

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform „Polyloge“

Heilkraft der Sprache und Kulturarbeit

Internetzeitschrift für Poesie- & Bibliothherapie,
Kreatives Schreiben, Schreibwerkstätten, Biographiearbeit,
Kreativitätstherapien [Musiktherapie], Kulturprojekte
(Peer Reviewed)

Begründet 2015 von *Ilse Orth* und *Hilarion Petzold*
herausgegeben mit *Elisabeth Klempnauer*, *Brigitte Leeser* und *Chae Yonsuk* für
„Deutsche Institut für Poesietherapie, Bibliothherapie, Sprachkultur
und literarische Werkstätten“
an der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“ (EAG) in Verbindung mit der
„Deutschsprachigen Gesellschaft für Poesie- und Bibliothherapie“ (DGPB)

Thematische Felder:

Poesietherapie – Poesie – Poetologie

Bibliothherapie – Literatur

Kreatives Schreiben – Schreibwerkstätten

Biographiearbeit – Narratologie

Narrative Psychotherapie – Musiktherapie

Intermethodische und Intermediale Arbeit – Kulturarbeit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen, Heilkraft der Sprache ISSN 2511-2767

Ausgabe 09/2022

**Aktueller Stand der Ätiologie psychischer Störungen aufgrund
von schwieriger Identitätsentwicklung und Auswirkung auf
die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit einer
Sinneseinschränkung des Gehörs –
Perspektiven aus der *Integrativen Therapie***

Lisa Gerspacher, Basel *

* Aus der „Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie“ (SEAG). Die SEAG bietet u.a. eine akkreditierte Postgraduale Weiterbildung für Integrative Psychotherapie an. Wissenschaftliche Leitung: *Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold*, *Dr. phil. Katharina Rast-Pupato*, *lic. phil. Lotti Müller*. mailto: info@integrative-therapie-seag.ch; oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: www.integrative-therapie-seag.ch.
EAG-Weiterbildung ‚Integrative Psychotherapie‘.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	2
2. Psychosoziale Merkmale bei Gehörlose/Tauben.....	2
2.1 Definition und Begriffserklärung Gehörlosigkeit/ Taubheit/ Schwerhörigkeit	2
2.2 Taubenkultur	2
3. Herausforderungen in der Entwicklung von tauben Kindern vor dem Hintergrund der integrativen Entwicklungs-, Identitäts- und Persönlichkeitstheorie.	3
3.1 Klinische Entwicklungspsychologie der IT im Zusammenhang mit Hörbehinderung	3
3.2 Persönlichkeitsmodell der IT im Zusammenhang mit Hörbehinderung	3
3.3 zur Bedeutung der Leiblichkeit, Zwischenleiblichkeit, Sprachentwicklung, Kommunikation und nonverbale Kommunikation, Ko-respondenz	6
4. Ätiologie psychischer Störung bei Hörgeschädigten im Zusammenhang mit den Konzepten der IT der Identitätsentwicklung aber auch der Schwierigkeit der Kommunikation	8
4.1 Gesundheits- und Krankheitslehre.....	9
4.2 Risikofaktoren und protektive Faktoren bei gehörlosen Menschen	10
5. Psychotherapie mit tauben Klienten in Gebärdensprache.....	12
5.1 Anforderung und Herausforderungen an (hörende) Therapeutinnen.....	12
6. Fazit.....	15
7. Zusammenfassung / Summary.....	16
8. Literaturverzeichnis:.....	17

1. Einleitung

Das Zitat von *Helene Keller*, geboren 1880, einer taubblinden US-amerikanischen Schriftstellerin «Blindheit trennt von den Dingen, Taubheit von den Menschen» (Keller, o. J.) verdeutlicht die Problematik für Hörbehinderte Menschen in Verbindung mit ihren Mitmenschen zu treten. Für gehörlose oder schwerhörige Personen ist Kommunikationsnot eine Alltagserfahrung, welche psychologisch betrachtet die Ausbildung der Persönlichkeit erschwert (Fellinger et al., 2005). Mit der folgenden Arbeit sollen, nach erfolgter Begriffserklärung, die Schwierigkeiten der Persönlichkeitsentwicklung aufgrund von Kommunikations- und Ko-respondenz-Schwierigkeit bei schwerhörigen bzw. gehörlosen Menschen in Zusammenhang mit der Persönlichkeits- und Entwicklungs-, sowie Krankheitslehre der integrativen Psychotherapie von *Hilarion Petzold* beleuchtet werden. Zum Schluss wird die Wichtigkeit von Psychotherapie für Menschen mit Sinneswahrnehmung dargestellt.

2. Psychosoziale Merkmale bei Gehörlosen/Tauben

2.1 Definition und Begriffserklärung Gehörlosigkeit/ Taubheit/ Schwerhörigkeit

Gehörlosigkeit ist eine nicht von aussen sichtbare Sinnesschädigung (*Bräunlich* 2011). Ärzte unterteilen das Hörvermögen bzw. Taubheit in folgenden Stufen: Normalhörigkeit, geringe Schwerhörigkeit, mittelgradige Schwerhörigkeit, hochgradige Schwerhörigkeit (60-80 %), an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit (80-95 %) und Taubheit (100 %). Von Gehörlosigkeit wird gesprochen, wenn ein Hörverlust von mehr als 95 Dezibel (dB) vorliegt. Dies kann mit dem Begriff der funktionellen Taubheit gleichgesetzt werden und bedeutet, die Unfähigkeit, Sprache ohne Hörhilfe differenziert wahrnehmen zu können (*Fellinger* et al., 2005). Aus dieser Definition wird deutlich, dass die Taubheit aus medizinischer Sicht erst mal ausschliesslich als Defizit bzw. als Körperschaden wahrgenommen wird. Mit Hilfsmitteln wie Hörhilfen oder Cochlea Implantaten wird versucht, dieses Defizit zu korrigieren und die betroffenen Personen so in die Welt der hörenden Mehrheit zu integrieren. Drastisch formuliert heisst das, man will die Tauben so hörend wie möglich machen, um den körperlichen Fehler des Nicht-Hören-Könnens, in einer mehrheitlich hörenden Gesellschaft, zu reduzieren. Man könnte also schlussfolgern, dass die Taubengemeinschaft nicht als solche und ein tauber Mensch nicht so wie er ist, nämlich als taub angenommen wird (*Heil*, 2017).

Gegenwärtig wird, der Begriff der Taubheit von den betroffenen nicht hörenden Menschen als positive Selbstbezeichnung angesehen, dies egal ob Rest-Hörigkeit oder eine Schwerhörigkeit vorliegt. Somit kann auf das Defizit bezogene Wort: Gehörlosigkeit, hörbehindert, hörgeschädigt oder gehörlos abgelegt werden.

Im weiteren Verlauf der Arbeit, werde ich den Begriff der Taubheit und Taube für die Menschen verwenden und mich vor allem auf die Personen mit völligem Hörverlust 95% bis 100% beschäftigen. Ansonsten wird auf den Begriff der Schwerhörigkeit zurückgreifen.

2.2 Taubenkultur

Aus soziokultureller Sicht gilt es im Kontext des Begriffes Taubheit, die «Welt der Tauben» zu betonen. Taube Menschen haben eine besondere Kultur, die sogenannte Taubenkultur. Eine wichtige Besonderheit dieser Kultur ist die Sprache dieser Gemeinschaft, die Gebärdensprache. Sie ist visuell, sehr ikonisch und stark von Rollenübernahme geprägt. Taube verstehen sich selbst nicht als Behindertengruppe, sondern als eigene Sprach- und Kulturgemeinschaft. Seit

2002 ist die Gebärdensprache als offizielle Sprache ausgewiesen. In der Schweiz ist die Sprache jedoch auf nationaler Ebene noch nicht anerkannt, sondern bis anhin nur in der Genfer und Züricher Kantonsverfassung erwähnt. Innerhalb der Gemeinschaft existiert, genauso wie in der Hörgemeinschaft, eine eigene kollektive Lebensnormalität. Die Gruppe der Taubenkultur setzt sich aus gleicher Heterogenität zusammen, wie dies in der hörenden Mehrheit der Fall ist. Auf Grund dessen können auch die folgenden Konzepte der Identitäts- und Persönlichkeitsbildung sowie die Überlegung zu der Psychotherapie in Gebärdensprache deutlich unterschiedlich ausfallen (*Martinkat, Terhorst, 2021*). Erschwerend zur eigenen Heterogenität in der Welt der Tauben kommt noch die Problematik der «Zwischen den Welten»-Unterscheidung dazu, d.h. wie stark das Individuum mit den beiden Welten in Verbindung ist (*Fellinger et al., 2005*)).

3. Herausforderungen in der Entwicklung von tauben Kindern vor dem Hintergrund der integrativen Entwicklungs-, Identitäts- und Persönlichkeitstheorie.

3.1 Klinische Entwicklungspsychologie der IT im Zusammenhang mit Hörbehinderung

Die IT befürwortet, dass das Leben und die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit nur über die ganze Lebensspanne betrachtet verstanden werden kann. Entwicklungspsychologisches Denken zeigt für die klinisch-therapeutische relevante Arbeit (*Apfalter et al., 2021*). Im Grundkonzept existiert der Mensch als soziales Wesen und es entwickelt das «Sein im Mit-Sein». Die Viation, der persönliche Lebenslauf, ist ein höchst individueller Prozess, mit Prägnanz-Tendenz von immer wiederkehrenden Ereignissen. Im Entwicklungsmodell der Integrativen Therapie verzahnen sich Konzepte der Persönlichkeitstheorie und Ergebnisse der empirischen Entwicklungsforschung. «life-span-development» alle unterschiedlichen Lebensthemen, die sich über das ganze Leben erstrecken – unterschiedliche Hindernisse nehmen und Chancen entdeckt werden. Wir sind darauf angewiesen, dass unsere Um- und Mitwelt «gut genug» ist (*Rahm, 1993*).

3.2 Persönlichkeitsmodell der IT im Zusammenhang mit Hörbehinderung

Das Wort Identität stammt aus dem Lateinischen und bedeutet das Gleiche, d. h. mit dem Konzept Identität geht die Vorstellung einer Übereinstimmung mit sich und etwas Äusserem. «Identität ist nur in der Interaktion und im Austausch mit anderen zu entwickeln» (*Ahrbeck, 1992*). Die IT hat aber eine eigene, spezifische Persönlichkeitstheorie und dabei auch Identitätstheorie entwickelt (*Petzold 2012q*)

Das Persönlichkeitsmodell der IT umfasst drei Dimensionen, welche sich auf die Basis der longitudinalen Entwicklungs- und Sozialpsychologie stützt: das Selbst, das Ich und die Identität, welche mit der Zeit eine gewisse Stabilität, Konstanz und Qualität entwickeln, jedoch immer gemeinsam in lebendiger prozessualer Synergie funktionieren, welche durch die beständige Interpretationsarbeit und durch Reflexion von Kontext und Kontinuum in flexible Persönlichkeit mit fundierter Souveränität konstituiert wird (*Leitner, Höfner, 2020; Petzold, Orth, 2014*).

Wir sind Individuen, («unteilbare»), weil wir leiblich voneinander abgegrenzte Körper haben. Wir sind im ständigen Austausch mit unserer Umwelt: Nur der geringste Teil dieser Austausch-Prozesse ist uns bewusst. Je nach Umfeld verändern wir uns. Unsere Persönlichkeit ist ein

ständiger Prozess. Leib, Lebenswelt (Kontext) und Biografie (Kontinuum) in ihrem Zusammenwirken machen unsere Persönlichkeit aus. (*Rahm, 1993*)

Das Selbst wird durch die Selbstbestätigung, das Selbsterleben und das eigenleibliche Spüren gebildet. Grundlage dafür ist das Wahrnehmen der Reaktionsfähigkeit. Das Selbst gründet im Leiblichen und kann dadurch als Leibselbst verstanden werden. Der ursprüngliche Teil der Persönlichkeit beginnt bereits intrauterin (Erlebte Konfluenz mit der Mutter). (*Petzold, 2003a S. 341, ders. 2012q*).

Das Leibselbst ist die Einbettung des Leibs in den Zeitgeist und dessen Eindrücke im Umfeld. In der integrativen Therapie wird dieser als informierter Leib betitelt. Das Leibselbst entwickelt sich im jeweiligen Kontext und Kontinuum und entfaltet sich durch das «Zusammenwirken von genetisch vorgegebenen Reifungsschritten und Stimulierungen aus dem ökologischen Milieu, dem Lebensraum, als Produkt mehrerer sich ausbildender sensomotorischer, emotionaler, kognitiver und kommunikativer Schemata. Der Leib ist über das Leben hin gesellschaftlich imprägniert und kann als «social body» bezeichnet werden (*Petzold, 2003a 143ff*). Säuglinge sind mit einem «archaischen Leib-Selbst» ausgestattet (*Rahm, 1993*). Das «archaische Leibselbst», wird als der Ausgangspunkt der Integrativen Persönlichkeitstheorie angesehen und deklariert die biologische-organismische Grundlage des Menschen (*Höhemann, Siegele, 2004*). Durch die Heranreifung von archaischen zum integrierten, reifen Selbst führt zu einem entfaltend und ausformenden Selbst. Die Persönlichkeit ist gut entwickelt, wenn ein funktionsfähiges Ich und eine prägnante Identität auf der Grundlage eines stabilen Selbst (*Apfalter et al., 2021 S.58ff*).

Damit ist das Leib-Selbst nicht nur die «materielle Realität» des biologischen Organismus, sondern auch die «transmaterielle Realität» (*Höhemann Siegele, 2004*).

Das reife Selbst konstituiert eine Identität aufgrund von erlebten Identifizierungen (Fremdattributionen), Identifikationen (Selbstattributionen), der emotionalen Bewertung (valuation) und der kognitiven Einschätzung (appraisal) und dies alles im Zeitkontinuum (*Petzold, 2012q*).

Das Ich kann als das Selbst in Tätigkeit (in actu) beschrieben werden. Es wird durch interpersonelle Erfahrungen gebildet und legt so den Grundstein das Urvertrauen (*Höhemann, Siegele, 2004*). Das Ich wird in diesem Zusammenhang «als die wache, bewusste Instanz der Person angesehen, die mit ihrer Fähigkeit zu synthetisieren und ihrem idealistischen Streben nach Freiheit auch die Urheberin personaler Identität darstellt (*Osten, 2019*). Die wesentliche Ich-Leistung besteht in den Funktionen der Sinne, der Kognitionen und Volitionen und dem dadurch ermöglichten Erfassen von Zusammenhängen, der Verortung des Selbst in Kontext und Kontinuum und damit der Ausbildung der Identität. (*Petzold 2012q; Leitner, Höfner, 2020, S.102f*)

Identität wird als die Gesamtheit der Ich-Funktionen verstanden, welche in 3 Untergruppen unterteilt werden. Die *primären* (basale) Ich- Funktionen sind: Wahrnehmen, Fühlen, Memorieren, Wollen, Denken, Handeln, Kommunizieren und Synthetisieren.

Integrieren, Differenzieren, Demarkation (Abgrenzung), Planen, Metreflektieren, Rollendistanz, Ambiguität, Souveränität, Frustrationstoleranz und Kreativität werden als die *sekundären* Ich-Funktionen verstanden.

Und zuletzt sind die *tertiären* Ich-Funktionen: das soziale Gewissen, politische Sensibilität und philosophische Kontemplation (*Petzold, 2003a S.435ff*).

Identität konstituiert sich durch die Ich-Funktionen und dem Zusammenwirken zwischen dem Leib und dem Kontext im Zeitkontinuum. Es ist ein dynamischer Prozess (*Apfalter et al., 2021, S.58ff*).

Die Identität wird als die höchste Leistung des Ich und dessen Funktionen und Prozessen gesehen und ermöglicht eine gewisse Stabilität und Konsistenz im Selbst – und Welterleben auch bei aller Veränderung im Kontinuum (*Apfalter et al., 2021 S.58ff*). In der Identität werden die verschiedenen Selbstbilder und Persönlichkeitsaspekte, Fremdbilder, Rollen, Teilpersönlichkeiten durch die Ichfunktionen integriert (*Petzold, 2003, S. 433*). Persönlichkeit besitzt einen narrativen Aufbau, der durch eine transversale und intersubjektive Hermeneutik erschlossen werden kann. Damit stellt Persönlichkeit keine fixierte, sondern eine «sequentielle Wirklichkeit» dar (*Petzold, Orth, 2018*).

Ein Individuum wird im Konzept des «informierten Leibes» definiert. Dieser Leib gilt als informiert durch die von aussen wahrgenommene Reize aus der sozialen, kulturellen und ökologischen Welt und der aus dem Inneren des Leibes vermittelten Wahrnehmungen über sich selbst und seine Befindlichkeit (*Leitner, Höfner, 2020 S. 142*). Der Begriff der Identität bezieht sich auf das Bewusstsein, das eine Person von sich selbst hat, also auf ihr Selbstbild, ihr Selbstkonzept, ihre Selbstdefinition.

Um die Komplexität der Identität zu reduzieren, kann das Konzept der 5 Säulen der Identität einbezogen werden (*Rahm, 1993*):

- Leiblichkeit
- Soziales Netzwerk
- Arbeit, Leistung und Freizeit
- Materielle Sicherheit und milieuökologische Bezüge
- Werte und Normen, z. B. weltanschauliche und religiöse Überzeugungen

Eine ausgewogene Identitätsbildung gelingt nur dann, wenn sich die Erfüllung der Fremderwartung und die Ausbildung der Ich-Identität in Abgrenzung zu anderen in einem Gleichgewichtsverhältnis befinden. Diese Fähigkeit der Reflexion für sich selbst und andere, setzt ein gesundes Selbst- und Fremdbewusstsein voraus (*Ahrbeck, 1992*). Das Ziel ist es eine vielfacettige, emanzipierte Identität zu gewinnen und eine emanzipierte Identität als Dimension des Selbst herauszubilden (*Petzold, 2003a S.432*). Die Reifung des Selbst ist eine lebenslange Aufgabe. Jedoch ist die Sprachentwicklung für die Ausbildung der Identität besonders wichtig, da dadurch das Erlernen der Exzentrizität entwickelt werden kann (Beginn ca. im 12. und 18. Lebensmonat (*Petzold, 2003a*).

3.3 zur Bedeutung der Leiblichkeit, Zwischenleiblichkeit, Sprachentwicklung, Kommunikation und nonverbale Kommunikation, Ko-respondenz

Kontakt gilt als die Grundlage für Leiblichkeit und Ko-respondenz. Zu jedem Kontakt gehört Berührung und Abgrenzung, differenziert sich in der Art, Intensität und Dauer. Ko-respondenz ist die Basis für alle Beziehungen und Erfahrungen. Soziale Fähigkeiten, werden in engen sozialen Interaktionen gelernt und gekoppelt.

Zentral ist hierbei das Erleben der Integrität und Kontinuität der eigenen Person im Sinne von Ganzheit (*Zimbardo, 1983*). Die interaktive Handlung mit verschiedenen Bezugspersonen ist für die kindliche Sozialisation und Ausbildung der eigenen Identität von zentraler Bedeutung, bei der die Sprache eine entscheidende Rolle spielt, um mit dem Kontext in Interaktion zu treten. Die Identitätsbildung gelingt nur dann, wenn dies durch eine gemeinsame Sprache erreicht werden kann (*Zimbardo, 1983*).

Das trägt zur Ausbildung der Fähigkeiten zur Interaktion bei, z.B. in kommunikationsähnlichen wechselseitigen bzw. gemeinsamen Spielen zwischen Kindern und Erwachsenen. Mit 3 Monaten beginnt das Kind zu lallen, um Gespräche zu führen und die Melodie der Sprache zu erlernen (*Rahm, 1993*). Unter Kontakt verstehen wir: füreinander aufmerksam zu sein, verbal oder nonverbal miteinander im Dialog zu sein. Kontakt ist ein Zusammenspiel von leiblicher Nähe, Berührung und Abgrenzung. Begegnungen werden definiert, als kurze, aber intensive «existenzielle» Kontakte, Intersubjektivität als das Zusammenspiel «zwischen mir und dir». Beziehungen sind dauerhafte Kontakte, die in ihrer Dichte und Intensität variieren. Beziehungen können sich nur positiv entwickeln, wenn die Fähigkeit zu Abgrenzung, zur Konfliktprägnanz, zur wechselseitigen Einfühlung und zum gemeinsamen Realitätsbezug gegeben ist. Zur inneren Stabilität eines Menschen gehört neben der Erfahrung von Intensität auch die Erfahrung von Dauer.

Interaktionen jeglicher Art können unter vier Aspekten betrachtet werden:

1. Impuls-/Bedürfnis-Aspekt – Anstoss für Interaktion
2. Beziehungs-Aspekt – Beziehungsangebot und Rollenangebot der einen Person
3. Kommunikationsaspekt – wird dann deutlich, wenn wir den Partner nicht mehr verstehen
4. Kooperations- und Konsens-Aspekte – die Einigung darüber, wie die zwei Parteien weiter verfahren wollen

In allen Situationen sind diese vier Aspekte mehr oder weniger enthalten. Um Störungen der Interaktion auf die Spur zu kommen, lassen sich sprachliche und nicht-sprachliche Interaktionen genauer unter diesen vier Aspekten betrachten (*Wattenberg, 2014*). Eine Schwierigkeit entsteht, wenn sich die Interaktionspartner nicht einig sind und die Situation nicht geklärt werden kann. Somit haben beide nicht dieselbe Realität, was die anderen Aspekte beeinträchtigt und die Beziehung erschwert (*Leitner, Höfner, 2020*).

Der Kommunikationsaspekt tritt immer dann in den Vordergrund, wenn Missverständnisse über die Beziehung vorliegen. Wenn beide Partner die Situationen unterschiedlich interpretieren, haben sie sich in unterschiedlichen Realitäten bewegt. Wenn die Meta-Kommunikation nicht möglich ist oder verweigert wird, bricht Kommunikation zusammen (*Leitner, Höfner, 2020*).

Die Verständigung kann auch durch schlüssiges Handeln herbeigeführt werden. Wir entwickeln Verhaltensmuster, durch die wir in Verbindung treten, für uns selbst und andere Befriedigung suchen und Herausforderungen bewältigen. Unsere Persönlichkeitsstrukturen kann man also als verdichtete Beziehungserfahrung bezeichnen. Wenn der Kontakt zu uns selbst und unserer Umwelt blockiert ist, besteht die Gefahr, dass wir erkranken. Der Kontakt zu uns selbst und unserer Umwelt kann unterschiedliche Dichte haben. Die Fähigkeit zwischen Zentrierung und Exzentrizität zu wechseln, ist die Grundlage für unsere Entscheidungsspielräume und letztlich die Grundlage für die Entwicklung unseres Selbst, unserer Identität, unserer ganz persönlichen Geschichte (Rahm et al. 1993 S. 178f). Zwischen 18 Monaten und ca. vier Jahren beginnt das Kind, das «verbale Selbst» zu entwickeln: Es bildet ein Gefühl dafür, dass Dinge in Symbole/ Sprache gefasst werden können. Voraussetzung dafür ist die Befähigung, sich selbst zum Gegenstand der Reflexion machen zu können (Fähigkeit zur Exzentrizität). Der Erwerb der Sprache führt zu einer Bereicherung von Gefühlen,

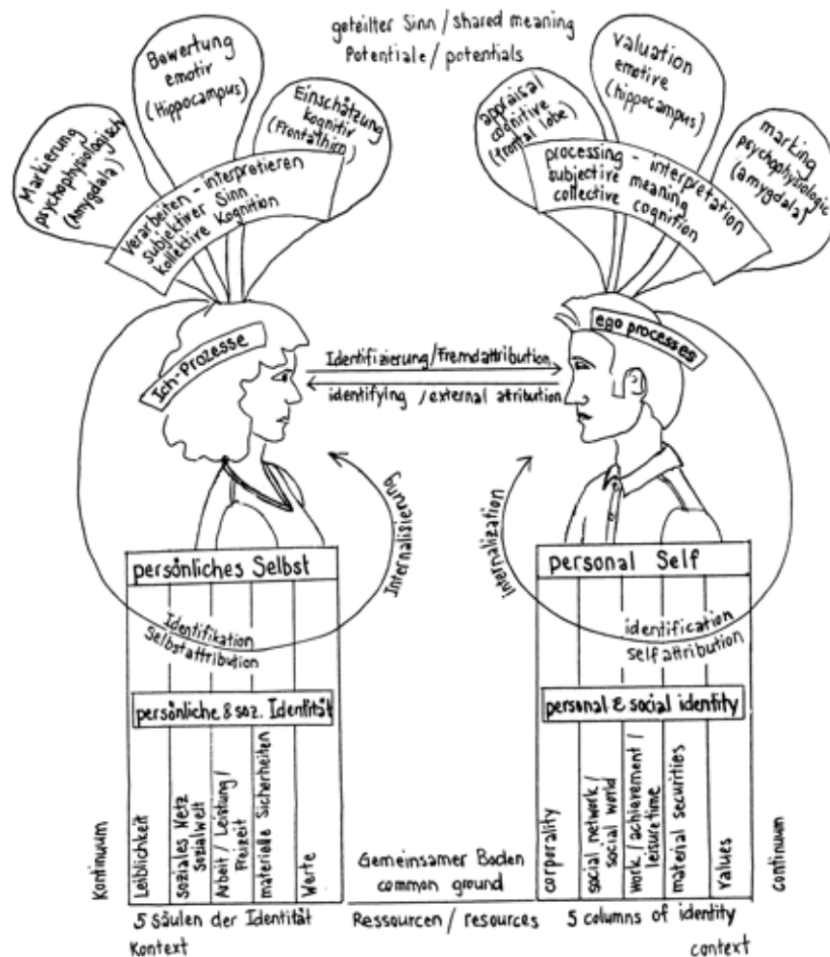


Abbildung 1 Das Subjekt als personales System: Selbst, Ich und Identität in Kontext/ Kontinuum, in Lebenszeit und Lebensraum, in der "Lebenslage"- intersubjektive Ko-responsenz und Identitätsarbeit (aus Petzold 1998a, 371, vgl. zur Theorie Petzold 2012q.)

Zusammengehörigkeit und Gemeinsamkeit. Mit zunehmender verbaler Kompetenz beginnt das Kind aber auch, sein eigenes Erleben zu verstehen, zu kommentieren, zu erinnern und einzuordnen, also seine persönliche Geschichte zu entwickeln, seine Narration (*Rahm et al., 1993 S.228*). Erst im Alter von vier bis fünfeinhalb Jahre wird die Sprache vom Sinn her steuernd. Sprache wirkt sich auch auf die Erinnerungsfähigkeit von Kindern aus. (*Rahm et al. 1993 S. 233f*)

Das Individuum erwirbt und erfährt im Laufe der Sozialisation verschiedene Kommunikationsformen und entwickelt daraus eine kommunikative Erwartungshaltung, wie die Kommunikation mit dem Gegenüber je nach Situation ablaufen soll. Wenn Kommunikation und Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter entstehen, die wiederum auch gestörte Interaktionsbeziehungen nach sich ziehen können, können sich im Extremfall Persönlichkeitsstörungen durch negative Kommunikationserfahrungen herausbilden (*Leven, 1997*).

Imitationsprozesse nehmen nicht nur bei Entwicklungs- und Lernprozessen eine wichtige Rolle ein (z. B. Sprachentwicklung), auch im sozialen Bereich vereinfacht Imitation den Fluss der Interaktion (z. B. Beziehungsregulation)(*Ramseyer, 2010; Wallbott, 1995*).

Ob uns jemand sympathisch oder eher unsympathisch ist, hängt zu einem grossen Teil von Vorgängen ausserhalb unseres Bewusstseins ab, von der «Chemie» zwischen den Beteiligten. Allein im Lauf einer einzigen Psychotherapie-Sitzung tauschen Therapeut und Patient mehr als eine Million körperliche Signale miteinander aus (*Fuchs, 2003*). Korrespondenz führt zu Konsens oder Dissens, weiter zu Konzepten und im Idealfall zu einer Kooperation. Es werden Wahrnehmung, Emotion, Verarbeitung, Kognition, Handeln und Verhalten als miteinander verschränkte Dimensionen des personalen Systems gesehen. Scheitern von Ko-Resonanz führt zu Entfremdung, Frontenbildung, Rechtsstreitigkeit, gesundheitlicher Störung, Krankheit und Krieg (*Petzold, 2003a*).

4. Ätiologie psychischer Störung bei Hörgeschädigten im Zusammenhang mit den Konzepten der IT der Identitätsentwicklung aber auch der Schwierigkeit der Kommunikation

Kommunikation wird als das scheinbar «Normalste auf der Welt» betrachtet. Doch für hörbehinderte Menschen ist genau dies die Schwierigkeit ihres Lebens, welche sie von den Menschen und Interaktionen und somit einer Exzentrik fernhält und die Identitätsentwicklung, wie in der vorherigen Abschnitten beschrieben, erschwert oder sogar verunmöglicht. Im Folgenden sollen die Barrieren genauer erläutert werden. Bereits der medizinische Gedanke, die Behinderung als eine Einschränkung zu betrachten, beeinflusst die Nicht-Akzeptanz der Gehörlosigkeit in der Gesellschaft, das Anders-sein als Teil der Identität des Individuums. Das Konzept von *Emmanuel Levinas* (1983) beschreibt mit seinem Konzept die Wichtigkeit grundsätzlicher Verantwortung und bedingungsloser Wertschätzung der «Andersheit des Anderen» und *Gabriel Marcel* (1949,1967) mit seiner existentiellen Verortung der «Menschenwürde in der Intersubjektivität» (*Petzold, 2003a, S. 48*) ebenso. Beeinträchtigungen des Ko-respondenzprozesses in Bezug auf die ontologische Prämisse «Sein ist Mitsein» (*Petzold, 2003a, S.71*) behindern eine intersubjektive Ko-respondenz .

4.1 Gesundheits- und Krankheitslehre

«Gesundheit und Krankheit sind zwei Dimensionen menschlicher Existenz» (Petzold, 2003a, S. 447) Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit sondern eine subjektiv erlebte und bewertete sowie externale wahrnehmbare, genuine Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leibssubjektes und seiner Lebenswelt (Petzold, 2003a, S.448). Die Integrative Therapie steht stets für eine multifaktorielle Genese für Gesundheit und Krankheit, biopsychosoziale Einflüsse und ökologische, kulturelle, kontextbezogene sowie sozioökonomische Phänomene. (Leitner, Höfner, 2020, S.147).

Die Anthropologische Gesundheit, bzw. Krankheitslehre liegt der Forschung zu Grunde. Die Krankheit gründet in Dysregulation und Entfremdung, wobei die Gesundheit mit Integration, Kohärenz und Zugehörigkeit definiert wird. Die befasst sich also mit den übergeordneten Zusammenhängen der Pathogenese, den «Ursachen hinter den Ursachen und Folgen nach den Folgen»(Petzold, 1994c/ 2015, s.32).

Grundlegende Thesen zur Krankheitsentstehung sind:

(1) sie ist niemals eindimensional – ursächlich, sondern immer kontextbezogen und multifaktoriell. Es ist in eine Entwicklungskontinuum zu stellen und gleichzeitig von soziokulturellen Kontexten abhängig.

(2) Genetische (vererbte) Disposition gemeinsam mit

(3) traumatisierenden Ereignissen führen zu negativen Ketten. Die anthropologische Krankheitslehre, darf nicht zu solipsistischen Tendenzen führen (Petzold, 2003a).

Zu einer Erkrankung kommt es dann, wenn langfristig keine Kompensationsmöglichkeiten (coping) gegeben sind oder die Kompensationsmöglichkeiten nicht mehr den aktuellen Belastungsfaktoren gewachsen sind (Akkumulationsmodell, (Osten, 2019), resultieren in multipler Entfremdung und Verdinglichung (Petzold, 2003a, S. 451).

Die Klinische Krankheitslehre zentriert sich im Konzept der «multiplen pathogenen Stimulierungen», als Wirkungen in konkreten Szenen, die für alle Bereiche der Persönlichkeit: Selbst, Ich und Identität zum Tragen kommen können. Entweder durch Überstimulierungen (Traumata), Unterstimulierungen (Defizite), Inkonstante Stimulierung (Störungen) oder widerstreitende Stimulierungen (Konflikte) (Petzold, 2003a, S. 452).

Konflikte, werden prägnanter erlebt als Störungen.

(1) Appetenz-Aversion-Konflikt: der Mensch bleibt in der Spannung.

(2) Appetenz-Appetenz-Konflikt: dies könnte zur Spaltung in der Identität führen, da nicht beide Erwartungen erfüllt werden können.

(3) Aversion-Aversion-Konflikt bezeichnet die Wahlmöglichkeiten zwischen zwei Übeln.

Leibliche Gesundheit umfasst mehr als nur körperliches Funktionieren, es schliesst auch Qualitäten wie seelische Ausgewogenheit, geistiges Interesse, zwischenmenschliche Beziehungen, soziales Engagement und ökologische Bewusstheit mit ein, um einmal eine Reihe von Merkmalen von Gesundheit zu benennen (Petzold, 2003a, S. 430f).

In der klinischen Krankheitslehre entwickelt jede Person ihre ganz persönliche Sicht auf (ihre) Krankheit, welche nur annäherungsweise erklärt werden kann. Krankheitsentstehung im jeweiligen Prozess der Persönlichkeit, sowie die Entwicklungstheorie beziehen sich auf 2 Grundmodelle: den Kontext und das jeweilige Kontinuum (Rahm, 1993).

4.2 Risikofaktoren und protektive Faktoren bei gehörlosen Menschen

Neben den allgemeinen Risikofaktoren, welche neben psychiatrischen Probleme des Elternteils, zu ethnischen Minderheiten, rigiden Erziehungsvorstellungen etc. (*Petzold, H.G., Müller L. 2004c*) zählen, wird die Inexistenz des Hörvermögens als Risikofaktor für psychische Erkrankungen angenommen.

Hinsichtlich der Ätiologie der psychischen Erkrankungen kann eine Hörschädigung im Sinne des Vulnerabilitäts- Stress- Modells einen Risikofaktor in der Entwicklung über das ganze Leben darstellen und somit psychische Erkrankungen begünstigen. Studien beweisen, dass hörgeschädigte Personen durch die Kommunikationsschwierigkeiten mit ihrer Umwelt mehr Stress erleben als hörende Personen, was als Risikofaktor für die psychische Entwicklung verstanden werden kann (*Wattenberg, 2014*). Störungen der Emotionalität und der Beziehungen sind nun aber die entscheidend ursächlichen Aufrechterhaltungs-Faktoren psychischer Erkrankungen (*Turner et al., 2006*). Inkonstante oder uneindeutige Stimulierungen führen zu Störungen im Erlebens- und Verhaltensablauf. Auf diese Weise können sich auf die Dauer keine stabilen inneren Erlebnisgestalten herausbilden (Störung/inkonstante Stimulierung).

Studien zeigen, dass gehörlose Kinder mit ausgeprägten, laut- und/oder gebärdensprachlichen Kommunikationsfertigkeiten sich hinsichtlich der Prävalenz psychischer Erkrankungen nicht von hörenden Kinder unterscheiden (*Fellinger et al., 2012*).

Neben dem allgemeinen Informationsmangel durch beispielsweise Fernsehuntertitelung von nur 3 % in Deutschland und durch die fehlgeleitete Pädagogik, die nach wie vor dem Phonozentrismus der oralen Methoden nachhängt und die Gebärdensprache zu Unrecht vernachlässigt, ist dies nur ein Beispiel, mit ausgesprochen negativen Auswirkungen auf die kognitive und soziale Entwicklung tauber Menschen ebenso wie die Chancenungleichheit durch Bildungslücken, aber auch soziale Abschreckung der Chefs etc. Während des Entwicklungsprozesses kommen Unsicherheiten, Angst, Minderwertigkeit und Versagensgefühle hinzu, welche die Entwicklung negativ beeinflussen können.

Die soziale Situation des Kindes wird in der integrativen Therapie als wesentlicher Parameter der Gesundheit und Krankheit des Kindes betrachtet (*Petzold, H.G., Müller Lotti 2004c*).

Die Art der Kommunikation bei Eltern und Kindern ist in diesen Fällen wichtig. Zu wenig Verantwortung und Vernachlässigung der besonderen Bedürfnisse bei Gehörlosigkeit des Kindes von Seiten der Eltern z. B. für das kindliche Erlernen sozialer Kompetenzen sind für den Entwicklungsprozess für das Erwerben von Überlebensstrategien nicht förderlich. Dies mindert zusätzlich die Chancen eines Erfolgserlebnisse (*Bräunlich et al. 2011*).

Das kritische Entwicklungsfenster für die natürliche Sprachentwicklung gilt für die ersten fünf Lebensjahren. Frühe Schädigung von Interaktionen können Beziehung und Bindungsfähigkeiten beeinträchtigen, Retardierung, Hospitalisierung oder Deprivation zur Folge haben (*Rahm, 1993*). Diese psychischen Syndrome beschreiben oft einen irreversiblen Zustand, der vergleichbar mit einer kognitiven Einschränkungen im Erwachsenenalter ist (*Martinkat, Terhorst, 2021*). Ein möglichst früher barrierefreier und frühere Zugang zu Sprache ist essenziell wichtig für Kinder, weil er den Weg zur interaktiven Erschliessung der Welt eröffnet (*Martinkat, Terhorst, 2021, S.64*).

Eine Orientierung im Milieu des Kindergartens auch die Zuwendungen und Korrespondenzprozesse der Gleichaltrigen dienen den Entwicklungsaufgaben, der Abgrenzung sowie dem Umgang mit Konkurrenz und Selbstbehauptungsfähigkeit. Zwischen 3 und 5 Jahren kommt es zu einer wesentlichen Stabilisierung des Selbstbildes, des Ideal-Selbsts, also zu einer Reifung der Identität (*Rahm, 1993*).

Eine unzureichende innerfamiliäre Kommunikation und Sprachdeprivation sowie deren kognitive und sozioemotionale Folgen erhöhen das Risiko für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Erkrankung (*Fellinger et al., 2005; Leven, 2018; Martinkat, Terhorst, 2021, S. 98*). Kommunikation in der Familie ist als Basis für alle Beziehungen und Erfahrungen für die weitere Entwicklung anzusehen, die in den ersten Jahren durch non-verbale Kommunikation aufgefangen werden kann. Die non-verbale Kommunikation ist eine ebenso zentrale wie verborgene Dimension der Arzt-, Patienten- Beziehung. Sie vermittelt nicht nur wertvolle Informationen über das emotionale Erleben des Patienten, sondern gestaltet implizit die therapeutische Beziehung und wird wesentlich mit Stimme, Gestik und Mimik als paraverbale Vermittlung auch für Diagnosen möglich.

Doch das «verbale Selbst» des Kindes in einem Umfeld, in dem die Sprache nicht erlernt oder gar verstanden werden kann, birgt grosse Risiken für eine behinderte Identitätsentwicklung. Taube Kinder, welche von ihren Eltern nicht voll akzeptiert und damit einhergehend respektvoll behandelt werden, reagieren auf Konflikte häufig mit sehr starken emotionalen Reaktionen wie z. B. Wut und Trauer bei der möglicherweise Emotionen von Ohnmacht auslösend sind. Adäquater Umgang mit der Behinderung ist nicht einfach für die Familien (*Wattenberg, 2014*).

Neben den oben erwähnten Auswirkungen des Risikofaktors für schwierige Identitätsentwicklung, sollen im Folgenden protektive Faktoren beziehungsweise Veränderung des Kontextes und Kontinuums besprochen werden, welche bei den Betroffenen zu einem möglichen protektiven Faktor bzw. Resilienzfaktor werden könnten. Als Protektive Faktoren gelten externale Einflüsse aber auch internale Einflüsse, die im Entwicklungsgeschehen und Lebenslauf positiven Einfluss haben können (*Petzold, H.G., Müller Lotti 2004c*).

Für eine schulische Gleichstellung der Hörgeschädigten könnte eine gebärdensprachbasierte statt eine lautsprachbasierten Unterrichtsform sorgen. Damit könnten bereits die ersten Barrieren der Identität und Inklusionsentwicklung abgebaut werden. Schulische Inklusion oder Verbesserung der Chancengleichheit wäre durch die Verwendung von Gebärdensprachen und das Angebot von barrierefreiem Zugang zu Sprache durch die Gebärdensprache möglich. Die ausreichende gebärdensprachliche Frühförderung sollte verstärkt werden (*Bräunlich et al. 2011*), wodurch auch die Chancengleichheit im Schulischen- wie auch im Beruflichen Kontext ausgebaut werden könnte. Zugehörigkeit zu Peers und deren Bildern und Kommunikationen, spielen in der weiteren Entwicklung sowie Identitätsbildung einen wichtige Rolle (*Rahm, 1993*). Bei den Gehörlosen treffen sich die einzelnen Peers und wie aus der Geschichte der Gebärdensprache bekannt ist, ergibt sich zwischen den tauben Menschen automatische eine Gebärdensprache, welche die Barriere so klein als möglich halten sollte. Die Zeit zwischen dem 18 und 25 Lebensjahr ist geprägt von der Spannung zwischen Abgrenzung, Entwicklung und Entfaltung der eigenen Persönlichkeit einerseits und Beziehung und Bindung an einen anderen Menschen andererseits, das ist per se eine innere Zerreihsprobe (*Rahm, 1993*).

Je grösser die Kommunikationsbeeinträchtigung, desto geringer ist oft auch das Gefühl der Zugehörigkeit zu anderen Menschen (*Bräunlich et al. 2011*). Kommunikationsstörungen und ihre kognitiven Auswirkungen, Identitätsprobleme sowie soziale und emotionale Entwicklungsstörungen sind die Folgen. Das Problem des Nicht-hören-könnens als ein echtes Problem wird immer wieder vor Augen geführt. Dies bedeutet eine hohe Belastung für die Gehörlosen. Studien aus den USA von *Turner, Lloyd, Taylor (2006)* untersuchten die Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit einer körperlichen Behinderung und fanden eine nahezu doppelt so hohe Lebenszeitprävalenz wie bei der Kontrollgruppe, sowie Kommunikationsprobleme als eine Unterstimulierung bzw. ein Defizit bezüglich der Anregung seiner Mit- und Umwelt. Das Kontaktbedürfnis wird nicht befriedigt. Dies kann zu einer Schädigung des Leibes selbst führen und dadurch zu einer Entfremdung des eigenen Leibes (Defizit/Unterstimulierung).

Die besondere Bedeutung der Verhaltensnormen wird in der Integrativen Therapie als äusserst wichtig empfunden, um eine Stigmatisierung der Kinder zu verhindern. Vor allem in der Arbeit mit behinderten Kindern ist die identitätsnormierende Perspektive von zentraler Bedeutung (*Petzold, H.G., Müller Lotti 2004c*).

Als besonderer Schutzfaktor oder auch erworbene Resilienz, vor den oben erwähnten Belastungen (Kommunikationsbeeinträchtigungen in Familie und Gesellschaft, Informationsmangel etc.) gilt die Zugehörigkeit zur Gehörlosengemeinschaft. Sie fördert die Identität, Bildung, das Selbstvertrauen und den Aufbau sozialer Beziehungen (*Fellinger et al., 2012*). Wenn die Einbettung im Kontext (soziale Unterstützung, verlässliche Beziehungen, positive Erziehungsklima, Möglichkeitsräume, soziale Vorbilder ect.) des Tauben als unterstützend wahrgenommen wird, kann dies über die Lebensspanne als potentiell protektiver Faktor/ Resilienz Faktor über die Lebensspanne gelten gemacht werden (*Petzold, H.G., Müller Lotti 2004c*).

5. Psychotherapie mit tauben Klienten in Gebärdensprache

Um einem psychisch Kranken diagnostisch, therapeutisch und menschlich gerecht zu werden, sollte man mit ihm kommunizieren und sich zudem ein Bild von der sozialen Realität seines Alltags machen können. Die Umsetzung dieser Grundvoraussetzungen psychiatrischer/psychotherapeutischer Arbeit stellt in Hinblick auf den Umgang mit gehörlosen Patienten eine besondere Anforderung dar, beruhen die diagnostischen Instrumente doch auf Sprache und sind nur für hörende Personen normiert worden (*Glickman, Harvey, 2008*).

5.1 Anforderung und Herausforderungen an (hörende) Therapeutinnen

Spezielle Bedürfnisse tauber Klienten:

1. Kommunikation ist in der Gesprächs- und Beziehungsgestaltung von grosser Bedeutung.
2. Ein weiteres spezifisches Thema ist der Zugang zu Hilfsangeboten. Es besteht der Wunsch, Beratungsstellen mit dem Thema Taubheit zu haben, um eine einfachere Zugänglichkeit zur hörenden Welt zu ermöglichen.
3. Es wurde ein Interesse an Therapeuten ohne Wissen über Taubenkultur deutlich, da diese andere, unabhängige Ideen einbringen können.

Hörende TherapeutInnen sollten sich Wissen über die Kultur, Sprache und Kognition tauber Menschen aneignen, da sie nur unzureichende Fertigkeiten besitzen und Kommunikationsmöglichkeiten kennen, um das Verhalten tauber Klientinnen richtig zu deuten und angemessene Behandlungsmethoden zu entwickeln (*Martinkat, Terhorst, 2021*, S.85). Eine gemeinsame Kommunikationsebene soll durch eine gute Gebärdensprachkompetenz vom Therapierenden vorhanden sein, um den Bedürfnissen der gehörlosen Person gerecht zu werden (*Martinkat, Terhorst, 2021*, S. 113). Nonverbale Synchronisation, – die Koordination nonverbalen Verhaltens zwischen Interaktionspartnerinnen – wurde wiederholt als wichtige Variable der Beziehungsqualität betrachtet (*Fuchs, 2003*). Sowohl die unmittelbar empfundene Beziehungsqualität (Einschätzung direkt nach Sitzungsende) als auch der längerfristige Therapieerfolg (Einschätzung nach Therapieende) korrelieren mit dem Ausmass nonverbaler Synchronisation. Patienten und Therapeuten imitieren (empathieren) ihr nonverbales Verhalten gegenseitig (*Olkin, 2001, 2016*). Für hörbehinderte Menschen ist es wichtig, dass das Gegenüber deutlich und nicht zu schnell spricht, um gegebenenfalls von den Lippen ablesen zu können. Manche gehörlosen Menschen können sich auch sehr gut lautsprachlich äussern, jedoch immer nur in Kombination mit Gebärdensprache. Es ist allerdings schwer, Therapeuten zu finden, die die Gebärdensprache beherrschen. Hörgeschädigte Kinder und Jugendliche können bei psychischen Störungen im Salus-Fachklinikum Uchtspringe (Sachsen-Anhalt) stationär behandelt werden.

Das Dilemma dabei: Auch wenn eine barrierefreie Kommunikation möglich ist, ist der Zugang zu Hilfe häufig erschwert.

Es kann dazu kommen, dass der Therapeut schnell idealisiert, als Heiler und mit hierarchischer Abstufung betrachtet wird. Deshalb ist es umso wichtiger, die Selbstwirksamkeit der Betroffenen zu stärken und den Patienten als Experten für sich selbst zu erkennen (Empowerment). Daraus soll ein therapeutisches Arbeitsbündnis auf Augenhöhe entstehen. Es ist wichtig, eigene Grenzen zu offenbaren, um die Idealisierung zu umgehen, Eigeninitiative zu fördern und ein positives Gegenbeispiel zu sein. Wut oder Neid kann sinnvoll sein und gezielt die negativen Erfahrungen mit hörenden Menschen erlebbar machen. Das Hörend-Sein der Therapeuten wird von den Patienten als Vorteil erkannt, da sich die Informationen nicht so schnell wie in der eigenen Gemeinschaft verbreiten. Der Therapeut fungiert als Zugang zur hörenden Welt, somit erhält der Patient Wissen über die Welt der Hörenden aus erster Hand (*Martinkat, Terhorst, 2021*, S. 241ff).

In der therapeutischen Arbeit mit tauben Klienten ist die Aktivierung der Klienten zur Mitgestaltung im Sinne des Empowerments besonders wichtig, da viele taube Personen in ihrer Biografie mit hörenden Professionellen konfrontiert sind, die ihre persönlichen Ziele dominant durchsetzen, ohne in den Dialog zu treten (*Wattenberg, 2014*).

Das Sprach-Deprivationssyndrom der gehörlosen Menschen kann zu Einschränkungen und zu einem verstärkten Symptomkomplex führen und bewirkt eine höhere Wahrscheinlichkeit und stärkere Ausprägung einer psychischen Krankheit (*Martinkat, Terhorst, 2021*). Das Ziel sollte nicht sein, sich unangenehme Emotionen in Bezug auf die Behinderung zu verbieten, sondern diese Emotionen zu akzeptieren, sie aber so weit zu kontrollieren, dass sie sich möglichst wenig

auf das Verhalten dem Patienten gegenüber auswirken und man diesem aufgeschlossen begegnen kann (*Wattenberg, 2014*).

Fast jeder Mensch reagiert in irgendeiner Form emotional auf Behinderungen. Wie diese Reaktion ausfällt, hängt mit den eigenen Prägungen zusammen und kann sich je nach Art der Behinderung unterschiedlich äussern (*Werth, Sieprath, 2002*). Nicht hinterfragte Projektionen wie Mitleid, aber auch Bewunderungen bergen die Gefahr, die Kompetenzen der Menschen mit Behinderung zu überschätzen und eventuelle Probleme zu übersehen etc. (*Werth, Sieprath, 2002*).

Psychotherapeuten sollten daher bei ihrer Arbeit mit betroffenen Patienten sowohl ihre eigene emotionale Reaktion auf die Behinderung reflektieren als auch bedenken, dass der Mensch, der ihnen gegenüber sitzt, auch in seinem Alltag mit starken Reaktionen anderer Menschen auf seine Behinderung konfrontiert wird. Dadurch hat diese Person möglicherweise die Einstellungen von prägenden Bezugspersonen zu seiner Behinderung auch in seinen eigenen Selbstkonzept (Selbst- und Fremdattributionen) übernommen (*Wattenberg, 2014*).

Taube Klienten sollten ihre Gefühle, Stimmungen, Träume und Erinnerungen szenisch im Raum beschreiben und an verschiedenen Orten positionieren können und lernen, um sie zueinander in Beziehung setzen zu können. Körperorientierte Visualisierungstechniken und, innere Bilder können z. B. hervorragend in Gebärdensprache beschrieben werden. Die gesamte Behandlung, die Art der kognitiven Wissensorganisation, die bedingt durch die Sprachmodalität eher simultan-kontextuell ausgerichtet sein sollte, muss stärker in den Blick genommen werden (*Martinkat, Terhorst, 2021, S.85-87*).

GebärdensprachdolmetscherInnen beeinflussen die Interaktion, was bei der Arbeit berücksichtigt werden sollte.

6. Fazit

Die Taubenkultur und ihre Mitglieder bilden ebenso eine Heterogenie wie die hörende Mehrheit. Durch diese Heterogenität lässt sich kein typisches Profil von psychischen Störungen bei Hörgeschädigten ableiten, aber die durch den Hörverlust und durch die besondere Sozialisation bedingten Defizite bei allen Gehörlosen bzw. stark Hörgeschädigten führen zu einem charakteristischen Persönlichkeitsprofil (*Leven, 2018*).

Kommunikation, das scheinbar Normalste der Welt, gilt nicht als normal für Gehörlose bzw. stark hörgeschädigte Personen. Studien beweisen, dass hörgeschädigte Personen durch die Kommunikationsschwierigkeiten mit ihrer Umwelt mehr Stress erleben als hörende Personen, dies kann als Risikofaktor für die psychische Entwicklung verstanden werden (*Wattenberg, 2014*).

Hinsichtlich der Ätiologie der psychischen Erkrankungen kann eine Hörschädigung im Sinne des Vulnerabilitäts-Stress-Modells einen Risikofaktor in der Entwicklung des ganzen Lebens darstellen und somit psychische Erkrankungen begünstigen.

Bei Hörbehinderten gibt es einen auffällig hohen Anteil an chronifizierten Störungen mit Beginn der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter, auch der Mangel an adäquaten ambulanten psychotherapeutischen Angeboten für Schwerhörige und besonders für Gehörlose (*Leven, 2018*), führt zu erschwerter Entwicklung und durch die Beeinträchtigung der Zwischenmenschlichkeit auch zu Schwierigkeiten in der Entwicklung der eigenen Identität. Studien zeigen, dass sich gehörlose Kinder mit ausgeprägten laut- und/ oder gebärdensprachlichen Kommunikationsfertigkeiten hinsichtlich der Prävalenz psychischer Erkrankungen nicht von hörenden Kinder unterscheiden (*Fellinger et al., 2012*).

Dies zeigt die Wichtigkeit einer bilingualen pädagogischen Ausbildung für die Entwicklung sowie einer frühen Förderung und die Möglichkeit von Informationszugängen der Familien der Betroffenen sowie deren Zugänge zu Hilfsangeboten.

In der Psychotherapie mit Gehörlosen gilt es, neben der gemeinsamen Kommunikationsbasis durch Gebärdensprache, aber auch durch unterstützende Lautsprache, seine eigenen emotionalen Reaktionen auf die spezifische Behinderung zu kennen und somit die intersubjektive Beziehung vor Gegenübertragungen zu schützen.

7. Zusammenfassung / Summary

Zusammenfassung: Aktueller Stand der Ätiologie psychischer Störungen aufgrund von schwieriger Identitätsentwicklung und Auswirkung auf die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit einer Sinneseinschränkung des Gehörs – Perspektiven aus der *Integrativen Therapie*

Der Text ist ein Fachreferat über die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit einer Sinneseinschränkung des Gehörs und deren Prädisposition sowie deren Barrieren der Kommunikation bzw. Identitätsentwicklung im Zusammenhang mit der *Integrativen Therapie* (IT).

Schlüsselwörter: Psychosoziale Merkmale bei Gehörlosen, Ätiologie psychischer Probleme von Gehörlosen, Psychotherapie, *Integrative Therapie*

Summary: Current status of the etiology of mental disorders due to severe identity development and implications for psychotherapeutic work with people with hearing impairment – perspectives from *Integrative Therapy*

The text is a lecture on psychotherapeutic work with people with impaired hearing and their predisposition as well as their barriers to communication and identity development in connection with *integrative therapy* (IT).

Keywords: psychosocial characteristics in the deaf, etiology of psychological problems in the deaf, psychotherapy, *Integrative Therapy*

8. Literaturverzeichnis:

- Ahrbeck, B. (1992). *Gehörlosigkeit und Identität: Probleme der Identitätsbildung Gehörloser aus der Sicht soziologischer und psychoanalytischer Theorien*. Signum-Verlag.
- Apfalter, I., Stefan, R., Höfner, C. (2021). *Grundbegriffe der Integrativen Therapie*. Facultas Verlags- und Buchhandels AG Leitner.
<https://www.orellfuesli.ch/shop/home/artikeldetails/A1059386536>
- Bräunlich, S. (2011): Kommunikationsbarriere als Ursache für die psychischen Störungen der Gehörlosen Bildung und Identität durch Gebärdensprache; Bachelor-Thesis, PDF haw-hamburg.de,
- Fellinger, J., Holzinger, D., Pollard, R. (2012). Mental health of deaf people. *The Lancet*, 379(9820), 1037–1044. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61143-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61143-4)
- Fellinger, J., Holzinger, D., Schoberberger, R., Lenz, G. (2005). Psychosoziale Merkmale bei Gehörlosen: Daten aus einer Spezialambulanz für Gehörlose. *Der Nervenarzt*, 76(1), 43–51. <https://doi.org/10.1007/s00115-004-1708-5>
- Fuchs, T. (2003). *Non-verbale Kommunikation: Phänomenologische, entwicklungspsychologische und therapeutische Aspekte*. *Zeitschrift für klinische Psychologie Psychiatrie und Psychotherapie*, 333–345.
- Glickman, N., Harvey, M. (2008). Psychotherapy with deaf adults: The development of a clinical specialization. *Journal of the American Deafness & Rehabilitation Association (JADARA)*, 41(3), 129–186.
- Heil, C. (2017). Psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen. *Psychotherapeutenjournal* 1, 1(16), 11–18.
- Hömann, A., Siegele, F. (2004). Integrative Persönlichkeitstheorie. *FPI-Publikation FPI-Publikation*, 11. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/11-2004-hoehmann-kost-annette-siegele-frank2004-integrative-persoendlichkeitstheorie/> Keller, H. (o. J.). Zitat von Helen Keller [ZITATE-ONLINE.DE +++]. ZITATE-ONLINE.DE +++. Abgerufen 15. Mai 2021, von <https://www.zitate-online.de/autor/keller-helen/>
- Leitner, A., Höfner, C. (2020). *Handbuch der Integrativen Therapie*. Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-60594-3>
- Leven, R. (1997). *Psychische Störungen gehörloser und schwerhöriger Psychotherapie-Patienten: Unter besonderer Berücksichtigung kommunikativer Aspekte*. Verlag Hörgeschädigter Kinder.
- Leven, R. (2018). *Gehörlose und schwerhörige Menschen mit psychischen Störungen* (3. Auflage). Loeper Literaturverlag.
- Martinkat, N., Terhorst, S. (Hrsg.). (2021). *Psychotherapie in Gebärdensprache: Ansätze und Interventionen*. Psychosozial-Verlag. <https://doi.org/10.30820/9783837977400>
- Olkin, R. (2001). *What psychotherapists should know about disability*. Guilford Press.
- Olkin, R. (2016). *Disability affirmative therapy: A case formulation template*. New York, NY: Oxford University Press.
- Osten, P. (2019). *Integrative Psychotherapeutische Diagnostik (IPD)* (1. Auflage). Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Petzold, H.G. (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Paderborn: Junfermann. 2. erw. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2007a. Norweg. Übers. (2008): Integrativ supervisjon og organisasjonsutvikling -filosofiske- og sosialvitenskapelige perspektiver. Oslo: Conflux.
- Petzold, H. G. (1994c/2015). Metapraxis: Die «Ursachen hinter den Ursachen» oder das «doppelte Warum». In: Hermer, M (1995) (Hrsg.): *die Gesellschaft der Patienten.*, 143–

174.

- Petzold, H. G.* (2003a). *Integrative Therapie–Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. 3 Bde. 2: Bd. Überarb. e. erw. Aufl. von (1992a)*. Jungfermann.
- Petzold, H. G.* (2012q): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch ... | FPI-Publikation FPI-Publikation. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-2012q-transversale-identitaet-und-identitaetsarbeit-die-integrative-identitaetstheorie-als-grundlage-fuer-eine-entwicklungspsychologisch/>
- Petzold, H.G., Müller L.* (2004c): Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie | FPI-Publikation FPI-Publikation. (o. J.). Petzold, H.G., Müller Lotti (2004c): Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie | FPI-Publikation FPI-Publikation. Abgerufen 19. April 2022, von <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-mueller-lotti-2004c-integrative-kinder-und-jugendlichenpsychotherapie/>
- Petzold, H. G., Orth, I.* (2014). Wege zum „Inneren Ort persönlicher Souveränität“– „Fundierte Kollegialität“ in Beratung, Coaching, Supervision und Therapie (1998). In: www.fpi-publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – Jg. 2014., 18.* <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/06-2014-petzold-h-g-orth-i-1998-2014-wege-zum-inneren-ort-persoenlicher-souveraenitaet.html>
- Petzold, H. G., Orth, I.* (2018). Interozeptivität/Eigenleibliches Spüren, Körperbilder/Body Charts—Der «informierte Leib» öffnet seine Archive: «Kkomplexe Resonanzen» aus der Lebensspanne des «body-mind-sorld-subject» (2017a). In: www.fpi-publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – Jg. 2014.* <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/22-2018-petzold-h-g-orth-i-2017a-interozeptivitaet-eigenleibliches-spueren-koerperbilder/>
- Rahm, D.* (1993). *Einführung in die integrative Therapie: Grundlagen und Praxis*. Jungfermann Verlag GmbH.
- Ramseyer, F.* (2010). Nonverbale Synchronisation in der Psychotherapie. *Systeme*, 24(1), 14.
- Turner, R., Lloyd, D., Taylor, J.* (2006). Physical Disability and Mental Health: An Epidemiology of Psychiatric and Substance Disorders. *Rehabilitation Psychology*, 51, 214–223. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.51.3.214>
- Wallbott, H. G.* (1995). Congruence, contagion, and motor mimicry: Mutualities in nonverbal exchange. *Mutualities in dialogue*, 82–98.
- Wattenberg, G.* (2014). *Zum Erleben Systemischer Familien- therapie aus Sicht tauber KlientInnen*. 14.
- Werth, I., Sieprath, H.* (2002). Interkulturelle Kommunikation zwischen Hörenden und Gehörlosen. *Das Zeichen*, 16(61), 360–364.
- Zimbardo, P. G.* (1983). *Psychologie* (W. F. Angermeier, J. C. Brengelmann, & T. J. Thiekötter, Hrsg.; 4. Aufl.). Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-22368-0>