

Zur Rolle/Position einer hörenden Psychotherapeutin und Psychologin

Notwendige Voraussetzungen in der psychotherapeutischen Behandlung gehörloser Menschen

VON LIV ZASLAWSKI

224 DZ 106 17

Das Thema „Psychotherapeutische und psychologische Betreuung gehörloser und schwerhöriger Menschen“ ist bis dato besonders im deutschsprachigen Raum stiefmütterlich behandelt worden (Zaslowski 2011). Vermehrt wurde die psychische Gesundheit dieser Personengruppe anhand klinischer Populationen beleuchtet, wobei Diagnoseinstrumente eingesetzt wurden, die für hörende Menschen gängig sind (vgl. Fellingner et al. 2005; Hintermair 2005). Doch wesentlich für eine effiziente Behandlung hörbeeinträchtigter Menschen in psychischen Belastungssituationen sind die Kompetenzen auf Seiten der PsychotherapeutInnen, die zumeist hörend sind. Daher versucht dieser Artikel anhand von Erfahrungsberichten und einer Verknüpfung mit der bisher vorhandenen Literatur einen Beitrag zur wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Rolle hörender PsychotherapeutInnen in der Behandlung hörbeeinträchtigter und gehörloser Menschen zu leisten. Im weiteren Verlauf werden Beispiele der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung im klinischen Bereich vorgestellt. Im Hauptfokus stehen die Fähigkeiten einer hörenden Psychotherapeutin (PsychologInnen sind in diesem Artikel allerdings mitgemeint). Insbesondere die Aspekte „eigene Einstellung zur Gehörlosigkeit/transkulturelles Arbeiten“, „Reflexion der eigenen Rolle“, „Sprachkompetenz“ und „Einhaltung ethischer Grundprinzipien in Bezug auf eine Doppelrolle (Psychotherapeutin und Gebärdensprachdolmetscherin oder Sozialarbeiterin etc.)“ sind von Bedeutung für eine professionelle psychotherapeutische Begleitung tauber Menschen.

1. Transkulturelles Arbeiten: „Gehörlosenkultur“ – was ist damit gemeint?

Während eines Gebärdensprachkurses dürften wohl die meisten hörenden KursteilnehmerInnen erstmals etwas über die viel zitierte Gehörlosenkultur erfahren. Durch weitere Beschäftigung mit dieser Minderheitenkultur ist einem zwar theoretisch klar, dass Unterschiede zwischen den Kulturen gehörloser und hörender Menschen bestehen und hierzu gibt es auch eine Vielzahl an guten Abhandlungen (Ladd 2008), aber ein wirkliches Verständnis und emotionales Begreifen der Gehörlosenkultur ist ein äußerst herausfordernder Prozess, der entsprechend viel Zeit in Anspruch nimmt.

Als geprüfte Gebärdensprachdolmetscherin einerseits sowie als Psychologin und Psychotherapeutin andererseits hatte ich die Gelegenheit, sowohl im therapeutischen Setting als auch im Rahmen verschiedenster Veranstaltungen unzählige Gespräche mit tauben und schwerhörigen Menschen zu führen. Und trotzdem habe auch ich nur einen kleinen Einblick in die Gehörlosenkultur erhalten. Denn mit jeder weiteren Erfahrung wird mir eines deutlicher: Es wird mir nie vollständig möglich sein, diese Kultur emotional und kognitiv zu erfassen – denn ich bin hörend!

Psychotherapeutische Behandlung ist notwendigerweise von den Vorannahmen und Einstellungen der beteiligten Personen zur Psychotherapie geprägt, was besonders dann zu beachten ist, wenn TherapeutInnen und KlientInnen einen unterschiedlichen kulturellen Hintergrund haben. Das Bewusstwerden und das Verständnis von Seiten der Therapeu-

tin/des Therapeuten – und nicht die Pathologisierung! – sind notwendig, um die Ungleichheit zwischen sich selbst und der Klientin/dem Klienten darzustellen (Fernando 2005, 80).

Besteht die Möglichkeit, mit gehörlosen TherapeutInnen zu arbeiten, wählen die meisten KlientInnen mit einer Hörbeeinträchtigung im angloamerikanischen (!) Raum diesen Weg. Bewusst oder unbewusst wählen sie eine Person aus, die möglicherweise ihre erwünschte Einstellung zur Gehörlosigkeit repräsentiert. Auch wenn die Grundannahme zum Thema (Wissen über die Gehörlosenkultur, Gehörlosengeschichte, Gehörlosenidentität) KlientInnen und TherapeutInnen verbinden kann, so ist es dennoch wichtig zu beachten, dass beide Personen trotzdem unterschiedliche Einstellungen und Erwartungen in Bezug auf das Gehörlossein haben können (Harvey 2003).

Einige gehörlose KlientInnen werden auch bewusst oder unbewusst hörende TherapeutInnen auswählen. In diesem Zusammenhang ist es für eine effektive Behandlung vonnöten, dass die behandelnde Person sich mit den eigenen Einstellungen zur Gehörlosigkeit und den Motiven ihrer Arbeit mit gehörlosen Menschen gründlich auseinandergesetzt hat. Manchmal kann die Situation eintreten, dass hörende Menschen Angst vor Gehörlosigkeit und gehörlosen Menschen haben und dies wiederum beeinflusst in erheblichem Maß ihr Verhalten und kann in weiterer Folge zu Introjektion eines Angstgefühls aufseiten der gehörlosen KlientInnen führen (Corker 1995).

Fallvignette: Herr W. (22, gehörlos) kommt aufgrund zunehmend aggressiver werdenden Verhaltens gegenüber

anderen gehörlosen KollegInnen zur psychotherapeutischen Behandlung. Er hat kaum Kontakt zur Gehörlosengemeinschaft und versteht nicht, warum gehörlose Menschen sich im Verein treffen und ihre Freizeit zusammen verbringen. Aufgewachsen ist er in einer Familie mit hörenden Mitgliedern, worauf er auch sehr stolz ist. Den Kontakt zu anderen gehörlosen Personen vermeidet er weitestgehend, weil sich diese immer sehr seltsam verhalten (primitiv, lästern über andere) und derartige Treffen häufig im Konflikt

wurden gemeinsam analysiert („An welchem Punkt hatten Sie das erste Mal den Impuls zuzuschlagen?“). Bald wurde deutlich, dass ihn ein ganz bestimmtes Verhalten gehörloser Personen wütend macht: Nämlich, wenn diese versuchen, mit ihm in Kontakt zu kommen und ihn als ihresgleichen bezeichnen. In einer solchen Situation erlebt er den starken Wunsch, sich von den anderen hörbeeinträchtigten Menschen zu unterscheiden und somit die defizitorientierte Sicht der hörenden Bevölkerung nicht zu bestätigen.

„Einige gehörlose KlientInnen werden auch bewusst oder unbewusst hörende TherapeutInnen auswählen. In diesem Zusammenhang ist es für eine effektive Behandlung vonnöten, dass die behandelnde Person sich mit den eigenen Einstellungen zur Gehörlosigkeit und den Motiven ihrer Arbeit mit gehörlosen Menschen gründlich auseinandergesetzt hat.“

enden. Meistens fühlt er sich unter der hörenden Bevölkerung viel wohler und auch Kommunikationssituationen erlebt er als durchwegs angenehm.

Anfangs war es nötig, gemeinsam mit dem Klienten eine Kommunikationsebene zu entwickeln, die seinen Wünschen entsprach. Interessanterweise (entgegen den Erwartungen der Therapeutin, die häufig die Erfahrung gemacht hat, dass Personen, die nicht der Gehörlosengemeinschaft angehören möchten, oftmals mit ihr in Lautsprache kommunizieren wollen) hatte er eine hohe Gebärdensprachkompetenz und nannte diese Sprache als die erwünschte. Seine Affektdurchbrüche im Kontakt zu anderen Gehörlosen

Somit handelte es sich beim Versuch, sich von den anderen gehörlosen Peers zu distanzieren, um eine Art Aufbau des Selbstschutzes vor Abwertung von außen.

Herr W. erzählte bei einem der folgenden Termine, dass es wieder zu einer Eskalation mit gehörlosen Gleichaltrigen gekommen war. Er war aufgrund des dummen Verhaltens Einzelner unkontrollierbar wütend geworden und daraufhin aus der Schulung entlassen worden. Diese Konsequenz hatte er nicht erwartet, denn seiner Meinung nach hätten die anderen KollegInnen ebenso nach Hause geschickt werden müssen. Zu Hause hatte er mit seiner engsten Vertrauten

versucht, über die Schwierigkeiten zu reden. Jedoch stieß er auf abwertende Äußerungen gegen gehörlose Personen, die ihn selbst auch sehr trafen.

Die Interventionen bestanden in dieser Phase hauptsächlich darin, Herrn W. mit der eigenen Einstellung zu seiner Behinderung und deren Abwertung ein Stück weit zu konfrontieren („Sie sagen, dass die meisten gehörlosen Personen primitiv sind und sich seltsam verhalten? Wie erleben Sie selbst Ihre eigene Gehörlosigkeit?“). Durch diese Fragen war es dem Klienten möglich, sich seiner eigenen Vorstellungen, aber auch der Vorurteile der Umwelt in Bezug auf Gehörlosigkeit bewusst zu werden. Auch der Ausdruck von Ärger und Trauer über die eigene Beeinträchtigung konnte in einem weiteren Schritt in der Behandlung Platz finden. Erst durch den erlebten Trauerprozess bezüglich der eigenen Gehörlosigkeit und der Verabschiedung von einem Leben als Mitglied der hörenden Welt wurde es möglich, zu dem Punkt zu gelangen, an dem eine differenzierte Wahrnehmung hörender und gehörloser Personen für Herrn W. von zentraler Bedeutung war („Kennen Sie auch nette gehörlose Personen? Kennen Sie auch primitive hörende Personen, die irgendwie unangenehm sind?“).

Das Ansprechen der Beziehung zwischen hörender Therapeutin und gehörlosem Klienten bot zudem den Boden für das Thema der Idealisierung hörender Menschen. All seine Vorstellungen über die unbegrenzten Möglichkeiten, die hörenden Menschen durch den zusätzlichen Sinn offenstehen, waren willkommen und erwünscht („Was meinen Sie, was ist für hörende Personen leichter als für Sie?“ Antwort: „Einen Arbeitsplatz zu finden, allen Gesprächen folgen zu können.“).

Die Situation, gemeinsam mit einer hörenden Person in der Erstsprache und unter kultursensiblen Bedingungen in einer vertrauensvollen Art und Weise all die Vorannahmen hörenden Personen gegenüber besprechen zu können, bot Herrn W. die Möglichkeit, eine positive Beziehungserfahrung zu erleben (eine hörende Person hat Interesse an Gehörlosenkultur und Gebärdensprache – Themen, für die ich als gehörloser Mensch Experte bin).

mit psychosomatischen Beschwerden. Sie wolle nur alle 1–2 Monate zu einem Beratungsgespräch erscheinen, da dies ihrer Meinung nach ausreichend sei.

Aufgrund ihres Informationsmangels zum Thema „Psychotherapie in der Gehörlosengemeinschaft“ war es notwendig, nochmals alle Rahmenbedingungen einer Behandlung zu erläutern und auch die Bedingung eines kontinuierlichen Pro-

„Für die Psychotherapie ist anzumerken, dass ein Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen geprägt von Vorurteilen, Misstrauen, Aggression, Wut, Verletzung im Widerspruch zu den Qualitäten der Ich-Du-Ebene (uneingeschränktes Annehmen des Gegenübers) steht. Im Zusammenhang mit gehörlosen Personen kann es aufgrund jahrelanger Erfahrung von Unterdrückung und Stigmatisierung, die Erstere erlebt haben, immer wieder zu solchen Phänomenen kommen.“

Gehörlose KlientInnen sind im Laufe ihres Lebens oftmals mit Bevormundung durch hörende Menschen konfrontiert. Ausgehend von den HelferInnensystemen im klerikalen, pädagogischen und medizinischen Bereich war die Behandlung und Begleitung direktiv bestimmend. Entsprechend dem Prinzip von Empowerment ist es demnach entscheidend, gemeinsam mit KlientInnen alle nötigen Rahmenbedingungen zu klären, ohne die Rolle der vorschreibenden hörenden Therapeutin einzunehmen.

Fallvignette: Frau L. leidet unter einer jahrelangen depressiven Erkrankung

zesses näherzubringen. Gemeinsam wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten die Rahmenbedingungen, wie z. B. psychopharmakologische Begleittherapie, Frequenz der Termine und Absageregulungen besprochen, um gemeinsam optimale Voraussetzungen für die Therapie zu schaffen. Für die Psychotherapie ist anzumerken, dass ein Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen geprägt von Vorurteilen, Misstrauen, Aggression, Wut, Verletzung im Widerspruch zu den Qualitäten der Ich-Du-Ebene (uneingeschränktes Annehmen des Gegenübers) steht. Im Zusammenhang mit gehörlosen Per-

sonen kann es aufgrund jahrelanger Erfahrung von Unterdrückung und Stigmatisierung, die Erstere erlebt haben, immer wieder zu solchen Phänomenen kommen. In jedem therapeutischen Prozess ist die Analyse dieser Ebene von zentraler Bedeutung. Dennoch sei hier betont, dass einer hörenden Therapeutin in der Arbeit mit hörbeeinträchtigten Menschen Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse unbedingt bewusst sein müssen, um einer weiteren Mikrotraumatisierung aufseiten der gehörlosen Person vorzubeugen.

Frau L. fragte im therapeutischen Prozess vermehrt nach der Meinung der hörenden Therapeutin und bat diese oft um Ratschläge und um Darstellung ihres psychologischen Wissens. Im Zuge der Gespräche kam häufig eine sehr devote Haltung gegenüber hörenden Menschen und demnach auch der Therapeutin zum Vorschein.

In der Therapie war es demnach von zentraler Bedeutung, nicht der Versuchung zu erliegen, eine belehrende und Ratschläge gebende überlegene Position einzunehmen. Stattdessen war es wichtig, in einer stützenden Art und Weise gemeinsam mit der Klientin zu überlegen, welche Erfahrungen sie in Bezug auf die Fragen, die sie stellt, hat und welche Antworten sie sich bereits selbst geben konnte. Besonders die Methode der sanften Frustration scheint im Sinne der Förderung von Selbstständigkeit wesentlich zu sein.

Für die hörende Therapeutin ist es wichtig, die gehörlose Person als Expertin/Experten ihrer/seiner Erfahrungswelt zu betrachten und sich deren Erleben der Gehörlosigkeit schildern lassen. Denn es wird der Therapeutin trotz Empathie, Kulturver-

ständnis und Sprachkenntnis niemals möglich sein zu wissen, wie es ist, gehörlos zu sein.

2. Psychische Gesundheit und psychische Beschwerden in der Gehörlosencommunity

Ein wesentlicher Aspekt effektiver Psychotherapien mit gehörlosen Personen ist das Bewusstsein über und die Arbeitserfahrung mit psychisch gesunden, ausgeglichenen gehörlosen Individuen. Durch private Kontakte innerhalb der Gehörlosengemeinschaft (gehörlose FreundInnen und Bekannte, GebärdensprachlehrerInnen), aber auch durch andere berufliche Kontexte (als GebärdensprachdolmetscherIn, SozialarbeiterIn etc.) besteht die Möglichkeit, viele psychisch unbelastete, zufriedene hörbeeinträchtigte Menschen kennenzulernen. PsychotherapeutInnen, die schon viele Jahre in der Gehörlosengemeinschaft tätig sind, sind vertraut mit den Kriterien psychischer Gesundheit der Gesamtbevölkerung und der Anwendbarkeit auf die Gehörlosenpopulation (z. B. die Problematik der nicht vorhandenen Normen für hörbeeinträchtigte Personen bei psychologischen Testverfahren). Sowohl die psychopathologische Störungslehre als auch die salutogenetische Perspektive finden Niederschlag in der psychotherapeutischen Behandlung (Sussman & Brauer 1999, 8). Denn für jede Minderheitengruppe (und eigentlich für jeden Menschen) ist es wichtig, dass von außen neben den möglichen Belastungen auch das Schöne, Besondere und Bereichernde wahrgenommen werden (Zaslowski 2017).

Der medizinisch defizitorientierte Standpunkt in Bezug auf Gehörlosig-

keit und gehörlose Personen würde die Effektivität der Psychotherapie vermutlich reduzieren. TherapeutInnen, die die Dysfunktionalität, Beeinträchtigung, Defizite und Abweichung von der Norm betonen, können zwar wichtige Ergebnisse in Bezug auf die Psychopathologie darstellen, jedoch würde es ihnen möglicherweise schwerfallen, gesunde gehörlose Menschen zu beschreiben (Sussman & Brauer 1999, 9).

TherapeutInnen müssen sich bewusst sein, dass Gehörlosigkeit die körperliche Unfähigkeit zu hören bedeutet. Erst durch die Barrieren und Hürden im gesellschaftlichen Umfeld wird eine gehörlose Person beeinträchtigt. Gehörlose Menschen sind immer wieder mit negativen Vorurteilen konfrontiert. Solch stereotype Einstellungen können einen Einfluss auf das psychologische Befinden gehörloser Menschen haben und die beeinträchtigenden Aspekte der Gehörlosigkeit werden häufig Thema der Psychotherapie sein (ebd., 10).

Im Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Verhaltensweisen und Annahmen über Gehörlosigkeit ist es notwendig, dass hörende TherapeutInnen neben dem Verständnis für gehörlose Menschen auch die stereotypen Vorstellungen zu dem Thema vermeiden und den Fokus auf die Individualität der Klientin/des Klienten legen. Hörende TherapeutInnen müssen sich des Umstands bewusst sein, dass sie selbst die Personengruppe repräsentieren, die verantwortlich ist für die negativen Einstellungen und Verhaltensweisen, die gehörlose KlientInnen erlebt haben (Harvey 2003).

Besonders erwähnenswert im Hinblick auf die folgenden Ausführungen ist, dass die Mehrheit der

gehörlosen Menschen psychisch gesund ist und diese Personen ein produktives und zufriedenes Leben führen (Lane, Hoffmeister & Bahan 1996)! Historisch betrachtet waren bis in die 1980er-Jahre insbesondere LehrerInnen, SozialarbeiterInnen und Mitglieder der Kirche als professionelle HelferInnen in der Gehörlosengemeinschaft tätig. Diese Arbeitsbeziehungen waren meist geprägt von Ratschlägen, Anweisungen, Befehlen und Ermahnungen gegenüber gehörlosen Menschen. Jahrelang waren professionelle HelferInnen für die psychische Gesundheit gehörloser Menschen zuständig und arbeiteten nach den Werten der bevormundenden Assistenz (Sussman & Brauer 1999, 3).

In den USA fand sich in den 1980er- und 1990er-Jahren eine Gruppe junger aktiver ProfessionistInnen zusammen, die selbst gehörlos waren oder reges Interesse an der Arbeit mit gehörlosen Menschen hatten. Sie begannen eine neue Ära der Betreuung in Bezug auf den Bereich der psychischen Gesundheit einzuläuten (Leigh 1991). In Österreich ist eine solche Entwicklung erst in den letzten zehn Jahren zu beobachten (Klinisch psychologische Behandlung im Rahmen der Gehörlosenambulanzen Wien, Graz und Linz).

Häufig besteht in der hörenden Bevölkerung die Auffassung, dass es große Unterschiede in der Psychotherapie mit gehörlosen und hörenden Menschen gäbe. Natürlich ist die Beachtung von Differenzen notwendig. Doch es sollte darüber hinaus nicht vergessen werden, dass wesentlich mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede vorherrschen, Erstere jedoch leider häufig minimalisiert werden. Ein Grund für diesen Zustand liegt

„Häufig besteht in der hörenden Bevölkerung die Auffassung, dass es große Unterschiede in der Psychotherapie mit gehörlosen und hörenden Menschen gäbe. Natürlich ist die Beachtung von Differenzen notwendig. Doch es sollte darüber hinaus nicht vergessen werden, dass wesentlich mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede vorherrschen, Erstere jedoch leider häufig minimalisiert werden.“

möglicherweise in der jahrhundertelangen Unterdrückung gehörloser Personen durch hörende Menschen und die dadurch entstandene Überbetonung der Unterschiedlichkeit (Fernando 2005, 79).

Der medizinisch-defizitorientierte Standpunkt in Bezug auf Gehörlosigkeit und gehörlose Personen wird die Effektivität der Psychotherapie vermutlich reduzieren. TherapeutInnen, die die Dysfunktionalität, Beeinträchtigung, Defizite und Abweichung von der Norm betonen, können zwar wichtige Ergebnisse in Bezug auf die Psychopathologie darstellen. Jedoch fällt es ihnen möglicherweise schwer, gesunde gehörlose Menschen zu beschreiben und schließlich von psychisch erkrankten, gehörlosen Personen abzugrenzen.

Das Wissen um mögliche Interventionen und entsprechendes Diagnostikmaterial und das genaue Abwägen der im jeweiligen Fall angebrachten therapeutischen Möglichkeiten liegen in der Verantwortung der TherapeutInnen. Nur sie allein verfügen über das nötige Wissen in Bezug auf die Persönlichkeitsstruktur, die Fähigkeit zur Rollenübernahme und den Support, um die geeignete Technik für die KlientInnen aus-

zuwählen. In der Psychotherapie mit gehörlosen Menschen sind hohes Wissen über die Gehörlosenkultur, sehr gute Kenntnisse der Gebärdensprache (s. Kap. 3) und der Einblick in die psychodynamischen Bedingungen einer Therapie zwischen hörender Therapeutin/hörendem Therapeuten und gehörlosen KlientInnen vonnöten, um eine effiziente Behandlung gewährleisten zu können. In diesem Zusammenhang muss einerseits spezifisches Wissen zur Störungslehre bei gehörlosen Menschen vorhanden sein und andererseits die Fähigkeit, klassische Interventionen sowohl sprachlich als auch kulturell anzupassen.

3. Sprachkompetenz hörender PsychotherapeutInnen – Gefahr der beidseitigen Überforderung

Bedingung für eine gut funktionierende Psychotherapie ist, dass PsychotherapeutInnen eine Kommunikationsform verwenden, die KlientInnen verstehen. Bei einer therapeutischen Beziehung und zwischenmenschlicher Sympathie spielt Kommunikation eine entscheidende Rolle. In Bezug auf Psychotherapie mit

gehörlosen Personen ist es demnach (ebenfalls) notwendig, als behandelnde Person dem Gegenüber die Wahl jenes Kommunikationsmodus zu überlassen, den dieses am besten versteht und durch den es sich am besten ausdrücken kann. Die TherapeutInnen ihrerseits müssen gewährleisten, selbst in der Lage zu sein, dem gewählten Kommunikationsmodus folgen zu können – unabhängig davon, ob die andere Person sich gebärdensprachlich, pantomimisch, gestisch oder lautsprachlich ausdrückt (Sussman & Brauer 1999, 7).

erforderliche Gebärdensprachkompetenz verfügen, wird es für sie sehr schwierig, KlientInnen in ihrer Zuversicht zu unterstützen, Erwartungen zum Hilfsangebot zu besprechen, eventuelle falsche Vorstellungen von Psychotherapie zu klären und die Rolle der Therapeutin/des Therapeuten zu reflektieren (ebd.).

Nur durch eine flüssige, leichtgängige Kommunikation zwischen KlientInnen und TherapeutInnen ist eine umfassende Exploration und ein Durchschreiten der einzelnen Arbeitsstadien einer Therapie ge-

mit verschlossen bleiben, erleben die betreffenden gehörlosen Personen eine nochmalige Frustration.

In vielen therapeutischen Prozessen entsteht die Situation, dass sich gehörlose KlientInnen an die eingeschränkte Gebärdensprachkompetenz der TherapeutInnen anpassen (müssen). So wird eine Belastung verursacht, die unnötigen Stress für beide Seiten bedeuten kann. In einer Therapie kann der Umstand, sich missverstanden zu fühlen, oder auch die Stresssituation des Verstehen-Wollens zu einer Demoralisierung führen. Ist die Therapeutin/der Therapeut hingegen fähig, unter Berücksichtigung des Kommunikationsmodus der gehörlosen Person mit dieser zu kommunizieren, sind die Bedingungen für Zufriedenheit und Wirksamkeit der Psychotherapie gegeben (ebd.).

Eine Vielzahl an Studien belegt, dass die Beziehung und somit die Kommunikation die wesentlichen Wirkfaktoren in der Heilung psychischer Erkrankungen sind (Lang 1990). Besonders in der psychotherapeutischen oder psychologischen Begleitung hörbeeinträchtigter und gehörloser Menschen stellt die Sprache sowohl auf KlientInnen- als auch auf PsychotherapeutInnenseite eine besondere Herausforderung dar. Diesbezüglich sind zunächst jedoch die Fähigkeiten der PsychologInnen/PsychotherapeutInnen zu reflektieren.

In meiner beruflichen Laufbahn war ich immer wieder mit unterschiedlichen Schwierigkeiten hinsichtlich der sprachlichen Fähigkeiten hörender PsychotherapeutInnen und auch PsychologInnen im Gehörlosenbereich konfrontiert. Vielfach arbeiten sie mit KlientInnen, obwohl ihre sprachlichen Fähigkeiten für eine psychologische Begleitung

„In Bezug auf Psychotherapie mit gehörlosen Personen ist es demnach (ebenfalls) notwendig, als behandelnde Person dem Gegenüber die Wahl jenes Kommunikationsmodus zu überlassen, den dieses am besten versteht und durch den es sich am besten ausdrücken kann. Die TherapeutInnen ihrerseits müssen gewährleisten, selbst in der Lage zu sein, dem gewählten Kommunikationsmodus folgen zu können [...].“

Auftretende Schwierigkeiten, misslungene Interventionen oder der Pessimismus, der oft von TherapeutInnen, die mit gehörlosen Menschen arbeiten, ausgedrückt wird, hängen sehr häufig mit der unzureichenden Gebärdensprachkompetenz oder dem Unvermögen zusammen, sich der Gebärdensprache der hilfesuchenden Person anzupassen. In weiterer Folge führt dies wiederum zu einer unangenehmen Atmosphäre, einem erhöhten Stresslevel und erhöhter Ermüdung auf beiden Seiten. Wenn TherapeutInnen nicht über die

währleistet. Sollte diese Möglichkeit nicht gegeben sein, wird es der gehörlosen Person kaum möglich sein, sich Gefühlen zu stellen, sich ihrer Schwierigkeiten bewusst zu werden und sich mit Konflikten zu konfrontieren. Viele Mitglieder der Gehörlosengemeinschaft drücken ihre innersten Gefühle und Gedanken in Gebärdensprache aus. Wenn aber – aufgrund der unzureichenden Fähigkeit der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten, in Gebärdensprache zu kommunizieren – Gefühle unausgedrückt oder nicht verstanden und da-

nicht ausreichend sind. Der Grundtenor „besser ein bisschen gebärden, als gar keine Behandlung“ ist als fragwürdig zu erachten.

In diesem Zusammenhang möchte ich einen kurzen Vergleich anstellen: Ich habe vier Jahre lang in der Schule Französisch gelernt und dennoch würde ich mir und potenziellen KlientInnen niemals zumuten, eine Psychotherapie in Französisch durchzuführen. Und hier stellt sich nun die Frage: Warum wird die Gebärdensprachkompetenz von hörenden PsychotherapeutInnen und PsychologInnen oftmals überschätzt? Einerseits ist es zumindest im deutschsprachigen Raum oftmals so, dass Stellenausschreibungen mit dem Passus „Bereitschaft, Gebärdensprache zu lernen“ vorab deutlich machen, dass sehr gute Gebärdensprachkenntnisse nicht unbedingt vorausgesetzt werden. Andererseits ist die Überprüfung der Gebärdensprachkenntnisse bei der Einstellung schwierig, da diejenigen Personen, die die Bewerbungsgespräche führen, oftmals selbst nicht über ausgezeichnete Sprachkompetenzen in diesem Bereich verfügen.

Nach all den psychotherapeutischen Prozessen mit gehörlosen Menschen, die ich begleiten durfte, ist mir eines deutlich geworden: Es braucht aufseiten der PsychologInnen/PsychotherapeutInnen eine Gebärdensprachkompetenz auf Dolmetschniveau. Besonders der Aspekt des Verstehens der sprachlichen Ausdrucksweisen unterschiedlicher gehörloser oder schwerhöriger Menschen ist wesentlich für eine zielführende, ethisch angemessene, korrekte Behandlung psychisch leidender Personen.

Sollte diese sprachliche Kompetenz aufseiten der behandelnden Personen nicht gegeben sein, wäre

nach meiner Überzeugung eine Therapie unter Einsatz von GebärdensprachdolmetscherInnen vorzuziehen! Denn nur so ist die Kommunikation aus meiner Sicht gesichert.

Nach meiner Erfahrung ist es vermutlich erforderlich, sich jahrelang mit psychisch gesunden gehörlosen Frauen und Männern zu unterhalten, um das potenzielle Repertoire an Gebärdensprachregistern, unterschiedlichen Ausprägungen in Constructed Action (CA) und die unterschiedliche Verwendung von Mundgestik

auch bewusst so sein. Doch sobald wir eine Arbeitsbeziehung mit einer gehörlosen Person eingehen, aus der klar hervorgeht, dass wir die Macht haben (LehrerInnen, DolmetscherInnen, PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen etc.) und zudem hörend sind, wird es wichtig, sich mit den jahrhundertelangen wirksamen Mechanismen des Audismus in der eigenen Rolle in der Gehörlosencommunity bewusst auseinanderzusetzen (Supervision, Austausch mit hörenden und gehörlosen ExpertInnen).

„Es braucht aufseiten der PsychologInnen/PsychotherapeutInnen eine Gebärdensprachkompetenz auf Dolmetschniveau. Besonders der Aspekt des Verstehens der sprachlichen Ausdrucksweisen unterschiedlicher gehörloser oder schwerhöriger Menschen ist wesentlich für eine zielführende, ethisch angemessene, korrekte Behandlung psychisch leidender Personen.“

(und Mimik) kennenzulernen. Hier ist es entscheidend, sich als Hörende/Hörender nicht anzumaßen, die Gebärdensprachkompetenz gehörloser oder schwerhöriger Personen einschätzen zu wollen. Denn auch in Bezug auf eine andere Fremdsprache würde ich mir nicht anmaßen, einen Native Speaker zu beurteilen und zu verbessern. Genau hier liegt die Krux an der gesamten ‚Hörend-gehörlos-Sache‘: Wir, die Hörenden, die Interesse an der Gehörlosenkultur und an Gebärdensprache haben, betonen immer wieder, dass wir nichts von Diskriminierung, Bevormundung und Stigmatisierung halten. Dies mag ja

Fallvignette: Herr D. (42, gehörlos) möchte Psychotherapie in Anspruch nehmen, da er bereits seit einigen Jahren an depressiven Symptomen leidet und wenig soziale Kontakte hat. Er ist in einer gut situierten Familie als einzige gehörlose Person aufgewachsen. Er hat erst vor einigen Jahren begonnen, Gebärdensprache zu lernen und es bereitet ihm bis heute Schwierigkeiten, seine Bedürfnisse und Emotionen auszudrücken. Er wohnt nach wie vor mit seinen Eltern zusammen und hat große Konflikte mit diesen.

In der Behandlung dieses Klienten erschien es zunächst besonders wichtig, eine gemeinsame Kommu-

nikationsform (Österreichische Gebärdensprache mit sehr deutlichem Mundbild) und dazugehörige Regeln zu vereinbaren. Da Herr D. sowohl in Lautsprache als auch in Gebärdensprache über einen geringen Wortschatz verfügt, war es notwendig, eine Atmosphäre zu schaffen, in der gegenseitiges Nachfragen zur Sicherstellung des Verstehens möglich ist („Sie können jederzeit fragen, falls Sie mich nicht verstehen! Und ich werde Sie auch fragen, wenn ich mir unsicher bin!“). Bereits zu diesem Zeitpunkt konnte Herr D. seinen Ärger über seine Eltern, die ihn sein Leben lang lautsprachlich erzogen hatten, wahrnehmen. Die therapeutische Intervention hatte zum Ziel, dass Herr D. seiner Emotion auch Ausdruck verleihen konnte („Ich kann mir vorstellen, dass dies sehr viel Wut in Ihnen hervorruft!“). In erster Linie war zu Beginn der Behandlung die fehlende Sensibilität der hörenden Umwelt für seine Bedürfnisse Thema – diese Erfahrung wurde durch die Beziehungserfahrung mit seinen Eltern noch verstärkt.

Dementsprechend war es für mich als hörende Therapeutin notwendig, dem Klienten zu vermitteln, dass sein Ärger auf einige hörende Menschen berechtigt ist („Leider ist es oft so, dass hörende Personen keine Ahnung von Gehörlosigkeit und Gebärdensprache haben und sich nicht respektvoll Ihnen gegenüber verhalten. Da würde ich mich auch ärgern!“).

4. Ethik und Reflexion der Macht des eigenen Handels (Doppelrolle und Nähe zur Community)

Ein wesentlicher Aspekt, der besonders in der Behandlung tauber Men-

schon eine entscheidende Rolle spielt, ist die Frage, wie damit umzugehen ist, wenn eine Psychotherapeutin/ein Psychotherapeut gleichzeitig auch als Gebärdensprachdolmetscher/in, als Sozialarbeiter/in, Lehrer/in oder in verwandten Berufen in der Gehörlosengemeinschaft tätig ist. Im Folgenden wird als Beispiel auf die Doppelrolle Psychotherapeutin/Gebärdensprachdolmetscherin näher eingegangen, jedoch sind die angestellten Überlegungen vermutlich in jeder anderen Doppelfunktion ebenso zutreffend.

Ich wurde und werde in meiner Tätigkeit als Psychotherapeutin sehr häufig von tauben KlientInnen gefragt, ob ich für sie auch Dolmetschen könne. Aus ihrer Sicht wäre es sicherlich die optimalste Lösung, da sie mir einerseits vertrauen und andererseits auch meine Gebärdensprachkompetenz kennen. Daher ist ihre Anfrage an mich sehr gut nachvollziehbar. Jedoch muss die/der hörende Therapeut/in an dieser Stelle die eigene Berufsrolle reflektieren und eine klare Grenze ziehen und im Sinne eines ethischen Grundsatzes für eine strikte Rollentrennung sorgen: Wenn sich jemand dafür entscheidet, bei mir eine Therapie zu machen, bin ich für diese Person nicht mehr als Dolmetscherin tätig. Die Verantwortung für die Klarheit der Rollentrennung liegt einzig und alleine bei mir, da ich von meinen KlientInnen nicht im Vorhinein erwarten kann, dass ihnen die Notwendigkeit einer klaren Rollentrennung bewusst ist.

Im Allgemeinen habe ich mich aufgrund meiner psychotherapeutischen Tätigkeit dafür entschieden, bestimmte Dolmetschsettings aufgrund eines möglichen zukünftigen Therapiebedarfs der entsprechen-

den KundInnen abzulehnen. Insbesondere übernehme ich keine Communitytermine – im Speziellen Jugendamtstermine, Termine bei Beratungsstellen, geschweige denn Psychiatrie- und Psychotherapietermine. Überhaupt nehme ich nur noch sehr selten Dolmetschtermine wahr und wenn, dann handelt es sich ausschließlich um einmalige, kurze Termine im Bildungsbereich.

In Bezug auf den Umgang mit der Doppelrolle Gebärdensprachdolmetscherin/Psychotherapeutin sollte der folgende Aspekt eigentlich selbstverständlich sein; da dies jedoch nicht immer der Fall ist, möchte ich hier kurz auf diesen Fehler verweisen: Sollte eine Dolmetscherin, die auch als Psychotherapeutin arbeitet, während eines Dolmetschtermins vom Psychotherapiebedarf der gehörlosen Kundin/des gehörlosen Kunden erfahren, sollte sie sich nicht selbst zur weiteren psychotherapeutischen Betreuung anbieten. Eine mögliche Doppelfunktion steht im Widerspruch zur Berufs- und Ehrenordnung von GebärdensprachdolmetscherInnen, widerspricht aber auch gleichermaßen den ethischen Grundsätzen von PsychotherapeutInnen.

Da die Gehörlosengemeinschaft sehr klein ist und viele gehörlose Menschen sich untereinander kennen, sind die ethischen Grundprinzipien nochmals mehr und bewusster einzuhalten! Und eine weiterführende Überlegung, die sich für mich in den vergangenen Jahren herauskristallisierte: Zu einem bestimmten Zeitpunkt, an dem vermehrt spürbar wird, dass die beiden Rollen miteinander in Konflikt geraten, müssen sich die ausübenden Personen für einen der beiden Berufe entscheiden.

5. Qualitätssicherung im Bereich psychischer Gesundheit hörbeeinträchtigter Menschen

In den letzten Jahrzehnten fand in der Gruppe der behandelnden PsychotherapeutInnen und PsychologInnen in der Gehörlosengemeinschaft ein deutliches Umdenken in Hinblick auf die Herangehensweise in der Behandlung gehörloser Menschen statt (Gehörlosenkultur, Deafhood, Deaf Gain). Jedoch zeigt sich nach wie vor – aufgrund der bevormundenden, defizitorientierten Sichtweise früherer Zeiten – Nachholbedarf in unterschiedlichen Kompetenzen, die eine psychotherapeutische Begleitung gehörloser Menschen qualitativ hochwertig werden lassen.

Die wesentlichen Aspekte einer wirksamen Psychotherapie mit gehörlosen KlientInnen können nach den Ausführungen auf den vorangegangenen Seiten wie folgt zusammengefasst werden:

- Ausgezeichnete Kommunikationsfertigkeiten in Gebärdensprache auf therapeutischer Seite bzw. die Wahl eines Kommunikationsmodus angepasst an die Bedürfnisse der KlientInnen.
- Wissen über die Bereiche Psychopathologie und Diagnostik speziell für gehörlose und schwerhörige Menschen, da hierbei wesentliche Unterschiede im Vergleich zu hörenden Personen zu beachten sind!
- Wissen über die kulturelle Perspektive der Gehörlosengemeinschaft und das damit einhergehende Verständnis von Riten, Gebräuchen und Lebensumständen.
- Transkulturelles Vorgehen in der therapeutischen Behandlung. Die

KlientInnen selbst sind ExpertInnen der Gehörlosenkultur und der eigenen Lebensbedingungen.

- Depathologisierende Einstellung zu gehörlosen Personen. Wissen darüber, dass die Mehrheit der Gehörlosengemeinschaft ein glückliches und ausgeglichenes Leben führt.
- Parallel hierzu aber auch häufige Reflexion der therapeutischen Beziehung und Beachtung des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens zwischen gehörlosen KlientInnen und hörenden TherapeutInnen.
- Bewusstsein für eigene Doppelrollen, besonders in Hinblick auf die Kombination Psychologin/Psychotherapeutin und Gebärdensprachdolmetscherin.

Interessanterweise bestehen in unterschiedlichen Arbeitsfeldern (Arbeitsassistent, persönliche Betreuung) in der psychosozialen Begleitung tauber und schwerhöriger Menschen profunde, gut strukturierte Angebote zur Einarbeitung und Schulung für zukünftige MitarbeiterInnen (z. B. Taubblindenassistent). Im psychologischen und psychotherapeutischen Bereich sind bis dato in Österreich (und m. W. auch in Deutschland) keine konkreten Curricula in der Behandlung dieser speziellen Zielgruppe verankert.

In anderen Spezialgebieten der Psychotherapie wie z. B. in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird in Österreich eine eigene Zusatzausbildung erwartet und diese soll zukünftig per Gesetz als notwendige Voraussetzung für die Betreuung dieser Personengruppe festgelegt werden. Auch für Traumafolgestörungen, Paartherapie und Fami-

lientherapie werden weitere Fortbildungsmaßnahmen benötigt, um professionell und effizient auf die speziellen Gegebenheiten eingehen zu können.

Ein konkretes, strukturiertes Weiterbildungsprogramm für interessierte oder bereits tätige PsychotherapeutInnen, die mit gehörlosen KlientInnen arbeiten wollen, wäre zur Qualitätssicherung außerordentlich wichtig. Denn nicht alle praktizierenden PsychotherapeutInnen beschäftigen sich ausgiebig mit wissenschaftlichen Erkenntnissen zur psychischen Gesundheit Gehörloser und haben zudem auch aufgrund des Einzelsettings in der Praxis nicht die Möglichkeit, eine Vielzahl hörbeeinträchtigter Menschen mit unterschiedlichen psychischen Störungsbildern begleiten zu dürfen.

In Großbritannien läuft bereits ein eigenes Trainingsprogramm „Mental Health and Deafness Certificate/Advanced Certificate“ zum Thema psychische Gesundheit und Gehörlosigkeit (s. <http://www.birmingham.ac.uk/undergraduate/courses/social-policy/mental-health-and-deafness.aspx> (26.05.2017)). Auch in den deutschsprachigen Ländern (Österreich, Deutschland und der Schweiz) wären solche Curricula dringend geboten, damit sich PsychologInnen und PsychotherapeutInnen eine effiziente, wissenschaftlich fundierte Arbeitsweise aneignen können. Hinsichtlich der Inhalte wären auch die Reflexion der eigenen Rolle in der Gehörlosengemeinschaft, die eigene Rolle als hörende oder gehörlose Therapeutin als besonders wesentlich zu erachten. Bestrebungen, eine entsprechende Ausbildung anzubieten, sind in Wien bereits in der Planungsphase.

Literatur

- Corker, Mairian (1995): *Counselling – the deaf challenge*. London/Bristol: J. Kingsley.
- Fellinger, Johannes; Daniel Holzinger; Rudolf Schoberberger & Gerhard Lenz (2005): „Psychosoziale Merkmale bei Gehörlosen“. In: *Der Nervenarzt* 76, 43–51.
- Fernando, Janet (2005): „Psychodynamic consideration in working with people who are deaf“. In: Sally Austen & Susan Crocker (Hg.): *Deafness in Mind. Working Psychologically with Deaf People across the Lifespan*. London/Philadelphia: Whurr, 76–88.
- Harvey, Michael (2003): *Psychotherapy with deaf and hard of hearing persons: a systemic model*. Mahwah/NJ: Lawrence Erlbaum.
- Hintermair, Manfred (2005): *Familie, kindliche Entwicklung und Hörschädigung*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Ladd, Paddy (2008): *Was ist Deafhood? Gehörlosenkultur im Aufbruch*. Aus dem Englischen übersetzt von Marion Meyer, Rachel Rosenstock & Gabriele Langer. Seedorf: Signum.
- Lane, Harlan; Robert Hoffmeister & Ben Bahan (1996): *A Journey into the DEAF World*. San Diego: Dawn Sign Press.
- Lang, Hermann (1990): „Beziehung und Gespräch als psychotherapeutische Wirkfaktoren“. In Hermann Lang (Hg.): *Wirkfaktoren der Psychotherapie*. Berlin: Springer, 36–48.
- Leigh, Irene (1991): „Deaf Therapists: Impact on Treatment“. In: *Proceeding of the eleventh world congress of the World Federation of the Deaf; Equality and selfreliance*. Tokyo: World Federation of the Deaf, 290–297.
- Sussmann, Allen & Barbara Brauer (1999): „On Being Therapist with Deaf Clients“. In: Irene W. Leigh (Hg.): *Psychotherapy with Deaf Clients from Diverse Groups*. Washington: Gallaudet University, 3–22.
- Zaslowski, Liv (2011): „Interkulturelle Psychotherapie–Integrative Gestalttherapie mit gehörlosen Personen“. Krems: Donau Uni Krems [Masterthesis, unveröff.].
- Zaslowski, Liv (2017): „Bereicherungen und Herausforderungen im Leben der Enkelkinder von Holocaust-Überlebenden in Österreich und Großbritannien: Eine Mixed Methods-Untersuchung“. Wien: Universität Wien [Dissertation, unveröff.].

Internetquelle

<http://www.birmingham.ac.uk/undergraduate/courses/social-policy/mental-health-and-deafness.aspx> (26.05.2017).



Dr.in Liv Zaslowski ist Klinische Psychologin und Psychotherapeutin in der Gehörlosenambulanz in Wien und in freier Praxis, staatlich geprüfte Gebärdensprachdolmetscherin und Supervisorin.

<https://www.psychotherapie-zaslowski.net/>

E-Mail: liv.zaslowski@gmx.at