

Psychotherapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung unter Mitwirkung von Dolmetschern

Psychotherapy of Posttraumatic Stress Disorder in Cooperation with Interpreters

B. Abdallah-Steinkopff

Institut für Psychologie, Lehrstuhl Klinische Psychologie, LMU München, Refugio München, Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer

Schlüsselwörter

Psychotherapie · Posttraumatische Belastungsstörung · Dolmetscher · Flüchtlinge

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit soll einen Einblick in die Zusammenarbeit mit Dolmetschern bei der Therapie traumatisierter Flüchtlinge vermitteln. Nach einer kurzen Einführung in das Behandlungskonzept und in kulturelle Aspekte, die für die Therapie relevant sind, folgt eine Darstellung der Rolle des Dolmetschers als Mittler zwischen Patient und Therapeut.

Typische Konfliktsituationen werden an Fallbeispielen veranschaulicht. Die Ableitung möglicher Einflußfaktoren auf die Effektivität der Zusammenarbeit zwischen Therapeuten und Dolmetschern, kann als Versuch gesehen werden, Erfahrungen aus der täglichen Praxis zu systematisieren. Vorgestellt wird ein Leitfaden für die Zusammenarbeit mit Dolmetschern in der Therapie. Die als wichtig erachteten Regelungen und Maßnahmen zielen nicht nur auf eine effektivere Zusammenarbeit zwischen Dolmetscher und Therapeut ab, sondern sollen auch Ressourcen fördern, die in einer solchen Kooperation liegen.

Einleitung

Das Hilfsangebot von Beratungs- und Behandlungszentren für Flüchtlinge richtet sich an Menschen, die als Folge unterschiedlichster Belastungen unter einer physischen und psychischen Symptomatik leiden. Ursache für die Leiden der Flüchtlinge sind Krieg, Verfolgung, Haft und Folter im Hei-

Key Words

Psychotherapy · Posttraumatic stress disorder · Interpreter · Refugees

Summary

This article provides an impression of the cooperation with interpreters in the treatment of traumatized refugees. After a short presentation of the treatment concept and cultural aspects, which are of concern for therapy, the role of the interpreter as connection between client and therapist is described. Typical conflicts in the therapy with interpreters are exemplified in brief case reports. Facts possibly influencing the efficacy of the cooperation between interpreter and therapist are shown. This can be seen as an attempt to systematize experiences made in practice. A guideline for the therapy with interpreters is presented. The rules and methods considered as being important for the work should assure an effective cooperation and also promote the resources.

matland sowie schwebendes Asylverfahren, schwierige Lebensbedingungen und Kulturschock im Exilland. Die Kombination aus sozialen, medizinischen und psychischen Problemen erfordert eine psychosoziale Betreuung, die nur im Rahmen einer Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen (Sozialpädagogen, Ärzte und Psychologen) innerhalb eines Teams gewährleistet werden kann. Angesichts des

internationalen Klientels ist das Angebot einer Beratung und Behandlung in der jeweiligen Muttersprache als grundlegende Voraussetzung für eine effektive Betreuung anzusehen. Die Berücksichtigung kultureller Aspekte bei der medizinischen und insbesondere bei der psychotherapeutischen Behandlung spielt vor allem bei kulturell geprägten Krankheitsüberzeugungen und Heilungsvorstellungen eine wichtige Rolle. In vielen Zentren sind daher Teams interkulturell zusammengesetzt. Ein großer Teil der Beratungs- und Behandlungsgespräche muß jedoch beispielsweise in Refugio München über Dolmetscher vermittelt werden. Von 252 Fällen bei insgesamt 444 Klienten unter Berücksichtigung der Familienmitglieder fanden 116 Beratungen und Behandlungen unter Mitwirkung von Dolmetschern statt. Bisher gibt es in der Literatur nur wenige Veröffentlichungen zur Rolle des Dolmetschers und ihrer Bedeutung im psychotherapeutischen Prozeß. Haenel [1997] führt in seinem Literaturüberblick relevante Aspekte zu dieser Thematik auf wie die Notwendigkeit von Information und Training für Dolmetscher [Dhawan et al., 1990], die Bedeutung von Geschlecht, Herkunft und Persönlichkeit des Dolmetschers für das Vertrauen des Patienten [Vesti und Kastrup, 1992], die Notwendigkeit von Supervisionen für Dolmetscher [Jacobson und Vesti, 1990] sowie der Hinweis auf die Problematik einer Gegenübertragung [Cox, 1976; Westermeyer, 1990].

In seinem Artikel veranschaulicht Haenel [1997] den Aspekt der Übertragung und Gegenübertragung an Fallbeispielen. Von Samson und Nakajima [1997] untersuchten in ihrer Studie, basierend auf einer qualitativen Methode, die Probleme in der Zusammenarbeit von Dolmetschern und Beratern. Ausgangspunkt für ihre Datenerhebung war die Hypothese, daß eine der Ursachen für diese Probleme die unrealistische Erwartung der Berater an Dolmetscher sein könnte, ausschließlich als Sprachrohr zu fungieren und persönliche Aspekte von ihrer Übersetzertätigkeit zu trennen. Von Samson und Nakajima kommen bei ihrer Untersuchung zu folgenden Ergebnissen: Trotz einer grundsätzlich hohen Kooperationsbereitschaft und einer positiven Bewertung der Zusammenarbeit für die Behandlung von Flüchtlingen, gaben die Befragten Probleme innerhalb des therapeutischen Prozesses an. Dolmetscher kritisierten konfrontative therapeutische Verfahren, schwer übertragbare Formulierungen der Therapeuten, mangelndes Eingehen der Therapeuten auf den kulturellen Kontext der Patienten. Therapeuten kritisierten vor allem, daß Dolmetscher nicht wortwörtlich übersetzen würden, sondern eher eigene Äußerungen mit ihnen verknüpfen würden. Als eine mögliche Ursache für diese Probleme sehen die beiden Autorinnen unterschiedliche Vorstellungen in der Erreichung bestimmter Ziele (z.B. der rücksichtsvolle Umgang mit dem Patienten). Der Dolmetscher kann beispielsweise manche Therapiemethoden, die für den Klienten zum Teil emotional schwer belastend sind, nicht als solche erkennen und empfindet sie lediglich als Rücksichtslosigkeit von seiten des Beraters [von Samson und Nakajima, 1997]. Eine weitere Ursache

für Konflikte in der Dyade Dolmetscher–Therapeut ergibt sich nach v. Samson und Nakajima aus der Erwartung der Berater, daß der Dolmetscher einerseits als «Brücke» zwischen den Kulturen fungiert, andererseits die Informationsübergabe während der Übersetzung objektiv und transparent, d.h. ohne eigene Färbung geschehen soll. Als Bestätigung ihrer Hypothese schlußfolgern von Samson und Nakajima, daß Dolmetscher wie alle anderen Menschen auch einer selektiven Wahrnehmung unterliegen, besonders dann, wenn sie vom Schicksal des Patienten emotional berührt sind. Wird dieser Aspekt nicht von Beratern berücksichtigt, käme es immer wieder zu Problemen. Verbesserungsvorschläge, die von den Autorinnen aus der Interpretation der Ergebnisse abgeleitet werden, sollen diesem Umstand gerecht werden.

Im folgenden Abschnitt soll ein im Münchner Behandlungszentrum angewandtes verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) dargestellt und ein Einblick in kulturelle Aspekte bei der Behandlung von Flüchtlingen gegeben werden.

Behandlungskonzept unter Berücksichtigung kultureller Aspekte

Beschreibung des Behandlungskonzepts

Die verhaltenstherapeutische Behandlung von Patienten mit PTB basiert auf der Berücksichtigung von Bewertungs- und Erinnerungsprozessen, die nach einer traumatischen Erfahrung wirksam werden. In Untersuchungen von Steil, Ehlers und Clark [1997] bei vergewaltigten Frauen ließen sich folgende Einflußfaktoren, die für den weiteren Verlauf der Verarbeitung traumatischer Erfahrung von Bedeutung sein könnten, bestimmen:

- Bewertung der traumatischen Erfahrung innerhalb der eigenen Lebensgeschichte («War schon immer ein Pechvogel»).
- Bewertung der Folgen nach Trauma («Ich werde verrückt», «Man hat mich zerstört»).
- Zugang zu Erinnerungen der traumatischen Erfahrung, Einsicht in Zusammenhänge impliziter und expliziter Gedächtnisinhalte.
- Bedeutung von Hinweisreizen als Angstauslöser

Tendieren die Bewertungsprozesse zu einer negativen, selbstabwertenden, katastrophisierenden Einstellung, bleibt die Erinnerung an die traumatische Erfahrung fragmentiert, und werden typische Hinweisreize im gegenwärtigen Umfeld für die Auslösung von Intrusionen nicht identifiziert, kann es nach Ehlers [1997] zu einem permanenten Gefühl der Bedrohung kommen. Vermeidungsverhalten als Reaktion auf die empfundene Bedrohung wiederum hält die Angst aufrecht. Dieser dargestellte Ablauf dient als Erklärungsmodell für eine Chronifizierung der PTB. Unter Berücksichtigung von Risiko- und Schutzfaktoren entsprechend dem Ätiologiemo-

Tab. 1. Kategorien kultureller Unterschiede bei Wertvorstellungen [nach Oerter, 1990]

Kategorie	Land/Kulturraum		
	Indonesien	USA	Deutschland
Persönlichkeitsziel	Reife harmonische Persönlichkeit, die kompetent die Werte der Gesellschaft verwirklicht	Selbstverwirklichung	Selbstverwirklichung
Kontrolle	Kontrolle der Emotionen, Sieg über egoistische Bedürfnisse zugunsten altruistischen Handelns	Kontrolle der Umwelt im Dienste der Selbstverwirklichung	Kontrolle der Umwelt im Dienste der Selbstverwirklichung
Wissen	Wissen, was gut und böse ist, was richtig ist	Wissen, wer man ist, was man will	Wissen, wer man ist, was man will
Freiheit	Freiwillig die Normen der Gesellschaft übernehmen, sich anpassen	Alles ist möglich, man muß nur wollen	Manches ist möglich, man muß nur wollen

dell von Maercker [1997] kann das Konzept von Steil, Ehlers und Clark [1997] plausibel machen, warum nur 20–40% der Menschen nach Trauma eine PTB entwickeln.

Therapeutische Maßnahmen

Als Berücksichtigung der Bewertungs- und Gedächtnisprozesse und als Maßnahme gegen selbstabwertende und katastrophisierende Tendenzen können folgende Behandlungsschritte verstanden werden:

- Psychoedukative Information zu den möglichen Folgen eines Traumas und zum Heilungsprozeß.
- Verhaltensanalyse zur Erfassung der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen für Intrusionen, um Einsicht in das Entstehen von Angstzuständen zu ermöglichen.
- Konfrontation mit Hinweisreizen zur Angstreduzierung, verknüpft mit Streßmanagement.
- Lebensgeschichtliche Analyse zur Überprüfung von dysfunktionalen Annahmen hinsichtlich der traumatischen Erfahrung.
- Förderung der Erinnerung an das Trauma aus der Perspektive des Opfers sowie des Überlebenden, um den aktiven, planenden Anteil des Betroffenen während der traumatischen Erfahrung bewußt zu machen.
- Betrachtung der traumatischen Erfahrung aus der Perspektive des Opfers («Was hat man mir angetan»), des Überlebenden («Was hat mir Halt gegeben», «Wie habe ich den Schmerz ertragen») und manchmal aus der Perspektive des Täters («Welche Absichten hatten die Täter»).
- Überprüfung dysfunktionaler Überzeugungen, besonders bezogen auf Schuldzuschreibung, die eigene Person betreffend, und den daraus entstehenden Schamgefühlen.

In Anlehnung an das Konzept der «shattered assumptions» von Janoff-Bulman [1992] muß im Verlauf des therapeutischen Prozesses auf die Erfahrung eines Bruchs in der Lebensgeschichte eingegangen werden. Frühere Überzeugungen und Annahmen über sich, die Mitmenschen und die Welt wurden durch die traumatische Erfahrung, z.B. eines Bürgerkriegs, zerstört. Die Schaffung eines neuen Sicherheits- und Wertekonzepts zur Orientierung in der Gegenwart und zum

Aufbau einer Zukunftsperspektive ist daher ein wesentliches Behandlungsziel.

Streßbewältigende Maßnahmen sowie soziales und interkulturelles Kompetenztraining stärken das Gefühl der Selbstwirksamkeit und fördern die Handlungsfähigkeit im Alltagsleben.

Kulturelle Dimension

Perren-Klingler [1998] definiert den Begriff Kultur als ein Set gesellschaftlicher Werte und Normen, die das Verhalten der einzelnen Menschen in einem gewissen Ausmaß steuern und das jeweilige Menschenbild sowie das Weltbild prägen. Zu bedenken ist jedoch gerade bei Menschen, die aus afrikanischen oder asiatischen Ländern stammen, die Vielfalt von Normen und Werten innerhalb einer nationalen Einheit (z.B. Äthiopien) aufgrund unterschiedlicher Ethnien, Religionen, Stammeseinheiten, aber auch sozialer Schichtzugehörigkeit.

Beim Aufbau einer therapeutischen Beziehung, bei der Diagnosestellung und bei der Planung von Therapieschritten ist die Berücksichtigung kultureller Aspekte unerlässlich. Es folgt daher eine kurze Beschreibung zu Unterschieden in Lebenshaltungen, zu Ausdrucksformen von Leiden und zu kommunikativen Aspekten, die für die Therapie relevant sein können.

Empirische Befunde

Ergebnisse eines interkulturellen Vergleichs [Hofstede, 1993] weisen darauf hin, daß es offensichtlich weltweit gemeinsame Probleme gibt, die Einfluß auf das Funktionieren von Gesellschaften haben. Nach Hofstede lassen sich folgende Grundprobleme aus dem Vergleich ableiten:

Soziale Ungleichheit, einschließlich des Verhältnisses zur Autorität, die Beziehung zwischen Individuum und der Gruppe, Vorstellungen von Maskulinität und Femininität als auch die Art Weise, mit Ungewißheit umzugehen, und zwar in bezug auf die Kontrolle von Aggression und das Ausdrücken von Emotionen. In Entsprechung dazu entwickelte er vier Kulturdimensionen: Machtdistanz (von gering bis groß), Kol-

lektivismus – Individualismus, Femininität – Maskulinität, Unsicherheitsvermeidung (von schwach bis stark).

Zur Verdeutlichung unterschiedlicher Wertvorstellungen auf einer dieser Dimensionen – Individualismus und Kollektivismus – soll kurz auf die Ergebnisse einer kulturvergleichenden Studie von Oerter [1990] eingegangen werden. Zur Erfassung des Menschenbildes verglich dieser drei Nationalitäten anhand von 13 Kategorien. Indonesien als Beispiel für eine kollektivistische Kultur, USA sowie Deutschland als Beispiele für individualistische Kulturen.

Nach Oerter legt die Erziehung in individualistischen Kulturen Wert auf Selbstvertrauen, Unabhängigkeit, Selbstfindung und Selbstverwirklichung. In kollektivistischen Kulturen dagegen favorisiere die Erziehung Konformität, Gehorsam, Wohlverhalten und fördere das Verständnis des Selbst als Mitglied einer Gruppe. Exemplarisch an vier Kategorien, die in der Psychotherapie von Bedeutung sein können, lassen sich Unterschiede in den Wertvorstellungen veranschaulichen (Tab. 1).

Diese unterschiedlichen Lebenshaltungen machen deutlich, daß westeuropäische Lebensziele, die auch Bestandteil des Menschenbilds einer westeuropäisch geprägten Psychologie sind, nicht mit den erstrebenswerten Zielen anderer Kulturen übereinstimmen.

Ethnokulturelle Aspekte bei den körperlichen und psychischen Folgen nach Gewalterfahrung

Untersuchungen bei Opfern von Gewalt weisen darauf hin, daß die Symptomatik der PTB – Erinnerungsdruck, Vermeidungsverhalten und Übererregung – in unterschiedlicher Ausprägung unabhängig vom kulturellen Kontext auftritt [Perren-Klingler, 1998]. Besonders das Vermeidungsverhalten, im DSM IV bei Vorliegen von drei Kriterien, unterliegt einem kulturspezifischen Einfluß. Werden das traumatische Ereignis und die Symptomatik als Zeichen eines Fluches über die Familie angesehen, ist das Vermeidungsverhalten stärker ausgeprägt als bei einem Menschen, der sein Vermeidungsverhalten als Ausdruck seiner Angst versteht, sich seinen Erinnerungen auszusetzen, und eine Konfrontation mit seinen Erinnerungen als sinnvolle Angstbewältigung ansieht. Eine Kosovo-Albanerin unterstreicht ihre Aussage «an schreckliche Bilder darf ich mich nicht erinnern, sonst wecke ich die bösen Geister» mit einem Sprichwort aus ihrer Heimat. Es besagt, daß alle schlechten Träume und Bilder zum Brunnen gebracht werden müssen, damit sie nicht lebendig werden.

In besonderem Maße ist der Ausdruck von Emotionen wie Angst, Scham, Schuld, Wut und Ärger von kulturellen Einflüssen betroffen. Das häufige Auftreten psychogener Anfälle, beispielsweise bei Frauen aus Afghanistan oder aus dem Kosovo, ist vor allem in Situationen der Scham und Angst zu beobachten. Zudem werden affektive Zustände bei vielen Flüchtlingen als körperliche Empfindung beschrieben, z.B. Traurigkeit als «Druck auf der Brust». Welche Ereignisse als

bedrohlich oder beschämend gewertet werden, ist ebenfalls vom jeweiligen kulturellen Kontext abhängig und dementsprechend mit Tabus belegt.

Bei der Diagnosestellung müssen kulturell geprägte Ausdrucksformen von Leiden mitberücksichtigt werden.

Soziale Interaktion

Im sozialen Kontakt beeinflußt das Verständnis von geschlechtsspezifischen Rollen und hierarchischen Strukturen den Umgang miteinander. In afrikanischen und asiatischen Kulturen gilt es als unhöflich, Mitmenschen mit den eigenen Problemen zu behelligen. Dieses Schonverhalten kann manchmal dazu führen, daß zu Beginn einer Therapie für die behandelnde Person nicht ersichtlich wird, unter welchem Problem der Patient eigentlich leidet. Das direkte, unumwundene Ansprechen des eigenen Anliegen und das Äußern der eigenen Meinung einer Autorität gegenüber ist in vielen Kulturen unüblich. Häufig empfinden westeuropäische Therapeuten die Kommunikation mit Flüchtlingen daher als kompliziert und verwirrend, im Sinne von «um den Brei reden».

Aber nicht nur die verbale Kommunikationsform, sondern auch die Interpretation nonverbaler Ausdrucksformen unterliegen einer kulturellen Prägung. Direkter Blickkontakt gilt in vielen afrikanischen und asiatischen Ländern als Zeichen der Indiskretion und Mißachtung. Meiden des Blickkontakts kann daher in einigen Kulturen Ausdruck einer Respektsbekundung sein, in westeuropäischen Kulturen kann es dagegen als Zeichen für Unsicherheit und Lügen gewertet werden.

Therapeut-Klient-Beziehung

Die aufgeführten kulturellen Aspekte, die in der Therapie von Bedeutung sind, beeinflussen die therapeutische Beziehung und die Planung von Behandlungsschritten. Das Menschenbild der verschiedenen psychologischen Schulrichtungen entspricht der individualistischen Wertvorstellung, im Sinne einer Förderung der Eigenverantwortung und Selbstentfaltung, während die Menschenbilder der Flüchtlinge aus den afrikanischen, asiatischen, aber auch osteuropäischen Ländern eher den kollektivistischen Wertvorstellungen zuzuordnen sind. Die Therapeut-Klient-Beziehung kann daher als Begegnung zweier Kulturen angesehen werden. Die Orientierung an unterschiedlichen Lebensphilosophien erfordert vom Therapeuten einerseits die bewußte Analyse und Hinterfragung der eigenen Wertvorstellung und andererseits Kenntnisse über die Wertvorstellungen des Klienten. Der alleinige Erwerb ethnologischer Wissens ist unzureichend, wenn fremde Wertvorstellungen an den eigenen – als einzig wahren – gemessen werden. Einblick in die Lebenshaltungen anderer Kulturen kann sowohl über das Aneignen ethnologischer Kenntnisse, über die Befragung des Klienten zu bestimmten Einstellungen als auch in der Zusammenarbeit mit Dolmetschern aus den jeweiligen Herkunftsländern erworben werden. Dabei fungieren Dolmetscher nicht nur als sprachliche Vermittler, sondern auch als Kenner zweier Kulturen.

Rolle der Dolmetscher innerhalb der Triade Therapeut–Dolmetscher–Klient

Dolmetscher, die im Münchner Zentrum tätig sind, stammen aus den Herkunftsländern der Klienten und leben seit Jahren, manche auch seit ihrer Kindheit, mit einem gesicherten Aufenthalt in Deutschland. Nicht aufgenommen werden Personen, deren Aufenthalt noch ungewiß ist, da eine zu hohe Betroffenheit mit der Problematik der Klienten mangelnde Distanz zur Folge haben könnte. Aus Kostengründen werden keine ausgebildeten Übersetzer beschäftigt. Die Dolmetscher haben unterschiedliche Berufe oder sind Studierende. Kenntnisse aus dem medizinischen und psychosozialen Bereich sind eher selten vorhanden. Ihre sprachlichen Kompetenzen, abgesehen von einem sprachlichen Niveau als Voraussetzung für die Dolmetschertätigkeit, variieren.

Innerhalb der Triade verfügen sie als einzige über ein Wissen beider Kulturen und werden daher gerne als kulturelle Brücke zwischen Klient und Therapeut bezeichnet. Die folgenden Ausführungen zu der Rolle des Dolmetschers basieren nicht auf empirischen Befunden. Sie stellen lediglich Beobachtungen und Annahmen der Autorin dar und sollen als Ergebnis einer fünfjährigen Zusammenarbeit mit Dolmetschern zur Diskussion gestellt werden.

Aufgrund der gemeinsamen Sprache scheint der Dolmetscher bessere und schnellere Möglichkeiten zu haben, den Klienten hinsichtlich des Bildungsgrades, der sozialen und ethnischen Herkunft einzuschätzen. Die Sozialisation im gleichen kulturellen Kontext und entsprechend ähnliche Erfahrungen ermöglichen ein besseres Verständnis für die Patienten. Anzunehmen ist daher, daß sich ein Dolmetscher besser in das Befinden des Patienten einfühlen kann als der Therapeut, dem die Bilder zu dem Gesagten des Patienten fehlen. Ein afghanischer Dolmetscher, der wegen des Kriegs aus Afghanistan flüchtete, hat eher eine Vorstellung von der Welt eines afghanischen Flüchtlings, der über 20 Jahre Bürgerkrieg mit dem unvorstellbaren Ausmaß an Zerstörung von Städten und Landschaften, aber auch von gesellschaftlichen Strukturen erlebt hat, als ein Therapeut, der diese Zustände nur aus den Medien kennt. Diese Möglichkeit der Empathie, eine der Grundvoraussetzung für eine gute Therapeut–Patient-Beziehung, eröffnet dem Dolmetscher verständlicherweise leichter und eher den Zugang zum Patienten als dem Therapeuten. Ob Sympathie oder Antipathie daraus erwächst, ist abhängig von der Tatsache, welchen politischen, ethnischen oder religiösen Gruppen Dolmetscher und Patient angehören und wie sie mit einer unterschiedlichen Zugehörigkeit umgehen.

Der unterschiedliche Grad an Verständnis und Kenntnis der Welt des Patienten verdeutlicht, daß die Verbindungen innerhalb der Triade verschiedener Qualität sind. Die Beziehung des Therapeuten zum Patienten ist neutraler, möglicherweise unbefangener, aber auch, zumindest zu Beginn der Behandlung, distanzierter als die des Dolmetschers zum Patienten.

Im schlimmsten Fall kann sich daraus eine konkurrierende Situation innerhalb der Dyade Therapeut–Dolmetscher entwickeln. Dies geschieht meist dann, wenn Therapeuten die vertrautere Beziehung zwischen Dolmetscher und Patient, besonders zu Beginn der Therapie, als Beweis eigener Inkompetenz werten und nicht als Ressource für den therapeutischen Prozeß erkennen.

Dolmetscher sind in stärkerem Maße verschiedenen Erwartungen ausgesetzt als Therapeut und Patient. Aus Sicht der Patienten sind Dolmetscher Landsleute, die sie besser verstehen können. Sie erwarten großen Einsatz und Unterstützung von ihnen, wenn es darum geht, ihre Anliegen bei Behörden und Institutionen vorzubringen. Häufig überschätzen sie dabei die Einflußmöglichkeit der Dolmetscher auf Verwaltung und Behörden. Oft wünschen sie sich ein freundschaftliches Verhältnis zu den Dolmetschern. Die Therapeuten dagegen erwarten von den Dolmetschern Neutralität im Umgang mit Patienten und professionelle Qualitäten, wie sprachliche und interkulturelle Kompetenz. Dolmetscher sind demzufolge professionellen Erwartungen der Therapeuten und moralischen Erwartungen ihrer Landsleute ausgesetzt. Stimmen die Erwartungen der Patienten und Therapeuten nicht überein, können sich daraus Konflikte für die Dolmetscher ergeben. Der Rückzug auf ihre Dolmetscherfunktion und die damit verbundene Wahrung der Neutralität, wie von den Institutionen erwartet, wird von Landsleuten oft als Unhöflichkeit und mangelnde Hilfsbereitschaft gewertet. Der Vorwurf einer mangelnden Solidarität mit ihren Landsleuten kann bei Dolmetschern Schuldgefühle auslösen und zu einem Loyalitätskonflikt führen.

Vor Gericht, in einer Beratung oder psychotherapeutischen Behandlung gelten Dolmetscher nicht als Teilnehmer des Gesprächs, sondern als Sprachrohr. Sie treten jedoch am häufigsten während des Gesprächsablaufs in Erscheinung, da sie für zwei Personen sprechen [Scheffer, 1997]. Wie sich aus der Darstellung der Dolmetscherrolle innerhalb der triadischen Beziehung ergibt, ist die Effektivität der Therapie nicht nur abhängig vom Therapeuten – seiner psychotherapeutischen Kompetenz und seiner Bereitschaft, kulturelle Aspekte bei seiner Behandlung zu berücksichtigen – und von der Therapiebereitschaft des Patienten. Der Dolmetscher kann in einer für Therapeut und Patient kaum identifizierbaren Art und Weise Einfluß auf den Dialog zwischen Therapeut und Patient nehmen und dadurch das therapeutische Geschehen mitbestimmen.

Häufige Konfliktsituationen innerhalb der Triade

An folgenden Fallbeispielen sollen typische Störfaktoren beschrieben werden, die in der Zusammenarbeit mit Dolmetschern bei der Behandlung traumatisierter Flüchtlinge auftreten können.

Politische, ethnische und religiöse Zugehörigkeit

Politische Einstellung einer Dolmetscherin: Eine afghanische Dolmetscherin war vor Jahren während der Besetzung der Sowjets und der Machtübernahme Najibullahs vor den Kommunisten nach Deutschland geflohen. Während der Übersetzung für eine afghanische Patientin, die als Kommunistin vor den Mudjaheddin geflohen war, erfuhr sie, daß die Patientin für einen hochrangigen Kommunisten gearbeitet hatte. Sie war sichtlich empört und äußerte sich auch dahingehend: «Für diesen Diktator hast Du gearbeitet!» Der weitere Verlauf der Sitzung gestaltete sich schwierig, da sich die Dolmetscherin immer wieder zu eigenen Bemerkungen hinreißen ließ. Die Patientin ist weiterhin in Behandlung, allerdings ohne Dolmetscherin, da eine Verständigung in Englisch möglich ist.

Ethnische bzw. nationale Zugehörigkeit einer Patientin: Diese Konfliktsituation der speziellen Zugehörigkeit kann an einer anderen Behandlungssituation veranschaulicht werden, in der eine äthiopische Patientin und eine eritreische Dolmetscherin sich in amharischer Sprache verständigen konnten, die Nationalitäten jedoch ehemalige Kriegsparteien repräsentierten, nämlich Eritrea und Äthiopien. Eine Fortsetzung der Therapie war für die Patientin, Mitglied einer äthiopischen Bewegung, die gegen eine Selbständigkeit Eritreas war, nicht möglich.

Geschlecht der Dolmetscher

Sowohl bei Frauen als auch bei Männern, die unter den Folgen einer Vergewaltigung leiden, ist die Tatsache, ob eine Landsmännin oder ein Landsmann übersetzt, häufig von weit aus größerer Bedeutung als das Geschlecht der behandelnden Person. Ein Tamile konnte nur in Anwesenheit einer weiblichen Dolmetscherin von seiner sexuellen Folter berichten. Durch die Anwesenheit eines Landsmannes wäre es ihm aufgrund der zu großen Scham und Angst vor gesellschaftlicher Abwertung durch diesen nicht möglich gewesen, über diese Erfahrung zu sprechen.

Vergewaltigte Frauen aus verschiedenen Kulturen ziehen in der Regel eine Landsmännin als Dolmetscherin vor. Das Geschlecht der Therapeuten ist manchmal von Bedeutung, aber viel seltener als allgemein angenommen.

Eine mögliche Erklärung für die Bevorzugung einer weiblichen Dolmetscherin aus der gleichen Kultur sowohl bei männlichen Patienten als auch bei weiblichen Patientinnen, wenn es um schambesetzte, tabuisierte Themen wie Vergewaltigung geht, könnte der Ehrbegriff in verschiedenen Kulturen sein. Vergewaltigung an sich ist als Angriff auf die Ehre eines Menschen zu sehen. Bei der Vergewaltigung einer Frau ist die Ehre des Paares betroffen. Die der Ehefrau als das entehrte Opfer, die des Mannes, der aus der Sicht einiger Flüchtlinge als Beschützer «versagt» hat.

Umgang mit tabuisierten Themen

Im Umgang mit Themen, die Scham- und Schuldgefühle auslösen, besteht bei den Patienten die Gefahr einer Vermeidung,

anerkannt als eines der Hauptkriterien für PTB. Aber auch Therapeut und Dolmetscher sind in unterschiedlichem Maße davon betroffen. Eine Afghanin hatte auf der gemeinsamen Flucht mit ihrem Sohn durch das Kentern des Schlepperbootes das Bewußtsein verloren. Sie wurde gerettet, ihr Sohn blieb bis zum heutigen Tage verschollen. Trotz intensiver Nachforschungen durch verschiedene Organisationen und Behörden konnte sein Verbleib nach vier Jahren nicht ermittelt werden. Man mußte davon ausgehen, daß er die Flucht nicht überlebt hatte. Die Mutter suchte eine therapeutische Behandlung auf, da sie ständig an ihren Sohn dachte. Die Therapeutin sprach die Möglichkeit an, daß der Sohn die Flucht möglicherweise nicht überlebt hatte. Der Dolmetscher weigerte sich, dies zu übersetzen. Er erklärte seine Weigerung damit, daß die Annahme eines Todes einer Sünde gleichkomme. Selbst wenn alle Indizien für den Tod des Sohnes sprächen, dürfte die Mutter dies nicht aussprechen.

Häufig ist es auch den Therapeuten unangenehm, heikle Themen anzusprechen. Eine mögliche Gefahr besteht dann darin, daß sie sich vage ausdrücken und indirekt die Aufgabe an die Dolmetscher delegieren, das Thema anzusprechen. Sie geben damit die Gesprächsführung aus der Hand. Der Dialog verlagert sich auf die Dyade Dolmetscher–Patient. Finden in der triadischen Beziehung häufig indirekte Delegationen an den Dolmetscher statt, ist auf die Dauer für den Patienten unklar, wer eigentlich sein Ansprechpartner ist. Dem Dolmetscher bleibt ein zu großer Handlungsspielraum, er übernimmt die Verantwortung für den Verlauf des Gespräches. Der Therapeut fühlt sich überflüssig und übergangen.

Unklare Äußerungen des Patienten

Das Gespräch mit einem ruandischen Patienten, der, wie sich im Laufe der Therapie herausstellte, unter einer beginnenden Schizophrenie litt, gestaltete sich äußerst schwierig. Er konnte entsprechend seiner Denkstörung dem Gesprächsfaden nicht folgen und wechselte häufig die Themen. Die Dolmetscherin, die gerade erst ihre Tätigkeit bei uns aufgenommen hatte, befürchtete, die Therapeutin könnte die Unklarheit der übersetzten Information auf schlechte Sprachkenntnisse zurückführen. Sie bemühte sich daher, die Aussagen des Patienten durch eine entsprechende Übersetzung logischer und verständlicher zu machen. In der Nachbesprechung mit der Therapeutin konnte die Dolmetscherin dieses Problem ansprechen.

Loyalitätskonflikt

Während einer therapeutischen Sitzung bat ein Patient aus dem Kosovo die Dolmetscherin, einen Teil seiner Äußerungen nicht zu übersetzen. Er befürchtete Folgen für sein Asylverfahren. Die Dolmetscherin erwähnte dies in der Nachbesprechung. Ihr Loyalitätskonflikt bestand nun darin, die Äußerungen des Patienten ohne sein Wissen an die Therapeutin weitergeleitet zu haben.

Tab. 2. Faktoren zur effektiven Zusammenarbeit zwischen Therapeut, Dolmetscher und Patient

Therapeut	Dolmetscher	Patient
Einbeziehung des Dolmetschers in den therapeutischen Prozeß	Sprachkenntnisse	Therapiebereitschaft
Gesprächsführung	Motivation für Dolmetschertätigkeit	Kenntnis über Aufgaben und Pflichten der Dolmetscher
Sprachliche Formulierung	Neutralität des Dolmetschers dem Patienten gegenüber	Einhalten der Gesprächsregelung
Einhalten der Gesprächsregelung	Eindeutige Loyalität	
Berücksichtigung kultureller Aspekte in der Therapie	Übersetzungstechniken	
Aufklärung des Patienten über Aufgaben und Pflichten des Dolmetschers	Kenntnis über therapeutische Methoden	
	Kenntnis über Symptomatik des Patienten	
	Vermittlung kultureller Aspekte	

Ebenso wenig wie für den Patienten ist für den Therapeuten überprüfbar, welche Information weitergeleitet und welche verheimlicht wurde.

Mangelndes Verständnis für therapeutische Maßnahmen

Ein äthiopischer Patient, der in Haft gefoltert worden war, litt unter der noch nach vier Jahren andauernden Angst vor uniformierten Männern. Aufgrund seiner Hautfarbe als Ausländer sofort identifizierbar, geriet er oft in Ausweiskontrollen durch die Polizei. Er mied Orte, wo Kontrollen häufig stattfanden, obwohl er legale Papiere besaß und mit keiner Beanstandung rechnen mußte. Die Therapeutin informierte ihn über die Möglichkeit und Effekte des Expositionsverfahren und schlug ihm vor, dieses Vorgehen bis zur nächsten Sitzung zu überdenken. Der Dolmetscher, sehr um das Wohl seines Landsmanns bemüht, kritisierte in der Nachbesprechung dieses vorgeschlagene therapeutische Verfahren als rücksichtslos und wollte an eventuellen Übungen nicht teilnehmen. Deutlich wird an diesem Beispiel, daß Therapeutin und Dolmetscher unterschiedliche Haltungen gegenüber Opfern von Gewalt hatten. Der Dolmetscher sah in seinem Landsmann einen schonungsbedürftigen, durch die Folter zerstörten Menschen. Die Therapeutin verstand ihre Aufgabe darin, dem Patienten durch den Aufbau von Bewältigungsstrategien das Gefühl von Kompetenz, im Sinne von Selbstwirksamkeit, zu vermitteln. Erst nach Klärung der verschiedenen Haltungen gegenüber Folterüberlebende und nach eingehender Information über Sinn und Zweck bestimmter therapeutischer Verfahren war der Dolmetscher bereit, an der Therapie weiter mitzuwirken.

Formulierungen der Therapeuten

Begriffe wie Therapie, Psychologin, Depression oder Trauerarbeit sind in viele Sprachen nicht sinnvoll übersetzbar. Diese Begriffe setzen einerseits psychologische Kenntnis voraus, zum anderen ist die Verknüpfung bestimmter Begriffe wie

Trauer und Arbeit in einigen Kulturen etwas völlig Abwegiges. Hinzu kommt der für die deutsche Sprache übliche Gebrauch von Substantiven als abstrakte Begriffe. Diese Form von Begrifflichkeit läßt sich auf viele Sprachen nicht übertragen. Solche Substantive müssen vom Dolmetscher mit Hilfe eines Satzes umschrieben werden. Es ist sinnvoll, Dolmetscher in Vorbesprechungen zur Verwendung bestimmter Begriffe, die in der Therapie gebräuchlich sind, zu befragen und sich eventuell auf eine Umschreibung zu einigen.

Die Auswahl dieser Konfliktsituationen umfaßt sicher nicht alle Probleme, die sich in der Zusammenarbeit mit Dolmetschern ergeben können. Grundlage für die Auswahl waren Ergebnisse der Studie von Samson und Nakajima, Befragungen von Dolmetschern in Schulungsmaßnahmen, die von der Autorin durchgeführt wurden, sowie die Auswertung ihrer eigenen fünfjährigen Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Dolmetschern.

Faktoren zur effektiven Zusammenarbeit zwischen Therapeut, Dolmetscher und Patient

Aus der Analyse typischer Konfliktsituationen wurden Regelungen und Maßnahmen abgeleitet, deren Berücksichtigung sich in der Zusammenarbeit mit Dolmetschern bisher bewährt hat. Allerdings handelt es sich um Erfahrungswerte der Autorin, die empirisch nicht überprüft wurden. Tabelle 2 ist zu entnehmen, daß die von der Autorin aufgelisteten Punkte für Dolmetscher und Therapeuten unterschiedlich sind und sich an entsprechenden rollenspezifischen Aufgaben und Kompetenzen orientieren. Grundgedanke des Konzepts ist die Festlegung von Zuständigkeitsbereichen für Dolmetscher und Therapeut sowie die Beachtung präventiver Maßnahmen zur Vorbeugung typischer Konfliktsituationen. Einstellungsgespräche bieten die Möglichkeit der frühzeitigen Abklärung der Motivation und Vorstellungen der Bewerber für ihre Mit-

arbeit. Durch die Information über die Richtlinien für die Dolmetschertätigkeit lassen sich nicht vereinbare Einstellungen zu diesem Zeitpunkt überprüfen. Eine Tätigkeits- und Zuständigkeitsbeschreibung bietet Struktur für eine sinnvolle Kooperation. Gegenseitige Information und Austausch über Einschätzungen zum Verlauf der Behandlung finden in Vor- und Nachbesprechungen statt.

Einstellungsgespräch

Ziel des Einstellungsgesprächs ist neben der Erledigung von Formalitäten die Abklärung der Motivation, Neutralität und Loyalität der Dolmetscher als eine der präventiven Maßnahmen. Dazu werden sie über die Richtlinien der Zusammenarbeit informiert. Zu den Vereinbarungen, die Dolmetscher unterschreiben müssen, gehört die Einhaltung der Schweigepflicht, die Auflage, keine privaten Kontakte mit Patienten zu unterhalten, die Verpflichtung, alle Mitteilungen und Äußerungen der Patienten an den Therapeuten weiterzuleiten und die Bereitschaft zur Neutralität gegenüber anderen religiösen, ethnischen und politischen Zugehörigkeiten. Im Falle von Konflikten, die zu diesen Aspekten während der Therapie auftreten können, sind sie verpflichtet, den Therapeuten darüber zu informieren. Besonders Menschen, die sich eher als Betreuer für ihre Landsleute verstehen, müssen zu diesem Zeitpunkt überprüfen, ob ihre Haltung vereinbar ist mit den Richtlinien der Einrichtung, beispielsweise keine privaten Kontakte zu haben. Kriterien bei der Wahl eines Dolmetschers für einen bestimmten Patienten sind neben der Sprachkenntnis das Geschlecht und die zeitliche Verfügbarkeit. Ausschlusskriterien sind familiäre oder freundschaftliche Verbindungen.

Tätigkeitsbeschreibung für Therapeut und Dolmetscher während des Gesprächs und in Vor- und Nachbesprechungen
Grundannahmen für eine effektive Zusammenarbeit sind:

1. Therapeut ist während der Sitzung verantwortlich für die Gesprächsführung und die inhaltliche Gestaltung des Gesprächs.
2. Gegenseitiger partnerschaftlicher Austausch von Informationen ist notwendig und findet in den Vor- und Nachbesprechungen statt.

Folgende Tätigkeitsbeschreibungen für Dolmetscher und Therapeut während, vor und nach dem Gespräch lassen sich daraus ableiten:

Während der therapeutischen Sitzung:

- Der Therapeut ist zuständig für die Gesprächsführung und trägt die Verantwortung für den gesamten therapeutischen Prozeß.
- Der Dolmetscher ist für eine ungefilterte Wiedergabe der sprachlichen Interaktion zwischen Therapeut und Patient zuständig.

Präventive Maßnahmen in Vor- und Nachbesprechungen:

- Der Therapeut informiert den Dolmetscher frühzeitig über therapierelevante Aspekte, wie psychische Störungsbilder und entsprechende therapeutische Verfahren.
- Der Therapeut informiert sich beim Dolmetscher über kulturelle Aspekte vor der Planung neuer Therapieschritte.
- Der Dolmetscher vermittelt kulturspezifische Aspekte, die in der vorangegangenen Sitzung wirksam waren und vom Therapeuten unberücksichtigt blieben, wie Verständnis von Krankheit, Interaktion mit Autoritätspersonen usw.

Diese Arbeitsteilung hat neben einer klaren Strukturierung der Dyade Dolmetscher–Therapeut den Effekt einer Entlastung des Dolmetschers vor den häufig überzogenen Erwartungen seiner Landsleute. Für Patienten sind die Therapeuten Ansprechpartner und nicht die Dolmetscher. Die Bedeutung des Therapeuten als Verantwortlicher für die Triade und das therapeutische Geschehen kann zusätzlich noch durch die Sitzordnung hervorgehoben werden. Therapeut und Patient sitzen sich gegenüber, während der Dolmetscher neben dem Therapeuten ein Stückchen nach hinten versetzt sitzt. Diese Sitzordnung hat sich bewährt, da sie betont, daß der Therapeut Ansprechpartner im Gespräch ist. Die Zugehörigkeit des Dolmetschers zum Therapeuten wird durch diese Sitzordnung erkennbar. Ein weiterer Vorteil für den Patienten besteht darin, daß seine Blickrichtung im Gegensatz zu einer Sitzordnung im Dreieck gleichbleibt.

Sprachliche Regelungen

Da Sprache und die Wahl von Formulierungen bei der psychotherapeutischen Behandlung und ganz besonders unter Mitwirkung eines Dolmetschers von Bedeutung sind, müssen für beide, Therapeut wie Dolmetscher, sprachliche Regelungen vereinbart und beachtet werden. Der Therapeut sollte einfache und kurze Sätze verwenden, Nebensätze sowie den Gebrauch von Substantiven vermeiden. Die Vermeidung abstrakter Begriffe und die Formulierung mit Verben ist leichter in andere Sprachen zu übersetzen und die Aussage wird dadurch konkreter und verständlicher für die Patienten. Therapeuten sollten in Einheiten von zwei bis drei Sätzen sprechen. Diese Regelung berücksichtigt vor allem die Gedächtniskapazität des Dolmetschers und soll eine möglichst wortwörtliche Übersetzung gewährleisten. Dolmetscher sollten die Ich-Form verwenden, um die indirekte Redeform als Erschwernis beim Übersetzen zu vermeiden. Sie sind verpflichtet alles, was gesagt wird, möglichst wortwörtlich zu übersetzen. Sprachliche oder inhaltliche Mißverständnisse bei Patient oder Therapeut sollen dem Therapeuten rückgemeldet und nicht selbstständig verbessert werden. Zusätzliche Information über psychiatrische Störungen und deren Diagnose kann den Dolmetschern einsichtig machen, warum sie auch wirre Äußerungen oder Wiederholungen der Patienten genau übersetzen sollen. Verwendete Metaphern und Redewendungen von beiden Seiten sollen ebenfalls wortwörtlich übersetzt und auf die Bedeutung hingewiesen werden.

Information der Patienten über die Zusammenarbeit mit Dolmetschern

Ein weiterer Faktor für die Effektivität der triadischen Beziehung ist die Aufklärung der Patienten über die Rolle des Dolmetschers und Therapeuten. Sie müssen über die Pflichten des Dolmetschers und über die Richtlinien der jeweiligen Einrichtung zur Zusammenarbeit mit Dolmetschern unterrichtet werden. Ganz besonders muß auf die Schweigepflicht von Dolmetscher und Therapeut hingewiesen werden. Die Notwendigkeit einer Gesprächsregelung – ausreden lassen, in kürzeren Einheiten sprechen – muß deutlich gemacht werden. Es wird angekündigt, daß der Dolmetscher den Redefluß des Patienten durch ein Handzeichen unterbrechen darf, um eine möglichst exakte Übersetzung zu gewährleisten. Nicht die Dolmetscher, sondern die Therapeuten übernehmen die Aufgabe, den Patienten darüber zu informieren. Die Regelungen beruhen dadurch deutlich auf Richtlinien und Entscheidungen der Einrichtung und können den Dolmetschern nicht als mangelnde Hilfsbereitschaft ausgelegt werden. Je nach Patient kann es hilfreich sein, an kleinen Beispielen zuvor erklärte Regelungen und Maßnahmen des Dolmetschers anschaulich zu machen.

Der Ablauf einer therapeutischen Sitzung mit Vor- und Nachbesprechung läßt sich dem Leitfaden entnehmen. Der von der Autorin konzipierte Leitfaden kann als Weiterentwicklung eines bestehenden Leitfadens für Beratungsgespräche im medizinischen, sozialen, psychologischen und schulischen Bereich von Gondos [o.J.] verstanden werden.

Diskussion

Psychotherapeutische Behandlung traumatisierter Flüchtlinge unter Mitwirkung von Dolmetschern beinhaltet drei Themenbereiche – das spezielle Behandlungskonzept der PTB, die kulturelle Dimension und die Zusammenarbeit mit Dolmetschern. Schwerpunkt dieses Artikels liegt auf der Zusammenarbeit mit Dolmetschern. Daher erfolgte nur ein kurzer Überblick über das Behandlungskonzept und die kulturelle Dimension innerhalb der Therapie.

Die Systematisierung von Faktoren, die auf die Effektivität einer Zusammenarbeit mit Dolmetschern möglicherweise Einfluß haben, ist als Versuch zu verstehen, Strukturen zu schaffen, die dem einzelnen innerhalb der triadischen Beziehung Orientierung geben können. Ein weiteres Ziel ist die Vorbeugung häufig auftretender Konfliktsituationen. Bisherige Bilanz dieser Arbeitsweise ist eine positive Bewertung der Aufgabenteilung durch die Dolmetscher. Erfahrungen der Autorin zeigen, daß die Einhaltung kurzer Einheiten von zwei bis drei Sätzen nicht nur für das Übersetzen hilfreich ist. Therapeuten können den Gesprächsverlauf und -inhalt viel besser kontrollieren und lenken als bei längeren Sequenzen, in

denen Patienten häufig auf andere Themen übergehen. Der Gesprächsverlauf wird dadurch dauernd unterbrochen, ohne daß sich ein Gesprächsfaden entwickeln kann. Anfängliche Einwände von Dolmetschern gegen die Einhaltung der Gesprächsregelung, die insbesondere das Unterbrechen des Patienten als rücksichtslos empfanden, haben sich nicht bestätigt. Auch bei zu übersetzenden Äußerungen unter hoher affektiver Erregung und Weinen konnte man den Patienten diese Gesprächsregelung immer einsichtig machen. In diesen Situationen hat sich nach Aussagen einiger Dolmetscher auch das simultane Übersetzen bewährt.

Die sprachliche Regelung erfolgte in Zusammenarbeit mit Dolmetschern und wird bisher von beiden Seiten als hilfreiche Technik bewertet. Trotz der Bemühung um eine effektive Zusammenarbeit durch die beschriebenen Maßnahmen kommt es aber auch zu Abbrüchen der Kooperation. Eine zu große Distanz zum emotionalen Befinden des Patienten beim Dolmetscher, grundlegendes Mißtrauen des Patienten gegenüber dem Dolmetscher und eine Retraumatisierung beim Dolmetscher durch die traumatischen Erlebnisse des Patienten konnten in der bisherigen Erfahrung mit Dolmetschern als Abbruchkriterien für die Zusammenarbeit ermittelt werden.

Die Behandlung traumatisierter Flüchtlinge bedeutet für Therapeuten Kontakt mit andersdenkenden und andersfühlenden Menschen. Voraussetzung für diese Tätigkeit aus Sicht der Autorin ist fachliche Kompetenz, gleichzeitig aber auch die Akzeptanz der eigenen Unkenntnis hinsichtlich des kulturellen Kontextes bei einem Klientel mit über 30 verschiedenen Nationalitäten. Therapie unter diesen Bedingungen ist durchführbar, wenn man die therapeutische Beziehung auch als Begegnung zweier Kulturen versteht, in der ein Dialog über verschiedene Werthaltungen stattfinden kann. Dolmetscher als Mittler zwischen zwei Kulturen spielen in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle in der Flüchtlingsarbeit. Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit ist das Verständnis einer Teamarbeit, in dem Wissen und Fertigkeiten sowohl des Dolmetschers als auch des Therapeuten notwendig für eine effektive Behandlung des Patienten sind.

Auch wenn immer wieder die Mitwirkung von Dolmetschern wegen der triadischen Beziehung und den daraus sich ergebenden Konfliktmöglichkeiten als nachteilig für den therapeutischen Prozeß gewertet wird [Haanel, 1997], läßt sich folgender Vorteil in dieser Kooperation feststellen. Bei effektivem Einsatz der Kompetenzen kann gerade aus den unterschiedlichen Blickwinkeln des Dolmetschers und des Therapeuten ein großer Nutzen für die Therapie von Flüchtlingen erwachsen. Die als wichtig erachteten Regelungen und Maßnahmen zielen daher nicht nur auf eine effektivere Zusammenarbeit zwischen Dolmetscher und Therapeut ab, sondern sollen auch der Förderung von Ressourcen dienen, die in einer solchen Kooperation liegen.

Anhang

Leitfaden für den Ablauf einer therapeutischen Sitzung

Vor dem Gespräch

Der Therapeut informiert den Dolmetscher über das, was im Gespräch erreicht werden soll

Der Therapeut läßt sich vom Dolmetscher über kulturelle Aspekte (z.B. Umschreibungen), die für den Inhalt des Gespräches wichtig sein könnten, informieren

Das Gespräch selbst

Für einen gesicherten Ablauf des therapeutischen Gesprächs ist eine rollenspezifische Zuteilung bestimmter Aufgaben und das Einhalten sprachlicher Regelungen erforderlich

«Merkzettel» für den Therapeuten

Sprachliche Regelung:

- Formulierung kurzer, prägnanter Sätze
- Vermeiden von Nebensätzen
- Vermeiden von abstrakten Substantiven
- Vermeiden typisch deutscher Redewendungen
- Achten auf 2–3 Sätze als übersetzbare Einheiten

Achten auf die Einhaltung der Gesprächsregelung

- Ausreden lassen
- Unterbrechung durch den Dolmetscher zulassen

Aufklärung des Patienten über die Pflichten des Dolmetschers

- Schweigepflicht
- Auftrag, alles, was der Patient sagt, zu übersetzen
- Keine privaten Kontakte mit Patienten

«Merkzettel» für den Dolmetscher

Sprachliche Regelung:

- Möglichst wortwörtliche Übersetzung
- Verwendung der direkten Rede (Ich-Form)
- Unklare Äußerungen des Patienten wortwörtlich übersetzen
- Rückmeldung von sprachlichen oder inhaltlichen Mißverständnissen an den Therapeuten
- Redefluß sowohl des Therapeuten als auch des Patienten regulieren, um eine exakte Übersetzung zu gewährleisten
- Information über kulturelle Eigenheiten (Redewendungen, Metaphern)

«Merkzettel» für den Patienten

Achten auf die Einhaltung der Gesprächsregelung

- Ausreden lassen
- Unterbrechung durch den Dolmetscher zulassen

Nach dem Gespräch

Therapeut und Dolmetscher beschreiben ihre Eindrücke über den Patienten und formulieren eventuell auch Hypothesen, die sich im Laufe des Gesprächs ergeben hatten

Der Therapeut erläutert seine Vorgehensweise und angewandte therapeutische Methoden

Der Dolmetscher liefert Information über den kulturellen Hintergrund bestimmter Aspekte, die im Gespräch thematisiert worden waren

Lob und kritische Rückmeldung auf beiden Seiten sind notwendig für eine Sicherung der Effektivität der Therapie und eine Stabilisierung der Dyade Dolmetscher-Therapeut

Durch die Nachbesprechung wird zudem die Möglichkeit eines gemeinsamen Heimweges von Dolmetschern und Patienten umgangen

Literatur

Cox JL: Psychiatric assessment and immigrant patient. *Br J Hospital Med* 1976;16:38–40.

Dhawan S, Entrena E, Erikson U, Landahl M: Der Dolmetscher als Brücke zwischen Kulturen und Sprachen. Berlin, unveröffentlichtes Manuskript.

Gondos, M: Mit Dolmetschern Arbeiten. Ein Leitfaden für die Beratungsgespräche im medizinischen, sozialen, psychologischen und schulischen Bereich. Faltblatt des Dolmetscher Telefons (0711/6403044). Erhältlich bei Refugio München.

Haenel F: Spezielle Aspekte und Probleme in der Psychotherapie mit Folteropfern unter Beteiligung von Dolmetschern. *Systema* 1997;11(2):136–144.

Hofstede G: Interkulturelle Zusammenarbeit. Wiesbaden, Gabler, 1993.

Jacobsen L, Vesti P: Torture Survivors – A New Group of Patients. Kopenhagen, Danish Nurses' Organization, 1990, pp 59–61.

Janoff-Bulman R: Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma. New York, Free Press, 1992.

Maercker A: Erscheinungsbild, Erklärungsansätze und Therapieforschung; in Maercker A (Hrsg): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung, Berlin, Springer, pp 3–49, 1997.

Oerter R: Universelle Stufen des Menschenbildes; in Oser F, Reich H. (Hrsg): Entwicklung von Denkprozessen und Argumentationsfiguren, S.22–40. Beiträge zur Arbeitsgruppe 3.9. Tagung Entwicklungspsychologie, München, 1990.

Perren-Klingler G: Integration traumatischer Erfahrungen in kulturellen Kontext, in Heise T, Schuler I (Hrsg): Transkulturelles Psychoforum 4, Berlin, Verlag Wissenschaft und Bildung, 1990.

v. Samson K, Nakajima A: Der Dolmetscher in der psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern. München, unveröffentlichtes Manuskript, 1997.

Scheffer T: Dolmetschen als Darstellungsproblem. Eine ethnographische Studie zur Rolle der Dolmetscher in Asylanhörungen. *Z Soziol* 1997;26:159–180.

Steil R, Ehlers A, Clark DM: Kognitive Aspekte bei der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung; in Maercker A (Hrsg): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung, Berlin, Springer, pp 123–143, 1997.

Vesti P, Kastrup M: Psychotherapy for Torture Survivors; in Basoglu M (ed): Torture and its Consequences. Cambridge, University Press, pp 354–355, 1992.

Westermeyer J: Working with an Interpreter in Psychiatric Assessment and Treatment. *J Nerv Ment Dis* 1990;178:745–749.