

Psychotherapie nach Flucht und Vertreibung

Eine praxisorientierte und interprofessionelle Perspektive auf die Hilfe für Flüchtlinge

Bearbeitet von
Maria Borcsa, Christoph Nikendei

1. Auflage 2017. Buch inkl. Online-Nutzung. 208 S. Inkl. Online-Version in der eRef. Hardcover
ISBN 978 3 13 240745 9
Format (B x L): 17 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Psychologie > Psychotherapie / Klinische Psychologie](#)

Zu [Inhalts-](#) und [Sachverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beek-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

3 Allgemeine und spezifische Grundsätze zur psychotherapeutischen Arbeit mit Geflüchteten

3.1 Sprachliche Verständigung und Arbeit mit Dolmetscher(inne)n

Thomas Hegemann

3.1.1 Einführung

Psychotherapie wird hier verstanden als ein „[...] bewusster und geplanter interaktioneller Prozess, innerhalb dessen psychische und psychosomatisch bedingte Krankheiten, Leidenszustände und Verhaltensstörungen mittels verbaler und/oder non-verbaler Kommunikation in Richtung auf ein definiertes, möglichst gemeinsam erarbeitetes Ziel behandelt werden“ [119], [120]. Als Autor möchte ich mich hier auf ein Systemisches Therapiekonzept beziehen. Die Systemische Therapie kann als „das Schaffen von Bedingungen für die Möglichkeit selbstorganisierter Ordnungsübergänge in komplexen biopsychosozialen Systemen unter professionellen Bedingungen definiert werden“ [118], [119].

Ohne Kommunikation ist Therapie daher nicht möglich [99], und Sprache ist das grundlegende Medium für Kommunikation. *Sprache* dient als Kompaktbezeichnung für ein komplexes Verwoben-

sein mehrerer lautlicher (und schriftlicher) Formtypen, die jeweils auf unterschiedlichen Ebenen sprachlicher Kommunikation mit anderen als Medium weiterer Formbildungen fungieren [108]. Diese wiederum beruhen auf kollektiv entwickelten Konstruktionen, die sich über Generationen in umschriebenen kulturellen Umwelten herausgebildet haben, wie das Konzept des *sozialen Konstruktivismus* anschaulich erklärt [103].

Einzelne Sprachen haben dazu im Laufe längerer historischer Prozesse unterschiedliche Formtypen hervorgebracht, die durch einen Sozialisierungsprozess ihren Muttersprachlern vertraut sind. Fremdsprachler können *basics* dieser Formtypen erwerben, sie werden aber nur in Ausnahmefällen die ganze Formvielfalt einer Sprache in allen ihren Nuancen erlernen können, wenn sie lange Zeit in dem entsprechenden kulturellen Umfeld gelebt haben.

Viele Differenzierungskriterien der sprachlichen Formengebung werden erst an den Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Sprachen deutlich, wenn es ums Übersetzen geht. Flaherty et al. [102] differenzieren in diesem Zusammenhang 5 Validitäten bei der Beachtung sprachlicher Kongruenz (► Tab. 3.1).

Tab. 3.1 Validitäten, die zur sprachlichen Kongruenz beim Übersetzen zu beachten sind.

Validitätstyp	Kongruenzproblem
1. Inhaltsvalidität	Die Inhalte müssen in beiden Sprachwelten relevant sein. Typische Beispiele wären deutsche Berufsbezeichnungen wie Erzieherin oder Dipl. Soz. Päd. (FH).
2. semantische Validität	Die benutzten Formulierungen müssen in beiden Kulturen dieselbe Bedeutung haben. Typische Beispiele sind Worte wie Vater, Krankenschwester, Ehre, Pünktlichkeit oder Ehrlichkeit, die in verschiedenen sprachlich-kulturellen Kontexten unterschiedliche Bedeutungen haben.
3. Übermittlungsvalidität	Das Medium der Vermittlung einer Nachricht hat in unterschiedlichen Sprachwelten eine unterschiedliche Relevanz. Es macht einen Unterschied in der Bedeutung einer Aussage, ob diese von einem Mann oder eine Frau gemacht wird, einer Autoritätsperson oder einem Freund oder einem Familienmitglied, oder über Fragebögen oder Informationsblätter. Wir wissen auch aus der Sprachforschung, dass heute nur Sprachen, zu denen es eine Word-Fassung für PC gibt, eine Überlebenschance haben.
4. normative Validität	Die Beschreibung gleicher Sachverhalte unterliegt in verschiedenen Kulturen unterschiedlichen Bewertungen. Formulierungen wie arrangierte Ehe, Familienehre, Disziplin, Demut, Freiheit, Selbstständigkeit sind nur einige Beispiele dafür.
5. konzeptuelle Validität	Abstrakte Kategorien oder Diagnosen bilden Konzeptionen ihrer Herkunftskultur ab. Beispiele hierfür wären Anorexie, Autonomie, sinkendes Herz, vegetative Dystonie, Hysterie oder ähnliche.

Flaherty JA, Gaviria FM, Pathak D et al. Developing Instruments for Cross-Cultural Psychiatric Research. Journal of Nervous & Mental Disease 1988; 176

So wird deutlich, dass zum Gelingen von Psychotherapie eine Überbrückung der Sprachbarriere unerlässlich ist.

Neben der Bewältigung der Sprachbarriere haben Migrant(inn)en und unter ihnen vor allem Flüchtlinge eine ganze Reihe andere Anforderungen zu bewältigen [105]. Für die meisten von ihnen sind soziale Belastungen weit beeinträchtigendere Stressoren als sprachliche oder kulturelle. Sie leben weit häufiger in sozialer Unterprivilegierung mit schlechteren Einkommens- und Wohnverhältnissen, höherer Arbeitslosigkeit, höherem Risiko von Problemen im Sucht- und psychiatrischen Bereich oder im Erziehungsbereich ihrer Kinder; sie haben daher mit den gleichen Schwierigkeiten zu kämpfen wie Gruppen vergleichbaren Status' der autochthonen Bevölkerung.

Migrant(inn)en beklagen darüber hinaus kulturelle Fremdheit oder werden als kulturell fremd angesehen, da ihnen viele gesellschaftliche Bereiche, einschließlich derjenigen der gesundheitlichen Versorgung, nicht ausreichend vertraut sind. Auch hier gilt, dass sozialer Status und Bildung im Herkunftsland und/oder wirtschaftliche Sicherheit bessere Voraussetzungen für schnelleres Meistern der Sprachbarriere und kultureller Fremdheit sind, und daher die Integration begünstigen.

Ausländerrechtliche Beschränkungen können den Zugang zur gesundheitlichen Servicediensten und Psychotherapie massiv erschweren. Aber auch Heilung und Rehabilitation werden erschwert, wenn danach mit Abschiebung zu rechnen ist.

Eine große Zahl von Migrant(inn)en sind auch außerhalb dieser formaler Benachteiligung einer großen Breite von informellen Diskriminierungen und Rassismen durch Teile der Mehrheitsbevölkerung ausgesetzt, was letztlich zu nachvollziehbaren Vertrauensvorbehalten führt.

Nicht zuletzt haben vor allem Flüchtlinge traumatische Erfahrungen gemacht. Diese können im Herkunftsland Grund für die Flucht gewesen sein. Auch auf dem Fluchtweg habe viele Betroffene zahlreiche Trauma-Erfahrungen in Serie gemacht. Dies führt vielfach zu den typischen Symptomkonstellationen der PTBS, welche in Wechselwirkung die oben genannten Stressoren weiter aktivieren können. Wer gestresst ist, hat es schwerer, sich in einem irritierenden und diskriminierenden Umfeld zu behaupten, für seine Rechte einzustehen oder auch soziale Kontexte aufzusuchen, die den Erwerb einer neuen Sprache ermöglichen. Das gilt für Spachkurse und noch mehr für andere soziale

Settings, an denen man mit Muttersprachlern in Kontakt kommt.

Da diese Menschen mit Migrations- und/oder Fluchthintergrund unter den Klient(inn)en der psychosozialen Dienstleister zunehmen, stehen die dortigen Professionellen vor Herausforderungen, für deren Lösungen sie auf interkulturelle Fachkompetenz angewiesen sind (s. die folgende Aufstellung).

Interkulturelle Kompetenz

Die Fähigkeit, mit Menschen eines fremden kulturellen Hintergrundes kommunizieren zu können, erfordert:

- sich über den kulturellen Hintergrund anderer kundig machen zu können
- sich über den kulturellen Hintergrund des eigenen Handels klarer zu werden und diesen erklärend darstellen zu können
- sich über die Relativität von Werten im Klaren zu sein
- keinen Stereotypen zu erliegen
- sich verbal und nonverbal für beide Kulturen akzeptabel auszudrücken
- mit Menschen unterschiedlicher Kulturen gemeinsame Realitäten und Lösungen finden zu können

Dies kann nur gelingen, wenn die am Gespräch Beteiligten sich sprachlich verstehen! [107], [109]

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde hat mit ihren Sonnenberger Leitlinien ein ausführliches Profil für die interkulturelle Arbeit zusammengestellt, welches richtungweisend für viele andere Arbeitsfelder ist (s. u.).

Die 12 Sonnenberger Leitlinien der DGPPN zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migrant(inn)en in Deutschland

1. Erleichterung des Zugangs zur psychosozialen und therapeutischen Regelversorgung durch Niederschwelligkeit, Kultursensibilität und Kulturkompetenz
2. Bildung multikultureller Behandlungsteams aus allen in den Diensten tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von Mitarbeiter(inne)n mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz
3. Organisation und Einsatz kulturell und psychologisch geschulter Fachdolmetscher(inne)n als zertifizierte Übersetzer und Kulturmediatoren „Face-to-Face“ oder als Telefondolmetscher(inne)n
4. Kooperation der Dienste der Regelversorgung im gemeindeorientierten Verbund untereinander und mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, -organisationen und -verbände. Spezielle Beratungs- und Behandlungserfordernisse können Spezialeinrichtungen notwendig machen.
5. Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen
6. Verbesserung der Informationen durch muttersprachliche Medien und Multiplikatoren über das regionale Versorgungsangebot
7. Aus-, Fort- und Weiterbildung für in den Regeldiensten tätige Mitarbeiter(innen) unterschiedlicher Berufsgruppen zu interkulturellen Fachthemen unter Einschluss von Sprachfortbildungen
8. Entwicklung und Umsetzung familienbasierter primär und sekundär präventiver Strategien für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien
9. Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen mit oder ohne professionelle Begleitung
10. Sicherung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von Migrant(inn)en im Straf-, Zivil-, (Asyl-) und Sozialrecht
11. Aufnahme der interkulturellen Fachthemen in die Curricula des Unterrichts für Studierende und Auszubildende
12. Initiierung von Forschungsprojekten zu Fragen der interkulturellen Versorgung [114]

Aus diesen Leitlinien geht hervor, dass Therapie Verständigung braucht. Verständigungsbarrieren aufgrund von sprachlichen und kulturellen Barrieren erschweren die Anamnese, die Diagnose und die Beratung. Unsicherheiten und Vertrauensvorbehalten auf beiden Seiten, sowohl bei Professionellen wie Klient(inn)en, sind dann leicht die Folge [123]. Eine auf sprachlichen Dialog und auf Kooperation ausgelegte gemeinsame Sprache ist deshalb Voraussetzung für den Erfolg von Therapie und bildet die Grundlage für Akzeptanz und Inanspruchnahme der präventiven, kurativen und rehabilitativen Versorgungsangeboten seitens der Migrant(inn)en. Es bedarf zunächst der rein sprachlichen Verständigung, sodass Worte und Aussagen in ihren jeweiligen Bedeutungen beidseitig verstanden werden können. Darüber hinaus sind kulturelle und migrationsspezifische Hintergrundinformationen notwendig, damit Professionelle die Aussagen der Klient(inn)en in einen soziokulturellen Rahmen setzen können. Dies betrifft sowohl den Kontext des Herkunftslandes der Klient(inn)en als auch die aktuellen Lebensbedingungen in der Migration [107]. Nicht zuletzt betrifft es aber die sprachliche Verständigung über Sinn und Zweck von Therapie selbst. Der spezielle Beratungsauftrag von Psychotherapie und Beratung unter den besonderen Bedingungen von Migration und Flucht ist es, für komplexe inner- und interpersonelle Probleme neue tragfähige Lösungen zu erarbeiten. Dies stellt zwei Anforderungen in besonderem Maße: die eigene Profession ausreichend selbst zu reflektieren [110], [113] und für sprachliche Verständigung zu sorgen.

3.1.2 Dolmetschen

Der international bewährte fachliche Standard zur Bewältigung der Sprachbarriere in der psychosozialen Versorgung ist das *community interpreting*, das durch *community interpreter services*, beispielsweise in Kanada, den Niederlanden, Großbritannien, Belgien, der Schweiz und Skandinavien seit Jahren angeboten wird [104], [121], [122]. In Deutschland wurde es vom Ethno-Medizinischen Zentrum [101], beginnend in Hannover als „Gemeindedolmetscherdienst“, vor 25 Jahren eingeführt [116], [117] und in den letzten 20 Jahren gemeinsam mit dem Bayerischen Zentrum für transkulturelle Medizin in München [98] weiterentwickelt [106].

Gemeindedolmetscherdienste wurden geschaffen, um die Ausbildung, Begleitung und Vermittlung von Sprach- und Kulturmittlern zu Dolmetscher(inne)n im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen sicherzustellen und für die in ihrer Region gängigsten Sprachen qualifizierte *Gemeindedolmetscher(innen)* bereitzuhalten, die nach einheitlichen Honoraren, Qualitätsstandards und Vermittlungsroutinen von regionalen öffentlichen und gemeinnützig arbeitenden Institutionen abgerufen werden können [117]. *Gemeindedolmetscherdienste* informieren Institutionen und Professionelle aus dem Gesundheitssektor, dem Sozialwesen, dem Schulwesen und andere öffentliche Dienstleister über ihren Service sowie den rechtlichen und sozialen Hintergrund von Dolmetschereinsätzen. Sie beraten diese Institutionen und ihre Mitarbeiter(innen) über kulturelle Fragestellungen und verhelfen zur effektiven Zusammenarbeit zwischen Dolmetscher(inne)n, Professionellen und Klient(innen). *Gemeindedolmetscherdienste* bieten daher für Einrichtungen, die regelmäßig mit ihnen zusammenarbeiten, Informationsveranstaltungen über ihre Vorgehensweise an, ferner Fortbildungen für Therapeut(inn)en und Berater(inne)n zum effektiven Einsatz von Dolmetscher(inne)n.

Im Folgenden werden die qualitativen Standards vorgestellt, die sich für die Überbrückung von sprachlichen Verständigungshindernissen bewährt haben, und es werden die Rollen der verschiedenen Akteure des Dolmetschens diskutiert.

3.1.3 Rolle der Dolmetscher(innen)

Gemeindedolmetscher(innen) sind Dolmetscher(innen), die über eine eigene Migrationsgeschichte verfügen und daher die Lebensbedingungen der Migrant(inn)en hier und die Bedingungen im Herkunftsland kennen. Im Unterschied zu Fach- und Laiendolmetscher(inne)n werden sie speziell zu Expert(inn)en in sozialer Kommunikation für die Notwendigkeiten des Gesundheits-, Sozial- und Schulwesens und anderer öffentlicher Dienstleister qualifiziert [116]. Für ihre Aufgabe brauchen sie

- ein klares Rollenverständnis,
- eine Haltung der Allparteilichkeit,
- gute Kenntnisse der Organisation des Gesundheits-, Sozial und Bildungswesens und der öffentlichen Verwaltung im föderal organisierten Deutschland.

Sie sollten mit den psychosozialen Belastungen unterschiedlicher Migrationsgeschichten vertraut sein, die Lebenssituation der Mehrheit der Migrant(inn)en in Deutschland kennen und die deutsche und die Herkunftssprache gut beherrschen. Sie sollen psychisch robust sein, um mit den häufig belastenden Situationen, welche die Klient(inn)en in Beratung und Therapie bringen, gut umgehen zu können. Gleichzeitig sollen sie feinfühlig sein, um sensibel und flexibel mit schwierigen Situationen umgehen zu können.

3.1.4 Funktion von Vermittlungsdiensten

Um *Gemeindedolmetscher(innen)*, die diesen Anforderungen entsprechen, zur Verfügung stellen zu können, sind *Gemeindedolmetscherdienste* erforderlich, die nach international vergleichbaren Standards arbeiten, die Qualität der Dolmetscher(innen) sicherstellen und logistische Aufgaben erfüllen. Die Bündelung dieser Aufgaben in *Gemeindedolmetscherdienste* hat sich besonders bewährt:

- Sie rekrutieren geeignete Muttersprachler, die persönlich und sprachlich den oben genannten Kriterien entsprechen. Muttersprachler sind geeigneter als deutschstämmige Bewerber, selbst wenn diese die jeweilige Fremdsprache gut erlernt haben.
- Sie organisieren den Einsatz und die Vermittlung der Dolmetscher(innen). Dazu betreiben sie eine Vermittlungsagentur, die für alle vermittelten Sprachen denselben Standard des Dolmetschens garantiert. Vor allem aber nimmt die Agentur den Nutzern die aufwendige Suche nach qualifizierten Dolmetscher(inne)n für die erforderliche Sprache ab und organisiert ein einheitliches Honorarsystem sowohl für die Nutzer wie für die Dolmetscher(innen).
- Sie qualifizieren die *Gemeindedolmetscher(innen)*, indem sie die Bewerber für ihre Arbeit nach den oben beschriebenen Standards schulen. Die größte Anforderung für die *Gemeindedolmetscherin* ist die Aufrechterhaltung der Rollenklarheit, die auf der Allparteilichkeit und einer inneren Distanz basiert. Dazu werden Aufbaukurse für Arbeit in psychiatrischen und therapeutischen Settings angeboten sowie eine regelmäßige verpflichtende Supervision und Intervention, damit für kollegiale Beratung und Abstimmung gesorgt ist und gemeinsame Routine und Qualität wachsen können.

3.1.5 Standards des Gemeindedolmetschens

Das Gelingen eines guten, verständlichen und effektiven Gesprächs zwischen Klient(inn)en, Dolmetscher(inne)n und Professionellen basiert neben dem beschriebenen Wissen auf methodischen Konzepten. Grundlage ist es, den Dolmetschprozess in voneinander abgrenzbare Schritte zu gliedern, die sowohl das sprachgenaue Dolmetschen wie die Vermittlung soziokultureller Hintergründe erlauben. Dazu wurden von den deutschen Gemeindedolmetscherdiensten gemeinsame Standards entwickelt [100], [106], [116] (s. u.).

Die grüne Karte des Dolmetschens im sozialen und medizinischen Bereich

Die Planungsphase des Dolmetschgesprächs

- Den Vermittlungsdienst oder Dolmetscher informieren
- Finanzierung, Termin, Ort und Gesprächsteilnehmer festlegen und die notwendigen Personen einladen
- Zeit einplanen, um den Dolmetscher ein paar Minuten vorher für Vorgespräch empfangen zu können

Das Vorgespräch zwischen Professionellen und Dolmetscher

- Mitteilung der Gesprächsziele und Arbeitsweise der Institution
- Erklärung der Vorgeschichte und der bisherigen Kommunikationsprozesse
- Darstellung relevanter kultureller Hintergrundinformationen
- Vereinbarung der Dolmetschmethoden

Das Dolmetschgespräch

- Begrüßung, Vorstellung der Gesprächspartner und ihrer Rollen
- Festlegung der Regeln und der Dolmetschtechnik
- Förderung des direkten Kontakts zwischen Professionellen und Klienten
- Augenkontakt zwischen Dolmetscher und Klienten vermeiden
- Dolmetscher möglichst direkt neben den Klienten positionieren
- Benutzen der direkten Rede (ich, Du, Sie)!
- Langsam, deutlich und natürlich in kurzen Sätzen sprechen

- Vermeiden von Slang, Dialekt oder Ironie
- Bei längeren Gesprächen das Besprochene gelegentlich zusammenfassen
- Die Gesprächsführung liegt beim Professionellen
- Der Dolmetscher ist lediglich Sprachrohr und muss genau übersetzen

Das Nachgespräch zwischen Professionellen und Dolmetscher

- Bei Bedarf Klärung von kulturellen Hintergründen
- Entlastung von belastenden Emotionen, Psychohygiene
- Klärung von Formalien [116], [117]

Schritt 1: Die Planungsphase

In der Regel geht die Idee, einen Dolmetscher einzusetzen, von den behandelnden Therapeut(inn)en aus. Hier beginnt bereits die Planungsphase des Einsatzes. Die Therapeut(inn)en klären dazu mit dem Vermittlungsdienst oder direkt mit dem Dolmetscher Fragen wie Zeitpunkt und Ort des Gesprächs, Zuständigkeit für den Auftrag, Empfang und Abrechnung der Dolmetscherin. Weiterhin wird bestimmt, wer die Klient(inn)en oder andere am Gespräch beteiligte Personen informiert und zusammenbringt. Es bewährt sich, in der Vermittlung bestmöglich darauf zu achten, gleichgeschlechtliche Dolmetscher(innen) mit geringem Altersunterschied und bevorzugt aus einem ähnlichen soziokulturellen Umfeld auszuwählen. Bei einer traumatisierten jungen Frau aus einer christlichen Flüchtlingsfamilie aus dem Irak ist eine weibliche Dolmetscherin auch aus einem anderen arabischsprachigen Land geeigneter als ein Mann mit muslimischem Hintergrund aus ihrer Heimatregion. Auch ein türkischstämmiger Mann, der als 5-jähriges Kind nach Deutschland kam und hier seit 30 Jahren lebt, hat unter Umständen bezogen auf Werte und Einstellungen weniger kulturelle Gemeinsamkeiten mit einem Asylbewerber von 25 Jahren als ein Dolmetscher, der über eine ähnliche Migrationsgeschichte verfügt. Der Einsatz von Dolmetscher(inne)n, mit denen bereits positive Erfahrungen erzielt wurden, ist sinnvoller als ständig wechselnde Dolmetscher(innen) innerhalb einer Beratung oder Therapie.

Schritt 2: Das Vorgespräch

Für einen professionellen Ablauf des Gesprächs ist es erforderlich, mit dem Dolmetscher ein kurzes ca. 5-minütiges Vorgespräch zu führen. Hier werden die bisherigen Erfahrungen mit dem Klienten sowie Ziele und Zweck des Gesprächs vorgestellt, um sich auf zu erwartende Schwierigkeiten vorzubereiten zu können. Es werden die Rollen und Verantwortlichkeiten festgelegt und auf die Schweigepflicht verwiesen. Die Art der Übersetzung wird vereinbart; in der Praxis hat sich *konsekutives* Dolmetschen bewährt. Dies läuft so ab, dass alle Beteiligten darauf hingewiesen werden, möglichst in einfach strukturierten Sätzen sprechen, die nach jeweils 1–3 Sätzen von der Dolmetscherin genau und wörtlich übersetzt werden. Auf Kommentierung, gestische oder mimische Darstellung wird verzichtet. Die Praxis zeigt, dass die meisten Schwierigkeiten in Dolmetschergesprächen zu vermeiden sind, wenn dem Vorgespräch ausreichende Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Schritt 3: Das Übersetzungsgespräch

Es obliegt dem einladenden Therapeuten, zu Beginn des Dolmetschergesprächs alle Beteiligten zu begrüßen, sie vorzustellen und die Rollen festzulegen. Alle Beteiligten sind auf die Schweigepflicht hinzuweisen. Der Dolmetscher beginnt sofort mit der Übersetzung dieser Ausführungen, um gar nicht erst den Eindruck entstehen zu lassen, er wolle die Moderation übernehmen. Die Therapeut(inn)en weisen die Plätze zu. Am besten geeignet ist die Positionierung der Dolmetscherin direkt leicht nach hinten versetzt neben der Patientin; bei 2 oder mehreren Angehörigen nicht zwischen diesen, sondern an der äußeren Seite neben dem Patienten mit den schlechten Deutschkenntnissen oder der größeren Verunsicherung. Dies erlaubt allen einen direkten Sichtkontakt zu dem Professionellen und erleichtert diesem seinerseits, alle verbalen und nonverbalen Äußerungen gut wahrzunehmen. Der Abstand zwischen den Gesprächsteilnehmer(inne)n sollte nicht zu groß sein, um lautes Sprechen zu vermeiden.

Ausdrücklich sollte darauf geachtet werden, dass die am Gespräch Beteiligten sich direkt aneinander wenden. Die Patient(inn)en sollten dazu eingeladen werden, den Therapeuten anzusprechen und sich nicht auf den Dolmetscher zu konzentrieren. Dazu sollte die Therapeutin die Klient(inn)en direkt ansprechen und sich nicht auf die Dolmetscherin konzentrieren oder sich ihr gar zu-

wenden. Dolmetscher(innen) nehmen lediglich die Rolle eines *Sprachrohrs* ein. Gut überprüfen lässt sich das daran, ob in der 1. Person (*ich* oder *wir*) und in der 2. Person (*Du* oder *Sie*) gesprochen wird. Sobald in der 3. Person (*sie* oder *er*) gesprochen wird, beispielsweise bei Apellen wie „Sagen Sie bitte der Patientin...“ oder „Sagen Sie bitte der Frau Doktor...“ wird das professionelle Dolmetschen verlassen. Gleiches gilt, wenn der Dolmetscher selbst die Auswahl von Wichtigen und Unwichtigem übernimmt mit Formulierungen wie „Ich werde das Wichtigste übersetzen...“.

Der Therapeut sollten die Patient(inn)en ansehen, gerade wenn die Dolmetscherin spricht. Der direkte Augenkontakt zwischen Professionellen und Klient(inn)en ist zu fördern; der Augenkontakt zwischen dem Dolmetscher und den anderen Beteiligten ist zu vermeiden, um die professionelle Kooperation zu stärken. Das gilt auch in Fällen, in denen aus kulturellen Gründen der Blickkontakt reduziert wird wenn beispielsweise die Sprache auf Traumen oder sexuelle Themen kommt. Man kann immer auf die Ohren oder die Stirn schauen. Bei allen Irritationen dieser Vorgehensweisen ist es angebracht, die Gesprächsordnung wiederherzustellen. Es sind die verantwortlichen Therapeut(inn)en, die für die Interessen der Klient(inn)en zuständig sind. Daher sprechen sie in Gegenwart der Patient(inn)en nicht *über* diese mit den Dolmetscher(inne)n; dies ist dem Nachgespräch vorbehalten.

Schritt 4: Das Nachgespräch

Nach der Verabschiedung der Patient(inn)en sollte die Therapeutin mit den Dolmetscher(inne)n ein kurzes Nachgespräch führen. Dem Therapeuten dient es dazu, sich kulturell fremde Themen und Verhaltensweisen von der Dolmetscherin, die ja einen eigenen Migrationshintergrund hat, erklären zu lassen. Dem Dolmetscher dient es dazu, sich abzugrenzen und eventuell im Gespräch entstandene Emotionen und Belastungen im Sinne einer „Psychohygiene“ abzubauen. Beendet wird der Dolmetschereinsatz durch die Abwicklung der Formalitäten bezüglich Evaluation oder Abrechnung.

3.1.6 Anforderungen beim Einsatz von Laiendolmetscher(innen)

Gelegentlich werden sprachkompetente Kolleg(inn)en aus der eigenen oder aus kooperierenden Einrichtungen, beispielsweise ein Sozialarbeiter aus der Integrationsberatung, aber auch Angehörige

ge oder Freunde des Klienten, als Laiendolmetscher(innen) eingesetzt. Dabei sind relevante Dynamiken zu beachten. Beide Gruppen – die aus dem Hilfesystem und die aus dem privaten Netz des Klienten entstammenden Laiendolmetscher(innen) – unterscheiden sich in ihren Auswirkungen deutlich. Die einen haben überwiegende Loyalität dem eigenen professionellen Hilfesystem gegenüber entwickelt, die anderen haben kaum die Möglichkeit, innere Distanz und Neutralität aufrechtzuerhalten. Auch das Hintergrundwissen zu Krankheiten und sozialen Störungen sowie Wortschatz und Fachterminologie sind bei beiden i. d. R. unterschiedlich. Für beide gilt, dass *Laiendolmetscher(innen)* i. d. R. nicht geübt und geschult sind, Unparteilichkeit und innere Distanz zu betroffenen Personen oder Problematiken aufrechtzuerhalten. Übertragungen sind an der Tagesordnung, und häufig sind die von ihnen eingebrachten kulturellen Hintergrundinformationen und „Ratschläge“ stark gefärbt, oder sie können von ihrem starken subjektiven Empfinden geprägt sein.

Sollte es unvermeidbar sein, sprachkundige Mitarbeiter(innen) bzw. Laiendolmetscher(inn)en aus dem eigenen professionellen Hilfesystem einzusetzen, wie beispielsweise Pflegekräfte oder Sozialarbeiter(innen), ist es ratsam, solche Helfer(innen) sorgfältig auszuwählen und sie nicht durch kontinuierlichen ehrenamtlichen Einsatz zu überfordern. Laien sollten nicht standardmäßig, sondern nur dann genutzt werden, wenn andere Lösungen nicht möglich sind oder die Gesprächsthemen eher einfach und informativ, also beispielsweise nicht therapeutischer Natur sind.

Anders jedoch, wenn Tod, Trauer, Sterben, Sexualität, innerfamiliäre Gewalterfahrungen und vergleichbar sensible Themen besprochen werden sollten: Hier sind Laiendolmetscher(inne)n aus dem Angehörigen- oder Freundkreis der Klient(inn)en noch problematischer und Laiendolmetscher(innen) aus dem eigenen professionellen Hilfesystem weniger mit Loyalitätsfragen belastet. Bei allen Themen, die mit Beschwerden über die Serviceeinrichtung zu tun haben, sind externe Laiendolmetscher(innen) geeigneter.

Auf Reinigungskräfte oder Servicepersonal in der Küche und vergleichbaren Serviceeinrichtungen muss generell verzichtet werden, wie auch auf die Angehörigen anderer Patient(inn)en oder auf diese anderen Mitpatient(inn)en selbst. Solche *Laiendolmetscher(innen)* sind aus Perspektive der Sprachkompetenz, Schweigepflicht und der erschwerten Abgrenzung zu Klienten ungeeignet.

Es sollte selbstverständlich sein, dass generell keine Kinder und jugendlichen Angehörigen der Patient(inn)en bei psychotherapeutischen, medizinischen oder bei Gesprächen mit Ansätzen der Krisenintervention genutzt werden. Diese können höchsten bei reinen Informationsgesprächen, frei von Therapie und medizinischer Behandlung, im Notfall helfen.

3.1.7 Einweisung von Laiendolmetscher(inne)n

Laiendolmetscher(innen) bedürfen vor einem Therapie- oder Beratungsgespräch einer intensiven Einführung und Instruktion in ihre Rolle und Aufgabe, gegebenenfalls auch in die Methodik des Dolmetschens. Auch wenn die betreffenden Personen glauben, gute Sprachkompetenzen seien für diese Aufgabe ausreichend, ist eine Einweisung dringen angeraten, um die oben dargestellten Dynamiken einigermaßen bewältigen zu können. Orientierend sind hier die Grundregeln der „Grünen Karte des Gemeindedolmetschens“ (s. Box in Kap. 3.1.5). Für das hierzu notwendige Vorgespräch sind externe Laiendolmetscher(innen) aus dem Angehörigen- oder Freundeskreis möglichst etwa 15 Minuten vor dem Beratungsgespräch einzuladen; bei internen Laiendolmetscher(inne)n aus dem eigenen professionellen Hilfesystem sollten einige Minuten genügen.

Berater/Therapeuten sollten genau erklären, was sie vorhaben, und die Laiendolmetscherin davon überzeugen, dass kommentarloses, möglichst genaues Übersetzen erforderlich ist. Die Laiendolmetscher(innen) sollen motiviert werden, auch während des Gesprächs Nachfragen zu stellen, wenn sie etwas inhaltlich nicht verstanden haben oder etwas nicht übersetzen können, weil es ihnen an der entsprechenden Fachterminologie fehlt.

Es bedarf einer genauen Instruktion, wie sie übersetzen sollten – nämlich möglichst genau und ohne Interpretation und Eigeninitiative. Berater/Therapeut(inn)en können hierbei helfen, indem sie möglichst in einfachen und kurzen Sätzen sprechen sowie Fremdwörter nach Möglichkeit ganz vermeiden. Im Unterschied zu Fach- und Gemeindedolmetscher(innen) empfiehlt es sich, Laiendolmetscher(innen) nicht zu nahe bei dem Klienten zu platzieren, weil sich sonst gegenseitige Unsicherheiten verstärken. Im Gespräch sollte genau beobachtet werden, ob der Laie nicht überfordert ist. Deshalb ist es hilfreich, öfters einmal das bisher

Gesagte als Zwischenergebnis zusammenzufassen. Auch mit Laiendolmetscher(inne)n sollte ein kurzes Nachgespräch ohne Beteiligung des Klienten geführt werden. Dies dient zum einen der Psychohygiene und zum anderen trägt es dazu bei, dass die Laiendolmetscherin mit den Klient(inn)en den Kontakt geordnet beenden können und diesen nicht aufrechterhalten muss. Dies ist empfehlenswert und hilft, unnötige Belastungen für den Lai-

endolmetscher zu vermeiden, der er aus einer solchen Delegation von Verantwortung ausgesetzt werden könnte.

Die Therapeutin führt das Gespräch und kontrolliert es noch stärker als in der Arbeit mit Fach- und Gemeindedolmetscher(inne)n, um Fehlverläufe im Gesprächsprozess (und um ihn herum) zu vermindern.



Fazit

Die vielfach aus ganz gegensätzlichen sozialpolitischen Spektren erhobenen Forderungen „Die sollen doch Deutsch lernen!“ oder „Wir brauchen mehr muttersprachlichen Fachleute“ gehen trotz ihrer Nachvollziehbarkeit an der Realität unseres Landes vorbei. Schwierig sind auch Statements wie „Beratung oder Therapie mit Dolmetschern geht nicht, da viele emotionale Dimensionen psychischen Leidens nicht übersetzbar sind“: Sie haben letztlich zur Folge, dass bedürftige und anspruchsberechtigte Gruppen von der Versorgung ausgeschlossen werden.

Gemeindedolmetscherdienste sind eine notwendige Voraussetzung, damit Verständigung mit Menschen eines fremden sprachlichen und kulturellen Hintergrundes zu einem Qualitätsstandard professioneller Dienstleistungen im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen wird. Die jährliche Steigerung der Dolmetscherstunden beim Gemeindedolmetscherdienst in München um 35–60 % in den Jahren 2009–2015 drücken den Bedarf eindrücklich aus [98], und externe Evaluation belegt die Praxistauglichkeit und die Zufriedenheit der Nutzer [111], [112], [115]. Alle diese Erfahrungen zeigen, wie auch die Referenzen (Kap. 3.1.1), dass *Gemeindedolmetscherdienste* ein fundiertes konzeptionelles und

methodisches Inventar für die psychiatrische, psychotherapeutische und die Beratungsarbeit bieten. Ziel muss sein, auf qualifizierte Dolmetscher(innen) zugreifen zu können, die nach einer einheitlichen Gebührenregelung arbeiten, und klare Routinen und Regelungen darüber zu entwickeln, wann konkret der Einsatz eines professionellen Dolmetschers und wann der eines Laiendolmetschers notwendig und verpflichtend ist und in welchen Kontexten Klient(inn)en und Fachkräfte einen Anspruch auf Finanzierung von Dolmetscher(inne)n in der eigenen Institution haben. Dies ist ein integraler Aspekt der Qualität ihrer Dienstleistung und ihrer *Kunden- und Serviceorientierung* bei fremdsprachigen Zielgruppen.

Jeder einzelne Professionelle hat eine persönliche Verantwortung dafür, sich nicht mit der Situation des Nichtverstehens zufriedenzugeben und auf die Schwierigkeiten und Konsequenzen einer dadurch eingeschränkten professionellen Hilfe hinzuweisen. Jeder Professionelle kann diesbezüglich zur Sensibilisierung, zum Problembewusstsein und zur Lösungsorientierung beitragen, beispielsweise in Teamgesprächen, der direkten Kommunikation mit den Leitungsverantwortlichen oder in Gremien und Verbänden.

3.1.8 Literatur

- [98] Bayerisches Zentrum für Transkulturelle Medizin (BZTM) (2015). Im Internet: www.bayzent.de; Stand: 24.10.2016
- [99] Baecker D. Kommunikation. In Wirth JV, Kleve H, Hrsg. Lexikon des systemischen Arbeitens. Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik und Theorie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme; 2012
- [100] Budimlic M, Hegemann T. Kulturkompetent in 80 Sprachen. Soziale Psychiatrie 2015; 39 (3): 38–39
- [101] Ethnomedizinisches Zentrum Hannover. Dolmetscherdienst (2015). Im Internet: http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=16; Stand: 24.10.2016
- [102] Flaherty JA, Gaviria FM, Pathak D et al. Developing Instruments for Cross-Cultural Psychiatric Research. Journal of Nervous & Mental Disease 1988; 176
- [103] Gergen K, Gergen M. Einführung in den sozialen Konstruktivismus. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme; 2009
- [104] Hale SB. Community interpreting. Research and practice in applied linguistics. London: Palgrave Macmillan; 2007
- [105] Hegemann T. Interkulturelle Kompetenz in Beratung und Therapie. In: Radice von Wogau J, Eimmermacher H, Lanfranchi A, Hrsg. Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. Weinheim: Beltz; 2004
- [106] Hegemann T, Budimlic M. Brücken bauen zwischen Sprachen und Kulturen. Zum Einsatz von Gemeindedolmetschern zur Überbrückung von Kommunikationshindernissen in Psychosozialen Diensten. In: Brisch KH, Hrsg. Bindung in Migration. Stuttgart: Klett-Cotta; 2016

- [107] Hegemann T, Oestereich C. Einführung in die interkulturelle systemische Beratung und Therapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme; 2009
- [108] Hoegl, F. Kopplung. In: Wirth JV, Kleve H, Hrsg. Lexikon des systemischen Arbeitens. Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik und Theorie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme; 2012: 221–224
- [109] Kaviani N, Hegemann T. Inter- und transkulturelle Kompetenzen in Migrationsgesellschaften. In: Treichel D, Mayer CH, Hrsg. Lehrbuch Kultur. Lehr- und Lernmaterialien zur Vermittlung kultureller Kompetenzen. Münster: Waxmann; 2011
- [110] Kleinman A. Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience. New York: The Free Press; 1991
- [111] Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt. Weiterfinanzierung von Dolmetschereinsätzen (2014). Im Internet: <http://www.ris-muenchen.de/RII/RII/DOK/SITZUNGSVORLAGE/3418297.pdf>; Stand: 1. 7. 2016
- [112] Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZGB). Dolmetschertopf. Interkulturelle Öffnung der Gesundheitsberatung und Behandlung durch den Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern (2013). Schriftenreihe Bd. 25. Im Internet: <http://www.lzg-bayern.de/dolmetschertopf.html>; Stand: 24.10.2016
- [113] Littlewood R. Von Kategorien zu Kontexten. In: Hegemann T, Salman S, Hrsg. Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie; 2010
- [114] Machleidt W. Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatri-schen-psychotherapeutischen Versorgung von Migranten in Deutschland. Nervenarzt 2002; 72: 1208–1209
- [115] Sagner A. Abschlussbericht zur Evaluation des SprachmittlerInnen- und DolmetscherInneneinsatzes im Sozialreferat (2011). Im Internet: <http://www.ris-muenchen.de/RII/RII/DOK/SITZUNGSVORLAGE/2734518.pdf> Stand: 24.10.2016
- [116] Salman R. Vermittler zwischen Sprachen und Kulturen. Methoden des Gemeindedolmetschens und des Überbrückens von Kommunikationshindernissen. In: Hegemann T, Salman R, Hrsg. Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie; 2010: 199–215
- [117] Salman R. Gemeindedolmetscherdienste als Beitrag zur Integration von Migranten in das regionale Sozial- und Gesundheitswesen. Das Modell des Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover. In: Bundesbeauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration, Hrsg. Gesundheit und Integration. Berlin: 2007; 246–256
- [118] Schiepek G. Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1999
- [119] Spitzcok von Brisinsky I. Therapie. In Wirth JV, Kleve H, Hrsg. Lexikon des systemischen Arbeitens. Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik und Theorie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme; 2012
- [120] Strotzka H. Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. München: Urban & Schwarzenberg; 1978
- [121] Tamayo M. Sprach- und Integrationsmittler, Gemeindedolmetscher, Community Interpreter. Eine professionelle Strategie zum Abbau von Ungleichbehandlung. In: Migration und soziale Arbeit 2010; 3 (4): 283–289
- [122] Valero-Garces C, Martin A, eds. Crossing borders in community interpreting. Definitions and dilemmas. Amsterdam: John Benjamins; 2008
- [123] Zimmermann E. Kulturelle Missverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen. Bern: Huber; 2000

3.2 Interkulturelle Aspekte der Therapiebeziehung bei Migrations- und Fluchtgeschichte

Birsen Kahraman

3.2.1 Bedeutung der therapeutischen Beziehung

Die Therapiebeziehung hat in der Praxis einen besonderen Stellenwert, in der Psychotherapieforschung ist ihre hohe Wirksamkeit unabhängig von der Therapieschule empirisch vielfach belegt [142]. Bereits zu Beginn der therapeutischen Zusammenarbeit indiziert die Güte der Beziehung zwischen Klient und Therapeutin, ob das Therapie-Ergebnis bei Abschluss positiv ausfallen wird: je besser Klient(inn)en die Therapiebeziehung nach den ersten 3 Sitzungen einschätzen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Therapie auch am Ende als erfolgreich bewertet wird; die Einschätzung der Therapeut(inn)en, ob die Therapie erfolgreich sein wird, ist trotz ihrer professionellen Ausbildung deutlich weniger zutreffend. Gerade zu Beginn des Kontakts, wenn Klient(inn)en durch Lebenskrisen hoch belastet und vulnerabel sind, ist davon auszugehen, dass die wertschätzende zwischenmenschliche Begegnung eine besonders wichtige Rolle im gegenseitigen Vertrauensaufbau spielt, auch weil in dieser Phase spezifische symptomreduzierende Interventionen noch kaum zum Einsatz kommen. Insbesondere Menschen mit Flucht- und Migrationsgeschichte haben vielfältige zwischenmenschliche Traumatisierungen erfahren, bis sie therapeutische Hilfe – wenn überhaupt – erhalten. Sie leben nicht nur getrennt von wichtigen Bezugspersonen, zu denen der Kontakt nicht regelhaft aufrechterhalten werden kann, falls diese noch am Leben sind. Vor, während und nach der Flucht sind Geflüchtete auf Hilfen und die Zusammenarbeit mit Menschen angewiesen, die sie kaum kennen und denen sie dennoch vertrauen müssen, ohne zu wissen, wohin sie das führt. Viele Menschen werden auf der Flucht durch andere Menschen in teilweise extremer Weise missbraucht und traumatisiert, da sie schutzlos sind. Eine vonseiten der Therapeutin gestaltete wertschätzende, offene und parteiiche Haltung im Sinne der Hilfesuchenden, ohne diese in ihrer Notlage zu entmündigen oder zu manipulieren, ist grund-

legend, um Sicherheit, Schutz und Hoffnung zu vermitteln:

„Es ist wichtig, dass wir unsere Klienten in ihrer Autonomie stärken und Hilfe zur Selbsthilfe leisten. Dennoch ist ‚professionelle Nähe‘ in der Arbeit mit belasteten und traumatisierten Menschen so wichtig wie die viel beschworene ‚professionelle Distanz.‘“ ([150], 78–79)

Die Therapiebeziehung kann je nach therapeutischer Ausbildung und Setting unterschiedlich bewusst genutzt werden; psychotherapeutische Interventionen sind jedoch stets wirksamer, wenn zwischen Behandlerin und Klient(in) eine wertschätzende Vertrauensbasis besteht. Am Beispiel der kognitiven Verhaltenstherapie, die in ihrer Entstehung die Therapiebeziehung zugunsten der präzisen Ausformulierung von kognitiven Techniken vernachlässigte, ist nachweisbar, dass sie noch wirksamer ist, wenn Therapeut(inn)en die Interaktion zwischen sich und ihren Klient(inn)en fokussieren [128]. Unter der therapeutischen Beziehung wird in der Regel sowohl die affektive Bindung zwischen Therapeut und Klient als auch die gemeinsame Arbeit an Aufgaben und Zielen verstanden [126]. Es gilt in der Therapiebeziehung, die Bedürfnisse des Patienten nach Wertschätzung, Bestätigung, Ermutigung, Unterstützung, eventuell nach Trost und Hoffnung zu erfüllen; Ressourcen zu reaktivieren oder neue aufzubauen; Patient(inn)en neue, positive Beziehungserfahrungen zu ermöglichen und Selbstexploration zu unterstützen; außerdem bestehende Beziehungskonflikte zu bearbeiten [132].

Stolpersteine in der „interkulturellen“ Zusammenarbeit

Bei interkulturellen Therapien scheinen oben genannte allgemein gültige Maxime nicht ohne weiteres realisierbar zu sein, sie scheitern gerade zu Beginn häufig. Beispielsweise brechen schwarze Klient(inn)en in den USA doppelt so häufig wie weiße Klient(inn)en bereits nach dem Erstgespräch die Behandlung bei einem weißen Therapeuten ab. Sie tun dies nicht, wenn sie von einem schwarzen Therapeuten behandelt werden (Metaanalyse s. [148]). Selbst wenn schwarze Klient(inn)en bei weißen Therapeut(inn)en in Behandlung verbleiben, werden ihre Behandlungen ca. nach $\frac{1}{3}$ der Zeit abgeschlossen im Vergleich zu weißen Klient(inn)en, was nachhaltigen Therapieerfolg deutlich reduziert. Im deutschsprachigen

Raum werden Schwierigkeiten und Missverständnisse in interkulturellen Therapien häufig berichtet und für deren Ursachen sowohl strukturelle als auch interpersonelle Faktoren vermutet [133]. Im Ergebnis führt dies dazu, dass Patient(inn)en mit Migrationsgeschichte seltener und weniger erfolgreich psychotherapeutisch behandelt werden, stationäre Rehabilitation von Migrant(inn)en wird seltener erfolgreich abgeschlossen, in ambulanten Therapie-Einrichtungen sind sie, trotz Bemühungen um interkulturelle Öffnung, selten anzutreffen. Für therapeutische Misserfolge werden in der Regel die Klient(inn)en einseitig verantwortlich gemacht, und ihre Therapiefähigkeit überhaupt wird infrage gestellt [129]. Bei Klient(inn)en mit Migrations- und Fluchtgeschichte wird dies zum Teil mit sprachlichen Barrieren begründet, jedoch werden Misserfolge in sogenannten interkulturellen Therapien häufig und spontan kulturell attribuiert (Kulturalisierung) und strukturelle Ursachen wie Migration, Sprachgefälle, Machtgefälle bzw. Faktoren auf Therapeutenseite wie wenig interkulturelle Erfahrung, unbewusste Stereotypisierung oder Vorurteile vernachlässigt.

Die Ausblendung gesellschaftlicher Zustände ist dem Umstand geschuldet, dass der psychotherapeutische Berufsstand dazu neigt, sich auf die individuellen Belange seiner Klient(inn)en zu konzentrieren und gesellschaftliche Gegebenheiten und Entwicklungen auszublenden, teilweise sogar zu ignorieren, um die individuelle Handlungsfähigkeit des Klienten zu fokussieren und zu erweitern [140]. Dies mag zeitweise hilfreich sein, führt langfristig und ausschließlich praktiziert jedoch dazu, dass wir nicht über unseren Tellerrand hinausblicken. Therapeut(inn)en sollte jederzeit bewusst sein, dass Psychotherapie nicht im gesellschaftlichen Vakuum stattfindet [143]. So werden trotz bekannter Missstände in der psychosozialen Versorgung von Patient(inn)en mit Migrations- und Fluchtgeschichte ihre Anliegen in der strukturellen Versorgungsplanung weiterhin kaum berücksichtigt, traumatisierte Geflüchtete gelangen nach der heutigen Rechtslage immer noch zu einem minimalen prozentualen Anteil und sehr spät in Psychotherapie. Es sind engagierte Initiativen einzelner Personen oder Verbände wie der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF), die sich v. a. der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten annehmen.