psychosozialer Probleme Hörgeschädigter nach.

Sie konnte folgende Studien zu hörgeschädigten, aber auch explizit zum Personenkreis gehörloser Menschen vorstellen:

Studie	Untersuchtes Konstrukt	Hg	H
Daigle (1994)	Vermeidend abhängige Persönlichkeitsstörung	11,6	5,47
	Cluster B Persönlichkeitsstörung	19,8	6,16
Black & Glickman (2006)	Psychotische Störung	28	88,9
	Substanzmissbrauch	33	41,6
	Affektive Störung	39	21
	Angststörung	39,1	8,8
	Entwicklungsstörung	25	6,6
Fellinger te al. (2005b)	Persönlichkeitsstörung	44	21,6
	Affektive Störung	11,3	9,3
	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	32,6	21
	Psychische und Verhaltensstörungen	5,8	6,3
	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	3,9	k. A.
	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	14,2	k. A.

<sup>122</sup> Vgl. Doběsovà 2008, S. 44

	Subjektive psychische und somatoforme Beschwerden	69,3	54,9
	Nervosität, Ängstlichkeit, Überlastung, Überforderung	69,3	45,1
	Kopfschmerzen	18,2	3,3
Kvam et a. (2007)	Psychische Probleme, Ängstlichkeit und Depression: mehr bei Hg		
Graf & Bijl (2002)	Psychische Probleme: mehr bei Hg		

Tabelle 1: Überblick über die Studien zu den Variablen des psychosozialen und psychischen Wohlbefindens bei Hörenden und Hörgeschädigten<sup>123</sup>

Aus den Ergebnissen der Tabelle geht hervor, dass Störungen, die einer Traumasymptomatik (affektive, neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störungen) zugeordnet werden könnten, bei Hörgeschädigten überproportional häufig diagnostiziert wurden. Aus diesen Untersuchungen ist jedoch nicht ersichtlich, auf welchen Grundproblemen basierend o. g. Diagnosen gestellt wurden. Es ist weiterhin unklar, ob isolierte Symptome beurteilt wurden oder ob bereits der Ganzheitlichkeit Beachtung geschenkt wurde.

Gehörlose Menschen waren laut der Untersuchung Fellingingers<sup>124</sup> im Vergleich zu Hörenden häufiger von o. g. Symptomatik betroffen. Entsprechende Ergebnisse deuten darauf hin, dass gehörlose Menschen einer stärkeren Belastung im physischen und psychischen Bereich unterliegen. Hierbei wäre wieder darauf hinzuweisen, dass diese immer auch mit der Kommunikationsbarriere im alltäglichen Leben in Verbindung zu bringen sind. Fallen entsprechende weg, ist davon auszugehen, dass es keine Unterschiede zwischen der Prävalenz hörender und gehörloser Menschen geben dürfte.

Insgesamt ergeben betreffende Untersuchungen zwar ein erstes Gesamtbild, lassen jedoch noch keine genaue Aussage zu einer Prävalenz gehörloser Menschen mit Traumafolgestörungen zu.

<sup>123</sup> Doběšová 2008, S. 44

<sup>124</sup> Vgl. Fellinginger 2007, S. 386 ff.



Wirth<sup>125</sup> gab 2003 ein Fachbuch mit dem Titel »Trauma und Hörbehinderung« heraus. Er stellte Leitfragen, unter anderem diese: *„Sind hörbehinderte Menschen in höherem Maße von seelischen Traumata bedroht?“*

Zu Untersuchungen über das Ausmaß oder die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse bei hörbehinderten Menschen schrieb er im Kapitel<sup>126</sup> 'Psychisches Trauma und Hörbehinderung': *„Es liegen kaum Untersuchungen über das Ausmaß oder die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse bei hörbehinderten Menschen vor. Die Schwierigkeit der Einschätzung des Gegenstandes liegt auch darin, dass es sich um Minderheiten mit speziellen sozialen Codes handelt, mit eigenen Scham- und Normgrenzen. Aufgrund der Unfassbarkeit, aber auch wegen der besonderen Lebensbedingungen und Sozialnormen andererseits ist eine Einordnung von Erlebnissen und Verhaltensweisen als traumatisch z. T. nicht sofort augenfällig.“*

Seine Dissertation zum Thema: »Trauma, Coping und Schwerhörigkeit« wird voraussichtlich im September 2009 im Medianverlag Heidelberg veröffentlicht werden<sup>127</sup> und zu weiteren Erkenntnissen auf diesem Gebiet beitragen.

Es erweist sich als notwendig, Anmerkungen zur Diagnosestellung allgemein und speziell bei gehörlosen Menschen anzubringen: Diagnosestellungen vereinfachen eine Zuordnung in ein bestimmtes Klassifikationssystem und seine Kategorien. Entsprechende Zuordnung soll helfen, eine gewisse Übersicht bezüglich auftretender Verhaltensweisen zu gewinnen und Behandlungsmaßnahmen darauf abzustimmen. Diagnosestellungen bergen immer die Gefahr einer Etikettierung. Häufig kommt es zu Überlappungen einzelner Störungen mit anderen Störungsbildern. Bei der Diagnosestellung gehörloser Menschen haben wir es mit einigen Problemen hinsichtlich der korrekten Diagnosestellung zu tun, da diese immer unter der Berücksichtigung von kommunikativen und interaktionsrelevanten Besonderheiten erfolgen muss. Es ist nicht einfach, zwischen störungsbedingten Verhaltensweisen und normaler Kommunikation des betroffenen gehörlosen Menschen zu unterscheiden, wenn keine den Emotionen entsprechenden Gebärden wiedergegeben werden können. Vergleichsstudien, wie sie bei hörenden Menschen unproblematischer durchführbar sind, gestalten sich bei gehörlosen Menschen als durchaus komplizierter. Diagnosti-

---

<sup>125</sup> Wirth 2003, S. 111

<sup>126</sup> ebd., S. 111

<sup>127</sup> Vgl. Wirth, W. (19.05.2009): Persönliche Information per Mail.

ker müssen sich der spezifischen Situation bewusst sein, um nicht zu falschen Einschätzungen bezüglich der Diagnose zu kommen. Dies erklärt die häufig große Spannbreite an Untersuchungsergebnissen.

Ich möchte abschließend auf eine gehörlosenspezifische Diagnose, der „Persönlichkeitsstörung, 'Typ Basilier', auch als 'Surdophrenia'<sup>128</sup> bezeichnet, eingehen. Diese ist als ein Versuch zu verstehen, die besonderen Verhaltensweisen psychisch auffälliger hörgeschädigter Menschen zu kategorisieren, die an Anpassungsproblemen infolge einer inadäquaten bio-psycho-sozialen Verarbeitung im Umgang mit der Hörstörung litten. Da es hierbei aufgrund von Fehlinterpretationen bezüglich sprachlich-kultureller Eigenheiten gehörloser Menschen oft zu Fehldiagnosen kam, ist o. g. Diagnose laut Leven<sup>129</sup> unter Fachleuten sehr umstritten. Einmal gestellt, ist sie kaum noch rückgängig zu machen und kann zu Stigmatisierung bzw. zu einer Retraumatisierung führen.

### **7.3 Traumatisierte gehörlose Menschen im Beratungsalltag und Akzeptanz in eigener Zielgruppe**

Was passiert aktuell mit gehörlosen Menschen, bei denen eine Traumafolgestörung festgestellt wurde bzw. welche traumatypischen Verhaltensweisen lassen sich auch ohne Diagnosestellung im sozialpädagogischen Kontext aufzeigen? Psychosoziale Auswirkungen werden von internalisierten und externalisierten Emotionen, daraus resultierender Kommunikations- und Interaktionsbereitschaft sowie Beziehungskompetenz geprägt. Wie erfolgt psychosoziale Arbeit mit der Erregungskontrolle, dem Vermeidungsverhalten, der Beziehungsgestaltung unter neuen Prämissen?

Warum ist diese Fragestellung relevant?

Die Kontrolle von Erregung ist insofern von Bedeutung, wenn es um die Affektregulation geht; bei gehörlosen Menschen sind (Kapitel 7.2) aufgrund der anderen Wahrnehmungs- und Sprachform temperamentvollere affektive Reaktionen beobachtbar. Buttolo<sup>130</sup> misst einer neuen Beziehungsgestaltung nach traumatischen Erlebnissen großen Wert bei und geht davon aus, dass der traumati-

---

<sup>128</sup> Vgl. [http://www.verlag-hk.de/theorie\\_praxis/TP\\_1\\_Inhalt.pdf](http://www.verlag-hk.de/theorie_praxis/TP_1_Inhalt.pdf), S.71-74., verfügbar am 29.05.2009.

<sup>129</sup> Vgl. Leven 1997, S. 71

<sup>130</sup> Vgl. Buttolo 1998, S. 16-19

sierte Mensch eine andere Einstellung zu sich und seinem Selbstschutz gewinnen muss, um trotz Trauma weiterleben zu können. Ein solcher Schutz ist von primärer Bedeutung, um vermeidende Haltungen, die sehr häufig mit erlebten traumatischen Inhalten zusammenhängen, in Frage stellen und aufgeben zu können. Bei personenbezogenen Traumatisierungen geht es um Kontaktgestaltung, Konfrontation mit dem Täter, um Kommunikations- und Interaktionsprozesse. Derartige Aufgabenstellungen deuten auf einen schwierigen Bewältigungsprozess hin. Bei chronifizierten Traumastörungen ist davon auszugehen, dass bei betroffenen Personen eine innerseelische Identifikation mit dem Täter bestehen könnte. In dem Zusammenhang kommt es zu einer beziehungsmäßigen Handlungsunfähigkeit. Das kann eine Erklärung sein, warum viele Menschen sich ohne Therapie oder flankierende professionelle Hilfen nur schwer aus destruktiven Beziehungen lösen können. Wird diese Problematik nicht bearbeitet, kommt es fast immer zu einer Idealisierung des Aggressors und Aushöhlung des eigenen Selbst. Hat ein solcher Prozess stattgefunden, übernimmt das falsche Selbst die Rolle des Täters. Transgenerationale Wiederholung der Geschehnisse zeigen auf, dass derartige Vorgänge einem innerseelischen und familiären Skript folgen – aber nur so lange, wie den Abwehrmechanismen in Form von Verdrängung, Abspaltung oder Dissoziation eine Überlebensfunktion zugeschrieben wird.

Was heißt dies für posttraumatische Prozesse gehörloser Menschen?

Sie können in allen Lebensbereichen massive Probleme aufweisen, welche sich u. a. in Beziehungskrisen manifestieren. Es kommt zu spinnennetzartigen Auswirkungen; Betroffene und ihr Umfeld befinden sich in einem unübersichtlichen Chaos von vielfältigen Problemlagen. Sie aufzufangen gelingt auf kurative Weise, jedoch noch immer in Opfer-Täter-Konstellationen, nur auf anderen Schauplätzen. Ich habe in meinem Tätigkeitsbereich oft die Erfahrung gemacht, einem so genannten 'Teufelskreis' ausgesetzt zu sein und zu ständig neuen Brennpunkten gerufen zu werden. Es stellte sich häufig heraus, dass noch viele andere Helfer involviert waren, wobei mitunter 3 bis 4 Ärzte einbezogen wurden. Oftmals haben Betroffene die Neigung, eine vorhandene Kooperation der Helfer zu boykottieren oder zu spalten. Bei Nichterkennung dieser Strategie laufen Helfer Gefahr, sich zu verausgaben, da immer neue Interventionen angegangen werden, die nach einiger Zeit scheitern. Derartige turbulente Situationen führen u. a. regelrecht zu Abstiegskarrieren der Klienten, bis hin zu Ob-

dachlosigkeit, Sucht und Armut. Betreffende Klienten fallen in dieser Phase auch durch reguläre Hilfenetze, wie z. B. die der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in der Gemeinschaft – gemeint ist u. a. die Einbeziehung in Aktivitäten in den Begegnungsstätten der Gehörlosenzentren. Sie können nicht einmal mehr in ihrer sprachlich-kulturellen Gemeinschaft Halt finden, weil sie dort Gefühle der Stigmatisierung und Retraumatisierung erfahren. Dennoch besteht zu diesen Zentren eine aversive Abhängigkeit (Wiederholung frühkindlicher Abhängigkeiten), weil sie dort eine subkulturelle Heimat haben, wie sie woanders nicht auffindbar ist. Es gibt kaum Inseln des Rückzugs und der Akzeptanz dieser Zielgruppe. Schuldzuweisungen, Rufschädigungen und inadäquate Kommunikationsformen bewirken einen Isolationseffekt bis hin zu Parasuiziden und tatsächlich ausgeführten Suiziden. Eine andere Variante stellt die Ausprägung von Somatisierungsstörungen im mittleren Lebensalter, die schwererer Genese oder unheilbarer Natur sind, dar. Unerklärbarer Ausfall von Organfunktionen gehört dazu.

Häufig warnt der Körper den betroffenen Menschen schon lange Jahre vorab, worauf jedoch keine Rücksicht genommen wurde, zumal Krankheiten unter Umständen Zuwendungsgewinn mit sich bringen können. Multiple Suchtkarrieren stellen bei betroffenen gehörlosen Menschen keine Ausnahme dar. Auch dieser Faktor fördert die Ausgrenzung innerhalb der eigenen Subkultur.

Doppelte Ausgrenzungstendenzen sind schwer einzudämmen, wenn die Kooperation unter Helfern misslingt. Ablösungsprozesse mit der Zielstellung, Abhängigkeiten von alten Verhaltensmustern und ungünstigen Kontakten aufzulösen, werden somit erschwert.

#### **7.4 Strukturelle Besonderheiten bei der Therapie oder psychosozialer Intervention betroffener gehörloser Menschen und gesetzliche Grundlagen**

Besonderheiten als Faktum für gehörlose Menschen bestehen so lange, wie Kommunikations- und Interaktionsbarrieren aufrechterhalten werden. Ein unkomplizierter Zugang zu therapeutischen sowie psychosozialen Einrichtungen, ganz besonders im Zusammenhang mit ambulanten – komplementären Hilfen, hängt von der Umsetzung der UN-Konvention im Gesundheitsbereich, aber auch von real erreichbaren Anlaufstellen vor Ort ab. Eine Öffnung im Sinne der

Barrierefreiheit für gehörlose Menschen wäre Voraussetzung für den Abbau benachteiligender Faktoren.

Leven veröffentlichte im Deutschen Ärzteblatt/ März 2003 einen Artikel zu Hörbehinderten mit der Überschrift: „*Pseudoversorgungsangebot*“<sup>131</sup>, in welchem es um gesetzliche Grundlagen für das Versorgungsangebot im Bereich der Absicherung von Kommunikation im gesundheitlichen Kontext, insbesondere auch im Bereich der Psychotherapie, geht. Danach sind gesetzliche Krankenkassen, laut § 17 Absatz 2 SGB I, verpflichtet, entstehende Kosten zu tragen. Sie schreibt von 'psychiatrieverletztem' Klientel aufgrund vieler Fehldiagnosen psychischer Störungen sowie unangemessener Hospitalisierungen. Die Tendenz, dass hörende Fachleute gehörlose Menschen auf der Basis der Normen für Hörende begutachten, kann zu Stigmatisierung und Pathologisierung führen. Sie fordert, dass Hörbehinderte - darunter Gehörlose - gegenüber Hörenden nicht benachteiligt werden bzw. keine erneuten Traumata durch Kommunikationsstörungen in der Therapie erleiden dürfen. Sie schlägt vor, gehörlose oder schwerhörige Psychologiestudenten oder im psychosozialen Bereich tätige Hörgeschädigte z. B. mit Stipendien in die Lage zu versetzen, eine anerkannte Zusatzausbildung zu absolvieren. In Hochschulstudiengänge 'Gebärdensprachdolmetschen' sollte das 'Dolmetschen im medizinischen Setting' als Pflichtfach eingeführt werden.

Die Umsetzung des Inklusionsgedankens auch in diesem Bereich, wonach hörende und hörgeschädigte Fachkräfte in einem multiprofessionellen Team zusammenarbeiten würden, wäre optimal.

Eine Fachbroschüre „*Die Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen*“<sup>132</sup> bietet ein komplexes Manual von konkreten gesetzlichen, insbesondere ökonomischen, Grundlagen und Hilfen für diese Zielgruppe an.

Weitere Informationen: Himmelreich<sup>133</sup> geht davon aus, dass es im deutschsprachigen Raum kaum Therapeuten gibt, die mit der Technik der modifizierten analytischen Psychotherapie für hörende Patienten, aber auch für gehörlose Menschen arbeiten (über 300 Stunden = 3 ¾ Jahre).

---

<sup>131</sup> Vgl. Leven 2003, <http://aerzteblatt.Insdata.de/pdf/PP/2/3/s108.pdf>, verfügbar am 29.05.2009.

<sup>132</sup> Vgl. [http://www.bar-frankfurt.de/upload/Arbeitshilfe\\_Psychisch\\_169.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/upload/Arbeitshilfe_Psychisch_169.pdf), verfügbar am 29.05.2009.

<sup>133</sup> Vgl. Himmelreich, H. (11.02.2009): persönliche Auskunft per Mail.

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums am Europakanal Erlangen, Hörgeschädigtenabteilung hielt für den ESMHD-Kongress in Bad Ischl, Österreich vom 21.-24.05.2003 ein Referat: „*Ein Netz für die Seele*“<sup>134</sup>, welches „*Vernetzte Behandlungsstrategien für psychisch kranke Hörgeschädigte*“ vorstellte. Eine bundesweite Vernetzung führt zu Verbesserungen der Versorgungslandschaft, stellt jedoch nach wie vor keine echte Alternative zur ambulanz-komplementären Vernetzung dar, da viele traumatisierte Menschen ein vor Ort erreichbares Angebot brauchen. Eine Fragmentierung der Angebote würde dem emotionalen Zustand der betroffenen Menschen sehr nahe kommen und ihren Bedürfnissen im lebenspraktischen Kontext nicht entsprechen können.

Doběsovà<sup>135</sup> beschreibt in ihrer Diplomarbeit die Arbeit der Institutsambulanz für Gehörlose in Österreich und geht auf Vorschläge ähnlicher Modelle in Bezug auf Gesundheitszentren für Hörgeschädigte in Bayern ein.

Für eine bessere regionale Versorgung in Sachsen wurden durch Helbig<sup>136</sup> im Jahr 2004 adäquate Vorstellungen dem Ministerium für Gesundheit und Soziales unterbreitet. Zu diesem Zeitpunkt war mir aber noch nicht ganz klar, dass der Themenkreis Traumata und gehörlose Menschen, wozu auch andere hörgeschädigte Menschen gehören, einer gewissen Brisanz unterworfen ist.

## **7.5 Hilfen für traumatisierte gehörlose Menschen**

Zum Abschluss möchte ich auf aktuell realisierbare Hilfen für traumatisierte gehörlose Menschen im sozialpädagogischen bzw. psychosozialen Kontext eingehen.

Jean Liedloff und ihr Kontinuum-Konzept<sup>137</sup> eignet sich aus meiner Sicht sehr gut für gehörlose Eltern und ihre hörenden Kinder sowie hörende Eltern und gehörlose Kinder, um das Problem der 'Sprachlosigkeit' zu umgehen. Dies wäre möglich, indem den anderen Sinneswahrnehmungen mehr Augenmerk geschenkt und somit eine Kompensierung des Hörverlustes zu erreicht werden könnte.

---

<sup>134</sup> Vgl. Richter 2003

<sup>135</sup> Vgl. Doběsovà 2008, S. 86-93

<sup>136</sup> Vgl. Helbig 2004

<sup>137</sup> Vgl. [http://de.wikipedia.org/wiki/Jean\\_Liedloff](http://de.wikipedia.org/wiki/Jean_Liedloff), verfügbar am 16.06.2009.

Adlers Konzept der Überwindung von Minderwertigkeit lässt der Mutter bzw. primären Bezugspersonen in den ersten Lebensjahren die Aufgabe zukommen, ihr Kind für das Leben vorzubereiten, indem sie es schrittweise für andere Menschen und Umgebungen interessiert. Ein solches Vorgehen entspricht einem sich allmählich vollziehenden Autonomieprozess. Autonomie soll das Kind befähigen, in Krisenzeiten sein Urvertrauen beizubehalten. Gehörlosen Kindern den Zugang zu ihrer Sprache und anderen Sinneswahrnehmungen zu gewähren, ebnet einer Kompensation den Weg. Die lebensbejahende Kompensation der Organminderung stellt eine grundlegende Voraussetzung für das Zurechtkommen sowohl in der hörenden als auch in der gebärdensprachlichen Welt dar. Nicht das mit einem Mangel ausgestattete Kind muss sich ausschließlich an die ihn umgebende Umwelt anpassen, sondern die Umwelt an das Kind. Van der Kolk und das Konzept der Körperarbeit<sup>138</sup> bei erwachsenen traumatisierten Menschen zeigt auf, dass allein Gespräche nicht ausreichen, um traumatische Erfahrungen sowohl bei hörenden als auch bei gehörlosen Menschen auflösen zu können. Daraus ableitend gehe ich davon aus, dass reine Beratungsansätze durch Körperarbeit ergänzt werden sollten.

Gaby Breitenbach's und Harald Requardt's ressourcenorientierter Ansatz<sup>139</sup>:

In ihrem Fachbuch werden differenzierte Interventionsansätze, welche sich für die Arbeit mit schwierigsten Klienten eignen, beschrieben. Betreffende Ansätze dürften auf die Arbeit mit gehörlosen KlientInnen übertragbar sein.

Rien<sup>140</sup> sein Konzept des Trainings in den Bereichen Kommunikations- und Sozialkompetenz sowie Module des Empowerments weisen auf eine sehr pragmatische und effektive Arbeitsmethode hin; äußerst wichtig für gelingende Beziehungsgestaltungen und damit der Selbst- und Objektliebe, wie Adler sie für ein menschenwürdiges Dasein erachtete.

In dem Zusammenhang möchte ich noch auf den Ansatz von Hintermair & Tsigotis<sup>141</sup> eingehen, der auf ressourcenorientierte Beratung, Psychotherapie und Empowerment aus der Sicht der Pädagogik abzielt, indem er zu einem Umdenken in diesen Bereichen Schule und Bildung anzuregen vermag. Überlegens-

---

<sup>138</sup> Vgl. <http://www.bacp.co.uk/cpi/may2004/trauma-htm>, verfügbar am 16.06.2009.

<sup>139</sup> Vgl. Breitenbach u.a. 2005, <http://www.socialnet.de/rezensionen/3169.php>, verfügbar am 16.06.2009.

<sup>140</sup> Vgl. Rien, O. 2009, [http://www.oliver-rien.de/index.php?option=com\\_content&task=category&sectionid=12&id=21&Itemid=32](http://www.oliver-rien.de/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=12&id=21&Itemid=32), verfügbar am 01.06.2009.

<sup>141</sup> Vgl. Hintermair u.a. 2008, S. 156-160

wert wäre der Einsatz von Kunstpädagogik, um besseren Zugang zur Gefühlswelt der KlientInnen zu erhalten. Mit künstlerischen Mitteln könnte die sozialpädagogische und psychosoziale Diagnosestellung um eine Methode mehr erweitert werden. Auf der Basis des Emotions- und Kommunikationstrainings auf künstlerischer Ebene könnte eine bessere Affektregulierung erreicht werden.

Der Bereich Ressourcenorientierung ist unter anderem von der Arbeitsmarktsituation abhängig. Es ist nicht mehr davon auszugehen, dass alle Menschen in Zukunft Vollzeit- oder Teilzeitarbeit haben werden. Entsprechender Fakt wird dahin führen, dass ebenso gehörlose Menschen sich der Frage nach Eigenressourcen zu stellen haben, insbesondere aus dem Blickwinkel der bereits mehrfach beschriebenen Abhängigkeitsproblematik.

Das Konzept der Lebensweltorientierung, des Fit-Machens für das Leben entspricht Adlers Vorstellungen von der Nützlichkeit im Dasein eines Menschen. Um dem Gemeinschaftssinn traumatisierter gehörloser Menschen zu entsprechen, sollte im Zusammenhang mit Angeboten der Selbsthilfe und dem Bereitstellen wohnortnaher Lebensräume, lösungsorientierten Fragestellungen nicht ausgewichen werden. Nachdenkenswert wäre zusätzlich ein Eingehen auf genderrelevante Arbeit. Gemeint ist: Arbeit mit Mädchen- und Frauengruppen sowie Männerarbeit im Sinne des Aufgreifens geschlechtsspezifischer Themenkomplexe bzw. auch der Förderung des Verständnisses füreinander. Ein weiterer Themenkomplex wäre die Arbeit mit Gewaltaspekten, Täter-Opfer-Verhalten und der Förderung von gesellschaftlicher Verantwortung im Sinne von Hinsehen, Hinhören und Zeuge sein.

## **Fazit**

Zur Minderwertigkeit des Menschen schrieb Antoch<sup>142</sup> in seiner Einführung in das Werk von Alfred Adler „*Neurosen*“ unter anderem diese Satzstelle: *„So sind als Ausgangspunkt der Neurose neben die Organminderwertigkeit, über die Adler 1907 eine bedeutende Abhandlung (Studie über Minderwertigkeit von Organen, 1977, Frankfurt, Fischer TB) geschrieben hat, zweitens die Folgen der Verwöhnung und drittens die Folgen der Vernachlässigung bzw. die Folgen einer autoritären oder hasserfüllten Unterdrückung in der Erziehung getreten [...]“*, was darauf hindeutet, dass wertvolle Hilfen unter anderem für die Arbeit

---

<sup>142</sup> Antoch 1997, S. 8 und 10



mit traumatisierten gehörlosen Menschen aus diesen Abhandlungen entnommen werden können. Weiterhin schreibt er: *„Der ursprüngliche Konflikt zwischen dem unbefriedenden Selbstwernerleben und dem unstillbaren Bedürfnis, es durch entsprechend übersteigerte Ansprüche auf einem zufrieden stellenden Pegel zu halten und zu stabilisieren, wächst sich teufelskreisartig aus: ein überkompensatorisch überhöhtes Ziel (z. B. 'Vollkommenheit', Überlegenheit über alle, Perfektionismus im Leistungsbereich) und die von eben dieser überkompensatorischen Tendenz angekränkelte Mittelwahl führen zu immer größeren Abweichungen zwischen den Ist- und Soll-Lagen des Selbstwertgefühls.“* Auch diese Aussage betrifft meines Erachtens die Gruppe der gehörlosen Menschen ebenso wie die hörender Menschen. Das bei gehörlosen Menschen aufgrund der besonderen bio-psycho-sozialen Ausgangssituation stärker ausgeprägte Minderwertigkeitsgefühl lässt sich nicht einfach aus dem subjektiven und objektiven Bewusstsein wegradieren. Die Sinnesschädigung stellt andere Anforderungen an den betroffenen Menschen, an das bestehende soziale Umfeld und die Gesellschaft als Ganzes. Im Vergleich zu hörenden Menschen müssen sie und ihre unmittelbaren Angehörigen, um im hörenden Lebensalltag bestehen zu können, Gefühle wie Zorn, Verleugnung, Trauer, Hilflosigkeit, Ratlosigkeit und Resignation zulassen. Es geht um den Fakt, ihre Situation als Ist-Zustand anzuerkennen und sich als Minorität zu behaupten. Damit kann eine innere und äußere Hemmschwelle überwunden werden, um interne und externe Hilfsmittel – auch bei Traumatisierungen – aufzugreifen sowie als Ressource zu verstehen. Mit den Erfolgserlebnissen wächst die Zuversicht und das Selbstvertrauen in eigene Fähigkeiten, welche wiederum den Mut aufbringen lassen, weitere Autonomiebestrebungen anzugehen. Das Erkennen, dass ein 'Mangel' u. U. Erfüllung bringen kann, kann mit dem Schicksal, den Mitmenschen und der Welt versöhnen. Zusätzlich können spirituelle Einsichten dazu beitragen, im 'Hier und Jetzt' zu bleiben und das Dasein als ständig wechselnden Prozess zu begreifen. Gelingt der Akzeptanz- und Bewältigungsprozess nicht, besteht eine reale, nicht zu unterschätzende Gefahr, vorhandene Defiziterfahrungen mit ungünstigen Mitteln und Wegen der Kompensation zu überdecken, verdrängen oder als Selbstheilungsversuch zu missbrauchen. Damit wäre der Weg, traumatische Erfahrungen in die individuelle Lebensgeschichte zu integrieren, versperrt.

## 8 Schlussfolgerungen

Um abschließende Schlussfolgerungen zu treffen, möchte ich auf die Fragestellungen der Einleitung Bezug nehmen:

Gibt es einen besonderen Zusammenhang zwischen den Aspekten Gehörlosigkeit und Trauma? Bedingt eine in diesem Fall explizit psychische Traumatisierung eine pathologische Entwicklung?

Eine pathologische Entwicklung aufgrund der Organminderwertigkeit in Verbindung mit entsprechend ungünstigen Kompensationsbedingungen ist generell nicht ausgeschlossen. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mensch aufgrund einer prälingualen Gehörlosigkeit an einer posttraumatischen Störung erkranken könnte, ist bei fehlender Berücksichtigung von sprachlich-kulturellen Entwicklungsbedingungen unter der Prämisse allgemeiner Entwicklungsaufgaben (Kapitel 1.13) und einer vorhandenen Disbalance des bio-psycho-sozialen Gefüges gegeben. Alle weiteren möglichen traumatisierenden Lebenseinflüsse sind denen hörender Menschen gleichzusetzen bzw. haben nicht unmittelbar mit der Gehörlosigkeit an sich zu tun, wie z. B. schwierige Eltern-Kind-Beziehungen, Missbrauch im Heim oder Trennungserfahrungen.

Benötigen gehörlose Menschen besondere oder zusätzliche Methoden, um eine Pathologisierung zu vermeiden, zu kompensieren oder aufzuhalten?

Welche Bedingungen müssen hierfür geschaffen werden und was wird derzeit getan, um präventiv, kurativ oder nachsorgebezogen wirksam zu werden?

Solange sprachlich-kulturelle und fachspezifische Barrieren in Bereichen der Frühförderung, Pädagogik, Bildung, Medizin, Justiz u. a. bestehen, kann es keine Angleichung der Beratungssituation zwischen hörenden und gehörlosen Menschen mit Traumatisierungen geben.

Dem gehörlosen Menschen sollte von Geburt an ein günstiges Kommunikations- und Interaktionsklima zur Verfügung gestellt werden. Ein derartiges positives Gedeihklima kann das gehörlose Kind dazu befähigen, eine Lebensgrundlage zu schaffen, die den später unweigerlich auftretenden Lebenswidrigkeiten etwas entgegensetzen vermag bzw. Sprachlosigkeit vermeiden helfen könnte. Es benötigt eine fördernde Schul- und Berufsausbildung auf der Grundlage der höchstmöglichen Ausschöpfung vorhandener endogener, exogener und

autogener Ressourcen, welche eine spätere Einbindung in die Berufswelt berücksichtigt.

Für von Traumata betroffene, gehörlose Menschen sollten Angebote auf der Basis des Konzeptes der Traumapädagogik (siehe Kapitel 3.4) zur Verfügung gestellt werden. Es ist davon auszugehen, dass ein bundesweiter Bedarf nach einer flächendeckenden Versorgung besteht. Die Umsetzung erfordert u. a. die Aus- bzw. Weiterbildung von Fachpersonal, wobei ich auf die Besonderheiten, die unter Kapitel 7.4 beschrieben wurden, hinweise.

Traumazentrierte Fachberatung beinhaltet spezifische Unterstützungsangebote, welche dazu beizutragen vermögen, dass betroffene Menschen sich aus destruktiven Verhaltens- und Interaktionsmuster befreien sowie ein gesünderes Lebensumfeld aufbauen könnten. Hierbei geht es auch um Partizipation betroffener Menschen, um eine selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und um die Befriedigung von allgemeinmenschlichen Bedürfnissen. Unter Befriedigung von Bedürfnissen ist in diesem Fall vor allem die Unterstützung bei der Schaffung einer friedlichen, innerseelischen Landschaft zu verstehen.

## **Literaturverzeichnis**

- Ahrbeck, B. (1997): Gehörlosigkeit und Identität: Probleme bei der Identitätsbildung Gehörloser aus der Sicht soziologischer und psychoanalytischer Theorien, Hamburg: Signum.
- Antoch, R. F. (1997): Einführung. In: Ansbacher, H. L., Antoch, R. F. (Hg.) Alfred Adler. Neurosen. Fallgeschichten zur Diagnose und Behandlung, S. 7-17, Frankfurt/a. Main: Fischer TB.
- Berger, P. L.; Luckmann, Th. (1972): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt a.M.: Fischer TB.
- Bericht LG SH: Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderungen – bestehende Hilfsmöglichkeiten und bedarfsorientierte Versorgungsplanung. Ducksache 15/520 vom 25.04.2001. In: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Bericht der Landesregierung: Drucksache 15/899.
- Bittrich, K. (1996): Diplomarbeit: Spätertaubung als Lebenskrise und ihre Bewältigung, Technische Universität Dresden, Fakultät für Erziehungswissenschaften, Institut für Sozialpädagogik.
- Bleidick, U.; Hagemeister, U.; Rath, W.(1977): Einführung in die Behindertenpädagogik , Bd. 1-3. Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz: Kohlhammer.
- Bronfenbrenner, U. (1977): Towards an experimental ecology of human development, S. 513-531. In: American Psychologist, 32(1977).
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2008): Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit, Bonn: Köllen.

- Butollo, W.; Krüsmann, M.; Hagl M. (1998): Leben nach dem Trauma. Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett – Cotta.
- Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004): Bericht der Bundesregierung zur Lage der behinderten Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe, Drucksache 15/4575, Broschüre des Bundes: Bonn.
- Davison, G. C.; Neale, M. J.; Hautzinger, M. (2007): Klinische Psychologie, Weinheim – Basel: Beltz.
- Dietzel, A. (2007): Sexuelle Übergriffe unter hörgeschädigte Kinder. In: Hörgeschädigte Kinder, Hörgeschädigte Erwachsene 44(2007), S. 21-26. Hamburg: Verlag Hörgeschädigte Kinder.
- Doběsovà, T. (2008): Diplomarbeit: Unerhört - Psychosoziale Versorgung Hörgeschädigter in Bayern, Diplomarbeit, Ludwig-Maximillan-Universität München.
- Fellinger, J.(2007): Patient gehörlos – Medizin unter vier Augen. Das Zeichen. Zeitschrift für Sprache und Kultur Gehörloser, 77(2007), S. 386-390, Hamburg: Signum.
- Fischer, G.; Riedesser, P. (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie: UTB für Wissenschaft, München, Basel: Ernst Reinhardt.
- Garten, H.- K. (1981): Untersuchungen zur Psychologie der Gehörlosen. In: Heidelberger Sonderpädagogische Schriften, Band 8, Heidelberg: Schindele.
- Gerken, G. (1995): Gehörlose Frauen. Dokumentation einer bundesweiten Befragung des Deutschen Gehörlosenbundes in Berlin.

- Gotthardt, U. (2004): Erfahrungen mit der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bei Gehörlosen und stark schwerhörigen Erwachsenen. In: Tögel, C., Lischka, V., Uchtspringer Schriften, Bd. 2, S. 79-93. Uchtspringe: Druckerei des Fachkrankenhaus.
- Helbig, S. (2004): Konzeptionelle Darstellungen der Notwendigkeit einer multifunktionalen, ambulant-komplementären Regionaleinrichtung für psychisch- und suchtkranke oder von psychisch- und suchtrelevanten Krankheiten bedrohte hörgeschädigte Menschen im Freistaat Sachsen.
- Heinrich, B. (2003): Diplomarbeit: Besondere Anforderungen an die psychosoziale Versorgung Gehörloser in Deutschland. Hochschule Mittweida (FH), FB Soziale Arbeit.
- Himmelreich, H. (2003): Sprachlos. In: Wirth, W (Hg.), Trauma und Hörbehinderung, S. 43-54. Hamburg: Signum Verlag.
- Hintermair, M. & Tsirigotis, C. (2008): Wege zu Empowerment und Ressourcen-orientierung n der Zusammenarbeit mit hörgeschädigten Menschen, Rezension von Anja Wildemann In: Das Zeichen, 81(2009), S. 156-160. Hamburg: Signum.
- Jann, P.-A. (2001): Methoden der Sprachvermittlung beim gehörlosen Kind, Heidelberg: Schindele.
- Leven, R. (Hg.) (2004): Zur psychotherapeutischen Versorgung hörgeschädigter Menschen mit psychischen Störungen, In: Tögel, C., Lischka, V., Uchtspringer Schriften, Bd. 2, S. 93-107. Uchtspringe: Druckerei des Fachkrankenhaus.
- Leven, R. (1997): Psychische Störungen gehörloser und schwerhöriger Psychotherapiepatienten. Hamburg: Verlag hörgeschädigte Kinder.
- Maaz, H.-J. (2007): Die Liebesfalle. München: C. H. Beck.

- Mead, G.H. (1987a): Gesammelte Aufsätze. Bd. I/II. Frankfurt: Suhrkamp.
- Montada, L. (1995): Fragen, Konzepte, Perspektiven In: Oerter, R (Hg)., Montada, L., Entwicklungspsychologie, S. 1-833.Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Müller-Timmermann, E. (2007): Grundlagen der Kommunikation In: Psychologie für Erzieherinnen und Erzieher, Berlin – Düsseldorf – Mannheim: Cornelsen.
- O'Rourke, S., Beail, N. (2006): Arbeit mit gehörlosen Überlebenden sexuellen Missbrauchs. In: Das Zeichen, 74(2006), S. 397-405, Hamburg: Signum.
- Prillwitz, S.; Vollhaber, Th. (1990): Gebärdensprache in Forschung und Praxis. Hamburg: Signum.
- Prillwitz, S. (1991): Der lange Weg zur Zweisprachigkeit Gehörloser im deutschen Sprachraum. In: Prillwitz, S.; Vollhaber, Th. (Hrsg.): Kongreß Hamburg, 23.3.-25.3.1990. Internationale Arbeiten zur Gebärdensprache und Kommunikation Gehörloser, Bd.14. Hamburg.
- Richtberg, W. (1980): Die Bedeutung der inneren Haltung als kompensatorische Kraft, gezeigt am Beispiel der Hörbehinderung. In: Forschungsbericht 32 - Hörbehinderung als psycho-soziales Leiden, Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung: Bonn.
- Richter, I. (2003): Ein Netz für die Seele-Vernetzte Behandlungsstrategien für psychisch kranke Hörgeschädigte, Referat für den 6. ESMHD-Kongress in Bad Ischl, Österreich, vom 21.-24.05.2003.

- Riemann, G. (2004): Die Befremdung der eigenen Praxis . In: Hanses, A., Biographie und Soziale Arbeit. Institutionelle und biographische Konstruktionen von Wirklichkeit, S. 190-208. Baltmannweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Schmid-Giovannini, S. (1984):Sprich mit mir - Eine ganzheitliche Lautsprachmethode für Kleinkinder von 0-7 Jahren, für Eltern und Erzieher hörgeschädigter Kleinkinder, In: Schriften zur Hörgeschädigten-pädagogik, 15(1984), S. 241 ff., Berlin: Marhold.
- Statistisches Bundesamt, DESTATIS (2009): Statistik der schwerbehinderten Menschen, Wiesbaden.
- van der Kolk, B. (1998): Videoedition zur Behandlung traumatischer Erfahrungen „Trauma und Memory“, Part I and II, New York, Calvacade Productions. In: Breitenbach, G., Requardt, H., Psychotherapie mit entmutigten Patienten (2005), S. 70-79, Kröning: Asanger.
- van der Kolk, B.; Bessel, A. (2000): Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze. Paderborn: Junfermannsche Buchhandlung.
- Varchim, R. (1995): Entwicklungsstörungen, Lehrbrief „Fachkraft für Soziale Arbeit“, Berlin: Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft, Forschung und Technologie.
- Wehrmann, B., Lischka, E. (2004): Zur Behandlung psychisch kranker hörgeschädigter Kinder und Jugendlicher. In: Tögel, C., Lischka, V., Uchtspringer Schriften, Bd. 2, Uchtspringe: Druckerei des Fachkrankenhaus, S. 37-40.
- Wirth, W. (2003): Psychisches Trauma und Hörbehinderung. In: Trauma und Hörbehinderung. S. 111-140, Hamburg: Signum.
- Willi, J. (17. Aufl. 2005): Die Zweierbeziehung. Reinbek: Rowohlt.



von Walther, A. (2001): Hörschädigung und sexuelle Gewalt. Hrsg.: Wildwasser Berlin e. V., Bonn, Mebes und Noack.

von Weiler, J.; Enders, U.(2003): Das perfekte Verbrechen: Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Jungen mit Behinderungen, In: Von Weiler, J., Enders, U. (Hg.)Zart war ich, bitter war`s., S. 125-128, Köln: Kiepenheuer & Witsch.

## **Autoren mit Quellen aus dem Internet**

Barwinski Föh, R. (2000): „Psychisches Trauma“ - ein unmögliches Konzept, In: Internet-Zeitschrift für Psychotraumatologie, 1(2000), <http://www.psychotrauma.ch/Artikel%20R.%20Barwinski.html>, verfügbar am 16.05.2009.

Breitenbach G.; Requardt H. (2005): Psychotherapie mit entmutigten Klienten. Therapeutische Herausforderungen, Kröning, Asanger, <http://www.socialnet.de/rezensionen/3169.php>, verfügbar am 16.06.2009.

Daniels, M. (2000): [http://www.taubenschlag.de/cms\\_pics/sign\\_baby\\_sign.htm](http://www.taubenschlag.de/cms_pics/sign_baby_sign.htm), verfügbar am 20.06.2009.

Daniels, M. (2009): <http://www.marilyndaniels.com>, verfügbar am 20.06.2009.

Degener, T.(2003): Behinderung als rechtliche Konstruktion. In: Lutz, Petra und Thomas Macho, Gisela Staupe, Heike Zirten (Hg.): Der [im]perfekte Mensch. Metamorphosen von Normalität und Abweichung, Köln: Böhlau , [http://de.wikipedia.org/wiki/Disability\\_Mainstreaming](http://de.wikipedia.org/wiki/Disability_Mainstreaming), verfügbar am 30.06.2009.

Lane, H. (1995): Contructions of Deafness:In:Disability & Society 10/2, <http://bidok.uibk.ac.at/library/bruhn-gehoerlosigkeit.html>, verfügbar am 30.06.2009.

Leven, R. (2003); Deutsches Ärzteblatt, PP, Heft 3, März 2003, <http://aerzteblatt.lnsdata.de/pdf/PP/2/3/s108.pdf>, verfügbar am 29.05.2009..

Paul, S (2009): [http://www.psychotherapie4u.de/trauma/traumatisierende\\_ereignisse/index.html](http://www.psychotherapie4u.de/trauma/traumatisierende_ereignisse/index.html), verfügbar am 21.05.2009.

Rien, O. 2009, [http://www.oliver-rien.de/index.php?option=com\\_content&task=category&sectionid=12&id=21&Itemid=32](http://www.oliver-rien.de/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=12&id=21&Itemid=32), verfügbar am 01.06.2009.

Schulteis, M. (2007): Diplomarbeit In: <http://www.taubenschlag.de/Diplomarbeiten>, verfügbar am 20.06.2009.

Schulz von Thun, F. (1981): Miteinander reden: Störungen und Klärungen. Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation. Rowohlt, Reinbek, <http://de.wikipedia.org/wiki/Vier-Seiten-Modell>, verfügbar am 25.06.2009.

Selye, H. (1953). Einführung in die Lehre vom Adaptationssyndrom. Stuttgart, <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/STRESS/Stresstheorien.shtml>, verfügbar am 25.04.2009.

Spangenberg, E. (2009):[http://www.ellen-spangenberg.de/Trauma\\_2.html](http://www.ellen-spangenberg.de/Trauma_2.html), verfügbar am 21.06.2009.

van der Kolk, B., Bessel A.(1995): Psychische Folgen traumatischer Erlebnisse: Psychologische, biologische und soziale Aspekte von PTSD, [http://spiritsofsurvival.opfernetz.de/vander\\_Kolk.htm](http://spiritsofsurvival.opfernetz.de/vander_Kolk.htm), verfügbar am 16.06.2009.

### **Autoren mit Quellen aus sonstiges elektronischen Medien**

Himmelreich, H. (11.02.2009): Persönliche Auskunft per Mail

Wirth, W. (19.05.2009): Persönliche Information per Mail.

### **Sonstige Quellen aus den Internet**

<http://deafness.about.com/cs/educationgeneral/a/sexabuse.htm>, verfügbar am 16.06.2009.

<http://de.wikipedia.org/wiki/Audismus>, verfügbar am 20.06.2009.

<http://de.wikipedia.org/wiki/Behinderung>, verfügbar am 15.06.2009.

<http://de.wikipedia.org/wiki/Cochleaimplantat>, verfügbar am 15.06.2009.

[http://de.wikipedia.org/wiki/Die\\_fremde\\_Situation](http://de.wikipedia.org/wiki/Die_fremde_Situation), verfügbar am 04.06.2009.

[http://de.wikipedia.org/wiki/Disability\\_Studies](http://de.wikipedia.org/wiki/Disability_Studies) , verfügbar am 26.04.2009.

[http://de.wikipedia.org/wiki/Geschichte\\_der\\_Geh%C3%B6rlosen](http://de.wikipedia.org/wiki/Geschichte_der_Geh%C3%B6rlosen), verfügbar  
am 26.04.2009 und am 15.06.2009.

[http://de.wikipedia.org/wiki/Jean\\_Liedloff](http://de.wikipedia.org/wiki/Jean_Liedloff), verfügbar am 16.06.2009.

<http://de.wikipedia.org/wiki/Kindesmisshandlung>, verfügbar am 17.05.2009.

[http://de.wikipedia.org/wiki/Komplexe\\_Posttraumatische\\_Belastungsst%C3%B6rung](http://de.wikipedia.org/wiki/Komplexe_Posttraumatische_Belastungsst%C3%B6rung), verfügbar am 17.05.2009.

<http://de.wikipedia.org/wiki/Pathologisierung>, verfügbar am 16.05.2009.

<http://de.wikipedia.org/wiki/Psychosomatik>, verfügbar am 15.06.2009.

[http://de.wikipedia.org/wiki/Trauma\\_\(Psychologie\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Trauma_(Psychologie)) , verfügbar am 16.05.2009.

<http://diegesellschaft.de/diskussion/vision/index.php>, verfügbar am 12.05.09.

<http://jdsde.oxfordjournals.org/misc/terms.dtl>, verfügbar am 28.04.2009.

<http://science.orf.at/science/news/84625>, verfügbar am 17.05.2009.

<http://woerterbuch.babylon.com/Muttersprache>, verfügbar am 20.06.20 09.

<http://www.audiopaedagogik.de/pdf/PA-teil3.pdf>, verfügbar am 26.06.20 09.

<http://www.babyzeichensprache.com/>, verfügbar am 26.06.20 09.

<http://www.bacp.co.uk/cpi/may2004/trauma-htm>, verfügbar am 16.06.2009.

[http://www.bar-frankfurt.de/upload/Arbeitshilfe\\_Psychisch\\_169.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/upload/Arbeitshilfe_Psychisch_169.pdf), verfügbar am 29.05.2009.

<http://www.behinderung.org/definit.htm>, verfügbar am 15.06.2009.

[http://www.bpb.de/publikationen/3UUKDS,2,0,Nachhaltigkeit%3A\\_Politik\\_mit\\_gesellschaftlicher\\_Perspektive.html#art2](http://www.bpb.de/publikationen/3UUKDS,2,0,Nachhaltigkeit%3A_Politik_mit_gesellschaftlicher_Perspektive.html#art2), verfügbar am 14.05.2009.

[http://www.bptk.de/psychotherapie/zahlen\\_fakten/89067.html](http://www.bptk.de/psychotherapie/zahlen_fakten/89067.html), verfügbar am 16.05.2009.

<http://www.counselingseattle.com/content/complex-trauma.htm>, verfügbar am 17.05.2009.

<http://www.dajeb.de/>, verfügbar am 18.06.2009.

<http://www.deafbase.de/>, verfügbar am 13.05.2009 und 29.05.2009.

<http://www.deutsche-gesellschaft.de/modules.php?name=News&file=article&sid=26>, verfügbar am 26.06.2009.

<http://www.gehoerlosen-bund.de>, verfügbar am 12. und 13.05.2009.

[http://www.gehoerlosen-bund.de/dolmetschen/gebaerdensprachdolmetscher\\_liste.htm](http://www.gehoerlosen-bund.de/dolmetschen/gebaerdensprachdolmetscher_liste.htm), verfügbar am 13.06.2009.

<http://www.hoeren-heute.de/hoeren.htm>, verfügbar am 15.06.2009.

[http://www.innovation.nrw.de/hochschulen\\_und\\_forschung/service\\_fuer\\_hochschulen/gender\\_mainstreaming/index.phpm](http://www.innovation.nrw.de/hochschulen_und_forschung/service_fuer_hochschulen/gender_mainstreaming/index.phpm), verfügbar am 30.06.2009.

<http://www.kestner.de/n/elternhilfe/berichte/ende-mit-schrecken.htm>, verfügbar am 05.05.2009.

<http://www.kestner.de/n/elternhilfe/elternhilfe-einfuehrung.htm>, verfügbar am 05.05.2009.

<http://www.kmk.org/statist/home.htm?schule>, verfügbar am 29.05.2009.

<http://www.ledasila.uni-klu.ac.at>, verfügbar am 12.05.2009.

[http://www.lexikon-psychologie.de/Autoritativer\\_Erziehungsstil/](http://www.lexikon-psychologie.de/Autoritativer_Erziehungsstil/), verfügbar am 16.06.2009.

[http://www.lexikon-psychologie.de/Dissoziiert\\_sein/](http://www.lexikon-psychologie.de/Dissoziiert_sein/), verfügbar am 17.05.2009.

<http://www.net-gest.de>, verfügbar am 12.05.2009.

<http://www.onmeda.de/krankheiten/gehorerlosigkeit-definition-5333-2.html>,  
(Stand: 28.02.2008), verfügbar am 04.06.2009.

<http://www.signum-verlag.de/buecher.html>, verfügbar am 05.05.2009.

<http://www.taubenschlag.de/deaflife>, verfügbar am 05.05.2009.

[http://www.taubenschlag.de/cms\\_pics/Therapeuten-Liste.doc](http://www.taubenschlag.de/cms_pics/Therapeuten-Liste.doc), verfügbar am 29.05.2009.

[http://www.taubenschlag.de/html/sbw/sbw48/seiten/48s21\\_26.htm](http://www.taubenschlag.de/html/sbw/sbw48/seiten/48s21_26.htm), verfügbar am 26.06.2009.

<http://www.trauma-paedagogik.de/Konzept%20TZFBP%20Profis.pdf>, verfügbar am 30.06.2009.

<http://www.uni-kassel.de/fb7/psychologie/pers/euler/SS07/GrundkursII/Piaget.pdf>, verfügbar am 15.06.20 09.

<http://www.verlag-hk.de/>, verfügbar am 05.05.2009.

[http://www.verlag-hk.de/theorie\\_praxis/TP\\_1\\_Inhalt.pdf](http://www.verlag-hk.de/theorie_praxis/TP_1_Inhalt.pdf), verfügbar am 29.05.09.

<http://www.vibelle.de>, verfügbar am 12.05.2009.

<http://www.web4health.info/de/answers/psy-icddsm-what.htm>, verfügbar am 17.05.2009.

## Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Chemnitz, den 02.07.2009

Unterschrift: