

Psychotherapeut 2021 · 66:62–69
<https://doi.org/10.1007/s00278-020-00476-0>
 Online publiziert: 14. Dezember 2020
 © Der/die Autor(en) 2020



Luise Schröder · Leen Vereenooghe

Abteilung für Psychologie, Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

„Mixed-methods“-Studie zu Barrieren in der ambulanten Psychotherapie von Gehörlosen

Rahmenbedingungen der Psychotherapie und Umgang mit Therapieanfragen aus Sicht der Psychotherapeut*innen

Seit 2001 haben Gehörlose das Recht, eine ärztliche Behandlung in Gebärdensprache zu erhalten (Haase 2001). Hinzukommt, dass seit der UN-Behindertenrechtskonvention von 2009 Gehörlose Anspruch auf eine gleichwertige Behandlung psychischer Erkrankungen haben (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, 2017). Es liegen kaum Studien vor, die die Einstellungen und Erfahrungen der Therapeut*innen in der Behandlung von Gehörlosen und den Umgang mit Therapieanfragen untersuchen (Schmidt und Metzner 2020). Ziel dieser Arbeit ist es, die von Psychotherapeut*innen wahrgenommenen Barrieren zu thematisieren.

Hintergrund

Psychische Gesundheit Gehörloser

Gehörlose Patient*innen stellen eine heterogene Gruppe dar. Gehörlose verstehen sich oft als eine kulturelle Minderheit und sehen sich als Teil der Gehörlosen- bzw. Gebärdengemeinschaft, deren Kommunikation zum größten Teil auf nichtgesprochener Sprache beruht. Die Bezeichnung Gehörlose schließt somit auch Personen ein, bei denen keine vollständige Gehörlosigkeit vorliegt (Fel-

linger et al. 2012; Schmidt und Metzner 2020).

Obwohl die Prävalenz für Gehörlosigkeit in Deutschland zwischen 0,7 und 1% beträgt, ist die psychische Gesundheit Gehörloser überdurchschnittlich häufig beeinträchtigt (Fellinger et al. 2012; Schmidt und Metzner 2020; Statistisches Bundesamt 2019). Kommunikationsschwierigkeiten sind ein großer Risikofaktor für die Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen (Fellinger et al. 2009, 2012).

Barrieren in der Psychotherapie

Internationale Befunde zeigen, dass Therapien mit gebärdenden Therapeut*innen wirksamer sind als Therapien mit Dolmetscher*innen (Storch 2010), da Dolmetscher*innen Auswirkungen auf die therapeutische Allianz haben (Cornes und Napier 2005). Der Einsatz der Gebärdensprache und spezialisierte Angebote für Gehörlose führen zur intensiven Inanspruchnahme und zur Qualitätsverbesserung der psychiatrischen Behandlung, zu einer erhöhten Compliance und zu niedrigeren Drop-out-Raten (Anderson et al. 2017; MacKinney et al. 1995; Pollard et al. 2014; Storch 2010; Vernon und Leigh 2007).

Im deutschsprachigen Raum liegen nur vereinzelte Fallstudien vor (Schmidt und Metzner 2020). Dem Deutschen Gehörlosen-Bund (2017) sind bundesweit

nur ca. 30 Therapeut*innen und 16 Kliniken oder Institutionen bekannt, die Kenntnisse in der deutschen Gebärdensprache (DGS) oder lautsprachbegleitende Gebärden haben. Dies reicht nicht aus, um die Versorgung psychisch erkrankter Gehörloser sicherzustellen, sodass nichtgebärdende Therapeut*innen ebenfalls für die Behandlung Gehörloser infrage kommen (Heil 2017; Schmidt und Metzner 2020).

Teilweise erhalten Gehörlose eine erhöhte Anzahl an Falschdiagnosen im Vergleich zu hörenden Patient*innen (Landsberger et al. 2014). Gründe dafür sind die wenigen standardisierten Testverfahren für Gehörlose im deutschsprachigen Raum (Hintermair 2007), das Überdiagnostizieren von psychischen Erkrankungen (Anglemyer und Crespi 2018; Fellinger et al. 2012), das fehlende Wissen über Gehörlosigkeit und die fehlende Sensitivität für die Gehörlosenkultur (Gill und Fox 2012). Leven (2003) spricht deshalb von einem „Pseudoversorgungsangebot“ für Gehörlose.

Fragestellung

Es wird deutlich, dass es in der psychotherapeutischen Versorgung für Gehörlose viele Barrieren gibt. Das Ausmaß dieser Barrieren aus Therapeut*innensicht in Deutschland ist noch unklar. Dabei kann die Sichtweise der Therapeut*innen

in dieser Untersuchung darauf hinweisen, inwieweit Themenbereiche wie Gehörlosigkeit im Direktstudium Psychotherapie verankert werden müssen, um die Versorgung dieser Personengruppen gewährleisten zu können.

Dieser Arbeit gliedert sich deswegen in 2 Teilstudien.

Studie 1 untersucht:

1. wie Psychotherapeut*innen mit Therapieanfragen von Gehörlosen umgehen,
2. ob es einen Zusammenhang zwischen den Erfahrungen von Psychotherapeut*innen mit Gehörlosen und dem Umgang mit Therapieanfragen von Gehörlosen gibt,
3. welche Voraussetzungen vorhanden sein müssen, um Gehörlosen eine Behandlung zu ermöglichen.

Studie 2 untersucht:

4. Barrieren und Lösungsvorschläge in der Kommunikation, für den Zugang zu Psychotherapie, in der Diagnostik und in der Therapie.

Methoden

Studiendesign

Diese Arbeit nutzte ein Mixed-methods-Design, da die Fragestellungen 1 und 2 quantitativ ausgeprägt sind und die Fragestellungen 3 und 4 einen qualitativen Ansatz benötigten.

Studie 1

Stichprobe

Den Fragebogen erhielten alle kassenärztlich niedergelassenen psychologischen Psychotherapeut*innen (PPler*innen) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (KJPler*innen) eines deutschen Stadtkreises. Er konnte 2 Therapeut*innen nicht zugestellt werden, sodass insgesamt 209 Therapeut*innen den Fragebogen erhielten. Die Teilnehmer*innen wurden über die Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe ermittelt. Beratungsstellen, Kliniken, Ambulanzen und ärztliche Psychotherapeut*innen wurden ausgeschlossen, weil der Fokus

auf einzelne Erfahrungen und Einstellungen von psychologischen Psychotherapeut*innen und das Direktstudium Psychotherapie gelegt werden sollte.

Insgesamt füllten 71 Therapeut*innen den Fragebogen aus (Rücklaufquote: 33,85%). Es nahmen 48 PPler*innen, 9 KJPler*innen und 11 Personen mit einer Doppelapprobation teil. Die Teilnehmer*innen berichteten von Zulassungen in den unterschiedlichen Verfahren: Psychoanalyse ($n=7$), tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ($n=25$), Verhaltenstherapie ($n=35$) oder der Kombination von tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und Verhaltenstherapie ($n=1$). Drei Personen machten keine Angaben zu den professionellen Charakteristika. Es sind somit alle Verfahren und Zielgruppen in der Stichprobe präsent.

Durchführung

Der Fragebogen wurde mit einem Informationsschreiben und vorfrankierten Rückumschlägen an die Therapeut*innen verschickt. Das Beantworten der Fragen dauerte bis zu 30 Minuten.

Messinstrumente

Der Fragebogen orientierte sich an dem unveröffentlichten „Fragebogen zur psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung“ der Katholischen Hochschule Münster (A. Thimm, persönliche Kommunikation, 22.02.2017). Mittels Fragen mit Mehrfachauswahl wurden die Erfahrungen der Therapeut*innen, der Umgang mit Therapieanfragen und die Voraussetzungen für die Behandlung Gehörloser erhoben. Offene Fragen sollten mögliche Rahmenbedingungen für eine gelingende psychotherapeutische Versorgung identifizieren.

Alle Fragebögen und anonymisierte Daten können bei der Erstautorin eingesehen werden.

Datenauswertung

Die statistische Analyse der Fragebogendaten erfolgte mit SPSS (V. 25), wobei die Daten zuerst deskriptiv ausgewertet wurden (Fragestellung 1). Fragestellung 2 wurde mithilfe des χ^2 -Tests untersucht. Fragestellung 3 erforderte eine qualita-

tive Inhaltsanalyse der freien Antworten (Morgan 1993). Nach Sichtung aller Fragebogen wurden sinnhafte Abschnitte codiert, die den Hauptthemen zugeordnet wurden. Mithilfe der NVivo Software wurden die Häufigkeiten der qualitativen Codes erfasst.

Studie 2

Stichprobe

Es nahmen 8 Psychotherapeut*innen teil: eine KJPler*in, 5 PPlerinnen und 2 Personen mit einer Doppelapprobation mit Zulassungen in der Psychoanalyse ($n=1$), der tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ($n=2$) und der Verhaltenstherapie ($n=5$). Drei Personen berichteten von beruflichen Kontakten zu Gehörlosen und 2 Personen von persönlichen Kontakten. Eine Person wies grundlegende DGS-Kenntnisse auf. Die Stichprobe wurde aus den Teilnehmer*innen der Studie 1 rekrutiert.

Messinstrumente

Der semistrukturierte Interviewleitfaden orientierte sich an dem Fragebogen und den Ergebnissen aus Studie 1. Es wurde gezielt nach Barrieren und Lösungsvorschlägen für die Kommunikation („Welche Kommunikationsmöglichkeiten bieten sich für die Therapie an?“), Diagnostik („Welche Herausforderungen können Sie sich in der Diagnostik mit gehörlosen Patienten vorstellen?“) und Behandlung („Fallen Ihnen noch weitere Herausforderungen für die Therapie mit gehörlosen Patienten ein?“) gefragt. Abschließend wurden Unterstützungsmöglichkeiten erfragt („Welche Unterstützung würden Sie benötigen, um gehörlosen Patienten Psychotherapie anbieten zu können?“).

Durchführung

Die Interviews fanden in den Praxen der jeweiligen Therapeut*innen statt und wurden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet. Zu Beginn erhielten die Therapeut*innen ein Informationsschreiben bezüglich der Interviewauswertung. Nach dem Interview konnten weitere Fragen der Therapeut*innen geklärt werden.

Psychotherapeut 2021 · 66:62–69 <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00476-0>
 © Der/die Autor(en) 2020

L. Schröder · L. Vereenoghe

„Mixed-methods“-Studie zu Barrieren in der ambulanten Psychotherapie von Gehörlosen. Rahmenbedingungen der Psychotherapie und Umgang mit Therapieanfragen aus Sicht der Psychotherapeut*innen

Zusammenfassung

Hintergrund. Trotz einer erhöhten Prävalenz von komorbiden Beeinträchtigungen und psychischen Erkrankungen gibt es für Gehörlose Barrieren in der psychotherapeutischen Behandlung.

Ziel der Studie. Diese Arbeit untersucht, wie ambulant arbeitende Therapeut*innen mit Anfragen von Gehörlosen umgehen, und welche Rahmenbedingungen für eine gelingende Behandlung benötigt werden.

Material und Methoden. Nichtärztliche niedergelassene Psychotherapeut*innen eines Stadtkreises wurden zur Teilnahme an Studie 1 eingeladen. Es beantworteten 71 von 209 angeschriebenen Psychotherapeut*innen einen Fragebogen, mit dem quantitative und qualitative Daten zum Umgang mit Therapie-

anfragen und zu den Rahmenbedingungen für die Behandlung erhoben wurden. In Studie 2 nahmen 8 dieser Teilnehmer*innen an einem leitfadengestützten Interview teil, in dem die Befunde aus Studie 1 zu den Voraussetzungen für eine gelingende Behandlung Gehörloser vertieft wurden.

Ergebnisse. Viele Therapeut*innen berichteten von fehlenden Erfahrungen mit Gehörlosen ($n = 60$; $p = 84,5\%$) und fehlenden Therapieanfragen von Gehörlosen ($n = 69$; $p = 97,2\%$). Zukünftige Anfragen von Gehörlosen würden 64,8% der Therapeut*innen ($n = 46$) ablehnen. Diese Entscheidung hängt mit der bisherigen Erfahrung mit Gehörlosen zusammen, $\chi^2(1) = 6,378$; $p = 0,012$. In Studie 2 wurden Barrieren bei der Kontaktaufnahme,

der Diagnostik und der Behandlung aufgrund von Kommunikationsschwierigkeiten identifiziert.

Schlussfolgerung. Therapieanfragen von Gehörlosen werden aufgrund mangelnder Therapiekenntnisse und erwarteter Kommunikationsschwierigkeiten abgelehnt. Mithilfe einer gelingenden Kommunikation, von Fortbildungsmöglichkeiten und der Aufnahme des Themenbereichs Gehörlosigkeit ins Direktstudium Psychotherapie können diese Barrieren verringert werden.

Schlüsselwörter

Psychische Gesundheit · Rahmenbedingungen · Kommunikation · Professionelle Kompetenz · Gebärdensprache

Mixed methods study exploring barriers in the outpatient psychotherapy with deaf patients. Psychotherapists' perspectives on the prerequisites for psychotherapy and therapy enquiries

Abstract

Background. Deaf individuals show a high prevalence of comorbid disabilities and mental health problems but there are barriers in the provision of psychological therapy to this population.

Objective. This study explored how therapists in outpatient departments handle therapy enquiries from deaf individuals and what they consider the prerequisites for successful treatment to be.

Material and methods. Using a mixed methods design, all psychotherapists from a medium-sized German city were invited to complete a questionnaire (study 1) and a semi-structured interview (study 2). Out of 209 contacted psychotherapists 71 took part in study 1, of which 8 proceeded to participate

in study 2. The questionnaire collected quantitative and qualitative data regarding therapists' experiences with deaf people, handling of therapy enquiries and perceived prerequisites of therapy. The interview further explored the prerequisites identified in study 1.

Results. Many therapists had no previous experience with deaf people ($n = 60$; $p = 84.5\%$) and were inclined to decline their therapy requests ($n = 69$, $p = 97.2\%$), stating a lack of knowledge and professional competence in this area. Intent to treat was associated with therapists' experience with deaf people, $\chi^2(1) = 6.378$, $p = 0.012$. Study 2 identified barriers to psychotherapy relating to contacting the therapist, communication

difficulties, diagnostic processes and treatment.

Conclusion. Communication difficulties and a perceived lack of knowledge in treating deaf patients are key challenges associated with therapists' inclination to decline therapy requests from this population. Support networks and training are essential means to improve the accessibility of psychotherapy for deaf patients.

Keywords

Mental health · Prerequisites · Communication · Professional competence · Sign language

Datenauswertung

Die Interviews wurden mit einem vereinfachten Transkriptionssystem transkribiert (Dresing und Pehl 2017). Eine thematische Analyse wurde mit dem Programm NVivo durchgeführt (Braun und Clarke 2006): Sinnhafte Abschnitte der transkribierten Interviews wurden Codes zugeordnet, die die Abschnitte thematisch erfassen. Die Codes wurden

4 Hauptthemen zugeordnet, die sich an der thematischen Struktur der Fragestellung für Studie 2 und am Interviewleitfaden orientierten. Die thematische Zuordnung wurde von der Zweitautorin überprüft.

Ergebnisse

Studie 1

Erfahrungen mit Gehörlosen

Die meisten Therapeut*innen ($n = 60$; $p = 84,5\%$) gaben an, keine Erfahrungen mit Gehörlosen gemacht zu haben und keine Therapieanfragen von Gehörlosen zu erhalten ($n = 69$; $p = 97,2\%$).

Voraussetzungen für eine gelingende Kommunikation Herausforderungen in der Gesprächsgestaltung

„Das Gute ist eben, wir haben eine Vertrauensbasis. [...] bloß nicht so was wie Abwinken, weil Sie es das vierte, fünfte Mal nicht verstanden haben, sondern versuchen dranzubleiben [...] das ist so etwas Verletzendes, was die Leute immer wieder erfahren.“...

„[...] manche Themen lassen sich, wenn es kein passendes Kommunikationsmittel gibt, schwer besprechen. [...] für viele Patienten ist das Thema Sexualität wichtig, und das schreibe ich nicht per WhatsApp. Und sprechen, Lippen ablesen, Gebärde, weiß ich nicht.“

„[...] in der Therapie geht es ja darum, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, zu einem Therapeuten, und dann müsste eine dritte Person involviert werden, die auch die Informationen bekommen darf. [...] Und es ist ja auch eine Unterbrechung im normalen Redefluss. [...] wenn wir jetzt hier bei einer dritten Person immer rückversichern müssen, o.k., was wurde gesagt oder was wurde gemacht. Das heißt, es ist nicht ganz natürlich so im Gesprächsfluss, aber ich glaube, das ist Gewöhnungssache.“

Abb. 1 ◀ Zuordnung der zentralen Aussagen des Hauptthemas Kommunikation

Eine Therapeut*in berichtete von der Therapie mit einer gehörlosen Person, und eine weitere Therapeut*in lehnte die Behandlung nach der Probatorik ab. Eine Therapeut*in verfügte über grundlegende Kenntnisse der DGS.

Umgang mit Therapieanfragen

Die meisten Therapeut*innen würden zukünftige Therapieanfragen Gehörloser ablehnen ($n=46$, $p=64,8\%$), dennoch konnten sich 21 Therapeut*innen ($p=29,6\%$) vorstellen, zukünftige Anfragen anzunehmen.

Zusammenhang zwischen Erfahrungen und Umgang mit Therapieanfragen

Von den erfahrungslosen Teilnehmer*innen gaben 42 Personen ($p=75\%$) an, die Therapie abzulehnen, und 14 Therapeut*innen ($p=25\%$) konnten sich eine Therapie vorstellen. Vier der Therapeut*innen mit Erfahrungen ($p=36,36\%$) lehnten eine Behandlung ab, während 7 Teilnehmer*innen mit Erfahrung ($p=63,64\%$) diese in Betracht ziehen würden. Daraus ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Umgang mit zukünftigen Therapieanfragen und der Erfahrung der Therapeut*innen mit Gehörlosen, $\chi^2(1)=6,378$; $p=0,012$.

Qualitative Angaben zu den Voraussetzungen

Es wurden 5 Themen identifiziert: Fortbildung, Kommunikation, Unterstützungsmöglichkeiten, Kontaktaufnahme und Probatorik als „Therapie auf Pro-

be“. Das Thema *Fortbildung* wurde von 26 Therapeut*innen ($p=36,6\%$) genannt. Dazu gehören unterschiedliche Inhalte der Fortbildungen (DGS, Umgang mit Gehörlosigkeit etc.) sowie die Möglichkeit der Sonderzulassung von gebärdenden und spezialisierten Therapeut*innen. Bei dem Thema *Kommunikation* ($n=41$; $p=57,7\%$) wurde der Einsatz technischer und typischer Kommunikationsmittel (DGS, Lippenlesen, Dolmetscher*innen, Sprachcomputer, Onlinetherapie) für eine gelingende Behandlung genannt. Vier Therapeut*innen ($p=5,6\%$) erwähnten mit den Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Gehörlosen- und Psychotherapeut*innenverbände, DGS-Kurse für Therapeut*innen, Therapiematerialien für Gehörlose und eine attraktive Vergütung für die Behandlung des Themas *Unterstützungsmöglichkeiten*. Das Thema *Kontaktaufnahme* wurde von 11 Therapeut*innen ($p=15,5\%$) erwähnt, indem sie die Möglichkeiten zur schriftlichen Kontaktaufnahme und der Veröffentlichung von Informationen für Gehörlose und Listen mit erfahrenen Therapeut*innen nannten. Die Möglichkeit der *Probatorik* als „Therapie auf Probe“ wurde von einer Person betont.

Studie 2

Die Aussagen der Interviews zu potenziellen Barrieren und Lösungsvorschlägen lassen sich mithilfe der thematischen Analyse in 4 Hauptthemen einteilen, die nachfolgend erläutert werden: *Kommuni-*

nikation, Zugang zur Psychotherapie, Diagnostik und Therapie.

Kommunikation (▣ Abb. 1)

Besonders die Gestaltung einer angemessenen Gesprächsatmosphäre für sensible Themen wurde als große Barriere wahrgenommen. Die Therapeut*innen gingen davon aus, dass der Einsatz von therapeutischen Begriffen überdacht werden müsse, und dass es zu Irritationen im Gesprächsverlauf aufgrund von Kommunikationsschwierigkeiten kommen könne. Lösungsansätze sehen die Therapeut*innen in dem Aufbau einer guten therapeutischen Allianz und in einer gelingenden Kommunikation, z. B. mithilfe von alternativen Kommunikationsmitteln, DGS, Lippenlesen oder (unter Vorbehalt) mit Dolmetscher*innen.

Zugang zur Psychotherapie (▣ Abb. 2)

Ausbleibende Therapieanfragen wurden mit folgenden Gründen erklärt: Überforderungserleben aufgrund der Gehörlosigkeit, Ansehen von psychischen Problemen als Teil der Gehörlosigkeit, Mangel an erfahrenen Therapeut*innen für Gehörlose, misstrauische Annahmen gegenüber den Therapeut*innen und negative Erfahrungen mit Hörenden. Als Voraussetzungen für die Behandlung Gehörloser nannten die Therapeut*innen die Kontaktaufnahme via E-Mail, die Bereitstellung von Informationen über Therapiemöglichkeiten, die Klärung der Kostenübernahme der Dolmetscher*innen, Fortbildungen und das erhöhte Stundenkontingent für die Behandlung Gehörloser.

Diagnostik (▣ Abb. 3)

Das fehlende Einfühlungsvermögen der Therapeut*innen in die gehörlose Welt, eine erschwerte Beziehungsgestaltung, der Wegfall der Stimme als Diagnostikkriterium und eine erschwerte Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen aufgrund der eingeschränkten Interaktion wurden als Barrieren in der Diagnostik genannt (▣ Abb. 3). Des Weiteren sei der Einsatz von Interviews problematisch, sodass Fragebogen unterstützend als Hausaufgabe hinzugezogen werden können. Aber auch der Einsatz von Fra-

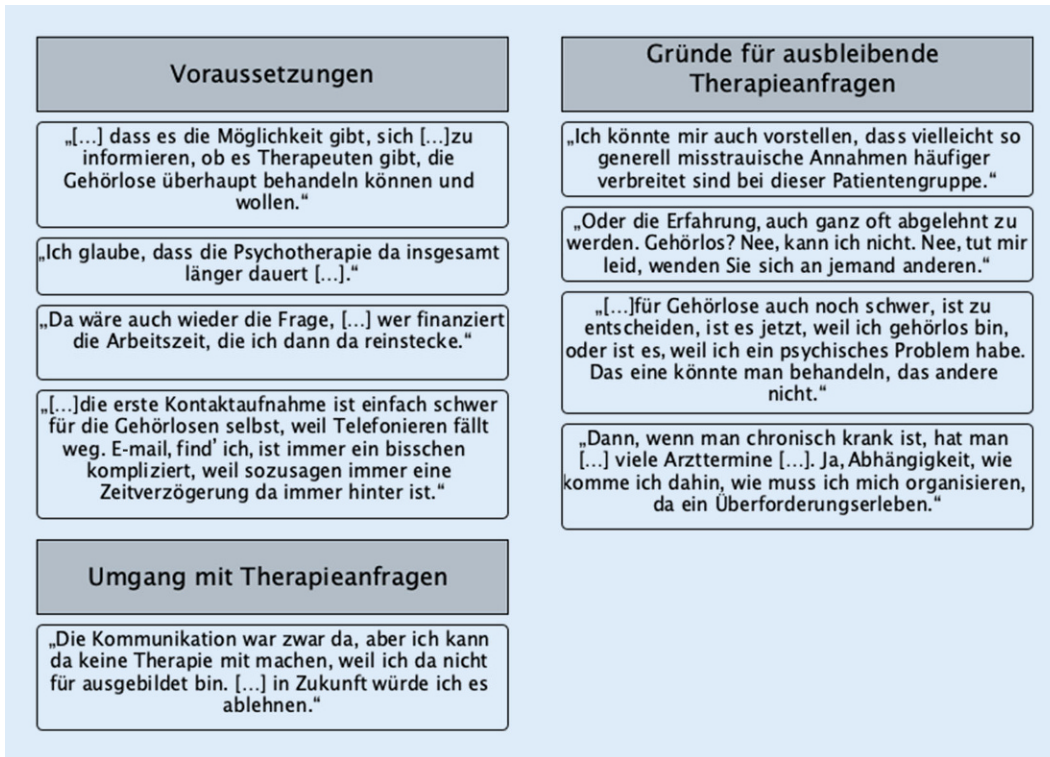


Abb. 2 ◀ Zuordnung der zentralen Aussagen des Hauptthemas Zugang zur Psychotherapie

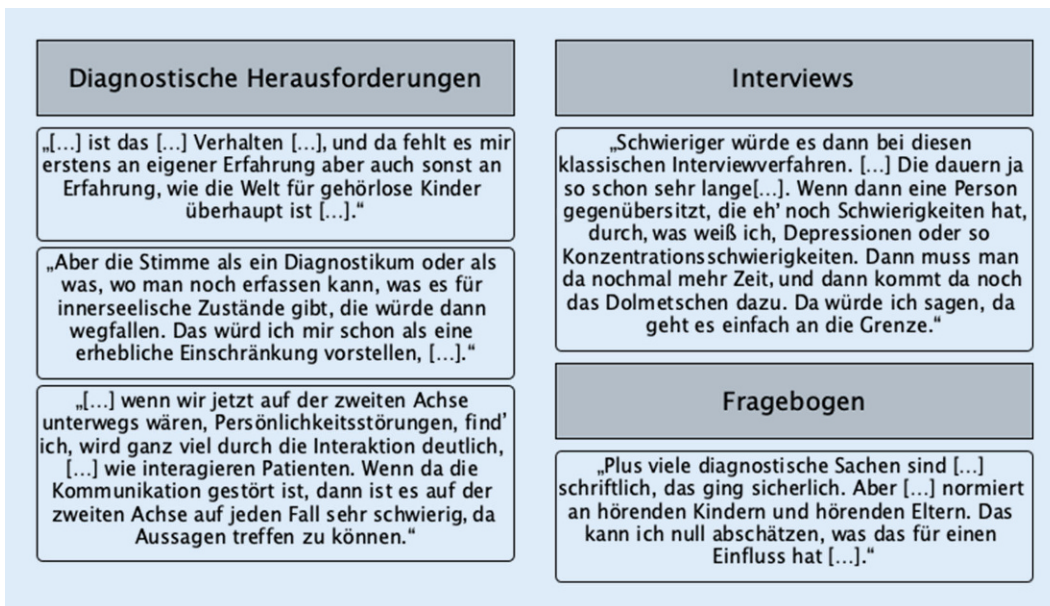


Abb. 3 ◀ Zuordnung der zentralen Aussagen des Hauptthemas Diagnostik

gebogen sei zu hinterfragen, da diese nicht an einer gehörlosen Stichprobe normiert wurden.

Therapie (▣ Abb. 4)

Als Barrieren identifizierten die Therapeut*innen die Schwierigkeiten bei der Anpassung des therapeutischen Verhaltens bei gehörlosen Patient*innen, das fehlende Wissen über die Gehörlosenkul-

tur, das Kennen der eigenen Fähigkeiten und Grenzen bezüglich der Behandlung Gehörloser und einen erhöhten Organisationsaufwand. Es wurde auf unterschiedliche Unterstützungsmöglichkeiten für Therapeut*innen hingewiesen: z.B. die Ausbildung, Supervision, Fortbildungen und den Einsatz alternativer Behandlungsformen.

Diskussion

Erfahrungen und Umgang mit Therapieanfragen

Die Ergebnisse zeigen, dass nur wenige Therapeut*innen Therapieanfragen von Gehörlosen erhalten und unerfahrene Therapeut*innen zur Ablehnung von Therapieanfragen tendieren. Zukünftige

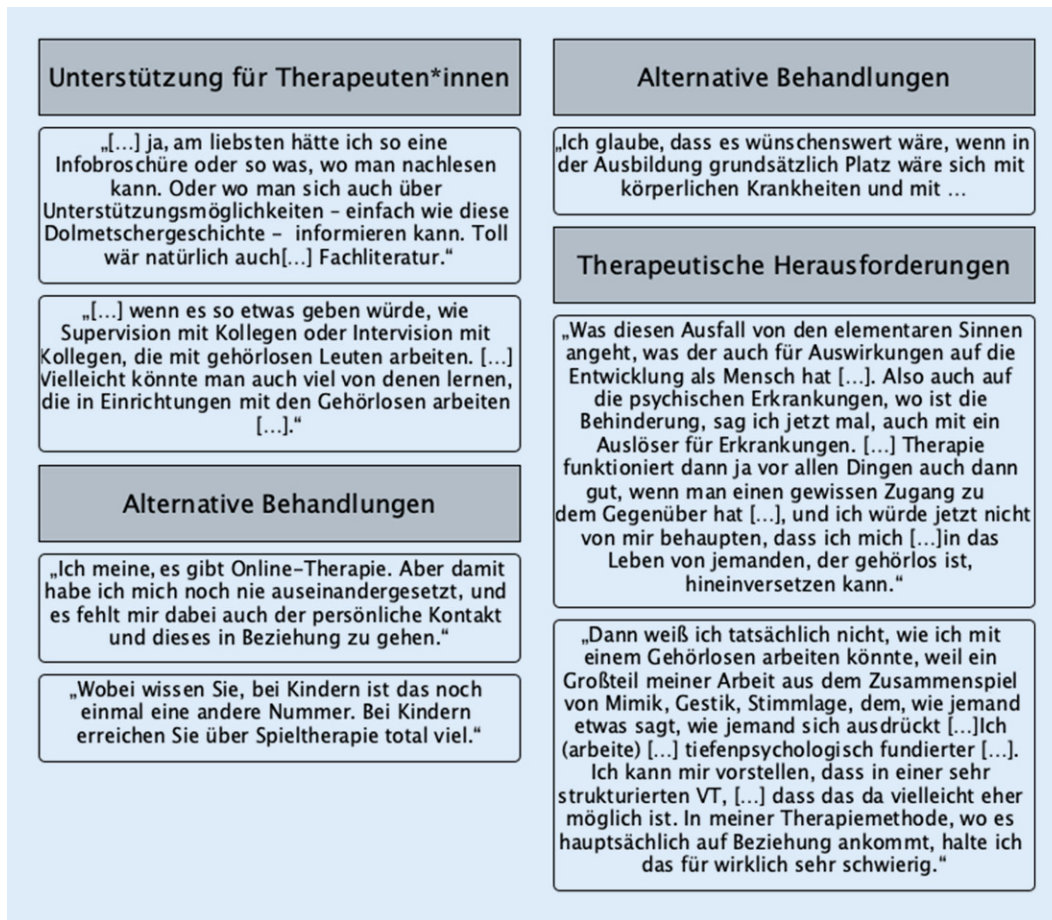


Abb. 4 ◀ Zuordnung der zentralen Aussagen des Hauptthemas Therapie

Studien können klären, ob Erfahrungen mit Gehörlosen einen positiven oder negativen Einfluss auf den Umgang mit Therapieanfragen haben, denn in den Interviews wurden beide Möglichkeiten erwähnt. Für das Ausbleiben der Therapieanfragen wurden in den Interviews strukturelle und individuelle Gründe genannt. Diese Gründe lassen sich zum größten Teil auch in der Literatur finden (Kuenburg et al. 2016; O’Hearn und Pollard 2008; Pollard et al. 2009; Schmidt und Metzner 2020). Gründe wie Zeitmangel und Überforderungserleben aufgrund der Gehörlosigkeit wurden bisher noch nicht berichtet.

Strukturelle Barrieren

Zu den identifizierten strukturellen Barrieren in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Gehörlosen gehören:

- der Mangel an erfahrenen Therapeut*innen,

- ein erhöhter Organisationsaufwand für Therapeut*innen und Gehörlose (z. B. Absprachen mit Dolmetscher*innen),
- ein erschwelter Erstkontakt.

Solche Barrieren können mit Fortbildungen für Therapeut*innen, Zusammenarbeit von Gehörlosen- und Psychotherapeut*innenverbänden, einer schriftlichen Kontaktaufnahme, einer attraktiveren Vergütung der Behandlung von Gehörlosen und Informationsmaterialien für Betroffene und Behandelnde vermindert werden (Kuenburg et al. 2016; Pollard et al. 2009).

Individuelle Barrieren

Therapeut*innen. Zu den individuellen Barrieren für Therapeut*innen gehören (Gill und Fox 2012; Schmidt und Metzner 2020):

- das fehlende Wissen über Gehörlosigkeit/Gehörlosenkultur,

- die Schwierigkeit, das therapeutische Verhalten an Gehörlose anzupassen,
- Vorbehalte gegenüber Gehörlosen und Dolmetscher*innen.

Hier bieten Fortbildungen und die Verankerung von Themen wie Gehörlosigkeit ins Direktstudium mögliche Lösungsansätze, sodass sich Therapeut*innen sicherer im Umgang mit Menschen mit Gehörlosigkeit fühlen.

Des Weiteren wird angenommen, dass es für KJPLer*innen einen erleichterten Zugang zu Gehörlosen gibt, da diese auch mit anderen sprachlich eingeschränkten Personengruppen arbeiten (junge Kinder). Auch die positiven Erfahrungen in der Therapie von Geflüchteten kann sich positiv auf die Bereitschaft, mit Gehörlosen zusammenarbeiten, auswirken, da bereits Erfahrungen im Umgang mit Dolmetscher*innen etc. gesammelt worden sind.

Gehörlose. Mögliche individuelle Barrieren aufseiten der Gehörlosen sind:

- misstrauische Annahmen gegenüber den Behandelnden,
- negative Erfahrungen mit Hörenden,
- Überforderungserleben aufgrund der Gehörlosigkeit,
- ein eingeschränktes Sprachverständnis.

Diese individuellen Barrieren können mithilfe einer gelingenden und wertschätzenden Kommunikation vermindert werden. Der Einsatz von Computerprogrammen für die Kommunikation muss für die Therapie überarbeitet werden, weil der Datenschutz zu beachten ist (Percevic et al. 2006).

Abschließend lässt sich sagen, dass die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Gehörlosen als unzureichend eingeschätzt wird, da Therapeut*innen kaum Therapieanfragen von Gehörlosen erhalten, diese eher ablehnen und eine Vielzahl von Barrieren wahrnehmen. Zukünftige Studien können aufklären, ob Gehörlose ähnliche strukturelle und individuelle Barrieren identifizieren.

Limitationen der Studie

- Die Repräsentativität und Generalisierbarkeit der Studienergebnisse für andere Regionen sowie für ärztliche oder spezialisierte psychotherapeutische Angebote wurde nicht untersucht. Diese Zielgruppen können möglicherweise besser geschult sein und häufiger Therapieanfragen von Gehörlosen erhalten.
- Methodische Limitationen betreffen den Fragebogen sowie die Stichprobengröße, die das Überprüfen von Kovariaten nicht ermöglichte. Die Reliabilität des Fragebogens wurde nicht untersucht, weil die statistischen Analysen sich auf einzelnen Items statt auf Gesamt-Scores beziehen. Der Fragebogen dient somit nicht dazu, ein bestimmtes Konstrukt zu messen, sondern vor allen Dingen zur ersten Erhebung von den individuellen Erfahrungen der Therapeut*innen. Außerdem wurde die qualitative Analyse von der zweiten

Autor*in zwar überprüft, aber nicht durchgeführt.

- Die Patient*innensicht bezüglich der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland ist noch unklar.
- Die sparsame Erhebung personenbezogener Daten (keine Angaben zu Alter und Geschlecht) sollte die Anonymität gewährleisten und evtl. soziale Erwünschtheit bei den Teilnehmer*innen vorbeugen.

Fazit für die Praxis

Dies sind erste Schritte, um die Behandlung psychisch erkrankter Gehörloser zu verbessern:

1. Es werden Informationsmaterialien zur Behandlung von psychisch erkrankten Gehörlosen benötigt. Diese sollen Gehörlosen, Angehörigen und Therapeut*innen bekannt sein.
2. Aufgrund des erhöhten Organisationsaufwands und um die Behandlungsmotivation der Therapeut*innen zu steigern, wird eine attraktivere Vergütung für die Behandlung Gehörloser benötigt.
3. Fortbildungen und Supervision/Intervention mit spezialisierten Therapeut*innen können die Kultursensibilität steigern.
4. Die inhaltliche Auseinandersetzung mit Gehörlosigkeit im Direktstudium Psychotherapie kann Barrieren in der Behandlung Gehörloser abbauen.

Korrespondenzadresse

Luise Schröder, MSc

Abteilung für Psychologie, Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft, Universität Bielefeld
33501 Bielefeld, Deutschland
luise.schroeder@uni-bielefeld.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. L. Schröder und L. Vereenoghe geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Teilnahme an den beiden Studien erfolgte anonymisiert und freiwillig. Die ethische Unbedenklichkeit

dieser Studien wurde von der Ethikkommission der Universität Bielefeld bestätigt. Von allen beteiligten Patienten liegt eine Einverständniserklärung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Anderson ML, Wolf Craig KS, Ziedonis DM (2017) Deaf people's help-seeking following trauma: experiences with and recommendations for the Massachusetts behavioral health care system. *Psychol Trauma* 9(2):239–248
- Anglemeyer E, Crespi C (2018) Misinterpretation of psychiatric illness in deaf patients: two case reports. *Case Rep Psychiatry* 2018:3285153
- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2017) Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. <https://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a729-un-konvention.html>. Zugegriffen: 08.12.2020
- Braun V, Clarke V (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 3(2):77–101
- Cornes A, Napier J (2005) Challenges of mental health interpreting when working with deaf patients. *Australas Psychiatry* 13(4):403–407
- Deutscher Gehörlosen-Bund e. V. (2017) Deutscher Gehörlosen-Bund e. V. <https://www.gehoerlosen-bund.de/barrierefreier%20service/psychotherapeuten/in%20eigener%20praxis>. Zugegriffen: 28. Okt. 2020
- Dresing T, Pehl T (Hrsg) (2017) *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse*, 7. Aufl. Eigenverlag, Marburg
- Fellinger J, Holzinger D, Beitel C et al (2009) The impact of language skills on mental health in teenagers with hearing impairments. *Acta Psychiatr Scand* 120(2):153–159
- Fellinger J, Holzinger D, Pollard R (2012) Mental health of deaf people. *Lancet* 379(9820):1037–1044
- Gill IJ, Fox JRE (2012) A qualitative meta-synthesis on the experience of psychotherapy for deaf and hard-of-hearing people. *Ment Health Relig Cult* 15(6):637–651
- Haase U (2001in) Sozialgesetzbuch IX tritt zum 1. Juli 2001 in Kraft. <http://www.gehoerlosen->

- bund.de/browser/584/dgb_sozialgesetz_ix_regelung.pdf. Zugegriffen: 13. Okt. 2020
- Heil C (2017) Psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen. *Psychother J* 1:11–18
- Hintermair M (2007) Prevalence of socioemotional problems in deaf and hard of hearing children in Germany. *Am Ann Deaf* 152(3):320–330
- Kuenburg A, Fellingner P, Fellingner J (2016) Health care access among deaf people. *J Deaf Stud Deaf Educ* 21(1):1–10
- Landsberger SA, Diaz DR, Spring NZ et al (2014) Psychiatric diagnoses and psychosocial needs of outpatient deaf children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev* 45(1):42–51
- Leven R (2003) Pseudoversorgungsangebote. *Dtsch Arztebl* 3:108
- MacKinney TG, Walters D, Bird GL et al (1995) Improvements in preventive care and communication for deaf patients: results of a novel primary health care program. *J Gen Intern Med* 10(3):133–137
- Morgan DL (1993) Qualitative content analysis: a guide to paths not taken. *Qual Health Res* 3(1):112–121
- O'Hearn A, Pollard RQ (2008) Modifying dialectical behavior therapy for deaf individuals. *Cogn Behav Pract* 15(4):400–414
- Percevic R, Gallas C, Arikian L et al (2006) Internet-gestützte Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring in Psychotherapie, Psychiatrie und psychosomatischer Medizin. *Psychotherapeut* 51(5):395–397
- Pollard RQ, Dean RK, O'Hearn A et al (2009) Adapting health education material for deaf audiences. *Rehabil Psychol* 54(2):232–238
- Pollard RQ, Betts WR, Carroll JK et al (2014) Integrating primary care and behavioral health with four special populations: Children with special needs, people with serious mental illness, refugees, and deaf people. *Am Psychol* 69(4):377–387
- Schmidt S, Metzner F (2020) Psychotherapie für taube Patienten durch hörende Psychotherapeuten mittels Gebärdensprachdolmetscher – ein Systematisches Literaturreview zu Forschungsfindungen und Empfehlungen. *Gesundheitswesen* 82(2):180–187
- Statistische Bundesamts (2019) Statistik der schwerbehinderten Menschen
- Storch A (2010) Analyzing treatment effectiveness in deaf clients who use a signing versus nonsigning therapist. Walden University, Minneapolis
- Vernon M, Leigh IW (2007) Mental health services for people who are deaf. *Am Ann Deaf* 152(4):374–381

Hier steht eine Anzeige.