

**Raum für den Dritten –
DolmetscherInnen in der
Therapie von Flüchtlingen**
Martina Ruf-Leuschner, Maggie
Schauer und Thomas Elbert,
Kompetenzzentrum Psychotraumatologie
Universität Konstanz, Klinische
Psychologie & vivo international e. V.
(www.vivo.org)

Die seelische Gesundheit von Flüchtlingen ist häufig schwer beeinträchtigt. Zum einen haben oft vielfache traumatische Stressoren im Herkunftsland, wie Kriegserfahrungen oder Foltererlebnisse eine nicht minder stressreiche Flucht ausgelöst, zum anderen verhindern psychosoziale Belastungen im Gastland die Erholung (von Lersner et al., 2008). Mehr als ein Drittel der erwachsenen Flüchtlinge erfüllt bei ihrer Einreise nach Deutschland die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (Gäbel et al., 2006), in psychiatrischen Begutachtungen sind es sogar über 70% (z.B. Sieberer et al., 2008); in beiden Studien findet sich häufig komorbid eine Major Depression. PTBS bedeutet ständig wiederkehrende, ungewollte Erinnerungen an die traumatischen Erlebnisse, unter denen die Betroffenen auch in der Nacht in Form von Albträumen leiden und ein Vermeidungsverhalten gegenüber allen Reizen, die an die traumatischen Ereignisse erinnern können. Im Extremfall führt dies dazu, dass die Personen das Haus nicht mehr verlassen können. Zudem bedingt die Angst vor jeder starken Emotion emotionale Taubheit, eine gefühlte Distanzierung von anderen Personen, negative Kognitionen sowie einen Interessensverlust an allem, was einst Freude bereitet hatte. Gleichzeitig sind die Betroffenen in ständiger Alarmbereitschaft,

da sie die Gefahr nicht vergeschichtlichen, nicht als Erinnerung an einem anderen Ort abspeichern, zu einer anderen Zeit begreifen können. Daraus resultiert das Gefühl der ständigen Bedrohung und damit einhergehend Schlaf- und Konzentrationsprobleme sowie eine erhöhte Reizbarkeit und Schreckhaftigkeit (APA, 2013). Diese Beschwerden führen in der Regel zu mehr oder minder massiven Einschränkungen in den zentralen Funktionsbereichen des alltäglichen Lebens. Es ist offensichtlich und nachvollziehbar, dass Personen mit diesen Beschwerden behandlungsbedürftig sind. Aufgrund von wissenschaftlichen Studien ist heute gut belegt, dass eine effektive und trauma-fokussierte Therapie selbst dann möglich ist, wenn für die Intervention die Hilfe eines Sprachmittlers von Nöten ist.



Günstig ist es, wenn Dolmetscherin und Patientin dasselbe Geschlecht haben. Untersuchungssituation am Kompetenzzentrum Psychotraumatologie.

© vivo international

Wir konnten in unseren eigenen Arbeiten sowohl mit erwachsenen Flüchtlingen bzw. Asylbewerbern als auch mit Flüchtlingskindern nachweisen, dass die Anwesenheit eines geschulten Dolmetschers die Wirksamkeit der Behandlung im Bereich von Traumafolgestörungen bei Flüchtlingen nicht beeinträchtigen muss (Adenauer et al., 2011; Halvorsen et al., 2010; Hensel-Dittmann et al., 2011;

Morath et al., 2014; Neuner et al., 2010; Ruf et al. 2010; Schauer et al., 2006). Gezwungenermaßen ändert sich durch einen Sprachmittler aber das herkömmliche Setting „Therapeut-Patient“. Beim Einsatz von Dolmetschern in der Therapie von Flüchtlingen ist daher einiges zu beachten. Sowohl aufgrund unserer langjährigen Erfahrung im Kompetenzzentrum Psychotraumatologie an der Universität Konstanz als auch, aufgrund unserer Erfahrungen in unterschiedlichen Kooperationsprojekten von vivo international e. V. (www.vivo.org) und der Universität Konstanz in diversen asiatischen und afrikanischen Krisenregionen, haben



Interview mit einem Ex-Kombattanten im Demobilisierungscamp Goma, DRKongo © vivo international

wir für den Einsatz von Sprachmittlern für den Bereich der Traumaarbeit bewährte und hilfreiche Regeln erarbeitet:

- Der Dolmetscher stellt ein Sprachrohr dar. Er hat eine klar definierte Rolle und Aufgabe im Rahmen der Therapie. Diese sollten sowohl dem Sprachmittler als auch dem Patienten vor Beginn der Therapie erläutert werden.
- Aus unserer Erfahrung empfehlen wir die Aufgabe und Rolle des Dolmetschers auf das tatsächlich reine Übersetzen zu beschränken. Eine Wort-für-Wort-Übersetzung und auch ein Schweigen für das, was nicht gesagt wurde, sollte im psychiatrischen Rahmen grundsätzlich angestrebt werden, ansonsten wird es für diejenigen, die

Therapie anbieten unmöglich gedankliche Vorgänge wie Kohärenz zu beurteilen und emotionale Reaktionsweisen nachzuvollziehen. Problematisch wäre es daher, wenn nur sinngemäß übersetzt wird. Idealerweise dolmetscht der Übersetzer dabei alles in der Ich-Form. Die vollständige Verantwortung für den therapeutischen Prozess, für alles, was gesagt wird und was sich während der Therapie ereignet, bleibt in jedem Moment beim Therapeuten. Ein klares Verständnis für die Aufgabe und Rolle des Sprachmittlers ist sowohl auf Seiten des Patienten sowie auf Seiten des Übersetzers essentiell. Falls dem Dolmetscher Missverständnisse und Verständnisbarrieren (z.B. aufgrund gegenseitiger kultureller Unkenntnis) auffallen, welche die Kommunikation zwischen Therapeut und Patient behindern, ohne dass diese beiden das erkennen, so begrüßen wir es, wenn der Dolmetscher dies transparent erläutert. Es ist dabei darauf zu achten, dass Übersetzer nicht zu „informellen“ Sozialarbeitern für Alltagsprobleme außerhalb der Therapiesitzungen werden.

Schulung von Dolmetschern

Der Sprachmittler muss vor der Aufnahme seiner Übersetzungstätigkeit in wesentlichen Konzepten geschult und auf trauma-fokussierte Arbeit vorbereitet werden. Wenn, wie beschrieben, dem Dolmetscher abverlangt wird nur als Sprachrohr zu agieren und die volle Verantwortung für die Therapie in den Händen des Therapeuten belassen wird, so setzt dies ein hohes Vertrauen von Seiten des Übersetzers in die Arbeit des Therapeuten voraus. Um dieses Vertrauen zu bilden aber auch um kompetente Übersetzung zu ermöglichen, wird dem Dolmetscher vor Beginn der Therapie sowohl das Konzept der psychischen Er-

krankung, beispielsweise der PTBS oder Depression, als auch die therapeutische Vorgehensweise erläutert. Möglicherweise im Verlauf der Therapie auftretende Schwierigkeiten werden vorab diskutiert (z. B. dissoziative Symptome auf Seiten des Patienten oder Vermeidung) und soweit wie möglich werden adäquate Reaktionen des Dolmetschers abgesprochen.



Im Flüchtlingslager: Aufnahmegespräch zwischen Überlebendem und Therapeutin im Stankovec Flüchtlingslager, Mazedonien © vivo international

Der Sprachmittler hat naturgemäß schneller ein Vertrauensverhältnis zum Patienten, als dies womöglich dem Therapeuten gelingen kann. Dies kann Störungen im therapeutischen Arbeitsverhältnis oder Kontakt bedingen. Auch für den Patienten kann eine Dreierkonstellation zu Loyalitätskonflikten und Fragen der Sachautorität führen und so irritierend sein. Umso wichtiger ist eine klare Rollenverteilung. Dies wird auch durch eine Sitzordnung unterstützt: Therapeut und Patient sitzen sich mit gutem Blickkontakt gegenüber.

- Die Muttersprache des Patienten ist idealerweise auch Muttersprache des Sprachmittlers. In jedem Fall sollte sich der Dolmetscher so vertraut mit den Lebensverhältnissen und kulturellen Bedingungen im Herkunftsland sein, dass er auch Gesten und andere nicht-verbale Kommunikationsformen sowie

soziale Emotionen (Stolz, Schuld und Scham) versteht und dem Therapeuten vermitteln kann. Er sollte deshalb über lebenspraktische wie soziale Kompetenz und theoretisches Wissen über beide Kulturkreise und Sprachen verfügen.

- Der Dolmetscher darf nicht mit dem Patienten verwandt oder befreundet sein.

Viele der traumatischen Erfahrungen, die von unseren Patienten beiderlei Geschlechts gemacht wurden sind schambesetzt. Daher ist es nicht möglich, diese Dinge in Gegenwart einer Person zu besprechen, mit der man auch außerhalb der Therapiesitzungen in Kontakt steht. Zudem haben die Patienten zumeist den durchaus nachvollziehbaren Wunsch, ihre Freunde und Verwandten – speziell ihre Kinder – nicht mit den Erzählungen von traumatischen Erlebnissen zu belasten. Um einen offenen Kontakt zu erreichen, ist daher eine unvoreingenommene Person für die Übersetzung anzustreben.

- Das Sprechen über schambesetzte Erfahrungen ist für Personen unabhängig von ihrem kulturellen Hintergrund schwierig, denn Scham ist ein Verstoß gegen Normen – vor allem in den Augen der anderen. Vor Beginn der Therapie kann mit den Patienten abgesprochen werden, ob sie einen gleichgeschlechtlichen Dolmetscher präferieren. Das Geschlecht des Therapeuten kann unserer Erfahrung nach sowohl männlich als auch weiblich sein.

Psychohygiene von Dolmetschern

Ein Therapeut ebenso wie ein Dolmetscher muss über eine stabile eigene seelische Gesundheit verfügen. Daher dürfen wir uns bei der Auswahl der Übersetzer nicht scheuen, diesbezüglich Fragen zu stellen. Ein Sprachmittler mit traumatischen Erfahrungen im Heimatland

wird im Rahmen einer Therapie mit einem Flüchtling möglicherweise an die eigenen Erlebnisse erinnert und womöglich nicht mehr in der Lage sein sich vollständig auf den therapeutischen Prozess zu konzentrieren, da er von eigenen Gefühlen oder Wiedererleben absorbiert ja überwältigt werden kann. Wir erachten es daher als unerlässlich dieses vor Beginn einer Therapie abzuklären.



© vivo international

Wir haben hervorragende Erfahrungen mit studentischen Dolmetschern gemacht. Die Studierenden haben oftmals keine eigenen traumatischen Erfahrungen im Herkunftsland der Patienten erleben müssen. Ihre Eltern sind möglicherweise geflohen oder ausgewandert. Sie gehören zur zweiten Generation. Außerdem zeichnen sich Studierende häufig durch ein hohes Bildungsniveau aus. Sie erwerben dadurch sehr schnell ein gutes Verständnis für die klinischen Konzepte, therapeutischen Prozesse und für ihre Rolle als Sprachmittler. Im Gegensatz dazu lassen sich ältere Sprachmittler mit höherem Status und Autorität in ihrer Kulturgruppe, oft zu wertenden Bemerkungen (häufig nichtverbal über Gesichtsausdruck) verführen und verfehlen so ihre Aufgabe als feinfühliges, aber neutrales Sprachrohr. Sie möchten stoppen, steuern und ihre Meinung und

‘Erfahrung’ berücksichtigt wissen. Dies kann im Einzelfall und nach Aufforderung hilfreich sein, aber bei anderen Interventionen eben auch schädlich, wie z.B. bei Expositionsverfahren (in vivo oder imaginativ). Keinem noch so sensitiven und guten Dolmetscher sollte erlaubt werden den therapeutischen Prozess zu leiten. Der Sprachmittler hat die Verantwortung tatsächlich wörtlich und in ‘Ich’-Form zu übersetzen und den Behandler auch nicht aus Prozessen zwischen dem Übersetzer und dem Patienten auszuschließen. In diesem Zusammenhang muss der Therapeut auch Verantwortung tragen, einem aufkeimenden Machtkampf ‘wer das Sagen hat’ entgegenzuwirken. Hier bedarf es der Gespräche, der Psychoedukation und des Vertrauens und Schulterschlusses zwischen dem Dolmetscher und dem Therapeuten. Ein Behandler tut gut daran seinen Übersetzern Anerkennung und Respekt für die anspruchsvolle Rolle zu zollen und im besten Fall die Einmischung des Dolmetschers für den therapeutischen Prozess zu nutzen und als Interesse und Engagement zu deuten.

Nicht nur das Abklären einer guten psychischen Gesundheit vor der Therapie, sondern auch die Beobachtung der Belastung des Sprachmittlers im Verlauf der Therapie gehört zu den Aufgaben des Therapeuten. Wir empfehlen daher den Dolmetschern stets die Möglichkeit einzuräumen, sich mit dem Therapeuten im Anschluss an die Therapiesitzungen auszutauschen. Dieser Austausch bietet den Raum, eine möglicherweise entstandene Betroffenheit des Übersetzers zu besprechen sowie auch mögliche Fragen zur therapeutischen Vorgehensweise von Seiten des Dolmetschers zu besprechen. Die seelische Gesundheit des Dolmetschers darf nicht vernachlässigt werden.

Auch Sprachmittler können von Stress und „Compassion fatigue“ betroffen sein. Es ist daher auf angemessene Arbeitsbelastung zu achten.

Schulung der Wahrnehmung

Die Arbeit mit Dolmetschern in der Psychotherapie bedeutet eine Kommunikationsveränderung. Nicht nur, dass eine dritte Person im Raum ist, es wird auch die verbale Mitteilung von der Mimik und Gestik des Patienten abgekoppelt. Während der Patient nämlich spricht, sieht der Therapeut zwar die Verhaltensäußerungen, hört die Sprachmelodie und nimmt die Erregungszustände wahr, hört aber nicht die faktische Information. Diese unnatürliche Situation bedeutet eine besondere Herausforderung, nicht nur ein Hindernis, sondern auch eine Chance. Es verlangsamt sich die Informationsdichte: Der Austausch erfordert mehr Zeit und erlaubt daher genaueres Nachdenken und Nachspüren sowie sehr genaues Verbalisieren in der Psychotherapie – ein durchaus erwünschter Effekt. Wichtig ist dabei eine hohe Empathiefähigkeit des Therapeuten, um zu kommunizieren, dass man tatsächlich empfangen und feinfühlig aufgenommen hat, was gesagt wurde. Der Therapeut lernt durch Übung die Mimik und Gestik, den emotionalen Ausdruck des Patienten ‚mitzunehmen‘ in die spätere Phase der sprachlichen Information.

Gerade im Rahmen einer Traumatherapie ist jedoch eine Verlangsamung des Prozesses nicht hinderlich, sondern mitunter wünschenswert. Wir wissen heute aufgrund von wissenschaftlichen Untersuchungen, dass die effektivsten therapeutischen Verfahren für die Behandlung von Traumafolgestörungen Expositionselemente beinhalten (Neuner, 2008). Das Ziel der Exposition ist die detaillierte Erar-

beitung der traumatischen Situation in der Imagination, das erneute Erleben der Gefühle und das Aushalten dieser Gefühle. Das Aushalten der Gefühle führt schließlich zur emotionalen Verarbeitung. Dabei wird dem Patienten deutlich, dass das Trauma nicht mehr gegenwärtig ist, sondern Teil der Vergangenheit. Zur Durchführung der Exposition ist es notwendig den Prozess zu verlangsamen, denn für gewöhnlich versuchen Patienten, die unter Traumafolgestörungen leiden, den Prozess aufgrund ihrer Vermeidungssymptomatik eher zu beschleunigen, wenn die Themen emotional belastend werden. Durch die Anwesenheit und die Notwendigkeit eines Dolmetschers wird der Prozess nun auf eine sehr organische Weise verlangsamt. Ruhe und Rhythmus kehren in den Dialog ein. Ein Übersetzer, der Vertrauen zum therapeutischen Vorgehen hat, lernt, dass auch negative Gefühle ohne Hast exploriert werden können und dass sie sich dabei auflösen. Er ist schwingungsfähig und transportiert sowohl gesprochene als auch emotionale Information.

Die Rolle des Dolmetschers als Zeuge und Dritter

Auch ein geschulter Dolmetscher, der sich mit seinen Gefühlen und Gedanken nicht explizit in den therapeutischen Prozess einbringt, sondern seine Rolle als reiner Sprachmittler ernst nimmt, ist ein weiterer Mensch im Raum, eine Person, die Zeuge des Gesagten wird. Die von unserer Arbeitsgruppe entwickelte Psychotherapie für traumatisierte Flüchtlinge – Narrative Expositionstherapie (NET) – basiert auf der biographischen Aufarbeitung des Erlebten (Schauer, Neuner, Elbert, 2005/2011; Neuner, Schauer, Elbert, 2009/2013; Ruf et al., 2007/2013; Schauer & Ruf-Leuschner, 2014; Schauer, 2015). Der beiseitzende Dolmetscher

wird damit zum Zeugen der historischen Erzählung. Somit hört oftmals zum ersten Mal eine Person aus dem Kulturkreis des Patienten das erlebte Leid respektvoll und einfühlsam an. Die Angst vor Ungläubigkeit, Stigmatisierung, Scham und Schuld kann so gemindert werden. Das Unaussprechliche wurde gesagt, gehört, übersetzt und verstanden. Durch die auch vom Dolmetscher einzufordernde Schweigepflicht bleibt die Intimität gewahrt.

Zu zweit mit Hilfe eines Dritten zu sprechen, reguliert in der Psychotherapie auch die therapeutische Beziehung. Die Klausur ‚Patient – Therapeut‘ ist notwendig aufgehoben. Der Dritte in der therapeutischen Beziehung wird nicht nur Zeuge des Berichtes des Patienten, sondern auch Zeuge des Therapiegeschehens. Auch wenn die Therapie mit Dolmetschern dem Therapeuten mehr abverlangt, sie den therapeutischen Prozess verlangsamt und vielleicht auch verkompliziert, weil ein dritter Mensch mit seinen Gefühlen, Reaktionen, seinen Interpretationen des Gesagten und eigenen Verhaltensäußerungen mit im therapeutischen ‚Raum‘ ist, möchten wir am Ende dieses Beitrages nochmals darauf hinweisen, dass die Anwesenheit eines Übersetzers zum einen die Behandlung bereichern kann und vor allem auch die Effektivität der Psychotherapie gewährleistet; und erst eine erfolgreiche Therapie versetzt Flüchtlinge überhaupt in die Lage, eine gelingende Integration zu schaffen (Eberle-Sejari et al., 2015; Söndergaard and Theorell, 2004; Nickerson et al., 2011; d’Ardenne & Heke, 2014; Robjant & Fazel, 2010).

Literatur:

Adenauer, H., Catani, C., Gola, H., Keil, J., Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F. (2011). Narrative Exposure Therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli – evidence from a randomized controlled treatment trial, *BMC Neurosci* 12(1):127

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5®). American Psychiatric Pub.

d’Ardenne, P., & Heke, S. (2014). Patient-reported outcomes in post-traumatic stress disorder Part I: Focus on psychological treatment. *Dialogues in clinical neuroscience*, 16(2), 213.

Eberle-Sejari, R., Nocon, A., Rosner, R. (2015). Zur Wirksamkeit von psychotherapeutischer Intervention bei jungen Flüchtlingen und Binnenvertriebenen mit posttraumatischen Symptomen. Ein systematischer Review. *Kindheit und Entwicklung*, 24(3), 1-15.

Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., & Neuner, F. (2006). Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 12-20.

Halvorsen, J. Ø. & Stenmark, H. (2010). Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder in tortured refugees: A preliminary uncontrolled trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 495-502.

Hensel-Dittmann, D., Schauer, M., Ruf, M., Catani, C., Odenwald, M., Elbert, T., Neuner, F. (2011). The treatment of traumatized victims of war and torture: a randomized controlled comparison of Narrative Exposure Therapy and Stress Inoculation Training. *Psychotherapy and Psychosomatics* 80:345-352

Morath, J., Gola, H., Sommershof, A., Hamuni, G., Kolassa, S., Catani, C., Adenauer, H., Ruf-Leuschner, M., Schauer, M., Elbert, T., Groettrup, M., Kolassa, IT (2014). The effect of trauma-focused therapy on the altered T cell distribution in individuals with PTSD. Evidence from a randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research* (54) 1-10.

Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., Odenwald, M., Elbert, T., & Schauer, M. (2010). Can asylum-seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. *Cognitive Behavior Therapy*, 39, 81-91.

Neuner, F., Schauer, M., Elbert, T. (2009/2013). Narrative Exposition. In A. Maercker (Ed.), *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Heidelberg: Springer, pp 301-350/ 327-347.

Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D., & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical psychology review*, 31(3), 399-417.

Robjant, K. & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: a review. *Clin Psychol Reviews*, 30, 8,1030-9

Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Schauer, E., Catani, C., & Elbert, T. (2007/2012). KIDNET - Narrative Expositionstherapie für Kinder. In: M. Landolt, T. Hensel (Hrsg.) *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe, pp 120-149.

Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., & Elbert, T. (2010). Narrative exposure therapy for 7- to 16-year olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 437-445.

Söndergaard, H. P., & Theorell, T. O. R. (2003). Language acquisition in relation to cumulative posttraumatic stress disorder symptom load over time in a sample of resettled refugees. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(5), 320-323.

Schauer, M., Neuner, F., Elbert, T. (2011 2nd Edition) *Narrative Exposure Therapy (NET). A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders*. Cambridge/ Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers. ISBN: 978-0-88937-388-4

Schauer, M. & Ruf-Leuschner, M. (2014). Die Lifeline in der Narrativen Expositionstherapie (NET), *Psychotherapeut*, 59, 226-238. DOI 10.1007/s00278-014-1041-9

Schauer, M. (2015). Narrative Exposure Therapy. In: J. Wright, *International Encyclopedia of Social & Behavioral Sciences*, 2nd Edition, 198-203.

Schauer, M., Elbert, T., Gotthardt, S., Rockstroh, B., Odenwald, M. & Neuner, F. (2006). Wiedererfahrung durch Psychotherapie modifiziert Geist und Gehirn. *Verhaltenstherapie* 16:96-103.

Sieberer, M., Ziegenbein, M., Eckhardt, G., Machleidt, W., & Calliess, I. T. (2011). Psychiatrische Begutachtung im Asylverfahren. *Psychiatrische Praxis*, 38(1), 38-44.

von Lersner, U., Elbert, T., Neuner, F. (2008). Mental health of refugees following state-sponsored repatriation from German. *BMC Psychiatry*, 2008, 8:88.