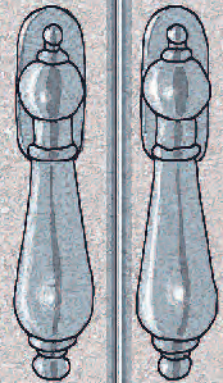


# Grenzen erkennen

Der Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung in Deutschland ist nicht für alle Menschen gleichermaßen leicht. Insbesondere geistig und körperlich behinderte Patienten haben Schranken zu überwinden. Manche davon sind leicht auszumachen – andere praktisch unsichtbar. Wie können Psychotherapeuten diese Schranken erkennen und helfen, sie zu beseitigen? Ein Schwerpunkt über Barrierefreiheit



# Barrierefreie Psychotherapie – wie allgemein ist die Allgemeine Psychotherapie?

Einer barrierefreien Psychotherapie geht es nicht nur um die Hindernisse gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und der gesundheitlichen Versorgung an sich, sondern auch um die inneren Barrieren – in unseren Patientinnen und Patienten wie auch in uns selbst. Sie verlangt der Psychotherapie einiges ab

Von **Jan Glasenapp**

Das Jahr 1999 hat für das Feld der Psychotherapie zwei wesentliche Entwicklungen gebracht, die uns aus heutiger Sicht fast als normal erscheinen:

1. Das Psychotherapeutengesetz hat in Deutschland wesentlich zur Anerkennung der Psychotherapie beigetragen. Sie ist heute zu einem festen Bestandteil der Gesundheitsversorgung geworden.

2. Die Arbeiten Klaus Grawes an einer Allgemeinen Psychotherapie sowie zahlreicher Kolleginnen und Kollegen haben den Schulenstreit innerhalb der Psychotherapie überwunden und eine weitere Professionalisierung bewirkt. Die seither intensiverte Suche nach Gemeinsamkeiten aller psychotherapeutischen Interventionen stärkt den Einfluss – oder besser, den Impact – von Psychotherapie in der Gesellschaft.

Doch was ist aus diesem psychotherapeutischen Impact der letzten Jahre geworden? Wer konnte davon profitieren, wen hat er erreicht, wem hat er geholfen – und wem nicht? Ist die Psychotherapie im Jahr 2015 bereits eine barrierefreie Psychotherapie?

## Grenzen und Identität

In psychotherapeutischen Prozessen kämpfen wir oft mit Barrieren, doch nicht alle davon sind leicht zu erkennen. Manchmal geht es mir wie einer Fliege auf der Scheibe: Wenn ich nach einem anstrengenden Tag in der Praxis nach Hause komme, sitze ich müde im Sessel und schaue leer aus dem Fenster. Mitunter beobachte ich dann eine Fliege, wie sie dumm immer wieder gegen die Scheibe rumst. Dann denke ich: „Siehst du denn nicht, dass da eine Scheibe ist?!“ Und gleich danach frage ich mich, gegen welche Scheibe ich jeden Tag fliege, ohne zu erkennen, was mich davon abhält, das gewünschte Ziel zu erreichen.

Um die vielfältigen Barrieren in der Psychotherapie zu verstehen, ist es hilfreich, ganz vorn anzufangen. Die Grenze als ein Ort der Unterscheidung: „a“ – „nicht a“. Dabei sind die meisten Grenzen, mit denen wir es im Alltag zu tun haben, weniger natürliche Grenzen als vielmehr gemachte Grenzen. Diese gemachten Grenzen schaffen Identität auf zwei Wegen:

1. Durch Einschluss: „Ich bin so wie du – du bist so wie ich!“

Und 2. Durch Ausschluss oder besser Abgrenzung: „Ich bin nicht wie du – du bist nicht wie ich!“

Die entscheidende Frage ist daher: Wie gehen wir mit dieser Grenze um, wie starr, wie flexibel darf sie sein, ohne dass wir einerseits unsere Identität auflösen und andererseits den Rest jenseits von uns ausgrenzen? Wann wird identitätsstiftende Abgrenzung zur Ausgrenzung, sodass das Du kaum noch zu erkennen ist? Wann ist die Grenze so durchlässig, dass sich unsere Autonomie in einer verschmolzenen Symbiose auflöst? Wir selbst haben es durch unsere Grenzsetzungen in der Hand.

## Wenn aus Grenzen Barrieren werden

In diesem Prozess der Grenzsetzungen war es für mich eine der schönsten Entdeckungen der letzten Jahre, mit Theodor W. Adornos „Negativer Dialektik“ ein Verständnis dafür zu entwickeln, mehr auf das zu achten, was *nicht* ist, welche Emotionen *nicht* gezeigt werden, was *nicht* gesagt wird, wenn jemand redet, was *nicht*



gelebt wird, während wir Entscheidungen fällen.

Welches *Nein* steckt also hinter jedem *Ja*?

Ja, wir haben vielen Menschen schon durch Psychotherapie helfen können. Ja, wir haben uns auf viele therapeutische Beziehungen eingelassen. Aber nein, viele Menschen haben wir als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten noch nicht erreicht.

Dabei haben wir es mit unterschiedlichen Barrieren zu tun: Manche (äußeren) Barrieren sind so gut sichtbar, dass niemand sie übersehen kann. Manche Barrieren nehmen wir im Alltag gar nicht mehr wahr, wenn wir nicht daran erinnert werden. Und manche alltäglichen Grenzen – wie beispielsweise eine Bordsteinkante – können für andere Menschen, die auf die Nutzung eines Rollstuhls angewiesen sind, bereits zu einer unüberwindbaren Barriere werden.

Schon lange erinnert die Aktion Mensch deshalb daran: „Behindert ist man nicht, behindert wird man!“ Behindert zu sein bedeutet allzu oft, behindert zu werden, und ist daher ein sozialer Tatbestand. Solche – sichtbaren – Barrieren gibt es natürlich auch in der Psychotherapie.

### **Barrieren in der psychotherapeutischen Versorgung**

Dabei erweist sich der Zugang zur Psychotherapie für viele Patientinnen und Patienten häufig als der schwierigste Schritt auf dem Weg zur Besserung.

Die Stiftung Gesundheit kam 2012 in einer eigenen Erhebung unter bundesweit knapp 28.000 Praxen der Fachrichtungen Psychiatrie und Psychotherapie zu dem Ergebnis, dass nur 15 Prozent einen rollstuhlgerechten Zugang zu den Behandlungsräumen haben. Und nur 1 Prozent dieser Praxen verfügen über ein barrierefreies WC.

Dabei ist es eine zentrale staatliche Aufgabe, behinderten Menschen den barrierefreien Zugang zur Gesundheitsversorgung zu sichern, wie in der 2009 von Deutschland ratifizierten Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen festgeschrieben ist.

Artikel 25 darin regelt den Gesundheitsbereich: „Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung.“ Und weiter: „... erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, ... indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen“.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hält es in dem 2013 veröffentlichten Teilhabebericht über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen „für erforderlich, eine verbesserte Nutzbarkeit medizinischer Infrastruktur für Menschen mit Beeinträchtigungen zu prüfen. Hierbei geht es nicht nur um Zugangs-, sondern auch um Kommunikations-Barrieren.“

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat das Thema aufgegriffen und unterstützt Kolleginnen und Kollegen darin, räumliche und sprachliche Barrieren abzubauen. Analog wird auf zahlreichen gesellschaftlichen Ebenen daran gearbeitet, Zugangsmöglichkeiten behinderter Menschen zu verbessern.

Doch bei allen Fortschritten darf nicht vergessen werden, dass es bei Barrierefreiheit um einen tiefgreifenden Wandel an Einstellungen und Verhaltensweisen geht, was nicht nur auf äußere Aspekte begrenzt bleiben darf.

### **Ein zynisches System, das Hilfe suggeriert, aber nicht bietet**

Realität für viele Menschen mit körperlichen, geistigen oder Sinnesbehinderungen bleibt jedoch, dass sie keine adäquate psychotherapeutische Behandlung erfahren, obwohl sie das Recht darauf hätten. Denn wenn sie bei ihrer Krankenkasse

## **Wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten laufen oft genug Gefahr, ein zynisches System zu unterstützen, in dem allzu viele „draußen“ bleiben**

anrufen, erhalten sie natürlich die Auskunft, dass sie Anspruch auf eine Behandlung haben und die Kosten übernommen werden. Aber das heißt noch lange nicht, dass sie eine Kollegin, einen Kollegen in der Nähe finden, der sie auch behandeln wird.

Daher laufen wir als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oft genug Gefahr, nicht nur erlernte Hilflosigkeit zu verstärken, sondern ein zynisches System zu unterstützen, in dem zwar diejenigen, die „drinnen“ sind, sicherlich gut behandelt werden, aber allzu viele schlichtweg „draußen“ bleiben.

### **Von der Integration zur Inklusion**

Dieses Problem wird in der Behindertenhilfe schon seit einigen Jahren kritisch diskutiert. Lange Zeit wurde in diesem Zusammenhang von Integration gesprochen: Es ging darum, Menschen, die zuvor ausgegrenzt waren, in eine wie auch immer geartete Normalität zu integrieren. Doch allzu oft bedeutete Integration nichts anderes als einseitige Anpassung, was in dieser Form als gescheitert anzusehen ist.

Der Begriff, der die erforderlichen Veränderungen in einem helfenden System heute am ehesten beschreibt, ist der Begriff der Inklusion, ein wechselseitiger Anpassungs- und Entwicklungsprozess aller Beteiligten. Doch auch innerhalb von Inklusion bestehen Grenzen: der gesellschaftliche Rahmen einerseits und individuelle Grenzen andererseits. Inklusion muss daher so lange eine Illusion bleiben, wie diese Grenzen nicht berücksichtigt werden.

Barrierefreie Psychotherapie fokussiert nicht nur auf die mehr oder weniger sichtbaren Barrieren gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und der gesundheitlichen Versorgung an sich, sondern viel-

## Barrierefreiheit verlangt uns viel ab und kann uns in Kontakt mit eigenen schmerzhaften Emotionen wie Ängsten, Ärger und vielleicht auch Trauer bringen

mehr auf die inneren Barrieren – in unseren Patientinnen und Patienten wie auch in uns selbst.

Wir alle kennen diese individuellen Ausgrenzungen und arbeiten täglich mit ihnen. Mir selbst hilft es in der therapeutischen Arbeit, diese Grenzen unter dem Gesichtspunkt des Schutzes zu verstehen und im Kontext der Ich-Entwicklung zu sehen. Den Gedanken der Inklusion aufgreifend, würde dies für traumatherapeutische Ansätze beispielsweise bedeuten, dass es nicht um die Integration abgespaltener Ich-Zustände oder Persönlichkeitsanteile geht. Denn mit dem Begriff der Integration bleibt uns und unseren Patientinnen und Patienten mitunter unklar, wer oder was wie integriert werden soll. Allzu oft mündet der Wunsch, das vermeintlich „Schmerzhaftes“, „Unerträgliches“, „Bedrohliche“ und daher Abzuspaltende in eine vermeintliche „Normalität“ zu überführen, in einem inneren Kampf, an dem so viele zu scheitern drohen.

Inklusion statt Integration in der Traumatherapie würde dann vielmehr einen Transformationsprozess beinhalten, in dem der traumatisierte Mensch sich mit seinen schmerzhaften Erfahrungen des Traumas neu konstituiert.

### Barrierefreiheit beginnt im Herz!

Und wir selbst? Auch wir stoßen in unserem therapeutischen Alltag immer wieder an eigene Grenzen, an denen wir unsere Entscheidungen überprüfen können. Denn wer bekommt den freien Therapieplatz, den wir gerade haben? Herr Müller, Dipl.-Ing., Teamleiter bei Daimler, mit depressiver Symptomatik bei Burn-out? Oder doch Frau Maier, Rollstuhlfahrerin mit Verdacht auf leichte Intelligenzminderung und emotionale Instabilität? Wir haben die Wahl!

Aus dieser Perspektive beginnt Inklusion mit dem Einzelnen, mit uns. Und dabei gilt weniger (wie die Lebenshilfe-Kampagne unter Rückgriff auf Georg Feuser beschreibt): „Inklusion beginnt im Kopf!“ Sondern eher: „Inklusion (oder wenn Sie so wollen, Barrierefreiheit) beginnt im Herzen!“ Und damit im Umgang mit unseren Emotionen.

Eine entsprechende Barrierefreiheit verlangt uns viel ab und kann uns in Kontakt mit eigenen schmerzhaften Emotionen wie Ängsten, Ärger und vielleicht auch Trauer bringen. Sich diesen immer wieder zu stellen bedeutet, sich kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Dies ist weniger ein Prozess der Suche nach etwas Vorgefertigtem, etwa in dem Sinne, in dem Nietzsche sagte, „werde der, der du bist“. Vielmehr geht es bei dem Neuen um Selbstkonstituierung, also um die immer wieder neu stattfindende Selbsterschaffung in unserem Handeln, Denken und Fühlen. Dann geht es darum: „Werde anders, als du bist“ – eine offene Geschichte.

Dies bedeutet, Spaß daran zu finden, immer wieder aufs Neue die eigene Komfortzone zu verlassen, auf der Suche nach dem einen Augenblick in der Begegnung mit einem anderen Menschen. Dies verlangt Mut und die innere Bereitschaft, bekanntes Terrain zu verlassen und Neues zu entdecken. Wer dabei auf ein manualisiertes Vorgehen hofft, wird möglicherweise enttäuscht werden.

Es kommt also auf unsere therapeutische Haltung an, mit der wir Patientinnen und Patienten begegnen. Und es kommt auf unsere therapeutische Flexibilität an, mit der wir therapeutische Tools nutzen.

### Barrierefreie Psychotherapie braucht ...

Nein, so gesehen haben wir auch im Jahr 2015 noch lange keine barrierefreie Psychotherapie. So gesehen ist jeder psychotherapeutische Prozess eine Arbeit an und mit Barrieren. Doch was braucht es, um sich ihr anzunähern?

... **Versorgungsstrukturen.** Barrierefreie Psychotherapie benötigt zunächst Versor-

gungsstrukturen, die Anreize schaffen, sichtbare Barrieren abzubauen und bislang unterversorgten Zielgruppen von Psychotherapie Chancen zu ermöglichen, anstatt – wie bisher – die Komfortzone der Behandlerinnen und Behandler zu konsolidieren.

... **Ausbildung.** Barrierefreie Psychotherapie verlangt eine Ausbildung, die nicht nur die Anwendung von Techniken lehrt, sondern eine Therapeutinnen- und Therapeuten-Persönlichkeit fördert, die Freude daran hat, sich ständig weiterzuentwickeln und im Fremden statt einer Bedrohung eine Bereicherung sieht. Eine Persönlichkeit, die so in der Lage ist, versorgungsverantwortlich zu denken, zu fühlen und zu handeln.

... **Wissen.** Barrierefreie Psychotherapie erfordert ein entsprechendes Wissen, wofür allerdings nicht immer das Rad neu erfunden werden muss. Viel wichtiger als Spezialistentum ist es, das vorhandene Wissen flexibel nutzen und anwenden zu können. Wir verfügen bereits über wunderbares Wissen, nun geht es darum, dieses Wissen weiter zu nutzen, sodass immer mehr Menschen von diesem Wissen profitieren können.

... **Sie.** Und schließlich braucht barrierefreie Psychotherapie: Sie. Tragen Sie mit dazu bei, die vielfältigen Barrieren im Feld der Psychotherapie Schritt für Schritt abzubauen!

Foto: Privat



### Dr. phil. Dipl.-Psych. Jan Glasenapp

ist Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis in Schwäbisch Gmünd, Dozent und Supervisor. Er ist Mitglied

der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, stellvertretendes Mitglied im Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg und Referatsleiter für Menschen mit geistiger Behinderung im Dachverband Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT).