

Psychotherapie mit gehörlosen Patient*innen

Chancen und Herausforderungen aus der Perspektive von Psychotherapeut*innen

Nele Knott & Betteke Maria van Noort

Zusammenfassung: Die befragten Psychotherapeut*innen berichteten, dass die Psychotherapie von gehörlosen Patient*innen mit und ohne Gebärdensprachdolmetschende grundsätzlich erfolgreich sein kann. Dabei ist jedoch wichtig, die Bedürfnisse, Hürden, Herausforderungen und Voreinstellungen sowohl seitens der Patient*innen als auch der Psychotherapeut*innen zu berücksichtigen und zu beachten. Hierbei kommen unterschiedliche Themen auf, wie etwa das Verständnis für die Gehörlosenkultur, die gemeinsame Gestaltung der therapeutischen Beziehung trotz sprachlicher und sozialer Barrieren sowie die Anpassung des Therapiesettings, z. B. die Platzierung der Sitze oder die Lichtverhältnisse. Insgesamt wird dringend eine höhere Bereitschaft unter approbierten Psychotherapeut*innen benötigt, mit gehörlosen Patient*innen zu arbeiten. Dies könnte unter anderem durch eine verstärkte Berücksichtigung dieses Themas in der Aus- und Weiterbildung sowie durch die Förderung von Gebärdendolmetschenden erreicht werden.

Einleitung

Schätzungsweise sind in Deutschland circa 84.400 Menschen von einer Gehörlosigkeit betroffen (*Deutscher Gehörlosen-Bund, 2019*).¹ Es existiert jedoch keine offizielle Statistik, die alle in Deutschland lebenden Personen mit einer Hörbeeinträchtigung erfasst. Auf nationaler und internationaler Ebene wird im Allgemeinen von einem Gehörlosen-Anteil von 0,1 Prozent der Gesamtbevölkerung gerechnet (*Deutscher Gehörlosen-Bund, 2019*). Das Wort „gehörlos“ wurde bereits 1830 eingeführt, dennoch wird in Deutschland häufig noch der Begriff „taubstumm“ für gehörlose Menschen verwendet (Clarke, 2016). Sprachgeschichtlich gesehen ist das Wort „stumm“ jedoch verwandt mit „dumm“ und das Wort „Taub“ mit dem Wort „doof“. Somit ist diese Bezeichnung für Personen, die sich der Gehörlosengemeinschaft zugehörig fühlen, abwertend und diskriminierend (*Cüre, 2020; Dietl & Gmeiner, 2023*) und es wird der Begriff „gehörlos“ präferiert.

Medizinische Definition von Gehörlosigkeit

Der Begriff „gehörlos“ kann aus zwei Perspektiven definiert werden: medizinisch und kulturell. Die medizinische Definition von „Gehörlosigkeit“ bezieht sich immer auf die Schwere der Ausprägung des Hörverlustes (*Fellinger et al., 2005 b*). Dabei wird der Hörverlust in Dezibel angegeben und bezieht sich auf den Verlust im besser hörenden Ohr. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1991) teilt schwerhörige Personen bezüglich ihres vorliegenden Hörverlustes in verschiedene Schweregrade ein, siehe Tabelle. Diese Einteilung ist mit eini-

gen Einschränkungen verbunden. Als größter Kritikpunkt wird von der „Global Burden of Disease Expert Group on Hearing Loss“ der fehlende Bezug zur Alltagsbeeinträchtigung mit unterschiedlichen Geräuschkulissen genannt, zudem findet die einseitige Hörbeeinträchtigung keine Berücksichtigung (*Stevens et al., 2013*).

Hörverlust in Dezibel	Grad der Hörbeeinträchtigung	Verständnis und Maßnahmen
0 dB – 25 dB	keine oder kaum Hörbeeinträchtigung	Flüstern wird verstanden.
26 dB – 40 dB	leichtgradige Hörbeeinträchtigung	Umgangssprache wird auf 1 m Abstand verstanden, ggf. Hörgerät.
41 dB – 60 dB	mittelgradige Hörbeeinträchtigung	Lautes Sprechen wird auf 1 m Abstand verstanden, Hörgerät empfohlen.
61 dB – 80 dB	hochgradige Hörbeeinträchtigung	Einige Worte werden bei lautem Schreien verstanden, Hörgerät essenziell.
81 dB und mehr	sehr hochgradige Hörbeeinträchtigung	Sprache wird auch bei maximaler Lautstärke nicht verstanden, kein Gehör.

Tabelle: Einteilung von Hörschädigungen inklusive Beispiele (angelehnt an WHO, 1991)

Aus medizinischer Sicht erfolgt zudem eine Einteilung der Gehörlosigkeit nach dem Zeitpunkt des Hörverlustes. Es wird von

¹ Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

prälingualer Gehörlosigkeit gesprochen, wenn das Hörvermögen von Geburt an oder innerhalb der ersten drei Lebensjahre verloren geht (Fellinger et al., 2005 a). Diesbezüglich können mögliche Ursachen beispielsweise eine Folge von Infektionskrankheiten, genetische Faktoren oder Krankheit der Mutter während der Schwangerschaft sein (Eckel et al., 1998; Weidenfeller, 2021). Wenn das Kind schon gehört hat, bevor die Hörschädigung eintritt, spricht man von einer *postlingualen Gehörlosigkeit* (Clarke, 2016). Ursachen hierfür können beispielsweise Infektionen, Stoffwechselerkrankungen und Schädelverletzungen sein (Clarke, 2016). Zu dieser Gruppe gehören auch Jugendliche und Erwachsene, bei denen die Gehörlosigkeit entweder langsam durch eine Erkrankung, unmittelbar durch eine Infektion, durch Unfall/Verletzung oder durch extreme Lärmexposition eintritt (Weidenfeller, 2021). Des Weiteren gibt es noch von *Altersschwerhörigkeit* betroffene Menschen. Diese fühlen sich oft nicht der Gehörlosenwelt zugehörig, da sie auch häufig nicht die Gebärdensprache beherrschen (Höcker, 2010). Insgesamt zeigt sich, wie heterogen die Gruppe der gehörlosen Personen ist (Ruhren, 2021).

Gehörlosenkultur und -gemeinschaft

Anhand des Hörverlustes lassen sich aus medizinischer Sicht Personen mit einer Hörschädigung eindeutig in die Gruppen der Schwerhörigen und in die Gruppe der Gehörlosen einteilen (Kurzenberger, 2013). Unter Berücksichtigung weiterer Aspekte stellt sich die Situation jedoch komplexer dar (Kurzenberger, 2013). Dabei wird der Begriff „Gehörlosigkeit“ von Betroffenen, die vor allem vor ihrem Spracherwerb ertaubt sind, kulturell definiert (Fellinger et al., 2005 b). Sie identifizieren sich mit der Gehörlosenkultur und -gemeinschaft und sehen ihre Hörbeeinträchtigung, anders als viele Mediziner*innen, *nicht als Defizit* an (Fellinger et al. 2005 b; Höcker, 2010). Hier spielt der Hörstatus eher eine untergeordnete Rolle und bezieht Personen mit verschiedenen stark ausgeprägten Hörbeeinträchtigungen mit ein (Kurzenberger, 2013; Fellinger et al., 2005 b). Dazu werden schwerhörige Personen, hörende Kinder von gehörlosen Eltern und Träger*innen eines Cochlea-Implantats gezählt (Martinakt & Terhorst, 2021). Im vorliegenden Artikel wird die breiter gefasste, kulturelle Definition von Gehörlosigkeit verwendet.

In der hörenden Gesellschaft bilden gehörlose Personen eine Minderheit (Zante, 2011). Zwischen Gehörlosen und anderen Minderheiten wie Rollstuhlfahrenden oder Blinden gibt es einen zentralen Unterschied, denn diese Minderheiten sind prinzipiell in sozialen und kommunikativen Situationen nicht auf andere Mitglieder der eigenen Minderheit angewiesen (Zante, 2011). Sie können aufgrund der gemeinsamen deutschen Sprache jederzeit kommunizieren, neue Bekanntschaften schließen oder sich leicht austauschen (Zante, 2011). Dies trifft für gehörlose Personen nicht zu (Zante, 2011), weshalb sie sich oft immer in den gleichen Kreisen bewegen und die Struktur der Gehörlosengemeinschaft stark der einer Dorfgemeinschaft ähnelt (Zante, 2011; Terhorst, 2021).

Aufgrund dessen, dass viele gehörlose Personen gemeinsame Sozialisierungserfahrungen gemacht haben, wie etwa der Besuch von Gehörlosenschulen und Gehörlosenvereinen – und dadurch andere als hörende Personen – entstand eine eigene Kultur (Fellinger et al., 2005 a; Martinakt & Terhorst, 2021). Diese ist durch die gemeinsam verwendete und präferierte Gebärdensprache als Art der Kommunikation charakterisiert (Fellinger et al., 2005 a; Martinakt & Terhorst, 2021). Einer der wichtigsten Aspekte der Gehörlosenkultur stellt die starke Gemeinschaftlichkeit innerhalb der Gruppe dar (Fellinger et al., 2005 b; Martinakt & Terhorst, 2021). Dadurch können ihre Mitglieder eine gemeinsame Kultur (er)leben, ohne Hindernisse kommunizieren und sich frei austauschen (Zante, 2011). Insgesamt verwenden in Deutschland circa 200.000 Menschen die Deutsche Gebärdensprache (Bundesfachstelle Barrierefreiheit, 2023).

Bedarf an Psychotherapie

Im Vergleich zur deutschsprachigen Allgemeinbevölkerung zeigt die Gruppe der gehörlosen Menschen eine deutlich höhere Prävalenzrate für psychische Störungen auf (Fellinger & Fellinger, 2015). Beispielsweise zeigte sich in einer Untersuchung von Kvam et al. (2007), dass die Gruppe der gehörlosen Menschen eine signifikant höhere Rate depressiver Symptome aufwies als die hörende Vergleichsgruppe. Eine rezentere Studie kam zu ähnlichen Ergebnissen (Cieśła et al., 2016). Dabei wiesen sowohl Proband*innen mit einer prä- als auch jene mit einer postlingualen Gehörlosigkeit eine signifikant geringere Lebensqualität sowie erhöhte Depressions- und Angstsymptome auf (Cieśła et al., 2016). Dabei stellt die Hörbeeinträchtigung selbst einen Vulnerabilitätsfaktor für mögliche psychische Erkrankungen dar (Tretbar et al., 2018).

Hierbei ist ein wichtiger zu berücksichtigender Faktor, dass ca. 90 Prozent der gehörlosen Kinder hörende Eltern haben, die vorher oft keine Berührungspunkte mit Gehörlosigkeit oder der Gehörlosenkultur hatten (Fellinger et al., 2005 a; Kurrer, 2013). Diese Eltern beherrschen meist die Gebärdensprache nicht und die Kinder verstehen die Lautsprache nicht, was anfangs zu einem erheblichen kommunikativen Defizit führen kann (Fellinger et al., 2005 a; Kurrer, 2013). Selbst wenn die Eltern die Gebärdensprache lernen, stehen diese Kompetenzen nicht sofort in ausreichendem Maße zur Verfügung (Hintermair, 2014). Eine mangelnde gemeinsame Kommunikationsbasis kann dazu führen, dass Bedürfnisse nicht mitgeteilt werden können, was die emotionale sowie kognitive Entwicklung und Sozialisation der gehörlosen Kinder negativ beeinflusst (Fellinger & Fellinger, 2015; Hintermair, 2014). Zu den familiären Kommunikationsbarrieren kommen außerhalb der Familie erlebte Barrieren hinzu (Weidenfeller, 2021). Gehörlose Menschen berichten häufig, von hörenden Arbeitskolleg*innen und hörenden Freund*innen aus Gesprächen ausgeschlossen und isoliert zu werden, was negative Gefühle verstärkt und depressive Symptome begünstigt (Sheppard, 2013).

Psychotherapeutische Versorgungslage

Auch der Zugang zu Gesundheitsdiensten, wie etwa einer psychologischen Beratung oder Psychotherapie, sind für gehörlose Menschen mit erheblichen Barrieren verbunden (Fellinger & Fellinger 2013). Das Risiko, eine falsche Diagnose im Bereich psychischer Erkrankungen zu erhalten – sowie infolge falscher Behandlungen und verlängerte Krankenhausaufenthalte –, ist laut Studienlage deutlich erhöht (Landsberger et al., 2014). Gründe dafür sind das teilweise unvollständige Wissen und die fehlende Sensitivität für die Gehörlosenkultur (Gill & Fox, 2012; Hintermair, 2007). Zum Beispiel kann aufgrund fehlender Verständigungsmöglichkeiten laut Studienlage fälschlicherweise auf eine psychotische Erkrankung geschlossen werden, wenn gehörlose Patient*innen versuchen, sich mit Laut- oder Schriftsprache zu äußern (Martinakt, 2021). Zudem besteht die Problematik, dass viele der für die Diagnostik zur Verfügung stehenden psychometrischen Testverfahren die Besonderheiten von gehörlosen Menschen nicht berücksichtigen (Martinakt, 2021; Fellinger & Fellinger, 2015). Die Testergebnisse sind dann nur eingeschränkt interpretierbar (Martinakt, 2021). Ein Lösungsansatz ist das Hinzuziehen von Gebärdensprachdolmetschenden während anamnestischer Gespräche oder klinischer Interviews (Schmidt & Metzner, 2019).

Seit 2001 haben gehörlose Deutsche Bürger*innen laut SGB IX § 78 das Recht, die Gebärdensprache bei ärztlichen Besuchen aller Art, darunter fallen auch psychotherapeutische Behandlungen, zu verwenden oder eine Kostenrückerstattung durch die Krankenkassen zu bekommen (SGB I § 17 Abs. 2), wenn sie dabei auf Gebärdensprachdolmetschende angewiesen sind (Haase, 2001). Hierbei kann es sich auch um Bezugspersonenstunden mit gehörlosen Elternteilen handeln, die im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung von hörenden Kindern und Jugendlichen stattfinden (SGB IX § 78 Abs. 3). Es ist zu empfehlen, dass die Versicherten diese Assistenzleistung in Form einer Gebärdensprachdolmetschenden selbst in Auftrag geben.

Die psychotherapeutische Versorgungslage von gehörlosen Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist in Deutschland flächendeckend nicht zufriedenstellen. So sind dem Deutschen Gehörlosen-Bund (2024) bundesweit nur 45 ambulant tätige Kolleg*innen bekannt, die Psychotherapie für gehörlose Menschen anbieten. Dabei handelt es sich um eine heterogene Behandler*innengruppe von Personen mit oder ohne eigene Kenntnisse der deutschen Gebärdensprache oder lautsprachbegleitenden Gebärden, die teilweise mit Gebärdensprachdolmetschenden arbeiten.

Qualitative Befragung

Es stellt sich die Frage, warum die Anzahl öffentlich gelisteter und ambulant tätiger Psychotherapeut*innen, die Psychotherapie für Menschen mit Gehörlosigkeit anbieten, so gering scheint. Das Ziel unserer Studie war es, Erkenntnisse über

das ambulante Setting mit gehörlosen Patient*innen zu gewinnen. Diese sollten dazu beitragen, Chancen und Herausforderungen aus Sicht von Psychotherapeut*innen zu identifizieren und die Bereitschaft, Psychotherapie für gehörlose Menschen anzubieten, unter Kolleg*innen zu erhöhen.

Datenerhebung

Für die Datenerhebung wurde ein leitfadengestütztes Experteninterview mit Psychotherapeut*innen geführt, die Erfahrungen mit gehörlosen Patient*innen gemacht haben. Für die Identifikation dieser Kolleg*innen wurden unterschiedliche Auflistungen von ambulant tätigen Psychotherapeut*innen herangezogen. Während der Recherche wurde klar, dass zum Zeitpunkt der Datenerhebung nur eine Landespsychotherapeutenkammer (Berlin) in Deutschland eine spezielle Beauftragung für Menschen mit Behinderungen/Inklusion hat.

Insgesamt konnten 39 Psychotherapeut*innen deutschlandweit identifiziert und per Telefon oder E-Mail kontaktiert werden, siehe Abbildung 1 (S. 362). Von diesen stimmten acht Kolleg*innen einer Teilnahme zu. Die Stichprobe bestand aus vier weiblichen und drei männlichen Psychotherapeut*innen, deren durchschnittliches Alter 58,25 Jahre betrug. Eine weitere Person wollte aus Datenschutzgründen Geschlecht und Alter nicht angeben. Es handelte sich um Psychologische Psychotherapeut*innen, von denen drei Kolleg*innen die Zusatzqualifikation Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hatten. Folgende Fachkunden waren vertreten: analytische Psychotherapie (25 %), tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie (75 %) und Verhaltenstherapie (63 %); einige Kolleg*innen hatten mehrere Fachkunden.

Alle befragten Psychotherapeut*innen waren hörend. Sechs Teilnehmende (75 %) hatten Erfahrung in der Behandlung von gehörlosen Patient*innen unter Einsatz von Gebärdensprachdolmetschenden. Eine weitere Person konnte interviewt werden, die Erfahrung in der Psychotherapie mit gehörlosen Patient*innen, jedoch keine mit Gebärdensprachdolmetschenden hat (13 %). Darüber hinaus konnten Erfahrungsberichte einer weiteren Person erhoben werden, die im Rahmen von Forschung mit gehörlosen Patient*innen Kontakt hatte.

Die Interviews fanden von Juni bis August 2023 statt. Im Durchschnitt dauerten die Interviews 40 Minuten. Anschließend wurden die Einzelinterviews mittels der Software f4transkript laut dem Transkriptionssystem von Dresing und Pehl (2018) transkribiert und anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2022) analysiert.

Ergebnisse: Erfahrungen aus Sicht der Psychotherapeut*innen

Für die Analyse wurden sechs Hauptkategorien deduktiv konzipiert, während 14 Subkategorien induktiv entstanden. In Abbildung 2 ist eine Auswahl der Kategorien zu sehen, wobei die Hauptkategorien dunkelgrau und die Subkategorien hell-

grau hinterlegt sind. Es werden einige Erkenntnisse im Folgenden hervorgehoben.

Besonderheiten

In Bezug auf die aufkommenden Besonderheiten in der Psychotherapie von gehörlosen Patient*innen konnten die Subkategorien „Verwendete Sprache“ und „Therapeutisches Setting und zeitlicher Rahmen“ erarbeitet werden.

Betreffend der verwendeten Sprache äußerten die befragten Kolleg*innen, dass es für sie eine Besonderheit darstelle, nicht direkt und in der gleichen Sprache wie ihre Patient*innen kommunizieren zu können – weshalb es wichtig sei, sich mit der Gebärdensprache auseinanderzusetzen, um zu verstehen, dass diese sich zur deutschen Lautsprache unterscheidet. Beispielsweise ist ihre Syntax einfacher aufgebaut, wodurch es zu Missverständnissen kommen kann (Proband*in 4; Proband*in 8). Um Missverständnisse zu reduzieren und von den Patient*innen besser verstanden zu werden, musste zum einen die gewohnte Art zu Sprechen angepasst und eine konkrete Ausdrucksweise gewählt werden (P4; P8). Zum anderen wurde die Wichtigkeit der Rückversicherung im Gespräch genannt (P7; P8).

In Bezug auf das therapeutische und zeitliche Setting äußerten die Kolleg*innen, dass unter anderem auf die Platzierung der Sitze sowie die Lichtverhältnisse im Therapieraum zu achten sei (P4; P5). Darüber hinaus wurde darauf eingegangen, dass es bei der Gebärdensprachdolmetsch-Situation wichtig sei, dass die dolmetschende Person dicht neben dem*der Therapeut*in sitze. So könne gewährleistet werden, dass zum einen der*die Patient*in die dolmetschende Person sowie den*die Therapeut*in richtig sehe und zum anderen die Aufmerksamkeit des*der Therapeut*in bei dem*der Patient*in bleiben könne (P4; P5). „Sowas ganz Simple wie, wir sitzen uns gegenüber statt jetzt nebeneinander. Also weil es braucht einen guten Sichtkontakt, es braucht ein helles Zimmer, damit man die Mimik gut sehen kann.“ (P2)

Des Weiteren wurde berichtet, dass die Psychotherapie mit gehörlosen Patient*innen mehr Zeit in Anspruch nehme

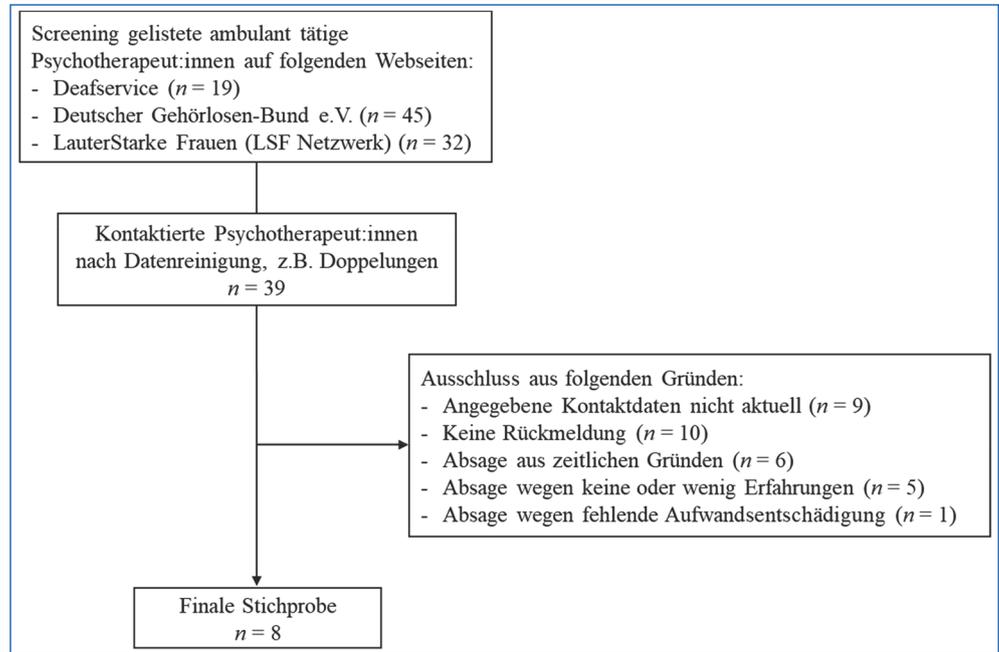


Abbildung 1: Flowchart zu den kontaktierten Psychotherapeut*innen



Abbildung 2: Kategoriensystem, entstanden aus den Interviews (n = 8)

als mit hörenden Patient*innen (P3; P5). Dabei gingen die Kolleg*innen darauf ein, dass die Kommunikationssituation sowie die sprachliche Barriere wesentliche Zeitfaktoren ausmachten. Bei der Gebärdensprache komme eine hohe Redundanz auf, um zu prüfen, ob das Kommunizierte wirklich verstanden wurde, und um die Gefahr für Missverständnisse so klein wie möglich zu halten (P7). Zudem wurde geäußert, dass oftmals mehr Psychoedukation stattfinde, da viel an Wissen bezüglich Psychotherapie, psychischer Krankheit/Gesundheit, Emotionen, Wirkmechanismen, Selbstverantwortung und der Möglichkeit, Gelerntes umzulernen, fehle (P1; P3; P4; P5; P6). „Aber es braucht wesentlich mehr Zeit. (...) Das geht bei den sogenannten vorbereitenden Sitzungen los. Also normalerweise ist da ein Erstgespräch mit drinnen und ungefähr vier probatorische Sitzungen. Da braucht man bei Gehörlosen insgesamt mindestens sieben, acht Sitzungen.“ (P7)

Therapeutische Beziehung

Im Hinblick auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung bei gehörlosen Patient*innen äußerten sechs der

Psychotherapeut*innen, dass sich diese nicht von hörenden Patient*innen unterscheidet und gut funktioniert (P1; P2; P3; P5; P6; P7). *„Das ist nicht anders als bei hörenden Patienten auch“ (P3)*

Dabei ist der Beziehungsaufbau laut den Kolleg*innen von Empathie, Freundlichkeit, Akzeptanz, Wertschätzung, Vertrauen sowie der Bereitschaft, sich als Therapeut*in zu bemühen, geprägt (P1; P2; P3; P8). Jedoch wurde von einer Person darauf hingewiesen, dass in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung bei Einsatz einer*eines Gebärdensprachdolmetschenden die Besonderheit bestehe, diese*n zusätzlich in das therapeutische Geschehen mit einzubeziehen (P8). Die Bemühung, als Psychotherapeut*in selbst Gebärdensprache zu lernen, habe einen positiven Effekt auf die therapeutische Beziehung (P2; P3; P7). Folgende drei Faktoren sollen auch einen positiven Einfluss auf die therapeutische Beziehung haben: „Wissen über die Gehörlosenwelt“, „Kompetenzen der Gebärdensprachdolmetschenden“ und „Transparenz und Selbstverantwortung“.

Psychotherapeut*innen sollten am besten ein gewisses Wissen über die Gehörlosen-Community und ihre gesellschaftliche Situation mitbringen (P1; P2). Dabei sollten sie sich nicht nur mit Gebärdensprache, sondern auch mit den Lebensumständen und der Wohnsituation von gehörlosen Menschen auseinandersetzen. So müssten die gehörlosen Patient*innen die hörenden Psychotherapeut*innen nicht, wie sonst oft üblich, über die Gehörlosenwelt aufklären, sondern die Behandelnden übernehmen selbst die Verantwortung für ihre eigene Aufklärung (P2; P5; P7). *„Was auch hilfreich ist, ist, wenn man Hintergrundwissen hat über die Gebärdensprache, taube Kultur, taube Geschichte. Wie gesagt, die Sozialisation und was da so dazugehört.“ (P2)*

Die therapeutische Beziehung wird zusätzlich positiv beeinflusst durch eine transparente Haltung und einen Fokus auf Selbstverantwortung. Durch das Offenlegen, wie und was in der Psychotherapie gemacht wird, und das häufigere Nachfragen, ob die vorgeschlagene Übung in Ordnung sei, kann eine gute Arbeitsatmosphäre geschaffen werden, da gehörlose Personen es oft erleben, von hörenden Personen bevormundet zu werden. Daher sei es ebenfalls wichtig, als Psychotherapeut*in die Eigen- und Selbstverantwortung zu stärken, damit keine Ko-Abhängigkeit zwischen Psychotherapeut*in und Patient*in entstehe (P2; P5; P6). *„Was ich bei tauben Menschen auch meistens noch wichtig finde, ist ganz besonders nochmal so diesen Aspekt der Transparenz zu betonen und der Eigenverantwortung und der eigenen Entscheidung.“ (P2)*

Voreinstellungen und Ängste

Es konnte herausgearbeitet werden, dass aufseiten der gehörlosen Patient*innen sowie aufseiten der hörenden Psychotherapeut*innen bestimmte Voreinstellungen gegenüber der Psychotherapie verbreitet sind.

Aufseiten der gehörlosen Patient*innen bestünde zum einen die Angst darin, in der eigenen Gemeinschaft stigmatisiert zu werden, wenn sie sich psychotherapeutische Hilfe suchten (P2; P3). Um der Angst vor Stigmatisierung in der Community entgegenzuwirken, hat eine teilnehmende Person erklärt, dass sie extra ihr Wartezimmer so gestaltet habe, dass sich die Patient*innen nicht sehen können, wenn eine Person fertig mit ihrer Stunde ist und die nächste schon dort wartet (P2). *„Sie sind sehr viel ängstlicher, dass in ihrer Community bekannt wird, dass sie psychisch krank sind. [...] also die Angst vor Stigmatisierung in der eigenen Community“ (P1).*

Zum anderen bestünden Vorurteilsbarrieren gegenüber den hörenden Psychotherapeut*innen, dass diese entweder die allwissenden oder die verletzenden/abweisenden Hörenden sind (P4; P6). Den Umgang mit möglichem Misstrauen oder mit Konflikten beschrieben die befragten Kolleg*innen so, dass sie diese ansprechen und ihre Patient*innen dazu ermutigen, dies ebenfalls zu tun (P2; P3; P6; P7; P8).

Aufseiten der hörenden Psychotherapeut*innen konnten Bedenken festgestellt werden, etwa eine geringere Bereitschaft, Psychotherapie für gehörlose Patient*innen anzubieten, aus Sorge, von diesen verurteilt zu werden (P2) oder aufgrund der Besonderheiten eine qualitativ schlechtere Psychotherapie zu bieten (P5). *„Und ich hatte eher Bedenken, dass das schwierig werden könnte, dass es sozusagen dazu führt, dass jemand vielleicht genervt ist oder keine Lust hat oder dass jemand vielleicht irgendwie „eh eine Hörende“ oder so denken würde.“ (P2)*

Eine interviewte Person äußerte bezüglich der Voreinstellungen von Psychotherapeut*innen ebenfalls, dass Kolleg*innen die Arbeit mit gehörlosen Patient*innen nicht aufgenommen hätten, da diese sich die Kommunikation extrem schwer vorstellten und Ängste hätten, aufkommende Konflikte oder Missverständnisse nicht auflösen zu können (P7).

Herausforderungen für Psychotherapeut*innen

Klare Herausforderungen sind der Umgang mit der Gebärdensprache und die Gesprächssituation mit gehörlosen Patient*innen und Gebärdensprachdolmetschenden (P4; P6; P7). In Zusammenhang damit wurde zudem geäußert, dass es eine Herausforderung darstelle, wenn man als Psychotherapeut*in nicht selbst Teil der Gehörlosen-Community sei und die Patient*innen dadurch das Gefühl bekämen, nicht verstanden zu werden (P8). Des Weiteren wurde berichtet, dass es eine Herausforderung darstelle, wenn die dolmetschende Person weitere Funktionen übernehmen solle oder wolle, als ausschließlich zu übersetzen, oder sie von Themen in der Psychotherapie selbst getriggert werde (P6). Darüber hinaus stelle die Problematik, dass es zu einer Verzerrung des gebärdeten Inhaltes durch die Verdolmetschung komme und Inhalte verloren gehen könnten, eine Herausforderung dar (P2). *„Weil es immer eine Verzerrung gibt durch die Persönlichkeit des Dolmetschers, ja. Gerade wenn man DGS [Deutsche Gebärdensprache] nimmt oder so. Die Geschwindigkeit*

der Gebärde drückt ja wesentlich auch Emotionalität aus und das geht ja teilweise verloren.“ (P7)

Zudem wurde es als herausfordernd erlebt, dass die Thematik, eine*n gehörlose*n Patient*in zu behandeln, während der Psychotherapeutenausbildung nicht berücksichtigt werde (P2).

Verbesserungsvorschläge für die Versorgungslage

Die Psychotherapeut*innen wurden auch nach Verbesserungsvorschlägen bezüglich der psychotherapeutischen Versorgungslage in Deutschland für gehörlose Patient*innen gefragt. Daraufhin wurde mehrfach geäußert, dass sich mehr Kolleg*innen für die Psychotherapie von gehörlosen Patient*innen sowie die Gebärdensprache interessieren müssten (P2; P3; P8). „[...] dass da einfach mehr Kollegen nachkommen, die sich für das Thema interessieren, die sich für die Sprache interessieren, die da in dem Bereich tätig werden.“ (P2)

In diesem Zusammenhang wurde berichtet, dass es ein erster Schritt wäre, mit einem*einer Gebärdensprachdolmetschenden zu arbeiten und später selbst in Gebärdensprache die Therapie durchzuführen (P2). Zudem wurde der Vorschlag geäußert, dass mehr gehörlose Personen beziehungsweise Menschen mit Gebärdensprachkenntnissen die Psychotherapeutenausbildung absolvieren sollten (P2; P6; P8).

Als weitere Verbesserungsvorschläge zur Förderung der Arbeit mit gehörlosen Patient*innen wurden geäußert: Aufnahme des Themas an der Universität/in der Psychotherapeutenausbildung; Vergabe von Sonderzulassungen; kostenlose Zulassungen und Praxisräume; eine höhere Vergütung für die Psychotherapie mit gehörlosen Patient*innen; Kostenübernahme von Gebärdensprachkursen; spezielle Weiterbildungen (auch für Klinikpersonal) sowie eine Refinanzierung der daraus resultierenden Verdienstaufschläge; ein höheres Zeitkon-

— Vor Beginn der therapeutischen Arbeit mit gehörlosen Patient*innen ist es unbedingt ratsam, sich mit der Gehörlosenkultur zu beschäftigen und sich über Themen und Lebenssituationen Gehörloser zu informieren. —

tingent in den Vorgesprächen; die Möglichkeit, eine Online-Therapie ab der ersten Sitzung anzubieten (P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7; P8). In diesem Zusammenhang wurde ebenfalls geäußert, dass es dafür wahrscheinlich notwendig wäre, Aufklärungsarbeit bei den Personen zu leisten, die die Ermächtigung haben, solche Entscheidungen zu treffen (P2).

Die befragten Kolleg*innen empfehlen interessierten Psychotherapeut*innen, sich zuerst mit der Gehörlosenkultur sowie mit der Gebärdensprache auseinanderzusetzen, bevor mit der Arbeit mit gehörlosen Patient*innen begonnen werde (P1; P2; P4; P6). Dafür könnten spezielle Tagungen besucht und/oder in Austausch mit anderen Psychotherapeut*innen gegangen

werden, die bereits Erfahrungen in der Therapie von gehörlosen Patient*innen haben (P2; P5). „Ja, ich würde sagen, es ist ganz, ganz wichtig, bevor du dich entscheidest, einen Gehörlosen zu nehmen, dass du dich mit der Gehörlosenkultur befasst.“ (P5)

Diskussion

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Psychotherapie mit einem*einer hörenden Psychotherapeut*in, einem*einer gehörlosen Patient*in und einem*einer Gebärdensprachdolmetschenden aus Sicht der befragten Psychotherapeut*innen funktionieren und wirksam sein kann. Es wurde jedoch deutlich gezeigt, dass gehörlose Menschen bei der Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie vor zahlreichen Herausforderungen stehen. Dazu gehört zu allererst, dass es in Deutschland aktuell nur sehr wenige Kolleg*innen zu geben scheint, die gehörlose Patient*innen aufnehmen. Dies scheint mit einer gewissen Berührungsangst und Unsicherheit verbunden zu sein. Dementsprechend sollte dieses Thema dringend mehr Berücksichtigung in Fort- und Weiterbildungen finden sowie in der universitären Ausbildung, damit etwaige Hemmungen unter approbierten Kolleg*innen möglichst früh und flächendeckend abgebaut werden können.

Wenn sich Kolleg*innen dafür entscheiden, mit gehörlosen Patient*innen und gegebenenfalls Gebärdensprachdolmetschenden zu arbeiten, gibt es Faktoren, die zu beachten sind. Mithilfe der qualitativen Interviews konnten Empfehlungen bezüglich dieser aufgezeigt werden. So ist es unbedingt nötig, sich vor dem Beginn der therapeutischen Arbeit mit gehörlosen Patient*innen genauer mit der Gehörlosenkultur zu beschäftigen und sich über Themen und Lebenssituationen in Zusammenhang mit Gehörlosigkeit zu informieren. Dazu gehört unter anderem, die eigene verwendete Sprache bei der Nutzung von Gebärdensprachdolmetschenden anzupassen sowie die Besonderheiten bezüglich der Entwicklung und Sozialisation gehörloser Patient*innen zu beachten. Das Sprachverständnis und die Schreib- und Lesekompetenzen der Patient*innen sind zu überprüfen. Bei der Gestaltung

des Therapiesettings ist auf Lichtverhältnisse, Möbel und Raumgestaltung zu achten. Zu berücksichtigen ist außerdem, welche weiteren Einflussfaktoren auf die therapeutische Beziehung wirken, vor allem bei der Nutzung von Gebärdensprachdolmetschenden. Es gibt viele Besonderheiten in dieser Triade, die einen Einfluss auf das therapeutische Geschehen haben können (Morina, Maier & Schmid, 2009).

Des Weiteren wäre es von Vorteil, die Deutschen Gebärdensprache (DGS) als Psychotherapeut*in selbst zu lernen. Dadurch ist es zum einen besser einzuschätzen, ob das Gesagte und Kommunizierte richtig durch die*den Dolmetschende*n übersetzt wurde. Zum anderen könnte im Laufe der Zeit komplett

auf eine*n Dolmetschende*n verzichtet und damit vermieden werden, dass durch die zweifache Übersetzung Informationen im therapeutischen Prozess verloren gehen. Auch Glickman und Harvey (1996) äußerten die Empfehlung, dass Fachkräfte ein umfassendes kulturelles Wissen über die gehörlose Welt sowie die Kompetenz der Gebärdensprache besitzen sollten, wenn die therapeutische Arbeit erfolgreich sein soll. Sie verwiesen darauf, dass der Erwerb dieser interkulturellen Kompetenz als ein Prozess und nicht als ein gegebener Zustand anzusehen sei (Glickman und Harvey, 1996). Deutschlandweit gibt es viele Angebote und Anlaufstellen für den Erwerb der DGS, unter anderem auch im Online-Setting. Erste Informationen stehen bei der Bundesfachstelle Barrierefreiheit (2023) zur Verfügung.

Eine weitere genannte Empfehlung in den Interviews war die Teilnahme an spezielle Tagungen, wie etwa von der mhDeaf (Mental Health & Deafness Bundesverband der psychologisch und psychotherapeutisch arbeitenden und forschenden Fachkräfte im Bereich tauber und hörbehinderter Menschen e.V.) organisiert, um sich über die Arbeit mit gehörlosen Patient*innen zu informieren und sich mit anderen erfahrenen Psychotherapeut*innen zu vernetzen (Martinkat, 2021; Ruhren, 2017). Eine aktive Aufklärung mittels Fachliteratur und spezieller Tagungen sowie durch den Austausch mit erfahrenen Kolleg*innen ermöglicht es, einen Einblick in die Arbeit mit gehörlosen Patient*innen zu erhalten. Dies bietet den Vorteil, dass mögliche offen gebliebene Fragen oder Sorgen der unerfahrenen Psychotherapeut*innen verringert oder klargestellt werden können. Insgesamt wäre das Ziel, dass gehörlose Personen in Deutschland bezüglich der Inanspruchnahme einer ambulanten Psychotherapie zukünftig mit weniger Herausforderungen und Hürden konfrontiert sind. Die Arbeit mit gehörlosen Menschen bietet viele Chancen für approbierte, ambulant und auch stationär tätige Kolleg*innen.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Bundesfachstelle Barrierefreiheit (2023). Gebärdensprache. Knappschaft Bahn See. Verfügbar unter: www.bundesfachstelle-barrierefreiheit.de/DE/Fachwissen/Information-und-Kommunikation/Gebaerdensprache/gebaerdensprache_node.html [10.09.2024].

Cüre, E. (2020). Erfahrungen gehörloser Patienten im ambulanten Gesundheitssystem: eine qualitative Befragung von Gehörlosen und Gebärdensprachdolmetschern [Dissertation]. Digitale Bibliothek Thüringen: Friedrich Schiller-Universität.

Deutscher Gehörlosen-Bund (2019). Der Deutsche Gehörlosen-Bund nimmt Stellung zu den Zahlen der Schwerbehindertenstatistik. Verfügbar unter: https://dglb.de/wp-content/uploads/2024/01/dgb_06_2019_Stellungnahme.pdf [10.09.2024].

Dietl, D. G. & Gmeiner, M. L. (2023). Politisch Korrekt: Gehörlos – nicht taubstumm! HANDlaut-Arbeitsgemeinschaft der Gebärdensprachdolmetscherinnen in Vorarlberg. Verfügbar unter: www.handlaut.at/gehoerlos/taubstumm.php [10.09.2024].

Fellinger, J., Holzinger, D., Schoberberger, R. & Lenz, G. (2005). Psychosoziale Merkmale bei Gehörlosen: Daten aus einer Spezialambulanz für Gehörlose. Der Nervenarzt, 76 (1), 43–51.

Höcker, J. T. (2010). Sozialmedizinische Aspekte der medizinischen Versorgung gehörloser Menschen in Deutschland [Dissertation]. Mainz: Johannes Gutenberg-Universität.

Kurzenberger, E. J. (2013). Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Hörschädigung zu psychologischer, psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung in Baden-Württemberg. Badischer Wohlfahrtsverband für Hörschädigte. Verfügbar unter: www.prokom-bw.de/wp-content/uploads/bwh-psy-studie.pdf [10.09.2024].

Martinkat, N. & Terhorst, S. (2021). Geschichte und aktuelle sozialpolitische Situation tauber Menschen und der Gebärdensprache. In N. Martinakt & S. Terhorst (Hrsg.), Psychotherapie in Gebärdensprache (S. 23–48). Gießen: Psychosozial.

Ruhren, S. (2021). Einfluss der eigenen Hörschädigung auf die therapeutische Arbeit mit tauben Menschen. In N. Martinakt & S. Terhorst (Hrsg.), Psychotherapie in Gebärdensprache (S. 265–294). Gießen: Psychosozial.

Stevens, G., Flaxman, S., Brunskill, E., Mascarenhas, M., Mathers, C. D., Finucane, M.; Global Burden of Disease Hearing Loss Expert Group (2013). Global and regional hearing impairment prevalence: an analysis of 42 studies in 29 countries. European Journal of Public Health, 23 (1), 146–152.

Terhorst, S. (2021). Psychotherapeutische Arbeit hörender Therapeut*innen mit tauben Menschen. In N. Martinakt & S. Terhorst (Hrsg.), Psychotherapie in Gebärdensprache (S. 241–264). Gießen: Psychosozial.

Weidenfeller, S. (2021). Psychosoziale Belastungen im Zusammenhang mit Hörbehinderung und Gehörlosigkeit. In N. Martinakt & S. Terhorst (Hrsg.), Psychotherapie in Gebärdensprache (S. 91–106). Gießen: Psychosozial.



Nele Knott

M. Sc. Nele Knott beendete 2023 erfolgreich ihr Studium der klinischen Psychologie und befindet sich aktuell in der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin. Sie ist seit April 2024 als leitende Psychologin im neuen Angebot der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) für Kinder und Jugendliche im Helios Park-Klinikum in Leipzig tätig.



Prof. Dr. Betteke Maria van Noort

Korrespondenzadresse:

Medical School Berlin
Rüdesheimer Str. 50
14197 Berlin
betteke.van-noort@medicalschooll-berlin.de

Prof. Dr. phil. Betteke Maria van Noort ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Professorin für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Ihre Forschungsschwerpunkte sind unter anderem die Folgen von und der Umgang mit Viktimisierungserfahrungen, Sexualität in der Adoleszenz sowie Interventionsforschung. Prof. van Noort ist seit fünf Jahren in der Aus- und Weiterbildung für Psychotherapeut*innen tätig und darüber hinaus seit über sieben Jahren berufspolitisch aktiv.