

Kammerer, Emil und Hütsch, Manuela

**Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters  
Teil 2: Soziale und emotionale Entwicklung, kinderpsychiatrische  
Morbidität, Bedeutung des familialen und sozialen Umfelds**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37 (1988) 6, S. 204-212*

urn:nbn:de:bsz-psydok-32852

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

**Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

**Kontakt:**

**PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Autismus

- Buchard, F.*: Verlaufstudie zur Festhaltetherapie – Erste Ergebnisse bei 85 Kindern (Course Study at Holding Therapy – First Results with 85 Children) . . . . . 89
- Dalferth, M.*: Visuelle Perzeption, Blickkontakt und Blickabwendung beim frühkindlichen Autismus (Visual Perception, Eye-Contact and Gaze-avoidance in Early Childhood Autism) . . . . . 69
- Kischkel, W.*: Autistisches Syndrom bei Störung des fronto- limbischen Systems: ein Fallbeispiel (Autism as Disorder of the Fronto-Limbic System: A Case Report) . . . . . 83
- Klicpera, C., Mückstein, E., Innerhofer, P.*: Die Ergänzung von Implizitsätzen durch autistische, lernbehinderte und normale Kinder (The Completion of Presupposed Information by Autistic-, Learning Disabled and Normal Children) . . . . . 79

### Erziehungsberatung

- Buchholz, M.B.*: Macht im Team – intim (Power in Teams – intimate) . . . . . 281
- Domann, G.*: Systemische Therapie in einer öffentlichen Institution – Kontextuelle Erfahrungen (Systemic Therapy in a Public Institution. Experiences in the Framework of a Counseling Centre) . . . . . 257

### Familientherapie

- Buchholz, M.B.*: Der Aufbau des therapeutischen Systems. Psychoanalytische und systemische Aspekte des Beginns von Familientherapien (The Construction of the Therapeutic System. Psychoanalytic and Systemic Aspects of the Beginning of Family Therapy) . . . . . 48
- Reich, G., Huhn, S., Wolf-Kussl, C.*: Interaktionsmuster bei „zwangsstrukturierten Familien“ (Patterns of Interaction and Therapy of Families with Obsessive-Compulsive Structure) . . . . . 17
- Reich, G., Bauers, B.*: Nachscheidungskonflikte – eine Herausforderung an Beratung und Therapie (Post-Divorce Conflicts – a Challenge to Counselling and Therapy) . . . . . 346
- Sperling, E.*: Familienselbstbilder (Family-Self-Images) . . . . . 226

### Forschungsergebnisse

- Berger, M.*: Die Mutter unter der Maske – Zur Problematik von Kindern adoleszenter Eltern (The Mother beneath the Mask: On the Developmental Problems of Children of Adolescent Parents) . . . . . 333
- Blanz, B., Lehmkuhl, G.*: Phobien im Kindes- und Jugendalter (Phobias in Childhood and Adolescence) . . . . . 362

- Disch, J., Hess, T.*: „Gute“ und „schlechte“ systemorientierte Therapie: Eine katamnestic Vergleichsstudie in einem kinderpsychiatrischen Ambulatorium („Good“ and „bad“ Systemic Orientated Therapies: a Katamnestic Comparison Study in a Psychiatric Ambulatorium for Children) . . . . . 304
- Gerlach, F., Szecsenyi, J.*: Der Hausarzt als „Screening Agent“ in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (The Family doctor as a „Screening Agent“ in Child- and Youth-Psychiatric Care) . . . . . 150
- Grundner, R., Götz-Frei, M.L., Huber, H.P., Kurz, R., Sauer, H.*: Psychologische Operationsvorbereitung bei 4–8-jährigen (Psychologic Treatment Alternatives in Preparation for Surgery of In-Hospital Pediatric Patients between the Ages of 4 and 8 Years) . . . . . 34
- Hobrücker, B., Köhl, R.*: Zur Faktorenstruktur von Verhaltensproblemen stationärer Patienten (Children's Behaviour Problems during Residential Treatment: A Factor Analytic Approach) . . . . . 154
- Rohmann, U.H., Elbing, U., Hartmann, H.*: Bedeutung von Umwelt- und Organismusfaktoren bei Autoaggressionen (Significance of Environmental and Individual Variables in Autoaggressive Behavior) . . . . . 122
- Szilárd, J., Vetró, Á., Farkasinszky, T.*: Elektive aggressive Verhaltensstörungen (Elective Aggressive Behavior Disturbances) . . . . . 121
- Torbahn, A.*: Angst vor der Operation bei Kindern und ihren Müttern (Preoperative Anxiety in Children and Their Mothers) . . . . . 247
- Walter, R., Kampert, K., Remschmidt, H.*: Evaluation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in drei hessischen Landkreisen (Evaluation of Psychiatric Services for Children and Adolescents in Three Rural Counties) . . . . . 2

### Jugendhilfe

- Brönneke, M.*: Familientherapie in der Heimerziehung: Bedingungen, Chancen und Notwendigkeiten (Family Therapy in Connection with the Upbringing of Children in Children's Homes: Conditions, Chances and Necessities) . . . . . 220
- Holländer, A., Hebborn-Brass, U.*: Entwicklungs- und Verhaltensprobleme von Kindern eines heilpädagogisch-psychotherapeutischen Kinderheims: Erste Ergebnisse einer mehrdimensionalen Klassifikation (Developmental and Behavioral Problems of Children at the Onset of Psychotherapeutic Residential Care: First Results of a Multidimensional Diagnostic Classification) . . . . . 212

### Praxisberichte

- Kaiser, P., Rieforth, J., Winkler, H., Ebbers, F.*: Selbsthilfe-Supervision und Familienberatung bei Pflegeeltern (Supervision of Self-Help Groups and Family Therapeutic Counseling of Foster Families) . . . . . 290

**Psychotherapie**

- Bauers, W.:* Erfahrungen mit Indikationsstellungen zur stationären psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (Experiences with Indications for the Psychotherapeutic Indoor-Treatment of Children and Adolescents) . . . . . 298
- Ebtinger, R., Ebtinger, J.:* Der Traum in der Psychotherapie psychotischer Kinder (Dreaming in the Psychotherapy of Psychotic Children) . . . . . 131
- Jernberg, A. M.:* Untersuchung und Therapie der pränatalen Mutter-Kind-Beziehung (Investigation and Therapy of Prenatal Relation between a Mother and her Child) . . . . . 161
- Maxeiner, V.:* Märchenspiel als Gruppenpsychotherapie für behinderte Kinder (Playing Fairy Tales as a Group Therapy for Developmentally Retarded Children) . . . . . 252
- Streeck-Fischer, A.:* Zwang und Persönlichkeitsentwicklung im Kindes- und Jugendalter (Compulsion and Personality Organisation in Childhood and Youth) . . . . . 366

**Übersichten**

- Braun-Scharm, H.:* Psychogene Sehstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Psychogenic Visual Disturbances in Children and Adolescents) . . . . . 38
- Bölling-Bechinger, H.:* Die Bedeutung des Trauerns für die Annahme der Behinderung eines Kindes (The Importance of Grief in Accepting a Child's Ecology) . . . . . 175
- Diepold, B.:* Psychoanalytische Aspekte von Geschwisterbeziehungen (Psychoanalytic Aspects of Sibling Relations) . . . . . 274
- Engel, B.:* Wandlungssymbolik in Andersens Märchen „Die kleine Meerjungfrau“ (Symbolism of Transfiguration in Andersen's „The Little Mermaid“) . . . . . 374
- Herzka, H. S.:* Pathogenese zwischen Individuation und psychosozialer Ökologie (Pathogenesis between Individuation and Psycho-Social Ecology) . . . . . 180
- Hummel, P.:* Der gegenwärtige Forschungsstand zur Sexualdelinquenz im Jugendalter (The Actual State of Research in Sexual Delinquency in the Days of Youth) . . . . . 198
- Kammerer, E., Hütsch, M.:* Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Teil 1: Medizinische Aspekte, Epidemiologie und entwicklungspsychologische Aspekte (Deafness from a Child- and Youth-Psychiatric Point of View. Part 1: Medical Aspects, Epidemiology, and Aspects of Developmental Psychology) . . . . . 167
- Kammerer, E., Hütsch, M.:* Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Teil 2: Soziale und emotionale Entwicklung, kinderpsychiatrische Morbidität, Bedeutung des familiären und sozialen Umfelds (Deafness from a Child-Youth Psychiatric Point of View. Part 2: Social and Emotional Development, Child-Psychiatric Morbidity, Significance of Family and Social Environments) . . . . . 204
- Kiese, C., Henze, K. H.:* Umfassende Lateralitätsbestimmung in der Phoniatrien Klinik (Comprehensive Determination of Laterality in the Phoniatic Clinic) . . . . . 11
- Lanfranchi, A.:* Immigrantenfamilien aus Mittelmeerländern: Systemische Überlegungen zur Beziehung Herkunftsfamilie – Kernfamilie (Immigrant Families from Mediterranean Countries) . . . . . 124

- Neuser, J.:* Kinder mit Störungen der Immunabwehr in Isoliereinheiten (Children with Impaired Immune Functioning in Protected Environments) . . . . . 43
- Schleiffer, R.:* Eine funktionale Analyse dissozialen Verhaltens (Analysis of the Function of Antisocial Behavior) . . . . . 242
- Strehlow, U.:* Zwischen begründeter Sorge und neurotischen Ängsten – Reaktionen Jugendlicher auf die Gefahr einer HIV-Infektion (Between Reasonable Concern and Neurotic Fears – Response of Adolescents to the Threat of a HIV-Infektion) . . . . . 322
- Strömer, N., Kischkel, W.:* Festhaltetherapie (Holding Therapy) . . . . . 326

**Tagungsberichte**

- Bericht über das VII. Internationale Symposium für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters am 23. und 24. 10. 1987 in Würzburg . . . . . 58
- Bericht über den 8. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Varna . . . . . 24

**Buchbesprechungen**

- Affolter, F.:* Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache . . . . . 139
- Beaumont, J. G.:* Einführung in die Neuropsychologie . . . . . 186
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 20 . . . . . 142
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 21 . . . . . 191
- Bettelheim, B.:* Ein Leben für Kinder – Erziehung in unserer Zeit . . . . . 138
- Borbély, A.:* Das Geheimnis des Schlafes. Neue Wege und Erkenntnisse der Forschung . . . . . 357
- Börsch, B., Conen, M. L. (Hrsg.):* Arbeit mit Familien von Heimkindern . . . . . 356
- Chasseguet-Smirgel, J.:* Zwei Bäume im Garten. Zur psychischen Bedeutung der Vater- und Mutterbilder . . . . . 185
- Collischonn-Krauss, M.:* Das Trennungstrauma im ersten halben Lebensjahr . . . . . 356
- Dalferth, M.:* Behinderte Menschen mit Autismussyndrom. Probleme der Perzeption und der Affektivität . . . . . 235
- Dam, M., Gram, L.:* Epilepsie . . . . . 313
- Diergarten, A., Smeets, F.:* Komm, ich erzähl dir was. Märchenwelt und kindliche Entwicklung . . . . . 188
- Dietl, M. W.:* Autonomie und Erziehung im frühen Kindesalter. Zur Bedeutung der psychoanalytischen Autonomiediskussion für die frühkindliche Erziehung . . . . . 236
- Dimitriev, V.:* Frühförderung für „mongoloide“ Kinder, das Down-Syndrom . . . . . 61
- Eagle, M. N.:* Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse . . . . . 185
- Ebertz, B.:* Adoption als Identitätsproblem . . . . . 63
- Feldmann-Bange, G., Krüger, K. J. (Hrsg.):* Gewalt und Erziehung . . . . . 191
- Fengler, J., Jansen, G. (Hrsg.):* Heilpädagogische Psychologie . . . . . 384
- Friedmann, A., Thau, K.:* Leitfaden der Psychiatrie . . . . . 141
- Gruen, A.:* Der Wahnsinn der Normalität. Realismus als Krankheit – eine grundlegende Theorie zur menschlichen Destruktivität . . . . . 380

<i>Haeberlin, U., Amrein, C.</i> (Hrsg.): Forschung und Lehre für die sonderpädagogische Praxis . . . . .	188	<i>Potreck-Rose, F.</i> : Anorexia nervosa und Bulimia. Therapieerfolg und Therapieprozeß bei stationärer verhaltenstherapeutischer Behandlung . . . . .	186
<i>Hartmann, J.</i> : Zappelphilipp, Störenfried. Hyperaktive Kinder und ihre Therapie . . . . .	314	<i>Prekop, J.</i> : Der kleine Tyrann . . . . .	386
<i>Hirsch, M.</i> : Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie . . . . .	27	<i>Psychologie heute</i> (Hrsg.): Klein sein, groß werden . . . . .	313
<i>Horn, R., Ingenkamp, K., Jäger, R. S.</i> (Hrsg.): Tests und Trends 6. Jahrbuch der Pädagogischen Diagnostik, Bd. 6 . . . . .	233	<i>Rath, W.</i> : Sehbehinderten-Pädagogik . . . . .	315
<i>Institut für analytische Psychotherapie</i> (Hrsg.): Psychoanalyse im Rahmen der Demokratischen Psychiatrie, Bd. I u. II . . . . .	61	<i>Reinecker, H.</i> : Grundlagen der Verhaltenstherapie . . . . .	105
<i>Jernberg, A. M.</i> : Theraplay. Eine direktive Spieltherapie . . . . .	315	<i>Reiser, H., Trescher, G.</i> : Wer braucht Erziehung. Impulse der Psychoanalytischen Pädagogik . . . . .	99
<i>Jung, C. G.</i> : Seminare – Kinderträume . . . . .	143	<i>Remschmidt, H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung . . . . .	386
<i>Kagan, J.</i> : Die Natur des Kindes . . . . .	102	<i>Rennen-Allhoff, B., Allhoff, P.</i> : Entwicklungstests für das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter . . . . .	63
<i>Kast, V.</i> : Wege aus Angst und Symbiose. Märchen psychologisch gedeutet . . . . .	26	<i>Ross, A. O., Petermann, F.</i> : Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen . . . . .	188
<i>Kast, V.</i> : Mann und Frau im Märchen . . . . .	382	<i>Rothenberger, A.</i> : EEG und evözierte Potentiale im Kindes- und Jugendalter . . . . .	314
<i>Keeney, B. P.</i> : Konstruieren therapeutischer Wirklichkeiten. Theorie und Praxis systemischer Therapie . . . . .	265	<i>Schlung, E.</i> : Schulphobie . . . . .	101
<i>Kegel, G.</i> : Sprache und Sprechen des Kindes . . . . .	232	<i>Schmidt-Denter, U.</i> : Soziale Entwicklung. Ein Lehrbuch über soziale Beziehungen im Lauf des menschlichen Lebens . . . . .	387
<i>Kernberg, O. F.</i> : Innere Welt und äußere Realität. Anwendungen der Objektbeziehungstheorie . . . . .	185	<i>Schneider, W.</i> : Deutsch für Kenner. Die neue Stilkunde . . . . .	26
<i>Klann, N., Hahlweg, K.</i> : Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Besuchsmotive und Bedarfsprofile: Ergebnisse einer empirischen Erhebung . . . . .	232	<i>Schultz, H. J.</i> (Hrsg.): Angst . . . . .	381
<i>Klein, G., Kreie, G., Kron, M., Reiser, M.</i> : Integrative Prozesse in Kindergartengruppen . . . . .	311	<i>Schultz-Gambard, J.</i> : Angewandte Sozialpsychologie – Konzepte, Ergebnisse, Perspektiven . . . . .	187
<i>Knapp, A.</i> : Die sozial-emotionale Persönlichkeitsentwicklung von Schülern. Zum Einfluß von Schulorganisation, Lehrerwahrnehmung und Elternengagement . . . . .	28	<i>Schweitzer, J.</i> : Therapie dissozialer Jugendlicher. Ein systemisches Behandlungsmodell für Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe . . . . .	385
<i>Koechel, R., Ohlmeier, D.</i> (Hrsg.): Psychiatrie-Plenum. Beiträge zur Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Sozialpsychologie aus Praxis und Forschung . . . . .	385	<i>Seifert, T., Waiblinger, A.</i> (Hrsg.): Therapie und Selbsterfahrung. Einblick in die wichtigsten Methoden . . . . .	235
<i>Kollbrunner, J.</i> : Das Buch der Humanistischen Psychologie . . . . .	312	<i>Shapiro, E. G., Rosenfeld, A. A.</i> : The Somatizing Child. Diagnosis and Treatment of Conversion and Somatization Disorders . . . . .	234
<i>Kollmar-Masuch, R.</i> : Hat der Lehrer in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Chance? . . . . .	356	<i>Simmons, J. E.</i> : Psychiatric Examinations of Children . . . . .	140
<i>Kooij, R. v. d., Helledoorn, J.</i> (Hrsg.): Play, Play Therapy, Playresearch . . . . .	141	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 40) . . . . .	60
<i>Kormmann, A.</i> (Hrsg.): Beurteilen und Fördern in der Erziehung. Orientierungshilfen bei Erziehungs- und Schulproblemen . . . . .	190	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 41) . . . . .	103
<i>Kutter, P., Paramo-Ortega, R., Zagermann, P.</i> (Hrsg.): Die psychoanalytische Haltung. Auf der Suche nach dem Selbstbild der Psychoanalyse . . . . .	185	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 42) . . . . .	382
<i>Lempp, R., Schiefele, H.</i> (Hrsg.): Ärzte sehen die Schule . . . . .	265	<i>Stafford-Clark, O., Smith, A. C.</i> : Psychiatrie . . . . .	103
<i>Lifton, B. J.</i> : Adoption . . . . .	104	<i>Steinhausen, H. C.</i> : Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie . . . . .	379
<i>Linn, M., Holtz, R.</i> : Übungsbehandlung bei psychomotorischen Entwicklungsstörungen . . . . .	264	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings – neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion . . . . .	99
<i>Lukas, E.</i> : Rat in ratloser Zeit – Anwendungs- und Grenzgebiete der Logotherapie . . . . .	266	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das Märchen – ein Märchen? Psychoanalytische Betrachtungen zu Wesen, Deutung und Wirkung von Märchen . . . . .	311
<i>Manns, M., Herrmann, C., Schultze, J., Westmeyer, H.</i> : Beobachtungsverfahren in der Verhaltensdiagnostik . . . . .	357	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Über die Ursprünge des Ödipuskomplexes – Versuch einer Bestandsaufnahme . . . . .	381
<i>McDaniel, M. A., Pressley, M.</i> (Eds.): Imagery and Related Mnemonic Processes. Theories, Individual Differences, and Applications . . . . .	384	<i>Visher, E. B., Visher, J. S.</i> : Stiefeltern, Stiefkinder und ihre Familien . . . . .	138
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Prognose psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter . . . . .	316	<i>Wexberg, E.</i> : Sorgenkinder . . . . .	264
<i>Nitz, H. R.</i> : Anorexia nervosa bei Jugendlichen . . . . .	140	<i>Wilk, L.</i> : Familie und „abweichendes“ Verhalten . . . . .	100
<i>Payk, R., Langenbach, M.</i> : Elemente psychopathologischer Diagnostik . . . . .	29	<i>Zundel, E., Zundel, R.</i> : Leitfiguren der Psychotherapie. Leben und Werk . . . . .	189
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit Jugendlichen . . . . .	233	<i>Zwiebel, R.</i> : Psychosomatische Tagesklinik – Bericht über ein Experiment . . . . .	263
<i>Petzold, H., Ramin, G.</i> (Hrsg.): Schulen der Kinderpsychotherapie . . . . .	383	<b>Autoren der Hefte:</b> 25, 60, 98, 137, 184, 231, 263, 310, 355, 378	
		<b>Tagungskalender:</b> 30, 64, 106, 144, 193, 237, 267, 317, 358, 388	
		<b>Mitteilungen:</b> 31, 65, 107, 145, 194, 238, 269, 318, 359, 388	

# Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters

## Teil 2: Soziale und emotionale Entwicklung, kinderpsychiatrische Morbidität, Bedeutung des familialen und sozialen Umfelds

Von Emil Kammerer und Manuela Hütsch

### Zusammenfassung

Die vielfältigen Kommunikationsprobleme gehörloser Kinder bedingen neben zusätzlichen organischen Belastungen die geschilderten Risiken der sozialen und emotionalen Entwicklung. Der praktische Stellenwert der skizzierten Probleme erhöht sich deutlich, wenn man sich vergegenwärtigt, daß sie für die viel größere Zahl stark schwerhöriger Kinder mit Einschränkungen auch Gültigkeit haben. Ausgehend von einer sicher erhöhten Rate schwerer Verhaltens- und emotionaler Probleme wird auf das hierzulande unterentwickelte Niveau psychologischer Betreuung und Therapie für stark hörgeschädigte Kinder und deren Familien hingewiesen.

### 1 Einleitung

Zu Beginn sei auf Teil 1 der Arbeit im vorangegangenen Heft verwiesen, in dessen Mittelpunkt eine ausführliche Abhandlung entwicklungspsychologischer Aspekte der Gehörlosigkeit steht. Die dort abgehandelten Risiken, Probleme aber z.T. auch behinderungsspezifischen Chancen der sprachlichen, kognitiven wie motorischen Entwicklung stehen sicher in einer vielfältigen Wechselbeziehung zu den im folgenden Abschnitt geschilderten Problemen der sozialen und emotionalen Entwicklung stark hörgeschädigter Kinder. Eine vorherige Lektüre von Teil 1 der Arbeit ist daher sicherlich günstig, aber nicht unerlässlich zum Verständnis des unmittelbar folgenden Abschnitts. Die Übersichten zur kinderpsychiatrischen Morbidität sowie zur Bedeutung des familiären und sozialen Umfeldes sind hingegen relativ unabhängig von allen vorangegangenen Teilen der Arbeit zu lesen.

### 2 Soziale und emotionale Entwicklung, Exkurs zum Problem der Hyperaktivität

*Schlesinger* und *Meadow* (1971) setzten die Vineland-Social-Maturity-Scale (VSMS) bei einer Studie an 40 tauben Vorschulkindern ein. Sie fanden eine stark positive Beziehung zwischen dem Vineland-Score und einem selbst erstellten Index kommunikativer Kompetenz. Dieser Index war aus folgenden Elementen zusammenge-

stellt: Punktwert auf einer Sprachentwicklungsskala, Lehrerschätzurteile zu expressiven und rezeptiven Kommunikationsmöglichkeiten, Sprachentwicklungsstand und Ablesefertigkeit, ferner 2 Ratings zu kommunikativen Fertigkeiten aus Videosequenzen von Mutter-Kind-Interaktionen. Die Autoren berichten, daß 65 % der Kinder, die unterhalb des Medians der Vineland-Skala lagen, auch unterhalb des Medians für den Kommunikationsindex lagen, während 75 % derjenigen, die oberhalb des VSMS-Medians lagen, auch oberhalb des anderen Medians lagen. An einer Fülle älterer Studien zur sog. sozialen Reife kritisierte *Meadow* (1975), daß sie an leicht erfaßbaren, zu selektierten Internatsschülerpopulationen unternommen wurden, die schon eine problematische Auslese in dieser Hinsicht darstellten. Auf der Basis von Lehrerurteilen stellte *Meadow* (1975) 54 gematchte Paare von Internatsschülern einander gegenüber, wobei taube Kinder tauber Eltern signifikant besser als taube Kinder hörender Eltern auf den Dimensionen „Reife“, „Unabhängigkeit“, „Fähigkeit, Verantwortung zu übernehmen“, eingeschätzt wurden. In einer späteren Ausdehnung dieser Studie fanden *Schlesinger* und *Meadow* (1972), daß taube Schüler, die im Elternhaus lebten, bezüglich aller Ratings zwischen beiden genannten Gruppen lagen.

Vielleicht gerade wegen der starken Sprachabhängigkeit der Selbstkonzeptforschung haben sich immer wieder einzelne Forscher an diesem Thema in bezug auf Gehörlose versucht. Ansätze, denen Techniken nach Art des Satzergänzungstests zugrundeliegen, werden von *Meadow* (1975) rückblickend an älteren Studien kritisiert (sprachliche Zumutbarkeit der Anforderungen, unklare Stichprobenzusammensetzungen). *Craig* (1965) untersuchte 48 Kinder im Alter von 9;6 bis 12 Jahren, die er in 3 Gruppen aufteilte: taube Kinder aus einer Internatsschule, taube Kinder aus einer Tagesschule und eine Gruppe hörender Kinder, die eine reguläre öffentliche Schule besuchten. Die Kinder wurden bezüglich Genauigkeit der Selbstperzeption, Irrtumsrichtungen der sozialen Selbstwahrnehmung sowie Selbstakzeptanz verglichen. Es zeigte sich, daß beide Gruppen tauber Kinder in ihrer sozialen Selbstwahrnehmung wesentlich unschärfer waren als die hörenden Kinder. Die tauben Internatsschulkinder schätzten sich selbst auch als deutlich selbstakzeptierender ein als die beiden anderen Gruppen. Die bereits erwähnte Studie von *Meadow* (1975) wurde sehr

sorgfältig ausgeweitet, um gleichfalls Differenzen der sozialen Selbstwahrnehmung und Selbstakzeptanz zwischen 58 gematchten Paaren tauber Kinder mit unterschiedlichem Hörstatus der Eltern zu erhalten. Sie verwendete hierfür selbstentwickeltes, cartoonartiges Testmaterial mit zusätzlich aufgezeichneten Gebärden für deskriptive Adjektive, um das Verständnis der vorgegebenen sozialen Situationen zu sichern. Die tauben Kinder tauber Eltern hatten alle signifikant positivere Scores bezüglich Präzision der Selbstwahrnehmung und Selbstakzeptanz im Vergleich zu den tauben Kindern hörender Eltern.

Bei der inhaltlichen Analyse von 723 unvorbereiteten Schüleraufsätzen zum Thema „Wie ich bin“ in Abschlussklassen aus 75 deutschsprachigen Gehörlosen- und Schwerhörigenschulen stellte *Kratzmeier* (1982) fest, daß die Jugendlichen relativ wenige „introspektive“ Aussagen machten, ihre Hörbehinderung als überwiegend positiv bewältigt darstellten, auf die guten Kontakte innerhalb der jeweiligen Behindertengemeinschaften hinwiesen und Rehabilitation vor allem durch berufliche Leistung anstrebten. Kontaktschwierigkeiten mit Hörenden aus Angst, diese nicht verstehen zu können, wurden häufig geäußert. Der Autor bezweifelt aufgrund dieser Resultate den in der Literatur als pubertätsspezifisch beschriebenen „Behinderungsschock“.

Für etwa 90 % der tauben Kinder beginnt das Leben in der Familie, also mit den „Rollenmodellen“ damit, daß neben nonverbaler Kommunikation nur einfache, bildhafte, hausgemachte Gesten zur Verfügung stehen. *Schlesinger* und *Meadow* (1972) befragten hörende Mütter tauber Kinder zu Problemen der Kindererziehung. Über die Hälfte nannte Verständigungsschwierigkeiten. Eine Untersuchung von *Evans* (1975) belegt, daß Kommunikationsbarrieren bis in die Pubertät hineinreichen. Von den befragten Adoleszenten beklagten sich 49 % über ärmliche Kommunikationsmöglichkeiten mit den Eltern. Über 1/3 erklärte, daß ihre Eltern Schwierigkeiten hätten, ihnen eben Erlebtes zu erzählen, während sogar 41 % berichteten, daß sie selbst solche Schwierigkeiten hätten. *Kammerer* (1982, 1984) befragte ältere gehörlose Kinder und Jugendliche zur Selbstwahrnehmung ihrer Kommunikationsbehinderung. Im „self-assessment“ wurden krasse Mängel der Kommunikationschancen außerhalb der Familie, daneben auch deutliche diesbezügliche Mängel in der Familie bei gehörlosen Kindern mit hörenden Eltern deutlich. Neben diesen mehr „quantitativen“ Aspekten der Kommunikation müssen jedoch auch die früh wirksam werdenden „qualitativen“ Mängel bedacht werden (*Liben*, 1978). Man kann drei besonders ausgeprägte Bereiche qualitativer Mängel identifizieren:

a) Die Kommunikation zwischen Erwachsenen und Kind entwickelt sich fast automatisch dahin, mehr „didaktisch“, weniger wechselseitig zu sein. Diese ungenügende Wechselseitigkeit wird in einer ganzen Reihe von Situationen sehr deutlich. Interaktionsauszählungen in Klassenzimmern (*Craig* u. a., 1970) brachten z. B. zutage, daß nur 3 % der Mitteilungen von den Schülern ausgingen. Lehrerantworten auf Schülerinitiativen machten auch nur 4 % aus. Auch die Bewertung

der Wechselseitigkeit in Eltern-Kind-Interaktionen und ihre Zuordnung zu Kriterien, die in der Erziehungsstilforschung gewonnen wurden, machten deutlich, daß sog. „imperativ-normative“ gegenüber „rational-kognitiven“ Stilen beim Umgang hörender Mütter mit ihren tauben Kindern überwogen (*Schlesinger* u. a., 1972). Dies führe im alltäglichen Umgang dazu, daß entweder „Schimpfen“ als rasch wirksame Reaktion bevorzugt werde oder aber aufgrund der kommunikativen Anstrengungen Konfliktsituationen, die eine Erläuterung des Standpunkts anderer nötig gemacht hätten, von vorneherein vermieden wurden. Dies wirke sich bei den Kindern im Sinne eines Teufelskreises in Richtung Verfestigung einer unreifen, egozentrischen Haltung aus.

b) Neben mangelnder Wechselseitigkeit wirkt sich als weiteres qualitätsminderndes Problem für die Kommunikation aus, daß stark hörgeschädigte Kinder ihre Aufmerksamkeit auf extrem oberflächliche Formalien der Kommunikation lenken müssen. Normalerweise lustvolle, entspannte, spielerische Situationen sind ständig in Gefahr, pädagogisch genutzt zu werden. Tiefere Aspekte der Kommunikation kommen dabei permanent zu kurz, da der oberflächlichen Verständigung zuviel Aufmerksamkeit gewidmet werden muß. Auf Dauer läuft das Kommunizieren Gefahr, fest mit unangenehmen Gefühlen verbunden zu werden.

Betrachtet man Anreize zur Sprachentwicklung unter dem Aspekt, ob kindliche Äußerungen enger am Wortsinn klebend aufgegriffen und wiederholt werden (artikulatorische und grammatikalische Verbesserungen) oder aber mit neuen Worten und Sinnerweiterungen umschrieben werden, so zeigt sich rasch, daß Hörgeschädigte sehr viel mehr der erstgenannten Sorte schwächerer Anreize ausgesetzt sind. Folgender Teufelskreis ist denkbar: Ohne hinreichende Exposition gegenüber sprachlichen Anreizen kann das Kind schwer die wichtigsten linguistischen Regeln extrahieren, ohne Regelverständnis wiederum leidet permanent das Inhaltsverständnis.

c) Interaktionsstil und -inhalt sind nur künstlich voneinander zu isolieren. Inhaltlich bedeutet ein sog. „restringierter Code“ (*Bernstein*, 1972) stets auch wenig Ermutigung zur Selbständigkeit, kein Gespräch über Handlungsalternativen, niedrige „Eingreifschwelle“ für den Erwachsenen. Erwartungsniveaus von Eltern wie Lehrern passen sich im Sinne sich selbst erfüllender Prophezeiung nach unten an.

Die Bedeutung einer sich aller Sinneskanäle bedienenden Kommunikation, die nach *Schlesinger* (1978) „reciprocal, meaningful, joyfull“ sein soll, für das Gelingen der emotionalen Entwicklung hebt die Autorin vor dem Hintergrund der *Eriksonschen* Begriffe Urvertrauen und Autonomie hervor. Sie berichtet aus eigener reicher wie auch vieler Eltern Erfahrung, daß taube Kinder öfter eines von zwei bipolaren Verhaltensmustern zeigen würden. Sie wären entweder extrem angepaßt und gefällig („goody two shoes“) oder umtriebiger und sehr schwer lenkbar, trotziger („Attila, the hun“). Zu einer Reflektion über die Beziehung zwischen Kommunikation und Verhaltensmustern empfiehlt sie die von *Bernstein* (1972) formulierte Aufteilung der Kommunikationsmodi in 4 „Kontexte“:

a) Regulativer Kontext, in welchem das Kind mit Regeln des Zusammenlebens und Autoritätsbeziehungen bekannt gemacht wird.

- b) Instruktiver Kontext, in welchem das Kind über die objektive Natur von Sachen und Personen lernt und verschiedenartige Fertigkeiten erwirbt.
- c) Imaginativer Kontext, in dem das Kind zum Experiment und zur Neuerschaffung seiner Umwelt nach eigenen Vorstellungen ermutigt wird.
- d) Interpersonaler Kontext, in dem das Kind affektive Befindlichkeiten erfährt, eigene wie auch die anderer.

Regulativer, imaginativer und interpersonaler Kontext seien durch Sprachdefizite besonders stöbar. Am Beispiel des erschwerten Verständnisses für elterliche Strafen überlegt *Schlesinger*, ob nicht die generelle Situation stark hörgeschädigter Kinder, häufig für sie mehrdeutige, unklare Signale entschlüsseln zu müssen, die Ausbildung zweier so extremer Verhaltensstile begünstige. Empathische Unterwerfung unter Autorität in einem Fall wie auch prinzipielles Bekämpfen von „Obrigkeit“ im anderen Fall könnten letztlich eine einzige, übergreifende Funktion haben: Ordnung schaffen in einem drohenden Chaos unklarer Bedeutungsinhalte, indem sie in einem Fall auf Kosten der Autonomieentwicklung restlos an die Autorität delegiert würden, im anderen Fall in radikaler, egozentrischer Opposition die eigene Person zum Mittelpunkt gemacht würde, der die Umwelt wenig oder nichts „bedeute“. Der einzige, von sozialen und emotionalen Erfahrungsdefiziten nicht so berührte Bereich sei die Welt der Objekte. Für das junge, taube Kind resultiere aus ihrer relativen Klarheit die Versuchung, sich aus zwischenmenschlichen Beziehungen heraus und mehr auf diesen Bereich überschaubarer Wechselwirkungen von Denken und Handeln zurückzuziehen. Das resultierende Verhalten werde selbstbefriedigend, im Stil zwanghaft („obsessional“). Im weiteren Verlauf der kognitiven Entwicklung resultiere ein übertriebenes Konstanzbedürfnis bezüglich räumlicher Anordnung, zeitlicher Abfolgen, Tempo eigener Handlungen. An dieser Stelle schließt sich der Kreis zur Interpretation zwanghafter Manifestationen als Ausdruck eines Versuchs, mit magisch anmutenden Mitteln (extremes Kontrollieren und ritualisiertes Verhalten) ein Gefühl von Sicherheit zu erlangen.

*Harries* (1978) diskutiert die Problematik mangelnder Impulskontrolle, eines impulsiven Verhaltensstils, der bei stark Hörgeschädigten häufiger anzutreffen ist, vor dem Hintergrund einer zu differenzierenden, doppelten Deprivation: dem sensorischen Defizit sowie der interpersonalen Isolation. Die Autorin differenziert die Faktoren: frühe, manuelle Kommunikation, elterliche Akzeptanz der Behinderung in Abhängigkeit vom Hörstatus sowie elterliche Sprachkompetenz als wesentlich zur Erlangung einer adäquaten Impulskontrolle über den Erwerb innerer Sprache. Impulsivität wird im Rahmen einer bipolaren Dimension (Impulsivität vs. Reflexivität) definiert als Tendenz, unüberlegt, zu schnell zu handeln und dabei Fehler zu machen. Diese mittlerweile vielseitig beforschte Dimension hat direkten Bezug zu einer Reihe weiterer Aspekte der kindlichen Entwicklung: Sozialschicht, Alter, soziale Anpassung, Lesefähigkeit (*Kagan*, 1965), verbale Kontrolle motorischen Verhaltens (*Mei-*

*chenbaum* u. a., 1971). Mit Hilfe des Matching Familiar Figures Tests identifizierten *Moore* u. a. (1973) eine Gruppe reflexiver vs. impulsiver tauber Kinder zwischen 5 und 7 Jahren. Sie waren nach Alter, Geschlecht, IQ, Ätiologie und bisheriger Förderung vergleichbar. Beide Gruppen wurden bezüglich ihrer Leistungen in einer ganzen Batterie von Leistungs- und Konzentrationstests einander gegenübergestellt, die praktisch alle nicht zwischen beiden Gruppen differenzierten mit Ausnahme der unter Zeitdruck zu lösenden Aufgaben. Die Autoren schlossen daraus, daß gerade diese Fähigkeit zwischen reflexiven und impulsiven Kindern differenziere.

Im resümierenden Überblick über die wenigen Studien zur Impulsivität stark hörgeschädigter Kinder mit standardisierten Meßinstrumenten hält *Harries* (1978) fest, daß der Verlust auditiven Inputs einen retardierenden Effekt auf die Impulskontrolle tauber Adoleszenter habe, ferner daß Lautspracherwerb allein nicht mit verbesserter Impulskontrolle bei tauben Kindern in Verbindung zu bringen sei. Die spezielle, empirische Basis dafür, eine direkte, etwa inverse Beziehung zwischen kommunikativer Kompetenz und sozialer Reife einerseits und impulsivem vs. reflexivem Verhaltensstil andererseits zu stützen, ist also noch schmal. Allerdings plädiert auch *Harries* dafür, aus den mittlerweile sehr weit getriebenen, methodisch differenzierten Vergleichen tauber Kinder mit unterschiedlichem Hörstatus der Eltern auf einen solchen Zusammenhang zu schließen.

Man kann sagen, daß die trotz aller aufgetretenen methodischen Probleme eindrucksvolle, transkulturelle Studie von *Altshuler* (1978) den Grundstein für eine differenziertere psychopathologische Betrachtung tauber Adoleszenter gelegt hat. Diese New Yorker Arbeitsgruppe verfügte zuvor schon über jahrelange Erfahrungen mit der ambulanten Therapie stark hörgeschädigter Jugendlicher und hat die häufigsten Probleme folgendermaßen zusammengefaßt: Genereller Mangel an Verständnis und Empathie für andere, starker Drang nach rascher Bedürfnisbefriedigung, fehlendes Bewußtsein für die Effekte eigenen Verhaltens auf andere. Bei ihren Versuchen, die Störungen von 13- bis 16jährigen zu kategorisieren, mußte auf das Etikett „Primary Behavior Disorders of Childhood“ zurückgegriffen werden, wobei die Mädchen sozial noch etwas reifer als die Jungen erschienen. Im transkulturellen Vergleich mit jugoslawischen und amerikanischen tauben und hörenden Jugendlichen ließ sich eine klare Tendenz der tauben Jugendlichen zu mehr Impulsivität erhärten. Die tauben Probanden der Studie waren 15 bis 17 Jahre alt, der IQ lag im Normbereich, Jugendliche mit offensichtlicher Hirnschädigung und gravierenden psychiatrischen Auffälligkeiten wurden ausgeschlossen. Die verwendete Testbatterie enthielt nonverbale, sog. kulturunabhängige Maße für Impulsivität, vorausplanendes Denken, emotionale Stabilität und Flexibilität. Der Autor resümiert selbstkritisch, daß bei aller Sicherheit der globalen Differenzierung zwischen beiden Gruppen bezüglich der Impulsivität die individuellen Testleistungen untereinander überhaupt keine Voraussage bezüglich des Abschneidens in einem anderen

Test der Batterie erlaubten. Der Autor schließt daraus vorsichtig auf die mögliche Vielschichtigkeit impulsiven Verhaltens.

Zur Entwicklung der Sexualität: Hörende Eltern fühlen sich hier in ihrer Erzieherrolle besonders inkompetent und hilflos. Nach *Minkin* (1979) wirken dabei folgende Ursachen zusammen:

- a) Verbale Kommunikationsschwierigkeiten stehen an erster Stelle. Selbst Befürworter der „total communication“ resignieren vor dem Problem, Gebärden für Sexualität zu erlernen und zu benutzen.
- b) Eltern befürchten sachliche Verständigungsschwierigkeiten bei ihren Kindern.
- c) Sie haben Sorge, durch einen nicht zu umgehenden eingeschränkten Wortgebrauch ihren Kindern moralische Werte nicht vermitteln zu können, sondern vielmehr ein Schwarz-/Weißverständnis von Sexualität zu provozieren. Nicht nur auf Elternseite, auch bei den Pädagogen überwiegt ein Inkompetenzgefühl. Die Zuständigkeit für sexuelle Aufklärung und Erziehung bleibt letztlich ungeklärt (*Fitz-Gerald* u. a., 1978).

Obschon Curricula zur Sexualität fester Bestandteil des Lehrplans in der Gehörlosenpädagogik geworden sind, stellt *Laitmon* (1979) heraus, daß ihre Inhalte sich vornehmlich auf physiologische Vorgänge und anatomische Merkmale beziehen. Bedeutung und Wichtigkeit von Gefühlen und Werten würden dagegen vermieden. Wie *Schlesinger* (1978) resümiert, mangelt es gehörlosen Jugendlichen im allgemeinen daran, anderen Menschen Verständnis und Empathie entgegenzubringen. Darüber hinaus zeigten sie oft ein zwanghaftes Verlangen, eigene Bedürfnisse uneingeschränkt durchzusetzen. Egozentrisches Verhalten sowie Insensibilität gegenüber der Wirkung eigenen Verhaltens auf andere seien ebenso typisch. Es liegt nahe, aufgrund dieser beobachteten emotionalen Schwierigkeiten auf sexuelle Unreife auch im Sinne eines Ausagierens sexueller Bedürfnisse zu schließen. Sexualerziehung muß in diesem Sinne primär psychosoziale Erziehung, d. h. das Erlernen gegenseitigen Respekts und Rücksichtnahme bedeuten (*Schlesinger* u. a., 1972).

*Grossmann* (1972), der gehörlose Studenten bezüglich ihres sexuellen Verhaltens untersuchte, stellte fest, daß diese Studenten zwar ein geringes Wissen über Sexualität besaßen, jedoch eher an Mythen über Sexualität glaubten und sexuell aktiver waren als ihre hörenden Altersgenossen. Bei den jungen Frauen zeigte sich eine gut/böse Dichotomisierung, welche in entsprechenden Schuld- und Schamgefühlen resultierte. Über das Gelingen einer befriedigenden sexuellen Beziehung im Erwachsenenalter lassen sich aufgrund mangelnder Untersuchungen wenig Aussagen machen. Meist heiratet ein Gehörloser einen ebenfalls gehörlosen Partner (*Fitz-Gerald* u. a., 1978).

### 3 Verhaltens- und emotionale Probleme tauber Kinder und Jugendlicher

#### 3.1 Epidemiologische Angaben

*Schlesinger* u. a. (1972) berichten als Resultat einer Prävalenzstudie an einer größeren Internatsschule zu Verhaltensproblemen Gehörloser von einer Rate von 12% deutlich gestörten, psychiatrischer Hilfe bedürftigen und weiteren 20% mäßig auffälligen Schülern unter insgesamt 516 Kindern und Jugendlichen. Die Autoren ordnen diese mit Lehrerfragebogen gewonnenen Daten als Beleg dafür ein, daß die untersuchte Gruppierung eine 5 resp. 2,5mal höhere Rate an Verhaltensauffälligkeiten als die altersvergleichbare Population hörender Schüler der Umgebung habe. In einer Studie an 10 aufeinanderfolgenden Altersjahrgängen verband *Vernon* (1969) die Resultate einer komplexen Schuleingangsuntersuchung mit differenzierten Lehrerratings zum aktuellen Verhalten sowie der Rate von vorzeitig aufgrund sozialer oder emotionaler Störungen entlassener Schüler. Während die Lehrer 20,7% der Schüler als „schlecht angepaßt“ einstuften, bewertete der Verfasser selbst 22,5% der Resultate der Eingangsuntersuchungen im Sinne „ernsthafter“ Probleme der Kinder. Trotz großer Sorgfalt konnte *Vernon* nur in 38% seiner Stichprobe die Ätiologie der Hörschädigung als aufgeklärt definieren, was die ursprüngliche Absicht, spezielle Ätiologien eventuell Subtypen von Auffälligkeiten zuzuordnen, unmöglich machte. *Freeman* u. a. (1977) studierten eine Gruppe von 120 stark schwerhörigen bis tauben Kindern in einer umschriebenen kanadischen Region im Alter von 5 bis 15 Jahren, was nach Angaben der Autoren fast eine Totalstichprobe der Region darstellte. Die Studie umfaßte ein weites Spektrum soziodemographischer, psychologischer, medizinischer und verhaltensorientierter Items, ferner ein globales psychiatrisches Schätzurteil. Die Studie berichtet von insgesamt geringen Übereinstimmungen bezüglich des Schweregrads von Auffälligkeiten sowohl zwischen beiden, getrennt befragten Eltern als auch zwischen Eltern und Lehrern. *Freeman* definierte eine Rate von 6,7% der Kinder als psychiatrisch „schwer gestört“ sowie eine Rate von weiteren 16,5% als „mäßig auffällig“.

*Gentile* u. a. (1973) gehen auf der Basis eines „National Survey“ der Jahre 1971 und 1972 an über 42000 amerikanischen, sonderbeschulten stark hörgeschädigten Kindern und Jugendlichen von einer Gesamtquote von ca. 19% mit der zusätzlichen Behinderung: Verhaltens- oder emotionale Störung verschiedener Schweregrade aus. Ein weiterer „Jahresüberblick“ wurde dazu benutzt, Beziehungen zwischen anderen demographischen Variablen und der Rate an Verhaltens- oder emotionalen Störungen zu errechnen (*Jensema* u. a., 1975). Es zeigte sich, daß die größten Unterschiede bezüglich Geschlecht (klare Jungendominanz) und der Existenz bzw. Nichtexistenz weiterer Zusatzbehinderungen bestanden.

Eine neue, zwar an einer kleinen Stichprobe, aber methodisch besonders sorgfältig durchgeführte britische Studie (*Aplin*, 1985) umfaßte 61 mindestens stark

schwerhörige (mittlerer Hörverlust 84 dB) Kinder im Alter von 7 bis 15 Jahren. Die verwendeten Maße für soziale und emotionale Anpassung waren: Children's Behavior Questionnaire von *Rutter* (RCBQ), Bristol Social Adjustment Guide (BSAG) sowie Lehrerurteile. Die Autorin betont gerade angesichts der besonderen Population die Wichtigkeit von Lehrerurteilen zur relativen Fehlanpassung der Kinder in den einzelnen Gruppen gegenüber den Fragebogenscores. Sie bat die Lehrer ausdrücklich um ein unabhängiges Urteil. Auf der Basis des BSAG ergab sich ein Anteil von 19,7% fehlangepaßter Kinder, was nach einem Überblick der Autorin über weitere Studien mit dem gleichen Instrument an englischen Hörgeschädigtenschulen ein gut vergleichbares Resultat darstellt. Die inhaltliche Differenzierung der Auffälligkeiten in „maladjusted Overreaction“ und „maladjusted Underreaction“ mit Hilfe des BSAG ergab eine klare Dominanz für erstere.

*Meadow* u. a. (1979) fassen in einer neueren Übersicht zusammen, daß bei stark hörgeschädigten Kindern gegenüber hörenden Kindern von einer 3–6mal höheren Rate an Verhaltens- und emotionalen Problemen auszugehen ist, die einer Intervention bedürftig sind. Es bleibt noch anzumerken, daß repräsentative Studien zu diesem Bereich im deutschsprachigen Raum weitgehend fehlen.

### 3.2 Therapeutische Ansätze

Therapeutische Arbeit mit hörgeschädigten Kindern und Jugendlichen erfolgt in der Bundesrepublik Deutschland noch nicht in dem Umfang, wie es wünschenswert wäre. Nach *Dierig* (1977) verfügen nur 4 von 65 Hörgeschädigtenschulen in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin über einen eigenen therapeutischen Dienst. Zum Erkennen, Vermeiden und Abbau „psychosozialen Fehlverhaltens“ dieser besonders gefährdeten Gruppe hält *Dierig* psychagogische Maßnahmen sowie therapiebegleitende Arbeit mit den Bezugspersonen für dringend erforderlich.

Der Einsatz von Psychologen kann sowohl im diagnostischen als auch im therapeutischen Bereich wertvolle Dienste leisten. *Hintermair* (1983) umreißt die Praxis psychologisch-diagnostischer Arbeit in pädaudiologischen Beratungs- und Frühförderstellen: kontinuierliche Überwachung des Entwicklungsstands der Kinder in sämtlichen Bereichen (kognitive Entwicklung, soziale Wahrnehmung, Spiel, Motorik und Wahrnehmungsintegration). Er betont die Wichtigkeit der „Prozeßdiagnostik“ zur Reflektion und Überprüfung eigener Förderarbeit. Der Einsatz therapeutischer Methoden erweist sich im Frühförderbereich (bis 3 Jahre) als schwierig. Nach *Hintermair* (1983) haben analytische bzw. gesprächstherapeutisch orientierte Spieltherapien wenig Aussicht auf Effizienz, zumal die Spielentwicklung als solche selbst noch im Entstehen begriffen sei. Bei Kindern dieser Altersgruppe sei Verhaltenstherapie erfolgsversprechender. Nondirektive Spieltherapie (nach *Axline*, 1972) hält er dagegen bei älteren Kindern durchaus für mög-

lich, weist aber darauf hin, daß bislang keine fundierten Erfahrungen zur Verfügung stünden.

Schließlich gewinnt der Bereich der Prävention wichtige Bedeutung. *Hintermair* sieht darin primär die Aufgabe, Eltern beim Akzeptieren und realistischen Wahrnehmen sowie im adäquaten Umgang mit der Behinderung seelisch zu unterstützen. Akzeptanz ist ein fortlaufender Prozeß, der sich über Jahre erstreckt und in jeder Situation neu überdacht werden muß (*Hintermair*, 1983; *Warnke*, 1986). Psychotherapeutische Hilfe muß hier bedeuten: Anbieten mitmenschlicher Hilfe und akzeptierendes Verstehen im Alltag.

Als Mitglied eines interdisziplinären Teams umfassen die Aufgaben eines Psychologen, dargestellt am Beispiel der Beratungsstelle für Hörbehinderte in Berlin nach *Dünnow* (1983), folgende Bereiche: Psychodiagnostik, Mitwirkung bei der Aufstellung individueller Förderprogramme, Übernahme psychologischer Maßnahmen (Funktionstrainings, Psychotherapie) innerhalb bestimmter Förderprogramme, Elternberatung bei Erziehungsproblemen, therapiebegleitende Kontrollen sowie Haus- und Schulbesuche. Die psychologische Arbeit geschieht in enger Zusammenarbeit mit den Pädagogen.  $\frac{1}{3}$  der zur Verfügung stehenden Zeit nimmt die Betreuung verhaltensauffälliger Kinder in Anspruch. „Aufgabe des Psychologen ist es, gemeinsam mit den Pädagogen die bisherige Praxis der Früherziehung zu überdenken, um zu einer ganzheitlich orientierten Eltern-Kind-Praxis zu gelangen“ (*Dünnow*, 1983).

In diese Richtung strebt ebenfalls *Obholzer* (1983), der die Tendenz, psychologische Arbeit an Schulen auf den diagnostischen Bereich zu beschränken, stark kritisiert. Die Schule berge eine Tendenz zur „Systemstabilität“ in sich, die eine seiner Meinung nach dringend notwendige Überarbeitung und Reflektion des pädagogischen Konzepts und der Richtlinien verhindere (unnötig enge ministerialbürokratische Vorschriften, Festhalten an überholten Lehrplanziele, dogmatische Standpunkte). Oberstes Lernziel dagegen sollten identitätsfördernde Fähigkeiten sein. Der Psychologe könnte dabei die Lehrer durch Supervisions- und Fortbildungsangebote unterstützen.

*Bonham* u. a. (1981) favorisieren Gruppenpsychotherapie bei gehörlosen Jugendlichen. Nicht schon pathologisch auffällig gewordene, sondern Jugendliche mit Anpassungsproblemen Zuhause oder in der Schule sollen dadurch die Möglichkeit bekommen, schwierige Hürden der Reifung und Entwicklung leichter zu überwinden: Umgang mit der stärker in den Vordergrund tretenden Sexualität, Ablösung von der Familie, Akzeptanz des heranwachsenden, reifenden Körpers, Planung der Zukunft, Verinnerlichung von Werten und ethischer Begriffe, Erlernen sozial verantwortlichen Verhaltens sowie Intensivierung der Beziehungen zu Gleichaltrigen. Bei der Durchführung der Gruppentherapie mit fünf 13–16jährigen gehörlosen Jugendlichen ging es *Bonham* darum, die Jugendlichen in einer angstfreien Atmosphäre zu intensiver manueller und verbaler Kommunikation zu ermutigen. Die Autoren resümieren, daß Gruppentherapie nicht alle Verzögerungen der Reifung und Entwicklung auf-

hebe, jedoch könne sie wesentlich zur Erleichterung beitragen.

Betrachtet man abschließend bisherige Erfahrungsbereiche der in diesem Behinderungsbereich tätigen Psychologen, so steht der Majorität der „Hilfebedürftigen“ eine bisher nur geringe Anzahl von Helfern gegenüber. Positiv zu werten ist der dabei stets interdisziplinäre Ansatz. Weiterer Erfahrungsaustausch sowie Bestrebungen, den Einsatz bestimmter therapeutischer Maßnahmen bei hörgeschädigten Kindern und Jugendlichen zu evaluieren, sind wünschenswert.

#### 4 Bedeutung des familialen und sozialen Umfelds

Sicherlich gibt es eine prinzipiell immer ähnliche Abfolge emotionaler elterlicher Reaktionen auf die Gewißheit der Diagnose irgendeiner Behinderung oder chronischen, unheilbaren Erkrankung ihres Kindes. Allerdings ist im Fall der Hörbehinderungen ohne sichtbare Zusatzbehinderung die Situation dadurch kompliziert, daß diese zunächst „unsichtbar“ sind. Die Abfolge solcher Reaktionen ist vielfältig beschrieben worden, z. B. als initialer Schock, Verleugnung, Trauer und/oder Zorn, günstigenfalls im weiteren Verlauf dann Adaptation und Reorganisation eigenen Verhaltens und Erlebens. Für die sehr individuelle Dauer solcher „Stadien“ gibt es sicher keine Vorhersagemöglichkeit. Für das Gelingen der ersten Verarbeitungsschritte wird die Bedeutung der emotionalen Erfahrungen bei Diagnoseeröffnung von allen Fachleuten betont (z. B. *Schlesinger* u. a., 1972). Der Diagnostiker sollte bereit sein, den ersten Gefühlsanstorm der Eltern geduldig zu ertragen, er sollte hinnehmen können, daß er z. T. auch die Rolle einer Projektionsfläche für eventuelle elterliche Schuld- und Schamgefühle zu spielen hat. Eine zeitlich noch so angemessene Diagnosestellung kommt wahrscheinlich für die noch akut verängstigten Eltern „zu spät“. Hieraus resultierende Vorwürfe müssen von ärztlicher Seite verständnisvoll aufgefangen werden (*Stein*, 1979). Weniger die Quantität der Information, die zunächst knapp zu halten ist, mehr die Qualität der Zuwendung dürften mit darüber entscheiden, wie Eltern rückblickend die Diagnosestellung bewerten. Ein vielleicht früh ausbrechender Drang, alles ungeschehen zu machen, andere Diagnosen hören zu wollen, ein vielleicht vorübergehender Glaube an irgendein Wundermittel, all solche Verhaltensweisen („shopping behavior“) sind tolerant, einfühlsam, mit behutsamer Beharrlichkeit der bitteren diagnostischen Wahrheit verpflichtet, zu begleiten. Vorübergehend kann solches Verhalten auch eine wertvolle Ventilfunktion haben (*Buscaglia*, 1975). Betrachtet man das Problem vom sachlichen Gehalt der Diagnose her, muß man zusätzlich bedenken, daß wahrscheinlich gerade in diesem Behinderungsbereich aufgrund des kontinuierlichen Charakters von Hörschädigungen sowie der immer noch massiven Kontroversen um die optimale Frühförderung das Risiko elterlicher Verunsicherung mit daraus resultierendem „shopping behavior“ besonders hoch ist. Man vergegen-

wärtige sich in diesem Zusammenhang nur, was es auf seiten der Eltern auslösen kann, wenn z. B. bei „objektiv“ identischer Hörschadensdiagnose, aus welchen Gründen auch immer, der eine Diagnostiker mehr, der andere weniger die sog. Hörreste eines Kindes hervorhebt.

Nach einer ersten Realisierung der unvermeidlichen Diagnose beginnt die elterliche Suche nach einem Kompromiß zwischen bisherigen Erziehungshaltungen und den besonderen Problemen, die aus den unumgänglich eingeschränkten Möglichkeiten der Kommunikation resultieren. *Stein* (1979) berichtet aus einer reichen Erfahrung mit Elterngruppen, daß auch bislang in der Erziehung nicht behinderter Kinder sehr sichere Eltern total verunsichert werden, dadurch übermäßig gläubig gegenüber allen Ratschlägen von außen sind, voller Selbstzweifel gegenüber eigenen Empfindungen. Dies könne sich z. B. so auswirken, daß Eltern zunächst bereit sind, sich vom Kind erheblich provozieren zu lassen und dann plötzlich übermäßig heftig disziplinieren. Hinter solch heftigen Ärgerreaktionen könne immer noch die unverarbeitete Trauer über das hörbehinderte Kind stehen, aber auch zunehmend Furcht vor der elterlichen Isolation vom eigenen Kind; Angst davor, die Welt des eigenen Kindes nie verstehen zu können. Es ist sicher wichtig, sich zu vergegenwärtigen, daß ein Leiden an Gefühlen von Isolation möglicherweise schon früher bei den Eltern als auf seiten des Kindes beginnt. Kompensationsversuche in Form materieller Verwöhnung einerseits, resignativer Rückzug andererseits, können jetzt ihren Anfang nehmen. Die „harte Arbeitsethik“ (*Stein*, 1979), die sich Eltern früh auferlegen, kann neben wünschenswerten Anteilen auch Aspekte eines entfremdenden Kompensationsversuchs enthalten, um eigene Emotionen unbearbeitet beiseite zu legen („Wenn wir in der Förderung unseres Kindes nur hart arbeiten, wird am Ende schon alles gut werden.“). Vor einer derartigen Haltung ist die Entwicklung einer überfordernd-überprotezierenden Einstellung mit eventuell dahinter verborgenen Ablehnungstendenzen denkbar.

Als komplizierender Faktor für die weitere Entwicklung der Adaptation der gesamten Familie an die Hörbehinderung wirkt sich sicherlich aus, ob und in welchem Umfang sich beide Eltern gegenseitig unterstützen können. Mehrheitlich dürften die Mütter noch vergleichsweise stärker als gegenüber einem gesunden Geschwisterkind zum Hauptkommunikationspartner und damit Hauptlastenträger in der Familie werden. Die Gefahr väterlichen Rückzugs in eine bloße Versorgerrolle, gerade auch nach selbsterlebten kommunikativen Frustrationen, liegt sehr nahe. Eine Kommunikation „über Eck“ (Mutter) mit dem Kind entmutigt letztlich beide Seiten. Es dürfte allerdings nicht nur im engen Bereich der Hörbehinderung sehr wichtig sein, sich auf die Rolle der Väter, als der „vergessenen Eltern“ zu besinnen (*Crowley* u. a., 1982). Partnerschaftsrisiken können selbstverständlich von asymmetrischen Lastenverteilungen ihren Ausgang nehmen. Andererseits darf, ja soll zu einer gemeinsamen „Bewältigung“ der Hörbehinderung auch gemeinsames Trauern der Eltern gehören. Mit Sicherheit bedeuten

eventuelle Zusatzbehinderungen, vor allem, wenn sie schwerer definierbar sind und demzufolge später diagnostiziert werden, auch ein zusätzliches Beziehungsrisiko.

Ordnet man auf einer operationalisierenden Betrachtungsebene elterliche Haltungen, die unter dem Beziehungsaspekt als problematisch und unter dem Entwicklungsaspekt als hemmend einzuordnen sind, so dürfte man mit den Begriffen Überbehütung vs. Vernachlässigung, Überforderung vs. Unterforderung, Verwöhnung auskommen. Das erste Begriffspaar bezieht sich mehr auf eine Ebene genereller Einstellungen, das zweite kann man sich enger auf den Leistungsbereich bezogen denken. Im Rahmen einer interessanten Gegenüberstellung versuchte *Freeman* (1977), eventuelle Differenzen im Verlauf der Akzeptanzentwicklung bei Eltern blinder Kinder gegenüber Eltern tauber Kinder herauszuarbeiten. Auf der Basis von Elterninterviews glaubt er, einige ganz plausibel erscheinende Differenzen festgestellt zu haben. Bei blinden Kindern würde nach der ersten Verzweiflung das Erwartungsniveau der Eltern von vorneherein niedriger angesetzt, Verleugnungstendenzen träten gegenüber der unsichtbaren Behinderung Taubheit weniger zahlreich und hartnäckig auf. Die Chancen der Eltern, im weiteren Entwicklungsverlauf durch das Kind angenehm überrascht zu werden, seien vergleichsweise besser. Im Hintergrund wirke sich die relativ bessere gesellschaftliche Akzeptanz der Sehbehinderung auch entlastend auf die Eltern-Kind-Beziehung aus.

Wahrscheinlich ist es realistisch, innerhalb der Gruppe der Hörgeschädigten selbst bezüglich der Akzeptanzentwicklung der Eltern im weiteren Entwicklungsverlauf Differenzierungen vorzunehmen. Ein wichtiger Aspekt von „Akzeptanz“ könnte dabei vielleicht als elterliches „Wissen“ um das tatsächliche Ausmaß der hörschadensbedingten Kommunikationsbehinderung operationalisiert werden oder zumindest als Fähigkeit, sich diese bewußt zu machen. Man darf annehmen, daß hörende Eltern gehörloser Kinder früher oder später das Ausmaß der Kommunikationsbehinderung ihrer Kinder zumindest nach außen genau realisieren, auch wenn sie bezüglich der innerfamiliären Kommunikation der subjektiven Überzeugung bleiben, mit ihrem Kind immer kommunizieren zu können. In der Regel haben sich die Eltern dabei an ein einfaches Niveau einer jahrelang eingespielten Kommunikation gewöhnt (siehe z. B. *Prillwitz*, 1982).

Einstellungen der hörenden Umwelt gegenüber Hörbehinderten wirken sicher vielfältig und stark in die Familien hinein und prägen im Entwicklungsverlauf das Selbstbild bereits der älteren Schulkinder sowie der Adoleszenten. Zu diesem Problembereich liegen bislang nur relativ wenige systematische empirische Untersuchungen vor. *Von Bracken* (1976) führte eine Repräsentativ-Befragung an ca. 1000 Personen in über 30 Orten der Bundesrepublik Deutschland durch und stellte unter anderem dabei die Frage: „Wenn Sie vorübergehend ein behindertes Kind betreuen sollten, welches würden Sie dann nehmen?“ Lediglich 3,4% der Befragten entschieden sich für ein „taubstummes“ Kind. Gehörlose Kinder rangierten damit auf dem vorletzten Rangplatz dieser Unter-

suchung. Lediglich ein schwachsinniges Kind wollten noch weniger Personen bei sich aufnehmen. Der Autor schloß aus diesen Resultaten, daß die soziale Distanz der Majorität gegenüber tauben Kindern offenbar noch größer als gegenüber körperbehinderten, lernbehinderten, blinden, sprachbehinderten und erziehungsschwierigen Kindern sei.

Recht differenziert anmutende Informationen über die inhaltliche Strukturierung der Einstellung gegenüber Gehörlosen vermittelt die Erhebung von *Ferguson* (1970), bei der 285 männlichen und 389 weiblichen Personen im Alter von 15 bis 50 Jahren Fragebogen mit 146 behindertenspezifischen Items vorgelegt wurden. Bei der faktorenanalytischen Gruppierung der Items konnten insgesamt 8 Faktoren, darunter ein vom Autor als besonders gehörlosenspezifisch bezeichneter Faktor (a) identifiziert werden:

- a) Interaktionsspannung: sich irritiert und unwohl fühlen in Gegenwart und bei der Kommunikation mit Gehörlosen;
- b) Ablehnung von engen, persönlichen Kontakten;
- c) allgemeine Zurückweisung: allgemeine negative Orientierung gegenüber Gehörlosen, abwertendes Image ihrer Fähigkeiten und ihrer Erscheinung, Befürwortung der Segregation;
- d) übersteigerte Bewertung spezieller Fähigkeiten und Persönlichkeitseigenschaften;
- e) von den Befragten selbst erschlossene emotionale Folgewirkungen für die Gehörlosen: Fehlangepaßtheit, Irritierbarkeit, Selbstunsicherheit, Hypersensitivität, absichtliches Nicht-Verstehenwollen;
- f) Gefährdung der (eigenen!) Selbstidentität: die Wahrnehmung des Gehörlosen provoziert Angst vor körperlichen Verletzungen und Gehörverlust;
- g) funktionale Einschränkungen im Umweltkontakt, besonders in beruflicher Hinsicht;
- h) Verleugnung der Schwere der Behinderung und Betonung kompensatorischer Hilfen durch die Befragten selbst.

Einen vielleicht erklärenden Aspekt für den besonders niedrigen gesellschaftlichen Platz in der „Rangordnung“ Behinderter liefert die immer noch wichtige Untersuchung von *Klinghammer* (1961).

Er lehnte sich bei seiner Versuchsanordnung daran an, daß das ganze Ausdrucksverhalten stark Hörgeschädigter, sobald sie mit anderen Menschen in sprachlichen Kontakt zu kommen versuchen, auf Unkundige rasch merkwürdig, fremdartig wirken kann. Neben übersteigert wirkender Gestik und Mimik löst die dabei oft fremdartige Stimme negative Bewertungstendenzen aus. Ohne weitere Vorinformation konfrontierte *Klinghammer* Hörende mit Tonbandaufnahmen von Sprechproben Gehörloser und blinder Schüler. Die gehörlosen Sprecher wurden aufgrund ihrer schwer verständlichen, rauhen, abgehackten und unmelodiosen Sprechweise im Gegensatz zu den Blinden übereinstimmend als fremdartig beurteilt. Die Beurteiler vermuteten z. B., es handle sich um geistig gestörte Personen, um psychisch Kranke oder Ausländer (etwa Russen!). Infolge der vermuteten unsympathischen und abstoßenden Eigenschaften wollten sie sie auch nie zum Freund oder Verwandten haben.

*Seifert* (1982) schließt, daß derartige spontane Erlebnisreaktionen die phänomenale Basis und das „Material“ für die angeführten Einstellungen bilden. Aus sozialpsy-

chologischer Sicht formuliert er in Anlehnung an *Meyerson* (1971) drei typische Anpassungsmuster Hörgeschädigter, die zugleich auch als idealtypische Lösungsformen des Problems der sozialen Integration angesehen werden könnten:

- a) Überwiegender Rückzug in die kleine, beschränkte Welt der Gehörlosen- oder Schwerhörigenvereine sowie in die eigene Familie. Die Welt des Normalhörenden wird überwiegend abgelehnt, das Ausmaß sich überlappender Lebenssituationen wird möglichst gering gehalten.
- b) Im zweiten Anpassungsmuster werde die Welt der eigenen Behinderung überwiegend abgelehnt und nach möglichst vollständiger Integration in die Welt der Hörenden und Nichtbehinderten gestrebt. Diese Tendenz führe nur bei einigen wenigen Hörgeschädigten zu erstaunlichen Erfolgen, bei anderen, die weniger befähigt seien und in weniger günstigen sozialen Beziehungen lebten, stehe jedoch der Effekt in keinem Verhältnis zu den überdurchschnittlichen Anstrengungen. Diese Menschen seien von ständiger Unsicherheit und Versagensangst belastet.
- c) Ein am ehesten „gesund“ zu nennendes Anpassungsmuster sei jenes, bei dem der Behinderte vor allem jene Lebensaktivitäten anstrebe, die ihm genauso zugänglich wie dem Normalhörenden seien. Die eigene Behinderung werde dabei nicht ausgeklammert und als ein weiterhin wichtiges, jedoch nicht ausschlaggebendes Merkmal für die Lebensgestaltung behandelt. Im Falle des Gelingens ermögliche dieser Anpassungsmodus ein Leben in „zwei Welten“.

### Summary

*Deafness from a Child- and Youth-Psychiatric Point of View. Part 2: Social and Emotional Development, Child-Psychiatric Morbidity, Significance of Family and Social Environments*

Multiple communication problems result in special risks for the social and emotional development of deaf children. Regarding the similar problems of the much more numerous severe hard-of-hearing children, the practical importance of the reported problems also becomes greater. Despite the high rate of severe behavioral and emotional disorders of this population counseling and therapy for deaf children and their families are rather underdeveloped in our country.

### Literatur

*Altshuler, K. Z.* (1978): Toward a Psychology of Deafness? *J. of Communication Disorders*, 11, 159-169. – *Aplin, Y. D.* (1985): The Social and Emotional Adjustment of Hearing-Impaired Children in Special Schools, *J. Brit. Assn. Teachers of the Deaf*, 9, 4. – *Axline, V. M.* (1972): *Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren*. München: Reinhardt. – *Bernstein, B. B.* (1972):

*Social Class, Language and Socialisation*. In: *Moscovici, S.* (Ed.): *The psychosociology of language*. Chicago: Markham. – *Bonham, H. E. E., Armstrong, Th. D., Bonham, G. M.* (1981): Group Psychotherapy with Deaf Adolescents, *American Annals of the Deaf*, 806-809, Okt. 1981. – *Bracken, H. v.* (1976): *Vorurteile gegen behinderte Kinder, ihre Familien und Schulen*. Berlin: Marhold. – *Buscaglia, L.* (1975): *The Disabled and their Parents, a Counseling Challenge*. New Jersey: Charles B. Slack. – *Craig, H. B.* (1965): A sociometric investigation of the self-concept of the deaf child. *Amer. Annals of the Deaf*, 110, 456-478. – *Craig, W., Collins, J.* (1970): Analysis of Communicative Interaction in Classes for Deaf Children. *American Annals of the Deaf*, 115, 79-85. – *Crowley, M., Kean, K.* (1982): Fathers: The Forgotten Parents, *Amer. Annals of the Deaf*, 127, 38-40. – *Dierig, J.* (1977): *Psychagogik bei Hörgeschädigten*. Heidelberg: Groos. – *Dünnow, A.* (1983): *Psychologische Aspekte der Elternarbeit in der Früherziehung*. In: *Bölling-Bechinger, H. & May, B.* (Hrsg.): *Hörgeschädigtenpädagogik, Beiheft 11, Psychologische Hilfe für Hörgeschädigte*. Heidelberg: Groos. – *Evans, D.* (1975): Experimental deprivation: Unresolved factor in the impoverished socialisation of the deaf school children in residence. *Amer. Annals of the Deaf*, 120, 545-554. – *Ferguson, L. T.* (1970): Components of Attitudes toward the Deaf, *Proceedings*, 2, 693-694. *Zit. nach Seifert* (1982). – *Fitz-Gerald, D. & Fitz-Gerald, M.* (1978): Sexual implications of deafness. *Sexuality and Disability*, 1, 57-69. – *Freeman, R. D.* (1977): Psychiatric Aspects of sensory disorders and Intervention. In: *Graham, P. J.* (Ed.): *Epidemiological Approaches in Child Psychiatry*. London: Academic Press. – *Gentile A. et al.* (1973): Additional handicapping conditions among hearing impaired students. Office of Demographic Studies. Washington D.C.: Gallandet College. – *Grossman, S.* (1972): Sexual knowledge, attitudes and experience of deaf colle students, Unpublished master's thesis. Washington, D.C.: George Washington University. – *Harries, R. J.* (1978): Impulse Control in Deaf Children: Research and Clinical Issues. In: *Liben, L. S.* (ed.): *Deaf Children, Developmental Perspectives*. New York: Academic Press Inc. – *Hintermair, M.* (1983): Einige Gedanken zum Tätigkeitsfeld des Psychologen in der pädoaudiologischen Beratungs- und Frühförderstelle. In: *Bölling-Bechinger, H. & May, B.* (Hrsg.): *Hörgeschädigtenpädagogik Beiheft 11, Psychologische Hilfen für Hörgeschädigte*. Heidelberg: Groos. – *Jensema, C., Trybus, R. J.* (1975): Reported emotional and behavioral problems among hearing impaired children in special education programs, United States, 1972-73, Washington D.C., Office of Demographic Studies, Gallaudet College. – *Kagan, J.* (1965): Impulsive and reflective children: Significance of conceptual tempo. In: *Krumboltz, J. D.* (Ed.): *Learning and the Educational Process*. Chicago: Rand McNally. – *Kammerer, E. & Göbel, D.* (1982): Zur Selbstwahrnehmung der Kommunikationsbehinderung bei gehörlosen Kindern und Jugendlichen, *Z. Kinder- u. Jugendpsychiatrie*, 10, 14-31. – *Kammerer, E. & Göbel, D.* (1984): Zur Entwicklung der Kommunikationsbehinderung gehörloser Kinder und Jugendlicher in der Selbstwahrnehmung der Betroffenen, *Z. Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 12, 331-341. – *Klinghammer, H.-D.* (1961): *Ausdrucksgehalt, Beschaffenheit und Struktur in den Sprechweisen von blinden und taubstummen Schülern*. Dissertation, Münster. – *Kratzmeier, H.* (1982): *Das Selbstkonzept hörgeschädigter Jugendlicher*. In: *Proceedings of the Intern. Congress on Education of the Deaf, Hamburg 1980, Vol. II*. Heidelberg: Groos. – *Laitmon, E.* (1979): Group counseling: Sexuality and the hearing-impaired adolescent. *Sexuality and Disability*, Fall 1979, 2. – *Liben, L. S.* (1978): Developmental Perspectives on the Experimental Deficiencies of Deaf Children. In: *Liben, L. S.* (Ed.): *Deaf children: Developmental Perspectives*. New York: Academic Press Inc. – *Meadow, K. P.* (1975): *The*

- Development of Deaf Children. In: *Hetherington, E. M.* (Ed.): Review of Child Development Research, Vol. 5. Chicago: The University of Chicago Press. – *Meadow, K. P., Trybus, R. J.* (1979): Behavioral and emotional Problems of deaf Children: An Overview, Hearing and Hearing Impairment. In: *Bradford, L.* (ed.), New York: Grune and Stratton. – *Meichenbaum, D., Goodman, J.* (1971): Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control, *J. Abnormal Child Psychol.*, 77, 115–126. – *Meyerson, L.* (1971): A Psychology of Impaired Hering. In: *Cruikshank, W. M.* (Ed.): Psychology of Exceptional Children and Youth. New York: Prentice Hall. – *Minkin, M.* (1979): Personal communication, Nov. 1979. – *Moore, D. F.* (1978): Current Research and Theory with the Deaf. Educational Implications. In: *Liben, L. S.* (Ed.): Deaf Children: Developmental Perspectives. London: Academic Press Incooperation. – *Moore, D. F., Weiss, K. L.* (1973): Evaluation of programs for hearing impaired children. Univ. of Minnesota Press. – *Obholzer, J.* (1983): Möglichkeiten und Grenzen des psychologischen Arbeitens an Hörsprachbehinderten-Einrichtungen. In: *Bölling-Bechinger, H. & May, B.* (Hrsg.): Hörgeschädigtenpädagogik Beiheft 11, Psychologische Hilfen für Hörgeschädigte, Heidelberg: Groos. – *Prillwitz, S.* (1982): Zum Zusammenhang von Kognition, Kommunikation und Sprache mit Bezug auf die Gehörlosenproblematik. Stuttgart: Kohlhammer. – *Schlesinger, H. S., Meadow, K. P.* (1971): Deafness and Mental Health: a developmental approach. In: *Multilith* (Ed.): San Francisco: Langley Porter Neuropsychiatric Institute. – *Schlesinger, H. S.* (1978): The Effects of Deafness on Childhood Development: An Eriksonian Perspective. In: *Liben, L. S.* (Ed.): Deaf Children: Developmental Perspectives. New York: Academic Press Inc. – *Schlesinger, H. S., Meadow, K. P.* (1972): Sound and Signs: Childhood deafness and mental health. Univ. of California Press: Berkeley. – *Seifert, K.-H.* (1982): Soziologische Aspekte der Gehörlosigkeit und Schwerhörigkeit. In: *Jussen, H., Kröhnert, O.* (Hrsg.): Handbuch der Sonderpädagogik, Bd. 3, Päd. der Gehörlosen u. Schwerhörigen. Berlin: Marhold. – *Stein, Y. K.* (1979): Counseling Parents of Hearing Impaired Children: A Psychotherapeutic Model. In: *Bradford, L. J.* (Ed.): Hearing and Hearing Impairment. New York: Grune & Stratton. – *Vernon, M.* (1969): Sociological and psychological factors associated with hearingloss. *J. Speech and Hearing Research*, 12, 541–563. – *Vernon, M.* (1969): Multiply handicapped deaf children: Medical, educational and psychological considerations, Washington D.C.: Council for Exceptional Children. – *Warnke, A.* (1986): Gesprächsführung in der therapeutischen Arbeit mit Eltern behinderter Kinder, Seminar, Bonn, Juli 1986, persönliche Mitteilung.
- Ansch. d. Verf.: PD Dr. Emil Kammerer, Psychosomatische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Münster, Robert-Koch-Straße 31, 4400 Münster
- Dipl.-Psych. Manuela Hütsch, Westfälische Schule für Schwerhörige, Westfälische Schule für Gehörlose, Bröderichweg, 4400 Münster.