

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold,
Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St.
Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

(Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper** † 26.9.2020, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Hückeswagen)

1972 – 2022 > 50 Jahre FPI und 40 Jahre EAG > Integrative Therapie, Agogik, Kulturarbeit
und Öko-care

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 20/2024

**Integrative Therapie für taube Menschen von der Metatheorie
über Realexplikative Theorien zur Praxeologie
bis hin zur Praxis**

*Lisa Gerspacher, CH- 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, MSc. mail-to: info@integrative-therapie-seag.ch; oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: www.integrative-therapie-seag.ch, EAG-Weiterbildung ‚Integrative Psychotherapie‘. Betreuerin/Gutachter: Ulrike Mathias-Wiedemann, Dipl.-Päd. / Prof. Dr. Hilarion G. Petzold.

1 EINLEITUNG

2 METATHEORIE DER TAUBHEIT UND TAUBENKULTUR

- 2.1 DEFINITION UND BEGRIFFSERKLÄRUNG GEHÖRLOSIGKEIT/ TAUBHEIT/ SCHWERHÖRIGKEIT
- 2.2 TAUBENKULTUR
- 2.3 GESCHICHTE DER GEBÄRDENSPRACHE
- 2.4 GEBÄRDENSPRACHE

3 HERAUSFORDERUNGEN IN DER ENTWICKLUNG VON GEHÖRLOSEN KINDERN VOR DEM HINTERGRUND DER INTEGRATIVEN ENTWICKLUNGS-, IDENTITÄTS- UND PERSÖNLICHKEITSTHEORIE

- 3.1 ENTWICKLUNG VON TAUBEN KINDERN VOR DEM HINTERGRUND DER INTEGRATIVEN ENTWICKLUNGS- UND PERSÖNLICHKEITSTHEORIEN
- 3.2 DIE BEDEUTUNG DER LEIBLICHKEIT, ZWISCHENLEIBLICHKEIT, SPRACHENTWICKLUNG, KOMMUNIKATION UND NONVERBALE KOMMUNIKATION, KO-RESPONDENZ

4 ÄTIOLOGIE PSYCHISCHER STÖRUNGEN BEI HÖRGESCHÄDIGTEN IM KONTEXT DER KONZEPTE DER INTEGRATIVEN THERAPIE

- 4.1 GESUNDHEITS- UND KRANKHEITSLEHRE
 - 4.1.1 *Anthropologische Krankheitslehre*
 - 4.1.2 *Klinische Krankheitslehre*
- 4.2 RISIKOFAKTOREN UND PROTEKTIVE FAKTOREN BEI TAUBEN MENSCHEN
- 4.3 SALUTOGENETISCHE PERSPEKTIVE DES WOHLBEFINDENS VON TAUBEN
- 4.4 VERRINGERN VON RISIKOFAKTOREN UND STÄRKUNG VON PROTEKTIVEN FAKTOREN IN DER GESELLSCHAFT

5 PSYCHOTHERAPIE MIT TAUBEN KLIENTEN IN GEBÄRDENSPRACHE

- 5.1 PSYCHISCHE STÖRUNGEN BEI TAUBEN MENSCHEN
- 5.2 GRUNDVORAUSSETZUNGEN ZUM GESUNDHEITSWESEN
- 5.3 DOLMETSCHER*INNEN IN INSTITUTIONEN ODER THERAPEUTISCHEN SETTING

6 INTEGRATIVE THERAPIE MIT TAUBEN MENSCHEN, MIT UND OHNE PATHOLOGISCHE ENTWICKLUNGEN (PRAXEOLOGIE AUF DER BASIS DER METATHEORIEN SOWIE ALLGEMEINE THEORIEN DER THERAPIE)

- 6.1 DIE VIER WEGE DER HEILUNG UND FÖRDERUNG
 - 6.1.1 *Erster Weg der Heilung und Förderung – Bewusstseinsarbeit/ Sinnfindung/ emotionales Verstehen*
 - 6.1.2 *Zweiter Weg der Heilung und Förderung – Nachsozialisation/ Bindung von Grundvertrauen/ Emotionale Differenzierungsarbeit/ Parenting/ Reparenting*
 - 6.1.3 *Dritter Weg der Heilung und Förderung – Erlebnisaktivierung/ Persönlichkeitsentfaltung/ kreativer Erlebnisentdeckung/ alternative Handlungsmöglichkeiten*
 - 6.1.4 *Vierter Weg der Heilung und Förderung: Solidaritätserfahrung/ Engagement/ Alltagspraktische Hilfe/ Förderung der Bildung psychosozialer Netzwerke*
- 6.2 KOMPLEXE WECHSELSEITIGE EMPATHIE

7 SOZIALES ATOM – MIKROKOSMOS - SCHATTENKINDER (2. WEG DER HEILUNG UND FÖRDERUNG)

7.1 SOZIALE NETZWERKE/ FAMILIE

7.2 ANGEHÖRIGE UND „SCHATTENKINDER“

8 KULTURARBEIT DER INTEGRATIVEN THERAPIE (PRAXIS-IDEE ZUM 4. WEG DER HEILUNG UND FÖRDERUNG)

8.1 DIE INTEGRATIVE KULTURARBEIT

8.1.1 Konzeptarbeit/ Begegnungszentrum mit Kaffee und psychotherapeutischer Praxis in Basel im Rahmen der integrativen Kulturarbeit

9 FAZIT

10 ZUSAMMENFASSUNG/ SUMMARY

11 LITERATURVERZEICHNIS

1 Einleitung

«Blindheit trennt von den Dingen, Taubheit von den Menschen» (Keller, o.J.)

Das Zitat von *Helene Keller*, geboren 1880, einer taub-blinden US-amerikanischen Schriftstellerin verdeutlicht die Problematik von hörbehinderten 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 (*J. Fellingner et al.*, 2005). Mit der folgenden Arbeit sollen, nach erfolgter Begriffserklärung, die Schwierigkeiten der Persönlichkeitsentwicklung aufgrund von Kommunikations- und Korrespondenz-Schwierigkeit bei schwerhörigen bzw. gehörlosen Menschen aus der Persönlichkeits- und Entwicklungs-, sowie der Gesundheits- und Krankheitslehre der Integrativen Therapie von *Hilarion Petzold* beleuchtet werden. Ganz persönlich verbindet mich mit der Arbeit mein Leben mit meiner gehörlosen Zwillingschwester. Dadurch sind mir die möglichen Probleme, Ressourcen und Potenziale, welche diese Disposition mit sich bringt, zugänglich und ich möchte diese in dieser Arbeit vertiefen und mit der Integrativen Therapie in Verbindung bringen.

Die vorliegende Arbeit ist eine Vertiefung meines in der Weiterbildung zur Integrativen Therapeutin gehaltenen Fachreferates, *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* (*Gerspacher*, 2022). Die weiterführende Arbeit beinhaltet Auseinandersetzungen mit der Geschichte der Gebärdensprache, zusätzliche Gedanken zu der Integrativen Therapie der Gesundheits- und Krankheitslehre, sowie ganz konkret, den vier Wegen der Heilung und Förderung und deren Anwendungsmöglichkeiten für gehörlose Menschen. Weiter war es mir wichtig, im Rahmen des sozialen Kontextes auch die Auswirkungen von einer gehörlosen Person auf das Familiennetz/die Familiendynamik zu erläutern und meine Gedanken dazu zu teilen. Ausserdem habe ich mir die Frage gestellt, wie dieses Defizit durch Unterstützung dessen Kontextes und den der Betroffenen unterstützt werden kann (Konzeptarbeit betreffend Schulen, Beratungsstellen und psychotherapeutischen Einrichtungen). Zum Abschluss soll im Rahmen der integrativen Kulturarbeit ein mögliches Zukunftsprojekt erläutert werden. Die Arbeit wird als Position auf Zeit angesehen, aufgrund der mangelnden Studienlagen für die Taubenkultur und der wenigen (Psycho)-Therapeut*Innen für taube Menschen, gilt die Arbeit als Anhaltspunkt für eine Einführung in die Taubenkultur und zeigt einige Möglichkeiten der Integrativen Therapie.

Auch werde ich den Begriff der Taubheit und Taube sowie Gehörlose äquivalent, für die Menschen mit völligem Hörverlust 95 % bis 100 %, verwenden und mich primär mit diesen Personen beschäftigen. Aufgrund der herrschenden Taubenkultur wird in der Arbeit der Fokus auf gehörlos geborene Menschen gelegt. Die erworbene Gehörlosigkeit, Schwerhörigkeit und weitere Abstufungen müssen aufgrund der Grösse der Arbeit ausgeklammert werden.

2 Metatheorie der Taubheit und Taubenkultur

2.1 Definition und Begriffserklärung Gehörlosigkeit/ Taubheit/ Schwerhörigkeit

Gehörlosigkeit ist eine nicht von aussen sichtbare bzw. «unsichtbare» Sinnesschädigung (Bräunlich et al. (2011).

Ärzt*Innen unterteilen das Hörvermögen, bzw. die 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 (*J. Fellingner 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; A. C. Uhlig, 2012*).

Gehörlosigkeit kann auch als kulturell erschaffene Behinderung betrachtet werden, denn das Thema der Behinderung ist innerhalb der Gehörlosengemeinschaft nur eine Reaktion auf die Konfrontation mit den Hörenden und deren Konstrukt von Gehörlosigkeit als Behinderung bzw. Defizit (*A. C. Uhlig, 2012*). In den 1990er-Jahren gab es einen Fall von einer gehörlosen Mutter, welche nach einem gehörlosen Samenspender gesucht hat. Ihr wurde vorgeworfen, dass sie absichtlich ein behindertes Kind zeugen wollte. Doch es ergibt sich die Frage, ob Gehörlosigkeit keine Behinderung sei, sondern eine eigenständige und wünschenswerte Kultur. Daraus entstünde aus dieser Sicht kein behindertes Kind, sondern lediglich eine differenziell kulturelle Identität (*A. C. Uhlig, 2012*).

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 das Defizit-bezogene Wort Gehörlosigkeit, hörbehindert, hörgeschädigt oder gehörlos abgelegt werden.

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 bisher nicht anerkannt, sondern bis anhin nur in der Genfer und Züricher Kantonsverfassung erwähnt. Die kulturelle Minderheit zeigt sich im geringen Verhandlungsspielraum und hat daher auch eine berechtigte Existenzangst (A. C. Uhlig, 2012). Die Gruppe der Taubenkultur setzt sich aus gleicher Heterogenität zusammen, wie dies in der hörenden Mehrheit der Fall ist. Aufgrund 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 (J. Fellingner et al., 2005). Taube Menschen haben aufgrund der oft vorhandenen, negativen Erfahrungen gegenüber der hörenden Welt, eine distanzierte Haltung zu dieser (M. Fellingner & Fellingner, 2014). Körperliche Merkmale unterliegen stets der Wertung, was einen Einfluss auf das Selbstbild hat und welcher Definition man sich zugehörig fühlt (Bsp. Defizit). In der Gehörlosengemeinschaft wird der gehörlose Körper zum Kulturträger. (A. C. Uhlig, 2012, S.82ff). Die Kommunikation dient zu Herstellung von Kontrolle, von Verbundenheit und impliziert in der Taubenkultur die Zugehörigkeit. Die Begriffe Oralität und Literalität reichen nicht aus, um die visuelle Kommunikationsform zu erkennen oder zu beschreiben. Die Unterscheidung zwischen Zeichensprache und Gebärdensprache zeigt, dass die Gebärdensprache als visuelle Sprache der Gehörlosen angesehen wird, während die Zeichensprache rein als Zeichensprache definiert wird (A. C. Uhlig, 2012, S. 124ff). Über 100 Jahre lang wurden die gehörlosen Menschen in Europa gezwungen, sich den hörenden Menschen anzupassen. Die Gehörlosensprache konnte nur heimlich entwickelt werden. Es kam sogar so weit, dass den Kindern im Unterricht die Hände hinter dem Rücken zusammengebunden wurden (Die Geschichte der Gebärdensprache, o. J.).



Abbildung 1: Illustration Buch (A. C. Uhlig, 2012)

2.3 Geschichte der Gebärdensprache

Aufgrund der Tatsache, dass Sprache nicht rein lautlich ist, geht man davon aus, dass Gesten und Gebärden bereits vor der Lautsprache entwickelt wurden. Bereits der antike griechische Philosoph *Platon* (428/427 v. Chr. bis 348/347 v. Chr.) bezeichnete Gesten und Gebärden als Beiwerk der Kommunikation.

Der griechische Universalgelehrte *Aristoteles* (384 v. Chr. bis 322 v. Chr.) dagegen setzte die Denkfähigkeit der Gehörlosen stark herab, da sie nicht hören und sprechen konnten.

Der Kirchenvater *Augustinus von Hippo* (*354 - †430) ging davon aus, dass der Glaube Gottes nur über Worte vermittelt werden könne und schloss daraus, dass Gehörlose Ungläubige seien. Die Gehörlosigkeit wurde als Schweigepflicht und als Strafe Gottes wahrgenommen. Im 16. Jahrhundert wurde das Fingeralphabet von *Melchor de Yebra*, *Pedro Ponxe de Leon* und *Jakob Rodriquez Pereira* geschaffen und diente als Hilfsmittel, um tauben Schülern die Lautsprache zu vermitteln. Die Taubstummenpädagogik wurde als erstes in Spanien erwähnt. *John Wallis* aus Oxford unterrichtete Gehörlose auf der Basis der Schriftsprache und des Fingeralphabets. 1755 wurde die erste öffentliche Schule für taube Kinder in Paris durch den geistlichen *Abbé De L'Épée* eröffnet. Er sah Gehörlose auf der Strasse, welche sich mit den Händen unterhielten und er erschuf daraufhin die «manuelle/ französische Methode», die auf der nationalen Gebärdensprache und der Schriftsprache basierte. Diese Gebärdensprache verbreitet sich schnell und wurde rasch populär. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts gab es 21 Schulen für taube Kinder («Geschichte der Gebärdensprachen», 2022). 1817 wurde in Deutschland erstmalig ein gehörloser Taubstummenlehrer, *Otto Friedrich Kruse*, aktiv. 1848 gründete *Eduard Heinrich Fürstenberg* den ersten «Taubstummenverein Berlin e. V.». Dies war der erste Treffpunkt für erwachsene Gehörlose und dieser gab zugleich eine Zeitung heraus, welche den Namen «Taubstummenfreund» trug. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurden dann die tauben Kinder nur zum Sprechen erzogen. Diese «Oralisten» bekämpften die Gebärdensprache, selbst waren sie aber Hörende. Die Gebärdensprache wurde als «Affensprache» betitelt.

Die Geschichte der Gebärdensprache beginnt zu dieser Zeit, da man sich der Bildung von gehörlosen (tauben) Kindern widmete und dadurch eine Gehörlosenpädagogik entstand

(«Geschichte der Gebärdensprachen», 2022). In der Gehörlosenpädagogik bildeten sich zwei sehr unterschiedliche Methoden. Im Frankreich konzentrierte man sich auf die Schrift und Gebärden, während man sich im deutschsprachigen Raum ausschliesslich auf die Lautsprache mit mühsamem Lippenablesen konzentrierte. Damit sollte eine Integration der gehörlosen Menschen in die Welt der Hörenden erreicht werden. Die Diskussion endete in einem Methodenstreit am Mailänder Kongress 1880. Dort wurde beschlossen, nur die Deutsche Vorgehensweise zu unterstützen. Im Anschluss dieses Kongresses wurde die Gebärdensprache in vielen europäischen Ländern verboten. Nur die Amerikaner weigerten sich, sich diesem Beschluss anzuschliessen (Die Geschichte der Gebärdensprache, o. J.).

1911 wurde durch die Einführung der Schulpflicht in Deutschland zwischen gehörlosen und schwerhörigen Kindern unterschieden. Es wurde jedoch trotzdem weiterhin mit der oralen Methode unterrichtet. Ab 1933 begann mit der Machtausübung der Nationalsozialisten ein dunkles Kapitel für die Gehörlosenkultur. Vereine für Gehörlose wurden aufgehoben und Gehörlose wurden systematisch sterilisiert oder ermordet. Die Gesellschaft sollte von der Gehörlosigkeit geheilt werden. Erst nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs wurden diese Taten durch das Buch «Crying Hands» aufgedeckt. In dieser Zeit wurden die Lehrer für die Gehörlosen als Sonderpädagogen bezeichnet. 1950 wurde der Deutsche Gehörlosen Bund gegründet und gleichzeitig auch ein Weltverband der Gehörlosen und es fand ein Weltkongress statt (World Congress of the Deaf-Mutes). 1960 wurden Ergebnisse der Forschung zu der Gebärdensprache durch *William C. Stokoe*, Linguist (Bayerischer Rundfunk, 2020), veröffentlicht, der die Grundelemente der Gebärdensprache erforschte (*Stokoe*, 1980). Er gilt als der Entdecker der Gebärdensprache. Seine Forschung machte deutlich, dass die amerikanische Gebärdensprache (ASL) als eine vollwertige Sprache anerkannt werden sollte. Er verstarb am 4. April 2000 («William Stokoe», 2021). Die *Stokoe* Notation war die erste Gebärdenschrift aus dem 20. Jahrhundert. Die Parameter Handformen, Ausführungsort und Bewegung wurde untersucht, die Handstellung wurde vorerst vernachlässigt. Es gelang ihm, ikonische Symbole aus der Linguistik zu etablieren sowie 19 Handformen und 12 Ausführungsstellen am Körper zu deklarieren. Die bekannteste Gebärdenschrift stammt von der Balletttänzerin *Valerie Sutton* (Sign Writting). Sie ist der Versuch, Bewegungen zu verschriftlichen (siehe Beispiel Abbildung 2).



Abbildung 2 Beispiel äquivalenter Darstellung von isolierten Hand-Formen («Gebärdenschrift», 2022)

1960 wurden in Deutschland erstmals je eine Realschule in München, Hamburg und Dortmund für gehörlose Kinder eröffnet und in Essen ermöglichte eine Kollegschule 1980 den Besuch eines Gymnasiums und den Erwerb des Abiturs. Ca. 1975 wurde die Deutsche Gebärdensprache (DGS) von dem Linguisten *Sigmund Prillwitz* in Hamburg erforscht und er wurde von *Alexander von Meyyenn* (Lektor), *Heiko Zienert* (gehörloser DGS-Dozenten), *Wolfgang Schmidt* (gehörloser Sozialpädagoge), *Getrud Mally*, der Gebärdensprachdolmetscherin sowie CODA und später Professorin *Regina Leven* und *Bernd Rehling* (schwerhörig gewordener Pädagoge sowie Taubenschlag-Gründer) dabei unterstützt.

Erste Gebärdensprachkurse fanden 1977 in der Lautsprache-begleiteten Gebärdensprache (LBG), der deutschen Gebärdensprache (DGS), statt. Bereits ca. 15 Jahre später entstanden die ersten Studiengänge zur Gebärdensprache und zu Gebärdensprachdolmetschern. 2009 wurde an der Universität Hamburg versucht, ein Gebärdensprachlexikon für die DGS herzustellen, das Projekt dauert jedoch bis heute an. Zudem ist die Gebärdensprache bis heute keine eigenständig anerkannte Sprache. Im Sommer 2010 kam es zu einer erneuten internationalen Konferenz zu Bildung und Erziehung Gehörloser (ICED), an der beschlossen wurde, die Entscheidungen aus dem Mailänder Kongress aufzuheben.

2.4 Gebärdensprache

(A. C. Uhlig, 2012; S.147ff)

„Frei und locker gebärden können, bedeutet unter sich und man selbst zu sein“ – Zitat aus (A. C. Uhlig, 2012; S. 149)

Um die Gebärdensprache als Kommunikation zu beschreiben, sind verschiedene Umstände zu beachten, denn „Gebärden“ kann nicht mit Sprechen ersetzt werden. Als Gebärdenraum wird der Raum vor und am Körper beschrieben. Die Kommunikation zwischen Tauben und Hörenden findet weiterhin auf der oral-auralen Ebene statt (A. C. Uhlig, 2012). Tauben Menschen gelingt dies in diesem Sprachgebrauch nur durch eine Kommunikation von Angesicht zu Angesicht. In dieser Dimension kann es tauben Menschen gelingen, Worte von den Lippen abzulesen, dabei muss aber beachtet werden, dass kein vollkommenes Verständnis der gesprochenen Worte vorausgesetzt werden kann. Weiter zeigt sich, dass diese Menschen, welche versuchen andere Menschen in der Kommunikation zu verstehen, oft eine nickende Kopfbewegung machen, dies könnte beim Gegenüber suggerieren, dass alles verstanden wurde.

Durch die einzigartige Grammatik und den Syntax der Gebärdensprache trägt sie zur Vielfalt der mehrsprachigen Schweiz bei. Neben fünf regionalen Gebärdendialekten in Zürich, Bern, Basel-Stadt, Luzern und St. Gallen werden zusätzlich die standardisierte Deutschschweizer Gebärdensprache, die französische Gebärdensprache sowie die italienische Gebärdensprache in der Schweiz verwendet (Wiener, 2023). Trotzdem ist die Schweiz eines der wenigen Länder in ganz Europa, welches die Gebärdensprache bis jetzt nicht als Amtssprache anerkannt hat, die Gebärdensprache wurde jedoch im August 2023 zu einem immateriellen Kulturerbe ernannt (Wiener, 2023).

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

3.1 Entwicklung von tauben Kindern vor dem Hintergrund der Integrativen Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorien

Entwicklung als Lebensaufgabe und das Grundverständnis des Menschen in seiner Ganzheit und als soziales Wesen „Sein im Mit-Sein“.

Die Integrative Therapie befürwortet, dass das Leben und die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit, welche nur durch die ganze Lebensspanne betrachtet, verstanden werden kann. Entwicklungspsychologisches Denken zeigt für die klinische-therapeutische relevante Arbeit (Apfalter et al., 2021, nach Petzold). Im Grundkonzept existiert der Mensch als soziales

Wesen und er 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» sind alle unterschiedlichen Lebensthemen, die sich über das ganze Leben erstrecken – unterschiedliche Hindernisse nehmen und wo Chancen entdeckt werden. Wir sind darauf angewiesen, dass unsere Um- und Mitwelt «gut genug» ist (*Rahm, 1993*). 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 einher. «Identität ist nur in der Interaktion und im Austausch mit anderen zu entwickeln» (*Ahrbeck, 1992*). Die Integrative Therapie hat aber eine eigene, spezifische Persönlichkeitstheorie und dabei auch eine Identitätstheorie entwickelt (*Petzold 2012q*). Das Persönlichkeitsmodell der IT umfasst drei Dimensionen, welche sich auf die Basis der longitudinalen Entwicklungs- und Sozialpsychologie stützen: das Selbst, das Ich(Ichfunktionen) 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; H. G. 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 dies 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» (*H. G. Petzold, 2003a*). Säuglinge sind mit einem «archaischen Leib-Selbst» ausgestattet (*Rahm, 1993, nach Petzold*). Das «archaische Leibselbst» wird als der Ausgangspunkt der Integrativen

Persönlichkeitstheorie angesehen und deklariert die biologisch-organismische Grundlage des Menschen (*Höhmman & Siegele, 2004, nach Petzold*).

Die Heranreifung vom archaischen zum integrierten Selbst führt zu einem entfaltenden und ausformenden Selbst. Die Persönlichkeit ist gut entwickelt, wenn ein funktionsfähiges Ich und eine prägnante Identität auf der Grundlage eines stabilen Selbst hervorgehen (*Apfalter et al., 2021*).

Damit ist das Leibselbst nicht nur die «materielle Realität» des biologischen Organismus, sondern auch die «transmaterielle Realität» (*Höhmman & 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 (*H. G. 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 (*Höhmman & 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 und 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 (*H. G. Petzold, 2003a, 2012q*).

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*). 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*). In der Identität werden die verschiedenen Selbstbilder und Persönlichkeitsaspekte, Fremdbilder, Rollen, Teilpersönlichkeiten durch das Ich integriert (*Petzold, 2003a, S. 433*). Persönlichkeit besitzt einen narrativen Aufbau, der durch eine transversale und intersubjektive Hermeneutik erschlossen werden kann. Damit stellt Persönlichkeit keine fixierte, sondern eine «sequenzielle Wirklichkeit» dar (*H. G. Petzold & Orth, 2018*).

Ein Individuum wird im Konzept des «informierten Leibes» definiert. Dieser Leib gilt als informiert durch die von aussen wahrgenommenen 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, 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.

3.2 Die 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 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 Sprachentwicklung ist für die Ausbildung der Identität besonders wichtig, da dadurch das Erlernen der Exzentrität entwickelt werden kann (ca. im 12 und 18 Lebensmonat (*H. G. Petzold, 2003a*)). Die Identitätsbildung gelingt nur dann, wenn dies durch eine gemeinsame Sprache erreicht werden kann (*Zimbardo, 1983*). 90 % der Kommunikation zwischen

hörenden Eltern und tauben Kindern ist konkret und gegenstandsbezogen. Bei hörenden Kindern macht dies im Vergleich dazu nur 50 % aus. Ausserdem werden Gefühle, Intentionen und Konfliktlösungen kaum auf kommunikativer Ebene verarbeitet, wodurch die Modellfunktion der Eltern deutlich eingeschränkt wird (*Wattenberg, 2014*).

Mit drei Monaten beginnt das Kind zu lallen, um Gespräche zu führen und die Melodie der Sprache zu erlernen (*Rahm, 1993*). Das trägt zur Ausbildung der Fähigkeiten zur Interaktion bei, z.B. in kommunikationsähnlichen wechselseitigen bzw. gemeinsamen Spielen zwischen Kindern und Erwachsenen. 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 zur 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 (*Apfalter et al., 2021, nach Petzold*).

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. Eine Schwierigkeit entsteht, wenn die Interaktionspartner sich 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 befunden. 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, 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 fünf Jahren 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. Kommunikation und Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter entstehen, die wiederum auch gestörte Interaktionsbeziehungen nach sich ziehen können. Im Extremfall können sich Persönlichkeitsstörungen durch negative Kommunikationserfahrungen herausbilden (*Leven, 1997*).

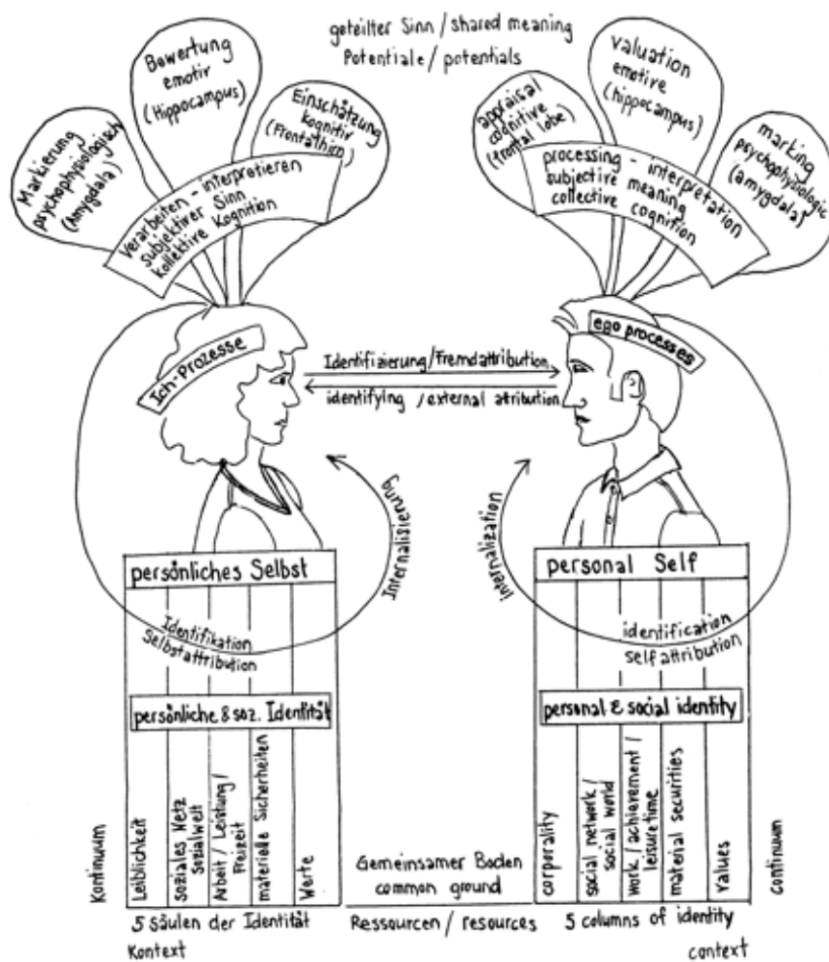


Abbildung 3 Das Subjekt als personales System: Selbst, Ich und Identität in Kontext/ Kontinuum, in Lebenszeit und Lebensraum, in der "Lebenslage"- intersubjektive Ko-respondenz und Identitätsarbeit (aus Petzold 1998a, 371, vgl. zur Theorie Petzold 2012q.)

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*Innen und Patient*Innen mehr als eine Million körperliche Signale miteinander aus (Fuchs, 2003). Ko-respondenz 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.

4 Ätiologie psychischer Störungen bei Hörgeschädigten im Kontext der Konzepte der Integrativen Therapie

«Scheitern von Ko-Resonanz führt zu Entfremdung, Frontenbildung, Rechtsstreitigkeit, gesundheitlicher Störung, Krankheit und Krieg» (H. G. Petzold, 2003a).

Kommunikation wird als das scheinbar «Normalste auf der Welt» betrachtet. Doch für hörbehinderten 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 den 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 Nichtakzeptanz der Gehörlosigkeit in der Gesellschaft, das Anders-sein als Teil der Identität des Individuums. Das Konzept von *Emmanuel Levinas* (1983) beschreibt die Wichtigkeit grundsätzlicher Verantwortung und bedingungsloser Wertschätzung der «Andersheit des Anderen» und *Gabriel Marcel* (1949,1967) mit seiner existenziellen 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. Die Sprache als wichtiger Faktor der Identitätsentwicklung zeigt sich bezüglich Sinneseinschränkung bei Tauben Menschen als grundsätzliche Herausforderung und kann bei Nichterfüllen von Entwicklungsaufgaben oder durch das Erleben von Defiziten oder Störungen zu Entfremdung und Krankheit führen. Zum Verständnis soll in den nächsten Kapiteln die Gesundheits- und Krankheitslehre erläutert werden, um die Risikofaktoren und die daraus resultierenden, protektiven oder korrigierenden Faktoren, miteinander zu verknüpfen.

4.1 Gesundheits- und Krankheitslehre

4.1.1 Anthropologische 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 Leibesubjektes 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 Gesundheits- bzw. Krankheitslehre liegt der klinischen Theorienbildung und der Forschung zugrunde. Krankheit gründet in Dysregulation und Entfremdung, wobei Gesundheit mit Integration, Kohärenz und Zugehörigkeit definiert wird. Sie 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. Sie ist in ein 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 (*H. G. Petzold, 2003a*).

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

4.1.2 Klinische Krankheitslehre

Die klinische Krankheitslehre zentriert 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 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*).

4.1.2.1 Das Modell der Entwicklungsnoxen aufgrund pathogener Stimulierung

Durch eine Schädigung (Noxen) in der Persönlichkeitsentwicklung können sich Erkrankungen von Menschen entwickeln. Die Noxen können in Defizite, Konflikte, Störungen und Traumata aufgeteilt (*Apfalter et al., 2021, nach Petzold*) werden.

4.1.2.2 *Das Modell der zeitextendierten, multifaktoriellen Be- bzw. Überlastung*

Neben den Schädigungen in der Persönlichkeitsentwicklung werden bei der zeitextendierten, multifaktorielle Be- und Überlastungen in Kontext und Kontinuum betrachtet. Krankheiten entstehen, wenn für äussere Anforderungen oder Belastungsfaktoren nicht genügend (innere oder äussere) Ressourcen verfügbar sind (Apfalter et al., 2021, nach Petzold).

4.1.2.3 *Das Modell der Repression emotionaler, expressiver Impulse*

Der Mensch ist ein expressives Wesen. Wenn dies unterdrückt, behindert oder eingeschränkt ist, führt dies zu Anspannung bis hin zu Dissoziationen oder Anästhesierung, welche sich potenziell pathologisch auswirken können (Apfalter et al., 2021, nach Petzold).

4.2 Risikofaktoren und protektive Faktoren bei tauben Menschen

Neben den allgemeinen Risikofaktoren, zu welchen neben psychiatrischen Problemen des Elternteils, ethnische Minderheit, rigide Erziehungsvorstellungen etc. (H. G. Petzold & L. Müller, 2004c) zählen, wird die Inexistenz des Hörvermögens als Risikofaktor für psychische Erkrankungen angenommen. In Studien wurden bestätigt, dass eine signifikant höhere Rate von psychosozialen Problemen bei der Gruppe von den Gehörlosen im Vergleich zur Kontrollgruppe (M. Fellingner & Fellingner, 2014) nachgewiesen werden konnte. 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). Störung 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 sich gehörlose Kinder mit ausgeprägten laut- und/ oder gebärdensprachlichen Kommunikationsfertigkeiten hinsichtlich der Prävalenz psychischer Erkrankungen nicht von hörenden Kindern unterscheiden (J. Fellingner et al., 2012).

Der allgemeine Informationsmangel durch unter anderem fehlende Fernsehuntertitel (nur 3 % in Deutschland) und die fehlgeleitete Pädagogik, die nach wie vor dem Phonozentrismus der oralen Methoden nachhängt und die Gebärdensprache zu Unrecht vernachlässigt, sind nur zwei Beispiele, mit ausgesprochen negativen Auswirkungen auf die kognitive und soziale Entwicklung tauber Menschen, ebenso wie die Chancenungleichheit durch Bildungslücken,

aber auch soziale Abschreckung von Vorgesetzten 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 (H. G. Petzold & Müller, 2004c).

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

Das kritische Entwicklungsfenster für die natürliche Sprachentwicklung gilt für die ersten fünf Lebensjahre. Frühe Schädigung von Interaktionen können Beziehung und Bindungsfähigkeiten beeinträchtigen und Retardierung, Hospitalisierung oder Deprivation zur Folge haben (Rahm, 1993). Dieses psychische Syndrom beschreiben oft einen irreversiblen Zustand, der vergleichbar mit einer kognitiven Einschränkung im Erwachsenenalter ist (Martinkat & Terhorst, 2021). Ein möglichst barrierefreier und früher 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 der Selbstbehauptungsfähigkeit. Zwischen drei und fünf Jahren kommt es zu einer wesentlichen Stabilisierung des Selbstbildes des Ideal-Selbst, 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 Erkrankungen (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 nonverbale Kommunikation aufgefangen werden kann. Die nonverbale Kommunikation ist eine ebenso zentrale wie die verborgene Dimension der Arzt*Innen-Patient*Innen-Beziehung. Sie vermittelt nicht nur wertvolle Informationen über das emotionale Erleben des/r Patient*In, 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).

4.3 Salutogenetische Perspektive des Wohlbefindens von Tauben

Das Korrekturimperativ ist in der Kultur vorherrschend (A. C. Uhlig, 2012). Die Salutogenese beschäftigt sich mit den Faktoren der Gesundheit, welche mit der Entstehung des Wohlbefindens zusammenhängen. Der Mensch bewegt sich von einem Gesundheit-Krankheits-Kontinuum (Antonovsky, 1979; A. C. Uhlig, 2012). Im Thema der Gehörlosigkeit werden die Gegenpole des Kontinuums nicht als negativ oder positiv deklariert, sondern als medizinisch bedeutungsvoll (zu behandelndes Defizit) und medizinisch nicht bedeutungsvoll (ein physisches Merkmal unter vielen). Gehörlose Menschen bewegen sich situationsabhängig zwischen den Polen der Behinderung und Gehörlosenkultur (A. Uhlig, 2007; A. C. Uhlig, 2012, S.70).

Neben den oben erwähnten Auswirkungen des Risikofaktors für schwierige Identitätsentwicklung, soll in den folgenden protektiven 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 (H. G. Petzold & Müller, 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 Gebärdensprache 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 eine 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 automatisch eine Gebärdensprache, welche die Barriere so klein wie 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 Zerreissprobe (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. Eine Studie aus den USA von Turner, Lloyd, Taxlor (2006) untersuchte 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 ihrer Mit- und Umwelt. Das Kontaktbedürfnis wird nicht befriedigt. Dies kann zu einer Schädigung des Leibselbst führen und dadurch zu einer Entfremdung des eigenen Leibes (Defizit/ Unterstimulierung). Als besonderer Schutzfaktor oder auch erworbener Resilienz vor den oben erwähnten Belastungen (Kommunikationsbeeinträchtigungen in Familie und Gesellschaft, Informationsmangel etc.) gilt die Zugehörigkeit zur Gehörlosengemeinschaft. Die Verbindung zwischen den Altersgruppen und dem Alter ist in der Gehörlosengemeinschaft anders, da der Wissenstransfer zwischen den Generationen für die Gehörlosen problembehaftet ist, geschieht dieser über die schulische Bildung und innerhalb der Familien und ebendiesem sozialen Kreis. So entsteht ein vertikaler Wissenstransfer nach dem Eintritt in die Gehörlosengemeinschaft und dies kann als positiver Aspekt gesehen werden, nachdem das Kind bereits mit einer kulturell fremden Welt konditioniert wurde (A. C. Uhlig, 2012, S.80). Sie fördert die Identität, Bildung, das Selbstvertrauen und den Aufbau sozialer Beziehungen (J. Fellinger et al., 2012). Wenn die Einbettung im Kontext (soziale Unterstützung, verlässliche Beziehungen, positive Erziehungsklima, Möglichkeitsräume, soziale Vorbilder etc.) des Tauben als unterstützend wahrgenommen wird, kann dies über die Lebensspanne als potenziell protektiver Faktor/ Resilienz-Faktor über die Lebensspanne gelten gemacht werden (H. G. Petzold & Müller, 2004c).

4.4 Verringern von Risikofaktoren und Stärkung von protektiven Faktoren in der Gesellschaft

4.4.1.1 Kontextfaktoren bei tauben Menschen, Peergroup, Taubenkultur

2009 wurde flächendeckend ein Neugeborenen-Hörscreening (NHS) eingeführt. Dies bedeutet die Möglichkeit eine frühe Erfassung und Förderung von gehörlosen und schwerhörigen Kindern, was sich prognostisch günstig auf die kindliche Entwicklung auswirkt, um ein zunehmend normales Entwicklungsziel ins Visier zu nehmen (Martinkat & Terhorst, 2021; S. 54).

In der Schweiz muss im Rahmen der Integration der gehörlosen und hörbehinderten Menschen in die Gesellschaft der Schweizerische Gehörlosenbund genannt werden. Er zeigt sich als wichtiges Element der Taubenkultur, als Verbindungsstück zur hörenden Gesellschaft und als Hilfestellungen für die unterschiedlichsten Themen.

Der Schweizerische Gehörlosenbund (SBG-FSS) arbeitet mit Hochdruck, die Integration voranzutreiben. Die Hörenden ertragen oft die Stille nicht, für die gehörlosen Menschen ist dies jedoch eine Realität. Durch die Aufklärung der hörenden Gesellschaft sollen die oben beschriebenen Barrieren zwischen hörenden und tauben Menschen verringert werden («Gehörlos sein», <https://www.sgb-fss.ch/de/gebaerdensprachen/ghoerlos-sein/>). Es werden neben persönlichen Geschichten von gehörlosen Menschen, Kampagnen lanciert und Workshops und Webinare zum Erlernen von Gebärdensprache angeboten. Es wurde

beispielsweise auch eine App entwickelt, um Vokabeln zugänglich zu machen (<https://www.sgb-fss.ch/de/bereiche/arbeit/corporate-edition/><https://www.sgb-fss.ch/de/bereiche/arbeit/corporate-edition/>). Allgemein kann es auch als Hilfsseite für Rechtsschutzfragen oder allgemein die Kontaktaufnahme von gehörlosen Menschen zu professionellen Hilfsangeboten dienen.

4.4.1.2 Schulen und Internate

Die Sonderpädagogik ist eine wissenschaftliche Disziplin, die sich mit der Förderung, Bildung und der Integration von Menschen mit Behinderung in Schule, Beruf und Gesellschaft beschäftigt. Die Heilpädagogen finden sich in Regelschulen aber auch in spezifischen, heilpädagogischen Schulen (CSFO, o. J.).

Zur Beschulung von hörbehinderten Kindern und Jugendlichen findet man in der Schweiz verteilt Heilpädagogische Zentren, in denen Personen mit Höreinschränkungen speziell in einer heilpädagogischen Schule unterrichtet werden. Die Schulen befinden sich in Baselland, Luzern, Fribourg, Zürich, Münchenbuchsee, St. Gallen und Graubünden. Zusätzlich findet man in der Schweiz eine Sekundarschule und auch eine Berufsschule. Weitere, genaue Informationen findet man auf der Internetseite der Schweizerischen Vereinigung der Eltern hörgeschädigter Kinder (<https://www.svehk.ch/links/institutionen.html>).

5 Psychotherapie mit tauben Klienten in Gebärdensprache

Die Hörbeeinträchtigung hat Einfluss auf Gespräche zwischen Gesundheitsfachpersonen und einer gehörlosen oder hörbeeinträchtigten Person. Die Kommunikation wird als problematisch erlebt und der Aufbau der therapeutischen Beziehung macht die Behandlung schwieriger und weniger direkt (Béran, 2022).

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 Patient*Innen eine besondere Anforderung dar, beruhen die diagnostischen Instrumente doch auf Sprache und sind nur für hörende Personen normiert worden (Glickman & Harvey, 2008).

5.1 Psychische Störungen bei tauben Menschen

Aufgrund von mangelnden Testverfahren für taube Menschen entstehen nicht selten Falschdiagnosen bzw. erfolgt eine Überdiagnostizierung (Schröder & Vereenooghe, 2021a). Diagnosen und Erkrankungen werden durch Instrumente und Diagnostiker*In geformt und sind deswegen von Kultur abhängig (Martinkat & Terhorst, 2021; S. 177). 1994 wurde erforscht, dass taube Menschen oft mit falschen psychischen Störungen diagnostiziert

wurden, bzw. diese nicht erkannt wurden und eine intellektuelle Beeinträchtigung diagnostiziert oder vorhandene Beeinträchtigungen nicht erkannt wurden (*Denmark, 1994; Martinkat & Terhorst, 2021, S.177*). In einer Untersuchung von 516 Schülern von 1972 in Los Angeles, wurde durch die Befragung der Lehrer*Innen von einer Gehörlosen Schule im Vergleich zu hörenden Schülern 11.6 % mehr als „stark gestört“ angesehen (*Schlesinger & Meadow, 1972*). In einer weiteren Studie zeigte sich, dass 27 % der tauben bzw. schwerhörigen Schüler*Innen im Alter zwischen 6 und 19 Jahren weitere Behinderungen haben. Dabei wurden bei 9 % eine Intelligenzminderung, bei 5 % eine Entwicklungsverzögerung, bei 8 % eine Lernbeeinträchtigung, bei 4 % eine Sehbehinderung und bei 2 % ein Autismus diagnostiziert (*M. Fellingner & Fellingner, 2014*). Die Sozialisationsbedingungen, wie beschrieben, legen nahe, dass soziale, emotionale und kognitive Defizite auf eine Vielzahl von psychischen Symptomen und Störungen bei Hörgeschädigten zutreffen. Da die Störungen von ihnen selbst zu einem grossen Teil als „ich-synton“ erlebt werden, wird eine hohe Zahl von Persönlichkeitsstörungen vermutet (*Leven, 2018; S.69*).

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde versucht, Angebote für taube Menschen zu genieren. Es wurde ein spezifisches Persönlichkeitsmuster von Gehörlosen beschrieben. Es zeigten sich fehlende Impulskontrolle, mangelnde Selbsteinsicht, egozentrische Haltung, soziale sowie emotionale Unreife und Rigidität im Denken und Verhalten. Dies wurde unter dem Begriff „Surdophrenie“ zusammengefasst (*Brosch & Kampert, 1991; Martinkat & Terhorst, 2021*). Im weiteren Verlauf zeigte sich, dass es für Gehörlose keine spezifische Psychopathologie gibt (*M. Fellingner & Fellingner, 2015, S.160f ; Martinkat & Terhorst, 2021, S.179*). Dies wurde durch kultursensible Forschung untermauert und es traten im Vergleich bei Gehörlosen keine Häufung von Psychosen auf (*Glickman, 2008*). Es traten jedoch Unterschiede zu Hörenden bei affektiven Störungen, Angststörungen, Entwicklungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, PTBS und Substanzmissbrauch auf. Diese Ergebnisse müssen vor dem Hintergrund von erhöhter Gewaltbetroffenheit und Sprachdeprivation in der Entwicklung, welche 66 % der Gehörlosen psychiatrischen Patienten beschrieben, gesehen werden (*M. Fellingner & Fellingner, 2015; Glickman, 2008; Glickman & Harvey, 2008; Martinkat & Terhorst, 2021; S.180*). Durch die Sprachdeprivation, zeigt sich die Theory of Mind (ToM) als äusserst stark betroffen (*Martinkat & Terhorst, 2021; S.185*).

Weiter zeigen sich diagnostische Schwierigkeiten aufgrund von fehlenden Validierungen von diagnostischen Verfahren, was die störungsspezifische Einordnung erschwert. Es wird daher darauf verwiesen, dass die kulturellen Eigenarten als ausschlaggebend für die Einordnung von psychischen Symptomen und ein spezifisches Wissen über den historischen Hintergrund und die Bedeutung von Symptomen eine grosse Relevanz für die erfolgreiche Behandlung von Gehörlosen sind. Dies entspricht der Integrativen Therapie der Humantherapie als integrativer Ansatz, der gezielt auf den Menschen als Ganzes ausgerichtet ist. Die bio-psycho-sozial-ökologische Perspektive ergibt sich aus der anthropologischen Grundformel (*Apfalter et al., 2021; S. 56; Petzold 1965, 2003e*). Aufgrund dessen wird in den nächsten Abschnitten Psychotherapie und insbesondere die Integrative Therapie für Gehörlose beschrieben. Auch auf diagnostischer Ebene, aber auch auf therapeutischer, werden in der Literatur Testungen

bevorzugt, welche das Individuum und seinen Kontext deutlich besser abbildet, was in der Integrativen Therapie erneut auf die anthropologische Grundformel zurückgeführt werden kann und unabhängig von tauben Klient*Innen angewendet wird (*Martinkat & Terhorst, 2021; S.192*).

5.2 Grundvoraussetzungen zum Gesundheitswesen

„Die Schweiz verletzt die Rechte von Menschen mit Behinderungen in vielen Bereichen, insbesondere im Gesundheitswesen“ (Béran, 2022)

Das Gesundheitswesen wird als feindselig erlebt und beschrieben. Psychiater Pierre Cole äusserte die Wichtigkeit von Anlaufstellen mit einem spezifischen bio-psycho-sozio-linguistischen Ansatz. (*Béran, 2022, S.23*).

Die Hauptthemen sind Kommunikation in der Familie, Schule, Integration, Anerkennung der Bedürfnisse, Umgang mit Müdigkeit, Problemverleugnung, Identifikation mit der Gehörlosen-Community, Umgang mit Lärm und Besprechungen, Integration am Arbeitsplatz und vieles mehr.

Wichtig in der Arbeit mit Gehörlosen und hörbeeinträchtigten Menschen sind, wie in allen Bereichen, Kenntnisse der Gebärdensprache und die lautsprachbegleitenden Gebärden. Zudem wird auch das Verständnis für die Gehörlosigkeit, ihre Geschichte und ihre Besonderheiten sowie Kenntnis des Gehörlosennetzwerks in der Schweiz benötigt, um eine gute Behandlung zu ermöglichen (*Béran, 2022, S.25*).

Gehörlose haben seit 2001 das Recht, die ärztliche Behandlung in Gebärdensprache zu erhalten, (*Schröder & Vereenooghe, 2021b*).

Strukturelle Barrieren sind der Mangel an erfahrenen Therapeut*Innen, ein höherer Organisationsaufwand, wie beispielsweise der Organisation von Dolmetscher*Innen und des erschwerten Erstkontaktes. Ausserdem kommen noch individuelle Barrieren hinzu. Diese beinhalten das fehlende Wissen über Taube und Taubenkultur, die Schwierigkeit, das therapeutische Verhalten an Taube anzupassen sowie ein Vorbehalt gegenüber Tauben und den Dolmetscher*innen (*Schröder & Vereenooghe, 2021b*).

In ganz Deutschland gibt es ca. 30 Therapeut*Innen und 16 Kliniken oder Institutionen, die Kenntnisse über die DGS besitzen (*Schröder & Vereenooghe, 2021a*).

Stand 2018 wird berichtet, dass in den Ländern USA, Skandinavien, Grossbritannien und Deutschland spezielle psychiatrische Gehörlosenstationen existieren. In der Schweiz war die BoulevardSanté in Lausanne die erste Gesundheitseinrichtung für gehörlose Menschen. Weiter werden in der Deutschschweiz nur drei Angebote vermerkt (Stand Juli 2024; <https://www.sgb-fss.ch/de/aktuell/gesundheit-angebote-fuer-gehoerlose/>).

Der Einsatz der Gebärdensprache führt zur Qualitätsverbesserung, einer erhöhten Compliance bzw. Adherence (*Leitner 2009*) und zu einer niedrigen Drop-out-Rate der Gehörlosen aus der Psychotherapie. Auf Seite der tauben Menschen kann eine misstrauische

Annahme gegenüber den Behandelnden sein, eine negative Erfahrung mit Hörenden, Überforderungserlebnisse aufgrund der Taubheit sowie ein eingeschränktes Sprachverständnis (*Schröder & Vereenooghe, 2021a*). Für den deutschsprachigen Raum liegen bis 2021 keine aktuellen wissenschaftlich, validierten Forschungsergebnisse für taube Klient*Innen in der Psychotherapie vor (*Martinkat & Terhorst, 2021; S.244*). Das fehlende Wissen der Taubheit oder auch der Taubenkultur, führt laut *Leven (2003)* zu einem «Pseudoversorgungsangebot» (*Schröder & Vereenooghe, 2021a*).

Hörende Therapeut*Innen sollten sich Wissen über die Kultur, Sprache und Kognition tauber Menschen aneignen, da sie nur unzureichende Fertigkeiten besitzen, Kommunikationsmöglichkeiten kennen, um das Verhalten tauber Klient*Innen 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. Patient*Innen und Therapeut*Innen imitieren (empathieren und spiegeln) 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, Therapeut*Innen 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. Allgemein gilt die ambulante psychotherapeutische Versorgung, falls überhaupt vorhanden, unzureichend. Es gibt kaum Therapeut*Innen, welche Therapieanfragen von tauben Menschen erhalten oder dies aufgrund der vorhandenen Barrieren ablehnen.

5.2.1.1 Übertragungen/Gegenübertragungen

Es kann dazu kommen, dass der/die Therapeut*In schnell idealisiert, als Heiler*In und mit hierarchischer Abstufung betrachtet wird. Deshalb ist es umso wichtiger, die Selbstwirksamkeit der Betroffenen zu stärken und der/die Patient*In als Experten*In für sich selbst zu erkennen (Empowerment). Daraus soll ein therapeutisches Arbeitsbündnis auf Augenhöhe entstehen (*Petzold, Müller 2005/2007*). 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 Therapeut*in wird von dem/n Patient*Innen als Vorteil erkannt, da sich die Informationen nicht so schnell wie in der eigenen Gemeinschaft verbreiten. Der/ Die Therapeut*In 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 Klient*Innen ist die Aktivierung der Klient*Innen 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 der Patient*In gegenüber auswirken und man dieser 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*).

Psychotherapeut*Innen sollten daher bei ihrer Arbeit mit betroffenen Patient*Innen 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 sein eigenes Selbstkonzept (Selbst- und Fremdattributionen) übernommen (*Wattenberg, 2014*).

5.3 Dolmetscher*Innen in Institutionen oder therapeutischen Setting

„Translation“ leitet sich dem lateinischen ab und bedeutet Übertragen. Da die Sprache fest mit der Kultur verbunden ist, wird der Dolmetscher nicht nur zur Sprache, sondern auch zu Kulturvermittler (*Martinkat & Terhorst, 2021; S.266f*). Die Kommunikation mit einem/r Dolmetscher*In in einem nicht therapeutischen Rahmen in Verbindung mit dem Gedanken des Defizits des Gehörlosen und deren Assoziation des nicht Verstehens, verleitet viele hörenden Menschen dazu, mit dem/r Dolmetscher*In und nicht mit dem Gehörlosen selbst in

Kontakt zu treten (A. C. Uhlig, 2012, S.85). Gebärdensprachdolmetscher*Innen beeinflussen die Interaktion, was bei der Arbeit berücksichtigt werden sollte.

In der Arbeit mit Dolmetscher*Innen allgemein zeigt sich die Wichtigkeit einer Vorbereitung auf die Therapie, um Burnout oder auch sekundäre Traumatisierung zu vermeiden.

Ausserdem zeigt sich aufgrund des reduzierten Angebots von Menschen, bei Dolmetscher*Innen allenfalls eine Möglichkeit der privaten Verknüpfung aufgrund der Traubenkultur, welche zu Schwierigkeiten führen könnte. Während der Therapie zeigt sich eine wichtige Wahrnehmung der Übertragungen und Beziehungsdynamiken im Raum. Dies zeigt sich bei Gebärdendolmetscher*Innen als zusätzlich wichtig, da die Klient*Innen, wie auch die Therapeut*Innen meist mehr Blickkontakt zur Dolmetscher*In haben, was ein Ungleichgewicht herstellen kann (Martinkat & Terhorst, 2021; S. 265ff). Die geringe Studienlage zeigt eine Tendenz zu der Anmeldung von Klient*Innen für die Psychotherapie mit Therapeut*Innen mit der Fähigkeit zur Gebärdensprache und Kontakt zur Taubenkultur.

6 Integrative Therapie mit tauben Menschen, mit und ohne pathologische Entwicklungen (Praxeologie auf der Basis der Metatheorien sowie allgemeine Theorien der Therapie)

„[E]verything works for somebody, but nothing works for everybody.“ – Zitat aus: Raising and educating a deaf child: A comprehensive guide to the choices, controversies, and decisions faced by parents and educators

(Marschark, 2007, S.2; Martinkat & Terhorst, 2021, S.55)

In Buch Psychotherapie in Gebärdensprache; Ansätze und Interventionen (2021) wird bereits beschrieben, dass es wünschenswert sei, in der Therapie mit tauben Individuen eine nicht hierarchisch-sequenziell aufgebaute Befragungstechnik, bzw. Ursachen-Wirkung-Zusammenhang, sondern eine mehr assoziativ und körper-wahrnehmungsorientierte, therapeutische Arbeit zu empfehlen (Martinkat & Terhorst, 2021; S. 86).

6.1 Die vier Wege der Heilung und Förderung

Die Integrative Therapie ermöglicht durch „komplexe Achtsamkeit“, durch das Erspüren und Überdenken des feinkörnigen „Prozess des Zwischenmenschlichen“ in den vier Wegen der Heilung im Zusammenspiel mit Heilfaktoren das Erleben von „vitaler Evidenz“. Vitale Evidenz durch das körperliche Erleben, das seelische Erfahren und der kognitiven Einsicht (Petzold, 2012h).

In den nächsten Abschnitten soll der Fokus auf die vier Wege der Heilung und Förderung der Integrativen Therapie gelegt werden. Dies soll nicht nur im Rahmen der Pathogenese der Psychotherapie erläutert werden, sondern bezieht sich auf die Persönlichkeitsentwicklung und Entwicklungspotenziale, welche diese für die gehörlosen Menschen in unserer Gesellschaft beitragen könnten. Denn:

„Die 'Vier Wege der Heilung und Förderung' sind letztlich 'Strategien der Entwicklung', welche sinngelitetes Leben strukturieren helfen und deshalb auch geeignet sind, heilende und fördernde Wirkungen bei Menschen zu entfalten...“ (H. Petzold et al., 2006)

Durch die folgenden Erläuterungen sollen einige Gedanken der Interventionen und Techniken mit der Arbeit mit gehörlosen Klient*Innen/ Patient*Innen erläutert und Gedanken dazu geteilt werden.

Synopsis der „vier WEGE“ der Heilung und Förderung

	Erster WEG	Zweiter WEG	Dritter WEG	Vierter WEG
Ziele	Bewusstseinsarbeit ► Einsicht, Sinnfindung, kognitive Regulation: „Sich selbst verstehen, die Menschen, die Welt, das Leben verstehen lernen.“	Nach/Neusozialisation ► Grundvertrauen, Selbstwert, emotionale Regulation: „Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden.“	Erlebnis/Ressourcenaktivierung ► Persönlichkeitsentfaltung/gestaltung, Lebensstiländerung: „Neugierde auf sich selbst und Andere, sich selbst zum Projekt machen, sich in Beziehungen entfalten.“	Exzentrizitäts/Solidaritätsförderung ► Metaperspektive, Solidarität, Souveränität: „Nicht alleine gehen, füreinander eintreten, gemeinsam Zukunft gewinnen.“
Inhalte	Lebenskontext/kontinuumsanalyse, Problem-, Ressourcen-, Potential-, Lebenszielanalysen, Biographie- u. Identitätsarbeit, Zukunftsplanung, Sinn- u. Wertefragen, Neubewertungen (appraisal), Änderung von kognitiven Stilen und des Lebensstils durch <i>korrigierende kognitive Einsicht</i>	Stärkung von Grundvertrauen u. Selbstwert, Restitution beschädigter Persönlichkeitsstrukturen, des emotionalen Spektrums, der empathischen Kompetenz, der Beziehungsfähigkeit, Neuwertungen (valuation), Änderung emotionaler Stile durch <i>korrigierende emotionale Erfahrungen</i>	Erschließung persönlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen/Potentiale, Kreativitätsförderung, Netzwerk-Enrichment, Aktivierung Hemmung dysfunktionalen Verhaltens, Lebensstiländerung durch <i>alternative, kognitive/emotionale Erfahrungen und multisensorische/multiexpressive Performanzen</i> .	Exzentrische, mehr- u. metaperspektivische Betrachtung von Lebenslage, Entfremdungsproblemen, Lebens-Zukunftsplanung, Netzwerkentwicklung, Wertefragen, Identitätsarbeit, Lebensstiländerung durch <i>gemeinsame kognitive/emotionale Erfahrungen und multisensorische/multiexpressive Performanzen</i>
Methoden/Techniken	Narrative Praxis, Beziehungsarbeit, Sinngespräch, tiefenhermeneutisches Verstehen u. Durcharbeiten, Metareflexion, cognitive modelling, Problemlösung	Emotionale Differenzierungsarbeit im Beziehungsprozess, Regressionsmethoden, bottom-up/ top-down emoting, Hemmung durch Alternativemoting, Netz-Werk-/Konvoiarbeit	Kreativ-, Sport-, Bewegungstherapie, Rollenspiel, positives Emoting, Freizeitaktivierung, Performanztraining, Netzwerkpflege, Natur- u. ästhetische Erfahrungen, kreative Medien, Hausaufgaben, Tagebuch	Netzwerk- u. Projektarbeit, Gruppentherapie, CaseManagement, assertives Training, Kontrolltraining, Sozialberatung, Empowerment Training, Exchange Learning, Co-Counseling, Selbsthilfe, Bildungsarbeit
Modalitäten	III. konfliktzentriert/störungsspezifisch, einsichtsorientiert, ggf. VI. medikamentengestützt	III. konflikt-/störungsspezifisch, II. erlebniszentriert/emotionsorientiert, ggf. V. netzwerk- u. VI. medikamentengestützt	II. erlebnis- u. I. übungszentriert, V. netzwerkorientiert, IV. supportiv, ggf. VI. medikamentengestützt	V. netzwerkorientiert, IV. supportiv, II. erlebnis- u. I. übungszentriert, ggf. VI. medikamentengestützt

Abbildung 4: Synopsis der "vier WEGE" der Heilung und Förderung (H. G. Petzold, 03/2012h)

6.1.1 Erster Weg der Heilung und Förderung – Bewusstseinsarbeit/ Sinnfindung/ emotionales Verstehen

Mittels der Einsicht Exzentrizität soll die Einsicht in die Biografie und somit die Übersicht über den Lebenskontext sowie die Voraussicht auf Entwicklung gefördert werden, um somit insgesamt das Sinnerleben und die Evidenzerfahrung zu stärken (*H. G. Petzold, 2003a, 2012h*). Während Lautspracheverwender*Innen meist in sequenziell und kategorischen Denksystemen agieren, denken Menschen, welche Gebärdensprache nutzen, in räumlichen und strukturierenden Denksystemen (*Martinkat & Terhorst, 2021; S.186*). Für ungeschulte hörende „Theragnostiker*Innen“ (*Osten, 2019*) können diese vom Denksystem der tauben Person als desorganisiert und loser Assoziationen sowie gedankenflüchtig interpretiert werden (*Martinkat & Terhorst, 2021; S.187*). Durch das Verständnis der Integrativen Therapie, dass Gedächtniskonzert Handlungsmöglichkeiten für die erlebnisaktivierenden und regressionsorientierende Psychotherapie bietet, kann dies in Verbindung gebracht werden. Im transversalen, integralen Leibgedächtnis fließen alle Erinnerungsmöglichkeiten des Leibes synergetisch zusammen (*Apfalter et al., 2021; S.44*). Um Sinnerleben zu schaffen, zeigt sich in der psychotherapeutischen Praxis die narrative Praxis, als Verständnis für die Narrative im Leben des Patienten, als häufig genutzt. Als Narrativ wird ein Lebensmuster bezeichnet, welches als strukturgebende Handlungsfolie dient und für die persönliche Identität unverzichtbar ist und die Biografie des Menschen formt (*Apfalter et al., 2021; S.95*). Die vorliegenden Skripts können maligne, aber auch benigne Narrative sein und können durch diese im therapeutischen Prozess ko-kreativ evaluiert werden. Im transversalen, integralen Leibgedächtnis wird von drei Formen (somatisch kollektives Gedächtnis, immunologisches Gedächtnis und das persönliche zerebrale Gedächtnis) des Gedächtnisses und mit Ihnen von verschiedenen Gedächtnisteilen (propriozeptives bzw. sensumotorisches Gedächtnis, atmosphärisches Gedächtnis, multimodales, ikonisches Gedächtnis, szenisches Gedächtnis, symbolisch bzw. verbal-semantisches Gedächtnis), welche sich in der Entwicklung bis zur Kleinkindphase zum integralen Leibgedächtnis entwickeln, gesprochen (*Apfalter et al., 2021*). Die Exploration der narrativen Praxis zeigt sich in der Integrativen Therapie auch durch die Nutzung von kreativen Medien wie beispielsweise bildnerischer Darstellung oder auch Psychodrama, durch welche auch ohne die lautsprachliche Verwendung ein gemeinsames Verständnis für die Narration des/r Klienten*In hergestellt werden kann. Im Rahmen der narrativen Praxis zeigt sich die Verwendung der „Muttersprache“ als meist verwendet, da diese meist näher an den Emotionen ist. Gleich wie bei einer Therapie mit einem/r Klient*In, welche eine Muttersprache hat, welcher der/die Therapeut*In nicht mächtig ist, soll diese trotzdem in der Therapie genutzt werden. Durch diese Herangehensweise würde ich persönlich in der Arbeit mit Gehörlosen deutlich dafür plädieren, dass die Gebärdensprache als vollendeter Ausdruck der Emotionen und damit auch im Zusammenhang mit den Tiefungsebenen verwendet werden soll. Auch wenn dies den/r Therapeut*Innen im Nachhinein erläutert werden muss.

In der Beziehungsarbeit zeigt sich allgemein in der Therapie, aber insbesondere bei der Therapie mit Gehörlosen, die Beachtung der Übertragungen. Wie bereits erwähnt, zeigen sich bei gehörlosen Personen ausgeprägte Beziehungserfahrungen in der Entwicklung, mit dem Idealisieren des hörenden Gegenübers oder auch der Unterordnung in der Beziehung, welche achtsam begleitet werden sollen.

6.1.2 Zweiter Weg der Heilung und Förderung – Nachsozialiation/ Bindung von Grundvertrauen/ Emotionale Differenzierungsarbeit/ Parenting/ Reparenting

Im Beziehungserleben soll durch perzeptive, emotionale, volitionale Differenzierungsarbeit eine Nach- und Neusozialisation stattfinden. Im zwischenmenschlichen Raum der Therapie sollen Möglichkeiten für korrektive kognitive und emotionale Erfahrung geschaffen werden (*H. G. Petzold, 2012h*).

Die Tiefungsebenen werden bei der emotionalen Differenzierungsarbeit als essenziell empfunden, um mit den unterschiedlichen Emotionsintensitäten zu arbeiten und diese während der Therapie zu thematisieren. In der integrativen Therapie werden vier Ebenen der therapeutischen Tiefung unterschieden (gedankliche Reflexion, Bilderlebnis und Affekte, Involvierung mit Schmerz und die autonome Körperreaktion) (*Apfalter et al., 2021*). Durch die aktivierten Szenen aus der Vergangenheit und den damit verbundenen Emotionen kann die Bearbeitung und eine Nachsozialisation erfolgen. Wie beschrieben, sind Gefühle, Intentionen und Konfliktlösungen nur ein geringer Teil der kommunikativen Erarbeitung im Familiensystem (*Wattenberg, 2014*). Dies bedeutet, dass ein wichtiger Aspekt der therapeutischen Arbeit sich auf die Nachsozialisation und emotionale Differenzierungsarbeit, welche in der therapeutischen Beziehung kommunikativ, durch die gemeinsame Sprache aber auch durch kreative Gestaltungsmöglichkeiten (Emotionskarten etc.) erarbeitet werden kann, bezieht.

Die besondere Bedeutung der Verhaltensnormen wird in der Integrativen Therapie als essenziell empfunden, um eine Stigmatisierung der Kinder zu verhindern. Vor allem in der Arbeit mit behinderten Kindern sind die identiätsnormierenden Perspektiven von zentraler Bedeutung (*H. G. Petzold & Müller, 2004c*). Im Rahmen der Entwicklungsdefizite von Gehörlosen wird oft benannt, dass in Familien wenig Erklärung der Gefühle und Verhalten in der Kommunikation stattfindet, was in der Therapie nachsozialisiert werden kann. Durch den Einbezug des Netzwerks und Konvois des/r Klient*innen, kann eine gemeinsame Bearbeitung der Defizite und infolgedessen ein lösungsorientierter Ansatz für Entwicklung geschaffen werden, welcher in jedem Alter von Vorteil ist.

6.1.3 Dritter Weg der Heilung und Förderung – Erlebnisaktivierung/ Persönlichkeitsentfaltung/ kreativer Erlebnisentdeckung/ alternative Handlungsmöglichkeiten

Die Persönlichkeitsentfaltung wird durch Erlebnisaktivierung und alternative Erfahrungsmöglichkeiten vorangetrieben (Leitner & Höfner, 2020). Das Ressourcenpotenzial, mit dem Kernkonzept der Neugier, wird durch multiple Stimulierungen, dem Ausdrucksspielraum des Patienten, erweitert (H. G. Petzold, 2012h).

Kreative Darstellung von internen Prozessen und auch des Leibgedächtnisses zeigen sich in der Integrativen Therapie als äusserst passend für taube Klient*Innen durch die Arbeit mit kreativen Ebenen. Taube Klient*Innen sollten ihre Gefühle, Stimmungen, Träume und Erinnerungen szenisch im Raum beschreiben und an verschiedenen Orten positionieren können und lernen, sie zueinander in Beziehung zu setzen. 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). Für ästhetische Erfahrungen, welche für taube Klienten*Innen in der Sinnmodalität des Gehörs gänzlich eingeschränkt sind, zeigt sich die Verwendung von visuellen, kreativen Medien als bedeutungsvoll. Musikkonzerte werden von Dolmetscher*Innen übersetzt, was neben der Solidaritätserfahrung (4. Weg der Heilung und Förderung) auch das Erleben der Musik in einer Dimensionalität ermöglicht.

Bei der Körperforschung wird der Schwerpunkt auf die medizinische Definition der Gehörlosigkeit als Behinderung bzw. Defizit gelegt. Körperbilder sind durch gesellschaftliche und historische Entwicklung geprägt. Da sich bei der Gehörlosigkeit die physischen und kulturellen Aspekte nicht voneinander trennen lassen, gibt die ethnologische Körperforschung Aufschlüsse über Identitätsentwicklung gehörloser Menschen in verschiedenen Lebenskontexten. Die Aspekte beeinflussen die Konstruktion des Selbst im Alltag und sind ausschlaggebend für das Selbst oder Fremdbild des Gehörlosen.

6.1.4 Vierter Weg der Heilung und Förderung: Solidaritätserfahrung/ Engagement/ Alltagspraktische Hilfe/ Förderung der Bildung psychosozialer Netzwerke

Durch die Bildung eines psychosozialen Netzwerks und durch Förderung der alltagspraktischen Hilfe sollen Solidaritätserfahrungen gemacht werden. Die Ursachen hinter den Ursachen und damit die Folgen nach den Folgen, können mittels sozialen sinnerfassenden und sinnverstehenden Aspekten vorangetrieben werden (Leitner & Höfner, 2020).

Netzwerkarbeit als ein wichtiger Pfeiler der Integrativen Therapie wurde bereits in den obigen Abschnitten beschrieben. Jedoch zeigt sich auch die Wichtigkeit der Taubenkultur und die damit verbundene Solidaritätserfahrung als wichtiger Teil der Therapie und soll somit integriert werden.

Aufgrund der beschriebenen Entwicklungsschwierigkeiten zeigt sich die Arbeit mit familientherapeutischer Intervention als essenziell. Dadurch kann während der frühen Entwicklung des Kindes gemeinsam mit dem Netzwerk ein salutogenetischer Kontext geschaffen werden, um die Risikofaktoren einer psychischen Störung verringern zu können (Wattenberg, 2014). Durch den Einbezug vom Netzwerk der Klient*Innen oder auch der Patient*Innen können bestehende psychosoziale Netzwerke gestärkt und neue erarbeitet werden.

Aufgrund der meist lebenslangen Verbindung mit Sozialinstitutionen aufgrund der Taubheit, wie IV und Sozialamt, zeigen sich Sozialberater*Innen als wichtiger Aspekt für die Entwicklung von Klienten*Innen.

6.2 Komplexe wechselseitige Empathie

(H. G. Petzold & Mathias-Wiedemann, 2019a)

„Empathisches Handeln ist letztlich in dem evolutionsbiologisch disponierten Antrieb der Menschen zu Affiliationen, zu Nahraumbeziehungen, gegründet, und nur in ihnen war es möglich, in der Hominisation die Fährnisse der Welt auf den WEGEN durch die Evolution zu überleben“ (H. G. Petzold, 2002b; H. G. Petzold & Mathias-Wiedemann, 2019a)

Als wichtigster Wirkfaktor für die psychotherapeutische Behandlung wird die therapeutische Beziehung genannt und dies inkludiert die Empathie (H. G. Petzold & Mathias-Wiedemann, 2019a; Wampold et al., 2017). Die Grundfunktion der Empathie muss in den relevanten Bereichen der Theorie der Therapie verortet und muss daher transversal, dies bis hin zur Praxeologie, durchdrungen werden. Anthropologisch gesehen wird man Mensch durch Mitmensch, durch das empathische Erfassen und Verstehen der Zwischenleiblichkeit. Mensch-Sein heisst auch Natur-Sein, da wir in unserer ökologischen Umwelt eingebettet (embeddedness) sind. Entwicklungspsychologisch leben und wachsen wir als Mensch in unserer gesamten Lebensspanne durch internationale, intersubjektive und zwischenmenschliche, empathische Austauschprozesse. Persönlichkeitstheoretisch ist der Weg zu einem prägnanten Selbst geprägt durch Selbstempathie und selbstreflexiven Interventionen, was zu Verinnerlichung/ Interiorsierungen (Empathiv embodiment) führt. Beziehungstheoretisch zeigt sich in allen Formen der menschlichen „Relationalität“ eine Empathie für die Beziehungsgestaltung als Kernelement. In der Gesundheits- und Krankheitstheorie kann zusammengefasst werden, dass Menschen in gesunden Beziehungen

gedeihen und in belastenden gefährdet sind oder erkranken. Auf ethischer Grundlage zeigt sich ein Vorhandensein der Empathie als Grundvoraussetzung für empathisches Handeln (H. G. Petzold & Mathias-Wiedemann, 2019a).

Die Wichtigkeit der transversalen Empathie zeigt sich durch die multidirektionale Annäherung an die Personen (im therapeutischen Kontext) durch eine weitgreifendes, exzentrisches Umkreisen um somit ein tiefgreifendes, zentrisches Durchdringen im Versuch, das Andere/ den Anderen in komplexer Weise zu erfassen und eine positive Zielsetzung zu erarbeiten (H. G. Petzold & Mathias-Wiedemann, 2019a). Durch die Ausbildung zur (Psycho)-therapeut*In zeigt sich eine „professionelle Empathie“, welche als tiefgreifend verstanden werden muss. Dies wird in der Integrativen Therapie als vorausgesetzt wahrgenommen. Sie dient als die Grundlage für therapeutische Interaktionen und das Aufeinandereingehen in der Kommunikation durch wechselseitiges Einfühlen (H. G. Petzold & Mathias-Wiedemann, 2019a).

In der therapeutischen Arbeit wird die Empathie als wichtig erkannt, um die wechselseitige Deutung, das Verständnis für das Gegenüber, in der Hermeneutik durchzuarbeiten (H. G. Petzold & Mathias-Wiedemann, 2019a). Die Andersheit des Anderen, welche von Emmanuel Levinas beschrieben wird, beschreibt die letztlich nie einholbare und nie gänzlich begreifbare Andersheit des anderen Menschen (Alterität/Alteritätsprinzip) (Apfalter et al., 2021). In der Arbeit mit tauben Menschen zeigt sich das Konstrukt als notwendig. Durch die Sozialisationserfahrungen werden sich gehörlose Menschen rasch hierarchisch unterordnen und haben nur wenig Erfahrung darin, „verstanden“ zu werden. Dies kann ein deutlicher Heil- und Wirkfaktor sein. Ausserdem zeigt sich bei der wechselseitigen Empathie die Wichtigkeit der Fähigkeit der Empathie des tauben Menschen mit dem hörenden Gegenüber, welche durch Sprachdeprivation und Entwicklungsschwierigkeiten oft äusserst eingeschränkt gezeigt wird und durch die therapeutische Arbeit bewusst verfolgt werden muss. Wechselseitige Empathie als reziproke, pluridirektionale Beziehung (H. G. Petzold & Mathias-Wiedemann, 2019a).

7 Soziales Atom – Mikrokosmos - Schattenkinder (2. Weg der Heilung und Förderung)

Durch die Diagnose des Kindes mit Hörschädigung zeigt sich die psychische Entwicklung dem gesamten Familiensystem als gleichermassen gefährdet (Hintermair, 2006; S.145; Wattenberg, 2014).

7.1 Soziale Netzwerke/ Familie

«Ein soziales Netzwerk wird als Matrix in einem sozioökologischen Kontext betrachtet, in der sich soziale Prozesse abspielen und die Ansatzmöglichkeiten für Interventionen bietet» (Brühlmann-Jecklin & Petzold, 2005; Hass & Petzold, 1999)

Wie erwähnt haben 90 % der tauben Kinder hörende Eltern, weshalb keine Erfahrungen im Kontext des Umganges dieser Beeinträchtigung vorhanden sind (M. Fellingner & Fellingner, 2014). Zur Beziehungssicherung können frühe Interventionen angegangen werden. Wie oben beschrieben, zeigen sich äusserst viele herausfordernde Entwicklungsschritte, in denen das familiäre Umfeld als Quelle des psychischen Wohlbefindens dienen soll. Zu Beginn zeigt sich die «Akzeptanz» der Behinderung als Kernfaktor in der Familie, welcher durch das Eintauchen in die Taubenkultur und Hilfsstrukturen unterstützt werden kann (Bspw. SVHK in der Schweiz). Es wurde bereits viel darübergeschrieben, wie Eltern mit dem ersten Schock einer Behinderung umgehen und wie sie diese versuchen anzunehmen, z.B. mit Hilfe von Selbsthilfegruppen. Jedoch gibt es wenig nachzulesen, wie es Eltern schaffen, auch den nicht behinderten Kindern genauso viel Liebe, Fürsorge und Aufmerksamkeit zu schenken. Genauso wenig gibt es ein Handbuch für die Geschwister von chronisch kranken Geschwistern trotz des liebevoll und fürsorglichen Umgangs, Distanz zu erhalten (Achilles, 2018). In den ersten beiden Lebensjahren zeigt sich die gegenseitige Interaktionsgestaltung als wichtige Hürde, um die Beziehung zu sichern (Wattenberg, 2014). Durch die starke Fokussierung auf das beeinträchtigte Kind, zeigt sich eine erneute Hürde, da durch die reduzierte Taubenkultur auch nur wenig Hilfsangebote für die Familie des tauben Kindes bis dahin zur Verfügung standen und zusätzlich die Hilfe der Eltern in Anspruch genommen werden muss. 26 % der Eltern gaben an, sich bei den eigenen Eltern Hilfe zu holen und 40 % gaben an, sich lieber selbst helfen zu wollen (Wattenberg, 2014).

7.2 Angehörige und „Schattenkinder“

Als „Schattenkinder“ werden Geschwisterkinder von Geschwistern mit einer Behinderung benannt. Aufgrund von wenigen Studien wird davon ausgegangen, dass sie anfälliger für psychische Störungen sind, oft Schwierigkeiten haben, voller Hemmungen stecken, Schuldgefühle haben oder beispielsweise keine Freunde finden. Ausserdem würden Sie sich rasch von den Eltern und vom Leben benachteiligt fühlen. Im Gegensatz dazu zeigen sich Geschwisterkinder mit einem grossen Mass an Reife, Toleranz, Sensibilität, Belastbarkeit und einem hohen sozialen Engagement (Achilles, 2018; S.32f). Oft wird von den Geschwisterkindern eine pfliegerische und heilpädagogische Ausbildung erwartet. Sie werden früh mit Leid konfrontiert, Rivalität ist verboten. Denn von den Geschwisterkindern erwartet

man in erster Linie Rücksichtnahme. Sie sind es gewohnt, bei Hilfe anderer sofort zur Stelle zu sein, sie lernen rasch ihre eigenen Bedürfnisse zurückzustellen und eigene Emotionen stark zurückzuhalten (Achilles, 2018; 42ff). Durch die Rücksichtnahme und nicht vorhandenen Auseinandersetzungen besteht die Schwierigkeit des Erlernens von Streitigkeiten. Geschwisterkinder übernehmen zu früh zu viel Verantwortung, sie entwickeln Schuldgefühle oft aufgrund des Bewusstseins der Überlegenheit (Achilles, 2018). Je nach Charakter, Intelligenz und sozialem Umfeld entwickeln manche Geschwisterkinder Altruismus, verdrängen die Schuldgefühle, was die persönliche Entwicklung behindern kann, (Achilles, 2018; S.46). Sie haben weiter weniger Zugang zu den Eltern, denn oft fehlen Zuwendung, Anerkennung und Hilfe durch die Eltern, da die vermehrte Aufmerksamkeit auf dem chronisch erkrankten Kind liegt. Aufgrund von Isolation der Familie kann das nicht behinderte Kind zum Einzelgänger werden, wodurch die Gefahr bestehen kann, weniger Freundschaften zu schliessen. Die Geschwisterfolge kann anders erlebt werden, da das jüngere Kind oft das ältere Kind überholt, auch dies kann Hemmungen und Schuldgefühle auslösen (Achilles, 2018; S.48f). Geschwisterkinder haben oft Angst, selbst behindert zu werden und leben wie der gesamte Konvoi in einer «aussergewöhnlichen» Familie (Achilles, 2018). Die Einstellung der Eltern, die Zufriedenheit der Mutter mit ihrem Leben, das Verhalten des Vaters und die Schwere der Behinderung sowie die finanzielle Stellung der Familie werden als Ressourcen beschrieben (Achilles, 2018; S.120). Weiter werden erklärende Gespräche, sowie Filme und Medien bezüglich der Behinderung an die Geschwisterkinder, Selbsthilfegruppen, gute Solidarität der Lehrkräfte des nicht behinderten Kindes, Religion oder gut ausgewählte Expert*Innen als wichtige Stütze erachtet. Aufgrund von schlechten Erfahrungen wird diese Ressource meist als letztes gewählt (Achilles, 2018; S. 120-125). Geschwister selbst können für sich lernen, mehr Zeit für sich selbst zu haben und Distanz zu erhalten und eigene Hobbys zu finden. Weiter sollen «familienunterstützende» Dienste genutzt werden.

Beim Durchlesen der Bücher zu Schattenkindern (Achilles, 2018; Haberthür, 2005) konnte ich mich in einigen der Aussagen der Geschwisterkinder erkennen. Personen ausserhalb aber auch innerhalb des Konvois hatten immer grosses Mitleid mit meiner gehörlosen Zwillingschwester, weshalb ich mich auch immer zunehmend schuldig gefühlt habe, wenn ich über sie redete. Ich habe bereits früh als Dolmetscherin in Kontakt mit dem Gegenüber fungiert und bin in dieser Rolle gänzlich aufgegangen. Das Entstehen einer Dreiecksbeziehung erhöht die Schwierigkeit den Gehörlosen bzw. in diesem Beispiel meine Schwester nicht auszuschliessen. Die Menschen treten in Kontakt mit dem hörenden Gegenüber und erhoffen sich dadurch die Kommunikation (Martinkat & Terhorst, 2021). Trotz allen auch im vorherigen Abschnitt beschriebenen Defiziten oder Problemen, welche ein Geschwister mit Behinderung mit sich bringt, kann ich mich selbst auch damit anschliessen, dass es oft besonders positive Aspekte hat (Haberthür, 2005; S.27). Wie man gemeinsam als Familie zusammenhält, um die Schwierigkeiten zu überwinden und wie auch all die Verantwortungsübernahme und Stärke, welche ich auch zeigen musste, mich zu dem Menschen machte, der ich heute bin. Ich bin mir auch sicher, dass durch diese Erfahrungen meine Berufswahl zur Psychotherapeutin beeinflusst wurde und ich bin froh, diesen Weg gewählt zu haben.

8 Kulturarbeit der Integrativen Therapie (Praxis-Idee zum 4. Weg der Heilung und Förderung)

8.1 Die Integrative Kulturarbeit

„...Psychotherapie ist Kulturarbeit – so schon Freud. Ihre Aufgabe ist Schaffen eines kritischen Bewusstseins und Denkens, Ideologiekritik, Förderung von Humanität, Konvivialität, reflektiertem Altruismus usw. auf der Basis „komplexer Achtsamkeit“ und „transversaler Vernunft“ und mit dem Ziel konkreter praktischer Arbeit mit Menschen in Therapien, in Weiterbildungen und Projekten der Hilfeleistung.“ (H. G. Petzold et al., 2013)

Durch die Kulturarbeit im Rahmen des vierten Weges der Heilung und Förderung wird als therapeutisches Ziel die Exzentrizität in persönlichen aber auch gesellschaftlichen Bereich gefördert und der Mut zu Parrhesis eingenommen (Apfalter et al., 2021). In den oberen Abschnitten wurde bereits erwähnt, dass kritische Kulturarbeit aufgrund der mangelnden Umsetzung von Angeboten im Gesundheitswesen (Béran, 2022) , aber allgemein in der Gesellschaft für gehörlose Personen deutlich schwierig ist und dies verändert werden muss, um eine Integration der gehörlosen Menschen voranzutreiben.

Im Folgenden soll nun eine Konzeptarbeit/ Projekt beschrieben werden.

Neben den oben beschriebenen Veränderungen im Mikrokosmos des Patienten, welche auch durch den Makrokosmos begünstigt werden können, soll im folgenden Abschnitt ein Projekt beschrieben werden, welches bereits mittels Businessplan ausgearbeitet wurde.

8.1.1 Konzeptarbeit/ Begegnungszentrum mit Kaffee und psychotherapeutischer Praxis in Basel im Rahmen der integrativen Kulturarbeit

«Gehörlosigkeit als kulturell erschaffene Behinderung, denn das Thema der Behinderung ist innerhalb der Gehörlosengemeinschaft nur eine Reaktion auf die Konfrontation mit den Hörenden und deren Konstrukt von Gehörlosigkeit als Behindern bzw. Defizit» (A. C. Uhlig, 2012).

Das Projekt soll ein Begegnungszentrum/ Kaffee, psychotherapeutische Praxis und schulmedizinisches wie auch alternativmedizinisches Angebot sein. Im Vordergrund steht die

Arbeit mit gehörlosen Menschen, welche durch die Arbeit in einem Kaffee in Kontakt mit nicht gehörlosen Menschen (*Empowerment*) kommen und infolgedessen die hörende Mehrheit in Kontakt mit Menschen mit einer Behinderung kommen kann.

Durch den Ansatz der Integrativen Therapie soll Ganzheitlichkeit geschaffen werden. Personen mit einer IV-Rente bzw. gehörlose Personen sollen einen Ort erhalten, an dem es ihnen ohne Stigma gelingen soll, in Kontakt mit dem Makrokosmos zu treten. Das Begegnungszentrum bzw. Kaffee soll durch Personen der sozialen Arbeit und Psychologen geführt werden. Aufgrund der nicht einfachen Finanzierung wurde die Idee weiter ausgebaut. Das Gebäude soll im Rahmen einer integrativen Arbeitsgemeinschaft ausgebaut und mit einer psychotherapeutischen Praxis (*ganzheitlicher Ansatz*) verbunden werden. Dies würde heissen, dass der Kaffeeraum auch als Wartezimmer genutzt werden kann. Dies könnte dadurch zusätzlich zu einer Entstigmatisierung für psychische Erkrankung führen und bspw. auch für Personen mit einer Angststörung als Expositionsraum genutzt werden können. Um den Raum zu öffnen, wurde auch überlegt, Veranstaltungen durchzuführen, wie beispielsweise Open-mic-Abende, Kreativabende und Buchlesungen, Kunstausstellungen etc. (*ästhetische Erfahrungen*), dadurch könnte auch das gesamte Quartier aufgefordert werden, dies als Quartier- und Begegnungszentrum (*Solidaritätserfahrungen, Selbsthilfegruppen, Gruppentherapien*) zu nutzen. Ein Ort, in dem man zusammenkommen kann, wie man ist. Das Selbst und seine Identität weiter entdecken und mit jeglicher Lebensgeschichte einen Platz zu finden (*Kontext, Konvois, Embedded*).

Das Integrative Kaffee (die Zu(r)hörBar), geführt von einer Psychologin und einer Sozialpädagogin, soll in Zusammenarbeit mit der IV, gehörlosen wie auch Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung eine Stelle im Kaffee einzunehmen. Die Zu(r)hörBar soll ihren Mitarbeiter*In Aufbautraining und/o der Arbeitsintegration anbieten. Gemeinsam mit den Casemanager*In der IV sollen regelmässig die weiteren Anforderungen an die IV-Mitarbeiter besprochen werden. Die Geschäftsführerinnen sind daran interessiert, möglichst eng mit der IV zusammenzuarbeiten. Wöchentlich sollen Gespräche mit den Mitarbeitern stattfinden, in denen die Ziele evaluiert und neue Ziele formuliert werden.

<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entstigmatisierte Atmosphäre - Berufliche Ausbildung - Angebot der unterschiedlichen Segmente - Unterstützung durch das IV-Personal - Kreative Umsetzung der Segmente - Regelmässige Jourfixx 	<p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IV-Personal - Eingeschränkte Arbeitsleistung des Personals/Krisen - Kleine Räumlichkeiten
<p>Chancen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berufliche Vernetzung - Flexible Arbeitszeiten - Gewinn für unsere Gesellschaft - Soziale Media 	<p>Risiken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausstehende Finanzierung - Abschreckende Atmosphäre - mangelnde Kundenzufriedenheit (Arbeitsabläufe) - Trend der Gesellschaft für vermehrte Konkurrenz

9 Fazit

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*). Die Taubenkultur und ihre Mitglieder bilden ebenso ein Heterogenie wie die hörende Mehrheit. Durch diese Heterogenität lässt sich kein typisches Profil von psychischen Störungen bei Hörgeschädigten ableiten. 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 Kindern unterscheiden (*J. Fellingner 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 Übertragungen zu schützen. Durch die Integrative Therapie zeigen sich neben der Lautsprache viele kreative Medien bzw. unterschiedliche Herangehensweisen aufgrund der anthropologischen Grundformeln. Durch das Verständnis der Integrativen Therapie des Menschen als Körper-Seele-Geist-Wesen im sozialen-ökologischen Kontext und Kontinuum tritt der Mensch als Ganzes und nicht nur die Störung, bzw. die somatische Einschränkung des Gehörs in den Fokus. Dies führt dazu, dass nicht nur (psycho)-therapeutisch bearbeitet, sondern ganzheitliche Interventionen und Techniken verwendet werden können, um gehörlosen Menschen zu einem prägnanten Selbst zu verhelfen und damit ihre Identität zu stärken. Gedanken zu den unterschiedlichen Techniken sollen durch die vier Wege der Heilung und Förderung ersichtlich geworden sein.

Mir war es in dieser Arbeit wichtig, neben den tauben Menschen, auch die Angehörigen/ Konvois sowie die Gesellschaft einzubeziehen. Durch die Gesellschaft und die Geschichte der Taubenkultur, sowie der Gebärdensprache, wird ersichtlich, dass die gehörlosen Menschen an den Rand der Gesellschaft gedrängt wurden. Durch eine kritische Kulturarbeit und die

Arbeit mit den Menschen, nicht nur im kleinen Kosmos des Menschen, kann eine Integration der gehörlosen Menschen und auch eine Integration der Taubenkultur, welche primär, nicht als defizitär ist, umgesetzt werden. Dadurch sollte in der Arbeit eine Möglichkeit der Verschmelzung von zwei Kulturen, durch ein Projekt wie der «Zu(r)hörBar», beschrieben werden.

Für mich persönlich war es eine Auseinandersetzung mit meiner eigenen Biografie. Ich habe durch die Erarbeitung dieser Graduierungsarbeit neue Erkenntnisse über die Taubenkultur, meine Familie aber auch mich ganz persönlich und meine Identitätsentwicklung erhalten, welche ich nun für meine ganz persönliche Entwicklung aber auch für meine berufliche Entwicklung weiter berücksichtigen möchte. Denn dies ist eine Position auf Zeit, welche ich für den Moment so gerne annehme.

10 Zusammenfassung/ Summary

Zusammenfassung: Integrative Therapie für taube Menschen von der Metatheorie über Realexplikative Theorien zur Praxeologie bis hin zur Praxis

Das erweiterte Fachreferat über 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) wurde im Rahmen dieser Graduierungsarbeit für die Weiterbildung zu Integrativen Psychotherapeutin weiter ausgearbeitet und mit der kritischen Kulturarbeit verbunden, sowie in Zusammenhang mit den Auswirkungen auf die sozialen Konvois aber auch die Gesellschaft erweitert.

Schlüsselwörter: Psychosoziale Merkmale bei Gehörlosen, Ätiologie psychischer Probleme von Gehörlosen, Psychotherapie, Integrative Therapie, kritische Kulturarbeit, Projekt

Summary: Integrative therapy for deaf people from metatheory to real-explicative theories to praxeology and practice

The expanded specialist presentation on psychotherapeutic work with people with hearing impairment and their predisposition as well as their barriers to communication and identity development in connection with integrative therapy (IT) was further developed as part of this article for further training to become an integrative psychotherapist and with the critical Cultural work is connected, as well as in connection with the effects on the social convoys but also on society.

Keywords: psychosocial characteristics in the deaf, etiology of psychological problems in the deaf, psychotherapy, Integrative Therapy, critical cultural work, project

11 Literaturverzeichnis

- Achilles, I. (2018). «...und um mich kümmert sich keiner!»—Die Situation der Geschwister behinderter und chronisch kranker Kinder (6. Auflage). Ernst Reinhardt Verlag München.
- Ahrbeck, B. (1992). *Gehörlosigkeit und Identität: Probleme der Identitätsbildung Gehörloser aus der Sicht soziologischer und psychoanalytischer Theorien*. Signum-Verlag.
- Antonovsky, A. (1979). Health, stress, and coping. *New perspectives on mental and physical well-being*, 12–37.
- Apfalter, I., Stefan, R., & Höfner, C. (2021). *Grundbegriffe der Integrativen Therapie*. Facultas Verlags- und Buchhandels AG Leitner.
<https://www.orellfuessli.ch/shop/home/artikeldetails/A1059386536>
- Bayerischer Rundfunk (Regisseur). (2020, Juni 19). *William C. Stokoe—Entdecker der Gebärdensprache | Sehen statt Hören | Doku | BR* [Video recording].
https://www.youtube.com/watch?v=k1Fyk5gOB_8
- Béran, C. (2022). Das Gesundheitswesen freundlicher gestalten—Den Zugang zu Gesundheitsleistungen für gehörlose und hörbeeinträchtigte Personen verbessern. *Psychoscope*, *Psychoscope*(5/2022), 22–25.
- Braunlich, K., Liu, Z., Seger, C.A. (2017): Occipitotemporal category representations are sensitive to abstract category boundaries defined by generalization demands. *J Neurosci* **37**:7631–7642. doi:10.1523/JNEUROSCI.3825-16.2017
- Brosch, L., & Kampert, K. (1991). *Medizinische Rehabilitation psychischer Störungen...*
https://scholar.google.com/scholar?hl=de&as_sdt=0,5&q=Medizinische+Rehabilitation+psychischer+St%C3%B6rungen+von+H%C3%B6rbehinderten
- Brühlmann-Jecklin, E., & Petzold, H. G. (2005). *Die Konzepte «social network» und «social world» und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im Integrativen Modell*. 05/2005.
- CSFO, S. |. (o. J.). *Studienrichtung Sonderpädagogik (Heilpädagogische Früherziehung, Schulische Heilpädagogik)*. Abgerufen 11. Juli 2024, von
<https://www.berufsberatung.ch/SharerWeb/Index?id=L2R5bi9zaG93LzI3MzQw>
- Denmark, J. C. (1994). *Deafness and Mental Health*. Jessica Kingsley Publishers.
- Die Geschichte der Gebärdensprache. (o. J.). Abgerufen 22. Mai 2022, von
<https://www.enableme.ch/de/artikel/die-geschichte-der-gebardensprache-935>
- 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>
- Fellinger, M., & Fellinger, F. (2015). Psychiatrische Versorgung gehörloser Patienten. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, *16*(4), 159–163.

- Fellinger, M., & Fellinger, J. (2014). Gehörlose Patienten im psychiatrischen Kontext. *neuropsychiatrie*, 28(1), 19–26. <https://doi.org/10.1007/s40211-013-0088-0>
- Fuchs, T. (2003). *Non-verbale Kommunikation: Phänomenologische, entwicklungspsychologische und therapeutische Aspekte*. *Zeitschrift für klinische Psychologie Psychiatrie und Psychotherapie*, 333–345.
- Gebärdenschrift. (2022). In *Wikipedia*. <https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Geb%C3%A4rdenschrift&oldid=222799844>
- Gehörlos sein. (o. J.). *SGB-FSS*. Abgerufen 28. Juli 2024, von <https://www.sgb-fss.ch/de/gebaerdensprachen/ gehoerlos-sein/>
- Gerspacher, L. (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. *FPI-Publikation, VErlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen, 09/2022*, 18.
- Geschichte der Gebärdensprachen. (2022). In *Wikipedia*. https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Geschichte_der_Geb%C3%A4rdensprachen&oldid=221860095
- Glickman, N. (2008). *Cognitive-Behavioral Therapy for Deaf and Hearing Persons with Language and Learning Challenges*. Routledge.
- 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.
- Haberthür, N. (2005). *Kinder im Schatte—Geschwister behinderter Kinder* (2005. Aufl.). Zytglogge.
- Hass, W., & Petzold, H. G. (1999). Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie—Diagnostische und therapeutische Perspektiven. In H. Petzold & M. Märtens (Hrsg.), *Wege zu effektiven Psychotherapien* (S. 193–272). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-663-01468-3_11
- Heil, C. (2017). Psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen. *Psychotherapeutenjournal* 1, 1(16), 11–18.
- Hintermair, M. (2006). Parental Resources, Parental Stress, and Socioemotional Development of Deaf and Hard of Hearing Children. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(4), 493–513. <https://doi.org/10.1093/deafed/enl005>
- Höhmman, 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-persoenlichkeitstheorie/>
- 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. (2009): Von der COMPLIANCE zur ADHERENCE, von INFORMED CONSENT zu respektvollem INFORMED DECISION MAKING. *Integrative Therapie* 35(1), 71–87.

https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=integrative-therapie_it-2009-1-managing-differences-die-kunst-die-vielfalt-zu-nutzen.pdf

- 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.
- Levinas, E. (1983): *Die Spur des anderen*, Freiburg: Alber; Orig. (1963): *La trace de l'autre*, Paris : Gallimard.
- Marschark, M. (2007). *Raising and Educating a Deaf Child: A Comprehensive Guide to the Choices, Controversies, and Decisions Faced by Parents and Educators*. Oxford University Press.
- Marcel, G. (1949): *Homo Viator*. Düsseldorf: Bastion.
- Marcel, G. (1967): *Die Menschenwürde und ihr existentieller Grund*. Frankfurt: Knecht.
- Marcel, G. (1985): *Leibliche Begegnung*. In: Petzold, H. G. (1985g): *Leiblichkeit*. Paderborn: Junfermann. S. 15 – 46. Auch in: *POLYLOGE* 15/2013 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/15-2013-marcel-gabriel-leibliche-begegnung.html>
- 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). *37. Integrative Psychotherapeutische Diagnostik (IPD)* (1. Auflage). Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Petzold, H.G. (1965): *Géragogie - nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse*. Publications de L'Institut St. Denis 1, 1-19; https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-1965-gragogie-nouvelle-approche-de-l-education-pour-la-vieillesse-et-dans-la-vieillesse.pdf; dtsh.: Petzold, H.G., 1985a. *Mit alten Menschen arbeiten*. *Bildungsarbeit, Psychotherapie, Soziotherapie*, Pfeiffer, München, S. 11-30; erw. Neuaufl., Pfeiffer, Klett-Cotta 2004a, 86-107; <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-1985b-angewandte-gerontologie-als-bewaeltigungshilfe-fuer-das-altwerden-das-alter-im-alter.pdf>.
- Petzold, H.G. (1994c/2015): *Metapraxix: Die "Ursachen hinter den Ursachen" oder das "doppelte Warum" - Skizzen zum Konzept "multipler Entfremdung" und einer "anthropologischen Krankheitslehre" gegen eine individualisierende Psychotherapie*. In: Hermer, M. (1995) (Hrsg.): *Die Gesellschaft der Patienten*. Tübingen: dgvt-Verlag. 143-174. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/13-2015-petzold-h-g-1994c-metapraxix-die-ursachen-hinter-den-ursachen-oder-das-doppelte/>

- Petzold, H. G. (2002b). ZENTRALE MODELLE UND KERNKONZEPTE DER „INTEGRATIVEN THERAPIE“. Arbeitsversion.
- Petzold, H. G. (2003a). *1. Integrative Therapie–Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. 3 Bde. 2: Bd. Überarb. e. erw. Aufl. von (1992a)*. Jungfermann.
- Petzold, H.G. (2003e/2006k/2011): Menschenbilder und Praxeologie. 30 Jahre Theorie- und Praxisentwicklung am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (1972-2002). Teil I, Gestalt 46 (Schweiz) 3-50. Teil II, Gestalt 47, 9-52, Teil III, Gestalt 48, 9-64. Updating 2006k als: Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ in einer „transversalen Moderne“ - Menschenbild und Praxeologie. Bei www. FPI-Publikationen. POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit 2/2011. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/02-2011-petzold-h-g-2006k-update2011-integrative-therapie-anthropologie-menschenbild-u.html>
- Petzold, H. G. (2012h). Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung, die «Vier Wege der Heilung und Förderung» und die «14 Wirkfaktoren» als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung. *FPI-Publikation, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen, Integrative Therapie 03/2012*. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-2012h-integrative-therapie-transversalitaet-zwischen-innovation-und-vertiefung/>
- Petzold, H. G. (2012q). „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch ... | FPI-Publikation FPI-Publikation. *Petzold H.G. (2012q): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch ... | FPI-Publikation FPI-Publikation, In Petzold, H.G. (2012a): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie-interdisziplinäre Perspektiven Wiesbaden: Springer VS Verlag. S. 407-605. Überarbeitete und erweiterte Fassung von 2001p; <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. (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., & Mathias-Wiedemann, U. (2019a). 36. Das integrative Modell „komplexer, wechselseitiger Empathie“ und „zwischenleiblicher Mutualität“ als als Grundlage melioristischer Lebenspraxis, Therapie und Supervision. *FPI-Publikation, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen, 03/2019*. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/03-2019-petzold-mathias-2019a-das-integrative-modell-komplexer-wechselseitiger-empathie-und-zwischenleiblicher-mutialitaet/>
- Petzold, H. G., & Müller, L. (2004c). Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie | FPI-Publikation FPI-Publikation. *Petzold, H.G., Müller Lotti (2004c): Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie | FPI-Publikation FPI-Publikation*. <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-persoenerlicher-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/>
- Petzold, H. G., Orth, I., & Sieper, J. (2013). 28. Manifest der Integrativen Kulturarbeit 2013. FPI-Publikation, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen, Petzold, Orth, Sieper (2014): „Mythen, Macht und Psychotherapie“. *Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis. S. 671-688.*(24/2013).
- Petzold, H., Orth, I., & Sieper, J. (2006). Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“. In H. Petzold, P. Schay, & W. Scheiblich (Hrsg.), *Integrative Suchtarbeit* (S. 627–713). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90230-2_17
- Rahm, D. (1993). *Einführung in die integrative Therapie: Grundlagen und Praxis*. Junfermann Verlag GmbH.
- Ramseyer, F. (2010). Nonverbale Synchronisation in der Psychotherapie. *Systeme, 24*(1), 14.
- Schlesinger, H. S., & Meadow, K. (1972). *Development of Maturity in Deaf Children*. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/001440297203800602>
- Schröder, L., & Vereenooghe, L. (2021a). „Mixed-methods“-Studie zu Barrieren in der ambulanten Psychotherapie von Gehörlosen: Rahmenbedingungen der Psychotherapie und Umgang mit Therapieanfragen aus Sicht der Psychotherapeut*innen. *Psychotherapeut, 66*(1), 62–69. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00476-0>
- Schröder, L., & Vereenooghe, L. (2021b). „Mixed-methods“-Studie zu Barrieren in der ambulanten Psychotherapie von Gehörlosen: Rahmenbedingungen der Psychotherapie und Umgang mit Therapieanfragen aus Sicht der Psychotherapeut*innen. *Psychotherapeut, 66*(1), 62–69. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00476-0>
- Stokoe, W. C. (1980). Sign Language Structure. *Annual Review of Anthropology, 9*(1), 365–390. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.09.100180.002053>
- 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>

- Uhlig, A. (2007). Gehörlosigkeit und Gebärdensprachgemeinschaften als Forschungsthema in der Ethnologie. *Das Zeichen, Zeitschrift für Sprache und Kultur Gehörloser, Hamburg, Nr. 26*(Nr. 26), 234–246.
- Uhlig, A. C. (2012). *Ethnographie der Gehörlosen—Kultur—Kommunikation—Gemeinschaft*. transcript Kultur und soziale Praxis. https://www.exlibris.ch/de/buecher-buch/deutschsprachige-buecher/anne-c-uhlig/ethnographie-der-gehoerlosen/id/9783837617931?gclid=CjwKCAjw9-KTBhBcEiwAr19ig-BFes0wKxLUPhiXyj_eWl2p9iAkPJe0tJ3SF1xN7SY2npTOVOLWcRoCGAIQAvD_BwE&gclid=aw.ds
- Wallbott, H. G. (1995). Congruence, contagion, and motor mimicry: Mutualities in nonverbal exchange. *Mutualities in dialogue*, 82–98.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., & Flückiger, C. (2017). 27. *Die Psychotherapie-Debatte*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85681-000>
- Wattenberg, G. (2014). *Zum Erleben Systemischer Familientherapie aus Sicht tauber KlientInnen*. <https://media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/4125/1/00102868-1.pdf>
- Werth, I., & Sieprath, H. (2002). Interkulturelle Kommunikation zwischen Hörenden und Gehörlosen. *Das Zeichen*, 16(61), 360–364.
- Wiener, J. B. (2023, September 19). *Die Rolle der Schweiz in der Gehörlosenbildung*. Blog zur Schweizer Geschichte - Schweizerisches Nationalmuseum. <https://blog.nationalmuseum.ch/2023/09/die-rolle-schweiz-in-der-gehoerlosenbildung/>
- William Stokoe. (2021). In *Wikipedia*. https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=William_Stokoe&oldid=213217889
- 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>