

Psychotherapeutische Versorgung geflüchteter Menschen mit Sprach- und Kulturmittlern

Ulrike Kluge, Berenice Romero, Sanja Hodzic

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie CCM, CharitéCentrum für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, Berlin, Deutschland

Summary

Drawing upon our clinical expertise and research at the Center for Intercultural Psychiatry and Psychotherapy of the Charité – Universitätsmedizin Berlin university hospital, we briefly discuss in this paper the pertinence of a differentiated understanding of culture, interculturality, and transculturality in the context of clinical practice. We then cast light on a few challenges posed by the clinical care of refugees. The paper is primarily focused on the psychotherapeutic collaboration with language and cultural mediators, as explained by means of examples, using case vignettes.

Key words: language and cultural mediators; transculturality; refugees; hybridity; psychoanalysis; ethnopsychanalysis; intercultural opening



«Wir verstehen diese Migration nicht, weil wir nicht wissen, wie wir sie zu betrachten haben. Wir wissen nicht, wo wir nachsehen sollen. Wir haben keinen Ort und keinen Namen für den Bereich, der für unsere neue Welt steht.»

(Doug Sanders in «Arrival Cities» [1])

Das Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie

Der vorliegende Beitrag basiert auf der klinischen und Forschungsarbeit des 2002 gegründeten Zentrums für interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie (ZIPP) an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Universitätsmedizin Berlin [2].

Das ZIPP ist eine Struktur, die ganz im universitären Geiste die drei Säulen Versorgung, Forschung und Lehre umfasst. Für die klinische Versorgung beinhaltet das ZIPP die in die Psychiatrische Institutsambulanz und damit in die psychiatrische Regelversorgung integrierte ethnopsychiatrische/ethnopsychanalytische Ambulanz.

In dieser Ambulanz sind Geflüchtete seit der Gründung eine zentrale Patientengruppe; sie machten bereits 2013 ca. 45% der Patienten mit Migrations-

hintergrund aus. Die Klientel der ethnopsychiatrischen Ambulanz stammt bislang aus ca. 80 Herkunftsnationen, so dass eine Versorgung vielfach nur mit Sprach- und Kulturmittlern möglich ist.

Zum multidisziplinären Behandlungsteam gehören Psychiater, Psychologen, Ethnologen, Sozialarbeiter, Pflegekräfte unterschiedlicher Herkunft sowie Dolmetscher als Sprach- und Kulturmittler. Dadurch sind im Team Mehrsprachigkeit sowie soziokulturelle und professionelle Vielfalt gegeben, welche die Reflexion von Stereotypen und ethnisierenden Deutungen ebenso wie eine transkulturelle Konfliktkultur ermöglichen.

Die transkulturelle Perspektive des Teams basiert auf ethnopsychiatrischen sowie ethnopsychanalytischen und psychoanalytischen Zugängen. Das übergeordnete Ziel der Arbeit unseres Teams ist die Einbindung von Patienten aus diversen soziokulturellen Kontexten in die Regelversorgung, gemäss den auf der interkulturellen Öffnung basierenden 2002 entwickelten Sonnenberger Leitlinien [3].

Die Flucht- und Migrationsbewegungen der letzten beiden Jahre haben uns veranlasst, neben den bereits bestehenden Versorgungsangeboten des ZIPP eine Akutsprechstunde, eine transkulturelle Therapeutengrossgruppe für traumatisierte Patienten mit Fluchthintergrund und deren Familien sowie niedrigschwellige ressourcenorientierte arabischsprachige Gruppen zu etablieren [4].

Für die zweite Säule, die Forschung des ZIPP, steht die multidisziplinäre Arbeitsgruppe Transkulturelle Psychiatrie. Hier besteht eine inhaltliche und personelle Verzahnung mit der Abteilung Migration, psychische und körperliche Gesundheit und Gesundheitsförderung des 2014 gegründeten Berliner Instituts für empirische Integrations- und Migrationsforschung (BIM) an der Humboldt-Universität zu Berlin [5]. Die Kooperation zwischen dem ZIPP an der Charité-Universitätsmedizin Berlin und den Sozialwissenschaften der Humboldt-Universität ermöglicht die komplementäre Verbindung von psychologisch-medi-

Dieser Beitrag geht zurück auf ein Referat, das am 25. Mai 2016 im Rahmen der Vortragsreihe «Vertreibung und Flucht im psychotherapeutischen Kontext» in der Psychiatrie Baselland in Liestal gehalten wurde.

zinischen mit ethnologisch-sozialwissenschaftlichen Fragestellungen und damit dezidiert die Untersuchung der Interaktionen zwischen Individuen, Gruppen, Gesundheitsinstitutionen und gesellschaftlichen Diskursen.

Im Bereich der Fort- und Weiterbildung bietet das ZIPP verschiedene Fortbildungsformate und Lehrangebote an. Eines davon ist das gemeinsam mit Berliner psychoanalytischen Instituten entwickelte Berliner Seminar für Interkulturelle Psychotherapie und Supervision (BSIPS) [6].

Angesichts der gesellschaftlichen und institutionellen Veränderungsprozesse im Kontext der aktuellen Flucht- und Migrationsbewegungen hat das ZIPP in Kooperation mit dem BIM kurzfristig neue Projekte in den Bereichen der Netzwerkarbeit, der Entwicklung und Bereitstellung von Fortbildungs- und Supervisionsangeboten und der partizipativen Interventionsforschung entwickelt [7].

Im folgenden Beitrag werden wir unsere Forschungs- und Theoriearbeit anhand klinischer Fallvignetten darstellen. Wir legen dabei den Schwerpunkt auf die Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern in der Versorgung geflüchteter Patienten.

Kultur – Interkulturalität – Transkulturalität im klinischen Arbeiten

Die Abgrenzung der Terminologien «interkulturell» und «transkulturell» und ein konzeptionelles Fokussieren des Terminus «transkulturell» fusst auf der Anerkennung, dass die Begegnung zwischen Menschen aus verschiedenen kulturellen Kontexten nicht mehr als das Aufeinandertreffen von Personen, die statischen (kulturellen) Entitäten angehören, gefasst werden kann. Vielmehr ist festzustellen, dass die jeweils individuelle kulturelle Identität immer Aushandlungssache – über die diversen kulturellen Kontexte hinweg – ist und immer stärker sein wird [8, S. 82–90]. Das zeigt z.B. auch die Aushandlung in unserem sogenannten transkulturellen Team am ZIPP. Von den Mitarbeiterinnen haben 62% einen Migrationshintergrund. In diesem Team lösen Formulierungen wie «deine Kultur», «ethnopschoanalytischer Zugang» usw. zunehmend Unbehagen aus, da Teammitglieder befürchten, in ihre Kultur eingeschlossen und quasi «exotisiert» zu werden. Es gilt vielmehr, anzuerkennen, dass wir zunehmend in einer Migrationsgesellschaft leben, in der Hybridität Normalität sein wird [9]. Gleichwohl spielen kulturelle Hintergründe eine Rolle und sind relevant für unsere Identität. Zu fragen ist allerdings, wer eine solche markierte Differenz nutzt und wozu.

In unserer Arbeit orientieren wir uns hinsichtlich eines «Kulturbegriffs» an Konzeptionen, die «Kultur» als etwas Komplexes, Dynamisches und Hybrides verstehen [10].

Was heisst es aber für das konkrete klinische Arbeiten, wenn das «Inter» zwischen Patient und Behandler, zwischen Analysand und Analytiker, aus verschiedenen soziokulturellen Kontexten nicht mehr genau zu bestimmen ist, weil Individuen viel stärker eingebunden sind in komplexe ethnische, nationale, kulturelle, sprachliche, traditionelle, globale und andere Zugehörigkeiten? Wie sind diese komplexen Zugehörigkeiten in unserer klinischen Praxis aushandelbar? [8]

Wir könnten etwas provokant argumentieren, dass derartige Settings in gewisser Weise (anstatt von einer Schwierigkeit aufgrund der Fremdheit) von einer Einfachheit geprägt sind, die gerade durch das *Nicht Gleiche* entsteht. Das Wegfallen der Annahme, dass man etwas über den «Anderen» wisse, weshalb man oft ganz selbstverständlich auf vermeintlich geteilte Codes und Symbolisierungen rekurriert, kann ein verstehendes Explorieren zum Teil sogar erschweren, weil Differenzen und Zwischentöne unerkant bleiben.

Um der beschriebenen Vielschichtigkeit und Uneindeutigkeit, dem Explorieren des noch nicht Verstandenen im klinischen Arbeiten gerecht zu werden, bedarf es bestimmter grundlegender Techniken: Erzählen lassen der Flucht- oder Migrationsgeschichte, der Verwandtschafts- und Lebensverhältnisse, von Familiengeschichten, Metaphern und Träumen. Darüber wird das kulturell gefärbte Ich-Erleben in der konkreten Behandlung mobilisiert und muss nicht abgespalten bleiben. Im Idealfall kann es darüber integriert werden, und dadurch können ein neuer Bezug zur Welt und neue möglicherweise vielfältige (hybride) Zugehörigkeiten entstehen und erlebbar werden.

Fallvignette 1

Ein 42-jähriger Mann aus Afghanistan stellt sich erschöpft in unserer Flüchtlingsprechstunde vor. Seine Haut sieht, von der Sonne über die Jahre geerbt, wie Leder aus. Er ist mit vier Kindern und seiner Ehefrau vor sechs Monaten nach Deutschland geflohen. Er lebt mit seiner Familie in einem Zimmer in einer Sammelunterkunft für Geflüchtete. Er ist Analphabet. Dennoch hat er die Reise nach Deutschland geschafft, seine Kinder besuchen die Schule und er hat den Weg in unsere Sprechstunde gefunden.

Seit drei Jahren kann er nicht schlafen. In Afghanistan sei er, seit der Ermordung seines Bruders, in psychiatrischer Behandlung gewesen. Alle drei bis vier Monate habe er sich auf den Weg nach Kabul (eine Tagesreise) gemacht, um Medikamente für den Schlaf und gegen die Alpträume zu bekommen.

Auf die Frage, wie sein Leben gewesen sei, was er zurückgelassen habe, antwortet er: «Wir sind eine Bauernfamilie, über Generationen haben wir von Obst- und Gemüseanbau gelebt. Unserer

Familie gehörte schon immer das Land, auf dem wir gewirtschaftet haben. Wir hatten ein kleines Haus und genug Land, um für uns und meine Eltern zu sorgen. Wir haben Obst und Gemüse angebaut für uns und zum Verkauf. In den letzten Jahren wurde es immer gefährlicher, zu den Märkten zu kommen, und wir haben nicht mehr viel verkaufen können. Wir haben uns nur noch selbst versorgt. Wenn dringend Geld gebraucht wurde, haben wir es riskiert, zu den Märkten zu fahren, immer mit der Angst, beraubt oder überfallen zu werden. Als eines Tages mein Vater nicht mehr zurückkam und ich erfuhr, dass er umgebracht worden war, habe ich beschlossen, das Land zu verkaufen und zu fliehen. Es gab keinen Ausweg mehr. Für unser Land habe ich genug Geld bekommen, um die Schlepper für uns alle zu bezahlen. Wir haben beschlossen, in jedem Fall zusammenzubleiben. Es gibt kein Zurück mehr für uns.»

Indem es dem Patienten ermöglicht wurde, von seinem Leben in der Heimat zu berichten, wirkt er zunehmend weniger verloren und deutlich orientierter. Das Sich-Vergegenwärtigen dessen, was man besessen hat, gekonnt hat und erlebt hat, erlaubt dem Patienten, sich wie ein Kompass auszurichten; nicht alles ist abgebrochen und verloren. Eine innere Kontinuität kann so entstehen und erlaubt ein «Weitergehen», ein «Weiterkommen», ein «Weiterankommen». Das Ankommen ist dann nicht mehr mit dem Gedanken verbunden, darüber alles Andere, Eigene zu verlieren.

Herausforderungen in der klinischen Versorgung für Geflüchtete

Vor dem Hintergrund der gestiegenen Flüchtlingszahlen in den letzten beiden Jahren stieg auch der Bedarf an einer speziellen Versorgung für diese Gruppen. Vergleichsweise schnell wurde davon ausgegangen, dass es sich bei einer grossen Zahl um traumatisierte Flüchtlinge handelt, denen mit speziellen traumatherapeutischen Zugängen geholfen werden müsse. Und Professionelle sahen sich damit konfrontiert, keine angemessenen und ausreichenden Versorgungsangebote für diese Gruppen ad hoc zur Verfügung stellen zu können. In dieser Zeit haben wir uns vor dem Hintergrund unseres psychoanalytischen Zugangs gefragt, ob wir uns nicht vielmehr die individuellen Geschichten genauer anschauen sollten, um festzustellen, dass es sich nicht ausschliesslich um traumatisierte Geflüchtete, sondern um Menschen mit Geschichten, Ressourcen, Erinnerungen und schwierigen Lebenssituationen in Deutschland handelt.

Ebenso wie wir alle auch, hatten diese Menschen vor, während und nach der Flucht Hoffnungen, Wünsche und Zukunftspläne. Viele von ihnen sind nach der mehr oder weniger erfolgreichen Flucht auch in den Aufnahmelandern frustriert worden. Das führt oft zu Gefühlen von Hilflosigkeit, Apathie und Rückzug oder verstärkt diese [11].

Um dem zu begegnen, so zeigt unsere Erfahrung in der klinischen Versorgung, ist es zu Beginn wichtig, eine

tragende vertrauensvolle Beziehung zu schaffen. Der oder die Andere – im vorliegenden Fall jemand, der aus seiner Heimat geflohen ist – wird anerkannt. In der Beziehung versucht man herauszufinden, wie es ihm oder ihr geht, was er oder sie benötigt, was er oder sie verloren hat, wonach er oder sie sucht und wie der Therapeut diese Wünsche vor dem Hintergrund seiner Möglichkeiten und seiner Expertise unterstützen kann.

Zentral ist, dass in der klinischen Arbeit ein sicherer Ort geschaffen wird, in dem die unsichere, von Verlusten und oft nicht vorhandenen Perspektiven geprägte Lebenssituation der Geflüchteten auch in Deutschland anerkannt und aufgefangen wird. Nur an einem solchen sicheren Ort ist therapeutische Arbeit möglich. Die Schaffung eines solchen sicheren Ortes ist zum Teil über lange Zeit die zentrale therapeutische Aufgabe. Wichtig ist hierzu allerdings eine enge Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern bzw. sozialen und Rechtsberatungseinrichtungen, um auf basale Bedürfnisse hinsichtlich Wohnen, Arbeit und Aufenthaltsfragen entsprechend reagieren zu können.

Annette Simon zitiert in einem ganz anderen Zusammenhang Brecht: «Wenn nun die Umwelt, in der die Analyse unternommen werden soll, allzu sehr der Strenge der ursprünglich drohenden Umwelt nahekommt (...) dann ist es für den armen Analysanden unmöglich, die befreiende Entdeckung zu machen, dass die ursprünglichen Drohungen ihre Macht verloren haben (...)» [12]. Die psychoanalytische Methode, das Fragen, das Aushalten des Nicht-Wissens, die Arbeit mit Metaphern und Sprachbildern scheint hier besonders hilfreich.

Fallvignette 2

Ein 21-jähriger Medizinstudent aus Libyen, der von seiner Familie nach Deutschland geschickt wurde, um eine «Chance auf ein normales Leben zu haben», stellt sich mit einem schweren depressiven Syndrom vor.

«Bei uns herrscht Krieg seit vier Jahren. Der Familienrat hat beschlossen, wenigstens mir soll es gut gehen. Ich soll mein Studium in Deutschland beenden und vielleicht mit der Zeit auch eine Hilfe für meine kleinen Geschwister und Eltern werden. Ich fand die Idee anfangs gut und aufregend. Ich habe gedacht, ich werde es schaffen. Bisher habe ich auch alles Mögliche geschafft. Ich war immer gut in der Schule. Mir ist alles leichtgefallen. Die Flucht war fürchterlich. Ein Cousin von mir ist mitgekommen. Wir wurden beraubt und haben auch gesehen, wie andere beraubt, geschlagen oder getötet wurden. Alles haben wir zusammen überstanden. Es gab Momente auf der Flucht, da dachte ich, ich werde alles schaffen, jetzt kann mir nichts mehr passieren. Jetzt wohnen wir in einer Wohnung für uns alleine. Aber ich kann mich nicht freuen, ich kann nichts geniessen, alles kommt mir leer vor, nichts macht Sinn. Das Schlimmste ist, dass ich nicht mehr lernen kann. Ich geh zum Deutschkurs und kann mir nichts merken. Ich bin müde und kann nicht schlafen.»

Therapeutin: «Es ist alles so schnell geschehen, so über Sie gekommen, dass keine Zeit war, um zu verstehen was das alles bedeutet. Es ist vielleicht jetzt so, als wäre ihr Körper hier, sie sitzen vor mir, aber ihre Seele ist noch in Libyen. Die Sachen, die Ihre Seele füllen, sind sozusagen «liegen geblieben» und es fühlt sich alles leer an. Die Seele muss erstmal nachreisen, nachkommen.»

Anhand dieser Metapher gelingt es, dem Patienten zu zeigen, dass das Ausmass seines Verlustes auch für die Therapeutin zu erahnen ist. Dieses Bild ist aber gleichzeitig dynamisch und verweist auf einen Prozess, der eine Hoffnung mit sich bringt, ohne den Schmerz und die Trauer zu übergehen.

Die Psychoanalyse hat unseres Erachtens das Potential, über die Haltung des Aushaltens des Nicht-Wissens, des noch nicht Verbalisierbaren Spannungen und Konflikte im geschützten Raum aufzuzeigen. Eine solche Haltung kann eine Möglichkeit bieten, Prozesse von Hybridisierung, die zunehmende Komplexität der Lebensrealitäten in kulturellen Zwischenräumen und die dazugehörigen Ambivalenzen hin zu stabilen hybriden Identitäten auszuhandeln.

Die Betrachtung der individuellen inneren Konflikte vor dem Hintergrund ihrer gesellschaftlichen und Intra- und Intergruppensdynamiken zeichnet wiederum den besonderen kulturwissenschaftlichen Zugang der Psychoanalyse aus, der in der klinischen Praxis nutzbar gemacht werden kann. Hier setzt auch der Zugang der Ethnopschoanalyse an, der eine unserer Grundlagen in Theorie und klinischer Praxis darstellt.

Erdheim und Nadig beschreiben den ethnopschoanalytischen Prozess als ein Oszillieren, eine Pendelbewegung zwischen der Analyse der eigenen und der fremden Kultur [13–15]. Wie kann eine solche Pendelbewegung im therapeutischen Raum möglich werden? Wie kann dies zum Herstellen einer gemeinsamen, vielleicht «hybriden» Sprache beitragen?

Ebenso bedeutsam wie das Nutzen von Metaphern, um Sprache und Symbolisierungen erleb- und verstehbar zu machen, ist ein Blick für das Sinnlich-Performative, um auch das noch nicht Besprechbare langsam zugänglich werden zu lassen. Die psychoanalytische Arbeit mit dem Unbewussten mit einem Fokus auf das Dynamische, das ohne strenge Kategorisierung auskommt, ist unserer klinischen Erfahrung nach hier besonders förderlich.

Klinische Praxis mit Sprach- und Kulturmittlern

In der Psychotherapie sind die Sprache und der damit transportierte soziokulturelle Hintergrund das Hauptarbeitsinstrument. Sie sind essentiell für das Herstellen einer therapeutischen Beziehung.

Aufgrund der Vielfalt der Herkunftssprachen von nicht-deutschsprachigen Patienten ist eine ausschliessliche Versorgung über muttersprachliche Behandler weder in Kliniken noch in niedergelassenen Settings zu gewährleisten. Hinzu kommt, dass eine muttersprachliche Behandlung nicht immer den Konflikten, die in einem Leben in der Migration mit neuen, zum Teil multiplen Zugehörigkeiten einhergehen, gerecht werden kann. Aufgrund von Loyalitätserwartungen usw. kann dies auch in einer Monokultur in eine Sackgasse münden. Zudem wünschen sich muttersprachliche Behandlerinnen in transkulturellen Teams, nicht ausschliesslich Personen aus demselben Herkunftskontext zu versorgen, denn damit würden auch sie in professionellen Kontexten zuweilen auf ihren Herkunftskontext reduziert werden, und zudem würde dies einer Segregation in der Versorgung Vorschub leisten.

Transkulturelle therapeutische Zugänge legen ein spezielles Augenmerk auf den Aushandlungsprozess zwischen dem Vertrauten des Herkunftskontextes und dem Neuen des Migrations- bzw. Aufnahme-landes, der in monokulturellen Settings nicht notwendigerweise stattfinden kann. Nichtsdestotrotz können muttersprachliche Settings für bestimmte therapeutische Prozesse sinnvoll sein. Betonen möchten wir allerdings, dass es neben den muttersprachlichen Settings in der psychotherapeutischen Versorgung des Einbezugs von Dolmetschern, bzw. Sprach- und Kulturmittlern bedarf, die nicht nur Sprache mitteln, sondern auch Kontextinformationen in den therapeutischen Prozess einbringen können.

Bislang gibt es allerdings noch kein einheitliches, staatlich anerkanntes Berufsbild für diese Dolmetscher, sodass die Qualifikation, die Ausbildungs- und Erfahrungshintergründe von aktuell im Gesundheitswesen tätigen Dolmetscherinnen sehr heterogen sind, was die Zusammenarbeit zuweilen erschwert.

Zugleich gibt es auf Seiten der psychotherapeutischen Kollegen Vorbehalte und Ressentiments gegenüber dem Einbezug von Dolmetschern in die Behandlungssettings. Das hat vielfältige Gründe: Einer besteht vermutlich darin, dass wir als psychotherapeutisch Tätige in Behandlungssettings mit Dolmetschern erleben, wie wir unseres Hauptarbeitsinstruments ohne Unterstützung nicht mehr mächtig sind, in unserer Fachkompetenz sichtlich eingeschränkt sind. In einem solchen Dreiersetting sind Patient und Dolmetscher die «Mehrheit». Das kann beim Behandler z.B. zu Gefühlen von Ausgeschlossenheit und Fremdheit führen, bzw. dem Realisieren, dass wir in einem solchen Dreiersetting selbst zu den «fremden Anderen» werden, da die beiden anderen Personen im Raum eine

gemeinsame Sprache teilen, die ich als Behandlerin nicht kenne und aus der ich immer wieder für Momente ausgeschlossen bin. Eine besondere Herausforderung ist es, trotzdem das Setting kompetent zu leiten und alle Dynamiken im Blick zu haben.

Festzuhalten ist, dass das in einer solchen Triade entstehende Beziehungsgeflecht komplex ist. Für psychodynamisch tätige Kollegen heisst das beispielsweise, dass Übertragungen und Gegenübertragungen u.U. nicht mehr eindeutig zuordenbar sind, dass z.B. bestimmte aggressive Gefühle beim Dolmetscher, der Dolmetscherin deponiert werden usw. Der zeitaufwendige Ablauf und die unterschiedlichen Übersetzungswege in einer solchen Psychotherapie stellen neue Anforderungen auch an Psychotherapeuten [16].

Zugleich gibt es eine Vielzahl von psychotherapeutisch tätigen Kollegen, die gerade seit der Zunahme der nach Deutschland fliehenden Menschen interessiert und motiviert sind, auch in ihren Praxen Geflüchtete zu versorgen. Eine der Hauptschwierigkeiten, in Deutschland geflüchtete Menschen psychiatrisch und psychotherapeutisch zu versorgen, besteht allerdings darin, dass die Kostenübernahme für die dazu unumgänglich notwendigen Dolmetscher nicht geklärt bzw. nicht praktikabel ist. Der Zugang für Geflüchtete zu niedergelassenen Psychotherapeuten scheidet zumeist an der Unklarheit dieser Kostenübernahme bzw. Refinanzierung der Dolmetscherkosten. Hier besteht weiterhin (berufs-)politischer Handlungsbedarf. Nichtsdestotrotz oder gerade deswegen sollten wir aber zugleich Sprach- und Kulturmittler als auch professionelle Behandler in der herausfordernden Arbeit in dieser Triade schulen und fortbilden.

Was symbolisieren Dolmetscher in der konkreten psychotherapeutischen Arbeit? Wenn ich beispielsweise eine Frau aus Syrien (die weder Englisch noch eine andere Drittsprache beherrscht) psychotherapeutisch behandeln möchte, stehe ich vor der Herausforderung, dass ich nicht weiss, wie ihre Sprache «funktioniert». Ich brauche Hilfe von einem Dolmetscher. Die Dolmetscher sind damit auch ein Symbol des Zuhörens und Gehörtwerdens, das auch im Sinne einer längerfristigen Integration ein wichtiges Moment ist.

Fallvignette 3

Eine indische Patientin mittleren Alters, die ihre beiden Eltern im Alter von fünf Jahren verloren hatte, beim Onkel aufwuchs und später von ihrem Ehemann jahrelang körperlich misshandelt wurde, kam aufgrund von schweren, zeitweise mit Wahn einhergehenden depressiven Episoden in unsere Behandlung. Nachdem sie schon lange Jahre in der Ambulanz psychiatrisch behandelt worden war, wurde sie einer der Autorinnen dieses Artikels zu psychotherapeutischen Gesprächen überwiesen. Sie

war zwar ausreichend stabilisiert, geriet jedoch zunehmend in Konflikt mit einer ihrer vier Töchter, die noch bei ihr lebte.

Die Dolmetscherin stellte sehr schnell eine enge Vertraulichkeit zwischen sich und der Patientin her, in dem sie die Erzählung der Patientin die gesamte Stunde über lautmalerisch begleitete, den Kopf schüttelte und somit sehr stark ihr affektives Miterleben ausdrückte. Damit brachte sie etwas Eigenes in die Behandlung mit ein. Die Dolmetscherin und die Patientin stellten schnell eine dyadische Beziehung her, aus der sich die Therapeutin ausgeschlossen fühlte, die fürchtete, den Kontakt zur Patientin zu verlieren. Sie fragte sich gleichzeitig, worüber durch diese Art von Inszenierung nicht gesprochen werden sollte. Was sollte «draussen bleiben»?

Trotz der Versuche, der Dolmetscherin zu erklären, wie wichtig es für die Behandlung sei, dass es keinen über die Therapie hinausgehenden Kontakt gäbe, kam es doch zu einer Kollusion, sodass es auch ausserhalb der Sitzungen telefonische Kontakte zwischen beiden gab. Nach einiger Zeit kam es zu einem Konflikt zwischen der Patientin und der Dolmetscherin, der religiöse Differenzen betraf. Die Patientin lehnte nach diesem Konflikt das Arbeiten mit der Dolmetscherin ab.

Nach der schnellen wechselseitigen Idealisierung folgte eine wechselseitige Entwertung. Vor dem Hintergrund des frühen Verlustes beider Eltern und der Reaktualisierung früher Verlustgefühle in der Ablösungssituation mit der Tochter konnte nun die Therapeutin den Sog besser nachvollziehen, in den die Dolmetscherin geraten war, und die Bedürftigkeit der Patientin, die versuchte, in der Therapie eine triadische Beziehung zu verhindern. Dass die Therapeutin als trennende Dritte ins Spiel kam, war für die Patientin zu diesem Zeitpunkt noch zu bedrohlich. Trotz ihrer ständigen «Einmischungen» in die Dyade blieb die Therapeutin doch vorerst ausgeschlossen. Es kam dann zu beschriebener «Enttäuschung» der Patientin und einem Konflikt über religiöse Themen, welche die Patientin nicht an der Therapeutin, sondern an der Dolmetscherin «abarbeitete».

Die Vignette veranschaulicht die Aufgabe des Behandlers, immer wieder neu den sichernden Rahmen herzustellen und das Augenmerk auf die entstehenden Inszenierungen zu richten, somit gleichermaßen die entstehende Beziehung zwischen Dolmetscher und Patient, zwischen Patient und Behandler und zwischen Dolmetscher und Behandler im Blick zu haben. Gelingt die Triade, so entsteht ein Raum für «Spiel», für die Pendelbewegungen, welche die Identitätsbildung und dem Patienten unabhängige Schritte ermöglichen.

In diesem Falle war der Konflikt mit der Dolmetscherin Anlass und Möglichkeit für die Patientin und die Therapeutin, auf Deutsch miteinander in direktem Kontakt vorerst weiterzuarbeiten und über ihre Schwierigkeiten mit Trennungen zu sprechen, als auch darüber, wie bedrohlich es für sie war, Differenz auszuhalten. So ging es im weiteren Verlauf um die zunehmende Möglichkeit der Patientin, Differenz zulassen zu können, ohne sich bedroht zu fühlen, und um erste autonome Schritte, wie das oft nicht ganz einfache Kommunizieren mit der Therapeutin in der deutschen Sprache und die Entwicklung neuer Interessen und kreativer Aktivitäten.

Wie das Beispiel zeigt, fungieren Dolmetscherinnen als «Container» [17] sowohl für positive als auch negative Übertragungen und Gegenübertragungen. Das kann sowohl eine stabilisierende als auch eine destabilisierende Wirkung auf die therapeutische Beziehung haben. Hierzu ist es besonders wichtig, Entwicklungen und Stagnationen im therapeutischen Prozess auch vor dem Hintergrund der Triade zu reflektieren und zu bearbeiten [13]. Es ist die professionelle Aufgabe der Therapeutin, die sich daraus entwickelnden Dynamiken zu erkennen und zu analysieren, auch wenn über die Anwesenheit der DolmetscherInnen zuweilen eine gewisse Verführung darin besteht, das Unaushaltbare, das noch nicht Verstehbare in bestimmten Momenten bei den Dolmetscherinnen zu «deponieren».

Fallvignette 4

Ein junger Mann aus dem Libanon kam zum Erstgespräch. Er wirkte aggressiv gespannt und gleichzeitig verletzlich und konnte die Wartezeit bis zum Gespräch nur durch den Flur auf- und ablaufend ertragen. Im Gespräch mit der Dolmetscherin konnte er sich nur langsam beruhigen, redete vor sich hin, schüttelte den Kopf, machte entwertende wegweisende Bewegungen, so als wüsste er schon, dass ihm nichts helfen könnte, sprach in anklagendem Tonfall und fügte jedem Satz: «Verstehst Du?» hinzu.

Der junge Mann erzählte, wie er in seinem Heimatland mehrfach körperlich angegriffen worden sei und viel Blut gesehen habe, das ihn nun verfolge. Es wurde deutlich, dass er Stimmen hörte und insgesamt sehr misstrauisch war. Die Dolmetscherin wirkte überfordert und nahm die massiven Gefühle von Angst, Verzweiflung und Wut des Patienten sehr stark auf. Der Patient richtete seine ganze Verzweiflung und Anklage an die Dolmetscherin.

Die Therapeutin als «Dritte» wurde wenig beachtet. Vor dem Hintergrund der massiv traumatisierenden Erfahrungen des Patienten gab es in seinem Erleben keinen «rettenden Dritten». und die Therapeutin sah es als Aufgabe, in diesem Sinne eine Verbindung zu ihm herzustellen, indem sie die Dolmetscherin mit in den «therapeutischen Raum nahm» und sagte, dass sowohl die Dolmetscherin als auch sie seinen Druck und seine Not in diesem Moment sehr stark spüren würden und dass es ihn sicher sehr verunsichere, was da in ihm vorgehe.

Damit erhielt der Patient die Möglichkeit, wahrzunehmen, dass auch die Therapeutin eine Beziehung zur Dolmetscherin hatte und nun als «trennende», aber auch schützende Dritte für eine Beruhigung sorgen konnte. Das Erleben des Patienten bekam eine Resonanz und ein Containment. Die Triade war wiederhergestellt.

Sie konnten dann vermehrt darüber sprechen, was die Stimmen sagten, und daran arbeiten, dass der Patient mehr Vertrauen in die therapeutische Situation fassen konnte. Die Dolmetscherin wurde durch die Wirkung der «ihr zur Verfügung gestellten», aber von ihr ausgesprochenen und betonten Worte, die eine beruhigende Wirkung auf den Patienten zu entfalten vermochten, in der Triade wieder selbstbewusster und abgegrenzter.

Das Beispiel zeigt, wie stark die Dolmetscher nicht nur ausserhalb der therapeutischen Dyade stehen und

übersetzen, sondern sich mitten im Affektsturm befinden und auch aktiv an der Beziehungsgestaltung zum Patienten beteiligt sind, sei es manchmal auch nur nonverbal. Für den Behandler gilt es nun, zwar die Inszenierungen der vergangenen auch kulturell getönten Beziehungserfahrungen der Patienten (möglicherweise auch zum Dolmetscher) aufzuspüren, gleichzeitig aber einen verlässlichen Rahmen herzustellen und Interventionen zu initiieren, die auch die Gegenübertragung des Dolmetschers aufgreifen, um die Situation vor allem angstfrei zu gestalten, was gerade bei traumatisierten Patienten in den ersten Gesprächen von grosser Bedeutung ist. Dabei spielen alle möglichen Achsen der Triade als mögliche Beziehungserfahrungen eine Rolle. In der Nachbesprechung mit dem Dolmetscher besteht dann noch einmal die Möglichkeit, auf dessen Gegenübertragung Bezug zu nehmen, da aus unserer Sicht nicht genug betont werden kann, dass die Übersetzer in aller Regel keine therapeutische Ausbildung haben und somit auf unsere Erläuterungen und Unterstützung angewiesen sind, um die therapeutischen Situationen besser einschätzen zu können.

Dolmetscher, mit denen wir schon lange zusammenarbeiten, sind zunehmend freier geworden, unsere Interventionen auch mit affektiver Betonung und Beteiligung zu übersetzen, weil sie unseres Erachtens ein Vertrauen in den containenden Rahmen entwickeln konnten. Sie bereichern die Behandlung dann durch ihre bereits entwickelte Fähigkeit, Interventionen zu vermitteln, weil sie deren Ziel oftmals aufgrund ihrer Erfahrung einordnen können und sich mit der Wirksamkeit von unseren therapeutischen Interventionen z.T. schon identifiziert haben.

Empfehlungen

Zusammenfassend können wir aus unserer qualitativen Forschung und klinischen Erfahrung folgende Empfehlungen für die Arbeit mit Dolmetschern, bzw. Sprach- und Kulturmittlern in psychotherapeutischen Settings formulieren:

- Zentral ist, anzuerkennen, dass es sich um ein Dreiersetting handelt, das ähnlich dem Arbeiten in einer Klein(st)gruppe konzipiert werden sollte.
- Wichtig ist, dass die Dolmetscherinnen nicht nur konsekutiv, sondern in der Ich-Form übersetzen.
- Zudem ist eine Einführung in die jeweils genutzten therapeutischen Prinzipien und Therapieziele zentral. Möglich ist das im Rahmen von Vor- und Nachgesprächen. Hier sollte auch eine Reflektion möglicher Einflüsse aufgrund bestimmter kultureller Färbungen des Gesagten oder hinsichtlich des

therapeutischen Prozesses Platz finden. Aus diesem Grunde bezeichnen wir die Dolmetscher in unserer Arbeit als Sprach- und Kulturmittler.

- Wichtig ist zudem, dass letztere sich nicht als Mediatoren verstehen, deren Aufgabe es sei kulturelle Missverständnisse, Irritationen zu «beheben». Vielmehr müssen Sprach- und Kulturmittler, speziell in psychodynamischen Settings, ein Bewusstsein dafür entwickeln, dass Konflikte und Irritationen Teil unseres therapeutischen Arbeitsmaterials sind.
- Reflektions- und Supervisionsprozesse sollten sich an der Perspektive, dass es sich bei einem solchen Setting um eine Triade im Sinne einer Klein(st)gruppe handelt, orientieren [18].

Funding / potential competing interests:

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Literatur

- 1 Saunders D. *Arrival City*. München: Karl Blessing Verlag; 2011.
- 2 https://psy-ccm.charite.de/forschung/interkulturelle_migrations_und_versorgungsforschung_sozialpsychiatrie/ag_transkulturelle_psychiatrie [zitiert am 12.7.2017].
- 3 Machleidt W, Salman R, Calliess IT, Hrsg. *Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte für Deutschland und Europa*. Berlin: VWB; 2006.
- 4 https://psychiatrie-psychotherapie.charite.de/fuer_patienten/ambulanzen/zentrum_fuer_interkulturelle_psychiatrie_psychotherapie_zipp/ [zitiert am 12.7.2017].
- 5 <https://www.bim.hu-berlin.de> [zitiert am 12.7.2017].
- 6 <http://www.interkulturelle-psychotherapie.de> [zitiert am 12.7.2017]
- 7 <http://perspektiven-pvg.de> [zitiert am 12.7.2017]
- 8 Bock T, Kluge U. Der sich und Anderen helfende Mensch. In: Dörner K, Plog U, Bock T, Breiger P, Heinz A, Wendt F, Hrsg. *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. 24. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag, 2016. S. 31-90.
- 9 Foroutan N. *Hybride Identitäten: Normalisierung, Konfliktfaktor und Ressource in postmigrantischen Gesellschaften*. In: Brinkmann H-U, Uslucan H-H, Hrsg. *Dabeisein und Dazu gehören – Integration in Deutschland*. Wiesbaden; 2013.
- 10 Schlehe J. *Kultur, Universalität und Diversität*. In: Wohlfart E, Zaumseil M, Hrsg. *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis*. Heidelberg: Springer; 2006. S. 51–68.
- 11 Kluge U. *Behandlung psychisch belasteter und traumatisierter Asylsuchender und Flüchtlinge- Das Spannungsverhältnis zwischen therapeutischem und politischem Alltag*. *Nervenheilkunde*. 2016(b); 35 (6):385–90.
- 12 Simon A. «Bleiben will ich, wo ich nie gewesen bin». Giessen: Psychosozialverlag; 2009.
- 13 Erdheim M. *Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit. Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit – Eine Einführung in den ethnopsychanalytischen Prozess*. Frankfurt/M: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft; 2000.
- 14 Nadig M. *Zur ethnopsychanalytischen Erarbeitung des kulturellen Raums der Frau*. In: Haase H, Hrsg. *Ethnopsychanalyse. Wanderungen zwischen den Welten*. Stuttgart: Verlag; 1996.
- 15 Wohlfart E, Zaumseil M, Hrsg. *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis*. Heidelberg: Springer; 2006. S. 177–98.
- 16 Kluge U, Kassim, N. «Der Dritte im Raum» – Chancen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturmittlern in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In: Wohlfart E, Zaumseil M, Hrsg. *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie*. Heidelberg: Springer; 2006. S. 177–98.
- 17 Bion WR *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt/M: Suhrkamp; 1990.
- 18 Kluge U. *Sprach- und Kulturmittler in der Psychotherapie*. In: Machleidt W, Heinz A. *Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2011. S. 145–54.

Korrespondenz:
Kluge Ulrike,
Dr. phil., Dipl. Psych.,
Charite Universitätsmedizin
Berlin
Charité Campus Mitte,
Charitéplatz 1
DE-10117 Berlin
[ulrike.kluge\[at\]charite.de](mailto:ulrike.kluge[at]charite.de)