

„Taube Menschen mit Kommunikations- und Spracharmut in der Psychiatrie und Psychotherapie“

Dr. med. Ulrike Gotthardt
Bereichsleitende Oberärztin
LWL-Klinik Lengerich

Berlin, 01.09.2022



Vortragsinhalte:

- Meine eigenen, frühen Erfahrungen mit Sprachdeprivation
- Grundlegende Aspekte bei gehörlosen Menschen
- Bedeutung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie
- Fall- / Situationsbeispiele
- Fazit

Meine eigenen, frühen Erfahrungen mit Sprachdeprivation:

- Durch Aufwachsen in der Gehörlosenwelt direktes Erleben und Empfinden von kommunikativer, emotionaler, sozialer und psychischer Benachteiligung gehörloser Menschen
- Erste wissenschaftliche Konfrontation damit durch das Literaturstudium, vor allem US-Literatur, für sowie die Interviews im Zusammenhang mit meiner Doktorarbeit „Gehörlosigkeit in Ehe und Familie“ (1988)
- Auf der Basis eigenen Erlebens und eigener Erkenntnisse mit Beginn meiner Arbeit mit gehörlosen psychisch kranken Menschen ab 1985 Berücksichtigung dieser Erfahrungen in der Diagnostik und Behandlung der Betroffenen (= oft „Bauchgefühl“)
- Anfangs häufiger Dispute mit fachlichen Vorgesetzten und selbsternannten Experten, die „unmöglicher“ Literatur mehr Glauben schenkten als meinen direkten, intensiven Erfahrungen mit gehörlosen Menschen

Terje Basilier (1964) „Surdophrenie“:

- Hochgradige Hörschädigung von Geburt oder frühesten Lebensjahren an
- Sprachschwäche, Stummheit oder Gehörlosen- und Schwerhörigenprosodie, Begriffsarmut
- Tendenz zum konkreten Denken, schwach entwickeltes Einfühlungsvermögen
- Neigung zum Schematisieren, zum Nachahmen. Nach dem Finden einer Lösung nur schwere Umstellung auf eine andere
- Tendenz zur Projektion von Schuld und Verantwortung auf andere; mangelnde Fähigkeiten zur Selbstbeobachtung und zur Selbstkritik
- Zum Narzissmus neigende Züge mit der Überschätzung der eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten, unrealistische Haltung gegenüber den Schwierigkeiten des Lebens
- Im Verhalten oft gesteigerte Impulsivität mit der Tendenz, sich in der Form des „acting out“ auszudrücken als Hinweis auf schwächere psychische Selbstkontrollfunktionen

Grundlegende Aspekte bei gehörlosen Menschen

Ausgangspunkte (für 90% taube Menschen, die in hörenden Familien aufwachsen):

Die hörenden Familienmitglieder:

Nichtwissen über

- Taubheit
- gebärdensprachliche Kommunikation
- Taubenkultur
- psychosoziale Entwicklung
- Potentiale gehörloser Menschen
- u.a.

Folgen in Bezug auf Familie:

- massiv mangelnde Kommunikation mit der tauben Person
- Ausschluss der tauben Person aus dem engsten Bezugspersonenkreis → Bindungsstörung
- fehlende bzw. unzureichende Vermittlung von Wissen, Erfahrungen, Regeln, Normen u.a.
- fehlende bzw. unzureichende frühkindliche Förderung bzgl. (Gebärden)Sprache, Bildung, psychosozialen Kompetenzen u.a.
- die taube Person wird von Hörenden abhängig bzw. unselbständig gehalten
- u.a.

Folgen in Bezug auf die taube Person:

- defizitäre Kommunikation mit der Umwelt → Kommunikationsarmut
- eingeschränkte gebärdensprachliche Kommunikation
- eingeschränkte Schrift-(und Lautsprach-)Kompetenzen
- defizitäre Beziehungsgestaltung → Eindruck mangelnder Emotionalität
- mangelnde Selbstwahrnehmung
- mangelndes Selbstbewusstsein
- Bildungsmängel → eingeschränkte / verminderte schulische/berufliche/Karriere-Chancen
- oft „kommunikative Selbsttäuschung“ („meine Familie kann gut gebärden“, „mit Aufschreiben klappt die Kommunikation gut“)
- u.a.

Bedeutung für den Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie:

Gravierende Folgen für vielerlei Aspekte der Diagnostik und Behandlung, sowie viele Betreuungssituationen, z.B. pflegerisch, pädagogisch

Im Folgenden betrachten wir speziell den Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung tauber Menschen.

Dabei handelt es sich nicht um umfassende Darstellungen und Diskussionen, sondern um beispielhafte Auszüge erfolgter Diagnostik und Behandlungen tauber Menschen.

Erstkontakt mit tauben Patienten:

- **Bei muttersprachlich gebärdenden Diagnostikern/Therapeuten:**

Automatischer „Scan“ u.a. auf Kompetenzen bzgl. DGS und gesamter Kommunikationsform, einschließlich Abstraktions- und Bildungsniveau, sozialen und kulturellen Kompetenzen u.a.

- **Bei nicht muttersprachlich gebärdenden Diagnostikern/Therapeuten:**

Der automatische „Scan“ entfällt oder ist stark eingeschränkt.

Nicht selten müssen taube Patienten den Diagnostikern/Therapeuten ihre Kultur, ihre (Nicht)Kompetenzen, ihren Lebensalltag, psychischen und sozialen Ausgangspunkte selbst erklären.

Bei anwesenden Gebärdensprachdolmetschenden:

Zusätzlicher Filter durch eigenes Wissen, Erfahrung und unbewusste „Beurteilung“ der dolmetschenden Person.

Trotz entsprechenden Trainings können dolmetschende Personen ihre Übersetzungen letztlich nicht ganz von unbewussten Einflüssen, u.a. durch eigene Erfahrungen, frei halten.

Bsp.: Verworrener Bericht einer psychisch kranken Person mit Wortneubildungen. Beim Voicen wird die dolmetschende Person zuerst einmal nach dem Sinn des Gesagten suchen und die aus ihrer Sicht verständlichen Worte dafür zu finden. Kann sie diese dann doch als Wortneubildungen im psychopathologischen Sinn erkennen, so kann sie diese zwar zusammenfassend als solche benennen, jedoch den Charakter der Wortneubildungen in DGS kaum in der entsprechenden Form lautsprachlich übersetzen.

Probleme bei **Anamneseerhebung und Diagnostik:**

- Situationen und Gefühle werden von den tauben Patienten oft nur grob benannt, manchmal fehlt auch der DGS-Begriff. Oft ist es nicht einfach, alternativ die Gefühle beschreiben zu lassen, da dies nicht exakt geschieht
- Zum Aufschreiben sind viele Betroffene nicht zu motivieren („ich kann nicht gut schreiben“), z.B. Lebenslauf
- Neuropsychologische Testverfahren auf schriftlicher Basis, z.B. Demenzttests, ADHS-Tests, Persönlichkeitstests, SKID, sind nur begrenzt durchführbar. Die gewonnenen Ergebnisse sind, auch bei „Übersetzung“ dieser durch nicht muttersprachliche Therapeuten oder dolmetschende Personen in DGS, nur sehr begrenzt aussagefähig.

Probleme im Therapieverlauf:

- Durch eingeschränkte Möglichkeiten des Aufschreibens sind Vertiefung der Themen z.B. durch schriftliche Hausaufgaben stark eingeschränkt. Z.B. Gegenüberstellung positiver und negativer Empfindungen oder Erlebnisse des Tages; Merktettel über Erklärungen oder Absprachen in der therapeutischen Sitzung; Erarbeitung von Notfallplänen für Notfallsituationen nach der stationären Entlassung.
- Anregung, diese statt in schriftlicher Form als Video zu erstellen, greift oft nicht. Grund: technische Unkenntnis, Scheu vor den „Selbstgesprächen“ bzw. vor Aufnahmen von sich selbst, zusätzlich u.a. auch aufgrund fehlenden Ordnersystems seitens der tauben Patienten.

- Einfühlen in eine andere, vergleichbare Situation gelingt manchen tauben Patienten nicht. Manchmal entsteht der Eindruck mangelnder Phantasie und mangelnden Einfühlungsvermögens. Dies auch, wenn seitens der Therapeutin vergleichbare Beispiele zur Anregung gegeben werden.
- Es müssen sehr oft konkrete, praktische Beispiele aus dem alltäglichen Leben genutzt werden. Dann erst verstehen viele taube Patienten die Fragestellung oder die Aufgabe. Dabei muss sehr darauf geachtet werden, dass den Patienten damit die Antwort nicht nahegelegt wird, z.B. als Auswahl, oder anhand des Beispiels der Pat. dieses als eigene Antwort nutzt.

Sich ergebende **psychotherapeutische Schlussfolgerungen:**

Diese können dann bei Unkenntnis der Kultur, des Alltags, der Gedanken-, Gefühls- und Lebenswelt tauber Menschen u.U. falsch sein. Dann können sie u.U. die weitere Therapie auf eine falsche Bahn lenken.

Bsp.

- Nichterledigen schriftlicher Hausaufgaben → Behandlungsabwehr
- Konkretes Arbeiten mit dem Patienten → Suggestion, die dann therapeutisch kontraproduktiv wäre
- Schwerpunktmäßig tiefenpsychologisches Arbeiten mit den Patienten oder passiv-inaktive Rolle bzw. nahezu ausschließliches „Zuhören“ durch den Therapeuten → bei vielen tauben Patienten wenig erfolgversprechend

Probleme bei **Erarbeitung von Themen im Gruppensetting:**

- Oft fehlen den tauben Patienten die Begriffe und Definitionen, d.h. das Wissen, für einfache körperliche oder medizinische Abläufe
- bei der Bearbeitung von Themen muss daher oft mit grundlegenden Informationen begonnen werden, bevor das eigentliche Thema behandelt werden kann; damit geht auch Therapiezeit „verloren“
- im Vergleich dazu verfügen hörende Patienten auch mit einfacher Schulbildung bereits über dieses Wissen

Fall- / Situationsbeispiele

Fazit:

- mehr Forschung zur sprachlichen Deprivation bei gehörlosen bzw. hörbehinderten Menschen
 - Ergebnisse können wichtige Ausgangsbasis für politische, bildungstechnische, soziale u.a. Fortschritte für gehörlose Menschen werden
- u.a. dadurch auch mehr Berücksichtigung der Thematik in schulischer und beruflicher Ausbildung, z.B. im medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Bereich
- mehr Information und Bewusstmachung der Thematik in der hörenden, aber auch in der gehörlosen Bevölkerung

Dadurch Ausweitung des Umfangs und Verbesserung der Qualität gehörlosenadäquater Angebote, gerade auch durch selbst gehörlose Menschen.

Jedoch: keine zu hohen Erwartungen! Institutionelle, personelle, soziale und administrative Grenzen hemmen manchmal auch die Fortschritte, so dass Kompromisse notwendig werden.

Inklusion sind hier ohne Kompromisse nicht möglich.