

Aus der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am
LVR Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Leiterin: Univ.-Prof. Dr. Ulrike Dinger-Ehrenthal

**Die Triangulierung in der dolmetschergestützten Psychotherapie:
Eine klinisch kontrollierte Studie zum Einfluss von Sprach- und
Integrationsmittlern auf die therapeutische Beziehung und den
Behandlungserfolg**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Vera Angela Vogel
2023

Als Inauguraldissertation gedruckt mit der Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachter: PD Dr. med. Jörg Rademacher

Zweitgutachter: Univ.-Prof. Dr. med. Peter Angerer

Isn't that an illusion?
Isn't the act of translating necessarily a utopian task?
The truth is, I've become more and more convinced
that everything Man does is utopian."

José Ortega y Gasset
The Misery and the Splendor of Translation (1937)

Für Sophia

Zusammenfassung

Die psychosomatische Versorgung geflüchteter Menschen stellt eine Herausforderung für die ambulante psychotherapeutische Arbeit dar. Die Sprachbarriere, die den Einsatz von Sprachmittlern erforderlich macht, fordert eine Adaptation der Richtlinienpsychotherapie. Die Bedeutung der daraus entstehenden therapeutischen Dreiecksbeziehung (Patient-Therapeut-Dolmetscher) wurde bislang kaum erforscht. Diese Dissertation untersucht die therapeutische Allianz und den Behandlungserfolg der dolmetschergestützten Psychotherapie.

An der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf) wurde eine Kohorte von 69 geflüchteten Patienten rekrutiert, die an einer Traumafolgestörung litten. Im Rahmen einer klinisch kontrollierten Studie erhielten diese eine 9-monatige psychotherapeutische Behandlung, wobei eine Gruppe mit Unterstützung von Sprach- und Kulturmittlern behandelt wurde, die andere in Mutter- oder Drittsprache. Zu Beginn (t0) und Abschluss der Behandlung (t1) wurde die Schwere der Symptomatik mit wissenschaftlich etablierten psychometrischen Fragebögen erhoben. Zusätzlich wurden nach Beendigung der Therapie Patienten, Therapeuten und Dolmetscher gebeten, die therapeutische Beziehung anhand des Helping Alliance Questionnaire (HAQ) einzuschätzen.

Für die Gesamtgruppe zeigte sich am Ende der Behandlung eine Besserung aller erhobenen Symptombereiche (signifikant für Depression, Angst und Traumasymptomatik). Es wurde eine positive Korrelation zwischen Behandlungserfolg und Qualität der therapeutischen Beziehung nachgewiesen. Im Vergleich der beiden Behandlungsgruppen fand sich in der Gruppe mit Dolmetscher eine stärkere (nicht signifikante) Verbesserung für Depression, Angst, körperlichen Beschwerden und Einschränkung im Alltag. Bezüglich der therapeutischen Allianz schätzten Therapeuten die Beziehung zu ihren Patienten signifikant schlechter ein, wenn mit Dolmetscher gearbeitet wurde. Patienten hingegen wiesen keinen signifikanten Unterschied in der Einschätzung der therapeutischen Beziehung zwischen der Gruppe mit und ohne Dolmetscher auf.

Vor dem Hintergrund von medizinischer, psychologischer und kommunikationswissenschaftlicher Forschung wurde ein Modell zur Gestaltung der triadischen Beziehung im therapeutischen Setting erarbeitet. Zur prognostischen Bedeutung der nachgewiesenen Diskrepanzen in der Wahrnehmung der therapeutischen Allianz wurden Hypothesen für zukünftige Forschung generiert.

Summary

The psychosomatic care of refugees represents a challenge for outpatient psychotherapeutic work. The language barrier, which requires the use of language mediators, demands an adaptation of psychotherapeutic guidelines. The significance of the resulting triangular therapeutic relationship (patient-therapist-interpreter) has hardly been explored so far. This dissertation examines the therapeutic alliance and treatment success of interpreter-assisted psychotherapy.

A cohort of 69 refugee patients suffering from trauma related disorders was recruited at the Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy (LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf). As part of a controlled clinical trial, they received 9 months of psychotherapeutic treatment, with one group receiving treatment with the assistance of interpreters and the other receiving treatment in their native or third language. At baseline (t0) and completion of treatment (t1), symptom severity was assessed using scientifically established psychometric questionnaires. In addition, at the end of therapy, patients, therapists, and interpreters were asked to assess the therapeutic relationship using the Helping Alliance Questionnaire (HAQ).

At the end of treatment, the overall group showed an improvement in all symptom domains (significant for depression, anxiety and trauma symptoms). A positive correlation between therapeutic success and quality of the therapeutic relationship was demonstrated. Comparing the two treatment groups, a stronger (non-significant) improvement was found in the group with interpreter for depression, anxiety, physical symptoms and limitations in daily life. Regarding the therapeutic alliance, therapists rated the relationship with their patients significantly worse when working with interpreters. Patients, on the other hand, showed no significant difference in the assessment of the therapeutic relationship between the group with and without interpreters.

Against the background of medical, psychological and communication science research, a model for the design of the triadic relationship in the therapeutic setting was developed. For future research, hypotheses on the prognostic significance of the proven discrepancies in the perception of the therapeutic alliance were generated.

Abkürzungsverzeichnis

BaDo: Fragebogen zur Basisdokumentation

D: Dolmetscher

ES: Effektstärke

ETI: Essener Trauma Inventar

GAD: Generalized Anxiety Disorder

HAQ: Helping Alliance Questionnaire

M: Mittelwert

Max: Maximum

Md: Median

Min: Minimum

n: Fallzahl

n.s.: nicht signifikant

P: Patient

PHQ: Patient Health Questionnaire

PR: Prozentrang

PTBS: Posttraumatische Belastungsstörung

PTSD: Posttraumatic Stress Disorder

SD: Standardabweichung

SIM: Sprach- und Integrationsmittler

T: Therapeut

t0: Messzeitpunkt zu Beginn der Therapie

t1: Messzeitpunkt am Ende der Therapie

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	I
Summary	II
Abkürzungsverzeichnis	III
1. Einleitung	1
1.1 Versorgung psychisch kranker Geflüchteter	3
1.2 Das Düsseldorfer Modell	5
1.3 Das Konstrukt der <i>Helping Alliance</i>	7
1.4 Kommunikation in der psychotherapeutischen Dyade und Triade	10
1.5 Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten und Dolmetschern.....	12
1.6 Rolle des Dolmetschers in der psychotherapeutischen Triade.....	15
1.7 Dolmetscher: <i>Black box</i> oder Co-Therapeut?	16
2. Modell und Ziele der Arbeit.....	24
2.1 Die „dynamische Triangulierung“: ein Modell zur SIM-gestützten Psychotherapie.....	24
2.2 Theoretische Prämissen: Angst- und Ohnmachtserleben in der therapeutischen Beziehungsgestaltung von traumatisierten Geflüchteten	26
2.3 Ressourcen der „dynamischen Triangulierung“	29
2.3.1 Therapeutische Beziehung als „ <i>holding enviroment</i> “	29
2.3.2 Zeitliche Latenz der Kommunikation	30
2.3.3 Funktion des „Beobachters“	31
2.3.4 Dynamische Struktur der Machtverhältnisse	32
2.3.5 Triangulierung als „ <i>transitonal space</i> “	33
2.4 Fragestellung.....	34
3. Material und Methoden	36
3.1 Studiendesign	36
3.2 Patientenstichprobe und Behandlungssetting.....	37
3.3 Psychometrische Diagnostik	39
3.3.1 Fragebogen zur Basisdokumentation (BaDo)	40

3.3.2 World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0).....	40
3.3.3 Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D).....	40
3.3.4 Essener Traumainventar (ETI).....	42
3.3.5 Revised Adult Attachment Scale (ASS-R)	43
3.3.6 Helping Alliance Questionnaire (HAQ).....	43
3.4 Statistische Auswertung.....	46
3.4.1 Deskriptive Statistik.....	46
3.4.2 Therapeutische Beziehung mit SIM vs. ohne SIM	47
3.4.3 Behandlungserfolg mit SIM vs. ohne SIM	47
3.4.4 Korrelation von therapeutischer Beziehung und Behandlungserfolg	48
3.4.5 Explorative Fragestellungen	48
4. Ergebnisse	51
4.1 Deskriptive Statistik.....	51
4.2 Ergebnisse zur therapeutischen Beziehung	58
4.2.1 Vergleich der Gruppen mit SIM vs. ohne SIM	58
4.2.2 Therapeutische Beziehung in der Gesamtkohorte.....	62
4.2.3 Therapeutische Beziehung in der Gruppe mit SIM.....	62
4.2.3.1 Beziehung Patient $\leftrightarrow$ Therapeut.....	63
4.2.3.2 Beziehung Patient $\leftrightarrow$ Dolmetscher.....	66
4.2.3.3 Beziehung Therapeut/Dolmetscher $\rightarrow$ Patient.....	67
4.2.3.4 Beziehung Patient $\rightarrow$ Therapeut/ Dolmetscher	69
4.2.4 Therapeutische Beziehung in der Gruppe ohne SIM	70
4.3 Ergebnisse zum Behandlungserfolg.....	71
4.4 Korrelation von therapeutischer Beziehung und Behandlungserfolg.....	76
5. Diskussion	79
5.1 Einschränkungen.....	79
5.1.1 Population	79
5.1.2 Setting	80

5.1.3 Studiendesign	82
5.2 Interpretation der Ergebnisse	84
5.2.1 Psychotherapie mit SIM vs. ohne SIM	84
5.2.2 Explorativ untersuchte Zusammenhänge	85
5.2.2.1 <i>Einschätzung der Therapeuten</i>	87
5.2.2.2 <i>Einschätzung der Dolmetscher</i>	91
5.2.2.3 <i>Einschätzung der Patienten</i>	92
6. Fazit und Ausblick	94
6.1 Schlussfolgerungen für die Forschung.....	95
6.2 Schlussfolgerungen für die Versorgung.....	97
6.2.1 Eine klare Rollendefinition	100
6.2.2 Vermeidung von Grenzüberschreitungen	101
6.2.3 Integration des Dolmetschers in die therapeutische Arbeit.....	102
7. Literatur.....	105
8. Abbildungen & Tabellen.....	125
9. Anhang	127

1. Einleitung¹

In den letzten zehn Jahren wurden über 2 Millionen Asylersanträge beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) eingereicht (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2020). Ein erheblicher Anteil dieser Menschen leidet an psychischen Erkrankungen. So erfüllen ca. 30% von ihnen die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (Blackmore et al., 2020), die häufigste psychische Erkrankung unter Geflüchteten. Die Symptome einer PTBS können sich nach einem traumatischen Ereignis über Jahre oder Jahrzehnte hinweg entwickeln und die Betroffenen massiv in ihrem Alltag beeinträchtigen. Ihre Prävalenz liegt mehr als 10-mal höher als in der deutschen Allgemeinbevölkerung (Maercker et al., 2018). Die Mehrheit der Geflüchteten mit PTBS (87,7%) leidet zusätzlich an mindestens einer weiteren psychischen Erkrankung, mehr als 2/3 von ihnen (77,5%) leiden an drei oder mehr psychischen Erkrankungen (Perkonig et al., 2000). Wie die Metaanalyse von Beck et al. (2018) zeigt, ist hierbei die Prävalenz von Angststörungen (20-88%) und depressiven Störungen (2-80%) besonders hoch. Hierbei können Depressionen durch Traumata ausgelöst werden, oder auch unabhängig davon auftreten (Beck et al., 2018). Abhängigkeits-erkrankungen (v.a. Alkoholabhängigkeit) sind ebenfalls häufig mit einer PTBS assoziiert (Brown et al., 2019; Beck et al., 2018).

Eine von der AOK durchgeführte Studie kam zu dem Ergebnis, dass fast 3/4 der Schutzsuchenden in Deutschland (74,4%) unterschiedliche Formen von Gewalt erfahren haben und mehrfach traumatisiert sind (Baron & Flory, 2019). Eine 2019 veröffentlichte Studie des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP), Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) und Forschungszentrum des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF-FZ) ergab, dass 87% der befragten Geflüchteten potenziell traumatische Erlebnisse (Krieg, Verfolgung, Zwangsevakuierung) in ihrem Leben schilderten (Brücker et al., 2019; Baron & Flory, 2019).

Die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Menschen mit Fluchtgeschichte steht in engem Zusammenhang mit traumatisierenden biographischen Ereignissen. Als "Geflüchtete" werden diejenigen Menschen bezeichnet, die ihre Heimat aufgrund von Krieg, Natur-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit des Textes wird auf die Schreibweise „*Innen“ verzichtet. Generell werden stattdessen die Begriffe der kürzeren, männlichen Schreibweise verwendet. An dieser Stelle wird ausdrücklich betont, dass dies als Synonym verwendet wird und alle Menschen, unabhängig von ihrer geschlechtlichen Identität, gleichberechtigt angesprochen werden.

katastrophen oder Angst vor politischer oder religiöser Verfolgung verlassen mussten (Polcher & Calloway, 2016). Demensprechend berichten 30-50% von ihnen, traumatische Erfahrungen wie Krieg, Verfolgung, Folter oder sexuellen Missbrauch erlebt zu haben (Shannon et al., 2016). Diese Ereignisse können im Heimatland, auf der Flucht und/oder im Zielstaat stattgefunden haben (Slobodin & Jong, 2015; Chu et al., 2013; Laban et al., 2004). Das Modell der sequenziellen Traumatisierung nach Keilson zeigt, wie traumatische Ereignisse zu einer chronischen Verhaltensstörung führen können (Keilson, 1979; Keilson, 2005). In einer Studie an einer Kohorte von 204 jüdischen Kriegsweisen untersuchte Keilson die langfristigen Auswirkungen von Übergriffen und traumatischen Erfahrungen auf die mentale Gesundheit und den emotionalen Zustand eines Individuums sowie sein Verhalten in belastenden Situationen (Keilson, 1979). Wenn eine Person bereits traumatische Erfahrungen gemacht hat, so Keilson, kann dies ihre Fähigkeit beeinträchtigen, zukünftige Traumata zu bewältigen, was die Anfälligkeit für weitere Traumatisierungen erhöht. Dies kann zu einem Teufelskreis führen. Die Folgen von Traumata treten nicht zwangsläufig unmittelbar nach einem traumatisierenden Ereignis auf, sondern können sich im Laufe der Zeit manifestieren und erst bei zunehmender Belastung offensichtlich werden (Keilson, 2005).

Die variierenden Angaben zur Prävalenz psychischer Erkrankungen bei traumatisierten Geflüchteten sind u. a. durch die uneinheitliche Definition des Traumabegriffs bedingt. Dieser wurde in den 1980er Jahren in die internationalen Klassifikationssysteme für psychische Erkrankungen (DSM; ICD) aufgenommen (North et al., 2016). Traumafolgestörungen wurden lange als Untergruppe der Angststörungen eingeordnet, ohne dass eindeutige Ein- und Ausschlusskriterien definiert wurden. Erst im aktuellen DSM-5 findet sich eine eigene Sektion für „Trauma- and Stressor Related Disorders“, die objektivierbare Diagnosekriterien festlegt (Friedman et al., 2011). Allerdings bleibt aufgrund der zeitgleichen Verwendung unterschiedlicher Klassifikationssysteme (DSM- vs. ICD-Klassifikation) in der Fachliteratur die Definition eines Traumas bzw. damit assoziierter Folgestörungen uneinheitlich (North et al., 2016). Weitere Faktoren, die die ausgeprägten Unterschiede der wissenschaftlich publizierten Prävalenzangaben erklären, sind auf die untersuchten Populationen zurückzuführen. Dazu zählen die Varianz in Fallzahlen und die Zusammensetzung von Stichproben, sowie die kulturelle und soziodemographische Inhomogenität der Stichproben und die große Bandbreite der eingesetzten psychometrischen Fragebögen und Testverfahren (RKI, 2017). Traumafolgestörungen präsentieren sich zusammenfassend als komplexes, vielseitiges klinisches Spektrum, das diagnostisch aufgrund der uneinheitlichen Kriterien sowie der hohen Komorbidität medizinisch schwer zu fassen ist. Dabei besteht bei den Betroffenen ein hoher

Leidensdruck, der sich bei Geflüchteten u. a. in einer hohen Prävalenz von Suizidgedanken (bis zu 31%, Aizik-Reebs et al., 2022) und einer allgemein hohen Suizidrate (bis zu ca. 10%, Jankovic et al., 2013) widerspiegelt.

1.1 Versorgung psychisch kranker Geflüchteter

Die psychiatrische und psychosomatische Versorgung psychisch kranker Geflüchteter stellt eine Herausforderung für das deutsche Gesundheitssystem dar, deren Relevanz weit über gesundheitspolitische Aspekte hinausgeht. Studien zur Epigenetik traumatischer Erfahrungen zeigen, dass Traumafolgestörungen vererbare Änderungen der DNA hervorrufen können und dass Traumata somit nicht nur durch persönliche Beziehungen, Erzählungen oder religiöse Praktiken, sondern auch genetisch an die Folgegenerationen weitergegeben werden können (Pederson et al., 2018). Hinzu kommt das hohe Risiko einer Chronifizierung psychischer Erkrankungen, das nur mit einer frühzeitigen fachspezifischen Behandlung zu begrenzen ist. Ziel einer solchen Behandlung ist es, das Risiko für einen langfristigen Therapiebedarf, wiederholte Klinikaufenthalte und die Notwendigkeit sozialer Betreuung zu minimieren (Shannon et al., 2016). Entsprechend appelliert die europäische Staatengemeinschaft an eine adäquate Versorgung psychisch kranker Geflüchteter, die laut der EU-Richtlinie 2013/33/EU als „besonders vulnerabel“ gelten. Sie bedürfen der Richtlinie zufolge eines besonderen Schutzes und dürfen nicht ohne Weiteres in ihr Heimatland oder einen Drittstaat abgeschoben werden.² Trotz dieser legislativen Rahmenbedingungen gestaltet sich der Zugang zum Gesundheitssystem für Geflüchtete im deutschen Alltag kompliziert (Hanft-Robert et al., 2023). Dies ist insbesondere durch den jeweiligen Aufenthaltsstatus und die damit verbundenen unterschiedlichen Zugangswege zur medizinischen Versorgung bedingt. In den ersten 18 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland haben Geflüchtete das Recht auf Behandlung akuter lebensbedrohlicher Erkrankungen über einen Behandlungsschein des Sozialamts (Karato, 2023). Der Zugang zur Richtlinienpsychotherapie ist damit in dieser Phase weitestgehend versperrt, lediglich kurzfristige Kriseninterventionen sind abgedeckt. Erst danach werden die Betroffenen in die gesetzliche Krankenkasse aufgenommen und erhalten

² Richtlinie (EU) 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen, ABl. L 180, 29.06.2013, S. 106. Verfügbar unter: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=celex%3A32013L0033>. Letzter Zugriff: 26.06.2023

eine elektronische Gesundheitskarte, die den Zugang zur Regelversorgung ermöglicht. Geflüchtete ohne gültigen Aufenthaltstitel haben dagegen keinen Zugang zum regulären Gesundheitssystem (Kleefeldt et al., 2016).

In der therapeutischen Praxis bedeutet dies, dass Geflüchtete mit akuten psychischen Krisen (z.B. akute Suizidalität) jederzeit einen direkten Zugang zur medizinischen Versorgung haben, dass eine nachhaltige psychotherapeutische Behandlung aber erst nach Ablauf der 18-monatigen Sperrfrist in Anspruch genommen werden kann (Kleefeldt et al., 2016). Doch auch danach bestehen erhebliche Hürden, um die Umsetzung einer medizinisch indizierten psychotherapeutischen Behandlung zu gewährleisten, nicht zuletzt aufgrund der Sprachbarriere (Shrestha-Ranjit et al., 2020). Da die Kosten für Dolmetscher nur in Ausnahmefällen von der gesetzlichen Krankenkasse getragen werden (Karato, 2023; Kleefeldt et al., 2016), können Geflüchtete meist nur durch (zufällig) verfügbare muttersprachliche Therapeuten oder in spezialisierten Einrichtungen (Spezialambulanzen einzelner Kliniken), die Dolmetscher auf eigene Kosten einsetzen, behandelt werden. Auch stellt es für Geflüchtete eine große Herausforderung dar, therapeutische Einrichtungen von dem Ort ihrer Unterbringung aus überhaupt zu erreichen. Kommunikationsschwierigkeiten, mangelnde Kenntnis der Umgebung und der öffentlichen Verkehrsmittel, lange Wegzeiten und nicht zuletzt die psychische Erkrankung selbst, machen es den Geflüchteten oft unmöglich, ohne Unterstützung von Angehörigen oder ehrenamtlichen Helfern ein Therapieangebot wahrzunehmen (Karato, 2023; Carretier et al., 2020). Hinzu kommt, dass unter Geflüchteten wenig Aufklärung über psychische Erkrankungen besteht. Sie werden in den Heimatländern oft stigmatisiert, sodass die Anerkennung und Behandlung dieser Erkrankungen häufig schambesetzt ist und von den Betroffenen verdrängt wird (Hanft-Robert et al., 2022; Shannon et al., 2016; Slobodin & Jong, 2015). Psychische Belastungen im Rahmen auftretender Somatisierungstendenzen werden in der medizinischen Versorgung deshalb oft als körperliche Beschwerden verkannt, was nicht selten zu einer medizinisch nicht indizierten Verschreibung von Schmerzmitteln und anderen somatischen Medikamenten bis hin zu invasiver Diagnostik und Behandlung führt (Carballeira Carrera et al., 2020; Flynn et al., 2013). Die Versorgung psychisch kranker Geflüchteter erfolgt zusammenfassend nicht wie sonst üblich in den Praxen der niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, sondern hauptsächlich in hierauf spezialisierten Zentren, i.e. Kliniken mit angegliederten ambulanten, stationären oder teilstationären Behandlungsangeboten sowie Psychosozialen Zentren (PSZ) (Karato, 2023).

1.2 Das Düsseldorfer Modell

Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR-Klinikums Düsseldorf verfügt über eine langjährige Erfahrung in der Entwicklung und Umsetzung von ambulanten Versorgungskonzepten für Geflüchtete aus Kriegs- und Krisenregionen. Ein spezifisches Behandlungsangebot besteht seit 2003 (Joksimovic, 2010). Von einem Forschungsprojekt zur Wirksamkeit muttersprachlicher Traumatherapie bei Flüchtlingen aus Ex-Jugoslawien ausgehend, wurde zunächst eine ambulante Sprechstunde für Transkulturelle Psychotherapie eingerichtet (Joksimovic, 2010). Hier wurde nachgewiesen, dass durch eine muttersprachliche traumaspezifische stabilisierende Psychotherapie die Symptomatik traumatisierter Geflüchteter deutlich reduziert werden konnte (Joksimovic, 2010; Kruse et al., 2009). Seither wurde das transkulturelle Angebot erweitert, beginnend mit einer Förderung des EU-Fonds „Rehabilitation of torture victims“ (Joksimovic, 2010) und seit 2016 auch strukturell, als „Institutsambulanz für Transkulturelle Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ am LVR-Klinikum Düsseldorf. Diese Spezialambulanz bietet Migranten und Geflüchteten ein spezifisch transkulturelles psychotherapeutisches Beratungs- und Behandlungsangebot. Hierzu gehören kultursensible und traumaspezifische Erstgespräche zur Diagnostik und Indikationsstellung, ärztliche psychosomatisch-psychotherapeutische und psychologische Behandlungen (u. a. traumaspezifische Psychotherapie, EMDR-Therapie, Paar- und Familientherapie, psychopharmakologische Behandlung), Beratungsgespräche, Kriseninterventionen und Psychoedukation. Zentral dafür ist einerseits die multiprofessionelle Zusammenarbeit der Angehörigen verschiedener Berufsgruppen in der Behandlung und andererseits der Einsatz von Sprach- und Integrationsmittlern (SIM) bei Bedarf. Außer den medizinischen und psychologischen Behandlungsangeboten werden auch Kunst- und Sozialtherapeutische Verfahren angeboten. Auch werden die Patienten in sozialen und asylrechtlichen Belangen unterstützt (u. a. durch Sozialtherapie, Erstellung von Bescheinigungen und Gutachten). Zum behandelten Störungsspektrum zählen somatoforme Störungen, Anpassungs- und Belastungsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, komplexe Traumafolgestörungen, Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und Essstörungen. In der Ambulanz wird i. S. der Strukturqualität besonderer Wert auf die transkulturelle Kompetenz von Mitarbeitern sowie auf den Einsatz qualifizierter, für die Beratung und Therapie geschulter Sprachmittler gelegt.³

³ Informationen zur Düsseldorfer Ambulanz: https://klinikum-duesseldorf.lvr.de/de/nav_main/fachgebiete/psychosomatik/transkulturelle_angebote/Inhaltsseite_KV.html (Letzter Zugriff: 21.03.2023).

Für die medizinische Gesamtversorgung der Geflüchteten bleibt aber weiterhin das Problem bestehen, dass die Richtlinienpsychotherapie diese Patientengruppe trotz hohen Bedarfs kaum erreicht (Karato, 2023). Einerseits können die bestehenden Behandlungsangebote von psychiatrisch und psychosomatischen Einrichtungen der Anzahl an Patienten nicht gerecht werden, andererseits besteht auch inhaltlich die Notwendigkeit, die allgemeinen Richtlinien zu präventiven und kurativen Konzepten der Psychotherapie an diese besondere Patientenklientel anzupassen (Slobodin & Jong, 2015; Joksimovic, 2010; Behrens & Calliess, 2008). Dies zeigte sich auch in einer Studie über bosnische Kriegsflüchtlinge, die an der Düsseldorfer Klink durchgeführt wurde (Kruse et al., 2009). Aus den Ergebnissen dieser Forschungsarbeit wurde ein Trauma-adaptiertes psychotherapeutisches Behandlungskonzept erarbeitet, das sich inzwischen als Behandlungsgrundlage in der Transkulturellen Institutsambulanz etabliert hat. Kernelement dieses „Düsseldorfer Modells“ ist der multimodale ambulante Behandlungsansatz, der entweder muttersprachlich oder unter Hinzuziehung von Sprach und Integrationsmittlern durchgeführt wird (Joksimovic et al., 2017). Dieses therapeutische Versorgungsmodell, das Einzelsetting und gruppentherapeutische Angebote kombiniert, zielt primär auf eine Stärkung interaktioneller Fähigkeiten sowie auf die Integration (mit Anpassung an die Rahmenbedingungen) und Inklusion (mit Abstimmung der Rahmenbedingungen auf die unterschiedlichen Bedürfnisse) in die „neue“ Gesellschaft ab.

Die Grundlagen des Düsseldorfer Modells wurden im „Leitfaden zur stabilisierenden psychodynamischen Traumatherapie für Flüchtlinge“ zusammengefasst (Joksimovic & Kruse, 2017). Dieser basiert auf der Adaptation etablierter psychodynamischer ressourcenorientierter psychotraumatologischer Behandlungsmodelle unter Berücksichtigung der speziellen Psychopathologie und sozialen Realität von Geflüchteten mit posttraumatischer Belastungsstörung und komorbiden somatoformen Störungen (Joksimovic & Kruse, 2017).

Die allgemeinen Therapieprinzipien leiten sich aus den Merkmalen der zu behandelnden Störungen, sowie eines diversitätsbewussten, den Empfehlungen der Interkulturellen Psychotherapie entsprechenden Behandlungsansatzes ab (Erim & Morawa, 2016; Erim & Senf, 2002). Letzterer beinhaltet insbesondere eine transkulturelle Sensibilität für spezifische Kommunikationsmerkmale, Tabus, Geschlechterrollen, Rituale und Religionen verschiedener Länder, für den unterschiedlichen Umgang mit Autoritäten und Regeln und schließlich für die aktuellen Lebensumstände von Geflüchteten unter Berücksichtigung des aufenthaltsrechtlichen Status (Joksimovic & Kruse, 2017).

Das Behandlungsmodell sieht eine Kurzzeittherapie von 25 Therapieeinheiten vor und basiert auf einem strukturierten Vorgehen unter Einbindung psychoedukativer Elemente (Joksimovic & Kruse, 2017). Konkret beinhaltet die Intervention folgende Elemente, die idealerweise in aufeinanderfolgenden Abschnitten von je 2 bis 4 Stunden erarbeitet werden: Aufbau der therapeutischen Beziehung, Reduktion des Stressniveaus, Psychoedukation, Arbeit an den kognitiven Inhalten, Kurzformen von Entspannungsverfahren, Affektregulation und stabilisierende Übungen, selbstfürsorgende Verantwortungsübernahme und sozialtherapeutische Unterstützung (Joksimovic & Kruse, 2017). Als elementar wird dabei der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und eines gemeinsamen Verständnisses der psychotherapeutischen Arbeit verstanden. Dieser erste Schritt gestaltet sich bei traumatisierten Geflüchteten oft schwierig und ist doch umso grundlegender als Voraussetzung zur Sicherung eines günstigen Therapieverlaufs (Carretier et al. 2020; Haene et al., 2018, Schweizer et al., 2015). Der Therapieleitfaden sieht folgende Elemente zur Förderung der therapeutischen Beziehung vor: die Vermittlung von Hoffnung, das Aufbauen einer Atmosphäre von Sicherheit und Akzeptanz, das Aufgreifen von Skepsis und Ängsten der Patienten und die Förderung der kooperativen Arzt-Patienten-Beziehung (Joksimovic & Kruse, 2017).

Die zentrale Bedeutung der therapeutischen Beziehung als Prädiktor des Therapieerfolges wurde in zahlreichen Studien belegt (z.B. Stargell 2017; Bell et al., 2016; Slone & Owen, 2015; Howarth et al., 2011; Duncan & Moynihan, 1994). In der vorliegenden Arbeit wurde genauer untersucht, wie sich die therapeutische Beziehung in einer am beschriebenen Leitfaden angelegten Behandlung unter Mitwirkung von Sprach und Integrationsmittlern gestaltet.

1.3 Das Konstrukt der *Helping Alliance*

Der Begriff „therapeutische Beziehung“ bezeichnet ein Konstrukt zum therapeutischen Verhältnis bzw. Arbeitsbündnis (siehe auch: *therapeutic alliance*, *working alliance*, *helping alliance*), das im Verlauf der letzten Jahrzehnte von verschiedenen therapeutischen Schulen unterschiedlich ausgelegt wurde (Horvath & Luborsky, 1993). Dabei ist allen gemeinsam, dass der therapeutischen Beziehung eine zunehmend größere Bedeutung beigemessen wurde, deren Ursprünge sich u. a. in den „Übertragungstheorien“ Sigmund Freuds (1856 – 1939) und Carl Gustav Jungs (1875 – 1961) finden (Freud, 2006; Jung, 1997). Insbesondere in seinen frühen Werken verstand Freud die Beziehung vom Patienten zum Analytiker als

eine Form der positiven Übertragung, i. S. der „unanstößigen Übertragung“ (Freud, 1917. S.a. Fetscher, 1998). Die zugewandte Grundhaltung des Therapeuten würde demnach den Patienten zu einer Übertragung von Beziehungsepisoden zu früheren Bezugspersonen verleiten (Horvath & Luborsky, 1993). Seitens des Therapeuten sei es von grundlegender Bedeutung, diese intrapsychischen Prozesse des Patienten möglichst unbeeinflusst zu Tage kommen zu lassen. Hieraus erwuchs das Prinzip der affektiven Neutralität bzw. Abstinenz des Therapeuten als wissenschaftliches Ideal der Psychoanalyse, das den persönlichen Einfluss des Therapeuten auf den Patienten als störend erachtet (Frischenschlager, 1995).

Wenngleich sich Freud in seinen späten Werken auch der realen Beziehungsebene zwischen Patient und Therapeut widmete, so spielte diese in der Programmatik der frühen Psychoanalyse eine untergeordnete Rolle. Für den analytischen Prozess blieb die Erforschung innerpsychischer Vorgänge von primärer Bedeutung (Frischenschlager, 1995). Indem Freud die Beziehung von Patient und Analytiker als das Ergebnis von Übertragungsprozessen wertete, sah er deren Ursprung primär intrapsychisch und somit unabhängig von der realen Beziehungsebene des Therapiesettings. Die Ideen von Freud zum therapeutischen Setting wurden später von Elisabeth Zetzel (1907 – 1970) aufgegriffen und zur *therapeutic alliance* weiterentwickelt (Zetzel, 1956). Auch sie berücksichtigte die Übertragungsanteile in der therapeutischen Beziehung. Im Gegensatz zu Freuds „unanstößigen“ Anteilen, betonte sie jedoch die grundlegenden Gefühle von Geborgenheit und Sicherheit in der Beziehung, die ihren Ursprung in der frühen Mutter-Kind-Beziehung haben (Zetzel, 1956). Inwiefern eine solche vertrauensvolle Beziehung in der Psychoanalyse aufrechterhalten werden könne, sei von der Reife des Ichs abhängig und durch regressive Zustände gefährdet, die nur durch eine gewisse „Ich-Stärke“ verhindert werden könnten (s. Rezeption der Bündniskonzepte durch Fetscher, 1998). Der Patient würde im Laufe einer psychoanalytischen Behandlung immer wieder zwischen Phasen der Übertragung und solchen des therapeutischen Arbeitsbündnisses schwanken.

Knapp zehn Jahre später wurde der Begriff der „*working alliance*“ von Ralph R. Greenson (1911 – 1979) geprägt (Greenson, 1965). Dieser unterschied die Übertragungsneurose und das Arbeitsbündnis als zwei grundlegend verschiedene Formen der Übertragung. Die Übertragungsneurose sollte im Laufe der Therapie aufgegriffen und analysiert werden. Mehr jedoch interessierte sich Greenson für das Arbeitsbündnis, das von ihm bezeichnet wurde als „the relatively non-neurotic, rational, and realistic attitudes of the patient towards the analyst (...) that enables the patient to identify with the analyst’s point of view and to work

with the analyst despite the neurotic transference reactions” (Greenson 2008, s. 29). Kern dieser Behandlungstheorie wurde somit, im Gegensatz zum bisherigen ausschließlich deutenden Vorgehen, die reale Beziehung als verlässlicher Kern des Arbeitsbündnisses.

Zusammenfassend lassen sich zur therapeutischen Beziehung historisch zwei Grundpositionen voneinander abgrenzen: 1. Die Übertragungsprozesse werden als von der realen Ebene des *Arbeitsbündnisses* getrennt betrachtet (Bibring, Gitleson, Horowitz, Bowlby) oder 2. die Übertragung wird als ein immanentes Phänomen der Arbeitsbeziehung von Patienten und Therapeuten verstanden (Brenner, Curtis). Während die Vertreter der ersten Hypothese besonderen Wert auf das Aufbauen eines vertrauensvollen Bündnisses zum erfolgreichen Vorranschreiten des Therapieprozesses legen, so betonen die Anhänger der zweiten Hypothese die Notwendigkeit der Deutung von Übertragungsphänomenen in der therapeutischen Beziehung (Horvath & Luborsky, 1993).

Eine von Übertragungsphänomenen unabhängige Sichtweise des therapeutischen Arbeitsbündnisses wurde in verschiedenen nicht psychodynamischen Ansätzen aufgegriffen. Carl R. Rogers (1902-1987) rückte die Bedeutung des Beziehungsaufbaus im Rahmen der von ihm entwickelten *Gesprächspsychotherapie* stark in den Vordergrund, wonach eine gute therapeutische Beziehung nicht nur wichtig, sondern auch ausreichend sei, um den Therapieerfolg zu sichern (Rogers, 1951). Rogers hob dabei die Bedeutung des Therapeuten in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung hervor. Durch seine Empathiefähigkeit und aufgeschlossene Haltung dem Patienten gegenüber schaffe der Therapeut ein positives Arbeitsklima, von dem der Patient – zunächst ungeachtet seiner eigenen Haltung – unweigerlich profitiere. Hieraus erarbeitete Rogers die sogenannten *Therapist-Offered Conditions* (TOC) (Rogers, 1957). Diese stimmen zwar teilweise mit dem therapeutischen Arbeitsbündnis überein, doch konnte in späteren Studien gezeigt werden, dass weniger die Haltung des Therapeuten *per se* als vielmehr die Rezeption dieser Haltung durch den Patienten entscheidend für den Therapieerfolg sei (Horvath & Luborsky, 1993; LaCrosse, 1980; Strong, 1968).

Die Hypothese, dass unterschiedliche Therapieansätze zu einem ähnlichen Therapieerfolg führen können, gab dann den Anstoß dazu, allgemein wirksame Faktoren zu postulieren, die sich unabhängig vom Therapieverfahren positiv auf das Therapieoutcome auswirkten (Ardito & Rabellino, 2011), i. S. eines „pantheoretischen“ Konzeptes der therapeutischen Beziehung (Horvath & Luborsky, 1993). Von Lester Luborsky (1920 – 2009) wurde dazu ein dynamisches Modell entwickelt, nach dem die therapeutische Beziehung keine statische

Konstante sei, sondern vielmehr ein sich entwickelndes Phänomen, das innerhalb des Therapieprozesses verschiedene Phasen durchlaufe (Luborsky, 1976). Nach Edward S. Bordin (1913 – 1992) wurde das therapeutische Bündnis (*Therapeutic Alliance*) als Form der aktiven Zusammenarbeit von Patient und Therapeut verstanden, mit dem gemeinsamen Ziel der Veränderung bzw. Verbesserung des Leidensdrucks des Patienten. Dabei wirke sich das therapeutische Bündnis nicht etwa deshalb positiv auf den Therapieerfolg aus, weil es *per se* heilsam sei, sondern weil es den Patienten in seiner Motivation, seinem Vertrauen und seinem Glauben an die Therapie bestärke (Bordin, 1979).

In der Folge der Modellentwicklung zur therapeutischen Beziehung bzw. Allianz wurden zahlreiche psychometrische Messinstrumente entwickelt, mit dem Ziel, das komplexe Konzept der therapeutischen Beziehung quantitativ zu erfassen. Einige der am häufigsten eingesetzten Tests wurden von Fenton et al. (2001) im Hinblick auf ihre Validität verglichen: California Psychotherapy Alliance Scale, CALPAS; Penn (Helping Alliance) Scales; Vanderbilt Scales, VTAS; Working Alliance Inventory, WAI-Observer, WAI-Therapist, WAI-Client. Alle sechs Instrumente konnten das Outcome der Therapie vorhersagen und es konnten keine signifikanten Unterschiede in ihrer Validität festgestellt werden, wenngleich die Anzahl der Items, je nach Test zwischen 6 und 145 Items, erheblich variierte (Fenton et al., 2001).

1.4 Kommunikation in der psychotherapeutischen Dyade und Triade

Der folgende Abschnitt befasst sich mit der dolmetschergestützten Kommunikation in der Psychotherapie. Hierfür werden die wesentlichen Herangehensweisen der Forschung an das Thema, sowie in der Fachliteratur beschriebene positive und negative Aspekte des Dolmetschereinsatzes vorgestellt. In der Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes wird das Arbeitsmodell kontextualisiert.

Die „therapeutische Dyade“ ist ein klinischer Begriff der Psychotherapie, der die Beziehung zwischen Therapeut und Patient grundlegend beschreibt. In einer erfolgreichen Dyade arbeiten beide Seiten zusammen, um das Ziel der Therapie zu erreichen (Hanft-Robert et al., 2013; Miller et al., 2005). Diese Beziehung ist von Vertrauen, Empathie und Respekt geprägt und bildet die Grundlage für eine effektive Therapie (vgl. Erhardt, 2014). Die Dyade ist auch ein zentrales Konzept in der systemischen Therapie, die davon ausgeht, dass jeder Patient Teil eines größeren sozialen Systems ist und dass Veränderungen in der Beziehung zwischen dem

Patienten und seinem Therapeuten auch Auswirkungen auf andere Beziehungen haben können. In diesem Ansatz wird die Therapie als ein gemeinsames Projekt betrachtet, bei dem beide Parteien aktiv an der Lösung des Problems arbeiten, sodass die psychotherapeutische Dyade eine wesentliche Rolle für den Therapieerfolg spielt (vgl. Tomm, 2018, Heatherington et al., 2014).

Sobald ein Dolmetscher in die Kommunikationssituation von Patient und Therapeut einbezogen wird, wird die sonst übliche dyadische Beziehung zu einer Triade bzw. triangulierten Beziehung, im Englischen *therapy in a triangle* (Hanft-Robert et al., 2023; Hassan & Blackwood, 2021; Brune et al., 2011; Hsieh & Hong, 2010; Fatahi et al. 2008; Greenhalgh et al. 2006). Die Entstehung einer solchen Beziehungskonstellation erklärt sich durch die Notwendigkeit der sprachlichen Verständigung, ohne die eine Psychotherapie nicht denkbar ist (Dickerman & Alfonso, 2015; Raval, 2003; Bolton, 2002; Baxter & Cheng, 1996). Die Problematik des Verstehens geht jedoch weit über die Grenzen der rein verbalen Kommunikation hinaus (Storck & Brakemeier, 2017; Storck et al., 2016). Bei der therapeutischen Arbeit mit Migrant*innen und Geflüchteten gestaltet sich die Therapeuten-Patienten-Beziehung vielmehr auch als Begegnung zweier Kulturen (Carrettier et al., 2020; Carballeira Carrera et al. 2020; Abdallah-Steinkopff, 1999). Demzufolge ist die Funktion des Dolmetschers im psychotherapeutischen Setting auch nicht mit der eines reinen Sprachmittlers gleichzusetzen. Seine Funktionen reichen von der Ermöglichung verbaler Kommunikation über die des Kulturmediators (*cultural mediator* bzw. *cultural broker*) (Gartley & Due, 2017; Villalobos et al., 2016, Dubus, 2016; Raval, 2003) und –vermittlers (*cultural consultant*) (Elghezouani, 2010; Raval, 2003) bis hin zum Konfliktschlichter, *link-worker* oder bilingualen *co-worker* (Raval, 2003). Aufgrund dieser Pluralität an Funktionen werden allgemein die Begriffe *community interpreter* bzw. im deutschsprachigen Raum „Sprach- und Integrationsmittler“ (SIM) dem Wort „Dolmetscher“ gegenüber bevorzugt (Elghezouani, 2010; Kluge & Kassim, 2006).⁴

Die dolmetschergestützte Psychotherapie ist ein wichtiger Bereich der psychotherapeutischen Praxis, der es Menschen, die keine gemeinsame Sprache mit ihrem Therapeuten sprechen, ermöglicht, trotzdem einen professionellen Zugang zu psychotherapeutischer Hilfe zu erhalten. In diesen Fällen wird ein SIM zur Übersetzung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten eingesetzt, um eine effektive Kommunikation zu ermöglichen. Eine solche Psychotherapie in der Triade kann auch für Patienten von Vorteil sein, die sich in einer fremden

⁴ In dieser Arbeit werden die Begriffe *Dolmetscher* und *Sprach- und Integrationsmittler* (SIM) synonym verwendet. Dabei wird eine kulturmittelnde Funktion, die über die rein sprachliche Übersetzung hinausgeht, bei beiden Begriffen impliziert.

Kultur befinden und sich aufgrund von Sprachbarrieren unsicher fühlen (s. Kap. 2.3). Obwohl die Psychotherapie mit SIM viele Vorteile hat, birgt sie auch einige Herausforderungen. Zum Beispiel kann der Einsatz eines SIM zu Verzögerungen und Unterbrechungen in der Kommunikation führen (s. Kap. 1.7, Kap. 2.3.2). Außerdem müssen Dolmetscher besondere Anforderungen erfüllen, um ihre Arbeit effektiv ausüben zu können, und es ist wichtig, dass sie in ethischen und rechtlichen Fragen geschult werden (s. Kap. 5.3.2; Kap. 6.2). Es ist essenziell, dass Therapeuten die Bedeutung von Dolmetschern in der Psychotherapie anerkennen und dass sie deren Arbeit so unterstützen, dass sie für die betroffenen Patienten so nützlich wie möglich sind (s. Kap. 6.2).

1.5 Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten und Dolmetschern

Obwohl die Praxis des Übersetzens und Dolmetschens ein fundamentales Kulturgut ist, entstand die Translationswissenschaft als eigenständige Disziplin erst in den 1990er Jahren (Elghezouani, 2010). Entsprechend fand erst seither der Einsatz von Sprachmittlern in unterschiedlichen gesellschaftlichen Einsatzbereichen (Konferenzen, Justiz, Sozialwesen) und in der Medizin und Psychotherapie (Haenel, 1997) besondere Beachtung. Trotz der nun 30-jährigen Forschungsgeschichte bemängeln zahlreiche Autoren die Unzulänglichkeit der bislang gewonnenen Erkenntnisse (Dickerman & Alfonso, 2015; Elghezouani, 2010; Miller et al., 2005). Empirische Untersuchungen, die das Erleben der Triade Psychotherapeut-Dolmetscher-Patient erforschen sind die Ausnahme (Hanft-Robert et al., 2018). Vielmehr verfolgen die meisten Autoren einen qualitativen (Hanft-Robert et al., 2023, Hassan & Blackwood, 2021; Bolton, 2002; Abdallah-Steinkopff, 1999; Baxter & Cheng, 1996), oft idiographischen Ansatz (Miller et al., 2005), indem einzelne Therapeuten ihre persönlichen Erfahrungen in einer anekdotenhaften Erzählweise präsentierten (Ullrich, 2019; Miller et al., 2005).

Die wenigen quantitativen Arbeiten zum Thema der dolmetschergestützten Psychotherapie bei Geflüchteten setzen sich insbesondere mit dem Therapieoutcome (Sander et al., 2019; Brune et al., 2011; d'Ardenne et al., 2007) und der Behandlungsdauer (Daly et al., 2019) auseinander. Eine Metaanalyse dieser Arbeiten wurde 2015 von Lambert und Alhassoon (2015) veröffentlicht. Hieraus ergibt sich, dass keine der 12 untersuchten randomisiert-kontrollierten Studien einen signifikanten Unterschied im Therapieoutcome zwischen einer Therapie mit und ohne Dolmetscher zeigt (Lambert & Alhasson, 2015). Diskordant hierzu sind

die Ergebnisse einer neueren Studie von Sander et al. (2019), der in einer vergleichsweise großen Kohorte (n = 646) ein signifikant besseres Outcome für Patienten, die ohne Dolmetscher behandelt wurden, ermittelte (Sander et al., 2019). Der Zusammenhang von therapeutischer Beziehung und Dolmetschereinsatz aus der Patientenperspektive wurde quantitativ in der Arbeit von Villalobos et al. (2016) an einer Kohorte von 452 spanischsprachigen Patienten in den USA erforscht (Villalobos et al., 2016). Diese Studie erfasst zusätzlich qualitativ Einschätzungen zur therapeutischen Beziehung von Patienten, Therapeuten und Dolmetschern (Villalobos et al., 2016).

Aus den quantitativen Studien lassen sich keine unmittelbaren Rückschlüsse auf interaktionale Parameter bzw. die Beziehungsgestaltung innerhalb der Triade ziehen. Die erste qualitative Pilotstudie zur Untersuchung der *therapeutic alliance* in der dolmetschergestützten Therapie wurde von Boss-Prieto durchgeführt (Boss-Prieto et al., 2010), gefolgt von den Untersuchungen von Gartley & Due (2017), Hassan & Blackwood (2021) und Hanft-Robert et al. (2022; 2023). Die Studie von Boss-Prieto et al. (2010) erfasst, wenngleich mit einer sehr geringen Fallzahl (n = 9), die Perspektive von Patienten, Therapeuten und Dolmetschern. Ähnliche Forschungsansätze fokussieren entweder nicht strikt auf die therapeutische Beziehung (Mirdal et al., 2012; Miller et al., 2005) oder verengen den Fokus entweder auf die Perspektive der Therapeuten (Hanft-Robert et al., 2023; Gartley & Due, 2017) oder die der Dolmetscher (Hassan & Blackwood, 2021; Dubus, 2016), ohne sie direkt zu vergleichen. Untersuchungen, die primär die Sicht der Patienten erfassen, finden sich kaum in der wissenschaftlichen Literatur. Eine Aufnahme stellt die qualitative Studie von Hanft-Robert et al. (2022) da.

Zusammenfassend wird der Perspektive der Therapeuten und deren potenziellen Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Dolmetschern ein mit Abstand größeres Interesse eingeräumt als der Perspektive von Dolmetschern und Patienten (Hassan & Blackwood, 2021; Miller et al., 2005). Dabei steht fest, dass der Einsatz von Dolmetschern in zahlreichen Settings ein notwendiger Schlüssel zur Versorgung psychisch kranker Menschen ist, wenn diese die jeweilige Landessprache nicht beherrschen. Von der Mehrheit der so versorgten Patienten (96%) wird dies als große Hilfe empfunden (Hadziabdic et al., 2014). Der breite Einsatz von Sprach- und Integrationsmittlern in der Psychotherapie kommt auch einer ethischen Verantwortung nach, indem er den Grundstein gegen Diskriminierung gegenüber anderssprachigen Menschen im Gesundheitswesen legt (Brandl et al., 2020). Gleichzeitig führt der Dolmetschereinsatz zwangsläufig zu zusätzlichen Kosten, die nur selten vom öffentlichen

Gesundheitswesen getragen werden und die einer flächendeckenden Versorgung durch SIM entgegenstehen (Karato 2023; Searight & Searight, 2009; d'Ardenne et al., 2007).

Aus einer pragmatischen Perspektive führt die Ausweitung des therapeutischen Settings auf drei Personen zu einer grundlegenden Veränderung des szenischen Aufbaus im Raum. Die meisten Autoren schlagen hier eine Sitzordnung in einem gleichschenkligen Dreieck vor, wie sie ursprünglich von Baker und Briggs (1975) entworfen wurde: Patient und Therapeut sitzen einander gegenüber und der SIM schräg zwischen ihnen, sodass jeder Teilnehmer die anderen im Blick hat (Kießl et al., 2017, O'Hara & Akinsulure-Smith, 2011; Morina et al., 2010; Kluge & Kassim, 2006, Baker & Briggs, 1975).

Bezüglich der notwendigen Professionalisierung spricht die Datenlage eindeutig dafür, mit fachlich ausgebildeten Dolmetschern zu arbeiten, da es beim Einsatz von Laiendolmetschern vermehrt zu Ungenauigkeiten in der Übersetzung sowie zu interaktionellen Schwierigkeiten kommt (Morina et al., 2010; Boss-Prieto et al., 2010, Searight & Searight, 2009). Es wurde gezeigt, dass Vor- und Nachgespräche, Supervisionen und Intervisionen die Qualität der therapeutischen Arbeit mit SIM deutlich verbessern (Fondacaro & Harder, 2014; Searight & Searight, 2009; Paone & Malott, 2008; Miller et al., 2005, s. Kap. 6.2). Auch erwies es sich als grundlegend für die therapeutische Beziehung, im longitudinalen Zeitverlauf einer Therapie möglichst denselben SIM einzustellen (Hanft-Robert et al., 2023; Gartley & Due, 2017).

Weitere Faktoren einer effektiven Zusammenarbeit, die in der Fachliteratur beschrieben werden, sind eine adäquate Aufklärung des SIM durch den Therapeuten bezüglich der Schweigepflicht und der gewünschten Übersetzungsform, adäquate Kenntnisse psychotherapeutischer Verfahren und Krankheitsbilder seitens des Übersetzers, sowie Therapiebereitschaft und Einhalten der Gesprächsregelung seitens des Patienten (Hanft-Robert et al., 2023; Gartley & Due, 2017; Paone & Malott, 2008; Abdallah-Steinkopff, 1999, s. Kap. 6.2). In Bezug auf mögliche (interpersonelle) Konflikte beim Einsatz von Dolmetschern finden sich in der Fachliteratur wiederkehrende Themenkomplexe: politische, ethnische und religiöse Zugehörigkeit oder Geschlecht des Dolmetschers (Hanft-Robert et al., 2023, Abdallah-Steinkopff, 1999), die Entstehung von Rollenkonfusionen (Hassan & Blackwood, 2021; Storck et al., 2016) und eine daraus resultierende Übernahme therapeutischer Funktionen durch den SIM (Hanft-Robert et al., 2023; Dickerman & Alfonso, 2015) sowie Grenzüberschreitungen durch Dolmetscher oder Patienten (Baker et al., 2015) (s. Kap. 6.2).

1.6 Rolle des Dolmetschers in der psychotherapeutischen Triade

Wenngleich Konsens darüber herrscht, dass eine gute, auf gegenseitigem Vertrauen basierende therapeutische Beziehung von grundlegender Bedeutung für den Therapieerfolg ist (Gartley & Due, 2017; Mirdal et al., 2012), sind sich Wissenschaftler uneinig darüber, welche Rolle dem Dolmetscher im therapeutischen Setting zukommen soll bzw. wie er optimal in die therapeutische Beziehung integriert werden kann. In der Tat handelt es sich hierbei um einen komplexen, vielschichtigen und teils wechselhaften Prozess (Storck et al., 2016). Zum einen gestalten sich Beziehungen innerhalb einer Gruppe von drei Personen *per se* komplexer als in einer Dyade, zum anderen kommen kulturelle Aspekte hinzu, die beim Aufbau der therapeutischen Beziehung berücksichtigt werden müssen (Delizée & Michaux, 2022; Abdallah-Steinkopff, 1999). Die Beziehung, die zwischen zwei Elementen der Triade entsteht, beeinflusst unweigerlich alle weiteren Beziehungen. So kann eine positive oder negative Einstellung des Therapeuten dem SIM gegenüber einen entsprechend positiven oder negativen Einfluss auf dessen Beziehung zum Patienten haben (Bolton, 2002). Ebenso kann eine sehr enge Beziehung zwischen Patient und Dolmetscher zu einer Ausgrenzung des Therapeuten aus der Triade führen (Hanft-Robert et al., 2023; Baker et al., 2015; Bauer & Alegría, 2010; Miller et al., 2005). Psychodynamisch betrachtet, kann die triadische Beziehung insbesondere zu Paarbildungen in allen denkbaren Konstellationen (SIM-Therapeut; Therapeut-Patient; Patient-SIM) führen (Tribe & Thompson, 2009a; Bolton, 2002; Baxter & Cheng, 1996). Auch können komplexe Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene auftreten (Haenel, 1997), wobei einige Autoren diese Begrifflichkeit als nicht geeignet für das dolmetschergestützte Setting sehen (Dickerman & Alfonso, 2015; Tribe & Thompson, 2008; Miller et al., 2005). So wurde der Begriff *complex emotional reactions* vorgeschlagen, um die Komplexität der Übertragungsebenen und die Intensität der auftretenden Reaktionen, die oftmals kulturelle bzw. ethnische Motive aufweisen, zu erfassen (Miller et al., 2005).

Eng mit dem Konzept der therapeutischen Beziehung verknüpft ist die Empathie. Auch hier finden sich in der Fachliteratur diskordante Ansichten. Zwar gilt Empathie als Grundlage einer guten therapeutischen Beziehung, die die Zufriedenheit von Patienten und Therapeuten nachweislich stärkt (Hanft-Robert et al., 2022; Krystallidou et al., 2020; Abdallah-Steinkopff, 1999). Es herrscht aber Uneinigkeit darüber, welches Maß an Empathie durch den Dolmetscher vermittelt werden soll. Die einen vertreten die Ansicht, der Dolmetscher könne aufgrund des gemeinsamen sprachlichen und kulturellen Horizonts einen einfühlsameren Zugang zum Befinden des Patienten aufbauen als der Therapeut und sei somit ein wichtiges

Bindeglied in der Erzeugung eines empathischen Kommunikationssettings (Hanft-Robert et al., 2022; Abdallah-Steinkopff, 1999). Andere wiederum warnen vor einer zu starken emotionalen Beteiligung der Sprach- und Integrationsmittler. Durch die erlebte Nähe zum Patienten würden SIM riskieren, schneller in eine emotionale Überforderung zu geraten (Hassan & Blackwood, 2021; Gartley & Due, 2017), die möglicherweise als Trigger eigener traumatischer Erfahrungen wirke (Searight & Searight, 2009; Miller et al., 2005). Eine zu starke emotionale Verbundenheit zwischen Patient und Dolmetscher könne außerdem die Bildung einer stabilen Beziehung zum Therapeuten gefährden (Baker et al., 2015). In ihrer Untersuchung, wie empathische Äußerungen im Therapiegespräch übersetzt werden, fanden Krystallidou et al. (2020) heraus, dass diese oftmals in der Übersetzung verloren gehen bzw. vom SIM entweder nicht in ihrer emotionalen Bedeutung wahrgenommen oder nicht angemessen in die andere Sprache transportiert werden (Krystallidou et al., 2020). Gleichzeitig scheint die Art und Weise, wie Empathie vermittelt wird, stark kulturell bedingt zu sein und ist somit – ohne eine adäquate Kontextualisierung – in der rein wörtlichen Translation schlicht nicht übersetzbar. In diesem Zusammenhang ist die kulturelle Erfahrungheit des Therapeuten von Bedeutung (Hanft-Robert et al., 2023). Allein die Kenntnis der Kultur des Patienten trage zur Empathiefähigkeit bei: „No matter how bizarre a situation appears, the route to understanding an individual’s culture leads to empathy and a therapeutic alliance“ (Ullrich, 2019).

1.7 Dolmetscher: *Black box* oder Co-Therapeut?

Im Laufe der 30-jährigen Forschungsgeschichte zur dolmetschergestützten Psychotherapie haben sich zwei Schulen etabliert:

1. Das „*black box*“ Modell: die Rolle des Dolmetschers wird als wortgetreuen, emotional neutralen Übersetzer gefasst, der keine eigenen Inhalte hinzufügen sollte;
2. Das „*team*“ Modell: dem Dolmetscher werden weiterreichende Funktionen der kulturellen Mediation zuschreibt, die über eine reine Übersetzung des Gesprochenen hinausreichen.

Anhänger der ersten Schule bezeichnen den Dolmetscher oft als *black box* (Gartley & Due, 2017; Dubus, 2016; Baker et al., 2015; O’Hara & Akinsulure-Smith, 2011; Miller et al., 2005). Dem sogenannten *conduit model* (Hsieh & Hong, 2010) folgend, fordern sie vom

Dolmetscher absolute Neutralität mit dem Ziel einer möglichst präzisen, wortgetreuen Übersetzung. Zum obersten Ziel wird so die „Unsichtbarkeit“ des Dolmetschers (Engstrom et al., 2010, Miller et al., 2005). So schreibt Morina: „Im Idealfall vergessen Therapeut und Patient nach einer Gewöhnungszeit die Anwesenheit des Dolmetschers“ (Morina et al., 2010).

Als Grundlage dieses Ansatzes kann das Kommunikationsmodell von Shannon und Weaver herangezogen werden (Shannon & Weaver, 1975). Dieses ursprünglich aus der Telekommunikation stammende Modell ist wie folgt aufgebaut (Abb. 1): Von einem Sender (*transmitter*) wird eine Nachricht (*message*) aus einer Informationsquelle (*information source*) an einen Adressaten (*receiver*) weitergegeben, der den Adressaten (*destination*) der Botschaft darstellt. Dabei wird die Nachricht vom Sender in ein Signal kodiert (*encoding*), das vom Empfänger dekodiert (*decoding*) wird. Bedingung für eine erfolgreiche Kommunikation ist die Einrichtung eines Kommunikationskanals (*communication channel*), ein Medium, durch das die Kommunikation erfolgt (z.B. das Telefon). Kommt es zu einer Störung im Medium, z.B. durch ein Rauschen (*noise source*), kann der Empfänger das Signal nicht dekodieren und die Botschaft somit nicht (vollständig) erhalten.

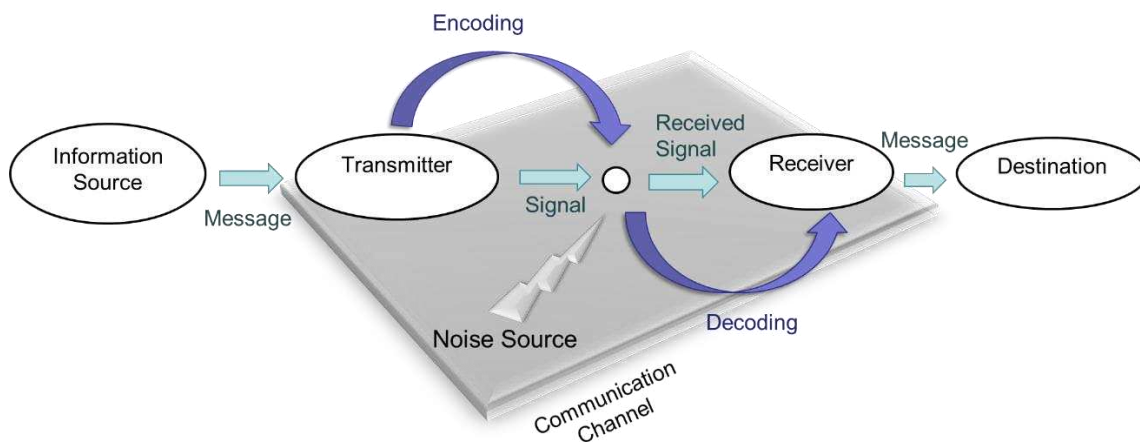


Abb. 1: Schematische Darstellung des Kommunikationsmodells nach Shannon und Weaver (1975).

Übertragen auf die dolmetschergestützte Kommunikation stellt der Dolmetscher (*D*) den Kommunikationskanal dar, über den die Kommunikation zwischen Therapeut und Patient abläuft. Die Sprachbarriere (*language barrier*) steht in diesem Modell für eine Störungsquelle, die die direkte Kommunikation zwischen Sender und Empfänger erschwert und fehleranfällig macht (vgl. Hassan & Blackwood, 2021; Al-Fedaghi, 2012).

Vertreter dieses Modells betrachten die dolmetschergestützte Kommunikation als eine der direkten Kommunikation unterlegene Therapieform (Fryer et al. 2013; Hsieh et al. 2013; Brune et al., 2011; O'Hara & Akinsulure-Smith, 2011; Fatahi et al. 2008; Baxter & Cheng, 1996). Nicht nur sei der Übersetzer für einen möglichen Verlust oder eine fehlerhafte Wiedergabe von Informationen verantwortlich, er generiere auch komplexe gruppensdynamische Konstellationen, die vom Patienten als verwirrend wahrgenommen würden und die somit hinderlich für den therapeutischen Prozess seien (Brune et al., 2011; Morina et al., 2010; d'Ardenne et al., 2007) (Abb. 2).

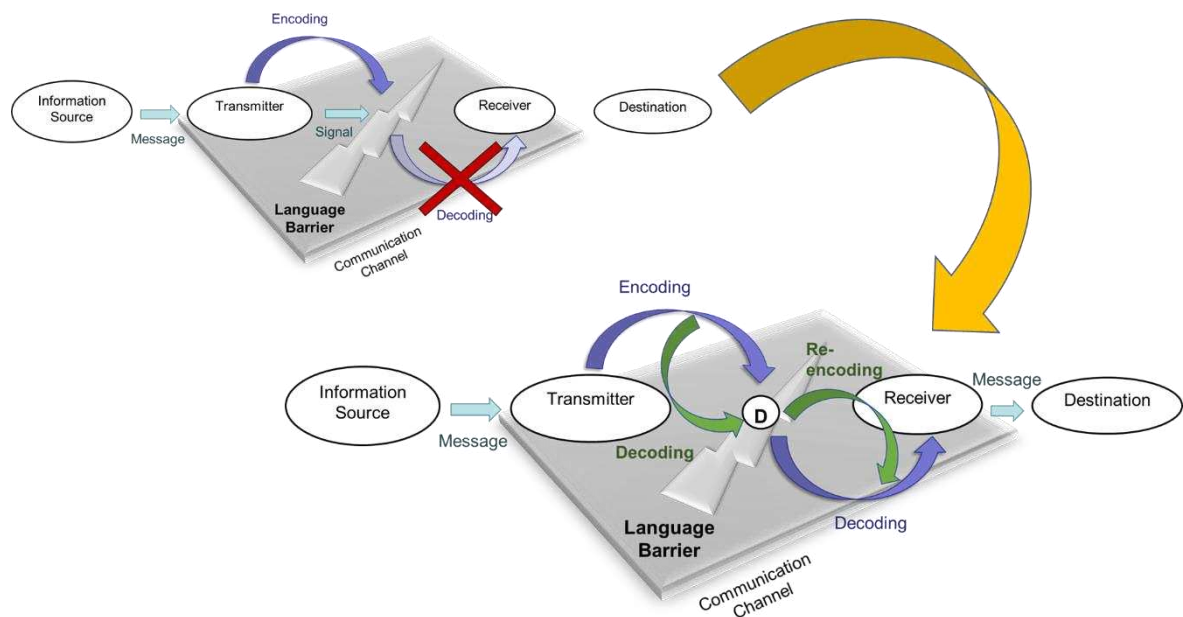
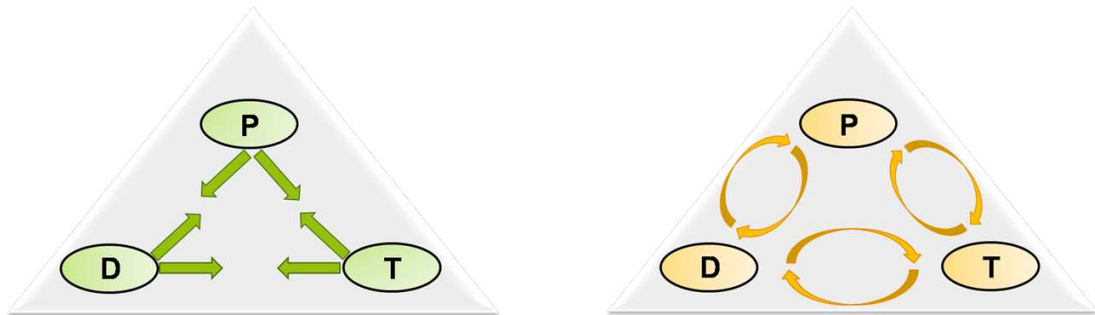


Abb. 2: Die Funktion des Dolmetschers im Encoding-Decoding-Prozess.

Da der Dolmetscher in diesem Modell nicht als Teil der therapeutischen Beziehung betrachtet wird (Miller et al., 2005), wird von ihm gefordert, stets in der Ich- Form zu übersetzen (Dubus, 2016; Baker et al., 2015; Morina et al., 2010). Hiermit soll erreicht werden, dass die Person des Übersetzers möglichst wenig spürbar wird: „It somewhat eliminates the person of the interpreter, although it is always a triad but in this way it minimizes the presence of the interpreter.” (Miller et al., 2005). Ein „Triolog“ zwischen Therapeut, Patient und Dolmetscher wird abgelehnt; das grundlegende Kommunikationsmuster soll der Dialog zwischen Patient und Therapeut bleiben (Morina et al., 2010). Etwas zugespitzt beschreiben Miller et al. (2005) die Rolle des Dolmetscher als: “a translation ‘machine’ whose personality and relationship with the client are not clinically significant unless they adversely interfere with the therapy process.” (Miller et al., 2005, s. auch Hassan & Blackwood, 2021).

Parallel zu dieser eher traditionellen Sichtweise entwickelte sich in den letzten Jahren eine dazu konträre Position, die die Figur des Dolmetschers als interaktiven Bestandteil des kommunikativen Settings fordert (Delizée & Michau, 2022). Sie betrachtet den Dolmetscher nicht als Kommunikationshindernis, sondern als Ressource (Gartley & Due, 2017; Brune et al., 2011; Elghezouani, 2010). Dem zugrunde liegt die Annahme, dass Dolmetscher einen positiven und bereichernden Einfluss auf die therapeutische Beziehung haben können (Hanft-Robert et al., 2023; Delizée & Michau, 2022; Gartley & Due, 2017; O'Hara & Akin-sulure-Smith, 2011; Boss-Prieto et al., 2010; Abdallah-Steinkopff, 1999). In der Studie von Gartley & Due (2017) konnte herausgearbeitet werden, dass Therapeuten die Anwesenheit eines Dolmetschers als vermittelnd und beziehungsfördernd erleben und dass gerade in der ersten Phase der Therapie, Dolmetscher entscheidend für den Aufbau einer vertrauensvollen Atmosphäre sind, auf die der Therapeut im Verlauf der Behandlung aufbauen kann (Gartley & Due, 2017). Die zentrale Bedeutung des Dolmetschers in der ersten Phase des Beziehungsaufbaues wird auch von anderen Autoren hervorgehoben (Baker et al., 2015; Miller et al., 2005). Anhänger dieses Modells verweigern die Annahme des Dolmetschers als reine „Übersetzungsmaschine“. Diese zunächst theoretisch konzipierte Position wird durch die konkreten Erfahrungen der involvierten Personen unterstützt und konkretisiert: „The interpreter is not an invisible being, it's a human being that has a presence in the room“ berichtet eine Therapeutin im Interview, und fährt fort „and the client, because you share a language or culture, has an immediate connection with that interpreter and often they will connect with the interpreter way before they connect with me...so the interpreter becomes an important tool to this three-way connection.“ (Gartley & Due, 2017). Dies spiegelt sich auch im Erleben der Dolmetscher wider (Hassan & Blackwood, 2021). So zitierten Hanft-Robert et al. (2018) aus einem Interview mit einem Sprach- und Integrationsmittler: „[I]ch bin keine Maschine, ich bin kein Gerät, das dolmetscht“ (Hanft-Robert et al., 2018).

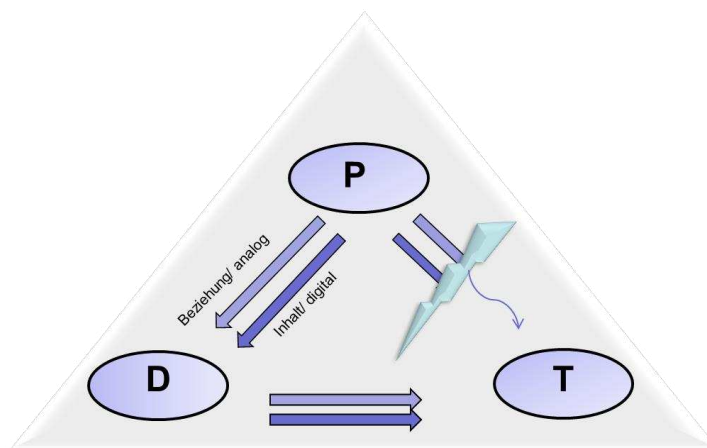
Möchte man das theoretische Konstrukt für diese Position beschreiben, kann man auf die sprachwissenschaftlichen Axiome von Paul Watzlawick zurückgreifen (Watzlawick et al., 2007). Dem ersten Axiom zufolge steht jeder der drei Kommunikationspartnern (Dolmetscher, Therapeut und Patient) jeweils mit den anderen beiden im Austausch. Dieser Austausch ist zirkulär, d.h. er entwickelt sich aus der subjektiven Wahrnehmung von Ursache und Wirkung der einzelnen Interaktionspartner (Axiom 3) (Abb.3).



Axiom 1: „Man kann nicht *nicht kommunizieren*.“ Axiom 3: „Kommunikationsabläufe werden unterschiedlich strukturiert.“

Abb. 3: Die Axiome 1 und 3 von Watzlawick in der Interaktion Patient- Therapeut- Dolmetscher.

Kommunikation findet jeweils auf zwei Ebenen statt: Inhalt (digitale Modalität) und Beziehung (analoge Modalität), wie die Axiome 2 und 4 von Watzlawick besagen. Aufgrund der Sprachbarriere ist die inhaltliche Kommunikation zwischen Patient und Therapeut nicht möglich. Dennoch kann die analoge Kommunikation, welche sich häufig non-verbaler Ausdrucksformen bedient, weiterhin (wenngleich durch kulturelle Aspekte moduliert) stattfinden und von dem Gegenüber rezipiert werden (Abb. 4).

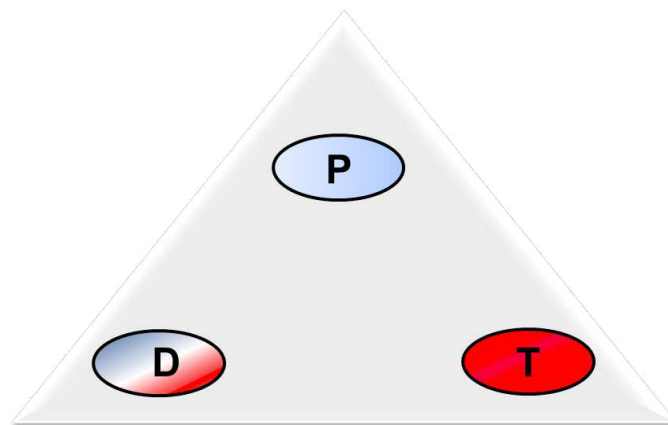


Axiom 2: „Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt.“
 Axiom 4: „Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Modalitäten.“

Abb. 4: Die Axiome 2 und 4 von Watzlawick in der Interaktion Patient – Therapeut – Dolmetscher.

Bezüglich der Symmetrie und Komplementarität, die sich zwischen Interaktionspartnern einstellen kann (Axiom 5), stellt sich in der dolmetschergestützten Kommunikation die be-

sondere Konstellation ein, in der sich Patient und Therapeut in einer komplementären Beziehung zueinander befinden (d.h. sie verkörpern unterschiedliche Rollen in der kommunikativen Situation, die einander ergänzen), wohingegen der Dolmetscher zwischen der Symmetrie zum Patienten und der zum Therapeuten hin und her wechselt (d.h. er befindet sich auf gleicher Ebene mit dem Patienten, wenn er dessen Wortlaut übersetzt und wechselt auf die Ebene des Therapeuten, wenn er dessen Wortlaut übersetzt) (Röhner & Schütz, 2016, S. 29-35) (Abb. 5).



Axiom 5: „Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch (d. h. gleichwertig) oder komplementär (d. h. ergänzend), je nachdem, ob die Beziehung zwischen den PartnerInnen auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht.“

Abb. 5: Das 5. Axioms von Watzlawick in der Interaktion Patient- Therapeut- Dolmetscher.

Fügt man die Aussagen der 5 Axiome zusammen, erhält man ein Kommunikationsmodell der therapeutischen Triade, das bei weitem komplexer ist als das Sender/ Empfänger Modell von Shannon und Weaver (1975) (s. Abb. 2). Gleichzeitig spiegelt es die Vielschichtigkeit zwischenmenschlicher Beziehungen wider (Abb. 6).

Bereits die Äußerung Watzlawicks „man kann nicht kommunizieren“ macht deutlich, dass ein Dolmetscher, so neutral er auch sein mag, immer eigene Inhalte kommuniziert, umso mehr, da er die Person ist, die in der therapeutischen Triade am häufigsten zu Wort kommt (Scheffer, 1997). Selbst wenn der Dolmetscher keine eigenen verbalen Äußerungen einfließen lässt, ist er dennoch Teil der triadischen Beziehung, sobald seine physische Präsenz im Raum gegeben ist (Dickerman & Alfonso, 2015). Der Wunsch nach Neutralität, um die Komplexität der Dreier-Konstellation zu verringern, generiere vielmehr einen „blinden Fleck“, der „die vielfältigen Einflüsse der Sprach- und Kulturmittler zu negieren versucht, anstatt diesen Einflüssen die entsprechende Aufmerksamkeit zu gewähren, sie konzeptionell

zu integrieren, als fruchtbare Realität anzuerkennen und sie in die therapeutische Arbeit einzubeziehen“ (Kluge & Kassim, 2006).

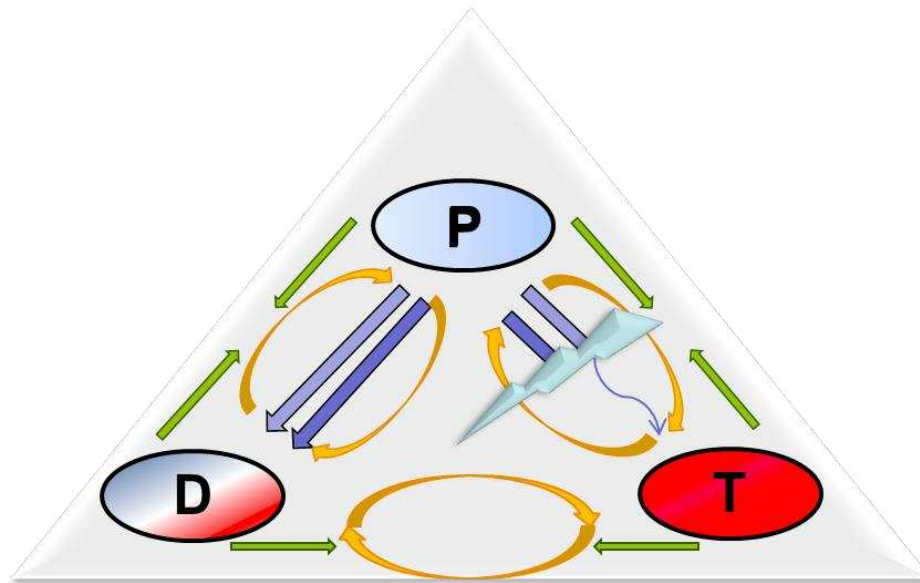


Abb. 6: Das Kommunikationsmodell von Watzlawick in der Interaktion Patient-Therapeut-Dolmetscher.

In der Tat sei gerade die unrealistische Erwartung an Dolmetscher, ausschließlich als Sprachrohr zu fungieren, Ursache zahlreicher interaktioneller Probleme, die nicht in die Therapie integriert und bearbeitet werden können (Abdallah-Steinkopff, 1999). Aus der Annahme der Unzulänglichkeit des *conduit model* (Dueweke et al., 2016; Hsieh & Hong, 2010; Haenel, 1997) wurden Beobachtungen zu möglichen Funktionen des Dolmetschers innerhalb der Triade angestrebt. Eine wiederkehrende Annahme ist dabei die kulturelle Vermittlung, die dazu führe, dass sich Patienten durch die Anwesenheit eines Dolmetschers sicherer und weniger isoliert fühlten (Kuay et al., 2015). Als „Kenner zweier Kulturen“ (Abdallah-Steinkopff, 1999) seien Dolmetscher in der Lage, kulturelle Differenzen aufzuklären und Missverständnissen vorbeugen (Baker et al., 2015, Kluge & Kassim, 2006). Die Bedeutung der Beziehung von Dolmetscher und Therapeut ist hervorzuheben (Haenel, 1997) und einige Autoren unterstreichen, dass Dolmetscher und Therapeuten einander emotionale Unterstützung liefern können, sowohl während der Therapiestunde als auch im Rahmen von Vor- oder Nachgesprächen (Gartley & Due, 2017; Miller et al., 2005). Die teils sehr belastenden Erfahrungen schwer traumatisierter Patienten könnten durch diesen interpersonellen Austausch psychisch besser verarbeitet werden. In dieser Perspektive bilden Therapeut und Sprachmittler ein Behandlungsteam, in dem der Dolmetscher als möglicher Co-Therapeut fungiert (Kuay et al., 2015; Brune et al., 2011, s. Kap. 6.2). Ein solcher Zugang, der das emotionale Erleben des

Dolmetschers mitberücksichtigt, räumt diesem mehr Handlungsspielraum ein (Dueweke et al., 2016). So soll der SIM beim Übersetzen zwischen der ersten und dritten Person wechseln dürfen. Die Übersetzung in der Er-Form kann eine größere Distanzierung zu dem Erzählten erzeugen als die Ich-Form. Bei stark belastenden Inhalten sei somit ein Wechsel in die dritte Person nicht nur angemessen, sondern als Belastungshinweis sogar therapeutisch hilfreich (Kießl et al., 2017). Unter dem Motto „the interpreter is not an invisible being“ (Gartley & Due, 2017) fordern die Anhänger dieser Schule eine (wahrhaftige) “psychologie à trois personnes“ (Elghezouani, 2010), die versucht, in ihrer pluralen Sichtweise der Realität der Transkulturellen Psychotherapie gerecht zu werden.

2. Modell und Ziele der Arbeit

2.1 Die „dynamische Triangulierung“: ein Modell zur SIM-gestützten Psychotherapie

Das Modell, auf das sich die Arbeitshypothesen dieser Dissertation stützen, wurde speziell für das Kommunikationssetting der dolmetschergestützten Psychotherapie von traumatisierten Geflüchteten entwickelt. Es setzt an den theoretischen Prämissen des in Kap. 1.7 beschriebenen „team“ Modells an und wird im Folgenden als Modell der „dynamischen Triangulierung“ bezeichnet. Die triadische Kommunikation wird dabei als interaktive Beziehung dreier Teilnehmer definiert. Das Modell übernimmt das grundlegende Design des Dreiecks als Therapiesetting (s. Kap. 1.5), sieht aber eine flexiblere Gestaltung der Abstände zwischen den Gesprächspartnern vor (Tribe & Thompson, 2009a). Die Gleichschenkligkeit des Dreiecks steht dabei figurativ für einen symmetrischen Abstand zwischen allen Teilnehmern „auf Augenhöhe“ (Abb. 7).

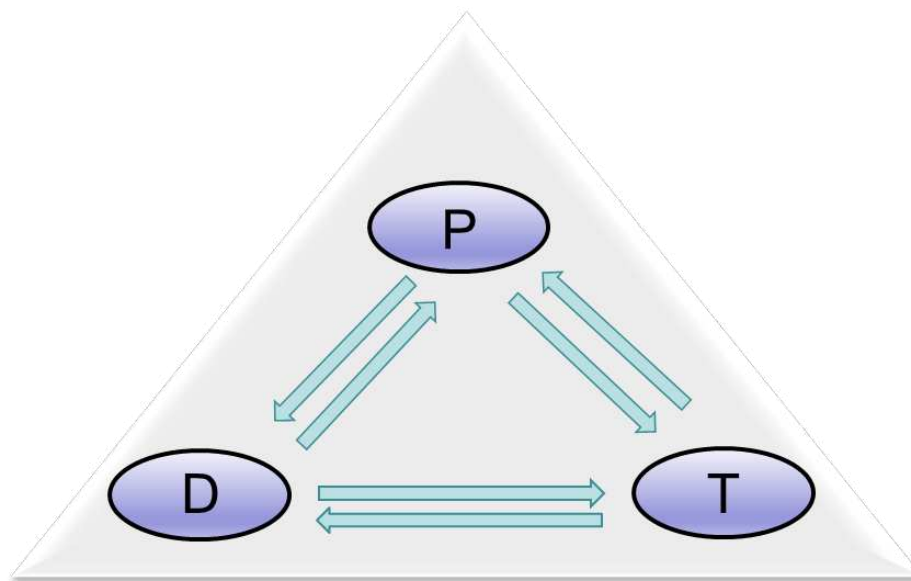


Abb. 7: Schematische Darstellung des Modells der “dynamischen Triangulierung”.

Über die statische Position der 2+1 Interaktion des „black box“ Modells, die den Dolmetscher als reines Sprachmedium betrachtet (Kap. 1.7), hinausgehend, wird hier ein dynamisches Modell der dolmetschergestützten Psychotherapie entwickelt, in dem sich die Beziehungen zwischen den Interakteuren in ständiger Entwicklung befinden und ein offenes Feld darstellen, das im Laufe der Therapie ausgehandelt wird (Delizée & Michau, 2022, Elghe-

zouani, 2010). Es widerspricht in diesem Sinn jeglicher Form der 2+1 Gestaltung der therapeutischen Beziehung, sei diese als Dyade Therapeut – Patient mit Zusatz eines Dolmetschers gemeint („*black box*“ Modell, Abb. 8) oder aber als Co-Therapie von Therapeut + Dolmetscher, die dem Patienten gegenüberstehen („*team*“ Modell, Abb. 9).

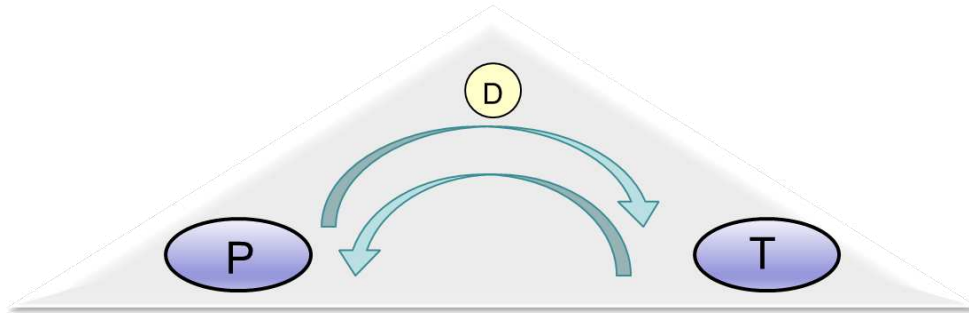


Abb. 8: Schematische Darstellung des „*black box*“ Modells.

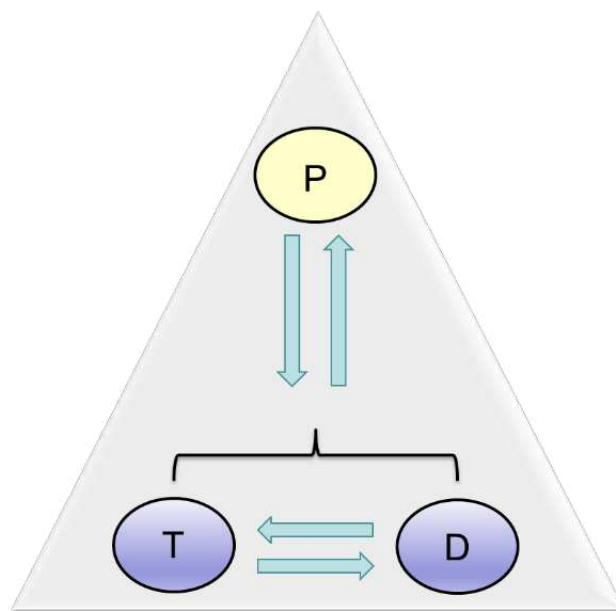


Abb. 9: Schematische Darstellung des „*team*“ Modells.

Im Sinne der o. g. dynamischen Beziehungsgestaltung gilt, dass die Gleichschenkligkeit – figurativ betrachtet – nicht zu jedem Zeitpunkt der Behandlung eingehalten werden muss (Tribe & Thompson, 2009a). Es kann zu einer zeitweiligen Annäherung zweier Komponenten oder auch einer bewussten Distanzierung einer der Komponenten kommen, ohne dass dies zwangsläufig ein Hindernis für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung darstellt (vgl. Haenel, 1997). In Gegenteil, gerade die Flexibilität der Dreierbeziehung birgt eine

Reihe an potenziellen Ressourcen für geflüchtete Patienten mit Traumafolgestörungen (Hanft-Robert et al., 2023; Tribe & Thompson, 2009a; Raval, 1996).

Das hier vorgestellte Arbeitsmodell stützt sich auf drei Prämissen:

1. Traumatisierte Geflüchtete stellen eine besonders vulnerable Patientengruppe dar, die eine Anpassung der psychotherapeutischen Arbeit an die speziellen psychosozialen und biographischen Umstände der Patienten verlangt.
2. Die therapeutische Beziehung ist von grundlegender Bedeutung für ein erfolgreiches Therapiesetting.
3. Das Sprachmittler (SIM)-gestützte Setting stellt eine einzigartige kommunikative Situation dar, die nicht ohne weiteres mit einer Einzel- oder Gruppentherapie gleichzusetzen ist.

2.2 Theoretische Prämissen: Angst- und Ohnmachtserleben in der therapeutischen Beziehungsgestaltung von traumatisierten Geflüchteten

Sicherheit und Vertrauen sind im psychotherapeutischen Kontext die wesentliche Grundlage der Beziehungsgestaltung (Sullivan et al., 2020). In der Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten wird deutlich, dass gerade diese Patientengruppe ein hohes Bedürfnis nach Sicherheit im therapeutischen Setting aufweist, nach einem „sicheren Ort“ (Katz-Bernstein, 1996), an dem Beschwerden besprechbar werden (Hassan & Blackwood, 2021; Slobodin & Jong, 2015). Das erhöhte Sicherheitsbedürfnis ist sowohl durch die Psychopathologie als auch durch die Lebensumstände der Patienten bedingt (Hanft-Robert et al., 2018; Miller et al., 2005; Bolton, 2002) und stellt das Resultat chronischer Angst- und Anspannungszustände dar. Angst und Schreckhaftigkeit gehören zu den Kernsymptomen der PTBS nach ICD 10 und ICD 11 und werden unter dem Begriff *Hyperarousal* zusammengefasst (Cloitre et al., 2013; Gleiser et al., 2008; WHO, 2023)⁵. Das erhöhte Sicherheitsbedürfnis erklärt sich also als Folge traumatischer Erfahrungen, die zu tiefgreifenden Veränderungen im Umgang der

⁵ Im ICD-11 Manual wird die Hypervigilanz/ Schreckhaftigkeit wie folgt beschrieben: „Persistent perceptions of heightened current threat, for example as indicated by hypervigilance or an enhanced startle reaction to stimuli such as unexpected noises. Hypervigilant persons constantly guard themselves against danger and feel themselves or others close to them to be under immediate threat either in specific situations or more generally. They may adopt new behaviours designed to ensure safety (e.g., not sitting with ones’ back to the door, repeated checking in vehicles’ rear-view mirrors).“ (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, Version : 01/2023. Verfügbar online unter: <https://icd.who.int/browse11>. Letzter Zugriff: 24.05.2023)

Betroffenen mit ihrer Umwelt geführt haben (Sullivan et al., 2020; van Nieuwenhove & Meganck, 2019; Hodgdon et al., 2013; Lawson et al., 2013; Miller et al., 2005; Dalenberg, 2004). Diese Verunsicherung ist eng mit dem Konzept des *epistemic trust* der Mentalisierungstheorie verwandt (Fonagy et al., 2017, Fonagy et al., 2015). Das epistemische Vertrauen (englisch: *epistemic trust*) beschreibt die Fähigkeit eines Individuums, interpersonell weitergegebene Informationen auf die Kategorien vertrauenswürdig, generalisierbar und persönlich relevant einzustufen. Die durch die traumatische Verunsicherung entstehende Rigidität im Denken und Verhalten wird von der Mentalisierungstheorie als fehlendes Vertrauen in die Validität interpersoneller Kommunikation konzipiert (Schroder-Pfeifer et al., 2018). Fonagy et al. (2017) haben die These aufgestellt, dass Psychopathologie, unsichere Bindung und gestörte Mentalisierungsfähigkeit einen Zusammenhang aufweisen, weil alle drei mit Schwierigkeiten beim Vertrauen in die Zuverlässigkeit und Verallgemeinerbarkeit intentionaler Kommunikation einher gehen (Schroder-Pfeifer et al., 2018, Fonagy et al., 2017). Eine Störung des *epistemic trust* zeigt sich vermehrt bei Menschen mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit, welche im Verlauf eine PTBS oder eine komplexe PTBS ausprägen (Kamplang et al., 2022). Hinzu kommt die Verunsicherung durch den Aufenthaltsstatus der Patienten. Jede Form der Migration bringt in gewissem Maße Verunsicherung mit sich, die primär durch die unbekannten Lebensumstände (Sprache, Bürokratie, Sitten und Gebräuche) im Ankunftsland bedingt ist (Carretier et al., 2020). Im Fall von Geflüchteten und Asylsuchenden ist dieser Faktor zusätzlich durch die unsichere Bleibeperspektive und drohende Abschiebung verstärkt (Slobodin & Jong, 2015). Die traumatischen Erfahrungen einerseits und die Fluchtgeschichte andererseits führen somit zu einer Verunsicherung der Patienten, die so tiefgreifend sein kann, dass sie sich in einem veränderten Bindungsmuster mit Akzentuierung unsicher-vermeidender Züge niederschlägt (Sullivan et al., 2020) und das Eingehen einer stabilen therapeutischen Beziehung sowohl zum Therapeuten als auch zum Dolmetscher erschwert (Dubus, 2016; Zorzella et al., 2014; Wilhelmsson Göstas et al., 2012; Boss-Prieto et al., 2010).

Ein weiteres Phänomen, das sich insbesondere in der Einzeltherapie manifestiert und sich für Patienten mit Trauma- und Fluchtgeschichte als besonders problematisch erweist, ist das Machtverhältnis zwischen Patient und Therapeut (Cowles & Griggs, 2019). Das Konzept der Macht in der Psychotherapie kommt in dieser Konstellation in besonderem Maße zum Tragen, wenngleich es bislang kaum Beachtung in der Literatur gefunden hat (Perlin, 1991). Die Dynamik von Macht und Autorität zählt zu den essenziellen Faktoren, die beim Aufbau

einer therapeutischen Beziehung im multikulturellen Setting zu berücksichtigen sind (Shonfeld-Ringel, 2001). Dem Therapeuten kommt in der Beziehung allgemein die mächtigere Position zu. Als „helfende“ Person wird er von der „hilfesuchenden“ Person als „überlegen“ wahrgenommen und kann auf mehr Vorwissen und Erfahrung zurückgreifen als der Patient (Piegler, 2003). Bei der Psychotherapie von Geflüchteten kommt dem Therapeuten i.d.R. auch mehr soziale Macht zu als dem Patienten. Der Therapeut ist der Sprache und der Kultur des Landes mächtig und ihm kommt eine gesellschaftlich anerkannte Funktion zu. All dies trifft für Patienten i.d.R. nicht zu (Carretier et al., 2020; Cowles & Griggs, 2019; Chu et al., 2013; Laban et al., 2004; Abdallah-Steinkopff, 1999). Diese ausgeprägte Machtasymmetrie in der dyadischen Therapeuten-Patienten-Beziehung kann zu einem potenziell abhängigen bis missbräuchlichen Verhältnis führen (Piegler, 2003).

Die Ohnmachtserfahrung traumatisierter, geflüchteter Patienten spielt hier eine besondere Rolle. Das ausgeprägte Gefühl von Ohnmacht ist sie eng an biographische Erlebnisse der Patienten gebunden. Traumatische Erfahrungen sind mit einem massiven Macht- und Kontrollverlust verbunden, was die Erfahrung der eigenen Ohnmacht zu einem Kernbestandteil der PTBS macht (Slobodin & Jong, 2015). Auch bedingt die Fluchtgeschichte *per se* eine Form der soziokulturellen Ohnmacht. Die Patienten sind den Autoritäten des Landes, in dem sie Zuflucht suchen, ausgeliefert. Sie sind meist nicht in der Lage, für sich selbst einzustehen und können sich nur selten auf die Unterstützung von Rechtsanwälten berufen (Tribe & Thompson, 2009a). Das Ohnmachtsgefühl kann bis zum Erleben eines vollständigen Identitätsverlusts führen, der durch die Erfahrungen des Asylverfahrens zusätzlich verstärkt werden kann (Slobodin & Jong, 2015; Ebert & Dyck, 2004). Bei Patienten mit PTBS und Fluchtgeschichte droht sich diese Ohnmachtserfahrung im therapeutischen Setting als Täter-Opfer-Beziehungsmuster zu reinszenieren und wirkt als negativer Verstärker der ohnehin vorhandenen Angst der Patienten (Piegler, 2003).

Die Erfahrung von Angst und Ohnmacht erschwert es also den Patienten, sich in der Interaktionssituation mit dem Therapeuten sicher zu fühlen, was dem Aufbau von Vertrauen (i.S. des *epistemic trust*) entgegenwirkt (van Nieuwenhove & Meganck, 2019; Zorzella et al., 2014; Gleiser et al., 2008). Aus diesen Faktoren resultiert ein insgesamt erschwerter Beziehungsaufbau (Gartley & Due, 2017; Vasquez, 2007) (Abb. 10).

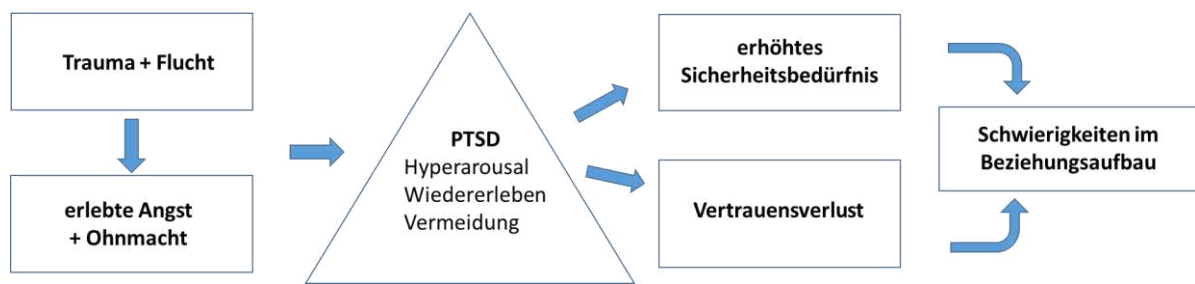


Abb. 10: Zusammenhang von Trauma/ Flucht und erschwertem Beziehungsaufbau

Diese dargestellten Zusammenhänge sind zunächst unabhängig vom Therapeuten und dessen Interventionen. Es handelt sich um eine *a priori* Konstellation, die allein durch die Erfahrung von Trauma und Flucht zu erklären ist. Sie ist unabhängig von der Sprache oder der Kultur des Patienten, wenngleich kulturelle und sprachliche Faktoren einen Einfluss auf die Beziehungsgestaltung haben können (Abdallah-Steinkopff, 1999).

2.3 Ressourcen der „dynamischen Triangulierung“

In Anbetracht der o.g. Prämissen zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung in der dolmetschergestützten Behandlung von traumatisierten Geflüchteten birgt das triadische Setting ein Spektrum potenzieller Ressourcen für die Beziehungsgestaltung in der Therapie.

2.3.1 Therapeutische Beziehung als „*holding enviroment*“

Das Kommunikationssetting der triadischen Beziehung vermittelt Patienten ein stärkeres Gefühl von Sicherheit als die traditionelle dyadische Beziehung in der Einzeltherapie, weil innerhalb der Triade die Entstehung eines „*holding enviroment*“ im Sinne Winnicotts (Winnicott, 1960) besser gewährleistet werden kann (Hanft-Robert et al., 2023; Baker et al., 2015). Dies lässt sich durch sprachliche und kulturelle Aspekte, sowie durch interaktionelle Aspekte begründen. Der Einsatz eines SIM ermöglicht die Verwendung der Muttersprache des Patienten, was bereits zum Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit beiträgt und das für PTBS-Patienten charakteristische Gefühl von Unzulänglichkeit reduziert (Hassan & Blackwood, 2021; van Nieuwenhove & Meganck, 2019; Cloitre et al., 2013; Adams, 2011, Kluge & Kassim, 2006). Die kulturelle Verbundenheit zum Dolmetscher wird

von Patienten als haltgebende, teilweise sogar familienähnliche Beziehung erlebt. Dies verstärkt das Gefühl von Geborgenheit (Hassan & Blackwood, 2021; Tribe & Thompson, 2009a; Paone & Malott, 2008). Aus interaktioneller Perspektive wirkt es für den Therapeut entlastend, die traumatischen Erfahrungen des Patienten nicht alleine zu tragen, sondern mit einer dritten Person zu teilen (Tribe & Thompson, 2009b; Becker & Bowles, 2001).

2.3.2 Zeitliche Latenz der Kommunikation

Nicht nur in seiner sprachmittelnden Funktion trägt der Dolmetscher zur Bildung eines *holding environment* bei. Bereits die Anwesenheit einer dritten Person im Raum hat einen Einfluss auf die erlebte Angst und Ohnmacht der Patienten (Hsieh & Hong, 2010). Bei der dolmetschergestützten Kommunikation handelt es sich situativ um ein einzigartiges Setting. Zwar sind drei Menschen in die Kommunikation involviert (wonach es sich um ein gruppales Setting handelt), dennoch findet die verbale Kommunikation in der konsekutiven Übersetzung immer nur zwischen zwei Personen statt, ähnlich der kommunikativen Dyade (Hanft-Robert et al., 2018). In Anlehnung an das Modell von Shannon und Weaver (s. Kap 1.7) wird hier eine Veränderung der traditionellen Rollen von Sender und Empfänger erlebt. Spricht der Therapeut, so ist der Patient der eigentliche Empfänger der Botschaft. Da dieser sie aber nicht dekodieren kann, wird der Dolmetscher zum primären Empfänger. In einem zweiten Schritt übersetzt der Dolmetscher den Inhalt und wird damit zum Sender und der Patient zum (sekundären) Empfänger (s. Abb. 2 in Kap 1.7). Dies hat zur Folge, dass der Patient vom (verbalen) ersten Abschnitt der Kommunikation ausgeschlossen ist und der Therapeut vom zweiten. Auf den ersten Blick kommt es dadurch zu einer Verlangsamung des therapeutischen Prozesses und zu einem Verlust an Spontaneität (Hanft-Robert et al., 2018; Villalobos et al., 2016; Haenel, 1997). Tatsächlich birgt diese Latenz in der verbalen Kommunikation auch eine Reihe potenzieller Vorteile, die sich auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung auswirken (Hanft-Robert et al., 2018; Kuay et al., 2015; O'Hara & Akinsulure-Smith, 2011; Tribe & Thompson, 2009b; Bolton, 2002; Raval, 1996). Der Zeitfaktor ist für traumatisierte Patienten von besonders nutzbringender Bedeutung. In der Studie von Tong et al. (2019) gaben 73% der Patienten an, Zeit als besonders wichtigen Faktor für die Ausbildung der therapeutischen Beziehung anzusehen (Tong et al., 2019). Auch berichteten Patienten, besonders viel Zeit zu benötigen, um über traumatische Inhalte zu sprechen zu können, da dies erst möglich würde, nachdem sie sich entsprechend sicher fühlten (Tong et al., 2019).

2.3.3 Funktion des „Beobachters“

Die antizipierte „Verlangsamung“ in der verbalen Kommunikation impliziert somit nicht zwangsläufig und ausschließlich einen „Zeitverlust“, i. S. einer unerwünschten Auswirkung der therapeutischen Triade. Vielmehr führt die zeitversetzte Kommunikation zur Entstehung einer neuen interpersonellen Rollenfunktion und Interaktion. Wir werden die Person, die von der verbalen Kommunikation ausgeschlossen ist, im Folgenden als Beobachter (engl. „*witness*“, Searight & Searight, 2009; Miller et al., 2005) bezeichnen. Georg Simmel sprach in der Analyse von triadischen Beziehungen in diesem Zusammenhang von *arbiter* oder *mediator* bzw. *tertius gaudens* (Simmel, 2003). Die Beobachterposition erfüllt mehrere Funktionen. Die offensichtlichste ist die des Beobachtens. Der Beobachter kann die kommunikative Situation überblicken und die Verhaltensweisen der Interagierenden studieren sowie non-verbale Kommunikationsstrategien einordnen: Hält der Andere Blickkontakt? Wie viel Distanz hält er ein? Wirkt er bedrohlich oder einfühlsam? Diese aktive Phase der Beobachtung ermöglicht es dem Patienten – oder dem Therapeuten, wenn der Patient spricht – die Reaktionen des Gegenübers besser einzuschätzen und ggf. vorhersehen zu können, was ein stärkeres Gefühl der Kontrolle über die Kommunikationssituation vermittelt (Hanft-Robert et al., 2018; O’Hara & Akinsulure-Smith, 2011). Das Gefühl von Kontrolle fördert wiederum die Bereitschaft, sich dem Therapeuten gegenüber zu öffnen und traumatische Inhalte anzusprechen und zu bearbeiten (Tong et al., 2019).

Gleichzeitig ermöglicht die Beobachterposition eine Auszeit im Rahmen der verbalen Kommunikation. Die Latenz, die durch die Übersetzung entsteht, ermöglicht es dem Beobachter, seine Aufmerksamkeit für einen Moment vom Gegenüber zu lösen und seine eigenen Gedanken und Gefühle zu sortieren, um gefasster auf die bisherigen Inhalte reagieren zu können. Auch hierdurch entsteht das Gefühl von mehr Kontrolle über die eigenen Reaktionen, sowohl bezüglich der therapeutischen Interventionen als auch der Äußerungen des Patienten (Kuay et al., 2015; Haenel, 1997). Kann der Beobachter seine Aufmerksamkeit kurzzeitig von seinem Gegenüber lösen, so gilt dasselbe auch für die aktiven Gesprächspartner. Während der Dolmetscher die Worte des Patienten übersetzt, muss der Therapeut seine Aufmerksamkeit auf den Dolmetscher richten. Zwar kann er den Patienten weiterhin im Blick behalten, er muss aber einen erheblichen Teil seiner Auffassungsgabe dem Dolmetscher widmen. Somit entstehen für den Patienten eine Reihe „unbeobachteter“ Momente, in denen er aus dem – oftmals als unangenehm erlebten – Mittelpunkt rücken kann. Diese *down-time* Phasen

der Kommunikation (O'Hara & Akinsulure-Smith, 2011) wirken in ihrer Gesamtheit als entschärfende Momente, die es dem Patienten ermöglichen, Selbstreflektion, Beobachtung und Affektregulation zu betreiben (Bolton, 2002).

Der Beobachter ist zwar aus der verbalen Kommunikation ausgeschlossen, nicht aber aus der Kommunikation im Allgemeinen (Dueweke et al., 2016; Bolton, 2002). Dem ersten Axiom Watzlawicks folgend (s. Kap. 1.7, Abb. 3), ist der Mensch ständig im kommunikativen Austausch mit den anderen Anwesenden. Dadurch, dass i.d.R. zwei von drei Beteiligten schweigen, während der dritte spricht, kommt dem Schweigen und somit der non-verbalen Kommunikation eine größere Bedeutung zu. In der Tat findet ein erheblicher Teil der Kommunikation innerhalb einer SIM-gestützten Therapieeinheit auf non-verbale Art statt (Villalobos et al., 2016; Bolton, 2002; Baxter & Cheng, 1996). Auch der Beziehungsaufbau zwischen den drei involvierten Personen geschieht in einem höheren Maße als gewöhnlich auf non-verbalem Weg (Hanft-Robert et al., 2023; Dubus, 2016; Miller et al., 2005). Dies ermöglicht die sprachlichen und kulturellen Barrieren, die häufig in verbalen Äußerungen auftreten, zu minimieren und gleichzeitig den Schwierigkeiten im Kontaktaufbau von traumatisierten Patienten durch Formen des indirekten Beziehungsaufbaus entgegenzuwirken (Boss-Prieto et al., 2010). Die Beobachterposition ermöglicht es, mit anderen in Beziehung zu sein, ohne der direkten Konfrontation, die oftmals angstausslösend ist, ausgesetzt zu sein. Sie trägt zu einem stärkeren Gefühl der Kontrolle über die Situation bei, was sich positiv auf das Sicherheitsbedürfnis der Patienten auswirkt (van Nieuwenhove & Meganck, 2019).

2.3.4 Dynamische Struktur der Machtverhältnisse

Die Anwesenheit eines SIM wirkt sich auf das Machtgefälle zwischen Patient und Therapeut aus (Becher & Wieling, 2015; Tribe & Thompson, 2009a) (s. Kap. 2.2). Dieses gestaltet sich im triadischen Setting komplexer als im dyadischen, da sich Elemente familiärer Hierarchien, sowie sozialer und ethnischer Strukturen reinszenieren können (Tribe & Thompson, 2009a). Die Ambiguität des Machtverhältnisses kann jedoch auch als Ressource für die therapeutische Beziehung betrachtet werden (Becher & Wieling, 2015). In der dolmetschergestützten Kommunikation entsteht ein dynamisches Machtgefälle, in dem die „sprachliche Macht“ zwischen Patient und Therapeut wandert. Sprachlich betrachtet ist der SIM die „mächtigste“ Person im Raum, da er der Einzige ist, der die verbale Kommunikation vollständig und ohne externe Hilfe entschlüsseln kann. Er ist zugleich die „ohnmächtigste“ Person im Raum, da es ihm kaum möglich ist, eigene verbale Inhalte in die Kommunikation

einzubringen (vgl. Tribe & Thompson, 2009a; Raval, 1996). Der SIM neutralisiert demnach einen Teil des Machtgefälles zwischen Patient und Therapeut, indem er zugleich die Pole der maximalen Macht und Ohnmacht in sich vereint und die scheinbar zementierte Machtverteilung ein Stück weit aufweicht: „‘Softening’ clients for clinicians and clinicians for clients“ (Tribe & Thompson, 2009a). Patient und Therapeut stehen so, was die sprachliche Dimension betrifft, vorübergehend auf einer vergleichbaren Machtposition. Beide erfahren die Überlegenheit gegenüber dem anderen, wenn sie die eigene Sprache sprechen und zugleich ihre Unterlegenheit, wenn die Sprache des anderen verwendet wird. Somit entsteht eine verbindende Erfahrung der Macht bzw. Ohnmacht, die eine beziehungsrelevante Erfahrung von Gemeinsamkeit zwischen Patient und Therapeut darstellt (Storck & Brakemeier, 2017; Storck et al., 2016). Diese Erfahrung der Gemeinsamkeit erleichtert den Aufbau von gegenseitigem Vertrauen, was eine wesentliche Grundlage für eine erfolgreiche Beziehungsgestaltung darstellt (Tong et al., 2019; Tribe & Thompson, 2009a).

2.3.5 Triangulierung als „*transitional space*“

Der szenische Aufbau und die interaktionellen Strukturen des triadischen Therapiesetting weichen erheblich von der traditionellen psychotherapeutischen Dyade ab. Durch die Anwesenheit eines Sprach- und Integrationsmittlers entsteht ein neuer Raum, in dem sprachliche, kulturelle und interaktionelle Aspekte verhandelt werden können, ein „*espace intermédiaire*“, wie ihn Pezous nannte (Auby & Pezous, 1993, p. 382; im englischen Sprachraum üblicherweise als *transitional space* bekannt, s. Tribe & Thompson, 2009a). Innerhalb dieses kulturneutralen „*third space*“, wie ihn der Kulturwissenschaftler und Theoretiker des Postkolonialismus Homi Bhabha nannte (Bhabha, 2004. S.a. Sterrett, 2015; Kluge & Kassim, 2006), können Patient, Therapeut und Dolmetscher die Beziehung zueinander frei gestalten. Die Hauptfunktion des SIM ist dabei nicht nur die Gewährleistung der sprachlichen Verständigung, sondern auch die interkulturelle und interpersonelle Vermittlung (Tribe & Thompson, 2009b). Der potenzielle „Wirkmechanismus SIM“ lässt sich wie folgt herausarbeiten: Der *transitional space*, der innerhalb der triadischen Interaktion in der Psychotherapie mit SIM entsteht, ermöglicht einen Zeitgewinn für die Affektregulation, eine bessere Beobachtungsmöglichkeit der interaktiven Situation und ein dynamischeres Machtverhältnis zwischen den Teilnehmern. Dies fördert das Gefühl von Sicherheit (nicht nur) bei Patienten, was zur Abnahme von Angst- und Ohnmachtsgefühlen führt, die für Traumafolgestörungen

pathognomonisch sind. Auf dieser Grundlage aufbauend können Patienten, über Dolmetscher vermittelt, mehr Vertrauen zu Therapeuten entwickeln. Dies fördert die Entstehung einer soliden therapeutischen Beziehung und die Stärkung des epistemischen Vertrauens (s. Kap. 2.2).

2.4 Fragestellung

Ziel dieser Arbeit ist es, das Erleben der psychotherapeutischen Beziehung von Patient, Therapeut und Dolmetscher zu vergleichen und mit der klinischen Symptomatik in Beziehung zu setzen. Die zugrundeliegenden Annahmen, die sich auf das vorgestellte Modell der „dynamischen Triangulierung“ (Kap. 2.3) stützen, sind:

- Sprach- und Integrationsmittler unterstützen nicht nur die verbale Kommunikation zwischen Patient und Therapeut, sie fungieren auch als kulturmittelndes und integrationsförderndes Bindeglied zwischen den beiden Interaktionspartnern, was das Gefühl von Verständnis, emotionaler Sicherheit und Vertrauen begünstigt.
- Das Gefühl, in den jeweiligen (kulturspezifischen) Hintergründen und Bedürfnissen besser verstanden zu werden, erhöht die Motivation und Compliance der Patienten, was sich in einem besseren Therapieoutcome widerspiegelt.
- Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Therapeut ermöglicht eine erfolgreiche Gestaltung des therapeutischen Prozesses, was sich in einer Besserung der Ausgangssymptomatik bemerkbar macht.

Auf der Basis dieser Annahmen stellen wir folgende Hypothesen auf:

1. **Therapeutische Beziehung mit SIM vs. ohne SIM:** *Patienten, die mit SIM therapiert werden, beurteilen die Beziehung zum Therapeuten anders als solche, die in Mutter- oder Drittsprache behandelt werden.*
2. **Behandlungserfolg mit SIM vs. ohne SIM:** *Patienten, die mit SIM therapiert werden, weisen einen Unterschied in der Veränderung der klinischen Symptomatik auf zu jenen, die in Mutter- oder Drittsprache behandelt werden.*
3. **Korrelation von therapeutischer Beziehung und Behandlungserfolg:** *Eine bessere Bewertung der therapeutischen Beziehung seitens der Patienten korreliert mit einem stärkeren Rückgang der klinischen Symptomatik im Therapieverlauf.*

Zusätzlich wurde folgende Zusammenhänge explorativ erforscht:

- Wie erleben Therapeuten ihre Beziehung zu den Patienten in Abhängigkeit des SIM-Einsatzes? Stimmt ihre Einschätzung mit derjenigen der Patienten überein?
- Stimmen die Einschätzungen der therapeutischen Beziehung innerhalb der Triade Patient-Dolmetscher-Therapeut überein?
- Korreliert die Einschätzung der therapeutischen Beziehung von Therapeuten und Dolmetschern mit dem Therapieoutcome?

Angeichts des Mangels an quantitativen Studien zu diesen Fragestellungen (s. Kap. 1.5) wurden die Hypothesen offen formuliert, sodass eine Interpretation der Ergebnisse in verschiedene Richtungen möglich ist.

3. Material und Methoden

3.1 Studiendesign

Bei der aktuellen Studie handelt es sich um eine klinisch kontrollierte prospektive Studie. Die Patienten wurden im Rahmen der Studie „Multimodale ambulante Versorgung von psychisch kranken geflüchteten Menschen“ (Start im Jahr 2017) in das reguläre Behandlungsprogramm der Transkulturellen Ambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR-Klinikum Düsseldorf aufgenommen.

Die Daten wurden zu zwei Zeitpunkten erhoben: Zeitpunkt t0 vor Beginn der Therapie und t1 nach Abschluss der neunmonatigen ambulanten Behandlung. Ein positives Ethikvotum der Ethikkommission an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf liegt unter der Studiennummer 6153R (05.12.2017) vor. Änderungen des ursprünglichen Studiendesigns wurden in dem Amendement vom 04.12.2018 bewilligt. Die Rekrutierung der Patienten fand im Zeitraum von November 2017 bis Juli 2018 statt. Die Auswertung der Daten erfolgte ab Juni 2019. Alle Patienten wurden über die Teilnahme an der Studie aufgeklärt und stimmten ihr schriftlich zu. Die Patienten konnten zu jedem Zeitpunkt und ohne Nennung von Gründen die Behandlung abbrechen.

Einschlusskriterien

- Patienten mit Fluchtgeschichte, welche die Behandlungskriterien der Psychiatrischen Institutsambulanzen erfüllen (Schwere und Dauer der psychischen Erkrankung, § 118, Absatz 2 des SGB 5 von 30.04.2010).
- Patienten, die die Behandlung an der Psychosomatischen Institutsambulanz nach dem 01.01.2017 begonnen und die Diagnostikphase von 6 Behandlungsterminen noch nicht überschritten haben.
- Patienten, die eine Traumafolgestörung aufweisen (mindestens ein traumatisches Ereignis in der Vergangenheit nach ETI, das im Zusammenhang mit der aktuellen Störung steht).

Ausschlusskriterien

- Diagnose einer aktuellen schweren Suchterkrankung (DSM-5).
- Diagnose einer akuten Psychose (DSM-5).

- Akute Suizidalität (Anamnese).
- Ambulante psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung außerhalb der Institutsambulanz (Anamnese).

„Drop-out“ Kriterien

- Unentschuldigtes Nicht-Erscheinen der Patienten an 2 Terminen und erfolglose Kontaktaufnahme (2-mal telefonisch und einmal schriftlich).
- Stationäre Aufenthalte von > 2 konsekutiven Monaten aufgrund von psychischen Krisen während des Behandlungszeitraums.

3.2 Patientenstichprobe und Behandlungssetting

In die Studie wurden 69 Patienten aufgenommen, 46% weiblich (n = 32) und 53% männlich (n = 37). Alle Patienten wiesen eine Fluchtgeschichte mit traumatischen Erlebnissen in ihrer Biographie auf. Die Patienten waren zwischen 18 und 63 Jahre alt (M = 31,28 Jahre) und stammten aus 20 verschiedenen Ländern.

Patientenstichprobe

Alle Patienten litten an einer Traumafolgestörung, d.h. alle Patienten wiesen in der Biographie traumatische Ereignisse nach den Kriterien der ICD 10 Klassifikation auf („ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2019). Eine PTBS (F43.1) nach ICD 10 bestand bei 43% der Patienten (n = 30) als Hauptdiagnose. Die Auswertung des Essener-Trauma-Inventars (ETI) zeigte, dass 32% der Patienten (n = 22) die Kriterien (Kriterium A-F) einer PTBS-Diagnose nach DSM-IV erfüllten; 85% der Patienten (n = 59) wiesen einen Score von >27 Punkten auf der PTBS-Skala des ETI auf, entsprechend V. a. PTBS. Als weitere Hautdiagnosen wurden affektive Störungen (F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F33.1, F33.2, F34.1), Angst- und Zwangsstörungen (F41.2, F41.9, F42.2), Anpassungsstörungen (F43.2) und somatoforme Störungen (F45.0) diagnostiziert. Die Mehrzahl der Patienten (80%, n = 55) gab an, über keine (22%, n = 15) oder nur geringe (58%, n = 40) Deutschkenntnisse zu verfügen und keine oder geringe Kenntnisse der englischen Sprache zu haben (71%, n = 45).

Behandlungssetting

Die Behandlung der Patienten fand in der Transkulturellen Ambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR-Klinikums Düsseldorf statt. Dem Beginn der Therapie gingen drei bis sechs psychodiagnostische Gesprächstermine zur differenziellen Diagnose- und Indikationsstellung voraus. Im Rahmen dieser Diagnostikphase erfolgten eine gezielte Anamnese zu Beschwerden, Vorerkrankungen, Biografie und aktuellen Lebensbedingungen sowie eine strukturierte Erfassung soziodemographischer Merkmale. Patienten, die die Indikationskriterien für eine ambulante Behandlung sowie die Einschlusskriterien der Studie erfüllten, nahmen an der Baseline-Erhebung (t0) teil. Diagnostik und Datenerhebung wurden von Behandlern (n = 7) der Transkulturellen Ambulanz durchgeführt. Eine erweiterte Diagnostik und Indikationsstellung fand in fachärztlichen Zweitsichten und interprofessionellen Konferenzen statt.

Im Anschluss an die Diagnostikphase begann die 9-monatige Therapie, welche psychotherapeutische Einzelgespräche in einem 2- bis 4-wöchigen Abstand beinhaltete. Die psychotherapeutischen Gesprächstermine orientierten sich an einem Leitfaden zur stabilisierenden Psychotherapie (Joksimovic & Kruse, 2017, s. Kap. 1.2) und hatten eine Dauer von je 30 - 50 Minuten. Die Patienten wurden jeweils einem der vier in die Studie einbezogenen Therapeuten zugeteilt. 38% der Patienten (n = 26) wurden mit Unterstützung von Sprach- und Integrationsmittlern behandelt, 62% (n = 43) in ihrer Muttersprache (Arabisch, Russisch, Türkisch) oder einer Drittsprache (Deutsch, Englisch). In der Regel begleitete ein und derselbe Sprach- und Integrationsmittler die gesamte Therapie (bis auf zwei Ausnahmen, in denen dies z.B. krankheitsbedingt nicht möglich war). Allen Patienten wurde bei Bedarf sozialarbeiterische Unterstützung angeboten. Patienten, die der Interventionsgruppe der Studie „Multimodale ambulante Versorgung von psychisch kranken geflüchteten Menschen“ zugeteilt waren (n = 35, 50%) erhielten zusätzlich die Möglichkeit, an kunsttherapeutischen Angeboten (Gestaltungs- oder Werktherapie) teilzunehmen. Nach Abschluss der Therapie wurden 1-3 Termine für die Enderhebung (t1) vereinbart (Abb. 11).

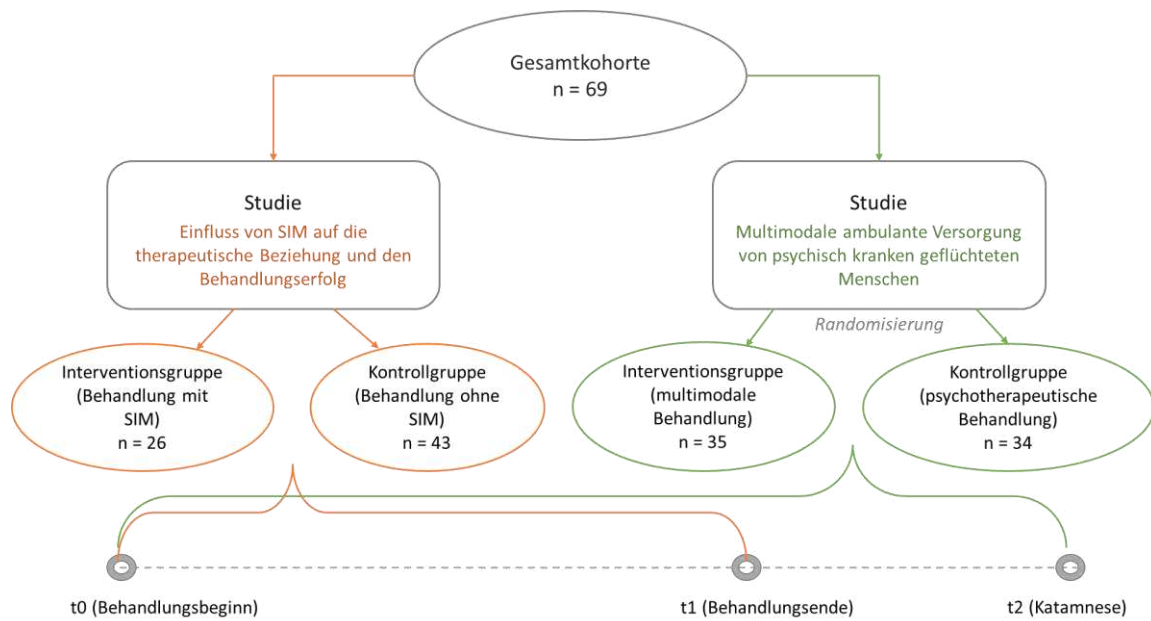


Abb. 11: Studienaufbau und Gruppenzuteilung

3.3 Psychometrische Diagnostik

Zu den Messzeitpunkten t0 und t1 wurden die Messinstrumente der folgenden Tabelle verwendet (Tab. 1).

	Zeitpunkt t0	Zeitpunkt t1
<i>Selbstbeurteilung</i>	BaDo	
	ETI	ETI
	PHQ-9	PHQ-9
	PHQ-15	PHQ-15
	GAD-7	GAD-7
		HAQ-P
<i>Fremdbeurteilung</i>	WHO-DAS 2.0	WHO-DAS 2.0
		HAQ-T
		HAQ-D

Tab. 1: Messinstrumente zu den Zeitpunkten t0 und t1

3.3.1 Fragebogen zur Basisdokumentation (BaDo)

Die Allgemeine Psychologische Basisdokumentation dient der Erhebung soziodemographischer Merkmale (Alter, Geschlecht, Bildung, Familienstand, Aufenthaltsdauer in Deutschland, etc...), sowie der Krankheits- und Suchtanamnese. Zusätzlich erfasst sie postmigratorische Faktoren, wie Aufenthaltsstatus, Wohnsituation und weitere psychosoziale Belastungsfaktoren (Stressoren).

3.3.2 World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)

Der WHO-DAS 2.0 Fragebogen erfasst mittels 36 Fragen krankheitsunabhängig die allgemeine Lebenszufriedenheit und das Funktionsniveau von Patienten über 6 verschiedene Domänen: 1. Kognition, 2. Mobilität, 3. Selbstversorgung, 4. Soziale Interaktion, 5. Lebensaktivitäten und 6. Gesellschaftliche Teilhabe. Er basiert auf dem International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)-Modell, welches seit 2001 als internationaler Standard der WHO zur Messung und Beschreibung von Gesundheit und Beeinträchtigungen gilt (Üstün, 2010). Die Fragen zur Belastung bei Arbeit- oder Schulaktivitäten (Domäne 5, Fragen D 5.5 - D 5.8) wurde nicht berücksichtigt, da ein Großteil der Patienten aufgrund der Einschränkungen des Aufenthaltsstatus zum Zeitpunkt der Erhebung keiner solchen Tätigkeit nachging. Somit ergab sich ein Gesamtscore aus 32 Items, die auf einer Likert-Skala von 0 (keine Beeinträchtigung) bis 4 (sehr starke Beeinträchtigung, Aktivität nicht möglich) bewertet wurden. Als Zielparameter wurde die Differenz des einfachen Summenscores (32 Items) zum Zeitpunkt t0 und t1 herangezogen. Im Fall von bis zu 2 fehlenden Werten wurden diese durch den Mittelwert der restlichen Werte ersetzt. Die Gesamtzahl an nicht berücksichtigten Fragebögen entsprach 2,3 % (n = 2).

3.3.3 Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

Aus dem PHQ-D (Löwe et al., 2002) wurden die Module Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) und Patient Health Questionnaire (PHQ-15) angewendet.

Der *PHQ-9* dient als Screening-Instrument zu Depressivität und erfasst mit neun Fragen die Kriterien einer Major Depression nach DSM-IV. Er erfragt die Häufigkeit depressiver Symp-

tome in den letzten zwei Wochen auf einer Likert-Skala von 0 (überhaupt nicht) bis 3 (beinahe jeden Tag). Der Summenscore liegt zwischen 0 und 27 Punkten, wobei ein Wert von ≥ 10 als Cut-Off für das Depressionsscreening etabliert ist: 0-4 Punkte: minimale Symptomatik, 5-9: milde Symptomatik, 10-14: mittelgradige Symptomatik, 15-27: schwere Symptomatik. Die interne Konsistenz beträgt $\alpha .88$ (Graefe et al., 2004) bzw. $\alpha .89$ (Kroenke et al., 2001).

Der *GAD-7* erfasst das Vorhandensein und die Schwere einer generalisierten Angststörung und weist eine hohe Sensitivität im Erfassen von Panikstörungen und sozialen Angststörungen auf. Die Antwortmöglichkeiten sind auf einer Likert-Skala von 0 (überhaupt nicht) bis 3 (beinahe jeder Tag) zu wählen. Als Zielkriterium wird der Summenscore aller Items (0-21 Punkte) berechnet: 0-4 Punkte: minimale Angstsymptomatik, 5-9 Punkte: milde Angst, 10-14: mittelgradige Angst und > 15 Punkte: schwere Angst. Der Test weist eine interne Konsistenz von $\alpha .89$ auf, in einer Studie mit $n = 965$ Patienten konnten bezüglich der Diagnose einer Generalisierten Angststörung eine Sensitivität von 89% und eine Spezifität von 82% (Cut-Off-Wert: 10) nachgewiesen werden. Normwerte liegen für eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe ($n = 5030$) der deutschen Normalbevölkerung vor, wobei Differenzierungen in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren wie Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Familienstand, Bildung, etc. vorliegen. Der Durchschnittswert des *GAD-7* Summenscores liegt demzufolge bei $M = 2,95$ ($SD = 3,41$) (Löwe et al., 2008).

Der *PHQ-15* wird dazu eingesetzt, den Schweregrad somatischer Symptome in einem Zeitraum von 4 Wochen einzuschätzen. Er erfasst mit 15 Fragen Symptome, die den häufigsten körperlichen Beschwerden entsprechen und die die DSM-5 Kriterien einer Somatisierungsstörung abbilden. Das Screening-Instrument weist eine interne Reliabilität von $\alpha .80$ auf und besitzt eine gute Änderungssensitivität (Kroenke et al., 2002). Ein Summenskalenwert der 15 Likert-skalierten Items von 0-4 wird als minimale Symptomstärke, 5-9 Punkte als milde Symptomstärke, 10-14 als mittelgradige und 15-30 Punkte werden als schwere Symptomstärke interpretiert werden. Normwerte liegen für eine repräsentative Stichprobe von $n = 5031$ Personen aus der deutschen Normalbevölkerung vor.

Als Zielparameter wurde die Differenz des Gesamtscores der beiden Zeitpunkte t_1 und t_0 herangezogen. Für den *PHQ-15* Fragebogen wurden bis zu 3 fehlende Werte pro Fragebogen toleriert, für den *PHQ-9* maximal ein fehlender Wert. Diese wurden mit dem Mittelwert der restlichen Werte ersetzt. Für den *GAD-7* Fragebogen wurden aufgrund der geringen Anzahl der Items keine fehlenden Werte toleriert. Unvollständige Fragebögen (*PHQ-15*: $n = 2$, *PHQ-*

9: $n = 3$, GAD-7: $n = 4$) wurden nicht in die Auswertung einbezogen⁶. Die Gesamtanzahl an nicht berücksichtigten Fragebögen von PHQ-9, PHQ-15 und GAD-7 für t0 und t1 lag unter 5%.

3.3.4 Essener Traumainventar (ETI)

Der ETI Fragebogen wurde speziell zur Diagnostik von Traumafolgestörungen entwickelt und liegt in mehreren Sprachen vor. Der Test gliedert sich in fünf Teile: Traumacheckliste (Teil 1), Fragen zum schlimmsten Ereignis (Teil 2), posttraumatische Symptomatik (Teil 3), Zeitliche Einordnung der Symptome und aktuelle Belastung (Teil 4) und Symptombedingte Einschränkungen im Alltag (Teil 5). Bei der Auswertung werden vier Subskalen (Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal und Dissoziation) und zwei Gesamtskalen (ETI-PTSD und ETI-Total) berechnet. Die aus Teil 3 hervorgehenden Summenskalen ETI-Total und ETI-PTSD bilden den Schweregrad des posttraumatischen Erlebens ab, wobei der ETI-PTSD (0-51 Punkte) einen quantitativen Index über die Schwere der PTBS-Symptomatik liefert und der ETI-Total das Ausmaß der akuten Belastungsreaktion quantifiziert (0-69 Punkte) (Tagay et al., 2007). Da bei allen Patienten der untersuchten Stichprobe das traumatische Erlebnis mehr als 4 Wochen zurücklag, schied die Diagnose einer akuten Belastungsreaktion *per definitionem* aus, sodass die ETI-PTSD Skala als Messinstrument genutzt wurde (Tagay & Senf, 2014). Die innere Konsistenz der ETI-Skalen variiert in der publizierten Gesamtstichprobe ($n = 952$) zwischen $\alpha .82$ und $\alpha .87$. Sie beträgt für die Skalen ETI-Total und ETI-PTSD jeweils $\alpha .95$. Große Effektstärken wurden hinsichtlich der Änderungssensitivität gefunden (ES 1.2 bis ES 4.3) (Tagay & Senf, 2014). Alle ETI-Skalen sind dazu geeignet, Veränderungen der posttraumatischen Symptomatik gut abzubilden (Tagay et al., 2007).

Zur deskriptiven Statistik der Ursprungspopulation wurden die Items zur Erfassung der Kriterien A-F der PTBS nach DSM-IV verwendet (die Diagnose gilt als gesichert, wenn alle 6 Kriterien erfüllt sind). Als Verlaufparameter wurde die Gesamtskala ETI-PTSD herangezogen. Entsprechend der Vorgaben des Test-Manuals wurden fehlende Werte durch den Mittelwert der restlichen Werte ersetzt, vorausgesetzt die Anzahl an fehlenden Werten überschritt die maximale Zahl von 3 Items für die PTSD-Skala bzw. 4 Items für ETI-Total nicht (Tagay & Senf, 2014). Die Anzahl an nicht-berücksichtigten Fragebögen entsprach 1,1 % ($n = 1$) der insgesamt erhobenen Fragebögen.

⁶ Manual und Fragebögen von PHQ-9, PHQ-15 und GAD-7 sind auf der offiziellen Website www.phqscreeners.com verfügbar (letzter Zugriff: 17.05.2023).

3.3.5 Revised Adult Attachment Scale (ASS-R)

Der ASS-R Fragebogen ist ein Selbstbeurteilungsverfahren mit 18 Items zur Erfassung grundlegender Dimensionen von Bindung (Nähe, Vertrauen und Angst), die zur Ausprägung von Bindungsqualität und –fähigkeit beitragen. Die Items werden auf einer Likert-Skala von 1 (überhaupt nicht zutreffend) bis 5 (sehr zutreffend) bewertet. Der Fragebogen liegt in einer Version für Partnerschaft und einer Close-Relationship-Version vor und kann nach einem Drei-Skalen-Modell (Angst; Nähe; Vertrauen) oder einem Zwei-Skalenmodell (Skala Angst: 6 Items; Skala Nähe/Vertrauen: 12 Items) ausgewertet werden (Schmidt et al., 2016).

Die interne Konsistenz beträgt für die Skala Nähe α .67, für die Skala Vertrauen α .81 und für die Skala Angst α .85. Die kombinierte Skala Nähe/Vertrauen im 2-Skalenmodell weist eine interne Konsistenz von α .84 auf. Es liegen geschlechts- und altersgruppenspezifische Normwerte für eine deutsche Normstichprobe vor (Schmidt et al., 2016).

Für diese Studie wurde zum Zeitpunkt t1 die deutschsprachige Adaptation (Schmidt et al., 2016) der Close-Relationship-Version des ASS-R eingesetzt und aufgrund der höheren Reliabilität nach dem 2-Skalenmodell ausgewertet. Es wurden maximal ein fehlender Wert für die Subskala Angst und zwei für die Subskala Nähe/ Vertrauen toleriert. Diese wurden durch den Mittelwert der anderen Werte ersetzt. Es konnten alle erhobenen Fragebögen ($n = 43$) berücksichtigt werden. Das Ergebnis wurde mittels Stanine-Werten und Prozenträngen mit den Referenzwerten der Normstichprobe verglichen.

3.3.6 Helping Alliance Questionnaire (HAQ)

In der Auswahl eines geeigneten Messinstrumentes für die Einschätzung der therapeutischen Beziehung im untersuchten transkulturellen Behandlungssetting wurde insbesondere auf folgende Parameter geachtet:

- Testgütekriterien und Erfahrung in der klinischen Praxis
- Verfügbarkeit in deutscher Sprache
- Klar formulierte und gut übersetzbare Items
- Eignung für Kurzzeittherapien
- Begrenzte Anzahl an Items (möglichst geringe Mehrbelastung der Patienten)
- Möglichkeit der Anpassung der Items an eine dritte Person (Dolmetscher)

Auf dieser Basis wurde der *Helping Alliance Questionnaire* von Luborsky in der deutschen Übersetzung von Bassler et al. (1995) ausgewählt, der in einer Variante für Therapeuten und einer für Patienten vorliegt (Bassler et al., 1995). Der Fragebogen wurde zur Evaluierung der therapeutischen Beziehung bei psychodynamischen Kurztherapien (< 30 Sitzungen) entwickelt und findet in den verschiedensten psychotherapeutischen Settings Anwendung. Er setzt sich aus 11 Items zusammen, die auf einer Likert-Skala von 0 (überhaupt nicht zutreffend) bis 5 (sehr zutreffend) skaliert sind. Des Weiteren erfasst ein 12. Item die Gesamtzufriedenheit auf einer Skala von +5 (sehr gut gebessert) bis -5 (sehr stark verschlechtert), das jedoch nicht in den Gesamtscore einbezogen wird (Bassler et al., 1995).

Es lassen sich eine allgemeine Summenskala sowie 2 Subskalen definieren, die jeweils Beziehungszufriedenheit (HAQ-b, Items 1, 6, 7, 8, 9, 10) und Erfolgszufriedenheit (HAQ-e, Items 2, 3, 4, 5, 11) messen. Die interne Konsistenz für die Gesamtskala beträgt α .89, für die Subskala Beziehungszufriedenheit α .89 und für die Subskala Erfolgszufriedenheit α .84, was für eine hohe Reliabilität der Gesamtskala sowie beider Subskalen spricht. Besonders valide als Prädiktor für den Therapieerfolg erwies sich die Subskala Erfolgszufriedenheit (Nübling et al., 2017; Bassler et al., 1995). Für den HAQ liegen keine Normwerte vor, da diese stark von der untersuchten Stichprobe und dem angewandten Therapieverfahren abhängen (Bassler et al., 1995).

Zur Erfassung der Dolmetscherperspektive wurde in Absprache mit dem Verfasser eine von dem HAQ-T eigens hierfür abgewandelte Version für Dolmetscher eingesetzt (HAQ-D). Die Items der Subskala Beziehungszufriedenheit des Patientenfragebogens (HAQ-PT-b) wurden in abgewandelter Form zusätzlich zur Einschätzung der Beziehung zum Dolmetschers eingesetzt (HAQ-PD-b). Hierfür wurde in den entsprechenden Items das Wort „Therapeut“ durch „Dolmetscher“ ersetzt (s. Anhang).

Der HAQ wurde sowohl zum Vergleich der therapeutischen Beziehung zwischen der Gruppe mit und ohne Dolmetscher eingesetzt als auch zum Vergleich der Einschätzung der Interakteure (Patienten, Therapeuten und Dolmetscher) innerhalb einer Gruppe. Hieraus ergab sich das in Abb. 12 dargestellte Auswertungsschema. Für jeden Vergleich wurde sowohl der Gesamtscore des HAQ als auch die beiden Subskalen betrachtet.

Für die Summenskala wurden bis zu 2 fehlende Werte pro Fragebogen toleriert, für die Subskalen maximal ein fehlender Wert. Diese wurden durch den Mittelwert der restlichen Werte

ersetzt. Insgesamt wurden < 5% der Fragebögen aufgrund von fehlenden Werten ausgeschlossen. Die Fragebögen wurden in deutscher Sprache ausgefüllt mit Unterstützung der Behandler der Transkulturellen Ambulanz und ggf. von Sprachmittlern.

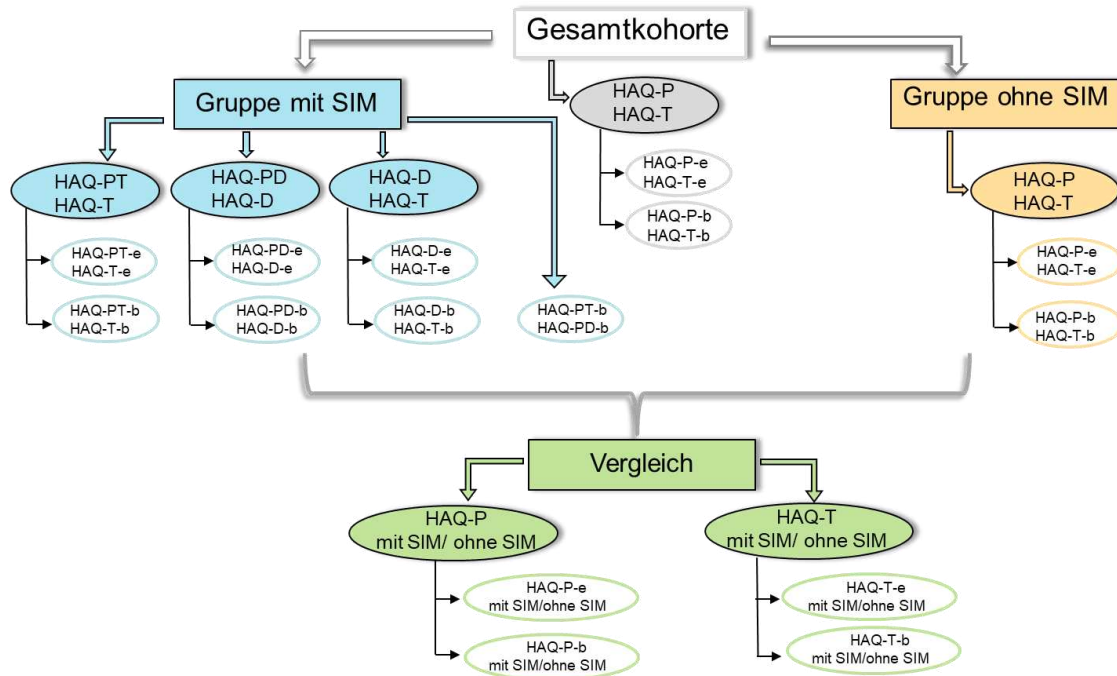


Abb. 12: Auswertungsschema des HAQ-Fragebogens

Liste und Bedeutung der verwendeten Abkürzungen für Skalen und Subskalen

Summenskala: Therapeutische Beziehung

- HAQ-PT: Patient beurteilt Therapeut.
- HAQ-PD: Patient beurteilt Dolmetscher.
- HAQ-T: Therapeut beurteilt Patient.
- HAQ-D: Dolmetscher beurteilt Patient.

Subskala 1: Beziehungszufriedenheit

- HAQ-PT-b: Patient beurteilt Beziehung zu Therapeut.
- HAQ-PD-b: Patient beurteilt Beziehung zu Dolmetscher.
- HAQ-T-b: Therapeut beurteilt Beziehung zu Patient.
- HAQ-D-b: Dolmetscher beurteilt Beziehung zu Patient.

Subskala 2: Erfolgszufriedenheit

- HAQ-P-e: Patient beurteilt Therapieerfolg.
- HAQ-T-e: Therapeut beurteilt Therapieerfolg.
- HAQ-D-e: Dolmetscher beurteilt Therapieerfolg.

3.4 Statistische Auswertung

Die Daten wurden mittels SPSS 25 analysiert. Die Ergebnisse wurden als Mittelwerte, Standardabweichungen, Minima und Maxima bei intervallskalierten Variablen angegeben, als Häufigkeiten bei nominal- oder dichotom skalierten Variablen. Die Normalverteilung wurde bei Werten von $p > 0,05$ im Shapiro-Wilk-Test angenommen. Bei gegebener Normalverteilung wurden parametrische Tests angewandt (t-Test für unabhängige Stichproben, t-Tests für eine Stichprobe, t-Tests für verbundene Stichproben, Pearson-Korrelationen), in allen anderen Fällen wurden die entsprechenden nicht-parametrischen Alternativen (Mann-Whitney-U-Test, Wilcoxon-Vorzeichen-Test, Spearman-Rang-Korrelationen) angewandt. Die Varianzhomogenität wurde bei Werten $> 0,05$ angenommen. Es wurde jeweils zweiseitig getestet. Als statistisches Signifikanzniveau wurde 5% festgelegt. Bei multiplen Tests wurde das Signifikanzniveau mittels der Bonferroni-Korrektur adjustiert. Hiervon ausgenommen waren die explorativen Fragestellungen. Hier entfiel die Adjustierung, da es sich primär um das Aufdecken neuer Zusammenhänge handelte und somit keine Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit vorgenommen wurden.

Ausreißer wurden im Allgemeinen nicht von den Berechnungen ausgeschlossen. Einzige Ausnahme stellte ein Extremwert im WHO-DAS (t1) Fragebogen da, der als nicht plausibel eingeschätzt wurde und somit in den weiteren Berechnungen nicht berücksichtigt wurde. Statistisch signifikante Ergebnisse wurden anschließend auf ihre Effektstärke (Cohen's d) getestet.

3.4.1 Deskriptive Statistik

Es erfolgte zunächst die deskriptive Analyse der Kohorte zu den Zeitpunkten t0 ($n = 69$) und t1 ($n = 43$) im Hinblick auf soziodemographische und medizinische Merkmale. Hierbei wurden erfasst: Alter, Geschlecht, Herkunftsland, Ankunftszeitpunkt in Deutschland, Bildung, Deutsch- und Englischkenntnisse, soziale Unterstützung, Hauptdiagnose, Medikamenten-

und Psychopharmakaeinnahme und Behandlungspfad. Anschließend wurde für den Zeitpunkt t1 auf Gleichverteilung der Merkmale in der Gruppe mit und ohne Dolmetscher getestet. Bei intervallskalierten, normalverteilten Variablen wurden hierfür die Mittelwerte durch t-Tests für unabhängige Stichproben verglichen, bei intervallskalierten, nicht normalverteilten Variablen mittels Mann-Whitney-U Test und bei nominal- oder ordinal skalierten Variablen wurden Chi-Quadrat-Tests verwendet. Die Drop-out Quote wurde in Prozent für die Gesamtgruppe, sowie für die Gruppe mit und ohne SIM berechnet und auf einen signifikanten Unterschied mittels Chi-Quadrat-Test geprüft.

3.4.2 Therapeutische Beziehung mit SIM vs. ohne SIM

Zum Vergleich der Einschätzung der therapeutischen Beziehung in Abhängigkeit vom Dolmetschereinsatz aus Patientensicht (Hypothese 1, s. Kap 2.4) wurden die Mittelwerte des HAQ-P Summenscores bei angenommener Normalverteilung (Shapiro-Wilk-Test: Gesamtgruppe $p = 0,109$; Gruppe mit SIM: $p = 0,185$; Gruppe ohne SIM: $p = 0,229$) mittels t-Test für unabhängige Stichproben in der Gruppe mit und ohne SIM verglichen. Anschließend wurden die Skalen Beziehungs- und Erfolgszufriedenheit getrennt betrachtet. Hierbei wurde die Subskala Erfolgszufriedenheit parametrisch (Shapiro-Wilk-Test: Gruppe mit SIM: $p = 0,084$; Gruppe ohne SIM: $p = 0,249$) und die Subskala Beziehungszufriedenheit non-parametrisch (Shapiro-Wilk-Test: Gruppe mit SIM: $p = 0,654$; Gruppe ohne SIM: $p = 0,015$) gerechnet.

3.4.3 Behandlungserfolg mit SIM vs. ohne SIM

Als Maß für die Symptomveränderung (Hypothese 2, s. Kap. 2.4) wurde die Differenz zwischen Prä- und Postwerten aller Fragebögen, die zu beiden Messzeitpunkten erhoben wurden (ETI-PTSD, WHO-DAS 2.0, PHQ-9, PHQ-15, GAD-7) eingesetzt. Die Mittelwerte dieser Differenzvariablen wurden mittels t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. nichtparametrischen Alternativen (Mann-Whitney-U Test) zwischen der Gruppe mit und ohne Dolmetscher verglichen. Zur Einschätzung des allgemeinen Behandlungserfolgs wurden zusätzlich die Differenzvariablen der Gesamtgruppe mittels Einstichproben t-Test (Shapiro-Wilk-Test Gesamtgruppe: PHQ-9 $p = 0,104$; PHQ-15 $p = 0,360$; GAD-7 $p = 0,381$; WHO-DAS $p = 0,745$) bzw. Wilcoxon-signed-rank Test (Shapiro-Wilk-Test Gesamtgruppe: ETI-PTSD $p = 0,018$) gegen 0 getestet.

Zur Abschätzung des globalen Therapieerfolgs wurde die mittlere prozentuale Symptomänderung berechnet. Hierfür wurden die Differenzvariablen der einzelnen Scores in Prozent umgerechnet und hieraus anschließend der Mittelwert gebildet (es wurde maximal ein fehlender Wert toleriert, dieser wurde durch den Mittelwert der anderen Werte ersetzt). Die prozentuale Symptomänderung wurde in der Gesamtgruppe mittels Wilcoxon-signed-rank Test (Shapiro-Wilk-Test: Gesamtgruppe $p = 0,006$) und zwischen den Gruppen mit und ohne Dolmetscher mittels Mann-Whitney-U Test (Shapiro-Wilk-Test: Gruppe mit SIM $p = 0,056$; Gruppe ohne SIM $p = 0,008$) verglichen.

Die anderen Vergleiche wurden parametrisch gerechnet: Differenzvariable WHO-DAS 2.0 (Shapiro-Wilk-Test: Gruppe mit SIM $p = 0,453$; Gruppe ohne SIM $p = 0,378$), Differenzvariable PHQ-15 (Shapiro-Wilk-Test: Gruppe mit SIM $p = 0,836$; Gruppe ohne SIM $p = 0,564$), Differenzvariable PHQ-9 (Shapiro-Wilk-Test: Gruppe mit SIM $p = 0,255$; Gruppe ohne SIM $p = 0,449$), Differenzvariable GAD-7 (Shapiro-Wilk-Test: Gruppe mit SIM $p = 0,586$; Gruppe ohne SIM $p = 0,296$), Differenzvariable ETI-PTSD (Shapiro-Wilk-Test: Gruppe mit SIM $p = 0,175$; Gruppe ohne SIM $p = 0,078$).

3.4.4 Korrelation von therapeutischer Beziehung und Behandlungserfolg

Um einen statistischen Zusammenhang zwischen der therapeutischen Beziehung aus Sicht der Patienten und der Symptomatik (Hypothese 3, s. Kap. 2.4) nachzuweisen, wurden lineare Korrelationen zwischen dem Summenscore des HAQ-P und den Summenscores der jeweiligen Symptomfragebögen berechnet. Für intervallskalierte normalverteilte Variablen (Δ PHQ-15, Δ PHQ-9, Δ GAD-7, Δ WHO-DAS) wurde die Pearson-Korrelation berechnet, für intervallskalierte nicht normalverteilte Variablen die Spearman-Rangkorrelation (Δ ETI-PTSD). Zur Beurteilung der allgemeinen Symptomatik wurde (analog zu Kap. 3.4.3) zusätzlich die Korrelation der mittleren prozentualen Symptomänderung mit dem Summenscore des HAQ-P berechnet (Spearman-Rangkorrelation).

3.4.5 Explorative Fragestellungen

Explorativ wurden vier Domänen untersucht (s. Kap. 2.4):

1. Therapeutische Beziehung in der Gesamtkohorte
2. Therapeutische Beziehung innerhalb der Gruppe mit SIM

3. Therapeutische Beziehung innerhalb der Gruppe ohne SIM
4. Therapeutische Beziehung aus der Perspektive der Therapeuten

1. Therapeutische Beziehung in der Gesamtkohorte

Zunächst wurde überprüft, ob Patienten und Therapeuten die therapeutische Beziehung in der Gesamtgruppe signifikant unterschiedlich beurteilen. Hierfür wurden die Werte der Summenscores HAQ-PT und HAQ-T bei nicht gegebener Normalverteilung (Shapiro-Wilk-Test: HAQ-PT $p = 0,109$; HAQ-T $p = 0,006$) mittels Wilcoxon-Vorzeichen-Test verglichen. Anschließend wurde das Procedere für die Subskalen Beziehungs- und Erfolgszufriedenheit wiederholt (Shapiro-Wilk-Test Beziehungszufriedenheit: HAQ-PT-b $p = 0,002$; HAQ-T-b $p = 0,002$; Shapiro-Wilk-Test Erfolgszufriedenheit: HAQ-P-e $p = 0,228$; HAQ-T-e $p = 0,014$).

2. Therapeutische Beziehung in der Gruppe mit SIM

In der Gruppe, die mit SIM arbeitete, wurden die Einschätzungen von Patienten, Therapeuten und Dolmetschern verglichen. Hieraus ergaben sich folgende Berechnungen:

- **Beziehung Patient $\leftrightarrow$ Therapeut**

Analog zu Punkt 1 wurde der HAQ-Summenscore sowie die Subskalen von Patienten- und Therapeutenfragebogen verglichen. Bei angenommener Normalverteilung wurde parametrisch mittels t-Tests für verbundene Stichproben gerechnet (Shapiro-Wilk-Test Summenscore: HAQ-PT $p = 0,185$; HAQ-T $p = 0,058$; Shapiro-Wilk-Test Beziehungszufriedenheit: HAQ-PT-b $p = 0,120$; HAQ-T-b $p = 0,654$; Shapiro-Wilk-Test Erfolgszufriedenheit: HAQ-P-e $p = 0,113$; HAQ-T-e $p = 0,471$).

- **Beziehung Patient $\leftrightarrow$ Dolmetscher**

An dieser Stelle wurde die Einschätzung von Patienten (HAQ-PD) und Dolmetscher verglichen (HAQ-D). Dabei wurde erneut die Summenskala sowie beide Subskalen des HAQ verglichen (Shapiro-Wilk-Test Summenscore: HAQ-PD $p = 0,485$; HAQ-D $p = 0,638$. Shapiro-Wilk-Test Beziehungszufriedenheit: HAQ-PD-b $p = 0,016$; HAQ-D-b $p = 0,284$. Shapiro-Wilk-Test Erfolgszufriedenheit: HAQ-P-e $p = 0,113$; HAQ-D-e $p = 0,773$). Für die Summenskala und die Subskala Erfolgszufriedenheit wurde der t-Test für verbundene Stichproben verwendet, für die Subskala Beziehungszufriedenheit der Wilcoxon-Vorzeichen-Test als nicht parametrische Alternative.

- **Beziehung Patient $\leftrightarrow$ Dolmetscher/Therapeut**

Es wurde verglichen, wie Patienten ihre Beziehung zum Dolmetscher und zum Therapeuten einschätzen. Hierfür wurden die Subskalen zur Beziehungszufriedenheit der Patientenfragebögen (HAQ-PT-b und HAQ-PD-b) mittels Wilcoxon-Vorzeichen-Test (Shapiro-Wilk-Test: HAQ-PT-b $p = 0,041$; HAQ-PD-b $p = 0,016$) verglichen.

Dann wurde untersucht, ob Dolmetscher und Therapeuten ihre Beziehung zum Patienten unterschiedlich bewerten. Hierfür wurde der Summenscore des HAQ von Therapeuten und Dolmetscher sowie die Subskalen Beziehung- und Erfolgszufriedenheit mittels t-Test für verbundene Stichproben verglichen (Shapiro-Wilk-Test Summenscore: HAQ-T $p = 0,058$; HAQ-D $p = 0,638$. Shapiro-Wilk-Test Beziehungszufriedenheit: HAQ-T-b $p = 0,654$; HAQ-D-b $p = 0,284$. Shapiro-Wilk-Test Erfolgszufriedenheit: HAQ-T-e $p = 0,471$; HAQ-D-e $p = 0,773$).

3. Therapeutische Beziehung in der Gruppe ohne SIM

Innerhalb der Gruppe, die ohne SIM arbeitete, wurde die Einschätzung der therapeutischen Beziehung von Patienten und Therapeuten analog zu Punkt 1 verglichen. Hierbei wurde bei nicht gegebener Normalverteilung non-parametrisch gerechnet (Shapiro-Wilk-Test Summenscore: HAQ-PT $p = 0,229$; HAQ-T $p = 0,003$. Shapiro-Wilk-Test Beziehungszufriedenheit: HAQ-PT-b $p = 0,015$; HAQ-T-b $p = 0,004$. Shapiro-Wilk-Test Erfolgszufriedenheit: HAQ-P-e $p = 0,249$; HAQ-T-e $p = 0,012$).

4. Therapeutische Beziehung aus der Perspektive der Therapeuten

Schließlich wurde die Einschätzung der therapeutischen Beziehung durch die Therapeuten (HAQ-T) zwischen der Gruppe mit und ohne SIM verglichen. Sowohl die Gesamtskala als die Subskalen wurden non-parametrisch mittels Mann-Whitney-U Test gerechnet (Shapiro-Wilk-Test Summenscore: HAQ-T Gruppe mit SIM $p = 0,058$, Gruppe ohne SIM $p = 0,003$. Shapiro-Wilk-Test Erfolgszufriedenheit: HAQ-T-e Gruppe mit SIM $p = 0,471$; Gruppe ohne SIM $p = 0,012$. Shapiro-Wilk-Test Beziehungszufriedenheit: HAQ-T-b Gruppe mit SIM $p = 0,654$, Gruppe ohne SIM $p = 0,004$).

Zusätzlich wurden die einzelnen Items der HAQ-Fragebögen mittels t-Tests auf signifikante Unterschiede getestet. Diese wurden nicht einzeln, sondern als Ergänzung zu den Summenscores berechnet und sollen die Formulierung möglicher Hypothesen zur Erklärung der gefundenen Unterschiede in den Summenscores unterstützen.

4. Ergebnisse

4.1 Deskriptive Statistik

43 Patienten schlossen die Therapie ab und konnten somit zum Zeitpunkt t1 evaluiert werden und in die retrospektive Analyse der therapeutischen Beziehung eingeschlossen werden. Hiervon wurden 16 Patienten mit Dolmetscher und 27 in Mutter- oder Drittsprache behandelt. Die Patienten, die die Studie abschlossen, waren zwischen 18 und 63 Jahre alt, 42% (n = 18) waren weiblich, 58% (n = 25) männlich. Sie stammten aus 16 Ländern und lebten im Durchschnitt seit 4 Jahren in Deutschland (Tab. 2).

<i>Alter</i>	<i>Gesamtgruppe</i> <i>n = 43</i>	<i>mit SIM</i> <i>n = 16</i>	<i>ohne SIM</i> <i>n = 27</i>
<i>M</i>	31,40	32,40	30,72
<i>Md</i>	28,00	33,50	27,50
<i>SD</i>	9,99	10,81	11,13
<i>Min</i>	18,00	19,00	18,00
<i>Max</i>	63,00	46,00	63,00

<i>Geschlecht</i>	<i>Gesamtgruppe</i> <i>n = 43</i>	<i>mit SIM</i> <i>n = 16</i>	<i>ohne SIM</i> <i>n = 27</i>
<i>weiblich</i>	18	6	12
<i>männlich</i>	25	10	15

<i>Jahre in Deutschland</i>	<i>Gesamtgruppe</i> <i>n = 38</i>	<i>mit SIM</i> <i>n = 13</i>	<i>ohne SIM</i> <i>n = 25</i>
<i>M</i>	4,23	3,84	4,44
<i>Md</i>	4,00	4,00	4,00
<i>SD</i>	2,58	1,28	3,05
<i>Min</i>	2,00	2,00	2,00
<i>Max</i>	17,00	6,00	17,00

<i>Soziale Unterstützung</i>	<i>Gesamtgruppe</i> <i>n = 43</i>	<i>mit SIM</i> <i>n = 16</i>	<i>ohne SIM</i> <i>n = 27</i>
<i>Familie</i>	7	3	4
<i>Freunde</i>	2	1	1
<i>Ehrenamtliche Helfer</i>	5	1	4
<i>Menschen aus der eigenen Kultur</i>	6	5	1
<i>Beratungsstelle</i>	13	4	9
<i>Keine Angabe</i>	10	2	8

Tab. 2: Soziodemographische Merkmale

Die meistvertretenen Herkunftsländer waren Syrien (n = 9), Armenien (n = 8) und Afghanistan (n = 5). Insgesamt stammten 53% (n = 23) der Patienten aus Westasien, 19% aus Süd- und Zentralasien (n = 8), 16% aus Ost- und Südeuropa (n = 7) und 12% aus Subsahara Afrika (n = 5)⁷ (Abb.13).

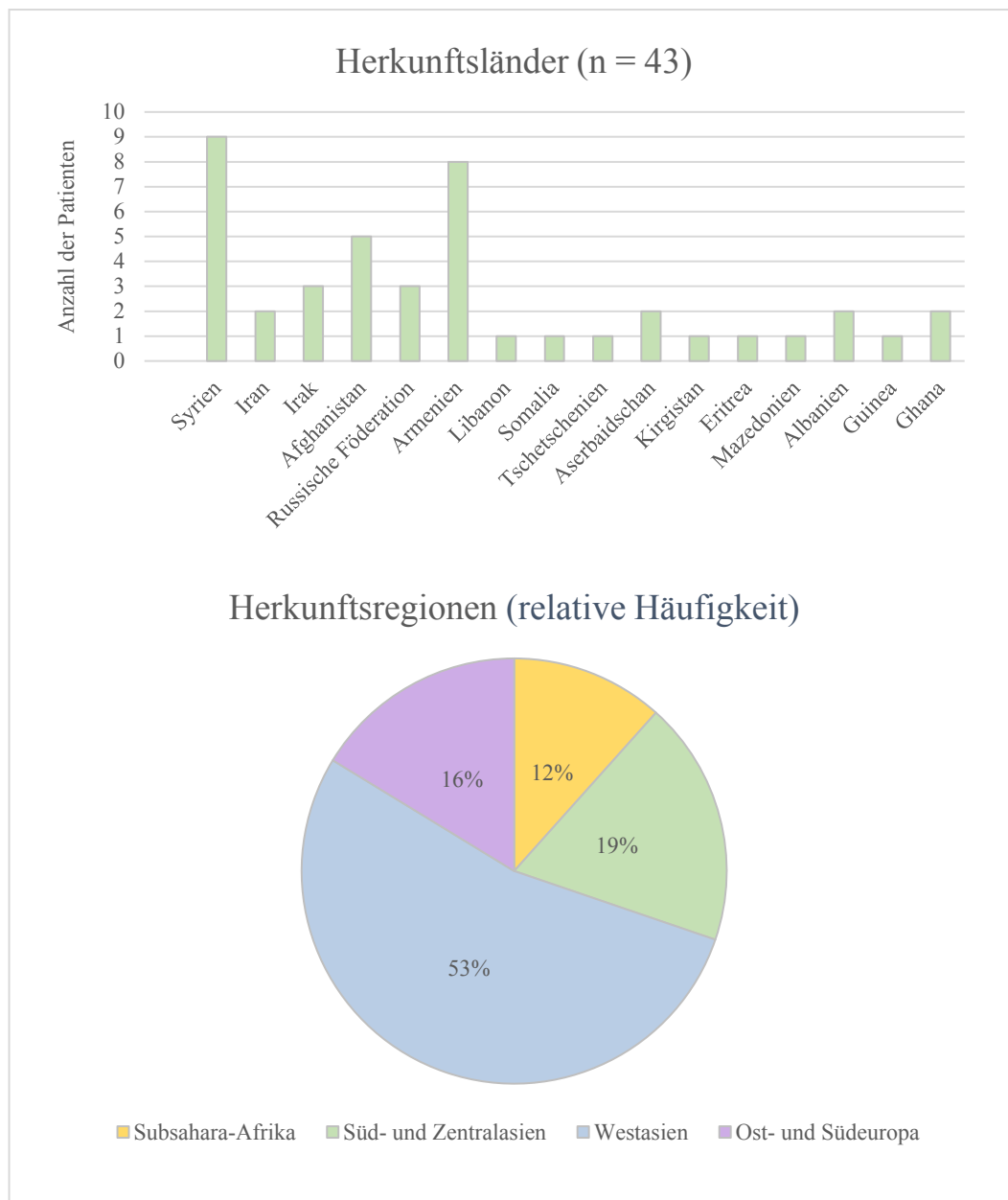


Abb. 13: Herkunftsländer und -regionen

⁷ Geographische Einteilung der Staaten entsprechend der Klassifikation der United Nation Statistics Division (UNSD). Online verfügbar unter: <https://unstats.un.org/unsd/methodology/m49/> (Letzter Zugriff: 26.06.2023)

30% (n = 12) der Patienten gaben an, keinen Schulabschluss zu haben, weitere 30% (n = 12) eine Lehre absolviert zu haben, 28% (n = 11) einen (Fach-) Hochschulabschluss und 12% (n = 5) einen schulischen Abschluss zu haben (Abb. 14).

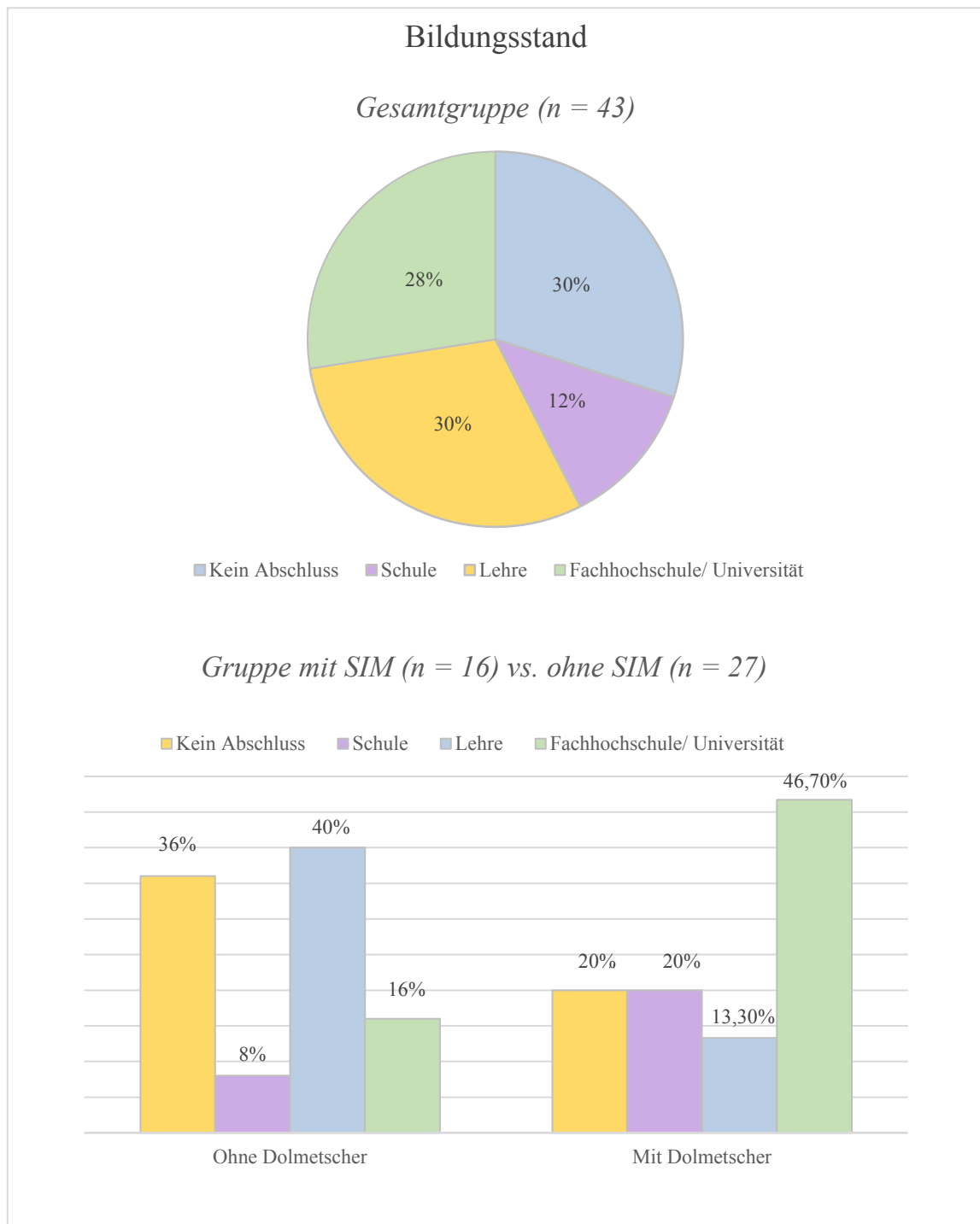


Abb. 14: Bildungsstand (relative Häufigkeit).

Ein Viertel der Patienten ($n = 10$) verfügte nach eigenen Angaben über keine Deutschkenntnisse, 58% ($n = 23$) über Grundkenntnisse und 17% ($n = 7$) über gute Kenntnisse. Die englische Sprache wurde von 42% ($n = 16$) nicht gesprochen, 37% ($n = 14$) gaben Grundkenntnisse und 21% ($n = 8$) gute Kenntnisse an (Abb. 15).

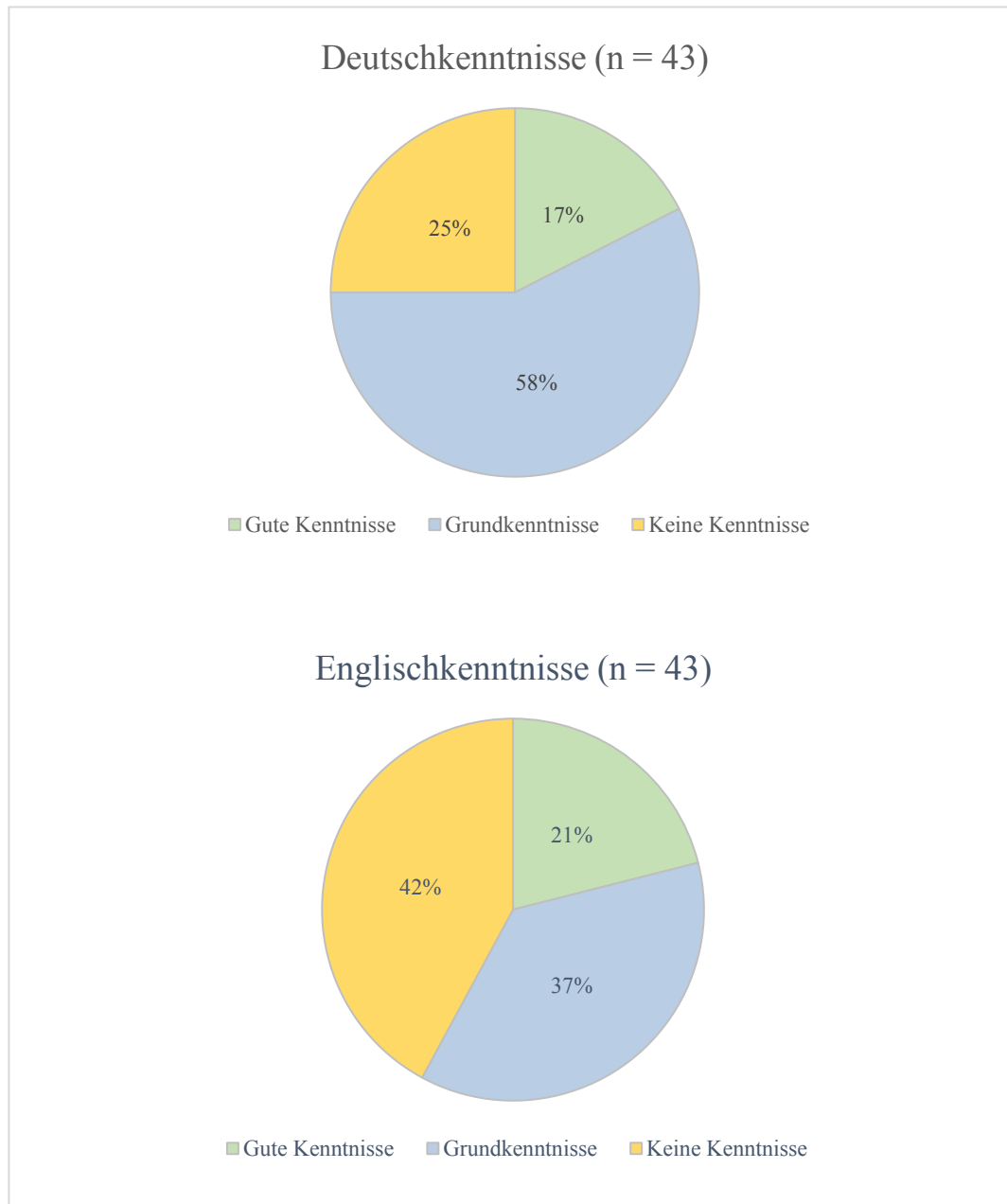


Abb. 15: Sprachkenntnisse (relative Häufigkeit).

Alle Patienten berichteten von mindestens einem traumatischen Erlebnis in der Biografie, 81,4% ($n = 35$) wiesen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für PTBS auf (Cut-off 27 Punkte im ETI-PTSD), 30,2% ($n = 13$) erfüllten die Diagnosekriterien des ETI-Fragebogens (Tab. 3).

Verdacht auf PTBS (ETI-PTSD > 27 Punkte)	Gesamtgruppe n = 43	mit SIM n = 16	ohne SIM n = 27
<i>Ja</i>	35	13	22
<i>Nein</i>	8	3	5
Erfüllung der PTBS-Kriterien (nach ETI)			
<i>Erfüllt</i>	13	9	4
<i>Nicht erfüllt</i>	30	7	23

Tab. 3: Traumasymptomatik und PTBS

Im AAS-R Fragebogen ergaben sich deutlich erhöhte Werte für die Subskala Angst und erniedrigte Werte für die Subskala Nähe/ Vertrauen im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung: Für die Subskala Angst ergaben sich Stanine-Werte von 8 (PR 89-96) für die Gesamtgruppe und die Gruppe ohne SIM. Für die Gruppe mit Dolmetscher ergab sich ein Statine-Wert von 7 (PR 77-89). Dies spricht für eine hohe bzw. extrem hohe Ausprägung des Merkmals im Vergleich zur Normstichprobe (n = 2463) (Schmidt et al., 2016). Für die Skala Nähe/Vertrauen zeigten sich in allen Gruppen Stanine-Werte von 1 (PR 0-4), was für eine extrem niedrige Ausprägung des Merkmals im Vergleich zur Normstichprobe (n = 2509) spricht (Schmidt et al., 2016) (Tab. 4).

Bindungsstruktur (AAS-R)	Gesamtgruppe n = 43	mit SIM n = 16	ohne SIM n = 27
Subskala Angst			
<i>M</i>	21,30	19,25	22,51
<i>Md</i>	22,00	20,00	23,00
<i>SD</i>	6,07	8,21	4,07
<i>Min</i>	6,00	6,00	14,00
<i>Max</i>	30,00	30,00	30,00
Subskala Nähe/Vertrauen			
<i>M</i>	32,86	30,50	34,26
<i>Md</i>	33,83	28,50	37,17
<i>SD</i>	7,51	9,09	6,13
<i>Min</i>	17,00	21,00	17,00
<i>Max</i>	56,00	56,00	49,00

Tab. 4: Bindungsstruktur: Parameter "Angst" und "Vertrauen"

Collins zufolge impliziert dies eine hohe Prävalenz des ängstlich-vermeidenden Bindungsstils nach Bartholomew in der untersuchten Stichprobe (Collins, 2008) (s. Kap. 5.3.3).

Die Hauptdiagnosen ließen sich zu 53% (n = 23) den affektiven Störungen (F 30-39) und zu 47% (n = 20) den neurotischen-, Belastungs- oder somatoformen Störungen zuordnen (F 40-48) (Abb. 16).

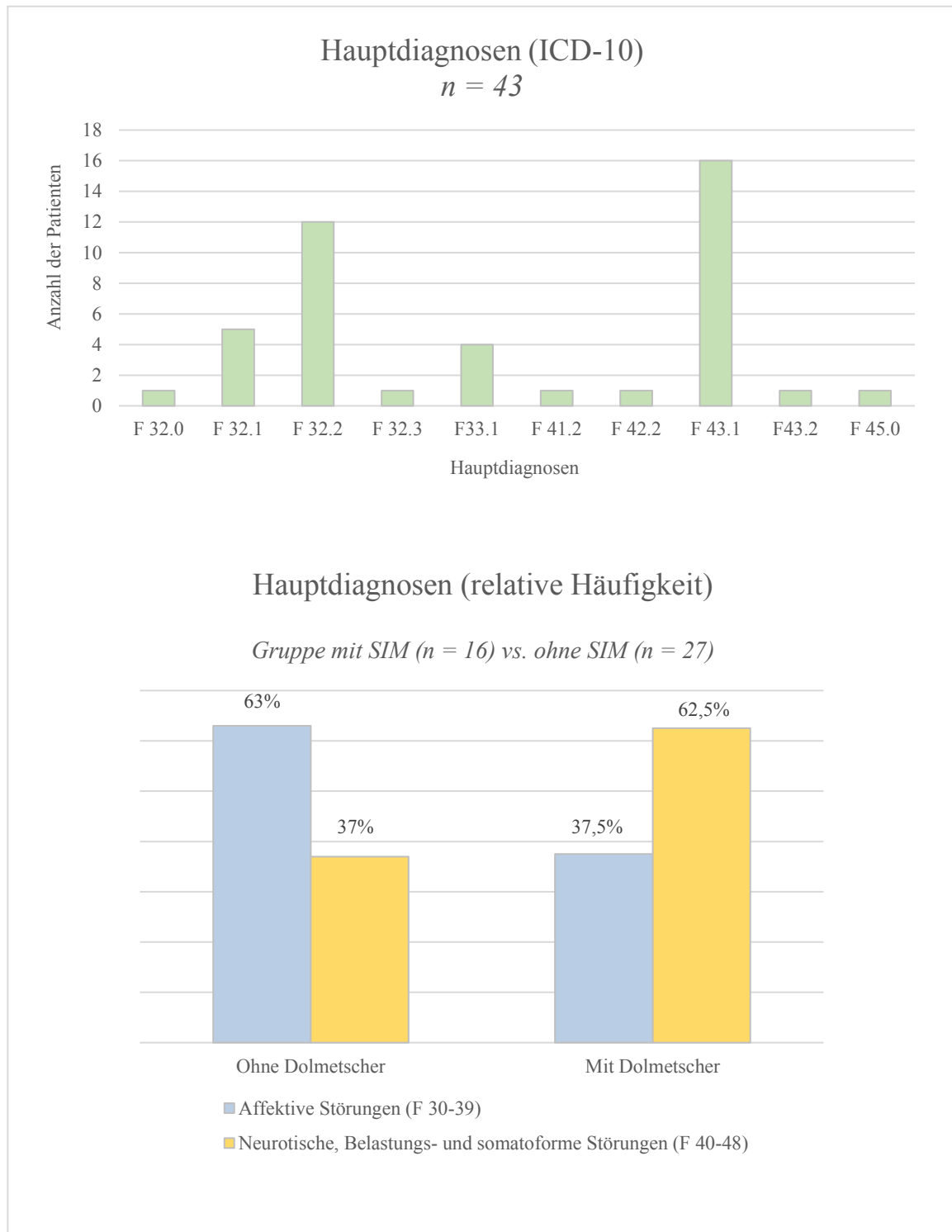


Abb. 16: Hauptdiagnosen

Etwa die Hälfte der Patienten (54%, n = 26) wurde zu Beginn der Therapie psychopharmakologisch behandelt, davon 38% (n = 15) mit Antidepressiva, 8% (n = 3) mit Antipsychotika und weitere 8% (n = 3) mit einer Kombination von Antidepressiva und Antipsychotika (Abb. 17).

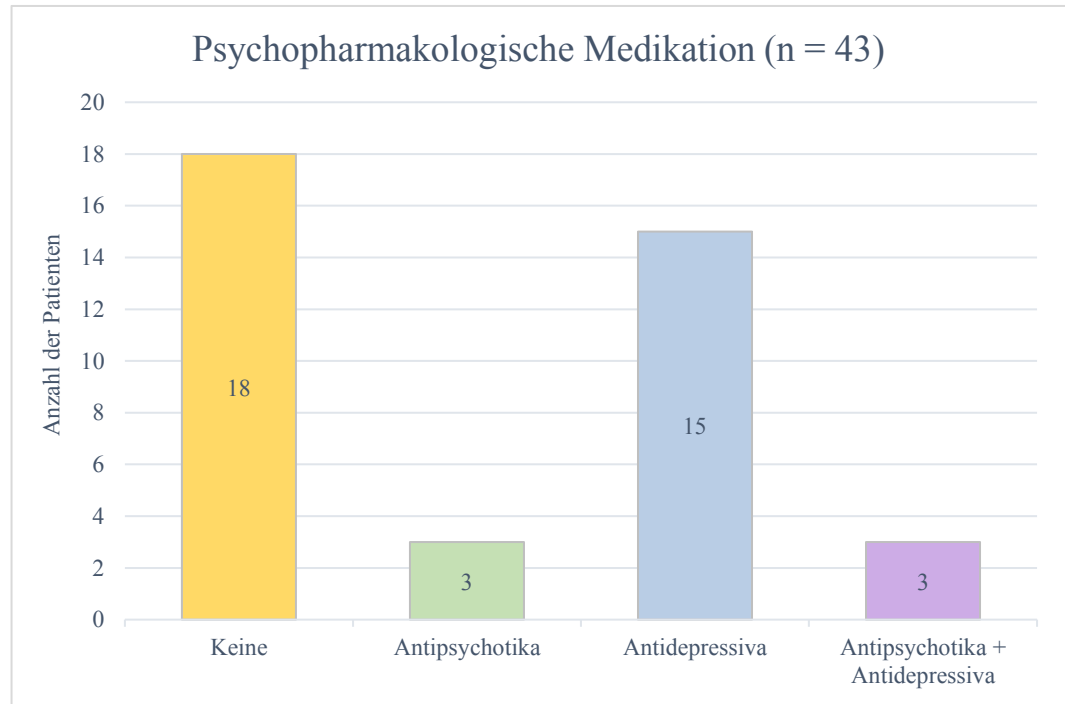


Abb. 17: Psychopharmakologische Medikation

55,8% (n = 24) der Patienten erhielten eine multimodale Behandlung (s. Kap. 3.2), 54,2% (n = 19) die Standardtherapie (Tab. 5).

<i>Behandlungspfad</i>	<i>Gesamtgruppe n = 43</i>	<i>mit SIM n = 16</i>	<i>ohne SIM n = 27</i>
<i>Multimodal</i>	24	10	14
<i>Standard</i>	19	6	13

Tab. 5: Behandlungspfad

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der Verteilung der erhobenen Parameter (Alter, Geschlecht, Herkunftsland, Jahre in Deutschland, soziale Unterstützung, Bildungsstand, Sprachkenntnisse, Traumasymptomatik, Bindungsstruktur, Hauptdiagnosen, psychopharmakologische Therapie, Behandlungspfad) zwischen der Gruppe mit SIM und der ohne SIM.

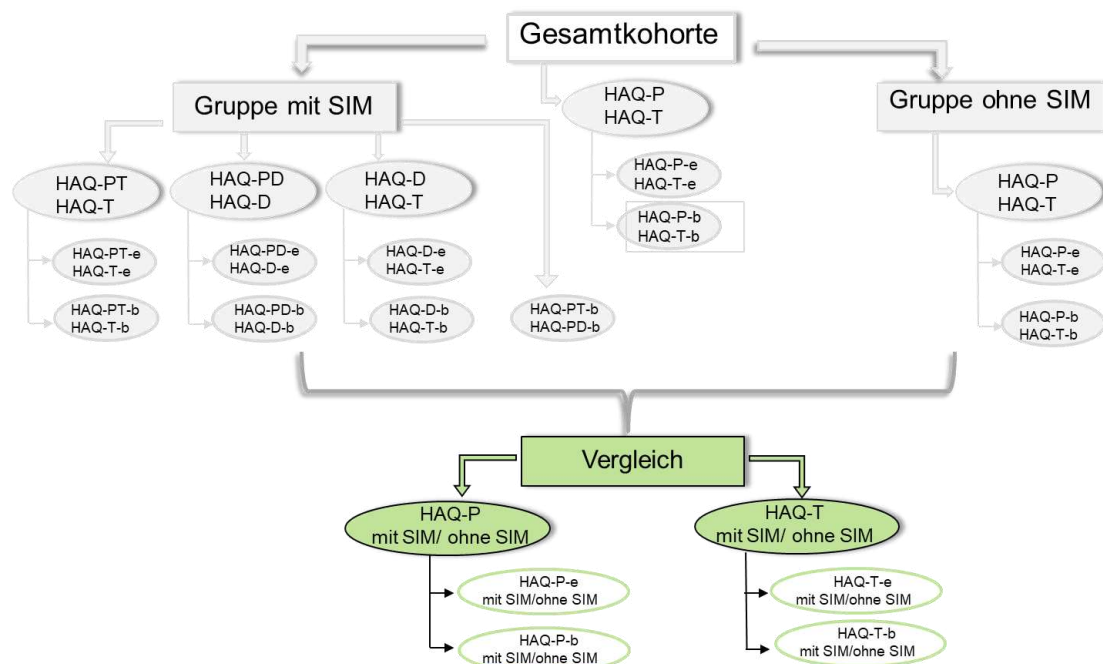
Die Drop-out Quote lag insgesamt bei 37,7% (n = 26); in der Gruppe mit Dolmetscher bei 38,5% (n = 10), in der Gruppe ohne Dolmetscher bei 37,2% (n = 16). Der Unterschied zwischen den Gruppen war nicht signifikant ($p > 0,99$).

4.2 Ergebnisse zur therapeutischen Beziehung

Therapeutische Beziehung mit SIM vs. ohne SIM (Hypothese 1): *Patienten, die mit SIM therapiert werden, beurteilen die Beziehung zum Therapeuten signifikant anders als solche, die in Mutter- oder Drittsprache behandelt werden (s. Kap. 2.4).*

Zur systematischen Darstellung der Ergebnisse wird im Folgenden auf das Schema aus Kapitel 3.3.6 (Abb. 12) und die Abb. 7 aus Kap. 2.1 zurückgegriffen.

4.2.1 Vergleich der Gruppen mit SIM vs. ohne SIM



In der Einschätzung der therapeutischen Beziehung seitens der Patienten konnte kein signifikanter Unterschied zwischen einer Behandlung mit und ohne Dolmetscher nachgewiesen werden (HAQ-PT mit SIM: $M = 45,56$, $SD = 6,12$; ohne SIM: $M = 44,21$, $SD = 4,83$; $p = 0,431$). Auch in den Subskalen Beziehungszufriedenheit (HAQ-PT-b ohne SIM: $M = 26,78$,

SD = 2,45; mit SIM: M = 27,69, SD = 1,89; $p = 0,250$) und Erfolgszufriedenheit (HAQ-P-e ohne SIM: M = 17,44, SD = 3,40; mit SIM: M = 17,87, SD = 5,22; $p = 0,770$) zeigte sich kein signifikanter Unterschied (Abb. 18).

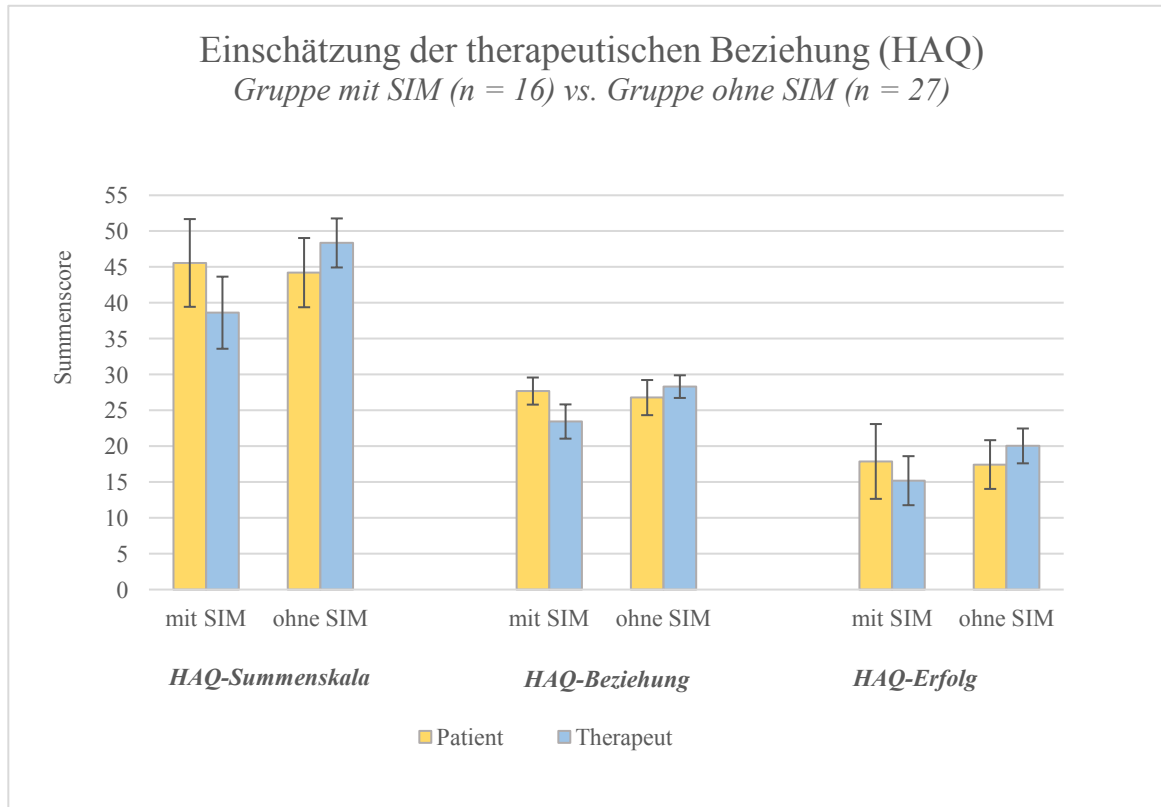


Abb. 18: Einschätzung der therapeutischen Beziehung (Vergleich der Gruppe mit SIM vs. ohne SIM)

Ergebnisse der explorativen Fragestellungen:

Die Therapeuten beurteilten ihr Verhältnis zum Patienten signifikant schlechter, wenn mit Dolmetscher gearbeitet wurde (HAQ-T ohne SIM: M = 48,35, SD = 3,42; mit SIM: M = 38,62, SD = 5,03; $p < 0,001$; Cohen's $d = 2,262$). Dieser Unterschied zeigte sich sowohl in der Subskala Beziehungszufriedenheit (HAQ-T-b ohne SIM: M = 28,31, SD = 1,58; mit SIM: M = 23,44 SD = 2,39; $p < 0,001$; Cohen's $d = 2,552$) als in der Subskala Erfolgszufriedenheit (HAQ-T-e ohne SIM: M = 20,04, SD 2,43; mit SIM: M = 15,19, SD = 3,42; $p < 0,001$; Cohen's $d = 1,635$) (Abb. 18). Auf die einzelnen Items des HAQ-Fragebogens bezogen zeigten sich in der Einschätzung der Patienten (HAQ-P) für die Items 1, 2 und 8 signifikant bessere Werte in der Gruppe, die mit SIM behandelt wurde (Tab. 6):

- Item 1: „Ich glaube, dass mein Therapeut mir geholfen hat.“
- Item 2: „Ich glaube, dass mir die Behandlung geholfen hat.“

- Item 8: „*Ich habe das Gefühl, dass mein Therapeut wollte, dass ich meine Ziele erreiche.*“

Vergleich der Items Gruppe mit SIM vs. ohne SIM (HAQ-P)

<i>Item</i>	<i>Gruppe</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>
1	ohne SIM	27	4,18	0,73	**0,003
	mit SIM	16	4,75	0,45	
2	ohne SIM	27	3,81	0,79	*0,014
	mit SIM	16	4,44	0,73	
3	ohne SIM	27	3,96	0,90	0,258
	mit SIM	16	3,37	1,90	
4	ohne SIM	27	3,33	1,21	0,315
	mit SIM	16	2,88	1,67	
5	ohne SIM	27	2,77	1,53	0,408
	mit SIM	16	3,19	1,68	
6	ohne SIM	27	4,60	0,56	0,225
	mit SIM	16	4,81	0,40	
7	ohne SIM	27	4,56	0,51	0,573
	mit SIM	16	4,44	0,73	
8	ohne SIM	27	4,63	0,49	*0,010
	mit SIM	16	4,94	0,25	
9	ohne SIM	27	4,56	0,64	0,582
	mit SIM	16	4,44	0,73	
10	ohne SIM	27	4,22	0,80	0,711
	mit SIM	16	4,31	0,70	
11	ohne SIM	27	3,57	0,80	0,089
	mit SIM	16	3,98	0,73	

Tab. 6: Items der HAQ-Summenskala für Patienten, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

In der Einschätzung der Therapeuten ergaben sich für die Items 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10 und 11 signifikant bessere Werte in der Gruppe ohne SIM (Tab. 7, s. auch Fragebogen im Anhang):

- Item 1: „*Ich habe den Eindruck, dass ich meinem Patienten helfen konnte.*“
- Item 2: „*Ich habe den Eindruck, dass die Behandlung meinem Patienten geholfen hat.*“
- Item 3: „*Ich habe den Eindruck, dass mein Patient einige neue Einsichten gewonnen hat.*“
- Item 4: „*Ich habe den Eindruck, dass sich mein Patient seit kurzem besser fühlt.*“

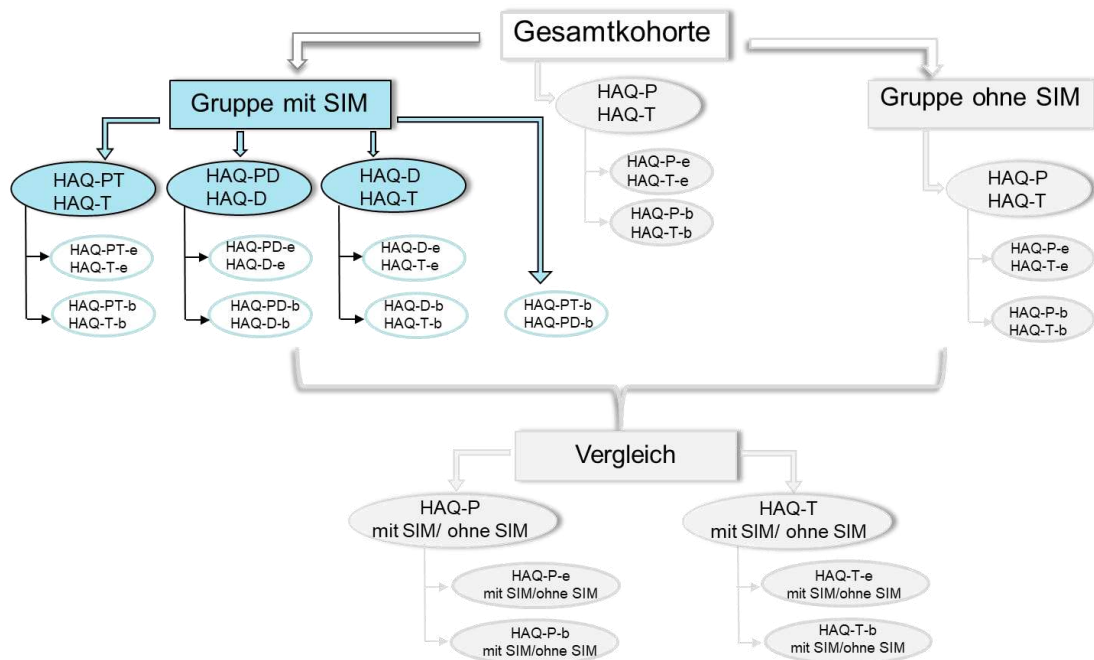
- Item 5: „Ich habe den Eindruck, dass mein Patient vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer er zur Behandlung kam.“
- Item 7: „Ich habe den Eindruck, dass ich meinen Patienten verstanden habe.“
- Item 8: „Ich habe den Eindruck, dass ich mich dafür einsetzte, daß der Patient seine Ziele erreicht.“
- Item 9: „Ich habe den Eindruck, dass mein Patient mit mir gemeinsam ernsthaft an einem Strang gezogen hat.“
- Item 10: „Ich habe den Eindruck, dass mein Patient seine Probleme ähnlich wie ich sah und beurteilte.“
- Item 11: „Ich glaube, dass mein Patient sich jetzt selbst verstehen und sich selbstständig mit seinen Problemen auseinander-setzen kann (d. h. auch dann, wenn er mit mir keine weiteren Gespräche mehr hat).“

Vergleich der Items Gruppe mit SIM vs. ohne SIM (HAQ-T)

Item	Gruppe	n	M	SD	p
1	ohne SIM	27	4,78	0,42	***< 0,001
	mit SIM	16	3,62	0,62	
2	ohne SIM	27	4,59	0,50	***< 0,001
	mit SIM	16	3,69	0,60	
3	ohne SIM	27	4,30	0,54	0,026
	mit SIM	16	3,81	0,83	
4	ohne SIM	27	3,81	0,62	***< 0,001
	mit SIM	16	2,50	1,03	
5	ohne SIM	27	3,74	0,71	**0,002
	mit SIM	16	2,87	0,96	
6	ohne SIM	27	4,93	0,27	0,889
	mit SIM	16	4,94	0,25	
7	ohne SIM	27	4,90	0,28	***< 0,001
	mit SIM	16	3,81	0,65	
8	ohne SIM	27	5,00	0,00	**0,002
	mit SIM	16	4,50	0,52	
9	ohne SIM	27	4,56	0,51	**0,001
	mit SIM	16	3,81	0,83	
10	ohne SIM	27	4,15	0,72	***< 0,001
	mit SIM	16	2,75	0,68	
11	ohne SIM	27	3,59	0,84	***< 0,001
	mit SIM	16	2,31	0,95	

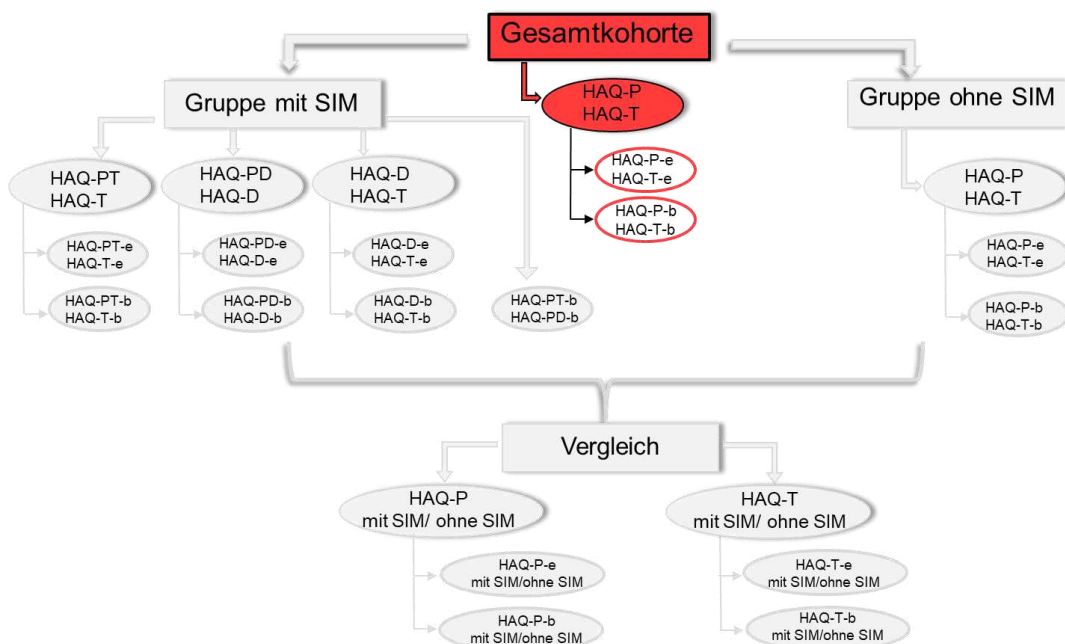
Tab. 7: Items der HAQ-Summenskala für Therapeuten, * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

4.2.2 Therapeutische Beziehung in der Gesamtkohorte



In der Gesamtgruppe zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der Einschätzung von Patienten ($M = 44,71$, $SD = 5,31$) und Therapeuten ($M = 44,73$, $SD = 6,24$) weder für die HAQ-Gesamtskala ($p = 0,943$) noch für die Subskalen Beziehung- ($p = 0,447$) und Erfolgszufriedenheit ($p = 0,495$).

4.2.3 Therapeutische Beziehung in der Gruppe mit SIM



Innerhalb der Gruppe, die mit SIM arbeitete, kam es zu Diskrepanzen in der Einschätzung der Therapeutischen Beziehung (Abb. 19). Zur Erläuterung der Ergebnisse werden wir im Folgenden die Verbindungen innerhalb der Triade getrennt betrachten.

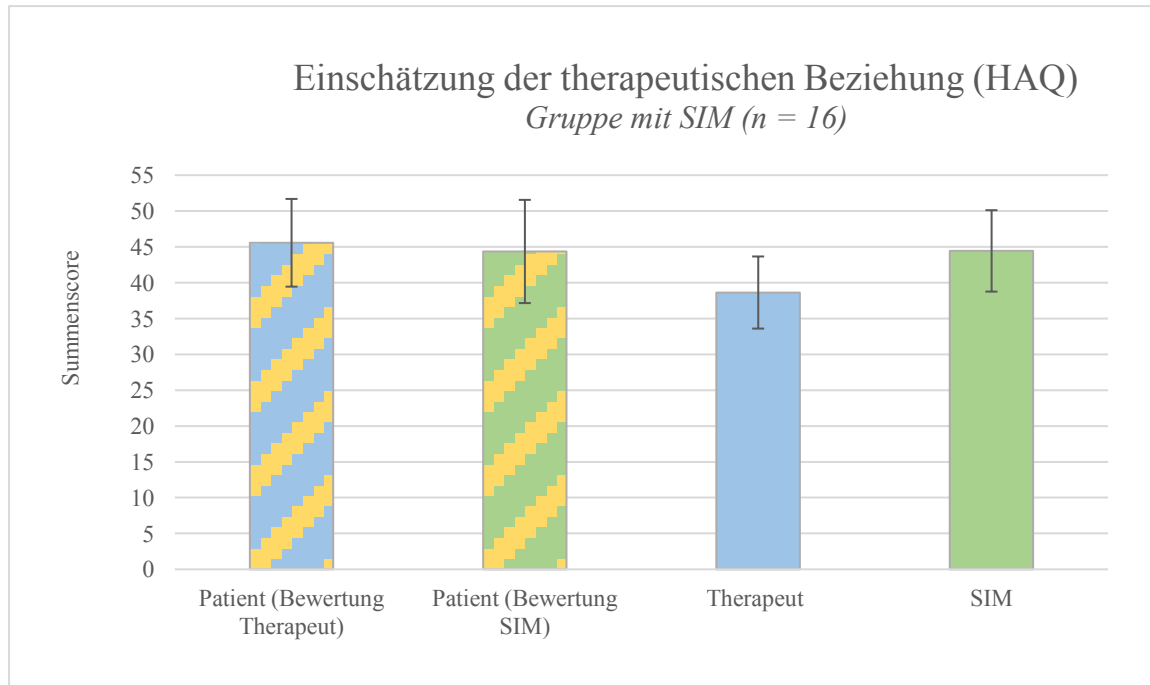
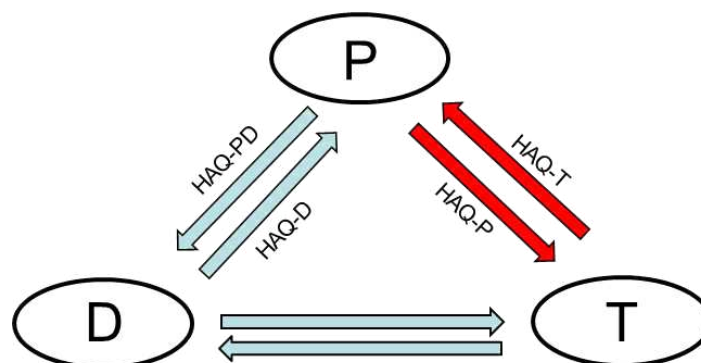


Abb. 19: Einschätzung der therapeutischen Beziehung (HAQ) innerhalb der Gruppe mit SIM

4.2.3.1 Beziehung Patient $\leftrightarrow$ Therapeut



Innerhalb der Gruppe mit Dolmetscher zeigte sich eine signifikante Diskrepanz in der Einschätzung der therapeutischen Beziehung (HAQ-Summenscore) zwischen Therapeuten und Patienten (HAQ-PT: $M = 45,56$, $SD = 6,12$; HAQ-T: $M = 38,62$, $SD = 5,03$; $p < 0,001$; Cohen's $d = 1,061$). Dabei beurteilten die Therapeuten die Beziehung signifikant schlechter als die Patienten (Abb. 20).

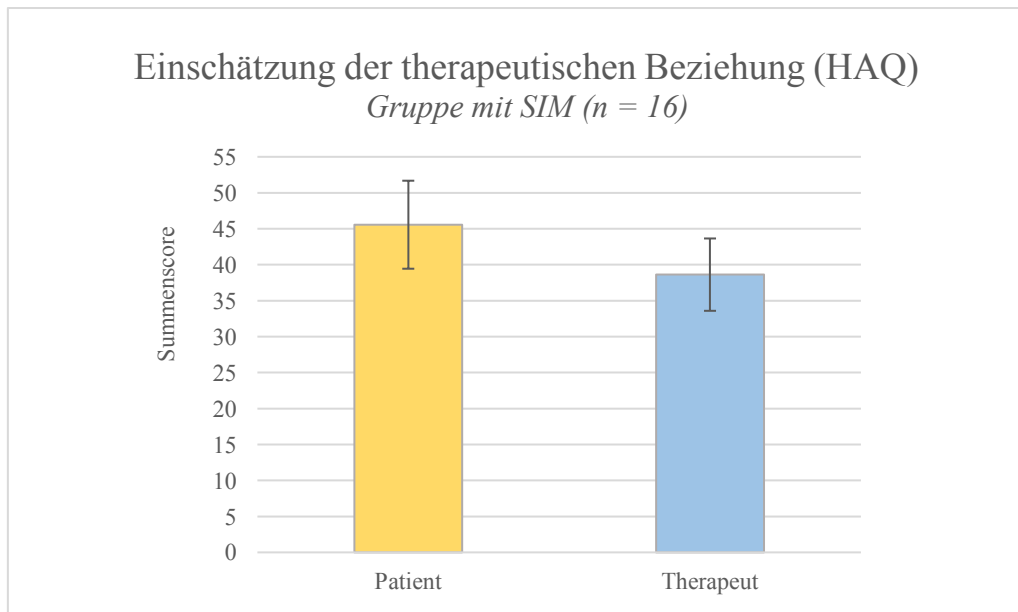


Abb. 20: Einschätzung der therapeutischen Beziehung (Patient $\leftrightarrow$ Therapeut)

Entsprechend signifikante Unterschiede konnten sowohl in der Subskala Beziehungszufriedenheit (HAQ-PT-b: $M = 27,69$, $SD = 1,89$; HAQ-T-b: $M = 23,44$, $SD = 2,39$; $p < 0,001$; Cohen's $d = 1,569$) als in der Subskala Erfolgszufriedenheit (HAQ-P-e: $M = 17,87$, $SD = 5,22$; HAQ-T-e: $M = 15,19$, $SD = 3,43$; $p = 0,034$; Cohen's $d = 0,508$) nachgewiesen werden, wobei signifikante Unterschiede in den Items 1, 2, 7, 8, 9, 10 und 11 sichtbar wurde (Tab. 8, s. Fragebögen im Anhang).

- Item 1:

„Ich glaube, dass mein Therapeut mir geholfen hat.“

„Ich habe den Eindruck, dass ich meinem Patienten helfen konnte.“

- Item 2:

„Ich glaube, dass mir die Behandlung geholfen hat.“

„Ich habe den Eindruck, dass die Behandlung meinem Patienten geholfen hat.“

- Item 7:

„Ich habe das Gefühl, dass mich mein Therapeut verstanden hat.“

„Ich habe den Eindruck, dass ich meinen Patienten verstanden habe.“

- Item 8:

„Ich habe das Gefühl, dass mein Therapeut wollte, dass ich meine Ziele erreiche.“

„Ich habe den Eindruck, dass ich mich dafür einsetzte, daß der Patient seine Ziele erreicht.“

- Item 9:

„Ich habe das Gefühl, dass ich wie auch mein Therapeut ernsthaft an einem Strang gezogen haben.“

„Ich habe den Eindruck, dass mein Patient mit mir gemeinsam ernsthaft an einem Strang gezogen hat.“

- Item 10:

„Ich glaube, dass ich und mein Therapeut meine Probleme ähnlich gesehen und beurteilt haben.“

„Ich habe den Eindruck, dass mein Patient seine Probleme ähnlich wie ich sah und beurteilte.“

- Item 11:

„Ich glaube, dass mir die Behandlung geholfen hat, mich besser zu verstehen und selbständig mit mir auseinandersetzen zu können.“

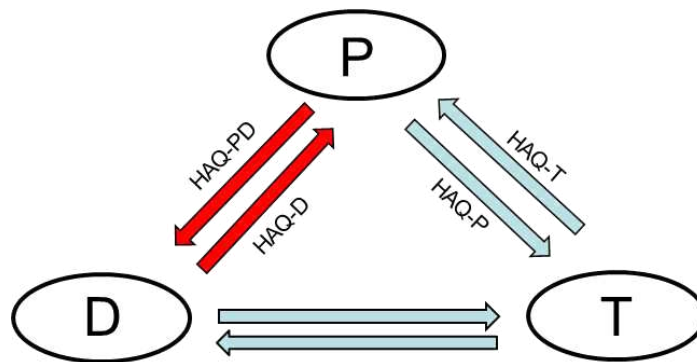
„Ich glaube, dass mein Patient sich jetzt selbst verstehen und sich selbständig mit seinen Problemen auseinander-setzen kann (d. h. auch dann, wenn er mit mir keine weiteren Gespräche mehr hat).“

Gruppe mit SIM (Patient beurteilt Therapeut; Therapeut beurteilt Patient)

Item	n 16	HAQ-P		HAQ-T		T-test
		M	SD	M	SD	p
1		4,75	0,45	3,62	0,62	***< 0,001
2		4,44	0,73	3,69	0,60	**0,002
3		3,37	1,89	3,81	0,83	0,395
4		2,88	1,67	2,50	1,03	0,348
5		3,19	1,68	2,87	0,96	0,312
6		4,81	0,40	4,94	0,25	0,333
7		4,44	0,73	3,81	0,65	*0,036
8		4,94	0,25	4,50	0,52	**0,004
9		4,44	0,73	3,81	0,83	*0,020
10		4,31	0,70	2,75	0,68	***< 0,001
11		3,98	0,73	2,31	0,95	***< 0,001

Tab. 8: Items der HAQ-Summenskala von Patient und Therapeut, * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

4.2.3.2 Beziehung Patient $\leftrightarrow$ Dolmetscher



Zwischen der Einschätzung von Patienten und Dolmetschern konnte kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden (HAQ-PD: $M = 44,35$, $SD = 7,20$; HAQ-D: $M = 44,43$, $SD = 5,68$; $p = 0,935$). Es wurden jedoch signifikante Unterschiede in der Subskala Beziehungszufriedenheit (HAQ-PD-b: $M = 26,79$, $SD = 2,69$; HAQ-D-b: $M = 24,57$, $SD = 3,43$; $p = 0,015$, Cohen's $d = 0,938$) und in der Subskala Erfolgszufriedenheit (HAQ-P-e: $M = 17,56$, $SD = 5,52$; HAQ-D-e: $M = 19,86$, $SD = 2,85$; $p = 0,048$; Cohen's $d = 0,579$) nachgewiesen. Dabei beurteilten Patienten die Beziehung signifikant besser als Dolmetscher; Dolmetscher hingegen den Erfolg signifikant besser als Patienten (Abb. 21).

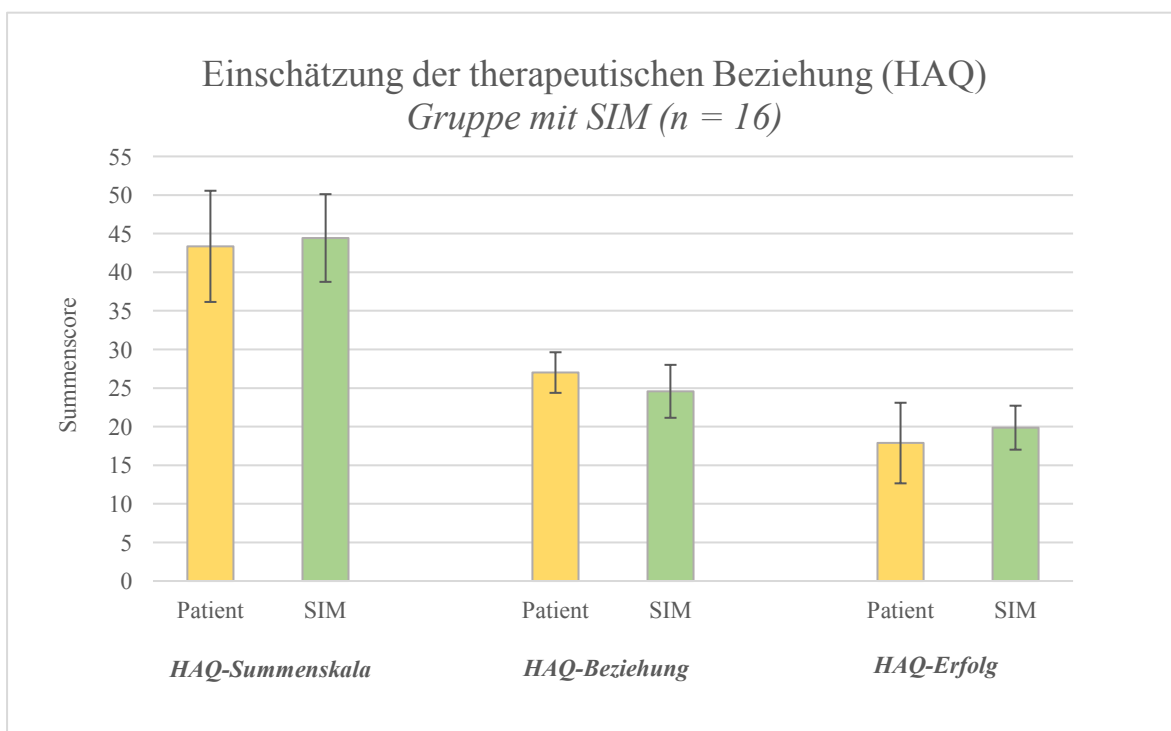
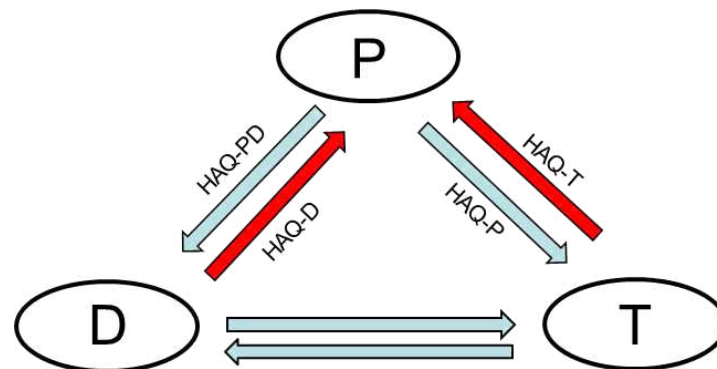


Abb. 21: Einschätzung der therapeutischen Beziehung (Patient $\leftrightarrow$ SIM)

4.2.3.3 Beziehung Therapeut/Dolmetscher → Patient



Therapeuten schätzen ihre Beziehung zu Patienten signifikant schlechter ein als Dolmetscher (HAQ-T: $M = 38,71$, $SD = 5,27$; HAQ-D: $M = 44,43$, $SD = 5,68$; $p < 0,001$; Cohen's $d = 1,593$). Dieser Unterschied spiegelte sich in der Subskala Erfolgszufriedenheit weder (HAQ-T-e: $M = 15,43$, $SD = 3,61$; HAQ-D-e: $M = 19,86$, $SD = 2,85$; $p < 0,001$; Cohen's $d = 1,569$), nicht aber in der Subskala Beziehungszufriedenheit (HAQ-T-b: $M = 23,28$, $SD = 2,33$; HAQ-D-b: $M = 24,57$, $SD = 3,43$; $p = 0,089$) (Abb. 22).

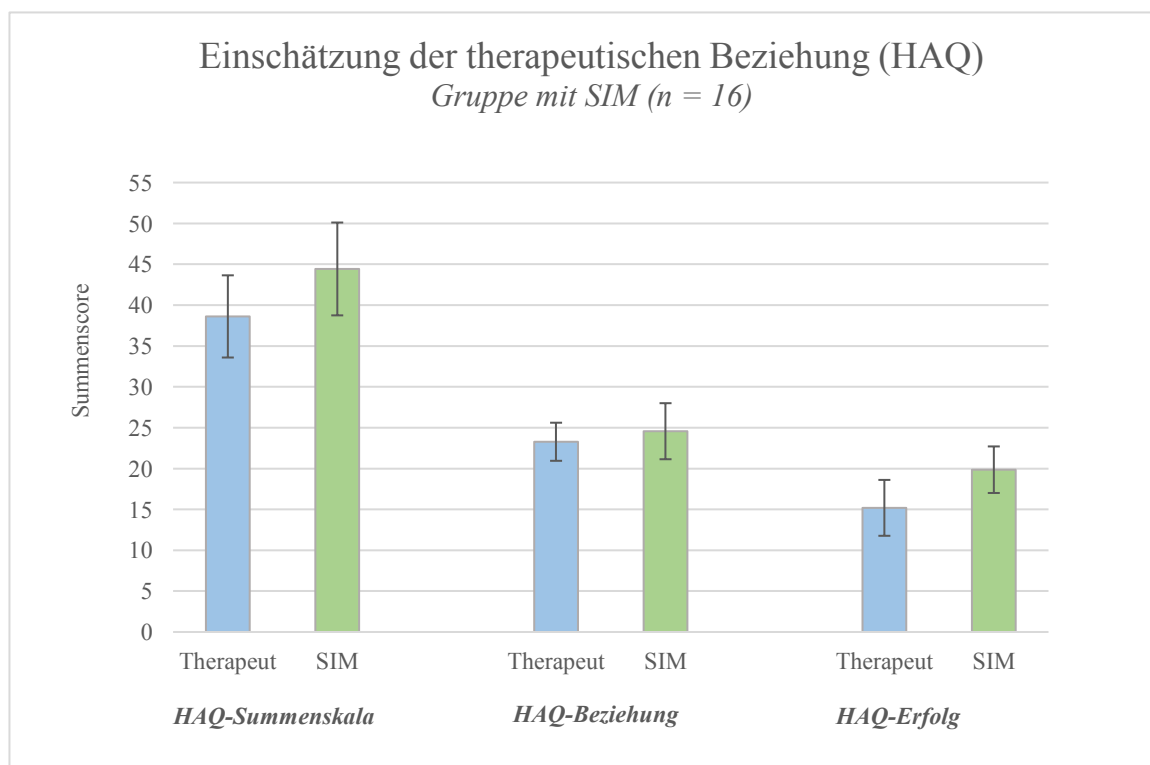


Abb. 22: Einschätzung der therapeutischen Beziehung (Therapeut/SIM ↔ Patient)

Signifikante Unterschiede zeigten sich in den Items 2, 4, 5, 6, 10 und 11 (Tab. 9).

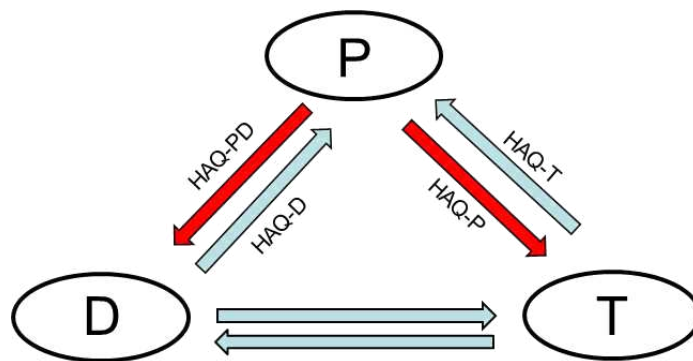
- Item 2: „Ich habe den Eindruck, dass die Behandlung meinem/ dem Patienten geholfen hat.“
- Item 4: „Ich habe das Gefühl, dass sich mein / der Patient seit kurzem besser fühlt.“
- Item 5: „Ich habe den Eindruck, dass mein/ der Patient vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer er zur Behandlung kam.“
- Item 6: „Ich habe den Eindruck, dass ich für meinen/ den Patienten verlässlich war.“
- Item 10: „Ich habe den Eindruck, dass mein/ der Patient seine Probleme ähnlich wie ich sah und beurteilte.“
- Item 11: „Ich glaube, dass mein/ der Patient sich jetzt selbst verstehen und sich selbstständig mit seinen Problemen auseinandersetzen kann (d. h. auch dann, wenn er mit mir keine weiteren Gespräche mehr hat).“

Gruppe mit SIM (Therapeut beurteilt Patient; SIM beurteilt Patient)

Item	n 14	HAQ-T		HAQ-D		T-test
		M	SD	M	SD	p
1		3,64	0,63	4,00	0,88	0,055
2		3,71	0,61	4,50	0,52	***< 0,001
3		3,93	0,83	4,00	0,88	0,720
4		2,57	1,01	3,71	0,61	**0,002
5		2,86	0,95	4,07	0,73	**0,001
6		4,93	0,27	4,29	0,73	**0,007
7		3,79	0,58	4,36	0,84	0,055
8		4,50	0,52	4,21	0,58	0,218
9		3,71	0,82	4,14	0,66	0,139
10		2,71	0,73	3,57	1,01	**0,008
11		2,36	1,00	3,57	1,16	**0,002

Tab. 9: Items der HAQ-Summenskala für Therapeuten und Dolmetscher, * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

4.2.3.4 Beziehung Patient → Therapeut/ Dolmetscher



Patienten beurteilten ihre Beziehung zum Therapeuten besser als die zum Dolmetscher, der Unterschied war jedoch nicht signifikant (HAQ-PT-b: $M = 27,69$, $SD = 1,89$; HAQ-PD-b $M = 27$, $SD = 2,63$; $p = 0,281$). Es wurde diesbezüglich die Subskala Beziehungszufriedenheit untersucht. Die Fragen zur Erfolgsszufriedenheit wurden von den Patienten nur einmal beantwortet, da diese nicht zwischen Therapeut und SIM unterscheiden. (Abb. 23).

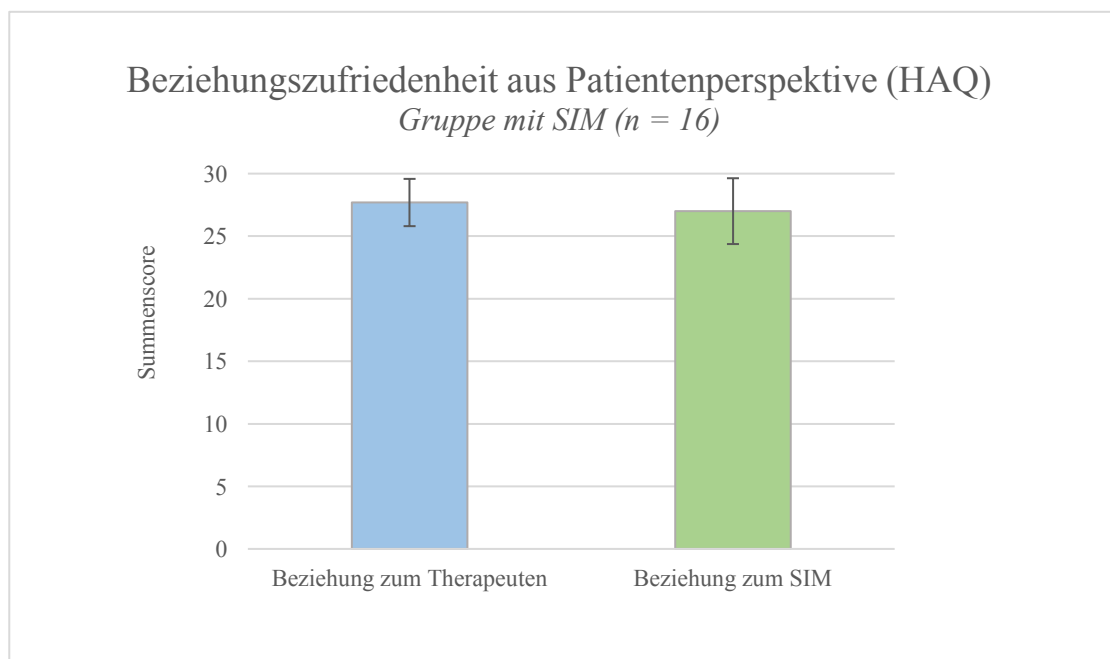


Abb. 23: Einschätzung der therapeutischen Beziehung (Patient ↔ SIM/Therapeut)

Signifikante Unterschiede fanden sich für die Items 6 und 8. (Tab. 10):

- Item 6: „Ich habe das Gefühl, dass ich mich auf meinen Therapeuten/ Dolmetscher verlassen konnte.“

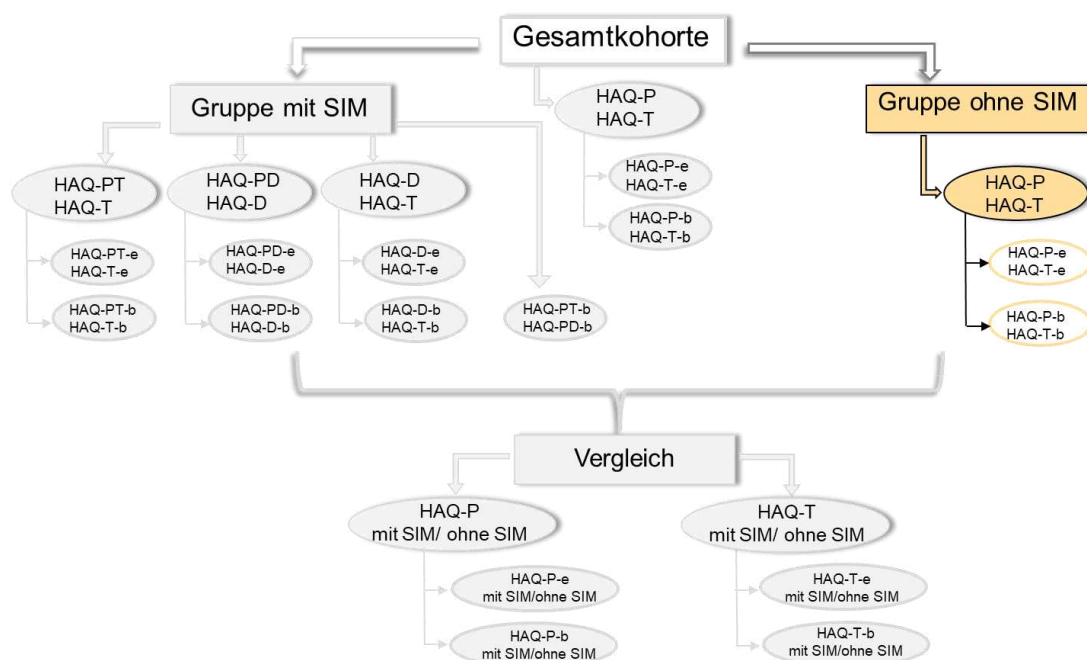
- Item 8: „Ich habe das Gefühl, dass mein Therapeut/ Dolmetscher wollte, dass ich meine Ziele erreiche.“

Gruppe mit SIM (Patient beurteilt Therapeut; Patient beurteilt SIM)

Item	n 16	HAQ-P		HAQ-PD		T-test p
		M	SD	M	SD	
1		4,75	0,45	4,88	0,34	0,333
6		4,81	0,40	4,50	0,63	**0,002
7		4,44	0,73	4,50	0,82	0,774
8		4,94	0,25	4,44	0,73	*0,015
9		4,44	0,73	4,56	0,63	0,432
10		4,31	0,70	4,13	0,80	0,423

Tab. 10: Items der Skala HAQ-Erfolgswilligkeit für Patienten, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

4.2.4 Therapeutische Beziehung in der Gruppe ohne SIM



In der Gruppe, die in Mutter- oder Drittsprache behandelt wurde, zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Einschätzung der therapeutischen Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten (HAQ-PT: $M = 44,21$, $SD = 4,83$; HAQ-T: $M = 48,35$, $SD = 3,42$; $p < 0,001$; Cohen's $d = 0,715$).

Dieser wurde sowohl in der Subskala Beziehungszufriedenheit (HAQ-PT-b: M 26,78, SD 2,45; HAQ-T-b: M = 28,31, SD = 1,58; $p = 0,021$; Cohen's $d = 0,398$) als auch in der Subskala Erfolgswufriedenheit (HAQ-P-e: M = 17,44, SD = 3,4; HAQ-T-e: M = 20,04, SD = 2,53; $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,781$) nachgewiesen (Abb. 24).

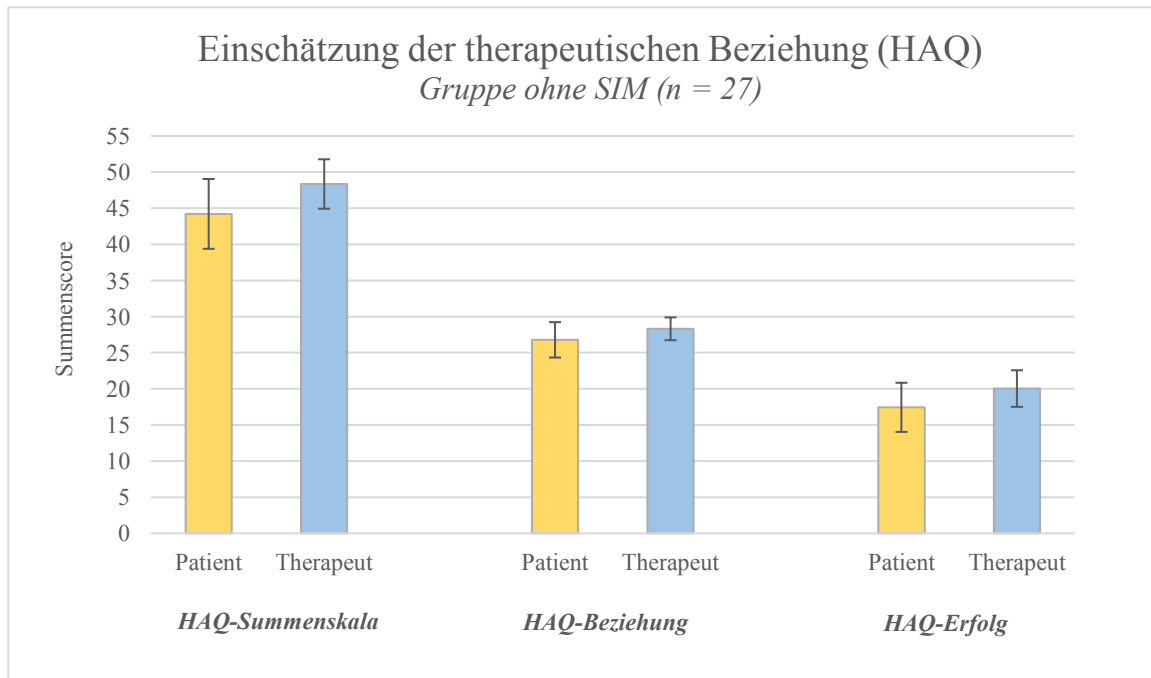


Abb. 24: Einschätzung der therapeutischen Beziehung (Patient ↔ Therapeut)

Fazit: Es besteht kein Unterschied in der Einschätzung der Qualität der therapeutischen Beziehung seitens der Patienten zwischen einer Therapie mit und ohne SIM. Die Ergebnisse der explorativen Fragestellungen werden im Kapitel 5.3 diskutiert.

4.3 Ergebnisse zum Behandlungserfolg

Behandlungserfolg mit SIM vs. ohne SIM (Hypothese 2): *Patienten, die mit SIM therapiert werden, weisen einen signifikanten Unterschied in der Veränderung der klinischen Symptomatik auf zu jenen, die in Mutter- oder Drittsprache behandelt werden (s. Kap 2.4).*

Auf die Gesamtgruppe bezogen zeigte sich eine Besserung aller erhobenen Symptombereiche (s. Tab. 11, Abb. 25 - 30).

<i>Fragebogen</i>	<i>Gruppe</i>	<i>n</i>	<i>M (t0)</i>	<i>SD</i>	<i>M (t1)</i>	<i>SD</i>
<i>ETI-PTSD</i>	gesamt	42	32,28	7,33	26,65	10,07
	mit SIM	16	33,58	7,67	28,81	10,88
	ohne SIM	26	31,47	7,14	25,32	9,53
<i>WHO-DAS</i>	gesamt	41	59,64	20,33	55,71	20,10
	mit SIM	16	59,14	25,55	53,53	23,89
	ohne SIM	25	59,94	17,04	57,02	17,85
<i>GAD-7</i>	gesamt	39	16,26	4,13	13,85	4,67
	mit SIM	16	16,81	2,81	14,06	5,08
	ohne SIM	23	15,87	4,87	13,70	4,48
<i>PHQ-9</i>	gesamt	40	17,12	4,21	14,04	15,21
	mit SIM	15	16,99	5,38	13,80	6,17
	ohne SIM	25	17,19	3,45	14,19	4,68
<i>PHQ-15</i>	gesamt	41	13,42	5,65	12,52	4,85
	mit SIM	16	15,03	5,20	13,45	6,20
	ohne SIM	25	12,40	5,79	11,93	3,77

Tab. 11: Symptomatik zum Zeitpunkt t0 und t1.

Eine signifikante Verbesserung wurde für die depressive Symptomatik (Δ PHQ-9: $M = 3,07$, $SD = 5,81$; $p = 0,002$; Cohen's $d = 0,528$), die Angstsymptomatik (Δ GAD-7: $M = 2,41$, $SD = 5,74$; $p = 0,013$; Cohens's $d = 0,420$) und die Traumasymptomatik (Δ ETI-PTSD: $M = 5,63$, $SD = 9,35$; $p < 0,001$; Cohen's $d = 0,602$) nachgewiesen. In der Gesamtuntersuchung der Symptomatik zeigte sich ebenfalls eine signifikante Verbesserung (Mittlere prozentuale Besserung: $M = 6,95$, $SD = 10,39$, $p < 0,001$; Cohen's $d = 0,669$). Nach Implementierung der Bonferroni-Korrektur ergibt sich ein adjustiertes Signifikanzniveau von $p < 0,004$. Danach sind die nachgewiesenen Unterschiede in Depressions- und Traumasymptomatik weiterhin signifikant. Die Reduktion der Angstsymptomatik erreicht nach der Korrektur das Signifikanzniveau nicht mehr.

Im Vergleich beider Gruppen zeigte sich in der Gruppe mit SIM eine stärkere Abnahme der depressiven Symptomatik, der Angstsymptomatik, der körperlichen Beschwerden und der Einschränkung im Alltag als in der Gruppe ohne SIM. Die Unterschiede waren nicht signifikant (Δ PHQ-15: ohne SIM: $M = 0,47$, $SD = 4,15$; mit SIM: $M = 1,58$, $SD = 6,05$; $p = 0,488$. Δ PHQ-9: ohne SIM: $M = 3,00$, $SD = 4,96$; mit SIM: $M = 3,19$, $SD = 7,19$; $p = 0,923$. Δ GAD-7: ohne SIM: $M = 2,17$, $SD = 6,15$; mit SIM: $M = 2,75$, $SD = 5,28$; $p = 0,763$. Δ WHO-DAS: ohne SIM: $M = 2,92$, $SD = 16,14$; mit SIM: $M = 5,62$, $SD = 9,96$; $p = 0 = 0,564$). Die

Traumasympptomatik zeigte in der Gruppe ohne SIM eine stärkere (nicht signifikante) Besserung als in der mit SIM (Δ ETI-PTSD: ohne SIM: $M = 6,16$, $SD = 7,17$; mit SIM: $M = 4,77$, $SD = 12,36$; $p = 0,646$). Entsprechend konnte in der globalen Symptombesserung kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden (Mittlere prozentuale Besserung: ohne SIM: $M = 7,53$, $SD = 9,79$; mit SIM: $M = 5,90$, $SD = 11,67$; $p = 0,405$) (Abb. 25 – 30; Tab. 12)⁸.

Fragebogen	Gruppe	n	M	SD	p
Δ ETI-PTSD	mit SIM	16	4,77	12,36	0,646
	ohne SIM	26	6,16	7,15	
Δ WHO-DAS	mit SIM	15	5,62	9,96	0,564
	ohne SIM	25	2,92	16,14	
Δ GAD-7	mit SIM	16	2,75	5,28	0,763
	ohne SIM	23	2,17	6,15	
Δ PHQ-9	mit SIM	15	3,19	7,19	0,923
	ohne SIM	25	3,00	4,96	
Δ PHQ-15	mit SIM	16	1,58	6,05	0,488
	ohne SIM	25	0,47	4,15	

Tab. 12: Differenz der Symptomatik (t0-t1) im Vergleich zwischen der Gruppe mit und ohne SIM.

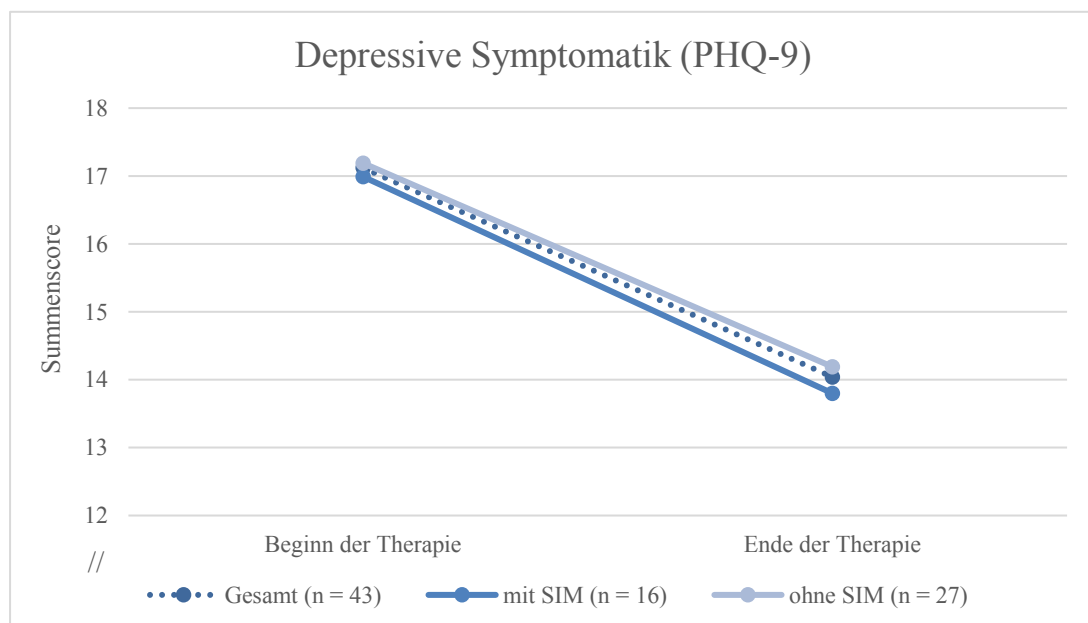


Abb. 25: Entwicklung der depressiven Symptomatik im Zeitraum t0-t1.

⁸ Aus Gründen der Lesbarkeit wird in den Abbildungen 25 – 30 nur der ergebnisrelevante Abschnitt der y-Achse dargestellt.

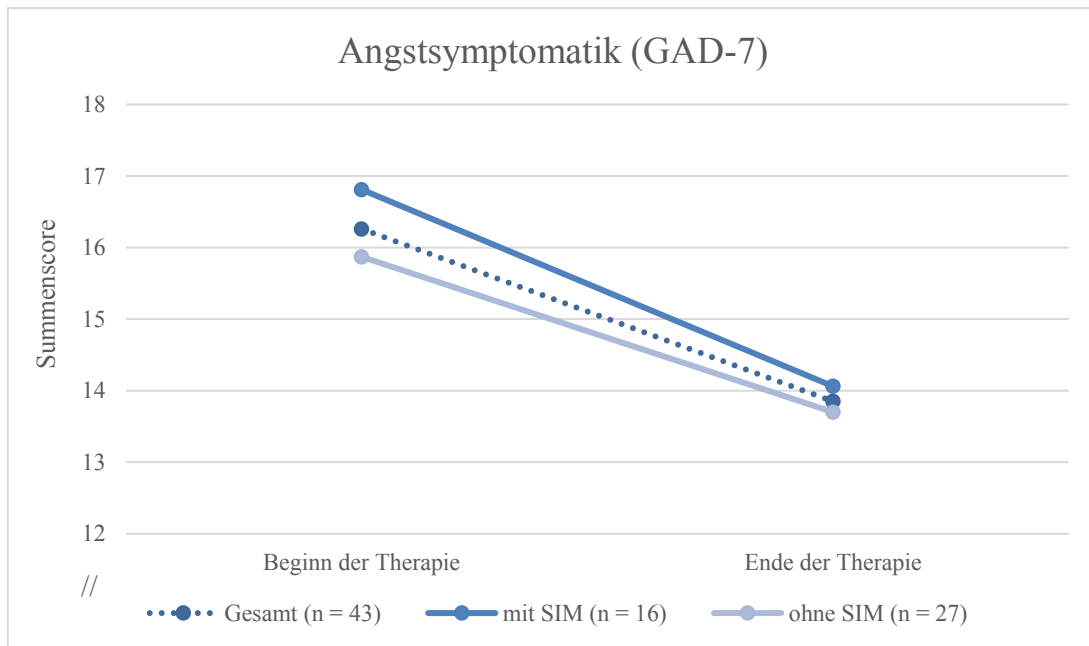


Abb. 26: Entwicklung der Angst-Symptomatik im Zeitraum t0-t1.

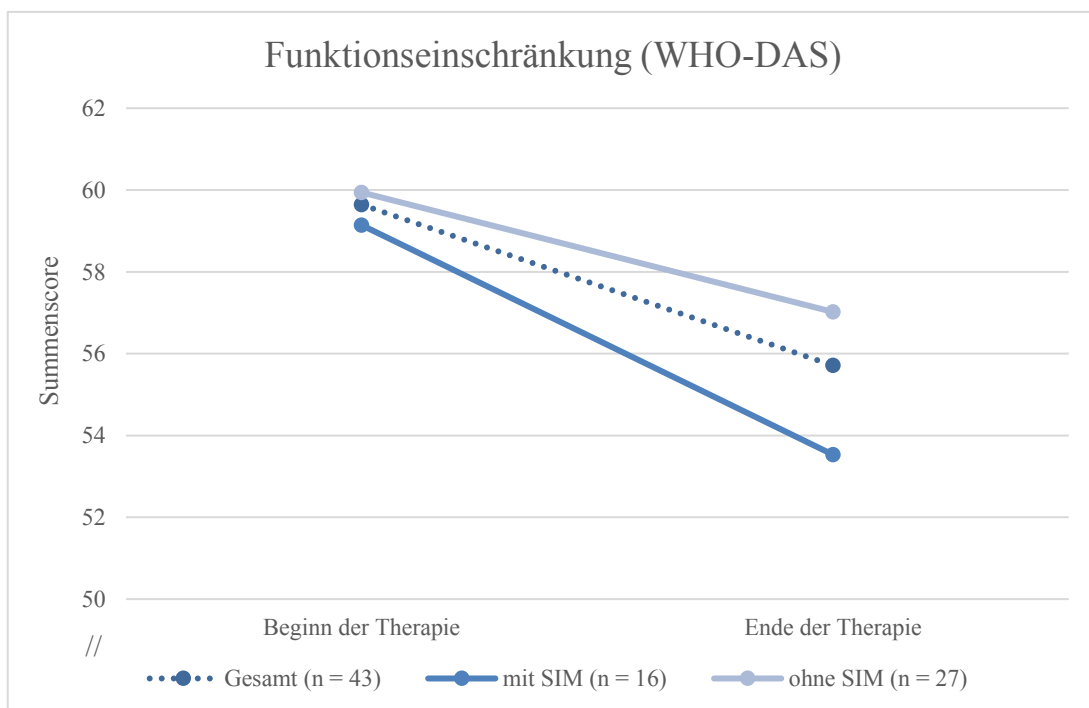


Abb. 27: Entwicklung der Funktionseinschränkung im Zeitraum t0-t1.

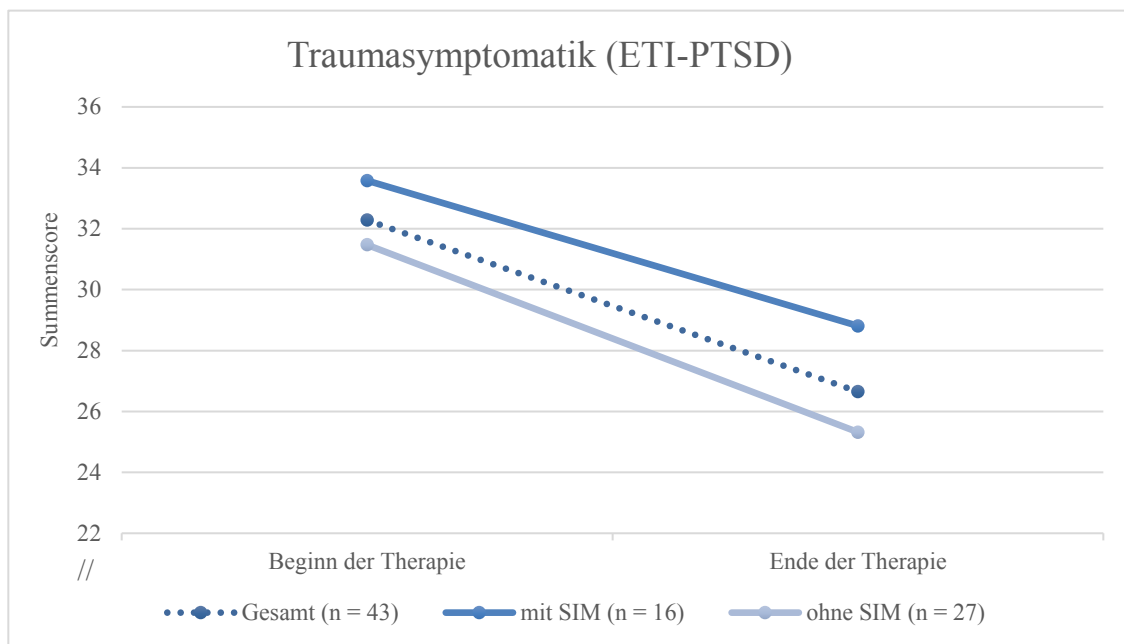


Abb. 28: Entwicklung der Traumasymptomatik im Zeitraum t0-t1.

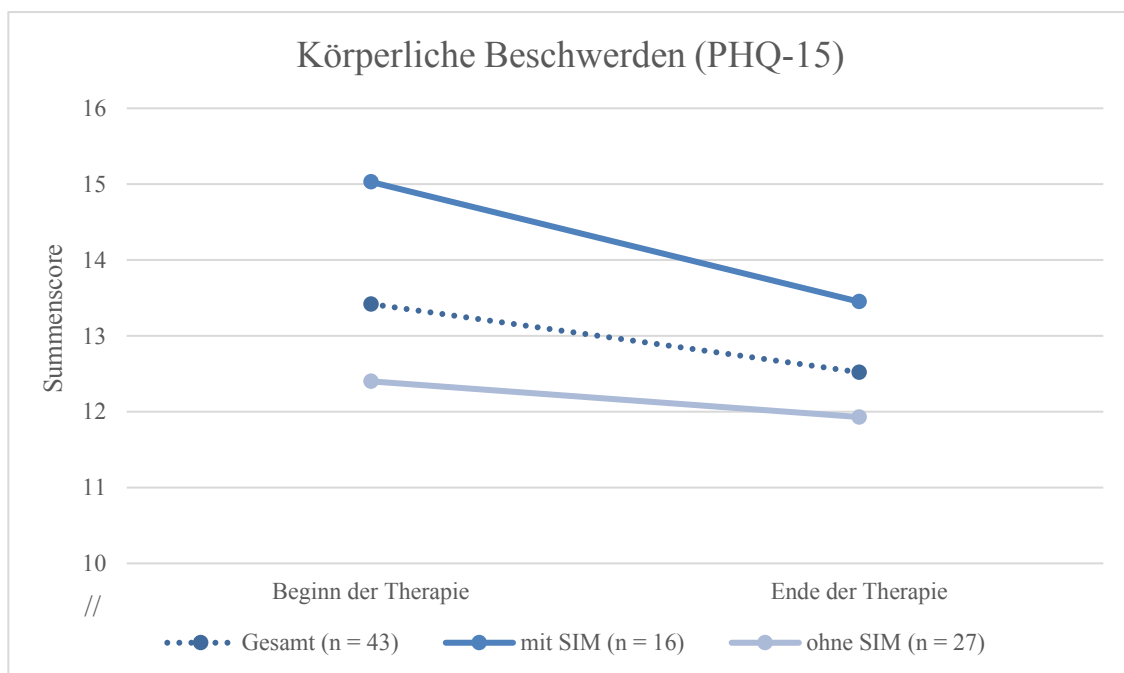


Abb. 29: Entwicklung der körperlichen Beschwerden im Zeitraum t0-t1.

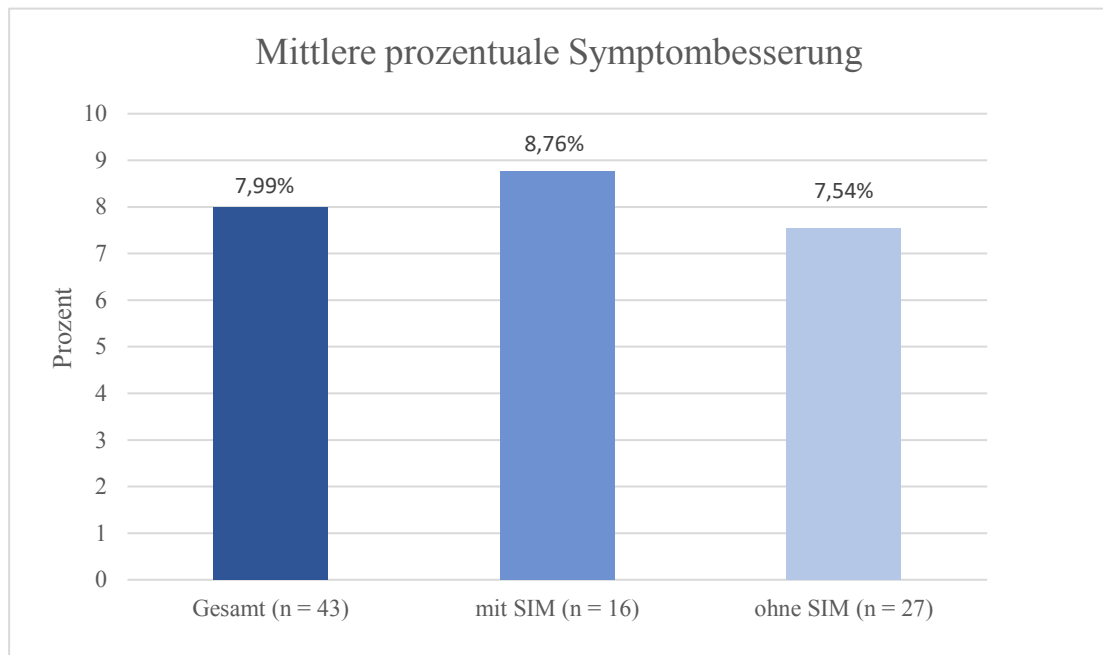


Abb. 30: Mittlere prozentuale Symptombesserung im Zeitraum t0-t1.

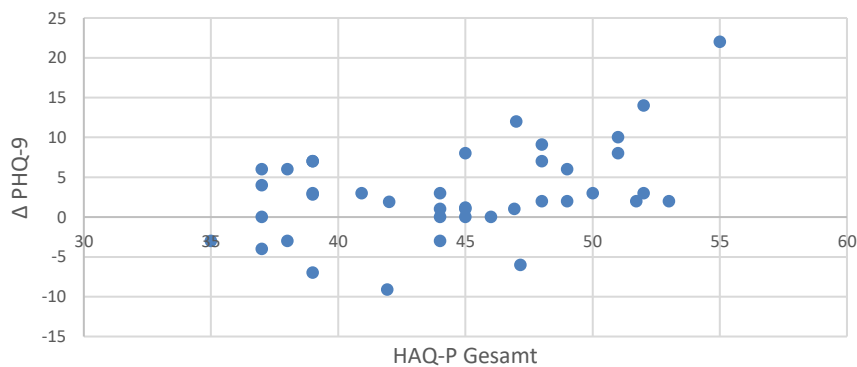
Fazit: Die Alternativhypothese kann nicht angenommen werden. Patienten, die mit SIM therapiert werden, weisen keinen signifikanten Unterschied in der Veränderung der klinischen Symptomatik auf zu jenen, die in Mutter- oder Drittsprache behandelt werden.

4.4 Korrelation von therapeutischer Beziehung und Behandlungserfolg

Korrelation von therapeutischer Beziehung und Behandlungserfolg (Hypothese 3): *Eine bessere Bewertung der therapeutischen Beziehung seitens der Patienten korreliert mit einem stärkeren Rückgang der klinischen Symptomatik im Therapieverlauf (s. Kap. 2.4).*

Eine positive Einschätzung der therapeutischen Beziehung seitens des Patienten korrelierte signifikant mit einer Verbesserung der Trauma-Symptomatik (ETI-PTSD/ HAQ-PT: $r = 0,414$; $p = 0,006$) und der depressiven Symptomatik (PHQ-9/ HAQ-PT: $r = 0,446$; $p = 0,004$). (Abb. 31, Tab. 13).

Korrelation von therapeutischer Beziehung (HAQ) und Depressivität (PHQ-9)



Korrelation von therapeutischer Beziehung (HAQ) und Traumasymptomatik (ETI)

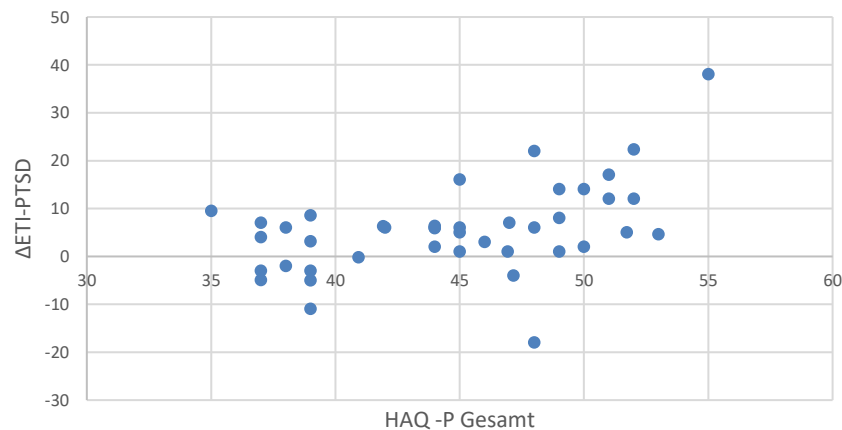


Abb. 31: Signifikante Korrelationen der therapeutischen Beziehung (HAQ-P) zu Depressivität (PHQ-9) und Traumasymptomatik (ETI-PTSD).

Nach Adjustierung mittels Bonferroni-Korrektur ergab sich ein Signifikanzniveau von $p < 0,008$ für beide Ergebnisse. Die Korrelationen zwischen therapeutischer Beziehung und allgemeiner Funktionalität (WHO-DAS/ HAQ-PT: $r = 0,265$; $p = 0,098$) sowie somatischer Symptome (PHQ-15/ HAQ-PT: $r = 0,263$; $p = 0,097$) erreichte das Signifikanzniveau von 5% nicht. Gleiches gilt für die mittlere prozentuale Symptomänderung (Mittlere prozentuale Besserung/ HAQ-PT: $r = 0,029$; $p = 0,059$), die mit einem p-Wert von 5,9% über dem angenommenen Signifikanzniveau von 5% lag. Es konnte keine signifikante Korrelation zwischen der Bewertung der therapeutischen Beziehung seitens der Therapeuten und der Änderung der Symptome nachgewiesen werden. Die Einschätzung der therapeutischen Beziehung durch den Dolmetscher korrelierte signifikant mit der depressiven Symptomatik (PHQ-9/

HAQ-D: $r = 0,592$; $p = 0,026$). Die Korrelation zwischen HAQ-T und der Traumasymptomatik verpasste knapp das Signifikanzniveau (ETI-PTSD/ HAQ-T: $r = 0,294$; $p = 0,059$) (Tab. 13).

Korrelation HAQ-P n = 43	n	r	p
Δ WHO-DAS	40	0,265	0,098
Δ PHQ-9	40	0,446	**0,004
Δ PHQ-15	41	0,263	0,097
Δ GAD-7	39	0,050	0,764
Δ ETI-PTSD	42	0,414	**0,006
Mittlere Besserung	43	0,290	0,059
Korrelation HAQ-T n = 43	n	r	p
Δ WHO-DAS	40	-0,089	0,586
Δ PHQ-9	40	0,251	0,119
Δ PHQ-15	41	-0,044	0,786
Δ GAD-7	39	0,170	0,301
Δ ETI-PTSD	42	0,294	0,059
Mittlere Besserung	43	0,206	0,185
Korrelation HAQ-D n = 16	n	r	p
Δ WHO-DAS	13	-0,370	0,905
Δ PHQ-9	14	0,592	*0,026
Δ PHQ-15	14	0,338	0,237
Δ GAD-7	14	0,348	0,223
Δ ETI-PTSD	14	0,444	0,111
Mittlere Besserung	14	0,403	0,153

Tab. 13: Korrelation der HAQ-Summenskala (therapeutische Beziehung) von Patienten, Therapeuten und Dolmetschern mit der Symptomatik, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Fazit: Eine bessere Bewertung der therapeutischen Beziehung seitens der Patienten korreliert mit einem stärkeren Rückgang der depressiven Symptomatik und der Trauma-Symptomatik im Therapieverlauf. Ergebnisse der explorativen Fragestellung werden im folgenden Kapitel diskutiert.

5. Diskussion

In der durchgeführten klinisch kontrollierten Studie wurde die Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung aus verschiedenen Perspektiven in der Behandlung (Patienten, Therapeuten und Dolmetscher) untersucht und in Relation zur Entwicklung der klinischen Symptomatik der rekrutierten Patienten gesetzt.

Aus der Analyse der Ergebnisse geht hervor, dass es bei der Beurteilung der therapeutischen Beziehung (Einschätzung der Patienten) in Abhängigkeit vom Dolmetschereinsatz (Hypothese 1) und der Beurteilung der Symptomverbesserung in Abhängigkeit vom Dolmetschereinsatz (Hypothese 2) keine signifikanten Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen gibt. Die Korrelation der therapeutischen Beziehung (Einschätzung der Patienten) mit der Symptombesserung (Hypothese 3) ergab eine signifikante Korrelation zwischen der Verbesserung der Traumasymptomatik und der therapeutischen Beziehung sowie der Verbesserung der depressiven Symptomatik und der therapeutischen Beziehung. Bei der Auswertung der explorativen Fragestellungen zeigten sich signifikante Ergebnisse, die die aufgestellten Hypothesen nicht bestätigen. An dieser Stelle erfolgt eine kritische Auseinandersetzung mit dem Arbeitsmodell der „dynamischen Triangulierung“ (Kap. 2.1 – 2.3) und die Herausarbeitung neuer Hypothesen für die zukünftige Forschung.

Zunächst werden die Einschränkungen der Studie analysiert. Diese werden anschließend in der Diskussion der Hypothesen und der explorativ erforschten Fragestellungen berücksichtigt. Schließlich werden die sich aus der durchgeführten Studie ergebenden Schlussfolgerungen für die weiterführende Forschung sowie die klinisch-praktische Tätigkeit diskutiert.

5.1 Einschränkungen

5.1.1 Population

Die mangelnde flächendeckende Versorgung von psychisch kranken Geflüchteten macht es schwer, große Kohorten zu rekrutieren, wie dies für eine evidenzbasierte medizinische Forschung wünschenswert ist. Dies wird auch in den anderen Studien zu der Thematik deutlich, in denen meist weniger als 100 Patienten eingeschlossen werden konnten (vgl. Boss-Prieto et al., 2010, Gartley & Due, 2017, Mirdal et al., 2012, Miller et al., 2005, Dubus, 2016, Daly

et al., 2019).⁹ Die hier untersuchte Fallzahl von $n = 69$ rekrutierten Patienten schränkt die Allgemeingültigkeit der Ergebnisse ein. Die Fallzahl kann sowohl das fehlende Erreichen des Signifikanzniveaus bedingen als auch zu einer unvollständigen Abbildung tatsächlicher Effektstärken führen. Es ist zu berücksichtigen, dass die untersuchte Population Träger distinktiver Merkmale ist, welche sie von der Allgemeinbevölkerung unterscheidet und eine Verallgemeinerung der Ergebnisse nicht zulässt. Wie aus dem AAS-R Fragebogen hervorgeht (Kap. 4,1, Tab. 4), weist die untersuchte Population im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung extrem niedrige Werte in der Skala „Vertrauen“ und extrem hohe Werte in der Skala „Angst“ auf, was für eine erhöhte Prävalenz von Angst und Misstrauen spricht, plausibel auch als Ausdruck eines „ängstlich-vermeidenden“ Bindungsstils (s. Kap. 4.1). Dies zur Biografie, Fluchtgeschichte und den diagnostizierten Traumafolgestörungen der Patienten passende Ergebnis bedingt, dass sowohl der Aufbau als auch die retrospektive Einschätzung der therapeutischen Beziehung für diese Population eine besondere Herausforderung darstellt. Fraglich bleibt, inwiefern den Patienten die Schwierigkeit, in Beziehung zu treten, bewusst ist und ob diese zu einer Überschätzung der Qualität der Beziehung zum Therapeuten führt. Eine solche Überschätzung könnte sowohl durch soziale Erwartungen bedingt sein (Hanft-Robert et al, 2023), als auch durch den Mangel an sicheren Bindungsstrukturen außerhalb des klinischen Settings.

Für die dolmetschergestützte psychotherapeutische Arbeit gilt es, die soziokulturelle, sprachliche und religiöse Diversität der Patienten zu berücksichtigen. Diese prägt entscheidend das jeweilige Konzept von Gesund- bzw. Krankheit (insbesondere psychischer Erkrankungen) und die damit verbundenen Erwartungen an eine Behandlung bzw. an die Person des Therapeuten. Eine Untersuchung mit größeren Fallzahlen einer homogenen Patientengruppe könnte den Einfluss kulturspezifischer Aspekte auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung untersuchen.

5.1.2 Setting

Die Studie wurde als kontrollierte prospektive Studie im klinischen Setting einer Transkulturellen Ambulanz durchgeführt. Dieses Setting ermöglichte einen naturalistischen Einblick

⁹ Größere Fallzahlen zu verwandten Themen finden sich in der Studie von Villalobos et al. mit 458 Patienten (Villalobos et al., 2016), Sander et al. mit 825 Probanden (Sander et al., 2019), der Studie von Brune et al. mit 190 Probanden (Brune et al., 2011) und der Studie von d’Ardenne et al. mit 239 Probanden (d’Ardenne et al., 2007).

in die Lebensrealität der Patienten und eine diachronische Verlaufsbeobachtung der Symptomatik. Auch wurde hierdurch eine individuelle Anpassung der Therapie an die Entwicklung der jeweiligen Bedürfnisse und Lebensumstände der Patienten möglich, so wie es eine personenzentrierte Versorgungsmedizin fordert.

Gleichzeitig stellt gerade dieses Setting eine Herausforderung für das wissenschaftliche Arbeiten dar. Die Mehrheit der Patienten wies während der Therapie keinen sicheren Aufenthaltsstatus auf, was zu Abschiebungen und Umzügen führte. Äußere Stressoren wie das Wohnen in Gemeinschaftsunterkünften, eine bevorstehende Änderung des Aufenthaltstitels oder drohende Abschiebungen stellten Belastungsfaktoren dar, die oftmals Kriseninterventionen erforderlich machten und einem kontinuierlichen, standardisierten Therapieprozess entgegenstanden. Weiterhin kam es in einigen Fällen zu Schwangerschaften oder der Verschlechterung somatischer Grunderkrankungen, die einen Therapieabbruch bedingten. Der Wohnort der Patienten befand sich teils über eine Stunde Fahrtzeit vom Krankenhaus entfernt, wobei die geringen Sprach- und Ortskenntnisse, sowie die mangelnde soziale Unterstützung das Erreichen der Ambulanz zusätzlich erschwerten. Diese Faktoren führten häufig zu verspätetem Erscheinen oder Verpassen der Termine.

Aus der Berücksichtigung dieser Faktoren entstand die Notwendigkeit der Erstellung eines individualisierten Therapieplans, der den Lebensumständen der Patienten gerecht würde. Gleichzeitig galt es, die festgelegten Drop-out Kriterien und den wissenschaftlichen Anspruch auf Standardisierung zu wahren. Diese Aspekte machen die vergleichsweise hohe Drop-out Quote von 37,7% nachvollziehbar. Die Drop-out Quoten im psychotherapeutischen Setting weisen eine hohe Variabilität auf und liegen je nach Studie zwischen 8,95% (Kullgard, 2022) und 47% (Wierzbicki, 1993). Die Metaanalyse von Swift & Greenberg (2012) berechnet aus 669 Studien mit insgesamt 83834 Patienten eine durchschnittliche Drop-out Quote in psychotherapeutischen Studien von 19,7% (Swift & Greenberg, 2012). Bei Patienten mit PTBS liegt sie zwischen 16% (Lewis et al., 2020) und 20,9% (Varker et al., 2021, Scott-Bell et al., 2023). Auch bei geflüchteten Patienten werden ähnliche Drop-out Quoten beschrieben (19% in der Studie von Semmlinger et al., 2021). Allerdings hängt die Drop-out Quote entscheidend von den zur Operationalisierung angenommenen Kriterien ab (Kullgard, 2022). Dies wurde auch bei der Datenauswertung zu dieser Studie deutlich. Das Ausscheiden der Patienten aus der Studie war zum Großteil keinem klinischen Therapieabbruch geschuldet, sondern dem Versäumen von Terminen, wodurch der von der Studie vorgesehene Therapiezeitraum von 9 Monaten nicht mehr eingehalten werden konnte.

5.1.3 Studiendesign

Bezüglich des Studiendesigns sind folgende Einschränkungen zu berücksichtigen.

1. *Fehlende Randomisierung*: Die Patienten wurden im Rahmen der Studie „Multimodale ambulante Versorgung von psychisch kranken geflüchteten Menschen“ randomisiert und einem der beiden Behandlungspfade zugeordnet (s. Kap. 3.1 und 3.2 Abb. 11). Eine Randomisierung in Bezug auf den SIM-Einsatz fand jedoch nicht statt. Die begrenzte Anzahl involvierter Therapeuten und Dolmetscher ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.
2. *Multiple Testen*: Sowohl in den Haupthypothesen als auch in den explorativen Fragestellungen wurde dieselbe Stichprobe mehrfach getestet (s. Kap. 3.4). Dies brachte das Risiko einer Alphafehler-Kumulierung (Fehler 1. Art) mit sich. Um dies zu berücksichtigen, wurde die Bonferroni-Korrektur für die Haupthypothesen implementiert. Explorative Fragestellungen wurden nicht Bonferroni-korrigiert (s. Kap. 3.4). Eine Anpassung des Signifikanzniveaus war notwendig, um zu vermeiden, dass zufällige Effekte in der verhältnismäßig kleinen Stichprobe überschätzt werden. Durch die Bonferroni-Korrektur kann das Risiko einer fälschlichen Annahme der Alternativhypothese vermindert werden, gleichzeitig steigt das Risiko eines Fehler 2. Art. Dieser Effekt kann gerade bei kleinen Stichproben auftreten, bei denen nur große statistische Effekte signifikant werden. Aus diesem Grund wurde für die explorativen Fragestellungen, deren primäres Ziel das Herausfinden neuer Zusammenhänge ist, keine Korrekturmethode angewandt. Das Problem der multiplen Testung hätte teilweise durch den Einsatz einer ANOVA Varianzanalyse mit Messwiederholungen oder MANOVA umgangen werden können. Allerdings wäre hierfür eine höhere Fallzahl notwendig gewesen, um statistisch signifikante Ergebnisse zu erreichen.¹⁰
3. *Einsatz standardisierter Fragebögen*: Für die statistische Auswertung der Daten zu gewährleisten, wurden standardisierte psychometrische Fragebögen eingesetzt. Neben dem Vorteil quantifizierbarer und reproduzierbarer Ergebnisse, birgt diese Methode jedoch auch Einschränkungen. Da nicht alle Fragebögen in der Muttersprache der Patienten verfügbar waren, wurden diese - aus Gründen der Standardisierung - in der deutschen Fassung verwendet. Dies machte die Unterstützung durch Sprachmittler, Therapeuten oder

¹⁰ Im Beispiel der Hypothese 2 (s. Kap. 3.4.3) wäre für eine ANOVA mit Messwiederholungen (within-between interaction) zum Nachweis eines mittelstarken Effekts eine Fallzahl von $n = 90$ notwendig gewesen, für eine MANOVA (within-between interaction) sogar eine Fallzahl von $n = 890$ (mit dem Programm G*power der Universität Düsseldorf berechnet) (Faul et al., 2009).

andere Mitarbeiter erforderlich (vgl. Boss-Prieto, 2010). Hierbei kam es unvermeidbar zu Schwierigkeiten in der Übersetzung einiger Begriffe und idiomatischer Redewendungen („an einem Strang ziehen“, „jemanden an sich heranlassen“, s. Fragebogen im Anhang). Außerdem wurde deutlich, dass einzelne Fragen aus kulturellen Gründen nicht beantwortet wurden (z.B. Fragen zur Sexualität oder zu Beschwerden im Genitalbereich).

4. *Beziehung Dolmetscher – Therapeut:* Die Wahl des Helping Alliance Questionnaire als Instrument zur Erfassung der therapeutischen Beziehung ist gut begründbar (s. Kap. 3.3.6). Der HAQ ist aber nicht dafür geeignet, die Beziehung zwischen Dolmetscher und Therapeut zu beschreiben. Diese ist zwar eine zwischenmenschliche Beziehung, nicht aber eine „therapeutische“ im Sinne der Helping Alliance. In der Betrachtung der Triade Patient-Therapeut-Dolmetscher entsteht somit ein „blinder Fleck“, der durch die eingesetzten Instrumente nicht erfasst wird (Abb. 32).

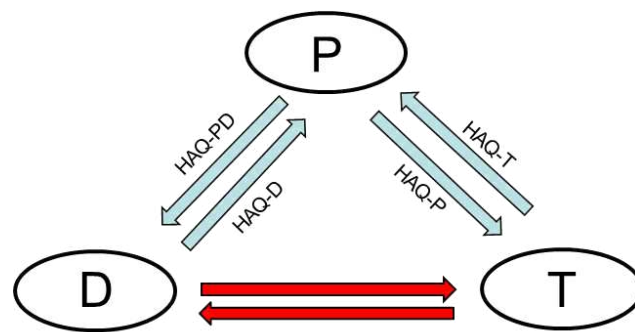


Abb. 32: Darstellung des „blinden Flecks“ der HAQ-Auswertung.

5. *Die Wahl der Messzeitpunkte:* Aus Gründen der Praktikabilität wurden zwei Messzeitpunkte (t0: Anfang der Therapie; t1: Ende der Therapie) festgelegt (s. Kap. 3.2). Diese Methode ermöglicht zwar die Beurteilung des diachronischen Verlaufs, ist jedoch nicht in der Lage, eine kontinuierliche Entwicklung des Therapieverlaufes abzubilden. Hierfür wären zusätzliche Messzeitpunkte notwendig gewesen. Das Ausfüllen von Stundenbögen hätte beispielsweise ermöglicht, den Verlauf von Symptomatik und/oder therapeutischer Beziehung genauer darzustellen und Rückschlüsse auf mögliche Stressoren und externe Einflussfaktoren zu ziehen. Bei der von uns untersuchten Population gilt es als begrenzende Faktoren zu berücksichtigen, wie zeitaufwändig die Bearbeitung von Fragebögen aufgrund der Sprachbarriere ist und welche therapeutisch nicht akzeptablen Abzüge dies für die Therapiezeit bedeutet hätte.

5.2 Interpretation der Ergebnisse

5.2.1 Psychotherapie mit SIM vs. ohne SIM

Die Ergebnisse bestätigen, dass die ambulante psychotherapeutische Behandlung bei Geflüchteten mit Traumafolgestörungen die Symptome der Patienten positiv beeinflusst. In Übereinstimmung mit früheren Studien (Brune et al., 2011; d'Ardenne et al., 2007) konnte für die hier untersuchte Kohorte ein signifikanter Rückgang der Symptomatik festgestellt werden ($p < 0,001$; $d = 0,669$), was sich insbesondere in Trauma-, Depressions- und Angstsymptomatik zeigte (s. Kap. 4.3). Ebenso bestätigte sich ein Zusammenhang zwischen einer erfolgreichen Therapie (gemessen an der Abnahme der Ursprungssymptomatik) und einer stabilen therapeutischen Beziehung (s. Kap. 4.4). Hierbei zeigte sich eine positive Korrelation zwischen der Besserung aller erhobenen Symptombereiche und der positiven Einschätzung der therapeutischen Beziehung. Signifikante, mittelstarke Korrelationen konnten für Traumasymptomatik und Depressivität nachgewiesen werden, schwache, nichtsignifikante Korrelationen für somatische Symptome und allgemeine Funktionalität (s. Kap. 4.4, Abb. 28, Tab. 13).

Dem Arbeitsmodell der „dynamischen Triangulierung“ zufolge trägt der Einsatz eines SIM zu einer stabilen therapeutischen Beziehung bei, was sich positiv auf das Therapieoutcome auswirkt (s. Kap. 2.3 und 2.4). Entgegen dieser Annahme konnte kein signifikanter Unterschied in der Einschätzung der therapeutischen Beziehung durch die Patienten zwischen der jeweils mit und ohne SIM behandelten Gruppe festgestellt werden (s. Kap. 4.2.1). Es zeichnete sich aber ein Trend ab, der die angenommenen Hypothesen des o.g. Arbeitsmodells stützt. So beurteilten die Patienten in der Gruppe mit SIM ihre Beziehung zum Therapeuten besser als in der ohne SIM (n.s.) (s. Kap. 4.2.1). Ebenso verzeichnete diese Patientengruppe einen stärkeren Rückgang der Symptomatik in allen Bereichen (mittlere Symptombesserung, Trauma, Angst, allgemeine Funktionalität und somatische Beschwerden) mit Ausnahme der Depressivität (n.s.) (s. Kap. 4.3)¹¹.

Das nicht erreichte Signifikanzniveau kann entweder durch eine zu geringe Fallzahl erklärt werden, die das Vorliegen eines tatsächlichen Effekts maskiert, oder dafür sprechen,

¹¹ Zu vergleichbaren Ergebnissen kommt d'Ardenne: “the refugee group *with* an interpreter had a higher proportion of patients who had improved than the group of refugees without, suggesting that the use of interpreters is no barrier to therapeutic outcome” (d'Ardenne, 2007).

dass kein Unterschied vorliegt (vgl. Dueweke et al., 2016). Auch denkbar ist eine methodische Schwäche in Bezug auf die eingesetzten Fragebögen: Möglicherweise ist der HAQ-Fragebogen – trotz seiner guten Sensitivität – nicht in der Lage, subtile Differenzen in der therapeutischen Beziehung, die auf den SIM zurückzuführen sind, zu erfassen.

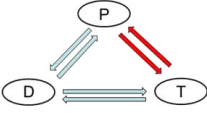
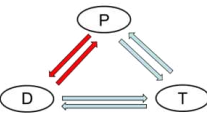
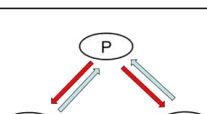
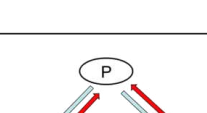
Aus der Analyse dieser Ergebnisse konnte einerseits kein positiver Einfluss der Dolmetscher auf die therapeutische Beziehung bewiesen werden. Andererseits fand sich keinerlei Anhalt für einen negativen Einfluss von Dolmetschern auf den Therapieverlauf. Ergebnisbasiert ist es plausibel, dass Dolmetscher eine effiziente Therapieunterstützung darstellt, die von den Patienten gut angenommen wird (s.u.).

5.2.2 Explorativ untersuchte Zusammenhänge

Die explorativen Fragestellungen dienten dazu, eine möglichst präzise Beschreibung der wechselseitigen Beziehungsstrukturen zu erlangen, die sich im Laufe der Therapie in der Triade etablieren. Da diesbezüglich kaum Ergebnisse quantitativer Studien vorliegen (s. Kap. 1.5), wurden keine Hypothesen *a priori* formuliert. Im Folgenden werden - basierend auf den Ergebnissen dieser Studie – neue Hypothesen entwickelt.

In der Studie wurde eine signifikante Diskrepanz in der Einschätzung der therapeutischen Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten sichtbar (s. Kap. 4.2.). Während die Patienten keinen signifikanten Nachteil in der therapeutischen Beziehung in Abhängigkeit vom Dolmetschereinsatz aufzeichneten (bzw. sie diese in der Gruppe mit SIM sogar etwas besser einschätzten), so beurteilten die Therapeuten ihre Beziehung zu den Patienten signifikant schlechter, wenn mit Dolmetscher gearbeitet wurde. Dies zeigte sich sowohl im HAQ-Summenscore als auch in den Subskalen Beziehungs- und Erfolgszufriedenheit (s. Kap. 4.2). Im direkten Vergleich der Einschätzungen von Therapeuten und Patienten wurde dementsprechend nachgewiesen, dass die Therapeuten in der Gruppe ohne SIM die therapeutische Beziehung signifikant besser als die Patienten beurteilten, in der Gruppe mit SIM hingegen signifikant schlechter als jene. Auch diese Unterschiede waren sowohl in der Summenskala als in den Subskalen signifikant (s. Kap. 4.2.1).

Die Dolmetscher lagen in ihrer Einschätzung der therapeutischen Beziehung (HAQ-Gesamtskala) den Patienten näher als den Therapeuten: Sie beurteilten diese (ebenso wie die Patienten) signifikant besser als die Therapeuten (s. Kap. 4.2.3.3). Zwischen Dolmetscher und Patienten konnte hingegen kein signifikanter Unterschied gefunden werden. Es fällt dabei auf, dass SIM den Therapieerfolg (Subskala Erfolgszufriedenheit) signifikant besser beurteilten als Patienten und Therapeuten, die Beziehungszufriedenheit hingegen von Patienten signifikant besser beurteilt wurde als von Dolmetschern und Therapeuten (Kap. 4.3.2.3). Eine Übersicht über die Ergebnisse des HAQ-Fragebogens liefert Tab. 14.

HAQ <i>Gruppe mit SIM</i>	Beziehung	HAQ <i>Gesamtskala</i>	HAQ <i>Erfolgszufriedenheit</i>	HAQ <i>Beziehungszufriedenheit</i>
	Patient → Therapeut	P > T	P > T	P > T
	Patient → Dolmetscher	n.s.	D > P	P > D
	Patient → Therapeut/ Dolmetscher			n.s.
	Therapeut/ Dolmetscher → Patient	D > T	D > T	n.s.

Tab. 14: Übersicht der Ergebnisse des HAQ-Fragebogens

Bezüglich der symptomatischen Entwicklung wies die Einschätzung der therapeutischen Beziehung durch die Therapeuten keine signifikante Korrelation mit der Änderung der erhobenen Symptombereiche auf (s. Kap 4.4). In den Bereichen „somatische Beschwerden“ und „allgemeine Funktionalität“ zeigten sich (sehr schwache) negative Korrelationen. Die Einschätzung der Dolmetscher korrelierte hingegen (wie die der Patienten) signifikant mit der Verbesserung der depressiven Symptomatik, im Unterschied zur Einschätzung der Patienten zeigte sich jedoch keine signifikante Korrelation mit der Verbesserung der Traumasymptomatik (s. Kap. 4.4).

Es stellt sich die Frage, wie diese diskordanten Einschätzungen zu interpretieren sind und inwiefern sie durch das Modell der „dynamischen Triangulierung“ (Kap. 2.1 - 2.3) erklärt werden können. In der Einschätzung der therapeutischen Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten (Gruppe mit SIM) zeigten sich hochsignifikante Unterschiede, die mittelgroße bis große Effektstärken aufweisen (s. Kap. 4.2.3.1). Es gibt keine etablierten und publizierten Referenzwerte zu diesem Phänomen. Um sicher auszuschließen, dass es sich um eine Überschätzung des tatsächlichen Effektes handelt, müsste die Untersuchung mit einer größeren Stichprobe wiederholt werden. Vergleichbare Ergebnisse fanden sich in der Studie von Boss-Prieto et al. (2010) erzielt wurden („Client and therapist have conversely different views. [...] Therapists always evaluated the alliance lower than the client and the interpreter. The interpreter’s alliance was always closer to the client’s evaluation than to the therapist’s one.“, Boss-Prieto et al., 2010).

5.2.2.1 Einschätzung der Therapeuten

Obwohl viele Patienten eine zufriedenstellende Beziehung mit ihrem Therapeuten in der dolmetschergestützten Therapie aufbauen, sind die Therapeuten in diesem Setting oftmals „unzufrieden“. Diese Differenzen in der Einschätzung der therapeutischen Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten in der psychotherapeutischen Arbeit mit Dolmetscher, wie sie aus dieser Arbeit hervorgehen (s. Kap. 4.2.3), werden auch in anderen, insbesondere qualitativen Arbeiten beschrieben (Hassan & Blackwood, 2021; Villalobos et al., 2016; Mirdal et al., 2012; Boss-Prieto et al., 2010; Tribe & Thompson, 2009b; Hersoug et al., 2002; Kline et al., 1980). Wie mehrere Autoren vermuten, könnte dieses Ergebnis eine grundlegende Unsicherheit der Therapeuten in der Zusammenarbeit mit Dolmetschern widerspiegeln (Tribe & Thompson, 2009b), was zu folgenden Hypothesen für zukünftige Studien führt:

1. Therapeuten empfinden die Arbeit mit SIM als eine besondere Herausforderung, weil sie eine Anpassung der eigenen Arbeitsweise erfordert, auf die sie sich nur unzureichend vorbereitet fühlen.

Die Anwesenheit einer dritten Person im Raum und die Sprachbarriere erfordern zwangsläufig eine Anpassung der therapeutischen Arbeitsweise (s. Kap. 1.5). Dies führt – insbesondere bei weniger erfahrenen Therapeuten – zu einer Verunsicherung in der eigenen Arbeitsweise. Auf der sprachlichen Ebene fühlen sich Therapeuten dazu veranlasst, ihre übliche Ausdrucksweise anzupassen. So versuchen sie, bei ihren Interventionen kurze und einfach

strukturierte Sätze zu verwenden, um zu verhindern, dass Informationen im Übersetzungsprozess verloren gehen. Komplizierte Nebensätze, Fachjargon und typische Redewendungen werden vermieden (Kießl et al., 2017, Dueweke et al., 2016; Villalobos et al., 2016; Raval, 2003). Auch werden vermehrt geschlossene Fragen anstatt offener gestellt (O'Hara & Akinslure-Smith, 2011; Raval, 2003). Dies führt zu einer sprachlichen „Hypervigilanz“ der Therapeuten in Hinblick auf den eigenen Kommunikations- und Artikulationsstil (O'Hara & Akinslure-Smith, 2011). Dieser Anpassungsprozess wird von Therapeuten als mühsam und hinderlich für den direkten Beziehungsaufbau erlebt (Raval, 2003).

Auch ist die Ausdrucksweise der Patienten von kulturellen Faktoren geprägt, die für Therapeuten nicht immer unmittelbar verständlich sind (Hanft-Robert et al., 2023). Das direkte Ansprechen eines Anliegens oder das Äußern der eigenen Meinung einer Autorität gegenüber ist in vielen Kulturen nicht üblich. Infolgedessen wird die Kommunikation mit Migranten von westeuropäischen Therapeuten oft als kompliziert und verwirrend erlebt (Abdallah-Steinkopff, 1999). Analog hierzu können westliche Konzepte wie der Empathiebegriff nicht ohne weiteres auf andere Kulturen übertragen werden, was zu Verwirrung auf Seiten der Patienten führen kann (Mirdal et al., 2012). Dieser Effekt wird durch den Übersetzungsprozess und die damit verbundene zeitliche Verzögerung verstärkt (s. Kap. 2.3.2) und kann zu Ungeduld und dem Gefühl, nicht voranzukommen, führen (Dueweke et al., 2016; O'Hara & Akinslure-Smith, 2011). Bolton spricht in diesem Zusammenhang von einem „loss of therapeutic momentum“, der letztendlich zur „therapeutischen Trägheit“ (*therapeutic inertia*) verleitet (Bolton, 2002). Therapeuten interpretieren ihre eigene Verunsicherung potenziell als therapeutisches Versagen (Dueweke et al., 2016). Sie führen es primär auf die schwierige Interaktionssituation, die Inkompetenz der Dolmetscher oder eine mangelnde Therapiemotivation der Patienten zurück. Wie Kießl et al. (2017) hervorheben, scheint die Selbstwahrnehmung der Therapeuten überwiegend positiv zu sein, kritische Selbstbeschreibungen kommen selten vor (Kießl et al., 2017).

Diese Hypothese steht im Gegensatz zur Erleichterung der therapeutischen Arbeit durch den Dolmetscher, die im Modell der „dynamischen Triangulierung“ (Kap. 2.3) angenommen wurde.

2. Therapeuten fühlen sich durch die Anwesenheit eines Dolmetschers in der eigenen Wirksamkeit eingeschränkt.

Bezieht sich die erste Hypothese hauptsächlich auf sprachliche Aspekte der Kommunikation, so stehen bei der zweiten Hypothese interaktionelle und metasprachliche Phänomene des

Beziehungsaufbaus im Vordergrund. Durch die Anwesenheit eines Dolmetschers verkompliziert sich die interaktionelle Situation (Baker et al., 2015, s. Kap. 1.5). Dies führt dazu, dass Therapeuten die Beziehung zum Patienten als distanzierter und demnach weniger effizient wahrnehmen (Dueweke et al., 2016; Hillier et al., 1994). Im Erleben der Therapeuten kann es zu einer Konkurrenz zwischen ihnen und den Dolmetschern um den Patienten kommen (Miller et al., 2005). Insbesondere zu Beginn der Therapie zeigt sich oftmals, dass es Patienten leichter fällt, eine Beziehung zu den SIM aufzubauen als zu den Therapeuten (Baker et al., 2015; Tribe & Thompson, 2009a; Miller et al., 2005). Die kulturelle und sprachliche Nähe zwischen Patienten und Dolmetschern kann von Therapeuten als Allianz wahrgenommen werden, die den eigenen Beziehungsaufbau zu Patienten erschwert (Hanft-Robert et al., 2018; Morina et al., 2010). Dann entsteht der Eindruck einer „falschen Dyade“, aus der sich Therapeuten ausgeschlossen fühlen (Hanft-Robert et al., 2023; Baker et al., 2015; Morina et al., 2010; Bauer & Alegría, 2010). Diese wird oft als „Beweis eigener Inkompetenz“ gewertet, statt als „Ressource für den therapeutischen Prozess“ (Abdallah-Steinkopff, 1999). Einige Autoren sehen in diesem Zusammenhang eine erlebte „narzisstischen Kränkung“ der Therapeuten (Baker et al., 2015; Dickerman & Alfonso, 2015).

Auf das Modell der „dynamischen Triangulierung“ zurückgreifend, findet sich hier die beschriebene Verschiebung der Machtstruktur wieder (s. Kap. 2.3.3): Dadurch, dass sie auf die Unterstützung des Dolmetschers angewiesen sind, fühlen sich Therapeuten in ihrer Macht eingeschränkt. In einem Prozess, der im englischen Sprachraum als *disempowerment* bezeichnet wird (Raval, 2003), können Therapeuten eine Form des Kontrollverlusts erleben, die der alltäglichen Erfahrung der Patienten ähnelt. Für Therapeuten birgt sie eine ungewohnte, verunsichernde Komponente (Hanft-Robert et al., 2018; Morina et al., 2010). Wie Hanft-Robert aus einem Interview mit einem Therapeuten zitiert: „Das ist eine schwierige Dynamik, man ist verantwortlich, gleichzeitig muss man aber auch etwas abgeben. Das heißt, ich muss auch Vertrauen in die Dolmetscherin haben, sonst geht es nicht“ (Hanft-Robert et al., 2018). Die sprachliche Ohnmachtserfahrung kann zu einem Misstrauen gegenüber den Dolmetschern führen. Therapeuten äußern die Sorge, ein bedeutsamer Teil der Information, die der Patient liefert, ginge im Übersetzungsprozess verloren. So entsteht der Eindruck, der Dolmetscher habe ihnen gegenüber einen erheblichen Vorteil (Dueweke et al., 2016; Mofrad & Webster, 2012; Morina et al., 2010; Raval, 2003).

Auch können sich Therapeuten vom Dolmetscher beobachtet fühlen, was zu einer Verstärkung ihrer Unsicherheit führen kann (Hanft-Robert et al., 2018; Miller et al., 2005). Diese

Erfahrung ist umso problematischer, wenn Therapeuten auf ihrer Überlegenheit gegenüber Dolmetschern bestehen: „I always strive towards co-working, and maybe I’m being a bit idealistic and actually I’m more powerful“, berichtet ein Therapeut im Interview und fügt hinzu „I do think of the interpreter as a co-worker. Now there are problems about that because she isn’t. She isn’t, that’s not recognized in the status and salary and all those sorts of things so, and that creates problems“ (zit. aus Raval, 2003). Es fällt vielen Therapeuten schwer, ihre erlebte Machtlosigkeit – sei sie auch nur auf den sprachlichen Kontext bezogen – anzunehmen. Die Ohnmachtserfahrung als grundlegende Gemeinsamkeit zwischen Therapeut und Patient in der dolmetschergestützten Therapie, wie im Modell der „dynamischen Triangulierung“ (Kap. 2.2) angenommen, wird bestätigt. In der Tat können Therapeuten ähnliche Angstgefühle wie die Patienten entwickeln (van Minnen et al., 2018), erleben diese aber nicht als empathiefördernd, sondern als verunsichernd: „One may be able to use this sense of unsafety and bewilderment to try to better understand and empathize with the plight of refugees who struggle to obtain relief from distress in an unfamiliar and often frightening new world“, schreibt Baker und fügt hinzu „But this stressful and even traumatic state leaves all parties that such more vulnerable to unhealthy alliances, damaging transference reactions, or simply unproductive communication“ (Baker et al., 2015).

3. Das theoretische Wissen und die klinische Erfahrung ermöglichen den Therapeuten eine differenziertere Einschätzung der Beziehung als den Patienten.

Ein anderer Erklärungsansatz für die diskrepante Einschätzung der Beziehung ist schließlich das jeweilige Vorwissen bzw. Vorerfahrungen. Patienten haben i.d.R. nicht die Möglichkeit, die therapeutische Erfahrung mit SIM und ohne SIM zu vergleichen. Eine kritischere Einschätzung der Therapeuten gegenüber den Patienten (und auch den Dolmetschern) kann dadurch begründet sein, dass Therapeuten ihr Beziehungserleben mit SIM und ohne SIM direkt gegenüberstellen können. Zudem sind sie – im Unterschied zu Patienten und Dolmetschern - auf theoretischer Ebene mit Konzepten und Zielvorstellungen einer guten therapeutischen Beziehung vertraut (Beierl et al., 2021; Boss-Prieto et al., 2010) und nutzen in der Regel Supervisionen zur Förderung ihrer Mentalisierungsfähigkeit und Selbstreflektion.

5.2.2.2 Einschätzung der Dolmetscher

Die Ergebnisse für die Gesamtskala des HAQ-Fragebogens zeigen, dass die Einschätzung der Dolmetscher den Patienten näher liegt als den Therapeuten (s. Kap 4.2.3). Unter Einbeziehung der Subskalen wird jedoch deutlich, dass dieser Unterschied weniger auf die Einschätzung der Beziehung, sondern vielmehr auf die Beurteilung des Therapieerfolges zurückzuführen ist. Dolmetscher schätzen den Therapieerfolg signifikant besser als Therapeuten und Patienten ein. Fragen, die speziell auf die Beziehungsebene eingehen, wurden nicht signifikant unterschiedlich beantwortet (s. Kap. 4.2.3.3). Daraus können zwei Hypothesen abgeleitet werden:

1. Aufgrund der fehlenden therapeutischen Ausbildung sind Dolmetscher nicht ausreichend in der Lage, den Fortschritt der Patienten wahrzunehmen bzw. einzuordnen.

Da Dolmetscher im Rahmen ihrer Ausbildung meist kein ausreichendes medizinisch fundiertes Hintergrundwissen in Bezug auf psychische Symptome und Krankheitsbilder erhalten (Engstrom et al., 2010, Miletic et al., 2006), überschätzen sie den tatsächlichen Therapieerfolg, entweder weil sie die Ursprungssymptomatik schwerwiegender einschätzten als Patienten und Therapeuten oder weil sie die Verbesserungen im Rahmen der Therapie überschätzen bzw. die Persistenz gewisser Symptome nicht erkennen oder im Sinne einer psychischen Abwehr zum Selbstschutz unterdrücken.

2. Dolmetscher sind als „Beobachter“ neutraler in ihrer Einschätzung und können deshalb den Therapieerfolg realistischer beurteilen.

Andererseits ist denkbar, dass Dolmetscher in ihrer neutralen, beobachtenden Position Therapieerfolge besser wahrnehmen können als die aktiv beteiligten und verwickelten Therapeuten und Patienten (zur Rolle des „Beobachters“ s. Kap. 2.3.3). In der Tat konnte in einer Metaanalyse von Cuijpers et al. gezeigt werden, dass es zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen des Erfolges von Psychotherapie häufig zu Unterschieden kommt und dass in der Fremdbeurteilung ein größerer Effekt sichtbar wird als in der Selbstbeurteilung (Cuijpers et al., 2010). Auch in der Studie von Sander et al. (2019) zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei traumatisierten Geflüchteten wurde dieser Effekt sichtbar. Der Autor führt ihn entweder auf eine rigidere Haltung bei der therapeutischen Selbstbeurteilung oder auf eine offeneren bzw. sensiblere Beobachtungsfähigkeit im Rahmen der Fremdbeurteilung zurück (Sander et al., 2019).

Zudem ist denkbar, dass Dolmetscher den Therapieerfolg anders definieren als Therapeuten: Sie sind näher an der Lebensrealität der Patienten und werden oft mit den alltäglichen Bedürfnissen der Patienten konfrontiert, die den Therapeuten gegenüber verschwiegen werden (Hassan & Blackwood, 2021; Dubus, 2016). Diese Hypothese lässt sich mit dem Modell der „dynamischen Triangulierung“ (Kap. 2.3.3. & 2.3.4) vereinbaren und betont die zentrale Bedeutung der Beobachterposition in der Triade.

5.2.2.3 Einschätzung der Patienten

Beurteilten Dolmetscher den Therapieerfolg besonders gut, so wiesen Patienten eine signifikant bessere Einschätzung der Subskala „Beziehungszufriedenheit“ im Vergleich zu Therapeuten und SIM auf (s. Kap. 4.2.3). Zwei gegensätzliche Hypothesen werden formuliert:

1. Patienten überschätzen die reale Qualität der Beziehung.

Es ist denkbar, dass Patienten die Qualität der therapeutischen Beziehung überschätzen aus dem Wunsch heraus, Therapeuten und Dolmetscher ihre Dankbarkeit zu zeigen. Patienten werden von der Erwartungshaltung ihres Umfeldes beeinflusst und fühlen sich oft unbewusst dazu bewegt, eine positive Bewertung zu äußern (Brakemeier & Herpertz, 2019; Cuijpers et al., 2019). Es ist davon auszugehen, dass die untersuchte Patientenkohorte für einen solchen Effekt besonders anfällig ist, da die Patienten in Folge der traumatischen Ereignisse ihrer Biografie besondere Schwierigkeiten in der Äußerung von Kritik auf interpersoneller Ebene und in der Einschätzung von Beziehungsqualität aufweisen (Beierl et al., 2021).

2. Die Beziehung zu Therapeuten und Dolmetscher stellt eine einzigartige Beziehungserfahrung in der Lebensrealität der Geflüchteten dar.

Auch der Bindungsstil der untersuchten Patienten könnte diesen Effekt erklären. Wie in Kap. 4.1 beschrieben, weisen die Patienten im AAS-Fragebogen besonders hohe Werte auf der Skala „Angst“ und niedrige Werte auf der Skala „Nähe/ Vertrauen“ auf. Dies ist häufig mit einem unsicher-vermeidenden Bindungsstil assoziiert (Sullivan et al., 2020). Aufgrund fehlender stabiler Beziehungen im eigenen sozialen Umfeld sehen Patienten dann ggf. in Dolmetschern und Therapeuten besonders enge Bezugspersonen, zu denen sie subjektiv eine positive Beziehung erleben. Auch ist davon auszugehen, dass Patienten, die traumatisiert

und aus ihrem ursprünglichen Lebensbezügen herausgerissen sind, Schwierigkeiten im Ausdruck interpersoneller Affekte aufweisen, die das Gegenüber zu einer eher negativen Einschätzung der Beziehungsebene verleiten können (Beierl et al., 2021).

6. Fazit und Ausblick

Ziel der Arbeit ist es, die Bedingungen einer dolmetschergestützten Psychotherapie in einer Psychosomatischen Institutsambulanz zu prüfen, mit besonderem Fokus auf die therapeutische Beziehung und den Behandlungserfolg. Hiermit wird auf dem Gebiet der Transkulturellen Psychotherapie ein Beitrag zu einem besseren Verständnis der Bedeutung von Sprach- und Integrationsmittlern (SIM) in der Therapie geleistet. Die Untersuchung fokussierte gleichermaßen auf das Erleben von Therapeuten, Patienten und Sprachmittlern. Zum Aspekt der *working alliance* wurde deutlich, wie kontrovers Beziehung innerhalb der Triade erlebt wird (s. Kap. 5.3). Die drei Parteien geben der Beziehung eine unterschiedliche Bedeutung. Therapeuten weisen dabei einen eher intellektuellen Zugang auf, Patienten einen eher pragmatischen, auf die konkrete Versorgung bezogenen (Boss-Prieto et al., 2010). Die Zielvorstellung der Dolmetscher scheint wiederum stark von ihrer Rolle als Vermittler geprägt, die nach Stabilität und Harmonie im Spannungsfeld der Triade strebt (Boss-Prieto et al., 2010; Tribe & Thompson, 2009a; Abdallah-Steinkopff, 1999). Therapeuten und Patienten weisen z.T. deutlich abweichende Einschätzungen auf, die Beurteilung der Dolmetscher liegt hingegen - ihrer Mediator-Funktion entsprechend - dazwischen, meist näher an der der Patienten als an der der Therapeuten (s. Kap. 4.2.3). Dies macht deutlich, wie wichtig die Rolle des Dolmetschers als vermittelnde Entität zwischen den Vorstellungen von Patienten und Therapeuten ist (Boss-Prieto et al., 2010).

Trotz der Unterschiede in der Einschätzung von Therapeuten, Patienten und Dolmetschern, wird aus den Ergebnissen auch deutlich, dass es – aus jeder Perspektive getrennt betrachtet – zu wesentlichen Übereinstimmungen kommt: Weder schätzen Patienten ihre Beziehung zum Dolmetscher signifikant anders ein als die zum Therapeuten, noch beurteilen Dolmetscher und Therapeuten ihre Beziehung zum Patienten signifikant unterschiedlich (s. Kap. 4.2.3). Diese Ergebnisse sprechen für eine prinzipiell ausgeglichene Beziehungsgestaltung innerhalb der Triade und dafür, dass die Patienten trotz aller Belastungen gleichermaßen in der Lage sind, mit Dolmetschern und Therapeuten in Beziehung zu treten.

Ob es sich nun tatsächlich um eine objektiv gute therapeutische Beziehung handelt, kann nicht verallgemeinernd geklärt werden, da der wichtigste Parameter zur Erfassung der Beziehung die subjektive Einschätzung bleibt (van Nieuwenhove & Meganck, 2019; Gleiser et al., 2008). Welche der drei Einschätzungen also näher an einer angenommenen objektiven

„Realität“ ist, lässt sich mit der aktuellen Studie nicht klären und ist für klinisch-therapeutische Zwecke von untergeordneter Relevanz. Ziel der Therapie ist es im Idealfall, eine aus jeder Perspektive als positiv erlebte Beziehung aufzubauen, aus der heraus eine fruchtbare Zusammenarbeit entsteht, die in einer Besserung der Symptomatik resultiert.

In der psychotherapeutischen Fachliteratur wurde bislang hauptsächlich der „Stimme“ der Therapeuten Raum gegeben, nicht zuletzt da sie i.d.R. die Autoren der Forschungsstudien sind. Dies kann zu einem Bias geführt haben, sodass die tendenziell negativen Einschätzungen der Therapeuten verallgemeinert wurden (Hassan & Blackwood, 2021). Diese Studie gelangt zu einem anderen Ergebnis: Patienten erleben auch (und gerade) in der dolmetscher-gestützten Therapie sichere Beziehungen. Tatsächlich fand sich für die untersuchte Patientengruppe eine Besserung der klinischen Symptomatik (s. Kap. 4.3), was damit vereinbar ist, dass der Dolmetscher - sei es als kulturelle Brücke (Hanft-Robert et al., 2022; Abdallah-Steinkopff, 1999), als Vorbild für eine gelungene Integration (Hanft-Robert et al., 2018) oder als „*transitional object*“ der eigenen Ursprungskultur (Baker et al., 2015) - für Patienten eine wichtige Stütze im Aufbau von Beziehung in der Psychotherapie ist.

6.1 Schlussfolgerungen für die Forschung

Unter Berücksichtigung der in Kap. 5.1 genannten Einschränkungen bietet das für diese Studie erarbeitete Modell der „dynamischen Triangulierung“ (Kap. 2) eine Reihe an Ansatzpunkten, die in weiterführenden Studien aufgegriffen werden können. Die Hypothesen, die in Kap 5.3 zur Interpretation der Ergebnisse herausgearbeitet wurden, bieten eine Grundlage für zukünftige Forschungsansätze. Einige methodische Herangehensweisen, die von weiterführenden Forschungsprojekten aufgegriffen werden können, werden im Folgenden zusammenfasst.

Wie in Kap. 1.5 und Kap. 5.1.1 beschrieben, weist die Forschung zum Einsatz von Sprachmittlern in der Psychotherapie noch große Lücken auf und es fehlen quantitative, randomisierte Studien mit großen Fallzahlen. An den einzelnen Zentren für Transkulturelle Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, ist es schwierig, große, einheitliche Kohorten zu rekrutieren. An dieser Stelle bieten sich multizentrische Studien an. Diese ermöglichen nicht nur größere Patientenkohorten zu rekrutieren, sondern auch eine höhere Anzahl an Therapeuten und SIM einzuschließen. Für eine bessere Charakterisierung der Patientenkohorte

traumatisierter Geflüchteter ist eine Kontrollgruppe von Patienten mit Traumafolgestörungen ohne Fluchterfahrung nötig (Farooq & Fear, 2003). Zusätzlich sollten Patienten mit und ohne Migrationshintergrund differenziert werden. Hierdurch kann der Einfluss sprachlicher und kultureller Barrieren sowie der spezifische Einfluss der Fluchtgeschichte herausgearbeitet werden.

Im Fokus der Fachliteratur stand bislang vor allem das ambulante Behandlungssetting (Sander et al., 2019; Villalobos et al., 2016; Brune et al., 2011; d'Ardenne et al., 2007). Zur Minimierung von externen Einflussfaktoren wären weiterführende Studien im stationären Setting hilfreich. Hier wird der Therapieerfolg in einem kürzeren, intensiven Behandlungszeitraum unter standardisierten Bedingungen betrachtet. Ergänzend hierzu können prospektive Studien bei ambulanten Langzeittherapien Aufschluss über den Zusammenhang von Therapieerfolg und externen Faktoren wie dem Aufenthaltstitel oder der sozialen Integration geben. Zur weiteren Erforschung der Beziehung zwischen Patienten, Therapeuten und Dolmetschern in quantitativen Studien sollten neben Selbstbeurteilungsinstrumenten auch Fremdbeurteilungsinstrumente eingesetzt werden. Hierdurch könnte der Sprachmittler in seiner „neutralen“ Position die Beziehung von Patient und Therapeut einschätzen. Auch kann eine Beurteilung durch eine tatsächlich neutrale Person, im Sinne eines Beobachters erfolgen, um diese mit der Einschätzung der involvierten Personen zu vergleichen. Schließlich ist es wichtig, den in Kap. 5.1.3 beschriebenen „blinden Fleck“ näher zu erforschen: Die Beziehung von Therapeut und Dolmetscher sollte analog zu der von Patient und Therapeut bzw. Patient und Dolmetscher fragebogengestützt untersucht werden.

Ergänzend zu quantitativen Studien können qualitative und empirische Studien mit unterschiedlichen Methoden zur Anwendung kommen. Hierbei wäre es aufschlussreich, dieselbe Kohorte sowohl durch quantitative als durch qualitative Methoden zu erforschen. Beispielsweise kann eine fragebogengestützte Befragung durch halbstandardisierte Interviews der drei Parteien (Patienten, Therapeuten, Dolmetscher) ergänzt werden. Damit kann das Problem umgangen werden, wonach die Ergebnisse der qualitativen Arbeiten (die gerade im Bereich der Hypothesengenerierung bzw. der Auslegung quantitativer Ergebnisse hilfreich sind) aufgrund der unterschiedlichen Merkmale der untersuchten Population nicht auf die quantitativen Arbeiten übertragen werden können.

Vielversprechend ist nicht zuletzt der Einsatz unterschiedlicher Medien: Videoanalysen der Therapiesitzungen können Aufschluss über spezielle Interaktionsformen innerhalb der Triade Patient-Therapeut-Dolmetscher geben. Der Bedeutung des Sprachmittlers als physische

Präsenz im therapeutischen Raum kann durch einen Vergleich zwischen dem Einsatz von Live-Dolmetschern versus Telefon-, Videodolmetschern oder maschineller Übersetzung nachgegangen werden.

6.2 Schlussfolgerungen für die Versorgung

Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen die dolmetschergestützte ambulante Psychotherapie als erfolgreiches Therapieverfahren (Kap. 4.3, vgl. Brune, 2011) und zeigen, dass Patienten in diesem Setting gute therapeutische Beziehungen eingehen können (s. Kap. 4.2.1). Dies ist ein bestärkender Befund für die klinische Tätigkeit: Obwohl die Arbeit im transkulturellen Setting von Therapeuten oft als belastend und frustrierend erlebt wird (s. Kap. 5.3.1), zeigt sie nicht nur gute klinische Resultate, sie ist auch besonders wertvoll als neue, integrationsfördernde Beziehungserfahrung. Aus dieser Studie wurde deutlich, wie unterschiedlich Beziehung erlebt und eingeordnet werden kann. Dabei fällt auf, dass die Beziehung in der Triade von Therapeuten eher kritisch bewertet wird (s. Kap. 5.3.1). Diese Studie trägt dazu bei, für diese Problematik zu sensibilisieren und die therapeutische Haltung zu reflektieren. Hierzu können nicht nur die quantitativen Ergebnisse von Nutzen sein, sondern auch – gerade für die klinische Arbeit – die kritische Analyse der Fachliteratur (Kap. 1), das ausgearbeitete Modell der „dynamischen Triangulierung“ (Kap. 2) und die offene Diskussion der Ergebnisse (Kap. 5).

Zum Abschluss wird dazu das Modell der „dynamischen Triangulierung“ (Kap. 2.1 – 2.3) und die Frage: „*black box* oder Co-Therapeut?“ (Kap. 1.7) aufgegriffen. Das „*team*“ Modell, das Psychotherapeut und Dolmetscher Co-Therapeuten begreift (Kap. 1.7), stößt bei Therapeuten häufig auf Ablehnung (Baker et al., 2015). Da Sprachmittler nur selten therapeutisch ausgebildet sind oder über eine ausreichend klinische Vorerfahrung verfügen (Hanft-Robert et al., 2018), sind diese Vorbehalte nachvollziehbar. Stärker befürwortet ist hingegen das *conduit model* mit seiner Vorstellung des Dolmetschers als *black box* (Hsieh & Hong, 2010; Raval, 2003; Gerrish 2001, s. Kap. 1.7). Die Vermutung, dass Therapeuten sich bei der Arbeit mit SIM eher am *black box* Modell orientieren, ist mit den Forschungsergebnissen dieser Studie (Kap. 4.2.1) gut zu vereinbaren. Versuchen Psychotherapeuten, das klassische Modell der Einzeltherapie auf das dolmetschergestützte Setting zu übertragen, werden sie die Beziehung zum Patienten am ehesten als eine 2+1 Beziehung konzipieren (s. Kap 2.1, Abb. 8), wobei der Dolmetscher lediglich die Funktion der sprachlichen Translation übernimmt

(*conduit model*). Der Therapeut strebt dann einen möglichst direkten, unvermittelten Kontakt zum Patienten an. So betrachtet wird der Dolmetscher gar zu einem Hindernis, der der Exklusivität einer 1:1 Beziehung im Wege steht (s. Kap. 1.7). Aus diesen Annahmen heraus ist nachvollziehbar, dass Therapeuten die Beziehung zum Patienten positiver erleben, wenn kein Dolmetscher eingesetzt wird (s. Kap. 4.2.1). Die im Modell der „dynamischen Triangulierung“ beschriebenen unterstützenden Eigenschaften von Sprach- und Integrationsmittlern (Kap. 2.3), von denen Psychotherapeuten in der klinischen Arbeit profitieren könnten, scheinen im Erleben der Therapeuten oft eine untergeordnete Rolle zu spielen (s. Kap. 5.3.1).

Die hier dokumentierten Einschätzungen von Patienten und Dolmetschern (Kap. 4.2) stimmen mit dem Modell der „dynamischen Triangulierung“ (Kap. 2) überein. Dolmetscher und Patienten gingen gute, wechselseitige Beziehungen ein (Kap. 4.2.3). Wie ferner aus den Studien von Hassan & Blackwood (2021) und Hanft-Robert et al. (2018) hervorgeht, streben Sprach- und Integrationsmittler eine bessere Integration in die therapeutische Arbeit an und äußern häufig den Wunsch nach mehr Anerkennung (Hassan & Blackwood, 2021; Hanft-Robert et al., 2018). Damit stehen sie als Berufsgruppe bewusst dem *black box* Modell (s. Kap. 1.7) entgegen. Auch für Patienten sind Sprach- und Integrationsmittler wichtige Bezugspersonen, die starke emotionale Reaktionen (positiver oder negativer Art) auslösen (Hassan & Blackwood, 2021; Miller et al., 2005). Sowohl Patienten als auch Dolmetscher sind eher einem therapeutischen Beziehungsmodell wie dem der „dynamischen Triangulierung“ (s. Kap. 2) zugewandt, das den Dolmetscher als aktives Mitglied berücksichtigt.

Ein möglicher Grund dafür, warum traditionelle Beziehungsmodelle wie das *conduit model* (s. Kap. 1.7) nur selten hinterfragt werden, kann das geringe Weiterbildungsangebot in der Transkulturellen Psychotherapie sein. Im Unterschied zu Ländern wie den Niederlanden, Großbritannien, Kanada und Australien, in denen Mehrsprachigkeit gesellschaftlich und juristisch stärker verankert ist, werden in Deutschland weder Therapeuten noch Sprachmittler regelhaft für die dolmetschergestützte Psychotherapie ausgebildet (Kirmayer et al., 2021; Hanft-Robert et al., 2018; Miletic et al., 2006). Eine entsprechende Ausbildung der Dolmetscher wird von zahlreichen Wissenschaftlern gefordert (Delizée & Michau, 2022; Gartley & Due, 2017; Dueweke et al., 2016; O’Hara & Akinsulure-Smith, 2011; Tribe & Thompson, 2009b; Miller et al., 2005; Raval, 2003; Tribe & Sanders, 2003; Becker & Bowes, 2001; Gerrish, 2001). Abgesehen von Hinweisen zu einer wortgetreuen Übersetzung und der Einhaltung der Schweigepflicht fehlen Standards und Schulungsangebote für das psychotherapeutische Setting (Hanft-Robert et al., 2018). Auch werden kaum Techniken der Abgren-

zung und der Psychohygiene vermittelt, sodass sich Dolmetscher, die oftmals selbst traumatische Erfahrungen in ihrer Biografie aufweisen, dem therapeutischen Geschehen schutzlos ausgeliefert fühlen (Hassan & Blackwood, 2021; Dubus, 2016). Dies reicht bis hin zu schweren Retraumatisierungen der Sprachmittler (Dubus, 2016; Tribe & Thompson, 2009a; Becker & Bowles, 2001). Aus Studie von Kindermann et al. (2017) geht hervor, dass über 50% der im psychotherapeutischen Bereich eingesetzten Sprachmittler mindestens eins der PTBS-Kriterien erfüllen, 9% alle erforderlichen Kriterien und weitere 33% eine hohe Wahrscheinlichkeit für PTBS aufweisen. Durch die Übersetzungstätigkeit erlitten laut der Studie von Kindermann et al. (2017) 21% der Sprachmittler eine sekundäre Traumatisierung, 6% davon schwergradig (Kindermann et al., 2017). Der Wunsch nach einer angemessenen Weiterbildung wird auch von Therapeuten formuliert. Letztere sehen gerade in der unzureichenden Ausbildung einen wichtigen Grund ihrer Zurückhaltung im Einsatz von Sprachmittlern (Gartley & Due, 2017, O'Hara & Akinsulure-Smith, 2011; Miller et al., 2005; Farooq & Fear, 2003). In der ärztlichen Fort- und Weiterbildung ist die Vermittlung kultureller Kompetenz bis heute nicht curricular vorgeschrieben (Karger et al., 2017). In der Psychosomatischen Medizin wird eine Erweiterung des Weiterbildungs-Curriculums der Psychosomatischen Grundversorgung um Aspekte der kulturellen Kompetenz gefordert (Karger et al., 2017). Solange es jedoch keine institutionellen Weiterbildungsangebote gibt, liegt es primär an den Therapeuten, die Zusammenarbeit mit Sprachmittlern möglichst adäquat zu gestalten.

An dieser Stelle kann das hier entworfene Modell der „dynamischen Triangulierung“ (s. Kap. 2) in der klinischen Arbeit helfen, interaktionelle Vorgänge in der Triade auf eine Weise einzuordnen, wie es das *conduit model* (s. Kap. 1.7) nicht vermag. Ziel dabei ist eine fruchtbare Zusammenarbeit von Therapeut und Dolmetscher unter Berücksichtigung der jeweils unterschiedlichen Rollen und Kompetenzen. Es bleibt dem Therapeuten überlassen, ob und inwieweit er eine aktive Beteiligung des Dolmetschers innerhalb der Therapiesitzungen wünscht. Dies ist bei erfahrenen Dolmetschern oder nach einer längeren Zusammenarbeit durchaus denkbar (Raval, 2003), jedoch nicht zwingend nötig. Für eine positive Beziehungsdynamik muss der Dolmetscher keine therapeutischen Interventionen im engeren Sinne leisten, es handelt sich also nicht um eine Co-Therapie (vgl. „*team*“ Modell, Kap. 1.7 und Abb. 9 in Kap. 2.1). Wichtig sind vielmehr einige grundlegende Eigenschaften, wie Empathiefähigkeit und die Introspektionsfähigkeit, ein stabiles soziales Umfeld, eine ausreichende Aufarbeitung eigener Traumata und die Anerkennung von Psychotherapie als Heilverfahren (Hanft-Robert et al., 2022; Miller et al., 2005). Aus dieser Grundlage heraus lässt sich ein tragfähiges Arbeitsbündnis aufbauen. Um dieses aufrecht zu halten, sind vor allem

die drei folgenden Aspekte relevant: eine klare Rollendefinition (Kap. 6.2.1), das Vermeiden von Grenzüberschreitungen (Kap. 6.2.2) und eine angemessene Integration des Dolmetschers in das therapeutische Geschehen (Kap. 6.2.3).

6.2.1 Eine klare Rollendefinition

Ein erster Schritt zur Integration des Dolmetschers in die triadische Beziehung stellt eine klare Rollendefinition dar (Hanft-Robert et al., 2023; Delizée & Michau, 2022). Unabhängig davon, wie viel Freiraum der Therapeut dem Dolmetscher überlassen möchte, ist es wichtig, dies im Vorfeld klar zu kommunizieren. Therapeuten sollten dabei mitteilen, welche Art von Übersetzung (erste oder dritte Person), welche Sitzordnung und welchen Interaktionsspielraum sie von dem Sprachmittler erwarten. Somit kann verhindert werden, dass Dolmetscher Rollen einnehmen, die von dem Therapeuten nicht gewünscht bzw. als hinderlich für den Prozess angesehen werden. Es liegt in der Verantwortung der Therapeuten, Dolmetscher darauf hinzuweisen, dass Kontakte zu den Patienten außerhalb des therapeutischen Settings nicht erlaubt sind. Dies ist keineswegs selbstverständlich (Hanft-Robert et al., 2018; Dickerman & Alfonso, 2015). Sprach- und Integrationsmittler arbeiten i.d.R. in verschiedenen Settings und gelangen häufig in die Rolle des Hauptansprechpartners für Klienten. Aus kulturellen und/oder humanitären Gründen fühlen sie sich häufig verpflichtet, Klienten bzw. Patienten auch über das therapeutische Setting hinaus zu unterstützen (Hassan & Blackwood, 2021; Hsieh & Hong, 2010). Dies kann zu massiver Belastung führen. Sollte es im Therapieverlauf zu solchen Situationen kommen, ist es hilfreich, diese zwischen Dolmetscher und Therapeut sowie in der Triade offen zu besprechen. So kann vermieden werden, dass Dolmetscher sich in eine Rollenkonfusion begeben (Hassan & Blackwood, 2021; Morina et al., 2010).

Ein geeigneter Raum für die Rollendefinition und damit verbundenen Themen sind sogenannte *pre-session meetings* (O'Hara & Akinsulure-Smith, 2011, Farooq & Fear, 2003). Dabei handelt es sich um kurze Vorgespräche zwischen Therapeuten und Dolmetschern, in denen Rahmenbedingungen der Therapie besprochen, Fragen zum Setting und Inhalt geklärt und ggf. Veränderungen zur vorherigen Sitzung vorgenommen werden können. Solche Meetings lassen sich einfach und ohne großen zeitlichen Aufwand in den klinischen Alltag integrieren.

6.2.2 Vermeidung von Grenzüberschreitungen

Eng mit dem Aspekt der Rollendefinition verbunden ist die Vermeidung von Grenzüberschreitungen. Jede Handlung, die nicht unter die im Voraus definierten Rollen fällt, stellt bereits eine Grenzüberschreitung dar. Doch im Kontext der Psychotherapie von Geflüchteten ist das Thema noch komplexer. Neben den personenbezogenen interaktionellen Grenzen bestehen auch kulturbedingte Grenzen und solche, die auf das erlebte Trauma zurückzuführen sind. Die Einhaltung von Grenzen wird von vielen Autoren als ein wichtiger Aspekt einer erfolgreichen Psychotherapie, insbesondere im transkulturellen Setting, aufgeführt (van Nieuwenhove & Meganck, 2019; Kuay et al., 2015; Pearlman & Courtois, 2005; Dalenberg, 2004). Doch um eine transkulturelle Kommunikation überhaupt möglich zu machen, muss bereits eine Grenze überschritten werden: die sprachliche. In einer Psychotherapie mit Sprachbarriere geht es also nicht nur um die Wahrung von Grenzen, sondern deren bewusste Überwindung. Hier zeichnet sich der schmale Grat zwischen *boundary crossing* und *boundary violation* ab (Cowles & Griggs, 2019; Baker et al., 2015; Dickerman & Alfonso, 2015; Perlin, 1991). Unter *boundary crossing* werden Verhaltensweisen gefasst, die zwar über eine übliche Beziehung innerhalb der Psychotherapie gehen, die jedoch keine negativen Konsequenzen haben, im Gegenteil sogar von Vorteil für die Therapie sein können. *Boundary violation* steht hingegen für Verhaltensweisen, die einen ethischen Verstoß darstellen und die therapeutische Beziehung gefährden (Cowles & Griggs, 2019).

Hierin besteht eine der größten Schwierigkeiten der transkulturellen Arbeit (Hassan & Blackwood, 2021, Cowles & Griggs, 2019), auf die sich Therapeuten sich oft unzureichend vorbereitet fühlen: „It is clear that boundaries were blurred in a way I never expected and was not taught to handle. They were out of my immediate control“, zitieren Baker et al. (2015) aus dem Interview mit einem Therapeuten, „I was left feeling disempowered.“ (Baker et al., 2015). Auch Dolmetscher sind häufig nicht ausreichend dafür geschult: „Therapeutic boundaries are a foreign concept to most interpreters, and therefore, require some initial orientation prior to beginning to work with the client“ (O’Hara & Akinsulure-Smith, 2011).

Es ist von grundlegender Bedeutung, für diese Thematik zu sensibilisieren. Therapeuten und Dolmetscher sind gleichermaßen für die Einhaltung von Grenzen bzw. deren angemessene, kontextualisierte und in den therapeutischen Prozess eingebettete Überschreitung verantwortlich (Hassan & Blackwood, 2021). Entsprechend den jeweiligen Kompetenzen ist der Therapeut primär für die interaktionellen Aspekte innerhalb (und außerhalb) der Therapie

zuständig, der Dolmetscher für die kulturspezifischen. So könnte ein Therapeut beispielsweise darauf hinweisen, dass Kontakte außerhalb der Therapiestunde nicht gestattet sind, ein Dolmetscher hingegen darauf, dass Fragen zur Sexualität in der Kultur des Patienten als unangemessen und schambehaftet gelten (Hassan & Blackwood, 2021). Grenzen können auch gezielt zum Thema gemacht werden, um anschließend ggf. im gemeinsamen Einverständnis überwunden zu werden. Wichtig dabei ist es, nicht unvorbereitet oder ungewollt Grenzen zu verletzen, die zu Stabilität und Sicherheitserleben bei Patienten beitragen. Wie Cowles schreibt: „Boundaries can help to build trust, allow appropriate levels of vulnerability, and ensure ethical practice, increasing the likelihood that both the service-user and the therapist have a sense of safeness in the relationship” (Cowles & Griggs, 2019).

6.2.3 Integration des Dolmetschers in die therapeutische Arbeit

Dem Arbeitsmodell der „dynamischen Triangulierung“ zufolge stellt der Dolmetscher eine potenzielle Ressource für die praktische Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten dar (s. Kap. 2.3). Wie diese bestmöglich zur Geltung kommen kann, ist eine komplexe interdisziplinäre Frage, welche nur in einer Zusammenarbeit von psychotherapeutischen, sprach- und kommunikationswissenschaftlichen, sowie kulturwissenschaftlichen Experten angemessen untersucht werden kann. Aus der psychotherapeutischen Forschung und klinischen Praxis heraus werden im Folgenden einige relevante Aspekte zusammengefasst.

Eine zentrale Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit von Therapeuten und Dolmetscher ist das Schaffen von geeigneten Austauschmöglichkeiten. Bereits im Kap. 6.2.1 wurde auf die Bedeutung von Vor- und Nachbesprechungen bzw. gemeinsamen Supervisionen hingewiesen (s. auch Tribe & Thompson, 2009a, O’Hara & Akinsulure-Smith, 2011, Farooq & Fear, 2003). Diese Austauschräume entlasten Dolmetscher und Therapeuten erheblich (Hanft-Robert et al., 2023). Dolmetscher machen in einem solchen Setting die Erfahrung, überhaupt erst „gesehen“ zu werden: sich mit ihren Gedanken, Gefühlen, Assoziationen einbringen zu dürfen, als Mensch Platz in der Therapie zu finden, ohne zu einer „Maschine“ reduziert zu werden (Hassan & Blackwood, 2021). Dieses Bedürfnis nach Austausch und Rücksichtnahme durch die Therapeuten beschreiben Dolmetscher in der Studie von Hassan & Blackwood (2021): „I think no one really cares how the interpreter feels...I think it would be good if the therapist would ask “Are you okay,” “Do you need a five-minute break or a sip of water or something?” (Hassan & Blackwood, 2021).

Therapeuten können Austauschräume nutzen, um sich über für sie oft unbekannte und zum Teil befremdliche Inhalte auszutauschen, von denen sie in der transkulturellen Arbeit überfordert sein können (Ullrich, 2019; Baker et al., 2015). Auch können hier Spannungen zwischen Dolmetscher und Therapeut besprochen und gemeinsam aufgelöst werden (Hanft-Robert et al., 2023; Ullrich, 2019; Tribe & Thompson, 2009a).

Ein weiterer Prädiktor für eine gelungene Zusammenarbeit von Therapeuten und Dolmetschern ist die klinische Erfahrung der jeweiligen Therapeuten. Studien zufolge sind Ängste und Skepsis seitens der Therapeuten zu Beginn der Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern besonders ausgeprägt und werden im Verlauf einzelner Therapien bzw. mit zunehmender Erfahrung abgebaut (Hanft-Robert et al., 2018; Baker et al., 2015; Tribe & Thompson, 2009b; Raval, 2003). Schließlich ist es von zentraler Bedeutung, dass Therapeuten, bevor sie die Arbeit mit Sprachmittlern aufnehmen, ihre Vorbehalte ihnen gegenüber ablegen und diesen mit einer offenen und wertschätzenden Haltung entgegentreten (Hanft-Robert, 2023; Hassan & Blackwood, 2021). Aus der Studie von Dubus (2016) geht hervor, dass Patienten, die mit Unterstützung eines SIM behandelt werden, im medizinischen Setting weniger aufmerksam versorgt werden als muttersprachlich behandelte (Dubus, 2016). Im psychotherapeutischen Setting schlagen sich diese Vorbehalte in der therapeutischen Beziehung nieder, was zu einem geringeren Therapieerfolg führen kann (Sander et al., 2019). Eine vertrauensvolle und stimmige Beziehung zwischen Therapeut und Dolmetscher erhöht hingegen die Bereitschaft des Patienten, sich auf den therapeutischen Prozess einzulassen (Delizée & Michau, 2022; Hanft-Robert et al., 2018) und fördert somit das epistemische Vertrauen (s. Kap. 2.2). In Studien wurde nachweisen, dass eine erfolgreiche therapeutische Beziehung zwischen Therapeut und Patient durch entsprechend ausgebildete Dolmetscher gestärkt wird (Delizée & Michau, 2022; Gartley & Due, 2017; Mirdal et al., 2012; Miller et al., 2005; Raval, 1996). Gerade für Patienten mit Traumafolgestörungen ist es mitunter hilfreich, mehr als einen Ansprechpartner im therapeutischen Setting zu haben. In der Untersuchung der therapeutischen Beziehung von Patienten mit PTBS fanden van Minnen et al. (2018) heraus, dass diese (trotz häufiger Bindungsschwierigkeiten) in der Lage sind, mit mehreren Therapeuten während einer Therapie in Beziehung zu treten und ein solches Rotationsmodell sogar als angenehm erfahren. So gaben nur 14% der Patienten an, dass sie lieber nur mit einem Einzeltherapeuten gearbeitet hätten (van Minnen et al., 2018). Der Autor erklärt dieses Phänomen durch eine „Verstärker-Wirkung“ der therapeutischen Beziehung („increase in dose of the therapeutic relationship“) (van Minnen et al., 2018) durch die Zusammenarbeit mehrerer Therapeuten (van Minnen et al., 2018; Krampe et al., 2004). Eine solche „Verstärker-

Rolle” kann durchaus auch von einem Sprachmittler übernommen werden. Wie im Modell der „dynamischen Triangulierung“ (Kap. 2.2) angenommen, entspricht diese Doppel-Beziehung dem Sicherheitsbedürfnis von Patienten mit Trauma- und Fluchtgeschichte. Wie auch diese Studie zeigt, können Therapeuten durchaus darauf vertrauen, dass Patienten sich in einer solchen „Doppel-Beziehung“ ausreichend sicher fühlen und sie in ihrem subjektiven Erleben eine ähnlich gute Beziehung zum Dolmetscher wie zum Therapeuten aufbauen können (s. Kap. 4.2). Zusammenfassend sprechen viele Argumente für die Annahme eines triadischen Beziehungsmodells, das alle teilnehmenden Personen einschließt und dessen Ziel es ist, das Erleben des Patienten in Worte zu fassen (Tribe & Thompson, 2009b) und ein sicheres Umfeld für neue Beziehungserfahrungen zu bilden.

7. Literatur

- Abdallah-Steinkopff, B. (1999): Psychotherapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung unter Mitwirkung von Dolmetschern. In: *Verhaltenstherapie* n. 4, 9, pp. 211–220. DOI: 10.1159/000030702.
- Adams, K. (2011): The abject self: self-states of relentless despair. In: *International journal of group psychotherapy* n. 3, 61, pp. 332–364. DOI: 10.1521/ijgp.2011.61.3.332.
- Aizik-Reebs, A.; Yuval K.; Beyene Kesete, Y.; Lurie, I.; Bernstein, A. (2022): Prevalence and prevention of suicidal ideation among asylum seekers in a high-risk urban post-displacement setting. In: *Epidemiology and Psychiatric Sciences* n. 31, e76, pp. 1-8. DOI: 10.1017/S2045796022000579.
- Al-Fedaghi, S. (2012): A Conceptual Foundation for the Shannon-Weaver Model of Communication. In: *International J. of Soft Computing* n. 1, 7, pp. 12–19. DOI: 10.3923/ij-scomp.2012.12.19.
- Ardenne, P. d'; Ruaro, L.; Cestari, L.; Fakhoury, W.; Priebe, S. (2007): Does Interpreter-Mediated CBT with Traumatized Refugee People Work? A Comparison of Patient Outcomes in East London. In: *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* n. 3, 35, pp. 293–301. DOI: 10.1017/S1352465807003645.
- Ardito, R. B.; Rabellino, D. (2011): Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. In: *Frontiers in psychology* n. 2, p. 270. DOI: 10.3389/fpsyg.2011.00270.
- Auby, P.; Pezous, A. M. (1993): A propos d'une expérience clinique psychiatrique dans un camp de réfugiés khmers en Thaïlande : soignants-soignés, quels enjeux identitaires? In: Clanet, C. et al. (Hg.): *Corps, Cultures et Therapies*, pp. 373-384. Toulouse: Presses Universitaires du Mirail.
- Baker, R.; Briggs, J. (1975): Working with interpreters in social work practice. In: *Australian Social Work* n. 28 (4), pp. 31–7. DOI:10.1080/03124077508549453.
- Baker, S. W.; Izzo, Philip; Trenton, A. (2015): Psychodynamic considerations in psychotherapy using interpreters: perspectives from psychiatry residents. In: *Psychodynamic psychiatry* n. 1, 43, pp. 117–128. DOI: 10.1521/pdps.2015.43.1.117.

- Baron, J.; Flory, L. (2019): *Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland*. 5. Ausgabe. Hg: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer - BAfF e.V. Verfügbar online unter: www.baff-zentren.org (letzter Zugriff: 26.06.2023).
- Bassler, M.; Potratz, B.; Krauthauser, H. (1995): Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. In: *Psychotherapeut* n. 40, pp. 23–32.
- Bauer, A. M.; Alegría, M. (2010): Impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: a systematic review. In: *Psychiatric Services* n. 8, 61, pp. 765–773. DOI:10.1176/ps.2010.61.8.765.
- Baxter, H.; Cheng, L. Y. (1996): Use of interpreters in individual psychotherapy. In: *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* n. 1, 30, pp. 153–156. DOI: 10.3109/00048679609076087.
- Becher E.; Wieling E. (2015): The intersections of culture and power in clinician and interpreter relationships: A qualitative study. In: *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology* n. 21(3), pp. 450-457. DOI: 10.1037/a0037535
- Beck, B. Daniels; Lund, S. T.; Sogaard, U.; Simonsen, E.; Tellier, Th. Ch.; Cordtz, T. O. et al. (2018): Music therapy versus treatment as usual for refugees diagnosed with posttraumatic stress disorder (PTSD): study protocol for a randomized controlled trial. In: *Trials* n. 1, 19, p. 301. DOI: 10.1186/s13063-018-2662-z.
- Becker R.; Bowles R. (2001): Interpreter's experience of working in a triadic psychotherapy relationship with survivors of torture and trauma: some thoughts on the impact on psychotherapy. In: Monograph 8. Sydney, Australia: NSW Transcultural Mental Health Centre. In: B. Raphael e A. Malak (Hg.): Current Issues in Transcultural Mental Health Diversity: Mental Health in Challenging Times. Sydney, Australia: NSW Transcultural Mental Health Centre.
- Behrens, K.; Calliess, I. T. (2008): Gleichbehandlung ohne gleiche Behandlung: zur Notwendigkeit der Modifikation therapeutischer Strategien für die Arbeit mit Migranten. In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* n. 12, 76, pp. 725–733. DOI: 10.1055/s-2008-1038251.
- Beierl, E. T.; Murray, H.; Wiedemann, M.; Warnock-Parkes, E.; Wild, J.; Stott, Richard et al. (2021): The Relationship Between Working Alliance and Symptom Improvement in

- Cognitive Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. In: *Frontiers in Psychiatry* n. 12, p. 602648. DOI:10.3389/fpsyt.2021.602648.
- Bell, H.; Hagedorn, W. B.; Robinson, E. H. M. (2016): An Exploration of Supervisory and Therapeutic Relationships and Client Outcomes. In: *Counselor Education and Supervision* n. 3, 55, pp. 182–197. DOI: 10.1002/ceas.12044.
- Bhabha, Homi K. (2004). *The Location of Culture*. Abingdon: Routledge.
- Blackmore, R.; Boyle, J. A.; Fazel, M.; Ranasinha, S.; Gray, K.; Fitzgerald, G. et al. (2020): The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. In: *PLoS Medicine* n. 17(9). DOI: 10.1371/journal.pmed.1003337
- Bolton, J. (2002): The Third Presence: A Psychiatrist's Experience of Working with Non-English Speaking Patients and Interpreters. In: *Transcultural psychiatry* n. 1, 39, pp. 97–114. DOI: 10.1177/136346150203900104.
- Bordin, E. S. (1979): The Generalizability of the Psychoanalytic Concept. In: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* n. 16, #3, pp. 252-260.
- Boss-Prieto, O. L.; Roten, Z. de; Elghezouani, A.; Madera, A.; Despland, J. (2010): Differences in therapeutic alliance when working with an interpreter: a preliminary study. In: *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy* n. 01, 161, pp. 14–16. DOI: 10.4414/sanp.2010.02127.
- Brakemeier, E-L; Herpertz, S. C. (2019): Innovative Psychotherapieforschung: auf dem Weg zu einer evidenz- und prozessbasierten individualisierten und modularen Psychotherapie. In: *Der Nervenarzt* n. 11, 90, pp. 1125–1134. DOI: 10.1007/s00115-019-00808-9.
- Brandl, E. J.; Schreiter, S.; Schouler-Ocak, M. (2020): Are Trained Medical Interpreters Worth the Cost? A Review of the Current Literature on Cost and Cost-Effectiveness. In: *Journal of immigrant and minority health* n. 1, 22, pp. 175–181. DOI: 10.1007/s10903-019-00915-4.
- Brown, A. D.; Müller, M.; Hirschi, T.; Henssler, J. F.; Rönz, K.; Exadaktylos, A. K.; Srivastava, D. (2019): Acute and mixed alcohol intoxications in asylum seekers presenting to an urban emergency department in Switzerland. In: *BMC public health* n. 1, 19, p. 536. DOI: 10.1186/s12889-019-6910-2.

- Brücker, H., Croisier, J., Kosyakova, Y., Kröger, H., Pietrantonio, G., Rother, N., Schupp, J. (2019): Zweite Welle der IAB-BAMF-SOEP-Befragung: Geflüchtete machen Fortschritte bei Sprache und Beschäftigung. Hg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) Forschungszentrum Migration, Integration und Asyl (FZ). Nürnberg (BAMF-Kurzanalyse, 01-2019). Verfügbar online unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-67577-1> (letzter Zugriff; 01.07. 2020).
- Brune, M.; Eiroá-Orosa, F. J.; Fischer-Ortman, J.; Delijaj, B.; Haasen, C. (2011): Intermediated communication by interpreters in psychotherapy with traumatized refugees. In: *International Journal of Culture and Mental Health* n. 2, 4, pp. 144–151. DOI: 10.1080/17542863.2010.537821.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Bundesinstitut (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (Hg) (2020): ICD-10-GM Version 2021, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 18. September 2020. Verfügbar online unter: www.bfarm.de – Kodiersysteme – Services - Downloads – ICD-10-GM – Version 2021 (letzter Zugriff: 23.09.2020).
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (Hg.) (2020): Aktuelle Zahlen. Tabellen, Diagramme, Erläuterungen. Verfügbar online unter: www.bamf.de (letzter Zugriff; 01.07. 2020).
- Carballeira Carrera, L.; Lévesque-Daniel, S.; Moro, M. R.; Mansouri, M.; Lachal, J. (2020): Becoming a transcultural psychotherapist: Qualitative study of the experience of professionals in training in a transcultural psychotherapy group. In: *Transcultural psychiatry*, 1363461520950065. DOI: 10.1177/1363461520950065.
- Carretier, E.; Grau, L.; Mansouri, M.; Moro, M. R.; Lachal, J. (2020): Qualitative assessment of transcultural psychotherapy by adolescents and their migrant families: Subjective experience and perceived effectiveness. In: *PloS one* n. 8, 15, e0237113. DOI: 10.1371/journal.pone.0237113.
- Chu, T.; Keller, A. S.; Rasmussen, A. (2013): Effects of post-migration factors on PTSD outcomes among immigrant survivors of political violence. In: *Journal of immigrant and minority health* n. 5, 15, pp. 890–897. DOI: 10.1007/s10903-012-9696-1.

- Cloitre, M.; Courtois, Ch. A.; Charuvastra, A.; Carapezza, R.; Stolbach, B. C.; Green, B. L. (2011): Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. In: *Journal of traumatic stress* n. 6, 24, pp. 615–627. DOI: 10.1002/jts.20697.
- Collins, N. (2008): SPSS commands for creating four attachment styles. Verfügbar online unter https://lab.psych.ucsb.edu/collins/nancy/UCSB_Close_Relationships_Lab/Resources.html (letzter Zugriff: 20.09. 2020).
- Cowles, M.; Griggs, M. (2019): Considering boundaries when doing therapeutic work with people who are seeking asylum: a reflective case study. In: *British Journal of Guidance & Counselling* n. 1, 47, pp. 50–64. DOI: 10.1080/03069885.2018.1507535.
- Cuijpers, P.; Karyotaki, E.; Reijnders, M.; Ebert, D. D. (2019): Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for adult depression. In: *Epidemiology and Psychiatric Sciences* n. 1, 28, pp. 21–30. DOI: 10.1017/S2045796018000057.
- Cuijpers, P.; Li, J.; Hofmann, S. G.; Andersson, G. (2010): Self-reported versus clinician-rated symptoms of depression as outcome measures in psychotherapy research on depression: a meta-analysis. In: *Clinical Psychology Review* n. 6, 30, pp. 768–778. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.06.001.
- Dalenberg, C. J. (2004): Maintaining the safe and effective therapeutic relationship in the context of distrust and anger: Countertransference and complex trauma. In: *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* n. 4, 41, pp. 438–447. DOI: 10.1037/0033-3204.41.4.438.
- Daly, C.; Phillips, K.; Kanaan, R. (2019): The effect of limited English proficiency and interpreter service use on clinical outcomes in psychiatric inpatient units. In: *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* n. 5, 27, pp. 465–468. DOI: 10.1177/1039856219859280.
- Delizée, A., Michaux, C. (2022): The mental health interpreter’s relational agency and therapeutic alliance. In: *Translator* n. 28, pp. 215–233. DOI: 10.1080/13556509.2022.2133395
- Dickerman, A. L.; Alfonso, C. A. (2015): Words apart: the challenge of using interpreters in psychodynamic psychotherapy. In: *Psychodynamic psychiatry* n. 1, 43, pp. 129–134. DOI: 10.1521/pdps.2015.43.1.129.

- Dubus, N. (2016): Interpreters' subjective experiences of interpreting for refugees in person and via telephone in health and behavioural health settings in the United States. In: *Health & social care in the community* n. 5, 24, pp. 649–656. DOI: 10.1111/hsc.12270.
- Dueweke, A. R.; Bridges, A. J.; Gomez, D. P. (2016): The Effects of Interpreter Use on Agreement Between Clinician- and Self-Ratings of Functioning in Hispanic Integrated Care Patients. In: *Journal of immigrant and minority health* n. 6, 18, pp. 1547–1550. DOI: 10.1007/s10903-015-0288-8.
- Duncan, B. L.; Moynihan, D. W. (1994): Applying outcome research: Intentional utilization of the client's frame of reference. In: *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* n. 2, 31, pp. 294–301. DOI: 10.1037/h0090215.
- Ebert, A.; Dyck, M. J. (2004): The experience of mental death: the core feature of complex posttraumatic stress disorder. In: *Clinical psychology review* n. 6, 24, pp. 617–635. DOI: 10.1016/j.cpr.2004.06.002.
- Elghezouani, A. (2010): Modélisation des pratiques psychothérapeutiques avec des migrants allophones. In: *Psychothérapies* n. 1, 30, p. 15. DOI: 10.3917/psys.101.0015.
- Engstrom, D. W.; Roth, T.; Hollis, J. (2010). The use of interpreters by torture treatment providers. In: *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work: Innovation in Theory, Research & Practice*, n. 19(1), pp. 54–72. DOI:10.1080/15313200903547749.
- Erhardt, I. (2014): *Bezogenheit und Differenzierung in der therapeutischen Dyade. Eine empirische Untersuchung von psychoanalytischen und psychotherapeutischen Veränderungsprozessen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Erim, Y.; Morawa, E. (2016): Psychotherapie mit Migranten und traumatisierten Geflüchteten. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* n. 9-10, 66, pp. 397–409. DOI: 10.1055/s-0042-115412.
- Erim, Y.; Senf, W. (2002): Psychotherapie mit Migranten. In: *Psychotherapeut* n. 6, 47, pp. 336–346. DOI: 10.1007/s00278-002-0269-y.
- Europäisches Parlament und Rat (26.06.2013): Richtlinie (EU) 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen. 2013/33/EU. Fundstelle: ABl. L 180, p. 106. Verfügbar online unter <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:DE:PDF> (letzter Zugriff: 06.09.2020).

- Farooq, S.; Fear, C. (2003): Working through interpreters. In: *Advances in Psychiatric Treatment* n. 2, 9, pp. 104–109. DOI: 10.1192/apt.9.2.104.
- Fatahi, N.; Hellström, M.; Skott, C.; Mattsson, B. (2008): General practitioners' views on consultations with interpreters: a triad situation with complex issues. In: *Scandinavian journal of primary health care* n. 1, 26, pp. 40–45. DOI: 10.1080/02813430701877633.
- Faul, F.; Erdfelder, E.; Buchner, A.; Lang, A.-G. (2009): Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. In: *Behavior Research Methods* n. 41, pp. 1149–1160. Online verfügbar unter: www.psychologie.hhu.de/arbeitsgruppen/allgemeine-psychologie-und-arbeitspsychologie/gpower (Letzter Zugriff: 21.10.2022)
- Fenton, L. R.; Cecero, J. J.; Nich, Ch.; Frankforter, T. L.; Carroll, K. M. (2001): Perspective Is Everything: The Predictive Validity of Six Working Alliance Instruments. In: *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* n. 4, 10, pp. 262–268.
- Fetscher, R. (1998): Die Bündniskonzepte. In: *Forum der Psychoanalyse* n. 3, 14, pp. 203–224. DOI: 10.1007/s004510050016.
- Flory, L. (2017): Traumasensibler und empowernder Umgang mit Geflüchteten. Ein Praxisleitfaden. Hg: BAfF e.V. Berlin. Verfügbar online unter: www.baff-zentren.org (letzter Zugriff: 06.09.2020).
- Flynn, P. M.; Ridgeway, J. L.; Wieland, M. L.; Williams, M. D.; Haas, L. R.; Kremers, W. K.; Breitkopf, C. Radecki (2013): Primary care utilization and mental health diagnoses among adult patients requiring interpreters: a retrospective cohort study. In: *Journal of general internal medicine* n. 3, 28, pp. 386–391. DOI: 10.1007/s11606-012-2159-5.
- Fonagy, P.; Luyten, P.; Allison, E. (2015): Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: a new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. In: *Journal of Personality Disorders* n. 29 (5), pp. 575–609. DOI: 10.1521/pedi.2015.29.5.575.
- Fonagy, P.; Luyten, P.; Allison, E.; Campbell, C. (2017): What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. In: *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* n. 4:9. DOI: 10.1186/s40479-017-0062-8.

- Fondacaro, K. M.; Harder, V. S. (2014): Connecting Cultures: A training model promoting evidence-based psychological services for refugees. In: *Training and education in professional psychology* n. 4, 8, pp. 320–327. DOI: 10.1037/tep0000071.
- Freud, S. (1917): Die analytische Therapie. In: *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Gesammelte Werke, Bd. XI, Frankfurt a.M.: Fischer
- Freud, S. (2006): *Zur Dynamik der Übertragung. Behandlungstechnische Schriften* (3. Aufl.). Frankfurt a. M.: Fischer.
- Friedman, M. J.; Resick, P. A.; Bryant, R. A.; Strain, J.; Horowitz, M.; Spiegel, D. (2011): Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. In: *Depression and anxiety* n. 9, 28, pp. 737–749. DOI: 10.1002/da.20845.
- Frischenschlager, O. (1995): Die therapeutische Beziehung in der Psychoanalyse. In: *Psychotherapie Forum* n. 3, pp. 159–169.
- Fryer, C. E.; Mackintosh, S. F.; Stanley, M. J.; Crichton, J. (2013): 'I understand all the major things': how older people with limited English proficiency decide their need for a professional interpreter during health care after stroke. In: *Ethnicity & health* n. 6, 18, pp. 610–625. DOI: 10.1080/13557858.2013.828830.
- Gäbel, U.; Ruf, M.; Schauer, M.; Odenwald, M.; Neuner, F. (2006): Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* n. 1, 35, pp. 12–20. DOI: 10.1026/1616-3443.35.1.12.
- Gartley, T.; Due, C. (2017): The Interpreter Is Not an Invisible Being: A Thematic Analysis of the Impact of Interpreters in Mental Health Service Provision with Refugee Clients. In: *Australian Psychologist* n. 1, 52, pp. 31–40. DOI: 10.1111/ap.12181.
- Gerrish, K. (2001): The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their carers. In: *Journal of advanced nursing* n. 5, 33, pp. 566–574. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01674.x.
- Ghaderi, C.; Eppenstein, Th. (Hg.) (2017): *Flüchtlinge*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Gleiser, K.; Ford, J. D.; Fosha, D. (2008): Contrasting exposure and experiential therapies for complex posttraumatic stress disorder. In: *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* n. 3, 45, pp. 340–360. DOI: 10.1037/a0013323.

- Gräfe, K.; Zipfel, S. Herzog, W.; Löwe, B. (2004): Screening psychischer Störungen mit dem “Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)”. In: *Diagnostica* n. 4, 50, pp. 171–181. DOI: 10.1026/0012-1924.50.4.171.
- Greenhalgh, T.; Robb, N.; Scambler, G. (2006): Communicative and strategic action in interpreted consultations in primary health care: a Habermasian perspective. In: *Social science & medicine (1982)* n. 5, 63, pp. 1170–1187. DOI: 10.1016/j.socsci-med.2006.03.033.
- Greenson, R. R. (1965): The working alliance and the transference neurosis. In: *The Psychoanalytic Quarterly* n. 34(2), pp. 155–179.
- Greenson, R. R. (2008): *The Technique and Practice of Psychoanalysis, Volume I*. London, New York: Routledge.
- Hadziabdic, E.; Albin, B.; Hjelm, K. (2014): Arabic-speaking migrants' attitudes, opinions, preferences and past experiences concerning the use of interpreters in healthcare: a postal cross-sectional survey. In: *BMC research notes*, 7, p. 71. DOI: 10.1186/1756-0500-7-71.
- Haene, L. de; Rousseau, C.; Kevers, R.; Deruddere, N.; Rober, P. (2018): Stories of trauma in family therapy with refugees: Supporting safe relational spaces of narration and silence. In: *Clinical Child Psychology and Psychiatry* n. 2, 23, pp. 258–278. DOI: 10.1177/1359104518756717.
- Haenel, F. (1997): Spezielle Aspekte und Probleme in der Psychotherapie mit Folteropfern unter Beteiligung von Dolmetschern. In: *Systhema* n. 2, 11, pp. 136–144.
- Hanft-Robert, S.; Lindberg, L; Mösko, M; Carlsson, J. (2023): A balancing act: how interpreters affect the therapeutic alliance in psychotherapy with trauma-affected refugees—a qualitative study with therapists. In: *Frontiers in Psychology* n. 14. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1175597.
- Hanft-Robert, S.; Janis Pohontsch, N.; Uhr, C.; Redlich, A.; Metzner, F. (2022): Therapeutic Alliance in Interpreter-Mediated Psychotherapy from the Perspective of Refugee Patients: Results of Qualitative Interviews. In: *Verhaltenstherapie* n. 32 (Suppl. 1), pp. 190–198. DOI: 10.1159/000517136
- Hanft-Robert, S.; Römer, M.; Morgenroth, O.; Redlich, A.; Metzner, F. (2018): Handlungsempfehlungen für die dolmetschergestützte Psychotherapie mit Flüchtlingen und

- Asylbewerber: Ergebnisse qualitativer Interviews mit Psychotherapeuten und Dolmetschern zu Chancen und Herausforderungen in der Triade. In: *Verhaltenstherapie* n. 2, 28, pp. 73–81. DOI: 10.1159/000480667.
- Hassan H; Blackwood L. (2021): (Mis)recognition in the Therapeutic Alliance: The Experience of Mental Health Interpreters Working With Refugees in U.K. Clinical Settings. In: *Qualitative Health Research* n. 31(2), pp. 399-410. DOI: 10.1177/1049732320966586.
- Heatherington, L; Friedlander, M; Diamond, G.; Escudero, V.; Pinsof, W. (2014). 25 Years of systemic therapies research: Progress and promise. In: *Psychotherapy Research* n. 25: 3, pp. 348-364. DOI: 10.1080/10503307.2014.983208.
- Hersoug, A. G.; Monsen, J. T.; Havik, Odd E.; Høglend, P. (2002): Quality of early working alliance in psychotherapy: diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. In: *Psychotherapy and psychosomatics* n. 1, 71, pp. 18–27. DOI: 10.1159/000049340.
- Hillier, S.; Loshak, R.; Rahman, S.; Marks, F. (1994): An evaluation of child psychiatric services for Bangladeshi parents. In: *Journal of Mental Health* n. 3, 3, pp. 327–337. DOI: 10.3109/09638239408997944.
- Hodgdon, H. B.; Kinniburgh, K.; Gabowitz, D.; Blaustein, M. E.; Spinazzola, J. (2013): Development and Implementation of Trauma-Informed Programming in Youth Residential Treatment Centers Using the ARC Framework. In: *Journal of Family Violence* n. 7, 28, pp. 679–692. DOI: 10.1007/s10896-013-9531-z.
- Horvath, A. O.; Del Re, A. C.; Flückiger, Ch.; Symonds, D. (2011): Alliance in individual psychotherapy. In: *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* n. 1, 48, pp. 9–16. DOI: 10.1037/a0022186.
- Horvath, A. O.; Luborsky, L. (1993): The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* n. 4, 61, pp. 561–573. DOI: 10.1037/0022-006X.61.4.561.
- Hsieh, E.; Hong, S. J. (2010): Not all are desired: providers' views on interpreters' emotional support for patients. In: *Patient education and counseling* n. 2, 81, pp. 192–197. DOI: 10.1016/j.pec.2010.04.004.

- Hsieh, E.; Pitaloka, D.; Johnson, A. J. (2013): Bilingual health communication: distinctive needs of providers from five specialties. In: *Health communication* n. 6, 28, pp. 557–567. DOI: 10.1080/10410236.2012.702644.
- Jankovic, J.; Bremner, S.; Bogic, M.; Lecic-Tosevski, D.; Ajdukovic, D.; Franciskovic, T. et al. (2013): Trauma and suicidality in war affected communities. In: *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists* n. 8, 28, pp. 514–520. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2012.06.001.
- Joksimovic, L. (2010): Psychotherapeutische Institutsambulanzen für Migranten und Flüchtlinge. In: *PiD - Psychotherapie im Dialog* n. 04, 11, pp. 341–345. DOI: 10.1055/s-0030-1248640.
- Joksimovic, L.; Karger, A.; Kunzke, D.; Schröder, M. (2017): Flüchtlinge als Patienten. In: C. Ghaderi, Th. Eppenstein (Hg.): *Flüchtlinge*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, pp. 291–304.
- Joksimovic, L.; Kruse, J. (2017): Stabilisierende psychodynamische Traumatherapie für Flüchtlinge: Ein Leitfaden für das therapeutische Vorgehen bei PTBS und Somatisierung. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* n. 3-04, 67, pp. 142–151. DOI: 10.1055/s-0042-120270.
- Jung, C.G. (1997): *Die Psychologie der Übertragung: Erläutert anhand einer alchemistischen Bilderserie* (3. Aufl.). München: dtv.
- Kamplung, H.; Kruse, J.; Lampe, A.; Nolte, T.; Hettich, N.; Brähler, E. et al. (2022): Epistemic trust and personality functioning mediate the association between adverse childhood experiences and posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in adulthood. In: *Front Psychiatry* 13:919191. DOI: 10.3389/fpsy.2022.919191
- Karato, Yukako (2023): *Flucht und Gewalt. Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland 2023*. Hg: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V. Berlin. Verfügbar online unter: https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2023/06/BAfF_Versorgungsbericht2023.pdf (Letzter Zugriff: 26.06.2023)
- Karger, A.; Lindtner-Rudolph, H.; Mroczynski, R.; Ziem, A.; Joksimovic, L. (2017): „Wie fremd ist mir der Patient?“. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* n. 3, 63, pp. 280–296. DOI: 10.13109/zptm.2017.63.3.280.

- Katz-Bernstein, N. (1996): Das Konzept des „Safe Place“ – ein Beitrag zur Praxeologie Integrativer Kinderpsychotherapie. In: B. Metzmacher, H. G. Petzold & H. Zaepfel (Hg.), *Praxis der Integrativen Kindertherapie, Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis*. Band 2 (S. 111-142). Paderborn: Junfermann.
- Keilson, H. (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden. Stuttgart: Enke.
- Keilson, H. (2005): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kießl, G.; Meißner, T.; Romer, G.; Möller, B. (2017): Dolmetschereinsatz in der Arbeit mit geflüchteten Kindern, Jugendlichen, ihren Familien und Bezugspersonen im psychotherapeutischen Versorgungskontext. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* n. 4, 66, pp. 304–312. DOI: 10.13109/prkk.2017.66.4.304.
- Kindermann, D.; Schmid, C.; Derreza-Greeven, C.; Huhn, D.; Kohl, Rupert, M.; Junne, F. et al. (2017): Prevalence of and Risk Factors for Secondary Traumatization in Interpreters for Refugees: A Cross-Sectional Study. In: *Psychopathology* n. 4, 50, pp. 262–272. DOI: 10.1159/000477670.
- Kirmayer, L. J.; Fung, K.; Rousseau, C.; Lo, H. T.; Menzies, P.; Guzder, J. et al. (2021): Guidelines for Training in Cultural Psychiatry. In: *The Canadian Journal of Psychiatry* n. 2, 66, pp. 195–246. DOI: 10.1177/0706743720907505.
- Kleefeldt, E.; Wolff, B.; Carlo, L. de (2016): Flüchtlinge in unserer Praxis. Informationen für ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen. Hg: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer - BAfF e.V. Berlin. Verfügbar online unter: www.baff-zentren.org (letzter Zugriff: 20.09.2020).
- Kline, F.; Acosta, F. X.; Austin, W.; Johnson, R. G. (1980): The misunderstood Spanish-speaking patient. In: *The American journal of psychiatry* n. 12, 137, pp. 1530–1533. DOI: 10.1176/ajp.137.12.1530.
- Kluge, U.; Kassim, N. (2006): "Der Dritte im Raum". Chancen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturmittlern in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In: E. Wohlfart e M. Zaumseil (Hg.): *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis*. Berlin: Springer, pp. 177–198.

- Krampe, H.; Wagner, T.; Küfner, H.; Jahn, H.; Stawicki, S.; Reinhold, J. et al. (2004): Therapist rotation--a new element in the outpatient treatment of alcoholism. In: *Substance use & misuse* n. 1, 39, pp. 135–178. DOI: 10.1081/JA-120027769.
- Kroenke, K.; Spitzer, R. L.; Williams, J. B. (2001): The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. In: *Journal of general internal medicine* n. 9, 16, pp. 606–613. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
- Kroenke, K.; Spitzer, R. L.; Williams, J. B. W. (2002): The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. In: *Psychosomatic medicine* n. 2, 64, pp. 258–266. DOI: 10.1097/00006842-200203000-00008.
- Kruse, J.; Joksimovic, L.; Cavka, M.; Wöller, W.; Schmitz, N. (2009): Effects of trauma-focused psychotherapy upon war refugees. In: *Journal of traumatic stress* n. 6, 22, pp. 585–592. DOI: 10.1002/jts.20477.
- Krystallidou, D.; Bylund, C. L.; Pype, P. (2020): The professional interpreter's effect on empathic communication in medical consultations: A qualitative analysis of interaction. In: *Patient education and counseling* n. 3, 103, pp. 521–529. DOI: 10.1016/j.pec.2019.09.027.
- Kuay, J.; Chopra, P.; Kaplan, I.; Szwarc, J. (2015): Conducting psychotherapy with an interpreter. In: *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* n. 3, 23, pp. 282–286. DOI: 10.1177/1039856215581294.
- Kullgard, N.; Holmqvist, R.; Andersson, G. (2022): Premature Dropout From Psychotherapy: Prevalence, Perceived Reasons and Consequences as Rated by Clinicians. In: *Clinical Psychology in Europe* n. 4(2). DOI: 10.32872/cpe.6695.
- Laban, C. J.; Gernaat, H. B. P. E.; Komproe, I. H.; Schreuders, B. A.; Jong, J. T. V. M. de (2004): Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. In: *The Journal of nervous and mental disease* n. 12, 192, pp. 843–851. DOI: 10.1097/01.nmd.0000146739.26187.15.
- LaCrosse, M. B. (1980): Perceived counselor social influence and counseling outcomes: Validity of the Counselor Rating Form. In: *Journal of Counseling Psychology* n. 4, 27, pp. 320–327. DOI: 10.1037/0022-0167.27.4.320.
- Lambert, J. E.; Alhassoon, O. M. (2015): Trauma-focused therapy for refugees: meta-analytic findings. In: *Journal of Counseling Psychology* n. 1, 62, pp. 28–37. DOI: 10.1037/cou0000048.

- Lawson, D. M.; Davis, D.; Brandon, S. (2013): Treating complex trauma: critical interventions with adults who experienced ongoing trauma in childhood. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* n. 3, 50, pp. 331–335. DOI: 10.1037/a0032677.
- Löwe, B.; Decker, O.; Müller, S.; Brähler, E.; Schellberg, D.; Herzog, W.; Herzberg, Ph. Y. (2008): Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. In: *Medical care* n. 3, 46, pp. 266–274. DOI: 10.1097/MLR.0b013e318160d093.
- Löwe, B.; Spitzer, R. L.; Zipfel, S.; Herzog, W. (2002): *PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten. Manual Komplettversion und Kurzfassung. Autorisierte deutsche Version des „Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)“*. Karlsruhe: Pfizer.
- Luborsky, L. (1976): Helping alliance in psychotherapy. In: J. L. Cleghorn (Ed.): *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Maercker, A.; Hecker, T.; Augsburger, M.; Kliem, S. (2018): ICD-11 Prevalence Rates of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in a German Nationwide Sample. In: *The Journal of nervous and mental disease* n. 4, 206, pp. 270–276. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000790.
- Miletic, T.; Piu, M.; Minas, H.; Stankovska, M.; Stolk, Y.; Klimidis, S. (2006): *Guidelines for Working Effectively with Interpreters in Mental Health Settings*, Victoria, Australia: Victorian Transcultural Psychiatry Unit.
- Miller, K. E.; Martell, Z. L.; Pazdirek, L.; Caruth, Me.; Lopez, D. (2005): The role of interpreters in psychotherapy with refugees: an exploratory study. In: *The American journal of orthopsychiatry* n. 1, 75, pp. 27–39. DOI: 10.1037/0002-9432.75.1.27.
- Mirdal, G. M.; Ryding, E.; Essendrop Sondej, M. (2012): Traumatized refugees, their therapists, and their interpreters: three perspectives on psychological treatment. In: *Psychology and psychotherapy* n. 4, 85, pp. 436–455. DOI: 10.1111/j.2044-8341.2011.02036.x.
- Mofrad, L.; Webster, L. A. D. (2012): The treatment of depression and simple phobia through an interpreter in the North East of England: a case study. In: *The Cognitive Behaviour Therapist* n. 4, 5, pp. 102–111. DOI: 10.1017/S1754470X13000044.
- Morina, N.; Maier, T.; Schmid Mast, M. (2010): Lost in translation?-Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* n. 3-4, 60, pp. 104–110. DOI: 10.1055/s-0029-1202271.

- North, C. S.; Surís, A. M.; Smith, R. P.; King, R. V. (2016): The evolution of PTSD criteria across editions of DSM. In: *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists* n. 3, 28, pp. 197–208.
- Nübling, R.; Kraft, M.; Henn, J.; Kriz, D.; Lutz, W.; Schmidt, J. et al. (2017): Psychometrische Überprüfung des Helping Alliance Questionnaire (HAQ) in unterschiedlichen Versorgungssettings. In: *Psychotherapie, Psychiatrie, medizinische Psychologie* n. 11, 67, pp. 465–476. DOI: 10.1055/s-0043-111083.
- O'Hara, M.; Akinsulure-Smith, A. M. (2011): Working with interpreters: tools for clinicians conducting psychotherapy with forced immigrants. In: *International Journal of Migration, Health and Social Care* n. 1, 7, pp. 33–43. DOI: 10.1108/17479891111176287.
- Paone, T. R.; Malott, K. M. (2008): Using Interpreters in Mental Health Counseling: A Literature Review and Recommendations. In: *Journal of Multicultural Counseling and Development* n. 3, 36, pp. 130–142. DOI: 10.1002/j.2161-1912.2008.tb00077.x.
- Pearlman, L. A.; Courtois, C. A. (2005): Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. In: *Journal of Traumatic Stress* n. 5, 18, pp. 449–459. DOI: 10.1002/jts.20052.
- Pederson, A.; Nuetzman, E.; Gubbels, J.; Hummel, L. (2018): Remembrance and Resilience: How the Bodyself responds to Trauma. In: *Zygon* n. 4, 53, pp. 1018–1035. DOI: 10.1111/zygo.12474.
- Perkonigg, A.; Kessler, R. C.; Storz, S.; Wittchen, H. U. (2000): Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* n. 1, 101, pp. 46–59. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x.
- Perlin, M-L. (1991): Power imbalances in therapeutic and forensic relationships. In: *Behavioral sciences & the law* n. 2, 9, pp. 111–128. DOI: 10.1002/bsl.2370090203.
- Piegler, T. (2003): Macht, Ohnmacht und Machtmissbrauch in psychotherapeutischen Beziehungen. In: *Psychotherapie Forum* n. 3, 11, pp. 107–112.
- Polcher, K.; Calloway, S. (2016): Addressing the Need for Mental Health Screening of Newly Resettled Refugees: A Pilot Project. In: *Journal of primary care & community health* n. 3, 7, pp. 199–203. DOI: 10.1177/2150131916636630.

- Raval, H. (1996): A Systemic Perspective on Working with Interpreters. In: *Clinical Child Psychology and Psychiatry* n. 1, 1, pp. 29–43. DOI: 10.1177/1359104596011004.
- Raval, H. (2003): Therapists' Experiences of Working with Language Interpreters. In: *International Journal of Mental Health* n. 2, 32, pp. 6–31. DOI: 10.1080/00207411.2003.11449582.
- Robert Koch-Institut (2017): *Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland*. Online verfügbar unter: edoc.rki.de (letzter Zugriff: 15.10.2021). DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-005.
- Rogers, C. R. (1951): *Client-centered Therapy*. Cambridge: Riverside Press.
- Rogers, C.R. (1957): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 21 (2), pp. 95-103. DOI: 10.1037/h0045357.
- Röhner, J.; Schütz, A. (2016): Klassische Kommunikationsmodelle. In: J. Röhner, A. Schütz (Hg.): *Psychologie der Kommunikation*, t. 32, pp. 19–38. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Sander, R.; Laugesen, H.; Skammeritz, S.; Mortensen, E. L.; Carlsson, J. (2019): Interpreter-mediated psychotherapy with trauma-affected refugees - A retrospective cohort study. In: *Psychiatry research*, 271, pp. 684–692. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.12.058.
- Scheffer, T. (1997): Dolmetschen als Darstellungsproblem. Eine ethnographische Studie zur Rolle der Dolmetscher in Asylanhörungen. In: *Zeitschrift für Soziologie* n. 3, 16, pp. 159–180.
- Schmidt, S.; Muehlan, H.; Brähler, E. (2016): *AAS-R. Revised Adult Attachment Scale. Deutsche Version*. Göttingen: Hogrefe.
- Schroder-Pfeifer, P.; Talia, A.; Volkert, J.; Taubner, S. (2018): Developing an assessment of epistemic trust: a research protocol. In: *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* n. 21 (3), pp. 123-131. DOI: 10.4081/ripppo.2018.330.
- Schweitzer, R.; van Wyk, S.; Murray, K. (2015): Therapeutic practice with refugee clients: A qualitative study of therapist experience. In: *Counselling and Psychotherapy Research* n. 2, 15, pp. 109–118. DOI: 10.1002/capr.12018.
- Scott-Bell, A.; Allen-Baker, G.; Howatson, G.; Kiernan, M.; Wippich, A.; Farrell, D. (2023): Eye movement desensitization reprocessing as a treatment for PTSD in conflict-affected

- areas. In: *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. DOI: 10.1037/tra0001430.
- Searight, H. R.; Searight, B. K. (2009): Working with foreign language interpreters: Recommendations for psychological practice. In: *Professional Psychology: Research and Practice* n. 5, 40, pp. 444–451. DOI: 10.1037/a0016788.
- Semmlinger, V.; Takano, K.; Schumm, H.; Ehring, T. (2021): Dropout From Psychological Interventions for Refugees and Asylum Seekers: A Meta-Analysis. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* n. 89 (9), pp. 717–730. DOI: 10.1037/ccp0000681.
- Shannon, P. J.; Vinson, G. A.; Cook, T. L.; Lennon, E. (2016): Characteristics of Successful and Unsuccessful Mental Health Referrals of Refugees. In: *Administration and policy in mental health* n. 4, 43, pp. 555–568. DOI: 10.1007/s10488-015-0639-8.
- Shonfeld-Ringel, S. (2001): A re-conceptualisation of the working alliance in cross-cultural practice with non-western clients: integrating relational perspectives and multicultural theories. In: *Clinical Social Work Journal* n. 1, 29, pp. 53–63. DOI: 10.1023/a:1005258511296.
- Shrestha-Ranjit, J.; Payne, D.; Koziol-McLain, J.; Crezee, I.; Manias, E. (2020): Availability, accessibility, acceptability, and quality of interpreting services to refugee women in New Zealand. In: *Qualitative Health Research* n. 30, pp. 1697–1709. DOI:10.1177/1049732320924360.
- Simmel, Georg (2013): *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung* (7. Aufl.). Berlin: Duncker & Humblot.
- Slobodin, O.; Ghane, S.; Jong, J.T.V.M de (2018): Developing a culturally sensitive mental health intervention for asylum seekers in the Netherlands: A pilot study. In: *Intervention* n. 2, 16, p. 86. DOI: 10.4103/INTV.INTV_2_18.
- Slobodin, O.; Jong, J. T. V. M. de (2015): Family interventions in traumatized immigrants and refugees: A systematic review. In: *Transcultural psychiatry* n. 6, 52, pp. 723–742. DOI: 10.1177/1363461515588855.
- Slone, N. C.; Owen, J. (2015): Therapist alliance activity, therapist comfort, and systemic alliance on individual psychotherapy outcome. In: *Journal of Psychotherapy Integration* n. 4, 25, pp. 275–288. DOI: 10.1037/a0039562.

- Stargell, N. A. (2017): Therapeutic Relationship and Outcome Effectiveness: Implications for Counselor Educators. In: *Journal of Counselor Preparation and Supervision*. DOI: 10.7729/92.1164.
- Sterrett, S. E. (2015): Interprofessional Learning as a Third Space: Rethinking Health Profession Students' Development and Identity through the Concepts of Homi Bhabha. In: *Humanities* n. 4, pp. 653–660. DOI:10.3390/h4040653.
- Storck, T.; Brakemeier, E. L. (2017): Sprache und Fremdheit in der interkulturellen dolmetschergestützten Psychotherapie. In: *Psychotherapeut* n. 4, 62, pp. 291–298. DOI: 10.1007/s00278-017-0209-5.
- Storck, T.; Schouler-Ocak, M.; Brakemeier, E. L. (2016): „Words don't come easy“. In: *Psychotherapeut* n. 6, 61, pp. 524–529. DOI: 10.1007/s00278-016-0149-5.
- Strong, S. R. (1968): Counseling: An interpersonal influence process. In: *Journal of Counseling Psychology* n. 3, 15, pp. 215–224. DOI: 10.1037/h0020229.
- Sullivan, J. M.; Lawson, D. M.; Akay-Sullivan, S. (2020): Insecure Attachment and Therapeutic Bond as Mediators of Social, Relational, and Social Distress and Interpersonal Problems in Adult Females with Childhood Sexual Abuse History. In: *Journal of child sexual abuse* n. 6, 29, pp. 659–676. DOI: 10.1080/10538712.2020.1751368.
- Swift, J.K.; Greenberg, R.P.(2012): Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* n. 80(4), pp. 547-59. DOI: 10.1037/a0028226
- Tagay, S.; Erim, Y.; Möllering, A.; Stoelk, B.; Mewes, R.; Senf, W. (2006): Das Essener Trauma-Inventar (ETI) – Ein Screeninginstrument zur Identifikation traumatischer Ereignisse und Posttraumatischer Störungen. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* n. 02, 56. DOI: 10.1055/s-2006-934318.
- Tagay, S.; Senf, W. (2014): *Essener Trauma Inventar. Eine Verfahrensfamilie zur Identifikation von traumatischen Ereignissen und Traumafolgestörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Tomm, K. (2018). *Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung in der systemischen Therapie* (6. Aufl.
- Tong, J.; Simpson, K.; Alvarez-Jimenez, M.; Bendall, S. (2019): Talking about trauma in therapy: Perspectives from young people with post-traumatic stress symptoms and first

- episode psychosis. In: *Early intervention in psychiatry* n. 5, 13, pp. 1236–1244. DOI: 10.1111/eip.12761.
- Tribe, R.; Thompson, K. (2008): *Working with interpreters in health settings. Guidelines for psychologists*. Leicester: British Psychological Society.
- Tribe, R.; Thompson, K. (2009): Exploring the Three-Way Relationship in Therapeutic Work with Interpreters. In: *International Journal of Migration, Health and Social Care* n. 2, 5, pp. 13–21. DOI: 10.1108/17479894200900009.
- Tribe, R.; Thompson, K. (2009): Opportunity for Development or Necessary Nuisance? The Case for Viewing Working with Interpreters as a Bonus in Therapeutic Work. In: *International Journal of Migration, Health and Social Care* n. 2, 5, pp. 4–12. DOI: 10.1108/17479894200900008.
- Ullrich, H. E. (2019): Culture, Empathy, and the Therapeutic Alliance. In: *Psychodynamic psychiatry* n. 4, 47, pp. 425–440. DOI: 10.1521/PDPS.2019.47.4.425.
- United Nation: Methodology. Standard country or area codes for statistical use (M49). Department of Economic and Social Affairs. Statistics Division. Verfügbar online unter <https://unstats.un.org/unsd/methodology/m49/> (letzter Zugriff: 20.09. 2020).
- Üstün, T. B. (2010): *Measuring health and disability. Manual for WHO disability assessment schedule / WHODAS 2.0*. Genf: World Health Organization.
- van Minnen, A.; Hendriks, L.; Kleine, R. de; Hendriks, G. J.; Verhagen, M.; Jongh, A. de (2018): Therapist rotation: a novel approach for implementation of trauma-focused treatment in post-traumatic stress disorder. In: *European Journal of Psychotraumatology* n. 1, 9, p. 1492836. DOI: 10.1080/20008198.2018.1492836.
- van Nieuwenhove, K.; Meganck, R. (2019): Interpersonal Features in Complex Trauma Etiology, Consequences, and Treatment: A Literature Review. In: *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* n. 8, 28, pp. 903–928. DOI: 10.1080/10926771.2017.1405316.
- Varker, T.; Jones, K.; Arjmand, H.; Hinton, M.; Hiles, S.; Freijah, I. et al. (2021): Dropout from guideline-recommended psychological treatments for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. In: *Journal of Affective Disorders Reports* n.4. DOI: 10.1016/j.jadr.2021.100093.

- Vasquez, M. J. T. (2007): Cultural difference and the therapeutic alliance: an evidence-based analysis. In: *The American psychologist* n. 8, 62, pp. 875–885. DOI: 10.1037/0003-066X.62.8.878.
- Villalobos B.; Bridges A.; Anastasia E.; Ojeda C.; Rodriguez J.; Gomez D. (2016): Effects of language concordance and interpreter use on therapeutic alliance in Spanish-speaking integrated behavioral health care patients. In: *Psychological Services* n.13(1), pp. 49-59. DOI: 10.1037/ser0000051
- Watzlawick, P.; Beavin, J. H.; Jackson, D. D. (2007): *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien* (11. Aufl.). Bern: H. Huber.
- Weaver, W.; Shannon, C. E. (1975): *The mathematical theory of communication*. 6. Aufl. Urbana, USA: University of Illinois Press.
- Wierzbicki, M.; Pekarik, G. A. (1993): A meta-analysis of psychotherapy drop-out. In: *Professional Psychology, Research and Practice* n. 24 (2), pp. 190–195. DOI: 10.1037/0735-7028.24.2.190
- Wilhelmsson Göstas, M.; Wiberg, B.; Engström, I.; Kjellin, L. (2012): Self-reported anxious- and avoidant-related attachment correlated to interpersonal problems by patients starting psychotherapy. In: *European Journal of Applied Physiology* n. 1, 8. DOI: 10.7790/ejap.v8i1.261.
- Winnicott, D. (1960): The theory of the parent-child relationship. In: *The International Journal of Psychoanalysis* n. 41, pp. 585-595.
- Wohlfart, E.; Zaumseil, M. (Hg.) (2006): *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis*. Berlin: Springer.
- World Health Organization (WHO) (2023): International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11) 2019/2021. Verfügbar unter: <https://icd.who.int/browse11>. Licensed under Creative Commons Attribution-NoDerivatives 3.0 IGO licence (CC BY-ND 3.0 IGO).
- Zetzel, E. R. (1956): Current concepts of transference. In: *The International Journal of Psychoanalysis* n. 37, pp. 369–375.
- Zorzella, K. P. M.; Muller, R. T.; Classen, C. C. (2014): Trauma group therapy: the role of attachment and therapeutic alliance. In: *International journal of group psychotherapy* n. 1, 64, pp. 24–47. DOI: 10.1521/ijgp.2014.64.1.24.

8. Abbildungen & Tabellen

Abb. 1: Schematische Darstellung des Kommunikationsmodells nach Shannon und Weaver (1975).	17
Abb. 2: Die Funktion des Dolmetschers im Encoding-Decoding-Prozess.	18
Abb. 3: Die Axiome 1 und 3 von Watzlawick in der Interaktion Patient- Therapeut- Dolmetscher	20
Abb. 4: Die Axiome 2 und 4 von Watzlawick in der Interaktion Patient – Therapeut - Dolmetscher	20
Abb. 5: Das 5. Axioms von Watzlawick in der Interaktion Patient- Therapeut- Dolmetscher	21
Abb. 6: Das Kommunikationsmodell von Watzlawick in der Interaktion Patient-Therapeut-Dolmetscher	22
Abb. 7: Schematische Darstellung des Modells der “dynamischen Triangulierung”.	24
Abb. 8: Schematische Darstellung des “black box” Modells.	25
Abb. 9: Schematische Darstellung des “team” Modells.	25
Abb. 10: Zusammenhang von Trauma/ Flucht und erschwertem Beziehungsaufbau	29
Abb. 11: Studienaufbau und Gruppenzuteilung	39
Abb. 12: Auswertungsschema des HAQ-Fragebogens	45
Abb. 13: Herkunftsländer und -regionen	52
Abb. 14: Bildungsstand	53
Abb. 15: Sprachkenntnisse	54
Abb. 16: Hauptdiagnose	56
Abb. 17: Psychopharmakologische Therapie	57
Abb. 18: Einschätzung der therapeutischen Beziehung (Vergleich der Gruppe mit SIM vs. ohne SIM)	59
Abb. 19: Einschätzung der therapeutischen Beziehung (HAQ) innerhalb der Gruppe mit SIM	63
Abb. 20: Einschätzung der therapeutischen Beziehung (Patient $\leftrightarrow$ Therapeut)	64
Abb. 21: Einschätzung der therapeutischen Beziehung (Patient $\leftrightarrow$ SIM)	66
Abb. 22: Einschätzung der therapeutischen Beziehung (Therapeut/SIM $\leftrightarrow$ Patient)	67
Abb. 23: Einschätzung der therapeutischen Beziehung (Patient $\leftrightarrow$ SIM/Therapeut)	69
Abb. 24: Einschätzung der therapeutischen Beziehung (Patient $\leftrightarrow$ Therapeut)	71
Abb. 25: Entwicklung der depressiven Symptomatik im Zeitraum t0-t1	73
Abb. 26: Entwicklung der Angst-Symptomatik im Zeitraum t0-t1	74
Abb. 27: Entwicklung der Funktionseinschränkung im Zeitraum t0-t1	74
Abb. 28: Entwicklung der Traumasymptomatik im Zeitraum t0-t1	75
Abb. 29: Entwicklung der körperlichen Beschwerden im Zeitraum t0-t1	75
Abb. 30: Mittlere prozentuale Symptombesserung im Zeitraum t0-t1	75
Abb. 31: Signifikante Korrelationen der therapeutischen Beziehung (HAQ-P) zu Depressivität (PHQ-9) und Traumasymptomatik (ETI-PTSD)	75
Abb. 32: Darstellung des “blinden Flecks” der HAQ-Auswertung	83

Tab. 1: Messinstrumente zu den Zeitpunkten t0 und t1	39
Tab. 2: Soziodemographische Merkmale	51
Tab. 3: Traumasymptomatik und PTBS	55
Tab. 4: Bindungsstruktur: Angst und Vertrauen.....	55
Tab. 5 Behandlungspfad.....	57
Tab. 6: Items der HAQ-Summenskala für Patienten	60
Tab. 7: Items der HAQ-Summenskala für Therapeuten	61
Tab. 8: Items der HAQ-Summenskala von Patient und Therapeut.....	65
Tab. 9: Items der HAQ-Summenskala für Therapeuten und Dolmetscher	68
Tab. 10: Items der Skala HAQ-Erfolgswilligkeit für Patienten	70
Tab. 11: Symptomatik zum Zeitpunkt t0 und t1	72
Tab. 12: Differenz der Symptomatik (t0-t1) im Vergleich zwischen der Gruppe mit und ohne SIM	73
Tab. 13: Korrelation der HAQ-Summenskala (therapeutische Beziehung) von Patienten, Therapeuten und Dolmetschern mit der Symptomatik.....	78
Tab. 14: Übersicht der Ergebnisse des HAQ-Fragebogens	86

9. Anhang

HAQ-PT: Patient beurteilt Therapeut

Fragebogen zum Therapieverlauf (HAQ-PT)

Geb.- Dat.: _____ Name: _____ Vorname: _____ Termin: Therapieabschluss

Das Ziel dieses Fragebogens ist, daß Sie Ihre Beziehung zu Ihrem Bezugstherapeuten und Ihre Therapie anhand unten aufgeführter Aussagen beurteilen.

Prüfen Sie bitte jeder dieser Aussagen daraufhin, wie sehr Sie diese in Ihrer Beziehung zu Ihrem Bezugstherapeuten bzw. für Ihre Therapie, für zutreffend oder nicht zutreffend halten. Antworten Sie ruhig spontan, so wie sie fühlen; es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Bitte geben Sie ohne Ausnahme zu jeder Aussage Ihr Urteil ab. Die Bewertung erfolgt in den Abstufungen:

- Ja, ich halte dies für sehr zutreffend.
- Ja, ich halte dies für zutreffend.
- Ja, ich halte dies für wahrscheinlich zutreffend bzw. für eher zutreffend als nicht zutreffend.
- Nein, ich halte dies für wahrscheinlich unzutreffend bzw. für eher unzutreffend als zutreffend.
- Nein, ich halte dies für unzutreffend.
- Nein, ich halte dies für sehr unzutreffend.

	sehr zu- treffend	zutref- fend	wahrsch. zutref- fend	wahrsch. unzu- treffend	unzu- treffend	sehr unzu- treffend
1. Ich glaube, dass mein Therapeut mir geholfen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ich glaube, dass mir die Behandlung geholfen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ich habe einige neue Einsichten gewonnen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Seit kurzem fühle ich mich besser.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich kann bereits absehen, dass ich wahrscheinlich die Probleme bewältigen kann, wegen derer ich zur Behandlung kam.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ich habe das Gefühl, dass ich mich auf meinen Therapeuten verlassen konnte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich habe das Gefühl, dass mich mein Therapeut verstanden hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ich habe das Gefühl, dass mein Therapeut wollte, dass ich meine Ziele erreiche.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ich habe das Gefühl, dass ich wie auch mein Therapeut ernsthaft an einem Strang gezogen haben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Fragebogen zum Therapieverlauf (HAQ-PD)
Abgeändert nach HAQ-P

Geb.- Dat.: _____ Name: _____ Vorname: _____ Termin: Therapieabschluss

Das Ziel dieses Fragebogens ist, daß Sie Ihre Beziehung zu Ihrem Bezugstherapeuten und Ihre Therapie anhand unten aufgeführter Aussagen beurteilen.

Prüfen Sie bitte jeder dieser Aussagen daraufhin, wie sehr Sie diese in Ihrer Beziehung zu Ihrem Bezugstherapeuten bzw. für Ihre Therapie, für zutreffend oder nicht zutreffend halten. Antworten Sie ruhig spontan, so wie sie fühlen; es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Bitte geben Sie ohne Ausnahme zu jeder Aussage Ihr Urteil ab. Die Bewertung erfolgt in den Abstufungen:

- Ja, ich halte dies für sehr zutreffend.
- Ja, ich halte dies für zutreffend.
- Ja, ich halte dies für wahrscheinlich zutreffend bzw. für eher zutreffend als nicht zutreffend.
- Nein, ich halte dies für wahrscheinlich unzutreffend bzw. für eher unzutreffend als zutreffend.
- Nein, ich halte dies für unzutreffend.
- Nein, ich halte dies für sehr unzutreffend.

	sehr zu- treffend	zutref- fend	wahrsch. zutref- fend	wahrsch. unzu- treffend	unzu- treffend	sehr unzu- treffend
1. Ich glaube, dass mein Dolmetscher mir geholfen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ich habe das Gefühl, dass ich mich auf meinen Dolmetscher verlassen konnte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ich habe das Gefühl, dass mich mein Dolmetscher verstanden hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ich habe das Gefühl, dass mein Dolmetscher wollte, dass ich meine Ziele erreiche.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich habe das Gefühl, dass ich wie auch mein Dolmetscher ernsthaft an einem Strang gezogen haben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ich glaube, dass ich und mein Dolmetscher meine Probleme ähnlich gesehen und beurteilt haben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Fremdbeurteilung Helping Alliance Questionnaire (HAQ-T)

Geb.- Dat.: _____ Name: _____ Vorname: _____ Termin: Therapieende

Bitte schätzen Sie die Beziehung zu Ihrem Patienten anhand der unten aufgeführter Aussagen ein.

Wählen Sie bitte eine der folgenden Abstufungen:

- Ja, ich halte dies für sehr zutreffend.
- Ja, ich halte dies für zutreffend.
- Ja, ich halte dies für wahrscheinlich zutreffend bzw. für eher zutreffend als nicht zutreffend.
- Nein, ich halte dies für wahrscheinlich unzutreffend bzw. für eher unzutreffend als zutreffend.
- Nein, ich halte dies für unzutreffend.
- Nein, ich halte dies für sehr unzutreffend.

	sehr zu- treffend	zutref- fend	wahrsch. zutref- fend	wahrsch. unzu- treffend	unzu- treffend	sehr unzu- treffend
1. Ich habe den Eindruck, dass ich meinem Patienten helfen konnte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ich habe den Eindruck, dass die Behandlung meinem Patienten geholfen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ich habe den Eindruck, dass mein Patient einige neue Einsichten gewonnen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ich habe den Eindruck, dass sich mein Patient seit kurzem besser fühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich habe den Eindruck, dass mein Patient vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer er zur Behandlung kam.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ich habe den Eindruck, dass ich für meinen Patienten verlässlich war.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich habe den Eindruck, dass ich meinen Patienten verstanden habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ich habe den Eindruck, dass ich mich dafür einsetzte, daß der Patient seine Ziele erreicht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ich habe den Eindruck, dass mein Patient mit mir gemeinsam ernsthaft an einem Strang gezogen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Fremdbeurteilung Helping Alliance Questionnaire (HAQ-D)
Abgeänderte Version des HAQ-T zum Einsatz für Dolmetscher

Geb.- Dat.: _____ Name: _____ Vorname: _____ Termin: Therapieende

Bitte schätzen Sie die Beziehung zu Ihrem Patienten anhand der unten aufgeführter Aussagen ein.

Wählen Sie bitte eine der folgenden Abstufungen:

- Ja, ich halte dies für sehr zutreffend.
- Ja, ich halte dies für zutreffend.
- Ja, ich halte dies für wahrscheinlich zutreffend bzw. für eher zutreffend als nicht zutreffend.
- Nein, ich halte dies für wahrscheinlich unzutreffend bzw. für eher unzutreffend als zutreffend.
- Nein, ich halte dies für unzutreffend.
- Nein, ich halte dies für sehr unzutreffend.

	sehr zu- treffend	zutref- fend	wahrsch. zutref- fend	wahrsch. unzu- treffend	unzu- treffend	sehr unzu- treffend
1. Ich habe den Eindruck, dass ich dem Patienten helfen konnte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ich habe den Eindruck, dass die Behandlung dem Patienten geholfen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ich habe den Eindruck, dass der Patient einige neue Einsichten gewonnen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ich habe den Eindruck, dass sich der Patient seit kurzem besser fühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich habe den Eindruck, dass der Patient vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer er zur Behandlung kam.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ich habe den Eindruck, dass ich für den Patienten verlässlich war.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich habe den Eindruck, dass ich den Patienten verstanden habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ich habe den Eindruck, dass ich mich dafür einsetzte, daß der Patient seine Ziele erreicht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ich habe den Eindruck, dass der Patient mit mir gemeinsam ernsthaft an einem Strang gezogen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	sehr zu- treffend	zutref- fend	wahrsch. zutref- fend	wahrsch. unzu- treffend	unzu- treffend	sehr unzu- treffend
10. Ich habe den Eindruck, dass der Patient seine Probleme ähnlich wie ich sah und beurteilte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Ich glaube, dass der Patient sich jetzt selbst verstehen und sich selbständig mit seinen Problemen auseinandersetzen kann (d. h. auch dann, wenn er mit mir keine weiteren Gespräche mehr hat).	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen Menschen danken, die mich während der Bearbeitung meiner Dissertation unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt Herrn PD Dr. Jörg Rademacher und Herrn Prof. Dr. Hans-Christoph Friederich für die freundliche Überlassung des Themas und die ausgezeichnete Betreuung bei der Durchführung der gesamten Arbeit.

Ebenso möchte ich mich bei Herrn Dr. Ralf Schäfer für die Anregungen bei der statistischen Auswertung bedanken.

Des Weiteren danke ich allen Kolleginnen und Kollegen der Transkulturellen Ambulanz des LVR Klinikum Düsseldorf, ohne deren tatkräftige Unterstützung und engagierte Arbeit diese Studie nicht möglich gewesen wäre.

Für die Bereitstellung des HAQ-Fragebogens in deutscher Sprache und die Genehmigung zu dessen Bearbeitung möchte ich Herrn Prof. Dr. Markus Bassler meinen Dank ausdrücken.

Abschließend danke ich ganz besonders meinen Eltern für die aufmerksame und liebevolle Begleitung während meines Medizinstudiums und darüber hinaus.

Mein allergrößter Dank geht an meinen Ehemann Giancarlo und an meine Tochter Sophia für all die liebevollen Worte und kraftspendende Umarmungen in den schwierigen Phasen dieser Dissertation.