

Merkmale sozialen und affektiven Verhaltens von Schülern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte¹⁾

Von *Jürgen Teumer*

Zusammenfassung, Summary, Résumé

Bei N = 63 Schülern mit einseitig totaler Lippen-Kiefer-Gaumenspalte wird mit Hilfe des Picture-Frustration Tests (*Rosenzweig*), der Hamburger Neurotizismus- und Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche (*Buggle* und *Baumgärtel*) sowie des Kinder-Angst-Tests (*Turner* und *Tewes*) untersucht, ob die übliche medizinische und logopädische Therapie ausreicht, Abweichungen im sozialen und affektiven Verhalten zu vermeiden. Die Ergebnisse zeigen, daß sich hinter einer scheinbar gelungenen äußeren Anpassung tiefe Konflikte verbergen. Die Ursachen werden in den bleibenden ästhetischen Beeinträchtigungen des Gesichts und den daraus resultierenden spezifischen Verhaltensweisen der Spaltträger und ihrer Umwelt gesehen. Konsequenzen einer zeitlichen und personellen Erweiterung der therapeutischen Praxis sind daher unumgänglich.

Features of the social and affective behaviour of pupils with cleft palate

N = 63 pupils with one-sided total cleft palate were tested with the help of the Picture-Frustration-Test (*Rosenzweig*), the Hamburg Neuroticism and Extraversion Scale for Children and Young People (*Buggle* and *Baumgärtel*) and the Children Anxiety Test (*Turner* and *Tewes*) to see whether the usual medical and logopedic therapy is sufficient to prevent deviations in social and affective behaviour. The results show that an apparently successful outward adjustment in fact conceals deep-seated conflicts. The reasons for this are the permanent aesthetic disfigurement of the face and the resulting specific behaviour of the patients and their environment. It is therefore imperative that therapeutic practice be given more time and more staff.

Le comportement social et affectif des écoliers victimes d'un « bec-de-lièvre »

Chez N = 63 écoliers présentant un bec-de lièvre simple des lèvres, de la mâchoire et du palais, on examine au moyen du picture-frustration-test (*Rosenzweig*), de l'échelle de neuroticisme et d'extraversion de Hambourg pour enfants et adolescents (*Buggle* et *Baumgärtel*) et du test d'angoisse pour enfants (*Turner* et *Tewes*) si la thérapeutique médicale et logopédique en usage suffit à enrayer les anomalies du comportement social et affectif. Les résultats révèlent que derrière une adaptation extérieure apparemment réussie se cachent des conflits profonds. On en cherche les causes dans les dommages esthétiques durables subis par le visage et dans les modes de comportement spécifiques qui en résultent de la part des enfants et de leur entourage. On est tenu d'en tirer certaines conséquences quant à une extension temporelle et personnelle de la pratique thérapeutique.

1) Wesentliche Passagen dieses Beitrages sind der Dissertation des Verfassers über „Psychosoziale Probleme bei früh- und spätoperierten Schülern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte“, Marburg/Lahn 1975 (unveröffentlicht) entnommen.

1. Einleitung und Fragestellung

In der Bundesrepublik Deutschland werden jährlich etwa 800- 1000 Kinder mit Spaltbildungen – vorwiegend des Gesichts – geboren. Nahezu die Hälfte von ihnen weist totale Spalten, d. h. durchgehende Lippen-Kiefer-Gaumenspalten auf. Isolierte Spalten des Gaumens machen etwa 30 %, Lippen- und Lippen-Kieferspalten etwa 20 % vom Gesamt der Gesichtsspaltbildungen aus (vgl. *Schweckendiek* 1972). Alle Spaltformen können einseitig oder doppelseitig auftreten.

Die bei Spaltbildungen mit Beteiligung von Lippe, Kiefer und Gaumen vorhandenen mehrfachen primären Defekte im Sinne ästhetischer und organischer Defizite (letztere – zumindest temporär – verbunden mit erheblichen sprachlichen Mängeln) können unter dem Aspekt der Verflechtung von Somatischem und Psychischem ursächlich tiefgreifende sekundäre Beeinträchtigungen hervorrufen. Zur Vermeidung potentieller psychischer und sozialer Devianzen werden deshalb den jeweils dominanten chirurgischen Maßnahmen – Kinder mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte erhalten in den Kieferkliniken der Bundesrepublik Deutschland überwiegend im Alter von 6 bis 8 Monaten eine Lippen-Naseneingangsplastik, zuweilen ergänzt durch einen Kieferspaltverschluß und einen Verschluß des vorderen harten Gaumens; im Alter von 4 bis 6 Jahren werden der harte und weiche Gaumen operativ geschlossen (Urano- und Veloplastik) – weitere, nämlich kieferorthopädische, prothetische, otologische, phoniatische und logopädische (sprachheilpädagogische) Bemühungen hinzugefügt.

Im nachfolgenden Beitrag wird gefragt, ob diese therapeutische Praxis Abweichungen im sozialen und affektiven (emotionalen) Verhalten ausschließt oder doch zumindest hinreichend reduziert und damit eine genügende Breite besitzt, die dem vom Bundessozialhilfegesetz vom 30. 6. 1961 abzuleitenden Anspruch des Spaltträgers nach umfassender Rehabilitation gerecht zu werden vermag. Ausgangsdaten zur Beantwortung der Frage werden aus der Einsicht in die spezielle Literatur ebenso wie aus eigenen empirischen Untersuchungen bei Schülern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte (kurz: LKG-Spalte) erwartet.

2. Zur sozialen und affektiven Entwicklung von Spaltträgern

Das nachfolgende Sammelreferat bezieht auch Darstellungen aus dem Bereich der (engeren) Körperbehinderten- und Sprachgeschädigtenpädagogik ein. Die Legitimation dafür wird vor allem daraus abgeleitet, daß LKG-Spaltträger als typisch Mehrfachbehinderte (vgl. *Solarová* 1971) beiden Behindierungsformen zuzurechnen sind.

2.1. *Belege theoretischer Erwartungen und unsystematischer Beobachtungen*

Die Geburt eines mißgestalteten Kindes löst bei vielen Eltern – besonders den Müttern – einen Schock aus. *Strasser* et al. (1968) fanden, daß sich bei Müttern, die ein gliedmaßenfehlgebildetes Kind geboren hatten, der psychi-

sche Schock anfangs als Kontrollverlust über ihr Verhalten äußerte. „Affekt- ausbrüche mit unbeherrschbarem Weinen und allgemeiner Bewegungsunruhe wechseln mit regloser Lethargie . . .“ (S. 12). Dieser Schock stellt sich auch unabhängig vom Ausmaß der körperlichen Deformierung des Kindes ein und war selbst bei minimalen Fehlbildungen, ja auch durch die Gewöhnung an körperliche Behinderung bei Familienangehörigen weder milder noch kürzer. Die Anpassung anderer Erwachsener an derart mißgestaltete Kinder hingegen erschien „um so störungsfreier, je größer ihre persönlichen Erfahrungen mit dieser Personengruppe waren, je vertrauter ihnen also . . . das abweichende körperliche Zustandsbild geworden war. . . . Bei den Müttern fehlt bemerkenswerterweise eine gleichartige Erscheinung. Das liegt daran, daß sie infolge der hochspezifischen Einstellung zum eigenen Kind keine Übertragung ähnlicher Erfahrungen auf die Erlebnisse vornehmen können, die sie mit diesem verbinden“ (S. 222).

Es kann wohl mit einiger Berechtigung angenommen werden, daß Mütter von LKG-Spalträgern ein ähnliches Verhalten zeigen und daß der Anblick ihres Kindes deshalb Reaktionen freisetzt, die die frühkindliche Entwicklung in spezifischer Weise prädisponieren (vgl. u. a. *Tisza* und *Gumpertz* 1962; *Gabka* 1964; *Spiestersbach* 1966; *Schneider* 1964 und 1969; *Schwecken-diek* 1972; über tiefen- und sozialpsychologische sowie informationstheoretische Interpretationsansätze der diesem Verhalten zugrundeliegenden Mechanismen und Anpassungsformen siehe u. a. *Schönberger* 1964/68 und 1974; *Bärsch* 1968; *Strasser* et al. 1968).

Hartmann et al. (1972) erwarten, daß bereits die Nahrungsaufnahme – bei gesunden Kindern ein meist unkomplizierter und lustbesetzter Vorgang – stark unlustbetont ist. „Bedenkt man die Bedeutung der Oralität, Erfahrung der Umgebung durch die Mundwelt, Orientierung und Befriedigung durch diese Zone, so ist anzunehmen, daß es in dem Bereich organisch behinderte Kinder nicht leicht haben, diese orale Entwicklungsphase komplikationslos zu durchlaufen“ (*Schneider* 1964, S. 495). Das sich durch hinreichende orale Befriedigung in den ersten Lebensmonaten normalerweise herausbildende „Ur-Vertrauen“ (*Erikson*; zit. nach *Hartmann* et al. 1972, S. 2) und Gefühl des Geliebtwerdens könnte erheblich erschüttert und durch Ausbildung eines „Ur-Mißtrauens“ (*Erikson*; ebd.) ersetzt werden.

Es ist bekannt, daß es vielen Eltern nicht gelingt, sich mit der Behinderung ihres Kindes, gleich welcher Art, abzufinden (*Bärsch* 1968; *Strasser* 1968). Durch restriktive Maßnahmen begrenzen sie das Kompensationspotential. Spontane Aktivitäten der Kinder werden zurückgedrängt und beschnitten und Hilfeleistungen der Eltern an ihre Stelle gesetzt (*Gabka* 1964). Auf diese Weise kann sich die anfänglich vorhandene Hilfsbedürftigkeit im Laufe der Zeit verfestigen und zu einem spezifischen Verhaltensmuster im Sinne regressiver Schonhaltung (*Bönner* 1967) ausgestalten (vgl. auch *Wegener* 1959; *Albert-Joppich* und *Schilling* 1972). „Bei übermäßiger Nachsicht allen Fehlhandlungen gegenüber entsteht beim Spaltkind das Gefühl, eine Ausnahme darzustellen. Es kann vorkommen, daß sich das Kind daran gewöhnt hat, seiner Störung halber Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu sein“ (*Becker* und *Sovák* 1971, S. 171f.). Die restriktiven oder verwöhnenden Erziehungshaltungen versagen dem Kind die notwendigen Bewäh-

rungsmöglichkeiten und verhindern oftmals gar den Kontakt mit anderen Kindern. Andererseits können aber auch verhärtende Erziehung bzw. ambivalentes Erziehungsverhalten die durch die Behinderung ihres Kindes ausgelöste Verunsicherung und unbewältigte Schuldkomplexe der Eltern widerspiegeln (Wulff 1958; Schneider 1964 und 1969; Becker und Sovák 1971; Hartmann et al. 1972; Knura 1974).

Der Gebrauch erster sinnvoller Worte und die zuweilen vergeblichen Versuche des Spaltkindes, seine lautsprachlichen Produktionen klanglich den vorgegebenen Standardmustern anzugleichen, rufen verstärkt elterliche Sorge und Ungeduld hervor, so daß häufig viel zu früh gezielte artikulatorische Übungen begonnen werden, die wiederholt Quelle von Mißerfolgslebnissen und Enttäuschungen bei Kind und Eltern sind. Das Spaltkind wird sich durch derartige Versuche zunehmend seiner Sprachschädigung bewußt, deren Merkmale – zumindest im Falle fehlender sprachheilpädagogischer Behandlung – das offene Näseln (Rhinolalie), Artikulationsstörungen bzw. -verlagerungen (Palatolalie) sowie Stimmklangstörungen (Rhinophonie) sind; hinzu kommen mimische Mitbewegungen und – fakultativ – zusätzliche Sprachstörungen (vgl. u. a. Sovák 1963; Sovák in Becker/Sovák 1971; Seeman 1974; Suttner 1967; Trenchel 1959; Arnold 1959; Bauer 1972). Das spaltbehafte Kind spürt (wie die meisten schwersprachgeschädigten Kinder), „wie das, was es mit seinen sprachlichen Äußerungen seiner Umwelt verständlich machen will, oft nicht verstanden wird oder immer wieder zu Kritik oder Bestürzung Anlaß gibt. Nicht der Bedeutungsgehalt seiner sprachlichen Kundgabe, sondern das unvollkommene Werkzeug Sprache selbst rückt in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und löst Verhaltensweisen aus, die das Kind nicht versteht und die es verwirren müssen“ (Knura 1973, S. 134). Das Spaltkind wird vielleicht versuchen, die Mängel mit erhöhtem Kraftaufwand an sprechfunktioneller Leistung (Schuchardt 1954) zu überwinden. Resultate dieser Bemühungen sind aber Verspannungen der Sprechmuskulatur, zentripetale Artikulationsverlagerungen, Stimmuschädigungen, mimische Kompensationen etc., Faktoren, die geeignet sind, einerseits die Sprechverständlichkeit weiter zu reduzieren (und Reaktionen der Umgebung auszulösen) sowie andererseits „das initiative Erlernen eines korrekten Sprachschatzes“ (Schuchardt 1954, S. 354) zu erschweren. Es ist deshalb möglich, daß das Spaltkind – bedingt durch zahlreiche Mißerfolge bei Mitteilungsversuchen – in zunehmendem Maße sprachliche Äußerungen vermeidet (Schuchardt 1954; Sovák 1963; Becker und Sovak 1971).

Gestörte Sprache bewirkt auf diese Weise letztlich immer auch soziale Fehlanpassungen. Die Erweiterung des sozialen Umfeldes, der Schuleintritt, muß bei einem derart bereits durch seine engsten Bezugspersonen verunsicherten, in seinem Selbstbewußtsein irritierten Kind, eine – über das bei Schulanfängern allgemein zu erwartende Maß hinausgehende – tiefgreifende Umstellung bedeuten. Das Kind ist nun möglicherweise dem Spott der Mitschüler ausgesetzt. Das allmählich zunehmende Wissen um das Anderssein kann reaktiv deutliche soziale und personale Folgebehinderungen hervorrufen, die sich u. a. in Außenseiterpositionen innerhalb des Klassenkollektivs manifestieren. Haym (1955, S. 60) berichtet, daß aufgrund des Verhaltens von Spielgefährten und der Einstellung von Lehrern bei Spaltkindern in die-

ser Phase oftmals ein derartig tiefes psychisches Trauma gesetzt würde, „daß mangelhaftes Selbstvertrauen, Zurückgezogenheit, Einzelgängerei und mitunter auch Lebensuntüchtigkeit die Folge sind“. Das wachsende Störungsbewußtsein und die negativ besetzten Erfahrungen mit der sozialen Umwelt könnten den Spaltträger – wie *Krura* (1971, S. 115) generell für Sprachbehinderte betont – aber auch in eine Verteidigungshaltung drängen, „primär den Bezug zum Selbst zu suchen, egoistische Verhaltensweisen zu entwickeln und eine negative sozial-emotionale“ sowie aus dem Gefühl der Minderwertigkeit heraus kompensatorisch entstandene aggressive Haltung und Geltungssucht gegenüber der Umwelt verfestigen lassen, die ihrerseits wiederum negative Reaktionen der Umwelt herausfordert. (Die ebenfalls zu erwartenden Auswirkungen auf das schulische Lern- und Leistungsverhalten werden hier ausgeklammert.)

Die Pubertät, eine Phase der Stimmungs labilität, bringt qualitativ neue Probleme für die Spaltträger mit sich. Die Jugendlichen – Mädchen mehr als Jungen – achten in dieser Zeit stärker auf ihr Aussehen (*Ziltener* 1960; *Goodstein* 1968). Die von der psychischen Struktur her für die Betroffenen dringend gebotenen Korrekturoperationen können aber – abgesehen von kleineren Korrekturen an Lippe und Nase – infolge der Wachstumsbewegungen des Gesichts in der Regel erst nach dem 14.–16. Lebensjahr durchgeführt werden (vgl. *Schweckendiek* 1965). Die Folge dieser unabänderlichen physiologischen Bedingungen ist, daß sich die Spaltträger durch deutliche Narben im Bereich der Oberlippe und die abgeplattete Nase erheblich beeinträchtigt fühlen. „Beeinträchtigungen des Aussehens, Schäden im Kiefer-, Gesichtsbereich werden erwiesenermaßen besonders empfunden, weil sie den oft mitleidlosen Blicken der Mitmenschen ausgesetzt sind, weil sie die Gesellschaftsfähigkeit des Trägers in erhöhtem Maße begrenzen und ihm die Lebensfreude nehmen. Denken wir nur daran, wie schon der bloße Zahnverlust den Betroffenen beeinträchtigt, ihn sich selbst und seiner Umgebung alt und häßlich erscheinen läßt . . .“ (*Rosenthal* 1961, S. 8). Nach *Stutte* (1971, S. 71; vgl. auch *Stutte* 1957 und 1962/63) sind „körperliche Fehlbildungen, insbesondere kosmetische Entstellungen im Kopf-Gesichts-Bereich . . . in der Individuationsphase (Adoleszenz) oft Gegenstand tiefsitzender Selbstwertskrupel. Dieser Thersiteskomplex kann . . . zu vielfältigen abnormen Reaktionen und Fehlhaltungen Anlaß geben“. *Rosenthal* (1961, S. 10) befürchtet beim älteren Spaltträger vornehmlich zwei psychische Reaktionen, nämlich „die depressive Gemütsverfassung, die sich bis zur Lebensverneinung vertiefen kann und die Aufladung einer Reizbarkeit, eines Hasses gegen die normalen Menschen“.

Hartmann et al. (1972) vermuten, daß auch beim Spaltträger weniger der „objektive Grad der Minderwertigkeit“ (*Adler*; zit. nach *Hartmann et al.* 1972, S. 3) als vielmehr die jeweilige individuelle Einstellung zur Mißbildung entscheidend sei (vgl. auch *Wegener* 1959; *Bärsch* 1968).

Insgesamt lassen die hier dargestellten Erwartungen, Beobachtungen und Erfahrungen auf eine mit einer Reihe von Gefährdungen ausgestattete Sozialisation und Personalisation spaltbehaffeter Kinder und Jugendlicher schließen.

2.2. Empirische Befunde

Der Umfang und die Gewichtigkeit der oben dargestellten Vermutungen, Erwartungen, Befürchtungen und unsystematischen Beobachtungen finden in der speziellen Literatur hinsichtlich empirischer Belege und der Aussagekraft von Ergebnissen keine Entsprechung. Es ist müßig, über diesen Sachverhalt lange zu spekulieren. Es mag sein, daß die Spaltbildung primär und ausschließlich als ein medizinisches Problem gesehen und die organische Schädigung als Auslöser für normabweichende psychodynamische Prozesse beim Spaltträger kaum erkannt wird und deshalb auch nur selten Gegenstand wissenschaftlicher Forschung im außermedizinischen Bereich gewesen ist. Insofern kommt der Sentenz englischer Chirurgen „first close the cleft and secondly hope for the best“ (zit. nach *Mühler* 1966, S. 221) auch heute noch ein Körnchen Wahrheitsgehalt zu.

Immerhin lassen sich aber einige Untersuchungsergebnisse nennen, die für die eigene Fragestellung und Untersuchung von Belang sind:

Hartmann et al. (1972) fanden bei N = 64 Spaltträgern (Altersstreuung zwischen 6 und 14 Jahren) weder im schulischen noch im privaten Bereich eine auffallende negative Sonderstellung. Sie verwerfen deshalb ihre Hypothese, Spaltkinder als soziale Problemkinder anzunehmen. Allerdings räumen die Autoren ein, daß „mögliche tiefere Konflikte und Tendenzen zu psychischer Fehlentwicklung“ (S. 9) durch ihre Untersuchungsanordnung nicht erfaßt werden konnten.

Während *Billig* (1951) nur in 5% der Fälle (N = 60) Anpassungsstörungen, Angst, Depressivität und Isolierungstendenzen feststellen konnte (und dies vor allem bei Spaltträgern mit schlechten kosmetischen Ergebnissen und deutlichen sprachlichen Mängeln), fanden *Gluck et al.* (1965) bei N = 50 Spaltkindern im Vergleich mit Patienten einer Child-Guidance-Clinic (N = 292) vermehrt Verhaltenseigenschaften, die auf emotionale Probleme schließen lassen.

Härle et al. (1971) ergänzen diese Befunde durch eine Untersuchung von 12 operativ unbefriedigend versorgten jugendlichen Spaltträgern. Unter Verwendung des Farbpyramidentests und des Intelligenz-Struktur-Tests ermittelten sie, „daß bei unauffälliger Einordnung in die Gesellschaft und durchschnittlicher Intelligenz in der Pubertät schwere Hemmungen der mitmenschlichen Beziehungen auftreten, die nach außen von den Jugendlichen kaschiert werden, so daß sie unauffällig erscheinen“ (S. 243).

Sergl (1973) führte an N = 35 erwachsenen Spaltpatienten und einer vergleichbaren Kontrollgruppe den Persönlichkeits- und Interessentest (PI) nach *Mittenecker* und *Toman* durch. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen wurden nicht festgestellt. Allerdings waren einige Tendenzen recht interessant: So zeigten weibliche Spaltpatienten im Persönlichkeitsteil des Tests gegenüber den weiblichen Kontrollpersonen „größere Neigung zur ‚Depression‘, zur Schizoidie und zu paranoiden Vorstellungen“ (S. 207). *Sergl* vermutet deshalb, „daß sich zumindest unter den weiblichen Spaltträgern vermehrt Personen mit Gefühlen der Traurigkeit, mit Gehemmtheit, Verslossenheit, Eigenbrötlei, Pedanterie und Mißtrauen befinden“ (S. 207). Wissenschaftlichen, künstlerischen, sprachlich-literarischen und musi-

kalischen Betätigungen brachten die Spaltträger weniger Neigung entgegen als praktisch-handwerklichen und sozialen Berufen. *Sergl* sieht dieses Interessenprofil „in engem ursächlichen Zusammenhang mit den Schwierigkeiten im Erlernen sprachlich-intellektueller Fähigkeiten . . .“ (S. 208). Aus dem Gesamt der Ergebnisse folgert der Autor, „daß zumindest ein Teil der Spaltpatienten unter einem Leidensdruck steht“ (S. 208).

Clifford (1967) berichtet, daß Spaltpatienten (N = 20) ihre Deformierung zwischen Gesundheit und Krankheit einstufen und die Schwere der Beeinträchtigung etwa mit dem Begriff „Kopfschmerzen“ gleichsetzen.

Auf die Frage nach der subjektiven Einschätzung ihrer Deformität bei Vorgabe der Antwortkategorien Besonderheit – schweres Leiden – erhebliche Behinderung antworteten nach *Fues* (1971) 70 % der Befragten (N = 192), daß sie ihre Beeinträchtigung als „Besonderheit“ betrachten.

Nach *van Denmark* und *van Denmark* (1970) fühlten sich erwachsene Spaltträger – besonders Frauen – stärker durch ihr Aussehen als durch die Sprache behindert (vgl. auch *Danzer* 1969).

Sergl und *Schmid* (1972 und 1973) untersuchten die „soziale Lage“ von N = 35 erwachsenen Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und einer gleichgroßen Kontrollgruppe in Fremd- und Selbsteinschätzung. Das Heterostereotyp wies die Spaltpatienten als verschlossen, ernst, häßlich und gehemmt aus. Die Spaltpatienten selbst erlebten sich als häßlich und gehemmt. Beurteilungsunterschiede ergaben sich vor allem in denjenigen Dimensionen, die „einen Menschen als potentiellen Freund qualifizieren“ (*Sergl* und *Schmid* 1972, S. 139). So schätzten sich die Spaltträger als besonders freundlich, friedlicher und aufrichtiger, eher temperamentvoll und weniger ernst ein als dies in der Fremdbeurteilung durch Nichtspaltträger getan wird. Die Autoren deuten ihr Ergebnis „als Ausdruck des Wunsches nach Freundschaft“ und in Ermangelung äußerer Attraktivität als Werben „mit sogenannten inneren Werten“ (S. 139).

Unter Verwendung der „sozialen Distanz-Skala“ nach *Bogardus* untersuchten *Sergl* und *Schmid* des weiteren das Maß des Kontaktverhältnisses zwischen Nichtspaltträgern und Spaltpatienten. Sie stellten fest, daß die Einstellung gegenüber Spaltträgern im Hinblick auf „Kontaktverhältnisse . . . , die größere Intimität implizieren“ (*Sergl* und *Schmid* 1973, S. 202) wie Tanzpartner, Freund, Schwiegersohn/-tochter, Ehepartner, ablehnend ist. Die Spaltpatienten verkennen diese Situation, indem sie im Autoheterostereotyp ihre Lage signifikant günstiger einschätzen. Die Autoren erkennen darin in erster Linie den Abwehrmechanismus der Realitätsleugnung und befürchten zur Aufrechterhaltung dieser Mechanismen psychische Komplikationen. Möglicherweise lassen sich auch die Ergebnisse von *Clifford* (1967) und *Fues* (1971) zur subjektiven Einschätzung der Deformität unter diesem Interpretationsansatz von *Sergl* und *Schmid* einordnen.

3. Methode

3.1. Auswahl der Probanden

Für die eigene empirische Untersuchung wurden $N = 63$ Schüler mit einseitig totaler Lippen-Kiefer-Gaumenspalte ausgewählt. 52 von ihnen waren ausschließlich in Hamburg (Nordwestdeutsche Kieferklinik) operiert worden. Zum Zeitpunkt der Einschulung waren 59 vorläufig – d. h. mit Ausnahme späterer Korrekturoperationen an Nase und Oberlippe – fertig operiert: Lippe, Kiefer, harter und weicher Gaumen waren geschlossen. Bei vier nicht in Hamburg operierten Probanden war der letzte Eingriff am Gaumen im Grundschulalter erfolgt.

Aus Gründen der Testauswahl wurde die Stichprobe in die Altersgruppen 8–10 ($N_1 = 33$) und 12–14 ($N_2 = 30$) unterteilt.

Tab. 1: Altersverteilung der untersuchten Stichprobe ($N = 63$)

	N_1			N_2		
Alter	8	9	10	12	13	14
Anzahl	14	10	9	2	12	16
\bar{X}	9;4			14;0		

Um zusätzliche Störvariablen möglichst zu eliminieren, wurden Probanden mit weiteren Fehlbildungen wie u. a. Klumpfuß, Hörschädigung, Herzfehler, Hirndefekt nicht in die Stichprobe aufgenommen.

Darüber hinaus wurde darauf geachtet, daß die Repräsentanz der Geschlechter entsprechend den Angaben in der speziellen Literatur (vgl. *Schweckendiek* 1963; 1972; *Mootz* 1970; *Koberg* 1971) gewahrt blieb: 47 männlichen Probanden standen 16 weibliche gegenüber (Geschlechterverhältnis 2,9 : 1).

Die sozialen Schichten, gemessen an der Berufsgruppenzugehörigkeit des Vaters, waren – allerdings mit einer leichten Überrepräsentanz oberer Sozialschichten – hinreichend vertreten.

Tab. 2: Verteilung der sozialen Schichten in der untersuchten Stichprobe (Zuordnung nach der Skala von *Terman*; zit. nach *Juergens* 1958, S. 116)

soz. Schicht 1	5 (8 %)
soz. Schicht 2	19 (30 %)
soz. Schicht 3	17 (27 %)
soz. Schicht 4	15 (24 %)
soz. Schicht 5	7 (11 %)

(Soz. Schicht 1: höhere (akademisch gebildete) Beamte, freie Berufe mit akad. Vorbildung (Ärzte, Rechtsanwälte, Ingenieure usw.), Fabrikbesitzer, Großkaufleute, Direktoren großer Industrie- und Handelsunternehmen, Offiziere, Gutsbesitzer.

Soz. Schicht 2: Beamte des gehobenen und mittleren Dienstes, Volksschullehrer, mittl. Techniker, Inhaber größerer kaufm. Geschäfte und gewerbl. Betriebe, kaufm. Angestellte in leitender Stellung.

Soz. Schicht 3: gehobene Unterbeamte (Beamte des einf. und mittl. Dienstes bzw. des gehob. Bürodienstes, Lokomotivführer usw.), kaufm. Angestellte, selbst. Handwerksmeister, Meister in Fabrikbetrieben.

Soz. Schicht 4: Unterbeamte, Polizeibeamte, gelernte Arbeiter, Gärtner, Kleinbauern.

Soz. Schicht 5: ungelernte Arbeiter, Tagelöhner.)

Die meisten untersuchten Spaltträger wuchsen in Familien mit zwei Kindern auf (27mal). Neun waren Einzelkinder. Die durchschnittliche Kinderzahl von 2,5 lag über dem Durchschnitt in der Bundesrepublik Deutschland (vgl. Statistisches Bundesamt).

Alle Probanden der Teilstichprobe N₁ besuchten zum Zeitpunkt der Untersuchung die Grundschule. Von den Probanden der Teilstichprobe N₂ gingen 12 in die Hauptschule, 10 in die Realschule und 8 auf das Gymnasium.

26 Probanden wohnten in norddeutschen Landgemeinden unter 10 000 Einwohnern, 37 in Klein-, Mittel- und Großstädten.

Mit Ausnahme von drei Probanden hatten alle LKG-Spaltträger einen intensiven logopädischen Unterricht erhalten (vgl. *Wulff* u. a. 1960; 1961). Die Sprechweise war entweder als lautrein und fließend oder doch zumindest als wohlverständlich mit geringen näselnden bzw. dyslalischen Anteilen zu charakterisieren (vgl. *Teumer* 1975).

3.2. Testverfahren

Zur Untersuchung sozialer und affektiver Probleme von Schülern mit LKG-Spalte wurden der Rosenzweig Picture-Frustration Test (PFT) (Kinderform; vgl. *Duhm* und *Hansen* 1957), die Hamburger Neurotizismus- und Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche (HANES, KJ; vgl. *Buggle* und *Baumgärtel* 1972) sowie der Kinder-Angst-Test (K-A-T; vgl. *Thurner* und *Tewes* 1972) ausgewählt.

Mit dem PFT wurde ein relativ bewährtes und verbreitetes projektives Verfahren gewählt, das – aufbauend auf der Frustrations-Aggressions-Theorie (*Dollard* et al. 1970) – Formen des Verhaltens in sozialen Belastungssituationen messen soll. Die Versuchspersonen müssen auf die 24 Situations-skizzen des Tests, welche zumeist zwei Personen zeigen, auf je eine aufreizende Äußerung, die in einer Sprechfahne abzulesen ist, antworten. Dem Test liegt die Annahme zugrunde, daß sich die Versuchsperson mit der frustrierten Person identifiziert und in den Antworten ihre eigenen Einstellungen und Haltungen zum Ausdruck kommen.

Jede Antwort wird nach der Richtung der Aggression und nach dem Reaktionstyp ausgewertet. „Die Richtungen umfassen Extrapunitivität – die Aggression richtet sich gegen die Umgebung –, Intropunitivität – die Aggression richtet sich gegen das eigene Ich – und Impunitivität – die Aggression wird überhaupt umgangen und der Versuch gemacht, die Frustration zu glossieren –. Jede dieser drei Variablen wird nun wieder unterteilt nach dem Reaktionstyp, der in ihr zum Ausdruck kommt . . . : Obstacle-Dominance (das Hindernis, die frustrierende Barriere dominiert in der Antwort), Ego-Defense (das Ich oder der Bezug auf das Ich überwiegt) und Need-Persistence (die Lösung der problematischen Situation wird betont)“ (*Duhm* und *Hansen* 1957, S. 1). Aus der Kombination dieser sechs Kategorien ergeben sich für jede Bildsituation (und damit für jede Antwort) neun mögliche Auswertungsfaktoren (deren genaue Bedeutung in der Handanweisung nachgelesen werden kann).

Die HANES, KJ von *Buggle* und *Baumgärtel* (1972) soll durch die

Methode der Selbstbeschreibung die Persönlichkeitsdimensionen Neurotizismus und Extraversion/Introversion (im Sinne *H. J. Eysencks*) bei 8- bis 16jährigen erfassen. Die Skala enthält 68 Items, die sich wie folgt zusammensetzen:

- a) eine Neurotizismusskala (N_3) mit 40 Items (sie kann in zwei Halbskalen (N_1 und N_2) zu je 20 Items geteilt werden),
- b) eine Extraversionsskala mit 16 Items (E_3), die in zwei Unterskalen „Geselligkeit“ (E_1) und „Aktivität“ (E_2) aufgeteilt werden kann,
- c) eine Lügenskala (L) mit 12 Items. (Die Items der L-Skala wurden in erster Linie eingefügt, um die „Bereitschaft zur Darlegung der eigenen psychischen Verfaßtheit“ (*Buggle* und *Baumgärtel* 1972, S. 15) zu kontrollieren. Anstelle von „Lügenhaftigkeit“ wird deshalb der Terminus „Aussagebereitschaft“ verwendet.)

Die Items der Neurotizismus- bzw. Extraversionsskalen, deren Beantwortung durch die jeweils vorgegebenen Alternativen „Ja“ oder „Nein“ erfolgt, sollen die folgenden Persönlichkeitszüge bzw. Symptome erfassen (*Buggle* und *Baumgärtel* 1972, S. 7):

Neurotizismus:

„Insuffizienzgefühle, verbunden mit sozialer Empfindlichkeit und Verletzbarkeit, Neigung zu Tagträumen und Grübeleien, verstärkte Neigung zu Stimmungsschwankungen, vor allem als Neigung zu depressiven Verstimmungen, Sorgen um die eigene Gesundheit, Angst vor zukünftigen Ereignissen, innere Unruhe und ‚Nervosität‘, Erregbarkeit, Einschlafstörungen, häufige Müdigkeit und Abgespanntheit, Neigung zu Kopfschmerzen.“

Extraversion:

„Freude an der Gesellschaft anderer, Bedürfnis nach und Fähigkeit zu regem, eher heiter akzentuiertem Kontakt mit anderen Menschen (‚Geselligkeit‘), Lebhaftigkeit, Erlebnisdrang, Unternehmungslust und Unbeschwertheit (‚Aktivität‘).“

Mit dem K-A-T von *Thurner* und *Tewes* (1972) wurde für den deutschsprachigen Raum in Anlehnung und teilweiser Übernahme von Items aus dem Ängstlichkeitsfragebogen „The Children’s Manifest Anxiety Scale“ (CMAS) von *Castaneda* et al. (1956) ein Ängstlichkeitstest für Kinder entwickelt, der den Grad „jener Angstbereitschaft, die in erster Linie auf den Druck von Antrieben und Bedürfnissen und auf deren innere Konflikte zurückzuführen ist“ (*Thurner* und *Tewes* 1972, S. 6), erfassen soll. *Cattell* – so *Thurner* und *Tewes* (1972) – hat diese spezielle Ängstlichkeitskomponente als Frustrationsspannung oder in Anlehnung an *Freud* als Es-Druck beschrieben. „Neigt man zu dieser Form von Ängstlichkeit, so zeigt sich dies nach außen durch emotional gefärbte Handlungsweisen, Gespanntheit, Irritierbarkeit, ‚Nervosität‘“ (*Thurner* und *Tewes* 1972, S. 6). Der Test enthält 19 Items mit Ja-Nein-Antworten.

Während der PFT mit allen Probanden durchgeführt wurde, konnten die HANES, KJ sowie der K-A-T nach einer probeweisen Durchführung bei 8- bis 10jährigen Probanden aus Gründen zahlreicher Verständnisschwierigkeiten (z. B. Items mit doppelter Verneinung) und der dadurch gegebenen Gefahr verfälschender Ergebnisse lediglich bei den 12- bis 14jährigen Spaltträgern Anwendung finden.

Die Untersuchungen wurden jeweils als Individualtests in der gewohnten häuslichen Umgebung der Probanden durchgeführt. Das Protokoll wurde in allen Fällen vom Verfasser selbst geführt.

4. Ergebnisse

4.1. Rosenzweig P-F Test

Ausgewertet wurden sechs Kategorien – die Aggressionsrichtungen Extrapunitivität (E), Intropunitivität (I) und Impunitivität (M), die Reaktionstypen Obstacle-Dominance (O-D), Ego-Defense (E-D) und Need-Persistence (N-P), weitere neun Signierungsfaktoren (E'-I'-M'-E-I-M-e-i-m) sowie der Gruppenkonformitätswert, das Group Conformity Rating (GCR). Die Auswertung wurde zunächst vom Verfasser vorgenommen, später aber von drei Studenten der Heil- und Sonderpädagogik, die über hinreichende theoretische Kenntnisse und praktische Erfahrungen mit dem Verfahren verfügten, einzeln kontrolliert. Unterschiedliche Bewertungen wurden ausführlich gemeinsam diskutiert und ohne Ausnahmen einvernehmlich getroffenen Entscheidungen zugeführt.

Die nach Quartilen geordneten Häufigkeiten (1. Quartil $\leq Q_1$; 2. Quartil $Q_1 - \text{Mdn}$; 3. Quartil $\text{Mdn} - Q_3$; 4. Quartil $\geq Q_3$) wurden beim Vergleich der Teilstichproben N_1 bzw. N_2 mit der Normpopulation dem Mehrfelderchi²-Test (2×4 -Felderanordnung; *Clauß* und *Ebner* 1971, S. 238 ff.) unterzogen. Für 14jährige Probanden wurden die Normen für 12/13jährige angewendet.

Die Ergebnisse der Reaktionsrichtungen zeigen bei LKG-Spalträgern extrem geringe extrapunitive (E) und häufigere impunitive Reaktionen (M) an. Die intropunitive Reaktion (I) entspricht den durchschnittlichen Normwerten. Diese Befunde weisen auf eine hochsignifikant verminderte offene Aggressivität der LKG-Spalträger gegenüber ihrer Umgebung hin und bedeuten weiter, daß diese sich zwar in Belastungssituationen mit dem eigenen Ich in der entsprechenden Häufigkeit auseinandersetzen, aber hochsignifikant stärker dahin tendieren, Aggressionen möglichst zu umgehen und Frustrationen zu glossieren.

Unter Berücksichtigung der Reaktionstypen und Faktoren ergibt sich darüber hinaus, daß – besonders bei 12- bis 14jährigen Probanden – in den Antworten die frustrierenden Hindernisse allgemein stärker dominieren (O-D), allerdings in der Form, daß diese in der frustrierenden Situation derart verkleinert werden, daß die Existenz derselben fast geleugnet wird (M'). Die Hinwendung zur Umwelt (E-D) findet bei ihnen zwar insgesamt alters- und normangemessen statt, dennoch läßt sich aus den Faktoren vor allem die Neigung ablesen, Beschuldigungen gegen Personen und Sachen der Umgebung zu vermeiden (E) und (gültig für ältere Probanden) die frustrierende Person von jeglicher Schuld freizusprechen (M). Die Lösung problematischer Situationen wird angemessen häufig angestrebt (N-P). Die Faktoren zeigen aber, daß besonders 12- bis 14jährige dazu hochsignifikant seltener Hilfe von anderen erwarten (e), jüngere und ältere sich gleichermaßen weniger selbst

Tab. 3: Vergleich der Rosenzweig P-F Test-Reaktionen von LKG-Spalträgern mit der Normpopulation (Mehrfelder-chi²-Test)

	N ₁ vs. Norm	N ₂ vs. Norm	N ₁ + N ₂ vs. Norm
E	(-) 26,51 sss	(-) 17,19 sss	(-) 16,96 sss
I	—	—	—
M	(+) 22,87 sss	(+) 33,19 sss	(+) 22,00 sss
O-D	—	(+) 16,66 sss	(+) 9,64 s
E-D	—	(-) (6,52)	—
N-P	—	—	—
E'	—	(-) 14,52 ss	—
I'	(-) (6,87)	—	—
M'	(+) 20,45 sss	(+) 18,26 sss	(+) 19,24 sss
E	(-) 15,60 ss	(-) (6,79)	(-) 8,08 s
I	—	—	—
M	—	(+) 11,32 ss	—
e	—	(-) 28,12 sss	(-) 11,08 s
i	(-) 9,30 s	(-) 9,72 s	—
m	(+) 15,36 ss	(+) 16,14 sss	(+) 13,04 ss
GCR	(-) 11,47 ss	(-) 28,92 sss	(-) 15,04 ss

s: $p \leq 5\%$ ss: $p \leq 1\%$ sss: $p \leq 0,1\%$

Die in der Tabelle durch einen Strich gekennzeichneten Stellen weisen auf einen chi²-Wert unter 7,81 (df = 3) hin.

Die mit einer Klammer versehenen Ergebnisse zeigen die Tendenz zu einer Signifikanz an ($p < 10\%$).

(-): Reaktion bei LKG-Spalträgern seltener als bei der Normgruppe;

(+): Reaktion bei LKG-Spalträgern häufiger als bei der Normgruppe.

um Lösungen bemühen (i) und stärker darauf hoffen, daß die Zeit oder normalerweise zu erwartende Umstände die Probleme lösen würden (m).

Insgesamt reagieren LKG-Spalträger in sozialen Belastungssituationen in hohem Maße anders als „normale“ Kinder (GCR).

4.2. HANES, KJ

12- bis 14jährige LKG-Spalträger erreichten in den drei Fragebogen-dimensionen folgende Mittelwerte: N₃ (Neurotizismus) 10,87 – E₃ (Extraversion) 11,93 – L (Aussagebereitschaft) 4,07.

Zur Mittelwertbestimmung sowie zur weiteren statistischen Berechnung wurden auch die Daten solcher Probanden verarbeitet, deren L-Wert einem Stanine-Wert von 8 und 9 entspricht und deren Aussagen damit (vgl. *Buggle und Baumgärtel* 1972, Handanweisung S. 15) „als Warnzeichen im Sinne möglicherweise nicht vorliegender Bereitschaft zur Darlegung der eigenen psychischen Verfaßtheit verstanden“ werden kann. Da die N₃- und E₃-Werte der von dieser Einschränkung betroffenen fünf Probanden aber ohne Ausnahme eng um die jeweiligen Mittelwerte streuten, wurden sie – ohne Gefahr der Verfälschung der Gesamtergebnisse – berücksichtigt.

Der Vergleich der in Stanine-Normwerte übertragenen N_3 -, E_1 - (Geselligkeit), E_2 - (Aktivität), E_3 - und L-Rohpunkte von 12- bis 14jährigen LKG-Spalträgern mit den Erwartungswerten (Prozentrangbereiche 1-23; 24-77; 78-100) ergibt (statistisches Prüfverfahren: Mehrfelder- χ^2 -Test in der 2×3 -Felderanordnung; *Clauß* und *Ebner* 1971, S. 238ff.):

Tab. 4: Mehrfelder- χ^2 -Werte für den Vergleich von LKG-Spalträgern mit den Erwartungswerten (Eichpopulation) in der HANES, KJ

		N_2 vs. Norm
Neurotizismus	(N_3)	(-) 9,32 ss
Geselligkeit	(E_1)	(+) 43,30 sss
Aktivität	(E_2)	-
Extraversion	(E_3)	(+) 17,67 sss
Aussagebereitschaft	(L)	-

Die in der Tabelle durch einen Strich gekennzeichneten Stellen weisen auf einen χ^2 -Wert unter 5,99 ($df = 2$) hin.

(-): Antwortkategorie bei LKG-Spalträgern seltener als bei der Normgruppe;

(+): Antwortkategorie bei LKG-Spalträgern häufiger als bei der Normgruppe.

12- bis 14jährige LKG-Spalträger schreiben sich gegenüber der Eichpopulation sehr signifikant niedrigeren Neurotizismus und hochsignifikant höhere Extraversion (E_3) zu. Bei den Extraversionswerten ist interessant, daß die Probanden hochsignifikant höhere E_1 -Werte (Geselligkeit), aber normgemessene E_2 -Werte (Aktivität) erreichen.

4.3. K-A-T

12- bis 14jährige LKG-Spalträger erreichten im K-A-T den Mittelwert 4,83 (Streuung 2,24).

Der Vergleich der Stanine-Werte mit den Erwartungswerten (vgl. das Verfahren bei der HANES, KJ) ergab: LKG-Spalträger unterscheiden sich signifikant ($\chi^2 = 6,91$; $df = 2$; $p < 5\%$) durch niedrigere Ängstlichkeitszuschreibung von der Eichpopulation.

5. Diskussion der Ergebnisse

5.1. Testbezogene Interpretation

LKG-Spalträger sehen sich, gemessen an den Normpopulationen, nach dem Rosenzweig P-F Test wie folgt:

- Sie wollen möglichst wenig auffallen, keine klare, auch zuweilen kontroverse Position beziehen, Aggressionen umgehen, dem Angreifenden aus dem Wege gehen, auftretende Hindernisse nicht so wichtig nehmen, sich eher fügen und unterwerfen als anecken, sich arrangieren.

Vorausgesetzt, daß die befragten LKG-Spalträger sich tatsächlich mit der frustrierten Person im Rosenzweig P-F Test identifizierten und ihre eigenen

Einstellungen und Haltungen in die Antworten projizierten, lassen sich bei ihnen Mechanismen inadäquater Verteidigungsmethoden im Sinne des Vermeidens sozialer Auseinandersetzungen einerseits, der Konformität und Überfüggigkeit andererseits erkennen. Diese Reaktionsformen – *Duhm* (1959) stellte bei „Problemkindern“ mit Ausnahme der ebenfalls bedeutsam abweichenden intropunitiven Aggressionen übrigens gleichartige fest, und *Lukowski* (1972/73) fand bei stationär behandelten orthopädisch erkrankten Kindern entsprechende – haben sich bei 12- bis 14jährigen LKG-Spaltträgern jeweils noch stärker ausgestaltet als bei 8- bis 10jährigen.

Diese Verhaltensmuster angestrebter sozialer Unauffälligkeit sowie über- (und damit eigentlich un-)angepaßter Konformität zeigen sich auch mit erstaunlicher Stringenz in den Ergebnissen der HANES, KJ und des K-A-T. 12- bis 14jährige LKG-Spaltträger beschreiben sich, gemessen an den Normpopulationen, nach der HANES, KJ – Persönlichkeitsdimension „Neurotizismus“ –

- als weniger insuffizient, sozial unempfindlicher, ohne erhöhte Neigung zu Grübeleien und depressiver Verstimmung, relativ unbelastet und ausgeglichen (zu den verwendeten Termini vgl. *Buggle* und *Baumgärtel* 1972, Handanweisung S. 7);

nach der HANES, KJ – Persönlichkeitsdimension „Extraversion“ – meinen 12- bis 14jährige LKG-Spaltträger von sich,

- ein starkes Bedürfnis nach und auch die Fähigkeit zu regem, eher heiter akzentuiertem Kontakt mit anderen sowie Freude an der Gesellschaft anderer zu besitzen (zu den verwendeten Termini vgl. *Buggle* und *Baumgärtel* 1972, Handanweisung S. 7),

nach dem K-A-T glauben 12- bis 14jährige LKG-Spaltträger von sich,

- mit geringerer Ängstlichkeit, d. h. mit geringerer Neigung zu emotional gefärbten Handlungsweisen, Gespanntheit, Irritierbarkeit und Nervosität ausgestattet zu sein (zu den verwendeten Termini vgl. *Thurner* und *Tewes* 1972, Handanweisung S. 6).

LKG-Spaltträger sind bemüht, von sich ein ihrer Auffassung nach gesellschaftlich akzeptiertes Persönlichkeitsbild zu entwerfen: Niedrigere Neurotizismus- und Ängstlichkeits- sowie höhere Extraversionswerte (im sozial-kommunikativen Bereich) sind darin bestimmend. Sie verdichten das mit Hilfe des Rosenzweig-Verfahrens aufgedeckte Raster spezifischer Reaktions- und Verhaltensmuster und unangemessener Verteidigungsmethoden. LKG-Spaltträger haben den intensiven Wunsch nach Kontakt und meinen, auch die Fähigkeit zu regem und heiter akzentuiertem Kontakt mit anderen zu besitzen (vgl. Extraversiondimension E_1 : Geselligkeit). In Verkennung ihrer Situation verleihen sie diesem Wunsch jedoch keinen Nachdruck durch erhöhte Eigenaktivität (vgl. Extraversiondimension E_2 : Aktivität). LKG-Spaltträger wollen möglichst wenig auffallen und die Reibungsflächen mit ihrer Umwelt klein halten. Sie sprechen sich in überzogener Weise frei von vermeintlich sozial diskreditierten Eigenschaften (vgl. die Definitionen der Persönlichkeitsdimensionen „Neurotizismus“ und „Ängstlichkeit“ in den verwendeten Tests).

Der zusammenfassenden Interpretation der Ergebnisse wird es obliegen, die Ursachen der Probleme aufzudecken und zu diskutieren.

5.2. Zusammenfassende Diskussion

Unter sozialpsychologischer Betrachtung muß die durch den Rosenzweig P-F Test, die HANES, KJ und den K-A-T aufgedeckte affektive Labilität und Desorganisation des Sozialverhaltens von ästhetisch benachteiligten LKG-Spalträgern primär als Reaktion auf das Verhalten der Umwelt gesehen werden. Es ist deshalb notwendig, den Bedeutungsgehalt ästhetischer Defizite im Gesichtsbereich für die individuelle Entwicklung auf dem Hintergrund der soziokulturell bedingten Einstellung gegenüber dieser Beeinträchtigung im allgemeinen zu bestimmen.

Schönberger (1964/68, S. 177) begreift die Entstellung „als eine Abweichung von den habituellen Vorstellungsnormen einer Gruppe“, die Befremdung (vgl. die Schockwirkung auf eine Spaltgeburt) und sogar Entfremdung auszulösen vermag. „Die ‚Normalen‘ wissen nicht recht, was sie mit ihm (dem Entstellten, d. Verf.) anfangen sollen“ (*Schönberger* 1974, S. 222), da dieser „in unerwünschter Weise anders (ist), als wir es antizipiert hatten“ (*Goffman* 1970, S. 13). „Das Häßliche ist hassenswert; denn wir hassen, was unser Auge beleidigt. Von der Aussetzung Mißgebildeter im Altertum bis zur perfekten Säuberung einer kraftvoll-schönen Heldenrasse von ‚unwertem Leben‘ ist . . . derselbe Haß am Werk“ (*Schönberger* 1964/68, S. 177 f.). Es existieren also kollektive Vorstellungsnormen und soziale Stereotypen, wie ein Mensch zu sein und wie er auszusehen hat. Nach ihnen bestimmt sich seine soziale Rolle.

An der Erzeugung derartiger Normen und Stereotypen sind wichtige gesellschaftliche Kräfte beteiligt. Die Werbung preist mit großem finanziellen Aufwand die körperliche Unversehrtheit an und fetischisiert geradezu den makellosen äußeren Eindruck. Da dem Gesicht – dem weiblichen mehr noch als dem männlichen – die besondere Aufmerksamkeit der Werbeindustrie gilt, gerät der Träger einer Gesichtsfehlbildung wohl auch am stärksten mit diesen im Laufe der Zeit gesellschaftlich sanktionierten und internalisierten Normen in Konflikt.

In Film und Fernsehen, auf der Schauspiel- wie auf der Opernbühne werden diese kulturellen Stereotypen dadurch aufrecht erhalten, daß körperliche Schönheit mit dem Guten und körperliche Entstelltheit mit dem Bösen gleichgesetzt werden. „Das Wissen um die engen Beziehungen zwischen Krüppeltum einerseits, charakterlicher Abartigkeit und sozialwidrigen Handlungsweisen andererseits ist altes menschliches Erfahrungsgut“ (*Stutte* 1962/63, S. 450; vgl. auch *von Bracken* 1976). Bereits in Kinderbüchern werden körperlich entstellten Personen negative Eigenschaften unterstellt (Pinocchio, Rumpelstilzchen, Hexen u. a. m.).

Für *Schmeichel* (1971) werden die Wirksamkeit derartiger kultureller Stereotypen noch verstärkt und die Möglichkeit rationaler Überwindung erschwert, wenn „solche Vorstellungen beispielsweise Eingang in eine kirchliche Gesetzgebung finden“ (S. 58). Der Autor erwähnt in diesem Zusammenhang, daß nach dem Codex Iuris Canonici can. 984 körperliche Gebrechen (u. a. Mißgestalt) vom Empfang der Weihen des geistlichen Standes ausschließen. Mit dieser sozial negativen Bewertung des Behinderten „scheinen vorchristliche Überlieferungen heute noch wirksam zu sein“ (S. 58).

Daß Personen mit einem körperlichen Gebrechen im allgemeinen und solche mit einer Gesichtsentstellung im besonderen in beträchtlichem Umfang eine ablehnende Bewertung erfahren (vgl. *Schneider* 1964) und sich selbst abwerten, d. h. die Erwartungen „normal Aussehender“ übernehmen, konnte in einer breit angelegten Forschungsarbeit in den USA nachgewiesen werden. *Richardson et al.* (1970) forderten 640 10- bis 11jährige Jungen und Mädchen verschiedener sozialer und kultureller Herkunft, worunter sich auch solche mit körperlichen Anomalien befanden, auf, „eine Standardserie von Zeichnungen, auf denen Kinder abgebildet waren, die sich lediglich hinsichtlich körperlicher Gebrechen unterschieden, in eine durch Präferenzen bestimmte Rangreihe zu bringen“ (S. 234). Die Ergebnisse zeigten übereinstimmend, „daß eine zunehmend positive Einschätzung dem Kind zukommt, dessen Behinderung weiter vom Gesicht entfernt ist“ (S. 239) oder anders ausgedrückt, daß „bei der ersten Einschätzung einer anderen Person das Gesicht von höchster Wichtigkeit ist“ (S. 238f.). Dieses Ergebnis findet – so die amerikanischen Forscher – zusätzliche Bestätigung in einer Studie von *Luria* vom Moskauer Institut für die Erforschung körperlicher Mängel, in der die Augenbewegung bei der Betrachtung von Abbildungen einer Person registriert wurden. *Lurias* Bericht zeigt, „daß die Augen sich zuerst auf das Gesicht richteten und während der Betrachtung oft dorthin zurückkehrten“ (S. 239). In diesem Zusammenhang ist besonders interessant, daß Kinder, die selbst körperliche Gebrechen der auf den Bildern dargestellten Art aufwiesen, in der Untersuchung keine andere Präferenzrangordnung aufstellten. Die Autoren sehen darin einen Beleg für die Ansicht *Lewins*, wonach sich die Minorität die Werte der Majorität aneignet (vgl. auch die Minderheitentheorie von *Barker* 1953).

Übertragen auf die Problematik ästhetischer Beeinträchtigung der LKG-Spalträger bedeutet dieser Interpretationsansatz, daß die spezifischen Reaktions- und Verhaltensmuster gleichermaßen Resultat der Verhaltensunsicherheit der Bezugspersonen wie auch des eigenen Bemühens der LKG-Spalträger sind, sich an der Normalität der im Gesichtsbereich nicht entstellten und damit keinen negativen sozio-kulturellen Sanktionen unterworfenen Individuen zu messen. Die Betonung und Bevorzugung körperlicher Makellosigkeit provoziert somit sowohl interpersonale als auch intrapsychische Komplikationen beim LKG-Spalträger und seiner Umgebung.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, daß LKG-Spalträger wegen des sozio-kulturell bedingten herausgehobenen Stellenwerts ästhetischer Merkmale bereits von der frühen Kindheit an weniger Gelegenheit erhielten, sich in sozialen Konfliktsituationen altersentsprechend zu üben. Durch weitgehenden Kontaktentzug mit anderen Kindern, der möglicherweise aus anfangs vorhandener objektiver Hilfsbedürftigkeit des LKG-Spalträgers entsprang und sicher auch z. T. mit den sprachlichen Mängeln erklärt werden muß, fehlte es ihnen offensichtlich an Bewährungsmöglichkeiten (*Becker* und *Sovák* 1971).

(Aus seiner langjährigen Sprachbehandlungspraxis als Sprachheilbeauftragter in einem hessischen Landkreis weiß der Verfasser, daß Eltern allerdings offenbar eher bereit sind, ein „nur“ sprachgeschädigtes Kind in Kontakt mit sprachunauffälligen Kindern zu bringen – ja, sie sehen darin sogar eine echte Chance zur schnelleren Behebung der sprachlichen Mängel. Die Eltern eines körperlich mißgestalteten Kindes

hingegen meinen in der Mehrzahl, ihrem Kind derartige Kontakte nicht zumuten zu dürfen, weil ihm sonst sein Anderssein bewußt werden könnte. Körperliche Beeinträchtigungen unterliegen offensichtlich einer noch stärkeren sozialen Diskriminierung als sprachliche.)

Aus entsprechenden Erfahrungen, sozial angeblich wenig belastbar zu sein, entwickelt sich eine Schonhaltung, Konflikte nach Möglichkeit zu vermeiden bzw. im Falle der Unausweichbarkeit nachzugeben und sich zu unterwerfen. LKG-Spalträger haben auf diese Weise gelernt, die Schwächeren, die Unterlegenen zu sein.

Die Hilflosigkeit, diesen Problemen in angemessener Weise therapeutisch zu begegnen, wird in geradezu grotesker Weise bei *Gabka* (1964, S. 105 ff.) deutlich. Er rät den Eltern, solange die Sprachentwicklung des kleinen Spalträgers nachhinke, den Umgang mit fremden Kindern zu meiden und diesem vielmehr „so früh wie möglich Box- oder Ringunterricht geben zu lassen, so daß von vornherein und unabhängig von der Muskelstärke das körperliche Übergewicht beim Spaltkind liegt“ (S. 107). *Gabka* hält für derartige Unterweisungen das 4. Lebensjahr für günstig und befürwortet, um die Phase der körperlichen Ertüchtigung verlängern zu können, eine Rückstellung vom Schulbesuch (!). Es soll nicht unerwähnt bleiben, daß sich andere, zweifellos die Mehrzahl der Chirurgen, in ernstzunehmender Weise mit diesen wichtigen Problemen auseinandersetzen (u. a. *Herfert* 1953; *Schuchardt* 1954 oder *Schmid* 1974).

Dieser in der oben beschriebenen Weise von Personen aus der Umgebung des LKG-Spalträgers initiierte interpersonale Beziehungskonflikt erhält mit fortschreitendem Alter und – in Ableitung kasuistischer Befunde – geschlechtsspezifischer Akzentuierung eine weitere Dimension. In dem Maße, wie der LKG-Spalträger sich seiner ästhetischen Beeinträchtigung, d. h. der Dissonanz zu einer normativen Erwartung bewußt wird, setzt ein intrapersonaler Konflikt ein. Das Verhalten der Umwelt und die Anstrengungen, sich zu definieren und sich damit einzuordnen, zwingen den LKG-Spalträger immer aufs neue, sich seiner Normabweichung bewußt zu werden. Er „fühlt sich vermehrt beobachtet; er ist durch sein Anderssein häufig unsicher im Umgang mit seinen Mitmenschen. Die Umwelt betrachtet ihn mit Neugier und zuweilen auch mit Abneigung“ (*Schweckendiek* 1972; S. 1). Sein Behindertsein wird ihm als etwas Negatives vor Augen gestellt, und zwar meistens so, „als sei körperliche Unversehrtheit, apollinisches Ebenmaß und Schönheit . . . das größte Ideal des Menschen. Mit anderen Worten: Die schon überstarke Beschäftigung des Behinderten mit dem eigenen Körper wird verstärkt, und die unmöglichsten Fehlhaltungen werden unter dem Druck der Gesellschaft gebildet“ (*Ziltener* 1960, S. 113 f.).

Es mag sein, daß es einer Reihe von LKG-Spalträgern gelingt, diesem Konflikt die emotionale Störkraft zu nehmen¹⁾. Die Ergebnisse des Rosen-

¹⁾ Nach den Erkenntnissen des Verfassers, die er aus dem gesamten Untersuchungsvorhaben ableitet, das auch den Lern- und Leistungsbereich einbezog (vgl. Dissertation, Marburg 1975), ist mit großer Sicherheit anzunehmen, daß LKG-Spalträger überwiegend den Lern- und Leistungsbereich von dem oben skizzierten Konflikt (kompensatorisch?) freizuhalten vermögen (vgl. *von Bracken* 1976, S. 22/23 unter Hinweis auf die von *Allport* beschriebenen Wirkungsmechanismen bei Behinderten). Ihnen wird dafür offensichtlich auch infolge der Leistungsorientierung der Gesellschaft und der Quantifizierbarkeit der Mängel (z. B. in Schulnoten) – im Gegensatz zur Abwehr sozialer und emotionaler Störkräfte – breite und wohlwollende Unterstützung und Förderung seitens der Eltern und weiterer Erziehungsträger zuteil.

zweig P-F Tests, der HANES, KJ und des K-A-T liefern indes keine Hinweise für eine *umfassende* und *dauernde* soziale und emotionale Stabilisierung.

Nicht von ungefähr wurde deshalb in den ausführlichen Gesprächen mit Eltern und LKG-Spalträgern (besonders den Mädchen, die – vgl. *Hoske*, zit. bei *Wegener* 1959; auch *Ziltener* 1960 – offensichtlich noch mehr als Jungen durch das Ausmaß der Entstellung deprimiert werden) deutlich, daß es letzteren – meistens auch den Eltern aus erzieherischer Verantwortung für ihr Kind – nur selten gelingt, sich dem massiven, oft bis an die Grenze ihrer physischen und psychischen Belastbarkeit reichenden Druck, der von solcher gesellschaftlich sanktionierten Bevorzugung äußerer Proportionen und der Harmonie des Gesichts ausgeht, nachhaltig zu entziehen. So berichteten Mütter, daß sich ihre Kinder Tag für Tag stundenlang im Spiegel betrachteten und dadurch bei ihnen Schuldgefühle auslösten.

Es kann bei gewissenhafter Einordnung der Ergebnisse keinem Zweifel unterliegen, daß sich die Mehrzahl der LKG-Spalträger mit zunehmendem Alter stärker einem zutiefst irritierenden psychischen Konflikt gegenübersehen.

Natürlich wäre es sinnvoll gewesen, die Selbstaussagen der LKG-Spalträger durch eine objektive Verhaltensbeobachtung zu ergänzen, um damit eine zusätzliche Absicherung für den Realitätsgehalt der Auskünfte zu besitzen. Die inhaltlich übereinstimmenden Ergebnisse von Tests mit unterschiedlichem theoretischen Hintergrund sowie die kasuistischen Aussagen der Eltern und LKG-Spalträger selbst liefern jedoch eine Reihe von sicheren Anhaltspunkten dafür, daß sich bei LKG-Spalträgern die verbalisierten (vielleicht phantasierten) Verhaltensbeschreibungen relativ einheitlich und konsequent auch in realem, praktiziertem Verhalten niedergeschlagen haben.

Daß diese Reaktions- und Verhaltensmuster und damit die inter- sowie intrapersonalen Konflikte relativ stabil und von langer zeitlicher Dauer sein können (und wahrscheinlich auch sind), belegen in eindrucksvoller Weise die Forschungsarbeiten von *Sergl* (1973) sowie *Sergl* und *Schmid* (1972 und 1973). Danach erlebten sich erwachsene LKG-Spalträger zwar einerseits – in autostereotyper Bestätigung von Heterostereotypen – als häßlich und gehemmt, hielten sich aber andererseits für besonders freundlich, friedlich, aufrichtig, eher temperamentvoll und weniger ernst (vgl. 2.2).

Erwachsene LKG-Spalträger scheinen damit den bei 8- bis 10- und 12- bis 14-jährigen anzutreffenden Anpassungsmechanismus beizubehalten (vgl. auch *Härle* et al. 1971). *Sergl* und *Schmid* (1973, S. 201) gewannen den Eindruck, daß „sich die Mitmenschen durch Freundlichkeit zu verpflichten, . . . hier die bevorzugte Art der Auseinandersetzung mit der Umwelt“ zu sein scheint.

LKG-Spalträger sind als vermeintlich „Leichtbehinderte“ in wichtigen Dimensionen ihrer Persönlichkeitsentwicklung gefährdet. Mit fortschreitendem Alter messen sie sich als ästhetisch beeinträchtigte Minderheit offensichtlich in zunehmendem Maße an der Majorität der im Gesichtsbereich gesellschaftlichen Normen entsprechenden Individuen, und es besteht darüber hinaus begründete Veranlassung, anzunehmen, daß sie bereits vom Tage der Geburt an dieser Normierung durch ihre Umwelt ausgesetzt werden. Die

Deformität ästhetischer Merkmale und der damit soziogen vorgeprägte spezifische Verlauf frühkindlicher Entwicklung ebenso wie die zunehmend stärker werdende Übernahme kollektiver Normen und Stereotypen sind es demnach in erster Linie, die die Bedingungen für eine Deformierung der Persönlichkeitsstruktur der LKG-Spalträger schaffen.

6. Ausblick und Schlußfolgerung

Die eingangs gestellte Frage nach der Effizienz gegenwärtig praktizierter rehabilitativer Maßnahmen bei LKG-Spalträgern muß unter differenzierter Betrachtung der Sozialisation und Personalisation hinsichtlich der Bewältigung sozialer und affektiver Probleme überwiegend negativ beantwortet werden.

Es genügt offenbar nicht, die Bemühungen auf medizinische Maßnahmen zu begrenzen und durch logopädische zu ergänzen. (Mit diesen kritischen Anmerkungen will der Verfasser auf keinen Fall die hervorragenden Leistungen auf diesen Gebieten herabwürdigen.)

Es sollte auch nicht länger statthaft sein, die Aufgaben wahrhaft existentiellen Zuschnitts mit u. a. sozialpädagogischer, (sozial-)psychologischer bzw. psychagogischer Akzentuierung in „Stellvertreter-Funktion“ dem Arzt und/oder dem Sprachheilpädagogen (Phonetiker, Logopäden) zu übertragen, es sei denn, diese besäßen die notwendige umfassende Qualifikation.

Die genannten Probleme stellvertretend einer adäquaten Lösung zuführen zu wollen, bedeutet fast immer Überforderung der jeweiligen Personen und damit zugleich Reduzierung des therapeutischen Angebots auf einen Minimal-katalog, als dessen Abbild die hier gewonnenen Ergebnisse wohl zu gelten haben.

Neben der inhaltlichen Ausweitung therapeutischer Bemühungen, die gleichzeitig auch personelle Konsequenzen erforderlich macht, muß eine solche des verlängerten zeitlichen Engagements stehen. Es ist notwendig, die Rehabilitation des LKG-Spalträgers stärker als einen Prozeß zu begreifen, der von der Geburt bis ins Erwachsenenalter hinein währt (vgl. *Bethmann* und *Mühler* 1967) und nach verschiedenen eigenverantwortlichen Zuständigkeiten verlangt. Aus dieser Sicht haftet der häufig zitierten Sentenz *Ernsts*, das Kapitel Gaumenspalte müsse für das Kind mit dem Schuleintritt erledigt sein, eine – die gegenwärtige Situation allerdings ungewollt charakterisierende – gefahrvolle Fehleinschätzung an. Unter Bedacht auf sehr ernste psychosoziale Probleme, die sich besonders an die ästhetischen Defizite von LKG-Spalträgern knüpfen und eingedenk der Altersabhängigkeit dieses Faktors, kann man diesem Bestreben eine gewisse Fahrlässigkeit oder Naivität nicht absprechen. Immerhin scheint die Aussage aber ihre Wirkung noch nicht gänzlich verloren zu haben und manchen an der Rehabilitation Beteiligten zum Selbstbetrug zu veranlassen, ihr voll entsprechen zu wollen. (Die der Forderung *Ernsts* entgegenstehenden medizinischen – besonders kieferorthopädischen – Probleme wurden von *v. Hinüber* (1964) eindrucksvoll dargestellt; vgl. auch *Herfert* 1953).

Die Problemkreise der inhaltlichen und zeitlichen Ausweitung therapeu-

tischen Bemühens fordern mit personellen zugleich auch strukturelle Überlegungen des Zusammenwirkens der Beteiligten heraus.

Da einerseits das Naturell des Verfassers utopischen Neigungen nicht sonderlich zugetan ist und andererseits diesem auch aus Gründen eines begrenzten eigenen Erfahrungsschatzes Zurückhaltung geboten scheint, sollte hier und zu diesem Zeitpunkt kein fertiges Rehabilitationsmodell abverlangt werden, das vorgibt, die angegebenen Faktoren auch genügend zu berücksichtigen. Immerhin meint der Verfasser, diesem Dilemma an dieser Stelle dadurch entgehen zu können, daß er neben dem Hinweis auf das bereits Dargestellte in diesem Zusammenhang seine grundsätzliche Sympathie gegenüber dem von *Schönberger* (1974) in Abkehr von einem Stufenmodell skizzierten Sektorenmodell als Möglichkeit interdisziplinärer Kooperation nicht verhehlt. Inwieweit diese Vorschläge allerdings unter Berücksichtigung des Selbstverständnisses und der zuweilen erkennbaren intoleranten Abgrenzungsbemühungen einzelner Fachvertreter Realitätssinn offenbaren, muß zur Beantwortung der praktischen Erfahrung anheimgestellt werden.

Verbesserungen und erst recht Reformen auf dem Gebiet der Rehabilitation der LKG-Spaltträger sind schließlich auch materiellen und finanziellen Bedingungen unterworfen. Die gegenwärtige finanzielle Lage schafft einen restriktiven Bedingungsrahmen, der die Planung und Ausformulierung gezielter Reformmodelle erheblich begrenzt und Initiativen lähmt.

Im Interesse der als notwendig erachteten Aufgabe umfassender Rehabilitation der LKG-Spaltträger, wozu nicht zuletzt auch die Beachtung einer notwendigen gesellschaftspolitischen Dimension dieser Aufgabenstellung gehört, sind resignative Verhaltensweisen jedoch unangebracht. Es wird vielmehr der beharrlichen sonderpädagogischen Propaganda auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen obliegen, Vorurteile gegenüber Behinderten im allgemeinen und gegenüber ästhetisch Beeinträchtigten im besonderen abzubauen.

Der vorliegende Beitrag enthält über die spezielle Thematik der Rehabilitation von LKG-Spaltträgern hinaus letztlich einen wichtigen wissenschaftstheoretischen Bezug zum Selbstverständnis der Sonderpädagogik. Am Beispiel der LKG-Spaltträger, die außer sprach- auch körperbehinderten- und sozial-pädagogisch-/psychologischer Bemühungen bedürfen, sollte deutlich werden, „daß mehrfache Behinderung eine grundlegende Erscheinung jeder Behinderung, also eher die Regel als die Ausnahme ist“ und diese Erkenntnis dann „selbstverständlich eine Veränderung der Konzeption der Sondererziehung zur Folge haben“ muß (*Solarová* 1972a, S. 5). Für die Sonderpädagogik stellt sich damit erneut und in geradezu exemplarischer Weise die Aufgabe, von der Fiktion der Einfach-Behinderung (vgl. auch v. *Bracken* 1972; *Solarová* 1972a und 1972b) und von eindimensionalen therapeutischen Konzepten abzugehen. Es sollte an der Zeit sein, daß sich das Mitte der sechziger Jahre erkannte allgemein-behindertenpädagogische Problem der Mehrfachbehinderungen und die inzwischen hinlänglich präzisiertere „Theorie der Mehrfachbehinderung“ (vgl. u. a. *Solarová* 1971 sowie 1972a und 1972b) auch in der Praxis der Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland entsprechend auswirken.

7. Literatur

- Albert-Joppich, E. und Schilling, F.:* Probleme leichter Mehrfachbehinderungen im Kindesalter. Berlin (Marhold) 1972
- Arnold, G. E.:* Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. Wien (Springer) 1959, 2. Aufl.
- Barker, R. G.:* Adjustment to physical handicap and illness. New York (Social Science Research Council) 1953
- Bärsch, W.:* Das behinderte Kind hat besondere persönliche Probleme. In: *Heckel, G.* et al. (Hrsg.): Das behinderte Kind in Schule und Gesellschaft. Braunschweig (Westermann) 1968, 28–36
- Bauer, H.:* Symptomatik und phoniatische Therapie der Gaumenspalten Sprache unter besonderer Berücksichtigung neuerer Erkenntnisse. *Folia phoniat.* 24 (1972) 387–399
- Becker, K. P. und Sovák, M.:* Lehrbuch der Logopädie. Berlin (Volk und Gesundheit) 1971
- Bethmann, W. und Mühler, G.:* Die Mitarbeit der Logopäden bei der Rehabilitation von Spaltträgern. *Die Sonderschule* 12 (1967) 4, 220–227
- Billig, A. L.:* A psychological appraisal of cleft palate patients. *Proc. Fenn. Acad. Sci.* 25 (1951) 29–32
- Bönner, K. H.:* Soziologie und Sozialpsychologie des behinderten Kindes. In: *Jussen, H.* (Hrsg.): Handbuch der Heilpädagogik in Schule und Jugendhilfe. München (Kösel) 1967, 435–450
- v. *Bracken, H.:* Mehrfachbehinderungen als heilpädagogische Aufgabe. In: *Solarová, S.* (Hrsg.): Mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche. Berlin (Marhold) 1972, 10–40
- v. *Bracken, H.:* Vorurteile gegen behinderte Kinder, ihre Familien und Schulen. Berlin (Marhold) 1976
- Buggle, F. und Baumgärtel, F.:* Hamburger Neurotizismus- und Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche. HANES, KJ. Handanweisung. Göttingen (Hogrefe) 1972
- Bundessozialhilfegesetz (BSHG) vom 30. 6. 1961 in der Fassung vom 18. 9. 1969 (Bundesgesetzblatt I S. 1688), siehe: *Gottschick, H. und Giese, D.*
- Castaneda, A., McCandless, B. R. und Palermo, D. S.:* The children's form of the manifest anxiety scale. *Child Development* 1956, 317–326
- Clauß, G. und Ebner, H.:* Grundlagen der Statistik für Psychologen, Pädagogen und Soziologen. Frankfurt/Zürich (Deutsch) 1971
- Clifford, E.:* Connotative meaning of concepts related to cleft lip and palate. *Cleft Palate J.* 4 (1967) 2, 165–173
- Danzer, C.:* Über die Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern mit Spalten der Lippe, des Kiefers und des Gaumens. Diss. Marburg 1969
- van Denmark, D. R. und van Denmark, A.:* Speech and socio-vocational aspects of individuals with cleft palate. *Cleft Palate J.* 7 (1970) 1, 284–299
- Dollard, J., Doob, L. W., Miller, N. E., Mowrer, O. H. und Sears, R. S.:* Frustration und Aggression. Weinheim/Berlin/Basel (Beltz) 1970
- Duhm, E.:* Die Reaktionen von Problemkindern im Rosenzweig-Picture-Frustration-Test. *Psychol. Rundschau* Bd. X (1959) 283–291
- Duhm, E. und Hansen, J.:* Der Rosenzweig P-F Test. Form für Kinder. Handanweisung. Göttingen (Hogrefe) 1957
- Fues, C.-P.:* Der Spaltpatient in seiner Umwelt. Diss. Marburg 1971
- Gabka, J.:* Hasenscharten und Wolfsrachen. Entstehung, Behandlung und Operationsverfahren. Berlin (de Gruyter) 1964, 2. Aufl.

- Gluck, M. R., Wylie, H. L., McWilliams, B. J. und Conkwright, E. A.: Comparison of clinical characteristics of children with cleft palates and children in a child guidance clinic. *Perceptual and motor skills* 21 (1965) 806 ff.
- Goffman, E.: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt (Suhrkamp) 1970
- Goodstein, L. D.: Psychological aspects of cleft palate. In: *Spietersbach, D. C. und Sherman, D.* (Hrsg.): *Cleft Palate and Communication*. New York 1968, 201–224
- Gottschick, H. und Giese, D.: Das Bundessozialhilfegesetz. Kommentar. Köln (Heymanns) 1970, 4. Aufl.
- Härle, F., Holm, C., Hartmann, H., Jungst, B. und Polpathapee, S.: Die phasenspezifische Entwicklung der kindlichen Sprache aus chirurgischer und psychologischer Sicht, dargestellt an Spaltträgern. *Z. Laryng. Rhinol. Otol.* 50 (1971) 4, 243–249
- Hartmann, H., Mößner, U. und Härle, F.: Zur Frage der Intelligenz und sozialen Entwicklung von Kindern mit Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 21 (1972) 1, 1–10
- Haym, J.: Der Zeitpunkt der Gaumenplastik. In: *Schuchardt, K.* et al. (Hrsg.): *Fortschr. Kiefer- u. Gesichts-Chir.* Bd. I Stuttgart (Thieme) 1955, 59–60
- Herfert, O.: Der optimale Zeitpunkt für die Operation der Gaumenspalten. *Dtsch. Zahn-, Mund- u. Kieferheilk.* Bd. 17 (1953) 7/8, 145–166
- v. Hinüber, E.: Die Kieferbildung nach der primären Veloplastik. Diss. Marburg 1964
- Juergens, H. W.: Die soziale Schichtung als Problem der sozialanthropologischen Methodik. *Z. Morphol. Anthropol.* 49 (1958) 1, 115–125
- Knura, G.: Einige Besonderheiten des schulischen Verhaltens sprachbehinderter Kinder. *Die Sprachheilarbeit* 16 (1971) 4, 111–123
- Knura, G.: Sprachstörung als Lernstörung – Hemmnisse in der Schullaufbahn sprachbehinderter Kinder. *Die Sprachheilarbeit* 18 (1973) 5, 129–138
- Knura, G.: Sprachbehinderte und ihre sonderpädagogische Rehabilitation. In: *Deutscher Bildungsrat. Gutachten und Studien der Bildungskommission.* Bd. 35. Stuttgart (Klett) 1974, 103–198
- Koberg, W.: System der Rehabilitation von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten. Opladen (Westdeutscher Verlag) 1971
- Lukowski, D.: Untersuchungen zur Frage von Psychomen bei längere Zeit hindurch stationär behandelten orthopädisch erkrankten Kindern. *Heilpäd. Forschung* Bd. IV (1972/73) 2, 199–235
- Mootz, I. M.: Spaltbildungen des Gesichts in zahlenmäßiger Auswertung. Diss. Marburg 1970
- Mühler, G.: Die chirurgische Behandlung der angeborenen Gaumenspalten. *Die Sonderschule* 11 (1966) 4, 221–227
- Richardson, St. A., Goodman, N., Hastorf, A. H. und Dornbusch, S. M.: Kulturelle Übereinstimmung in der Reaktion auf Körperbehinderungen. In: *Mitscherlich, A.* et al. (Hrsg.): *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*. Köln/Berlin (Kiepenheuer u. Witsch) 1970, 3. Aufl., 234–242
- Rosenthal, W.: Der entstellte Mensch und seine Psyche. *Österr. Zeitschr. f. Stomat.* 58 (1961) 1/2, 8–12
- Schmeichel, M.: Der Behinderte in der Gesellschaft. Die Einstellung zu Behinderten unter besonderer Berücksichtigung der Körperbehinderung. In: *Möckel, A.* (Hrsg.): *Sonderschule im Wandel*. Neuburgweier/Karlsruhe (Schindele) 1971, 49–66
- Schmid, F.: Chirurgische und sozialpädiatrische Gesichtspunkte zur Therapie der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte. *Z. f. Kinderchir.* Bd. 15 (1974) 1, 9–20
- Schneider, H.: Über die sprachheilpädagogische Behandlung von Kindern mit operierten Gaumenspalten. *Z. f. Heilpäd.* 15 (1964) 10, 492–499
- Schneider, H.: Beratung und Betreuung von Kindern mit Gaumenspalten. *Der Sprachheilpädagoge* 1 (1969) 2, 68–87
- Schönberger, F.: Zur sozialpsychischen Situation des zerebral gelähmten Kindes. *Psychologie einer Entstellung*. Heilpäd. Forschung Bd. I (1964/68) 2, 163–184
- Schönberger, F.: Körperbehinderungen. Ein Gutachten zur schulischen Situation körperbehinderter Kinder und Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Deutscher Bildungsrat. Gutachten und Studien der Bildungskommission.* Bd. 35. Stuttgart (Klett) 1974, 199–279

- Schuchardt, K.*: Zur Frage des günstigsten Termins für den operativen Verschluß von Gaumenspalten. Dtsch. Zahn-, Mund- u. Kieferheilk. Bd. 20 (1954) 348–356
- Schweckendiek, W.*: Die Spaltbildungen der Lippe, des Kiefers und des Gaumens. In: *Berendes, J.* et al. (Hrsg.): Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Bd. II/Teil 1. Stuttgart (Thieme) 1963, 410–462
- Schweckendiek, W.*: Zeitpunkt und Ausführungen von Korrekturplastiken. Der Landarzt 41 (1965) 31, 1346–1352
- Schweckendiek, W.*: Spaltbildungen des Gesichts und des Kiefers. Stuttgart (Thieme) 1972
- Seeman, M.*: Sprachstörungen bei Kindern. Berlin (Volk u. Gesundheit) 1974, 4. Aufl.
- Sergl, H. G.*: Über die Persönlichkeit des Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte. In: *Schuchardt, K.* et al. (Hrsg.): Fortschr. Kiefer- u. Gesichtschir. Bd. XVI/XVII Stuttgart (Thieme) 1973, 206–209
- Sergl, H. G.* und *Schmid, F.*: Die soziale Lage der Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-spalten in Fremd- und Selbsteinschätzung. Die Rehabilitation 11 (1972) 3, 138–141
- Sergl, H. G.* und *Schmid, F.*: Der Spaltpatient und seine Umwelt – eine sozialpsychologische Untersuchung. In: *Schuchardt, K.* et al. (Hrsg.): Fortschr. Kiefer- u. Gesichtschir. Bd. XVI/XVII Stuttgart (Thieme) 1973, 200–204
- Solarová, S.*: Beitrag zu einer Theorie der Mehrfachbehinderungen. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Sprachstörung und Mehrfachbehinderung (Tagungsbericht). Hamburg (Wartenberg) 1971, 18–22
- Solarová, S.*: Einleitung zu *Solarová, S.* (Hrsg.): Mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche. Berlin (Marhold) 1972a, 5–8
- Solarová, S.*: Zur Theorie der Mehrfachbehinderungen. In: *Solarová, S.* (Hrsg.): Mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche. Berlin (Marhold) 1972b, 41–52
- Sovák, M.*: Soziale Faktoren in der Palatolalie. Wiss. Zeitschr. d. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Math.-Nat. 12 (1963) 3, 201–206
- Spiestersbach, D. C.*: An investigation of some of the psycho-social aspects of the cleft palate problem. J. dent. Res. 45 (1966) 6, 1594
- Strasser, H.*: Der Einfluß der Erziehungsumwelt auf die Entwicklung körperbehinderter Kinder. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 17 (1968) 2, 37–40
- Strasser, H., Sievert, G.* und *Munk, K.*: Das körperbehinderte Kind. Entwicklung – Erziehung – Umwelt. Berlin (Marhold) 1968
- Stutte, H.*: Körperliche Selbstwertkonflikte als Verbrechensursache bei Jugendlichen. Mschr. f. Kriminol. u. Strafrechtsref. 40 (1957) 71–86
- Stutte, H.*: Der Thersiteskomplex, ein phasenspezifischer Konfliktfaktor der Adoleszenz. A Criança Portuguesa (Lisboa) 21 (1962/63), 449–458
- Stutte, H.*: Thersites-Komplex bei Jugendlichen. Deutsches Ärzteblatt – ärztl. Mitteilungen 68 (1971) 2, 71–72
- Suttner, J.*: Zur Früherfassung und -behandlung der Gaumenspaltsprache. Die Sonderschule 12 (1967) 1, 54–57
- Teumer, J.*: Psychosoziale Probleme bei früh- und spätoperierten Schülern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte. Diss. Marburg 1975
- Thurner, F.* und *Tewes, U.*: Der Kinder-Angst-Test K-A-T. Göttingen (Hogrefe) 1972, 2. Aufl.
- Tisza, V. B.* und *Gumpertz, E.*: The parents' reaction to the birth and early care of children with cleft palate. Paediatrics 30 (1962) 86–90
- Trenschel, W.*: Sprechkündliche Beobachtungen und Erfahrungen bei der postoperativen Sprechreziehung von Gaumenspalträgern. Folia phoniat. 11 (1959) 184–207
- Wegener, H.*: Die psychologische Problematik des körperbehinderten Kindes. In: Handbuch der Psychologie. Bd. 10. Pädagogische Psychologie (Hrsg.: *Hetzer, H.*). Göttingen (Hogrefe) 1959, 435–451
- Wulff, J.*: Die Behandlung von Gaumenspaltenpatienten im Team. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Notwendigkeit und Problematik der Teamarbeit bei der Therapie von Sprachstörungen (Tagungsbericht). Berlin (Makowski u. Wilde) 1958, 57–68
- Wulff, J.*: 20 Jahre Sprachambulanz frühoperierter Spaltkinder in der Nordwestdeutschen Kieferklinik. In: Schulbehörde Hamburg (Hrsg.): Gehörlose, schwerhörige und sprachkranke Schüler in Hamburg. Hamburg 1960, 74–84

Wulff, J.: Ergebnisse und Probleme aus einer sprachlichen Nachuntersuchung von 127 Patienten mit operierten Spalten im harten und weichen Gaumen. Die Sprachheilarbeit 6 (1961) 3, 82–88

Ziltener, W.: Körperliche Behinderung und seelische Reaktion. Heilpäd. Werkblätter 29 (1960) 3, 106–116

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. phil. *Jürgen Teumer*
Fachausschuß 9 – Sonderpädagogik
Sedanstr. 19, 2000 Hamburg 13