



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„Rolle(n) der DolmetscherIn in psychiatrisch-
psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen“

Verfasserin

Anna Maria Stojanowa, BA

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, im März 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 065 342 375

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Masterstudium Dolmetschen

Betreuer:

Ao.Univ.-Prof.Dr. Franz Pöchlhammer

Vorwort

Die Idee für diese Arbeit ist entstanden, als ich eines langen Lernnachmittags durch die Zeitschriftenabteilung der Bibliothek der Medizinischen Universität Wien schlenderte und mir eine beliebige Zeitschrift aus dem Regal schnappte, diese aufschlug und kurz durchblätterte, als mir der Artikel von Morina et al. „Lost in Translation? – Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern“ (2010) ins Auge sprang. In einer globalisierten, schnelllebigen Welt steigt der Bedarf an psychiatrisch-psychotherapeutischen Dienstleistungen stetig, gleichzeitig steigt auch der Bedarf an translatorischen Dienstleistungen. Diese Arbeit gab mir die Möglichkeit eine spannende, relativ neue Thematik von medizinischer und translationswissenschaftlicher Seite aufzuarbeiten und gleichzeitig meine zwei Studien zu vereinen. Die Rolle der DolmetscherIn in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen ist ein zentrales, doch kontroverses Thema, dem in der Literatur bislang nur wenig Augenmerk geschenkt wurde. Diese Arbeit soll einen Beitrag zur Erforschung der Rollenproblematik leisten und die Komplexität der DolmetscherInnenrollen anhand von Beispielen veranschaulichen. Gleichzeitig bietet diese Arbeit durch die umfangreiche Sichtung einschlägiger Literatur einen Überblick über das Dolmetschen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Settings.

Danksagung

Mein besonderer Dank geht an meine Eltern, die mir während meiner Studienzeit mit Rat und Tat zur Seite gestanden sind und mich moralisch und materiell unterstützt haben. Des Weiteren möchte ich mich bei meinen Korrekturleserinnen Julia Hemetsberger und Ewelina Suchorzebska, als auch bei Krystian Werner für die technische Hilfe, bedanken.

Anna Maria Stojanowa, im März 2012

Inhaltsverzeichnis

0. Einleitung	6
1. Kultur, Migration und Krankheit.....	10
1.1. <i>(Fremd-)Sprache und (Ohn-)Macht.....</i>	13
1.2. <i>Community Interpreting im Krankenhaus</i>	16
1.3. <i>Psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuung für MigrantInnen.....</i>	18
2. Besonderheiten des Dolmetschens in der Psychotherapie	21
2.1. <i>Wahl der richtigen DolmetscherIn</i>	21
2.1.1. Professionelle DolmetscherInnen vs. LaiendolmetscherInnen.....	25
2.2. <i>Das multikulturelle therapeutische Team</i>	27
2.2.1. Von der Dyade zur Triade	28
2.2.1.1. Beziehungen und Kommunikation im Trialog	29
2.2.1.2. Probleme der neu entstandenen Triade	31
2.2.2. Vor-/Nachgespräch	32
2.2.2.1. Aus Vor-/Nachgespräch resultierende Probleme.....	33
2.2.3. Gesprächsablauf.....	34
2.3. <i>Sitzordnung</i>	35
2.4. <i>Dolmetschtechnik.....</i>	37
2.4.1. „Stand by“-Dolmetschen in der Psychotherapie.....	39
2.5. <i>Belastung/Belastbarkeit der DolmetscherIn</i>	39
2.5.1. Übertragung/Gegenübertragung	40
2.5.2. Pathologische Verhaltensweisen während der Sitzungund wie damit umgegangen wird	42
2.5.3. Verantwortung der DolmetscherIn	43
2.5.4. Das therapeutische Team in der Krise	44
2.6. <i>Sprachliche Besonderheiten</i>	45
2.6.1. Sonderfall Namen	46
2.6.2. Dolmetschen längerer Textpassagen	46

2.6.3. Mythen und Rituale in der transkulturellen Psychotherapie	47
<i>2.7. Warum viele Therapeuten Bedenken bei der Arbeit mit DolmetscherInnen haben</i>	49
2.7.1. Aufholbedarf für TherapeutInnen	50
2.7.1.1. Schulung aller Teammitglieder in der Arbeit mit DolmetscherInnen	52
2.7.2 Aufholbedarf für DolmetscherInnen	53
3. Rolle(n) der DolmetscherIn	55
3.1. <i>Explizit beschriebene DolmetscherInnenrollen</i>	55
3.1.1. „Wortwörtliche ÜbersetzerIn“/“Sprachrohr“	56
3.1.2. (Sprach-)MittlerIn I	58
3.1.3. SprachmittlerIn II	58
3.1.4. Kulturelle MittlerIn	59
3.1.4.1. Grenzen der Kulturmittlung	61
3.1.5. (PatientInnen-)FürsprecherIn	61
3.1.6. DolmetscherIn als Mitglied eines professionellen Teams	62
3.1.6.1. Co-TherapeutIn	62
3.1.6.2. Co-GutachterIn	64
3.1.6.3. Rollenmissverständnisse bei der Co-Therapie	65
3.1.7. DolmetscherIn als ExpertIn für Sprache/GutachterIn für Sprache ...	66
3.1.8. DolmetscherIn als ExpertIn für Kommunikation	66
3.1.8.1. DolmetscherIn als ExpertIn für triadische Kommunikation.....	67
3.1.9. DolmetscherIn als BeraterIn	68
3.2. <i>Implizit beschriebene DolmetscherInnenrollen</i>	68
3.2.1. DolmetscherIn als AkteurIn ohne vorgegebene Rollengrenzen	69
3.2.2. DolmetscherIn als RepräsentantIn.....	70
4. Diskussion über die die Rolle(n) der DolmetscherIn	71
4.1. <i>Unstatische Rolle der DolmetscherIn</i>	74
4.2. <i>In welcher Rolle sehen sich DolmetscherInnen?</i>	75

5. Analyse der Rollen von DolmetscherInnen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen anhand ausgewählter Beispiele aus der Literatur	77
5.1. <i>Setting Kinderpsychiatrie</i>	77
5.1.1. Rolle(n) der DolmetscherIn in der Kinderpsychiatrie	78
5.1.2. Rollenanalyse anhand von Beispielen	80
5.2. <i>DolmetscherIn in der Therapie mit Flüchtlingen</i>	84
5.2.1. Rolle(n) der DolmetscherIn bei der Arbeit mit Flüchtlingen	85
5.2.2. Neutralität bei der Therapie mit Flüchtlingen	86
5.2.3. Rollenanalyse anhand von Beispielen	87
5.3. <i>Andere Beispiele für Rollen der DolmetscherIn in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen</i>	89
5.3.1. DolmetscherIn als Co-TherapeutIn	89
5.3.2. Dolmetschen in der Paartherapie	90
5.3.3. Dolmetschen in der Therapie mit Personen mit Lernschwäche	92
6. Ausblick und Schlussfolgerungen	95
6.1. <i>Chancen in der Psychotherapie mit DolmetscherInnen</i>	95
6.2. <i>Chancen für DolmetscherInnen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting</i>	96
6.3. <i>Conclusio</i>	97
Bibliographie	100
Abbildungsverzeichnis	107

0. Einleitung

In der heutigen Gesellschaft wächst der Bedarf an Dienstleistungen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting stetig. Damit eröffnet sich zwar für DolmetscherInnen ein neues, relativ großes Betätigungsfeld, dennoch wurde dieser Bereich in der einschlägigen dolmetschwissenschaftlichen Literatur nur unzureichend behandelt und in Werken über das Dolmetschen in medizinischen Einrichtungen wurde dieser Problematik nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt. In der interdisziplinären und medizinischen Literatur wird das Thema häufig nur praxisbezogen mit Anleitungen zur Arbeit mit DolmetscherInnen behandelt, wobei nur wenig bis gar nicht auf die Problematik aus translationswissenschaftlicher Sicht Rücksicht genommen wird.

Beim Dolmetschen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting werden DolmetscherInnen vor ganz neue Herausforderungen gestellt. Eine der wichtigsten ist wohl die Frage nach der Rolle und den damit verbundenen Schwierigkeiten der Rollenverteilung, des Rollenverständnisses und der Wahrung der Rolle (siehe dazu Kapitel 3). Die Rolle der DolmetscherIn ist deshalb so wichtig, da mit ihr verschiedenste Erwartungen und Verpflichtungen, sowohl aus dolmetschwissenschaftlicher als auch medizinischer Sicht verbunden sind.

Darüber hinaus gibt es in diesem Setting eine Reihe von Besonderheiten und Problemen, mit denen DolmetscherInnen mitunter wenig Erfahrung haben bzw. mit denen sie in keinem anderen Setting konfrontiert werden. Diese Rahmenbedingungen werden im weiteren Verlauf der Arbeit beschrieben und haben ebenfalls einen Einfluss auf die spezifischen und komplexen Rolle(n) in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen (s. Kapitel 2).

Im letzten Teil der Arbeit werden ausgewählte Beispiele aus der Literatur auf die Rolle(n) der DolmetscherInnen in verschiedenen Bereichen des gesamten psychiatrisch-psychotherapeutischen Settings untersucht. Dabei handelt es sich um Bereiche, in denen relativ häufig DolmetscherInnen eingesetzt werden müssen, wie zum Beispiel in der Traumatherapie mit Flüchtlingen (Kapitel 5.2.) oder in der Kinderpsychiatrie (Kap. 5.1.). Bei der

Untersuchung werden zunächst die Besonderheiten dieser Gesprächskonstellationen beschrieben und danach wird auf Beispiele aus der Literatur Bezug genommen und die Rolle(n) der DolmetscherIn im konkreten Fall skizziert.

Der Grundstein für diese Masterarbeit wurde im Rahmen des Forschungsseminars im Wintersemester 2010/2011 bei Ao.Univ.-Prof.Dr. Franz Pöchhacker gelegt. Es handelt sich um eine Literaturarbeit, in die sowohl translationswissenschaftliche als auch interdisziplinäre und medizinische Werke und Arbeiten einfließen werden. Das Ziel dieser Arbeit ist es, die in der Literatur explizit und/oder implizit beschriebenen Rolle(n) der DolmetscherIn herauszuarbeiten und die Besonderheiten und Schwierigkeiten beim Dolmetschen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen zu beschreiben.

Das Dolmetschen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Settings ist ein relativ neues Forschungsfeld im Bereich des Dialog- bzw. Kommunaldolmetschens. Erste Arbeiten darüber stammen aus den 1970er Jahren, wie zum Beispiel die Arbeit von J. Price 1975 „Foreign language interpreting in psychiatric practice“. In den 1990er Jahren wurde diese Thematik schon vereinzelt von AutotInnen aufgegriffen, meist in Form von Arbeitsanweisungen, wie zum Beispiel bei Westermeyer (1990) „Working with an interpreter in psychiatric assessment and treatment.“ Diese Werke werden jedoch nicht für die Analyse der DolmetscherInnenrolle(n) herangezogen, da sich die Arbeit mit rezenter Literatur zu dieser Thematik befasst.

Es gibt zwar zahlreiche Arbeiten zum Thema Gebärdensprachdolmetschen in therapeutischen Sitzungen, jedoch können diese nur teilweise auf das Dolmetschen zwischen zwei Lautsprachen und Kulturen in der Psychotherapie bezogen werden. Von medizinisch-psychiatrischer Seite werden in der Literatur, vor allem in diversen Fachjournalen, eher Fallbeispiele beschrieben, die zwar einen Einblick in diesen Bereich gewähren, jedoch wenig repräsentativ sind (z.B Bauer 2010).

Von Seiten der Translationswissenschaft wird das Dolmetschen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Settings oft als Teilbereich des Dolmetschens in medizinischen Einrichtungen beschrieben. Dies kann jedoch sowohl für DolmetscherInnen als auch medizinisches Fachpersonal trügerisch sein, da sich die Anforderungen an und die Herausforderungen für die DolmetscherIn und alle beteiligten AkteurInnen in diesen Bereichen grundlegend unterscheiden. Im vergangenen Jahrzehnt sind vereinzelt Arbeiten entstanden, die auf das Dolmetschen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen fokussieren. Manche dieser Werke, wie zum Beispiel *Dialogue interpreting in mental health* von Hanneke Bot (2005) und *Working with Interpreters in Mental Health* (Tribe/Raval 2003), welche auch als Grundsteine dieser Arbeit dienen, sind gut strukturiert, übersichtlich und die Thematik wird sowohl aus medizinischer als auch aus translationswissenschaftlicher Sicht beleuchtet.

Die Problematik der Rolle(n) der DolmetscherIn im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting wird in vielen einschlägigen Arbeiten zwar beschrieben (z.B. Morina et al. 2010), jedoch wird nur wenig auf diesem Gebiet geforscht, das eigentlich die Grundlage der Dolmetschtätigkeit selbst darstellen sollte. Darüber hinaus beschäftigen sich viele Arbeiten zu dem Thema fast ausschließlich mit der Beschreibung dieser Tätigkeit, manche AutorInnen geben auch Hinweise, wie man arbeiten sollte (z.B. Finke 2004), jedoch gibt es wenig Systematik in den Arbeiten zu diesem Thema und es gibt relativ wenig Übereinstimmung zwischen DolmetscherInnen und TherapeutInnen die Rollenverteilung und Arbeitsweise betreffend. (Bot 2006:170)

Darüber hinaus gibt es zahlreiche andere Arbeiten, die falsche Ansätze aufgreifen, vor allem dann, wenn das Thema nur aus medizinischer bzw. nur aus dolmetschwissenschaftlicher Sicht beleuchtet wird. Aus diesem Grund wurde in der Arbeit großer Wert auf Interdisziplinarität gelegt und Werke, die aufgrund ihrer Qualität das Kriterium der inhaltlichen Richtigkeit (sowohl aus medizinischer als auch aus dolmetschwissenschaftlicher Sicht) offensichtlich nicht erfüllen (wie z.B. bei Reisinger 2003), wurden bei der Untersuchung der Forschungsfrage nicht herangezogen. Da dieser Bereich sowohl in der

dolmetschwissenschaftlichen als auch medizinischen Literatur relativ neu ist und eine komplexe Problematik darstellt, sind qualitativ minderwertige Arbeiten in relativ hoher Zahl zu finden. In Kapitel 4 wird im Rahmen einer Diskussion dazu Stellung genommen, da solche Werke sowohl die Literatur zu diesem Thema als auch die Praxis prägen.

Schlussendlich kann man festhalten, dass in den letzten Jahren doch einige qualitativ hochwertige Beiträge zum Thema entstanden sind, diese stellen jedoch oftmals eine allgemeine Beschreibung des Dolmetschens in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen dar und die Rollenproblematik wird dabei nur kurz beleuchtet.

1. Kultur, Migration und Krankheit

Die Begriffe „Kultur“ und „Migration“ können durch den Begriff „Identität“ eng miteinander verknüpft werden. Die Kultur ist Teil der Identität eines Individuums und prägt es meist nachhaltig. Die seelische Gesundheit eines Menschen und seine Identitätsentwicklung sind letztendlich immer auch von der Zugehörigkeit zu und der Gleichwertigkeit mit anderen Menschen abhängig. (Wedam 2009:182) Bei Migrationsprozessen findet sich der Mensch in einem Umfeld anderer kultureller Identität wieder, das vom gewohnten abweichen kann und somit auch psychischen Stress auslösen kann. Wenn ein Individuum also seine Heimat verlässt, um in ein anderes Land und einen damit (meist) verbundenen neuen Kulturkreis emigriert, bringt diese Änderung nicht nur Hoffnung und Aufregung mit sich, sondern dazu kommen oft auch Gefühle der Trennung und des Verlusts (vgl. Loshak 2003:152), die in weiterer Folge auch zu einem Identitätsdilemma heranwachsen können. MigrantInnen wurden in ihrem Leben häufig mit stressvollen Lebensereignissen konfrontiert, was zu komplexen emotionalen Reaktionen führt. (Basibüyük 2011:178f) Eine Migration und ihre äußeren Umstände, die diese nötig gemacht haben und die Umstände, unter welchen sie stattgefunden hat, haben demzufolge das Potential eine Reihe psychischer Probleme (mit)auszulösen.

Für das psychische und physische Wohlbefinden spielt es jedoch eine wesentliche Rolle, ob die Migration geplant oder unvorbereitet stattgefunden hat, ob es sich zum Beispiel um Arbeitsmigration oder eine Flucht handelt. Die anspruchsvolle Suche von MigrantInnen nach einem Gleichgewicht zwischen Kontinuität und Anpassung geht unweigerlich mit Identitätskrisen einher. (vgl. Herzka Bollinger 2008:29) Migration ist immer mit einem Wechsel in der persönlichen Geschichte verbunden, denn MigrantInnen verlieren nicht nur ihre Heimat, sondern auch soziale Kontakte, soziales Umfeld, ihre Rolle in der Gesellschaft und natürlich auch ihre sprachliche Umgebung. Zusätzlich sind MigrantInnen häufig während der Niederlassung an einem neuen Ort belastenden Lebensbedingungen ausgesetzt, die ihre Anfälligkeit gegenüber

psychischen Erkrankungen erhöhen und einen Verlust an Lebensqualität mit sich bringen. (vgl. Herzka Bollinger 2008:29) Zu der erforderlichen Anpassungsleistung kommen noch das Erlernen einer neuen Sprache und eingeschränkte Möglichkeiten sich zu verständigen hinzu. Die Muttersprache bietet Geborgenheit und Sicherheit und es ist für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung daher wichtig, einen solchen Ort in der Psychotherapie zu schaffen. (vgl. Kluge/Kassim 2006:189) Hinter vordergründig sprachlichen Problemen verbergen sich oft Bedeutungsunterschiede, welche zum Beispiel die Auffassung von Gesundheit und Krankheit betreffen können. Es gibt in allen Kulturen verschiedene Krankheitserklärungsmodelle, unterschiedliche gesellschaftliche Stigmata, die teilweise unterschiedliche Handlungen zur Krankheitsbewältigung nach sich ziehen. Dies hat natürlich Auswirkungen auf die Möglichkeiten der Behandlung und Diagnostik. (vgl. Egger/Wedam 2003:85)

Mit der fortschreitenden Globalisierung und der damit verbundenen Migration wird unweigerlich auch die Anzahl an migrationsbedingten psychiatrischen Erkrankungen steigen. Auch der schnelle Lebenswandel und veränderte Beziehungs- und Familienstrukturen haben dazu beigetragen, dass der Bedarf an psychiatrischen Behandlungen in den letzten Jahren und Jahrzehnten stetig gewachsen ist. Zahlreiche Studien belegen auch, dass MigrantInnen in vielen europäischen Ländern, aber auch darüber hinaus, nachweislich einer höheren Gesundheitsgefährdung ausgesetzt sind. (vgl. Pöllabauer 2003:18; Wedam 2009:186) Fehlt nun bei MigrantInnen die Sprache, um in einer Gesellschaft aktiv agieren zu können, wird oftmals auf kindliche Verarbeitungsmuster zurückgegriffen. Es kommt zu regressivem Verhalten und zu Verschiebungen innerhalb der Generationsgrenzen, da Kinder oft Aufgaben übernehmen müssen, welche eigentlich elterliche Aufgaben wären. (Egger/Wedam 2003:84) Daraus resultieren auch verschiedene psychische Störungen, die die unterschiedlichen Generationen der EmigrantInnen betreffen. Die Betroffenen sind dabei oft in ihren Bewältigungsmöglichkeiten überfordert und geraten in seelische Krisen. Dabei erhöht sich das Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln. Mit Emigration

werden häufig Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen, Suchtverhalten und psychosomatische Störungen assoziiert. (Wedam 2009:186)

Ein weiterer wichtiger Faktor im Zusammenhang zwischen Kultur, Migration und Krankheit ist auch, dass ein Großteil aller psychiatrischen Störungen spezifische kulturelle Prägungen hat, sowohl im Krankheitsbild als auch in der Diagnose. Die Krankheiten werden in verschiedenen Kulturen verschieden wahrgenommen, ja sogar verschieden diagnostiziert und behandelt. Was als „krank“ bzw. „gesund“ bezeichnet wird, wird neben wichtigen biologischen Daten und Symptomen auch sozial, kulturell und politisch mitbeeinflusst. (Kutalek 2011:24) Am ehesten transkulturell vergleichbar sind im Fachgebiet der Psychiatrie die Schizophrenie, Angststörungen, bipolare Affektstörungen und Depression. (Herzka Bollinger 2008:30) Es gibt aber auch eine Reihe von psychischen Erkrankungen, die rein kulturabhängig sind, das heißt sie kommen nur in einem bestimmten Kulturkreis vor. Diese Syndrome sind oft eng mit der Mentalität und Lebensweise und den darin herrschenden Realia verbunden. Beispiele hierfür wären die sogenannte „Ghost sickness“, die nur bei Indianern beobachtet wurde, oder das Locura Syndrom, das nur in Lateinamerika und bei ImmigrantInnen lateinamerikanischer Abstammung in den USA beobachtet wurde. Eine umfassende Liste mit Beschreibungen und geographischer Lokalisierung der Syndrome findet sich bei Junglas (2008:37).

Der nächste Faktor, der das „Krank- bzw. Gesundsein“ mitbeeinflusst, sind die subjektiven Krankheitstheorien, die jeder Mensch für sich persönlich und individuell entwickelt. Jeder Mensch hat kulturell, sozial, historisch und politisch geprägte Theorien, warum eine bestimmte Krankheit aufgetaucht ist (bzw. auch nicht aufgetaucht ist). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass auch das individuelle Gesundheitsverhalten kulturell bedingt und an bestimmte Paradigmen angepasst ist. (Kutalek 2001:26)

Der Begriff „Krankheit“ und wie diese definiert wird weist jedoch auch eine geschichtliche Komponente auf, wird vom Zeitgeist mitgeprägt und unterliegt einem stetigen Wandel. Medizinische Vorstellungen und Definitionen

von „Krankheit“ ändern sich somit in einem historischen Kontext. Im Bereich der Psychiatrie illustrieren Alkoholabusus und Drogenkonsum diese Dynamik sehr eindrucksvoll: galten diese zwei Laster früher noch als reine Charakterschwäche, so sind sie heute als Erkrankung klassifiziert und werden auch dementsprechend behandelt. Ein weiteres aktuelles Beispiel wäre die Homosexualität. Früher galt sie als Krankheit, heutzutage ist sie in vielen Kulturkreisen eine anerkannte Form der Partnerschaft. (vgl. Kutalek 2011:23)

Schlussendlich muss man auch festhalten, dass fehlende bzw. mangelnde Kommunikation aufgrund von Sprachbarrieren auch eine politische Dimension hat. Im konkreten Beispiel des gesamten Settings „Krankenhaus/Medizin“ bedeutet das, dass es weniger Möglichkeiten zur PatientInnenaufklärung gibt und somit die von der WHO geforderte Chancengleichheit nicht gegeben ist. (Kutalek 2011:25)

Die Tendenzen der letzten Jahre und Jahrzehnte weisen also eindeutig darauf hin, dass im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting der Bedarf an DolmetscherInnen steigen wird und sich im Bereich der transkulturellen Psychiatrie, die sich mit migrationsbedingten psychiatrischen Erkrankungen beschäftigt, ein neues Betätigungsfeld für DolmetscherInnen eröffnet. Es ist daher für professionelle DolmetscherInnen ratsam, sich mit diesem Setting und seinen Anforderungen vertraut zu machen.

1.1. (Fremd-)Sprache und (Ohn-)Macht

Sprache und Macht sind zwei Begriffe, die sehr eng miteinander verbunden sind und einander sogar bedingen. Durch die Sprache wird die Rolle, Position und sogar der soziale Status einer Person zum Ausdruck gebracht. Dies geschieht manchmal bewusst, oft jedoch auch unbewusst. Einer (Landes-) Sprache nicht mächtig zu sein bringt also auf eine gewisse Weise einen Machtverlust mit sich, da man nicht im Stande ist, selbstständig und adäquat mit der Umwelt zu kommunizieren. In der Psychotherapie ist Kommunikation als Behandlungsziel und -mittel von zentraler Bedeutung und deshalb ist es hier besonders wichtig, sich dieser Problematik bewusst zu sein, um eine effektive und faire Therapie zu gewährleisten.

Für das Setting der Psychotherapie zeichnen Egger/Wedam (2003:84) in ihrer Arbeit ein Bild über den Zusammenhang über (Fremd-)sprache und (Ohn-)Macht. Es wird hervorgehoben, wie schwierig es ist, Gefühle trennscharf in einer anderen als der Muttersprache auszudrücken bzw. zu übersetzen. Vielfach ist kein äquivalenter Ausdruck vorhanden und die vorgebrachten Emotionen müssen umschrieben werden und verlieren dadurch mitunter an Aussagekraft. In manchen Kulturen ist es üblich, Emotionen metaphorisch auszudrücken; diese Umschreibungen erhalten ihre Bedeutung jedoch immer erst im jeweiligen kulturellen Kontext und machen ein sehr genaues Nachfragen notwendig. (Egger/Wedam 2003:84) Dies bedeutet, dass es bei der Psychotherapie unter Einsatz von DolmetscherInnen unweigerlich zu einem Machtverlust für die PatientIn kommt. Die Fremdsprachigkeit ist nur eine von vielen Barrieren, die MigrantInnen daran hindern, psychiatrische Hilfe zu suchen. Oft stellen auch kulturelle Tabus und die Angst vor Stigmatisierung eine große zu überwindende Barriere dar. (vgl. Raval 2002:9) Andererseits stellt der Einsatz einer DolmetscherIn auch einen Machtgewinn für die PatientIn dar, da die DolmetscherIn eine Kommunikation auf Augenhöhe ermöglicht und die PatientIn dadurch eine gleichberechtigte Stimme in der Therapie erhält.

In der Psychotherapie hebt sich die PsychotherapeutIn nicht nur wegen ihres Fachwissens und der damit verbundenen Kenntnis von Fachausdrücken von der Position der Patientin ab. Im Falle von MigrantInnen ist das Machtgefälle noch größer, da zusätzlich Unterschiede in Sprache und Kultur hinzukommen. Dabei ist die PatientIn im Nachteil, da sie der dominanten Sprache nicht mächtig ist. (vgl. Raval 2003:10) Der Einsatz von DolmetscherInnen soll in diesem, wie in anderen Settings auch, das Machtgefälle so gut wie möglich ausgleichen. Dennoch bleibt die Position der MigrantIn oft schwächer, da sie sich in einer fremden Kultur bewegen und zurechtfinden muss. Jedoch sind in dieser Gesprächskonstellation sowohl die PatientIn als auch die PsychotherapeutIn auf die DolmetscherIn angewiesen, um eine Kommunikation zu ermöglichen. Somit hat auch die DolmetscherIn eine Machposition inne, da sie den Informationsfluss und -austausch kontrolliert. (vgl. Raval 2003:15) Die DolmetscherIn sollte sich dieser Position

bewusst sein und diese für die Herstellung eines reibungslosen Kommunikationsprozesses nutzen. Die Aufgabe der DolmetscherIn, aber vor allem der DialogdolmetscherIn ist es somit, das Machtgefälle zwischen zwei Parteien zumindest auf sprachlicher Ebene auszugleichen (vgl. Baylav 2003:70).

Es gibt darüber hinaus noch viele andere Variablen, welche die Stellung bzw. „Macht“ einer Person in einer Gesprächskonstellation beeinflussen können. Dazu gehören Nationalität, Religion, Klasse, politischer Hintergrund, Alter und Geschlecht, um nur einige der wichtigsten zu nennen. Diese Variablen bilden allesamt den sozio-kulturellen Hintergrund einer Person und können in diesem Setting nicht nur zwischen den Beteiligten stark variieren (Patel 2003:234).

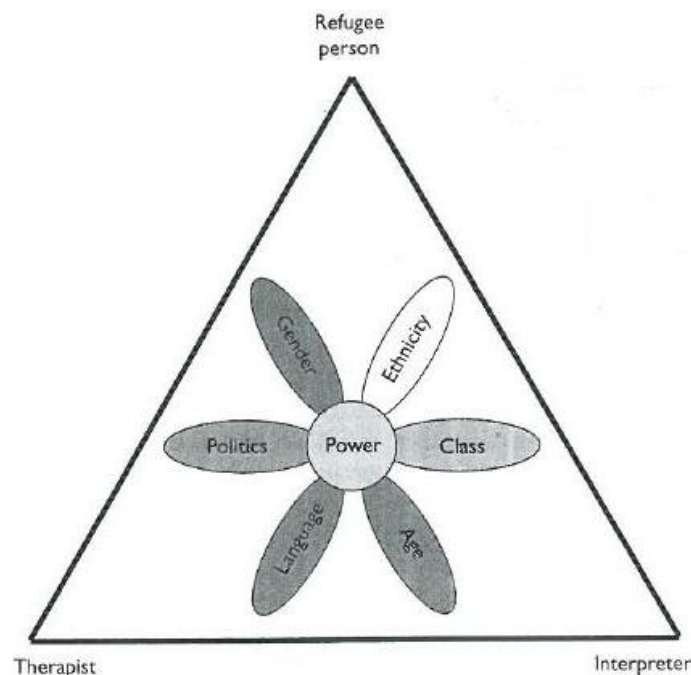


Abb. 1. Kultur und Macht (Tribe/Morrissey 2003:223)

Die Rolle und Stellung der Frau in den verschiedenen Kulturen ist auch ein wichtiger Faktor im Machtgefälle, da sie in vielen Kulturen nicht den Männern gleichgestellt ist. So kümmern sich beispielsweise viele Immigrantinnen um den Haushalt und gehen keiner anderen beruflichen Tätigkeit nach. Oft beherrschen sie die Landessprache deshalb nur schlecht oder gar nicht, wobei die Männer durch ihre berufliche Tätigkeit, aber auch ihre

Stellung in der Gesellschaft die Sprache besser beherrschen. Um ein Ungleichgewicht und eine Benachteiligung zu vermeiden, ist es deshalb in Therapien, bei denen die ganze Familie eingebunden ist, besonders wichtig, eine professionelle DolmetscherIn einzusetzen und auch nicht Familienmitglieder dolmetschen zu lassen, damit sichergestellt werden kann, dass jedes Mitglied in der Therapie „eine Stimme“ erhält. (vgl. Messent 2003:140)

Ein weiterer Faktor, der einen Machtverlust für MigrantInnen mit sich zieht ist die Tatsache, dass der Zugang zu psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung für viele MigrantInnen beschränkt ist. Häufig haben sie keine oder nur mangelnde Informationen darüber, wie sie psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen können. Zusätzlich kann in manchen Fällen die Beurteilung über die psychische Verfassung und die therapeutische Betreuung direkte Auswirkungen auf die Form der Aufenthaltsbewilligung haben, was eine weitere Barriere darstellt. (vgl. Egger/Wedam 2003:88)

Man kann also festhalten, dass die Begriffe Sprache und Macht in diesem Setting, wie auch in vielen anderen Gesprächskonstellationen, bei denen das Dialogdolmetschen zum Tragen kommt, eine besondere Stellung einnehmen. Die DolmetscherIn ist Bindeglied zwischen PatientIn und TherapeutIn und versucht das Machtgefälle zumindest auf sprachlicher Ebene auszugleichen, aber gleichzeitig hat die DolmetscherIn selbst auch eine Machtposition inne, da er/sie die Kommunikation erst möglich macht.

1.2. Community Interpreting im Krankenhaus

Dem Dolmetschen in medizinischen Einrichtungen wird sowohl von medizinischer als auch von dolmetschwissenschaftlicher Seite aufgrund des stetig steigenden Bedarfs zusehends mehr Aufmerksamkeit gewidmet. In der Medizin ist funktionierende Kommunikation nicht nur im psychotherapeutischen Bereich maßgebend, denn Missverständnisse in diesem Bereich können gefährliche, teure und tragische Auswirkungen haben. (Uluköylü 2008:173f)

Das Dolmetschen in medizinischen Settings ist sehr komplex, da die Gesprächskonstellationen sehr vielfältig sein können, viel Fachwissen vorausgesetzt werden muss und die Gesprächsinhalte äußerst belastend sein können. Sebnem Bahadir (2009:29) beschreibt die Anforderungen an die DolmetscherIn im Krankenhaus folgendermaßen:

The medical interpreter is not a language machine. The medical interpreter (en)acts. (...) The medical interpreter is both an observer and a participant, an agent of social change who listens and talks for others as well as for herself. She is primarily an interpreting body embedded in a context, with intellectual as well as emotional competences and with the capacity to perform roles in the "social drama" of interpreter-mediated communication in healthcare settings. She is an expert for intercultural communication in the specialist field of medical services. (Bahadir 2009:29)

Man kann erkennen, dass im gesamten medizinischen Setting nicht nur die fachlichen und sprachlichen Besonderheiten im Vordergrund stehen, sondern die Rolle der DolmetscherIn eine zentrale Thematik und Problematik des Fachdolmetschens im Gesundheitsbereich darstellt. Da es sich beim Medizindolmetschen um keine homogene Berufsgruppe handelt, sondern sich das Spektrum von (unausgebildeten) Ad-hoc-Dolmetschern über bilinguales medizinisches Personal bis hin zu professionellen DolmetscherInnen erstreckt, kann man nicht von einem klar definierten Berufs- und Rollenbild ausgehen. (Felgner 2009:47)

Medizinische DolmetscherInnen stellen ein wichtiges Bindeglied für den Integrationsprozess von MigrantInnen in eine (neue) Gesellschaft dar, denn die DolmetscherIn ermöglicht den MigrantInnen medizinische Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen und sich in die (neue) Gesellschaft einzugliedern. Gleichzeitig ermöglicht die DolmetscherIn den medizinischen Institutionen und Behörden für anderssprachige Mitglieder der Gesellschaft im Geiste der Gleichberechtigung und –behandlung eine optimale Versorgung zu gewährleisten. (Mäntynen/Kinnunen 2009:115)

1.3. Psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuung für MigrantInnen

Wie schwierig es ist, als AusländerIn oder MigrantIn in einem Land außerhalb der Heimat professionelle medizinische Hilfe zu suchen und auch in Anspruch nehmen zu können, weiß jede, die schon einmal im Urlaub einen Arzt gebraucht hat. Neben der Sprachbarriere sehen sich Hilfesuchende oft mit unterschiedlichen Systemen, mit verschiedensten darin arbeitenden AkteurInnen konfrontiert und es gestaltet sich zu Beginn äußerst schwierig die richtige Anlaufstelle zu finden. (vgl. Kutalek 2011:24)

Ein Ziel der Gesundheits- und Sozialpolitik in Österreich sollte eine professionelle und gleichwertige Betreuungs- und Versorgungsleistung aller Gesellschaftsmitglieder darstellen. Für MigrantInnen jedoch ist der Zugang zu adäquater Behandlung oft nicht nur durch Sprachbarrieren eingeschränkt; dadurch wird nichtdeutschsprachigen PatientInnen häufig eine wenig professionelle Betreuung geboten. Dabei zählt der therapeutische Bereich zu jenen Arbeitsfeldern, in denen eine effiziente Kommunikation und kompetente Betreuung grundlegend für die allgemeine Lebensqualität sowie die psychische und physische Gesundheit von PatientInnen ist. (vgl. Pöllabauer 2003:17ff) Sind nun die Ressourcen der Verständigung eingeschränkt, bleibt dem Individuum der Zugriff auf wichtige Informationen zur Gestaltung seiner sozialen, rechtlichen und gesundheitlichen Bedürfnisse weitgehend versagt. (Egger/Wedam 2003:84)

Darüber hinaus ist das medizinische Angebot sehr oft primär auf die inländische Bevölkerung abgestimmt und MigrantInnen finden sich wesentlich schwerer im Gesundheitssystem zurecht als InländerInnen. (Collatz/Fischer 1998 zit. nach Pöllabauer 2003:19) Da das österreichische Gesundheitssystem also auf die Mehrheitsbevölkerung zugeschnitten ist, gibt es wenig Raum für Diversität und die von der WHO so oft geforderte Chancengleichheit kann nicht gewährleistet werden, denn dafür müsste eine gleichberechtigte Teilnahme aller PatientInnen möglich sein. (Kutalek 2011:31) Dazu kommt noch, dass es wenige Daten über die Prävalenz von psychischen Störungen bei MigrantInnen gibt, wobei die Tendenz allgemein steigend zu sein scheint. Als gesichert

scheint jedoch, dass die Zuwanderung selbst meist nicht der alleinige und direkte Auslöser für psychische Probleme ist. Auslösend wirkt meist das Gefüge von multikausalen sozioökonomischen Belastungsfaktoren und die oft sozial benachteiligte Lebenssituation im Zielland. (Wimmer-Puchinger/Wolf 2011:292f)

Zur Behandlungssituation von MigrantInnen mit psychischen Erkrankungen lässt sich feststellen, dass es im Allgemeinen einen Mangel an muttersprachlichen sowie interkulturell Kompetenten psychotherapeutischen Angeboten gibt. Dazu kommen die generell langen Wartezeiten auf Psychotherapie im gesamten Setting, was den Leidensdruck der PatientInnen natürlich erhöht. (Wimmer-Puchinger/Wolf 2011:294) Im Durchschnitt haben MigrantInnen mehr Arztkontakte und bekommen mehr Medikamente verschrieben. Im psychiatrischen Bereich hingegen, nehmen sie mehr Notfallleistungen in Anspruch, aber weniger ambulante psychotherapeutische Behandlungen. Eine Verbesserung der psychotherapeutischen Infrastruktur und Versorgung von MigrantInnen ist dringend notwendig. (Machleidt 2009, zit. Nach Wimmer-Puchinger/Wolf 2011:294)

Für viele MigrantInnen erscheint ebenso die westliche Idee der Psychotherapie, aber auch der ganze Bereich der mentalen Gesundheit oft fremd und eigenartig. Viele können sich nicht vorstellen, mit fremden Personen über intimste Gefühle und Gedanken zu sprechen; es fällt ihnen oft leichter, über physische Symptome zu berichten als zum Beispiel über Ängste oder andere negative Gefühle. Es erscheint deshalb sinnvoller Anlaufstellen einzurichten, die medizinische und psychologische Hilfe kombiniert anbieten, um MigrantInnen den Zugang zu professioneller Hilfe zu erleichtern. (vgl. Tribe/Morrissey 2003:206)

Darüber hinaus muss in einer Gesellschaft bedacht werden, dass „niemand für sich alleine krank ist“ (Schlippe et al. 2003:212) und in einer multikulturellen Gesellschaft auch nach Lösungsansätzen gesucht werden muss, die auch eine transkulturelle Medizin möglich machen. In der transkulturellen Psychiatrie haben sich bestimmte Arbeitsweisen und Methoden schon etabliert, doch in vielen Bereichen der Medizin scheint es noch einigen

Aufholbedarf auf dem Gebiet der Transkulturalität zu geben. (vgl. Schlippe et al. 2003:212f)

Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass MigrantInnen viel häufiger unter negativen „health outcomes“ zu leiden haben. Diese mangelnden Behandlungsergebnisse sind jedoch in erster Linie auf soziale und ökonomische Faktoren zurückzuführen als auf die Sprachbarriere bzw. kulturelle Differenzen. (Kutalek 2011:24) Schlussendlich sind viele Aspekte dieser Themenstellung nicht nur eine Herausforderung an die involvierten AkteurInnen dieses Settings, sondern vielmehr an unsere gesamte Gesellschaft, ihre Institutionen sowie Entscheidungsträger. (vgl. Huntsdorfer 2011:72)

2. Besonderheiten des Dolmetschens in der Psychotherapie

2.1. Wahl der richtigen DolmetscherIn

Nirgendwo sonst ist die Wahl der richtigen DolmetscherIn wohl so ein zentrales Thema wie beim Dolmetschen in der Psychotherapie, denn die Wahl einer geeigneten DolmetscherIn ist von essentieller Bedeutung für den Erfolg der gesamten Therapie.

Ein in der Literatur sehr häufig angeführter Punkt ist, dass PatientInnen oft DolmetscherInnen ablehnen, die in ihrem Heimatland einer politischen Mehrheit angehören, von der die PatientInnen verfolgt wurden. (vgl. Nuc 2006:278) Diese im weitesten Sinne politische Komponente ist sehr wichtig und gilt auch umgekehrt für die Person der DolmetscherIn, denn es wäre ebenso ungünstig, wenn sich die DolmetscherIn im Zuge ihrer Arbeit in einen Interessenskonflikt begibt. In einer Studie von Aleksandra Nuc (2006:276) gab eine DolmetscherIn auch an, dass es ihr wegen ihrer türkischen Wurzeln schwer falle, für Kurden zu dolmetschen und dabei neutral zu bleiben. (Nuc 2006:276)

Von PatientInnen werden DolmetscherInnen auch häufig als Mitglieder ihrer Gemeinschaft und als Landsleute empfunden, die dieselbe Abstammung haben und somit auch ihre Lage verstehen und vielleicht auch etwaige Probleme selbst kennen, wie zum Beispiel Diskriminierung und Rassismus. Das ist ein wichtiger Faktor für die Akzeptanz und das Vertrauen zur DolmetscherIn, denn die TherapeutIn wird von PatientInnen oft als Außenstehende empfunden, weil sie die mit der Kultur und Emigration verbundenen Probleme nicht kennt. (vgl. Messent 2003:138) In der Literatur sind jedoch auch gegenteilige Meinungen zu finden. Nuc (2006:278) weist zum Beispiel darauf hin, dass manche PatientInnen auch den Wunsch äußern, von DolmetscherInnen betreut zu werden, die nicht aus ihrem Herkunftsland stammen, da sie befürchten, dass ihre Probleme in der kleinen Gemeinde ihrer Landsleute im Gastland ans Tageslicht kommen könnten.

Auch Alter und Geschlecht der DolmetscherIn spielen in psychotherapeutisch-psychiatrischen Gesprächskonstellationen eine wichtige Rolle. Jugendliche können sich beispielsweise eher vor einer Dolmetscherin oder einem Dolmetscher öffnen, wenn dieser das gleiche Geschlecht hat bzw. auch relativ jung ist und somit ihre Probleme besser verstehen wird. (vgl. Messent 2003:142) Mudarikiri (2003:195) beschreibt hingegen einen Fall, in dem es in der Paartherapie von Vorteil war, dass die DolmetscherIn älter war als das Ehepaar, da sie dadurch das Gefühl hatten, von der (Lebens)erfahrung der DolmetscherIn zu profitieren. Da sie beide aus verschiedenen Kasten stammten, war das Alter auch ein wichtiger Faktor für die Akzeptanz.

Der Faktor „Geschlecht“ (der DolmetscherIn) ist auch bei der Arbeit mit männlichen Patienten, die aus eher patriarchalischen Systemen kommen, nicht unwesentlich. Viele solcher PatientInnen sind oft eher gewillt, sich einem Dolmetscher zu öffnen, weil sie dann das Gefühl haben, das Gespräch fände mit diesem statt, obwohl die Gesprächsführung einer Frau obliegt. (Stöckelmair 2003:157) Bei der Arbeit mit Patientinnen, die aus solchen Systemen kommen, sollten unbedingt weibliche Dolmetscherinnen beigezogen werden, da sie in Anwesenheit eines Mannes ihre Probleme nicht offen ansprechen können. (Stöckelmair 2003:157)

Ein weiterer Punkt, der bei der Wahl der richtigen DolmetscherIn unbedingt beachtet werden muss, ist, dass „dieselbe Sprache sprechen“ nicht immer bedeuten muss, dass man dieselbe Variante spricht und einander auch richtig versteht. Zum Beispiel ist die offizielle Landessprache der Demokratischen Republik Kongo Französisch, jedoch ist dieses Französisch mit zahlreichen indigenen Ausdrücken, die aus verschiedensten Dialekten und anderen afrikanischen Sprachen stammen, gespickt. Eine DolmetscherIn aus Frankreich und eine PatientIn aus Kongo sprechen also mitunter nicht dieselbe Variante ein und derselben Sprache. Falls die PatientIn keine ausreichende Schulbildung genossen hat, ist es auch möglich, dass ihre Sprachkenntnisse nicht ausreichen, um sich der Hochsprache zu bedienen. (Tribe/Morrissey 2003:207) Gerade in der Psychotherapie ist es wichtig, dass sprachliche Nuancen richtig verstanden und auch wiedergegeben werden können, deshalb

sollte die Frage der sprachlichen Barriere innerhalb der vermeintlich selben Sprache unbedingt berücksichtigt werden.

Patel (2003:225) weist in ihrer Arbeit auch darauf hin, dass in der Therapie mit Flüchtlingen ein weiterer Punkt bei der Wahl der richtigen Dolmetscherin beachtet werden muss: die Sprachkompetenz zweier Parteien bedeutet nicht, dass die Sprache sich auch als Therapiesprache eignet. Ein Flüchtling aus Zaire spricht zwar Französisch, da es die offizielle Landessprache ist, seine Muttersprache ist jedoch Linghala. Darüber hinaus sind mit der französischen Sprache negative Assoziationen und Emotionen verbunden, wie zum Beispiel Unterdrückung und Krieg, da es die Sprache der Besatzer war, weshalb Französisch als Therapiesprache absolut ungeeignet wäre. (Patel 2003:225)

Patel (2003:229f) hebt für die Therapie mit Flüchtlingen hervor, dass es für die PatientIn sehr wichtig ist, Beständigkeit in der Therapie und in weiterer Folge auch in anderen Lebensbereichen zu schaffen. Dafür ist es sinnvoll, dass die Therapie, wenn möglich, immer mit derselben DolmetscherIn (und natürlich TherapeutIn) stattfindet. (Patel 2003:230) Auch allgemein kann man anmerken, dass im Sinne einer erfolgreichen Therapie die DolmetscherIn nicht zu häufig, optimalerweise gar nicht gewechselt werden sollte. PatientIn und TherapeutIn bauen ein wichtiges Vertrauensverhältnis zur DolmetscherIn auf und auch die eingespielte Arbeitsweise und Rollenverteilung sprechen für ein Beibehalten derselben DolmetscherIn für dieselbe PatientIn.

Tribe/Raval (2003:259) unterstreichen noch, dass die Arbeit im psychotherapeutisch-psychiatrischen Setting mit seinen besonderen Anforderungen nicht nur ein hohes Maß an Professionalität, sondern auch viel Erfahrung voraussetzt, um „die Ressource DolmetscherIn“ effizient einsetzen zu können. Deshalb schlagen sie vor, DolmetscherInnen fix einzustellen, da Erfahrung in diesem Setting wohl wie in keinem anderen auf den Erfolg der Arbeit Einfluss hat. (vgl. Tribe/Raval 2003:259) Der richtige Umgang mit Rollenverhältnissen und –verteilungen kann nur durch viel Arbeitserfahrung und Feingefühl angeeignet werden, deshalb ist in diesem Setting der Faktor „Arbeitserfahrung“ von essentieller Bedeutung. Auch Bauer/Algeria (2010)

weisen in ihrer Arbeit darauf hin, dass der Einsatz von ad hoc DolmetscherInnen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting keine zufriedenstellenden Ergebnisse bringt. Salman (2001:176) macht auch darauf aufmerksam, dass der Einsatz gerichtlich beeideter DolmetscherInnen gewisse Qualitätsstandards suggeriert, die jedoch in der Praxis nicht immer gerechtfertigt sind. Für dieses Setting werden sprach- und vor allem fachkundige DolmetscherInnen mit persönlicher Eignung empfohlen.

Bei Egger/Wedam (2003:89) wird ein weiterer wichtiger Punkt für die Auswahl der richtigen DolmetscherIn hervorgehoben. Neben umfangreichen Sprach- und Kulturkenntnissen sowie dem sozio-politischen Hintergrund sollte bei der Wahl der DolmetscherIn auch auf mögliche eigene Traumatisierungen geachtet werden. Je größer die Betroffenheit und persönliche Verstrickung, desto schwieriger wird es für die DolmetscherIn, ihre Rolle(n) zu wahren. Falls die Identifikation zwischen den Erfahrungen der PatientIn und den eigenen sehr groß ist, kann die Dolmetschtätigkeit zur Sekundärtraumatisierung führen. (Egger/Wedam 2003:89) Auch Salman (2001:176) unterstreicht, dass man in der Psychotherapie auf DolmetscherInnen zurückgreifen sollte, für die kulturelle Vielfalt eine lebensgeschichtliche Selbstverständlichkeit darstellt, um so etwaige Übertragungen zu vermeiden.

Schlussendlich lässt sich also feststellen, dass bei der Wahl der richtigen DolmetscherIn eine Reihe von Punkten und Kriterien beachtet werden muss, wobei der sozio-kulturelle Hintergrund und die Arbeitserfahrung wohl als wichtigste herauszuheben wären; jedoch sollte in diesem Setting - wohl wie in keinem anderen – zusätzlich besonders auf die persönliche Eignung Wert gelegt werden. Es gibt jedoch kein „Rezept“ oder keine allgemeinen Kriterien, die für die Auswahl einer DolmetscherIn sprechen. In diesem Setting sollte eine Reihe von Faktoren beachtet werden und es muss von Fall zu Fall aufs neue erwogen werden, welche DolmetscherIn geeignet wäre. Nicht zuletzt spielt auch die Sympathie in den meisten psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen eine wichtige Rolle, denn es geht ja schlussendlich um den Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung.

2.1.1. Professionelle DolmetscherInnen vs. LaiendolmetscherInnen

Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting sollten nur professionelle und ausgebildete DolmetscherInnen zum Einsatz kommen, deshalb ist in diesem - wie auch in (fast) allen Settings - der Einsatz von LaiendolmetscherInnen strikt abzulehnen. Nicht selten werden im medizinisch-sozialen Bereich noch häufig Familienmitglieder, FreundInnen und Bekannte zum Dolmetschen herangezogen. In der Öffentlichkeit fehlt oft das Bewusstsein, dass derartige „Notlösungen“ unbefriedigend sind und große Nachteile für die Betroffenen mit sich bringen können. Es steht außer Frage, dass diese Situation sowohl für PatientInnen als auch für Auftraggeber nur unzureichend sein kann, denn somit wird den PatientInnen nur eine ineffiziente Betreuung geboten, während TherapeutInnen Gefahr laufen, die Kontrolle über das Gespräch zu verlieren. Weniger noch als sonst kann bei unbekannten LaiendolmetscherInnen deren sprachliche, fachliche und kulturelle Kompetenz überprüft werden. (Pöllabauer 2003:22ff)

Abgesehen vom Rollenverständnis und Rollenbewusstsein, über das professionelle DolmetscherInnen im Gegensatz zu LaiendolmetscherInnen verfügen, haben letztere oft ungenügende Sprachkenntnisse und/oder bleiben bei der Dolmetschung nicht unparteiisch. Dies trifft häufig auf DolmetscherInnen zu, die von PatientInnen selbst „mitgebracht“ werden, oft handelt es sich dabei um Familienmitglieder, Krankenhausangestellte etc. Ausgebildete DolmetscherInnen hingegen sind zu professionellem Verhalten und Verschwiegenheit verpflichtet. (Bot 2006:162) Dieser Anspruch kann jedoch von keinem Familienmitglied, Freund oder gar Kind erfüllt werden. (Reisinger 2003:138) Auch von medizinischer Seite (Schlippe et al. 2003:82) wird davor gewarnt, LaiendolmetscherInnen einzusetzen. Es wird eher dazu geraten, wichtige Besprechungen zu verschieben, wenn keine geeigneten Fachkräfte zu Verfügung stehen. Nur in äußersten Notfällen kann auf LaiendolmetscherInnen zurückgegriffen werden. Wenn möglich sollte auch dann - trotz Sprachbarrieren - eine direkte Kommunikation durch Mimik, Gestik sowie Papier und Bleistift angestrebt werden. (vgl. Schlippe et al. 2003:82) Nichts desto trotz kommen zu

häufig unqualifizierte DolmetscherInnen in diesem Setting zum Einsatz, da nicht genügend qualifizierte DolmetscherInnen zur Verfügung stehen und/oder weil LaiendolmetscherInnen billiger sind. (Reisinger 2003:138)

Ein weiterer Aspekt, der nicht unwesentlich dazu beiträgt, dass LaiendolmetscherInnen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen eingesetzt werden, ist die fehlende Akzeptanz der DolmetscherIn als "fremde" Person bei Therapiegesprächen. Oft können sich PatientInnen, für die immer Familienmitglieder, Freunde etc. gedolmetscht haben, nicht vorstellen, dass plötzlich eine fremde Person von außen diese Arbeit übernehmen wird. Nicht selten lehnen PatientInnen deshalb professionelle DolmetscherInnen ab. In solchen Fällen muss gemeinsam nach einer Lösung gesucht werden. Diejenige Person, die dann letztendlich zum Dolmetschen eingesetzt wird, muss jedenfalls integer sein und muss darauf hingewiesen werden, außerhalb der Therapie nicht über deren Inhalte zu sprechen. (Schlippe et al. 2003:83)

Eine weitere Ausnahme stellen psychiatrisch-psychotherapeutische Gesprächskonstellationen mit Kindern und Jugendlichen dar. In diesen Fällen ist der Einsatz von Familienmitgliedern (optimalerweise den Bezugspersonen) akzeptabel, da Kinder diesen Personen vertrauen und sich leichter öffnen können als vor Fremden. Gleichzeitig stellt dies auch eine zeitliche Ersparnis dar, da man als TherapeutIn/ÄrztIn bei minderjährigen PatientInnen die Eltern aus rechtlichen Gründen auch genau über die Inhalte informieren muss. (Topf 2011:280f)

Zusammenfassend kann man festhalten, dass nur ausgebildete und professionelle DolmetscherInnen im Stande sind, im komplexen Setting der Psychotherapie/Psychiatrie kommunikationsorientiert, rollenbewusst und sprachlich einwandfrei zu agieren. Trotzdem gibt es einige wenige Ausnahmen, bei denen der Einsatz von LaiendolmetscherInnen geduldet werden muss, wenn es sonst keine andere Möglichkeit gibt, eine Therapie durchzuführen.

2.2. Das multikulturelle therapeutische Team

Die Psychotherapie hat sich als Methode zur Behandlung einer Vielzahl von psychiatrischen und psychosomatischen Störungen etabliert. In der transkulturellen Psychotherapie entsteht jedoch ein völlig neuartiges Interaktionsgefüge und man steht vielfältigen Aufgaben gegenüber, welche in der herkömmlichen Psychotherapie eher selten bzw. gar nicht auftreten. In der transkulturellen Psychotherapie arbeitet man häufig mit PatientInnen, die während der Emigration ihr gewohntes kulturelles, soziales und familiäres Netz verloren haben und Teil einer anonymen Masse von "Ausländern" geworden sind, ohne Identität, oft auch ohne gesellschaftliches Ansehen und ohne Sprache. (vgl. Egger/Wedam 2003:83) In der Therapie mit MigrantInnen wird das therapeutische Team oftmals mit spezifischen und traumatisierenden Inhalten konfrontiert und wegen der vorhandenen Sprach- und Kulturbarrriere müssen neue Ansätze gefunden werden, um auf lange Sicht solchen PatientInnen eine adäquate Behandlung bieten zu können. Durch die Strukturveränderungen unserer Gesellschaft sind auch psychiatrisch-psychotherapeutische Institutionen dazu aufgefordert, ihre Konzepte permanenter Veränderung und Umwandlung zu unterwerfen. Eine optimale Arbeit ohne begleitende Fortbildungen und Supervision der MitarbeiterInnen ist im Sinne von Qualitätssicherung und Qualifizierung auf Dauer nicht möglich. Zwar wurden in den letzten Jahren viele therapeutische Teams um ausländische KollegInnen erweitert, jedoch nicht in ausreichendem Maße und oftmals haben diese MitarbeiterInnen eine Art Alibifunktion inne. (Schlippe et al. 2003:218) Um die Bedürfnisse von MigrantInnen wahren zu können, ist man auch im therapeutischen Bereich auf professionelle DolmetscherInnen angewiesen, jedoch wird die bedeutsame Rolle von DolmetscherInnen in der Öffentlichkeit meist nur unzureichend thematisiert und wahrgenommen. (vgl. Pöllabauer 2003:18)

Um also ausländischen PatientInnen eine adäquate Betreuung bieten zu können, werden optimalerweise multikulturelle therapeutische Teams gebildet. Die eigentliche Aufgabe dieser Teams liegt darin, dass MitarbeiterInnen aus

unterschiedlichen Nationalitäten und Sprachen, bezogen auf konkrete PatientInnen, Fälle und Projekte *zusammenarbeiten*. Die Kooperation bietet keine Gewähr für ein konfliktfreies Team, wenn jedoch die Differenzen konstruktiv genutzt werden können, verspricht die Zusammenarbeit einen Gewinn an Effizienz und Qualität. (Schlippe et al. 2003:219) Das Arbeiten im Team im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting sollte jedoch immer mit der Möglichkeit der Supervision einhergehen. Bei systemischer Supervision in multikulturellen Teams geht es darum, die Facetten zu erkennen, in denen sich subtile Ausgrenzungsprozesse im Team widerspiegeln. Meist sind diese Dynamiken den Teammitgliedern selbst nicht bewusst und sie reagieren oft mit großer Betroffenheit darauf, wenn diese deutlich werden. (Schlippe et al. 2003:220) In den komplexen Konstellationen innerhalb eines multikulturellen Arbeitsteams sollte es also immer für *alle* involvierten Teammitglieder die Möglichkeit der Supervision geben, einerseits um die Zusammenarbeit und die Arbeitsweise zu optimieren, andererseits auch um den Mitgliedern bei Konflikten innerhalb der Gruppe zur Seite zu stehen. Die DolmetscherIn sollte bei Annahme eines Auftrags im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting die Komplexität dieser Gesprächskonstellationen nicht unterschätzen und die Supervision als wichtigen Teil der Arbeit in diesem Setting auch in Anspruch nehmen.

2.2.1. Von der Dyade zur Triade

Bei der Psychotherapie wird in Gesprächen zwischen PatientIn und TherapeutIn versucht, verdrängte und unbewältigte Konflikte, Erinnerungen und Emotionen aufzudecken, mit dem Ziel, eine Lernerfahrung und eine Verhaltensänderung einzuleiten. (Hexal 2003 zit.n. Allaoui 2005:71) Wenn in der Psychotherapie eine dritte Person beigezogen wird, in diesem Falle eine DolmetscherIn, wird die gewohnte dyadische Interaktionskonstellation verändert. Es entsteht eine Triade und der gewohnte vertrauensvolle Therapieprozess wird von einer dritten Person beeinflusst und die Kommunikation wird auf diese Art „verdünnt“. (vgl. Nuc 2006:263) In dieser neu entstandenen Dreieckskonstellation können sich Verzerrungen ergeben, die die

TherapeutIn nach Möglichkeit zu erkennen und zu berücksichtigen hat. Des Weiteren kann bei Rollenmissverständnissen das Gefühl entstehen, „überzählig“ zu sein und die DolmetscherIn und die TherapeutIn treten in eine Art Rivalität um die Gunst der PatientIn. (vgl. Morina et al. 2010:106f) Emotionen spielen in der Psychotherapie eine zentrale Rolle. Sie können, gefärbt durch eine dritte Person, sowohl abgeschwächt als auch verstärkt werden bzw. durch den Dolmetschvorgang verstärkt aufgefasst werden, vor allem dann, wenn eine Person die Fremdsprache teilweise versteht. Oft verstehen PatientInnen schon an der Mimik und Gestik der TherapeutIn, was kommuniziert wird, und durch die Wiederholung in der Dolmetschung kann dies mitunter auch stärker wahrgenommen werden. (vgl. Messent 2003:144) Wenn in der Psychotherapie unter Beizug von DolmetscherInnen eine Triade entsteht, ist die Situation für alle TeilnehmerInnen gewöhnungsbedürftig, doch wenn die Rollen vorweg geklärt werden und alle Beteiligten diszipliniert darum bemüht sind, ihre Rolle(n) zu wahren, können sich neue Chancen für die Psychotherapie und die Behandlung ergeben. Die effiziente Kommunikation über eine DolmetscherIn muss von der PatientIn und TherapeutIn erst erlernt werden, die DolmetscherIn muss jedoch auch lernen, innerhalb einer Therapiebeziehung zu kommunizieren. Da bei der Psychotherapie auch das Vertrauen eine zentrale Rolle spielt, wird die Kommunikation meist nach einer Anlauf- und Eingewöhnungsphase für alle involvierten AkteurInnen der gegebenen Gesprächskonstellation allmählich erlernt, erweitert und schlussendlich individuell optimiert.

2.2.1.1. Beziehungen und Kommunikation im Trialog

Der Beziehungsfaktor ist die Grundlage jeder Art von Kommunikation. In diesem Setting ist der Aufbau einer vertrauensvollen und respektvollen Beziehung zwischen allen AkteurInnen entscheidend für den Erfolg der gesamten Therapie. Diese Beziehung muss - im Gegensatz zu anderen Settings - jedoch nicht nur rein professioneller Natur sein, denn es muss ein Vertrauensverhältnis eine Beziehung zwischen allen Beteiligten aufgebaut werden.

Wir entwickeln alle im Laufe unseres Lebens Kommunikationsmuster, die auch unsere Beziehung zum Kommunikationspartner widerspiegeln. Diese Kommunikationsmuster bestimmen auch den Grad des Vertrauens und der Intimität zwischen unseren Kommunikationspartnern. (Mudarikiri 2003:182) Die Kommunikation zwischen Arbeitskollegen gestaltet sich zum Beispiel unterschiedlich als die Kommunikation in einer Partnerschaft. Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting ist die Beziehungsebene für alle involvierten Personen von herausragender Bedeutung und führt zu einer denkbar komplexen Situation, denn die Vertrauensbasis muss von allen Kommunikationspartnern gleichermaßen aufgebaut und in weiterer Folge definiert, evaluiert, weiterentwickelt und ausgehandelt werden. (vgl. Mudariki 2003:182f)

Da es sich für zumindest manche der involvierten AkteurInnen um ein Arbeitsverhältnis handelt, ist es besonders wichtig, dass beim Aufbau der therapeutischen Beziehung zwischen allen Kommunikationspartnern gewisse Regeln befolgt werden. Egger und Wedam (2003:87) beschreiben die Triade als „Wir-intendierende Situation“, deren Handlungsspielraum nicht aus den Wechselwirkungen subjektiver Interessen entsteht, sondern aus der definierten Struktur eines Arbeitsteams heraus. In eine TherapeutIn-PatientIn-Beziehung fließen jedoch auch Persönlichkeitsfaktoren der involvierten Akteure als Co-Variablen in die Kommunikation und Behandlung mit ein. (Kropiunigg 2011:40) Für die DolmetscherIn stellt die Komplexität der Beziehungen in der neu entstandenen Triade eine große Herausforderung dar, da eine adäquate Kommunikation für alle Beteiligten durch sie hergestellt werden muss und eine Übersetzung auf allen Ebenen der Kommunikation stattfinden muss. Nonverbale Elemente der Kommunikation, die auf das Beziehungsverhältnis zwischen den Kommunikationspartnern hinweisen, müssen erkannt und wiedergegeben werden, was eine besonders schwierige Aufgabe dieses Settings darstellt. (vgl. Tribe/Raval 2003:258) In psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen, in denen Kommunikation ein grundlegendes Element der Behandlung darstellt, sind auch vertikale Kommunikation und das Zeigen von fachlicher Überlegenheit ein Tabu.

(Kropiunigg 2011:42) Diese Regeln gelten gleichermaßen für die DolmetscherIn wie auch die TherapeutIn. Wenn die Kommunikation zwischen TherapeutIn und PatientIn (und eventuell DolmetscherIn) fehlschlägt, muss mit erhöhter Patientenunzufriedenheit, Noncompliance und letztendlich zu einem mangelhaften Behandlungsergebnis gerechnet werden. (Kropiunigg 2011:41)

Man kann also festhalten, dass die DolmetscherIn auf eine äußerst spezifische Zusammenarbeit in diesem Setting vorbereitet sein muss und sich vor einem Einsatz selbst fragen sollte, ob diese Art der emotionalen Involvierung für sie persönlich zumutbar ist. Darüber hinaus stellt die Dolmetschung von Beziehungskomponenten eine besondere Herausforderung dar, da die DolmetscherIn in einem Gefüge, in das sie selbst emotional involviert ist, auch eine Teilverantwortung für den Beziehungsaufbau zwischen den anderen Parteien trägt. Die effektive Kommunikation im therapeutischen Triolog muss also auch von erfahrenen KommunikationsexpertInnen häufig erst erlernt werden.

2.2.1.2. Probleme der neu entstandenen Triade

Die durch den Einsatz einer DolmetscherIn neu entstandene Triade stellt alle Beteiligten vor spezifische Herausforderungen und neue Aufgaben. Die wohl größte Schwierigkeit im Zuge der therapeutischen Arbeit stellt für TherapeutIn und DolmetscherIn die andauernde Gratwanderung zwischen Distanz/Neutralität und Empathie dar. Eine gewisse Unbefangenheit ist zwar notwendig, aber es ist gleichsam wichtig, Zeit zum Reflektieren und zum Besprechen von Emotionen unter fachlicher Aufsicht/Betreuung zu haben. (Bot 2006:163) Das Problem der Neutralität/Empathie ist auch sehr eng mit der Rollenproblematik verbunden, denn eine Überschreitung gewisser Grenzen und somit das Herausfallen aus der eigenen Rolle kann den gesamten Therapieprozess lähmen. Gerade für die DolmetscherIn stellt diese Arbeitsweise, die einerseits vertrauensvoll sein soll, aber andererseits auch neutral und rein professioneller Natur bleiben soll, eine persönliche und fachliche Herausforderung dar. Bot (2006:163) hebt dazu hervor, dass jedoch das Anforderungsprofil für DolmetscherInnen in psychiatrisch-

psychotherapeutischen Settings oft kein spezifisches Wissen über diesen Fachbereich der Medizin beinhaltet. Des Weiteren haben TherapeutInnen in der neu entstandenen Triade oft das Gefühl, dass sie die Kontrolle über den Dialog verlieren, wenn eine DolmetscherIn anwesend ist. (Bot 2006:163) Diese Punkte können sich zu einem ernsthaften Problem entwickeln, denn in der Psychotherapie ist es, im Gegensatz zu vielen anderen Settings, essentiell und von therapeutischer Bedeutung, dass PatientIn und TherapeutIn eine vertrauensvolle Beziehung zueinander aufbauen können. Vertrauen ist sogar als oberste Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie anzusehen, dafür muss jedoch auch die DolmetscherIn über ein gewisses Maß an Fachwissen aus dem Gebiet Psychiatrie/Psychotherapie verfügen. (Bot 2006:163) Mit einer spezifischen Schulung aller Teammitglieder für die Arbeit mit einer DolmetscherIn bzw. der DolmetscherIn für dieses Setting, könnten diese Probleme jedoch bereits im Vorhinein vermieden werden.

2.2.2. Vor-/Nachgespräch

Bei gedolmetschten Therapiesitzungen findet zwischen TherapeutIn und DolmetscherIn (in seltenen Fällen auch mit der PatientIn) in der Regel ein Vor- und Nachgespräch statt. In diesem Gespräch informiert die TherapeutIn die DolmetscherIn über Ziele und Erwartungen des Gesprächs, aber auch über konkrete therapierelevante Aspekte, wie psychische Störungsbilder und entsprechende therapeutische Verfahren. Die DolmetscherIn informiert über kulturelle Gepflogenheiten, Tabus, Krankheitsverständnis usw. (Morina et al. 2010:109) Mudarikiri (2003:193) empfiehlt auch den in der Überweisung beschriebenen Zustand zu besprechen und gemeinsam potentielle Hypothesen über Krankheitsbild und/oder dessen soziokulturelle Hintergründe zu diskutieren. Gegebenenfalls sollte die TherapeutIn darauf aufmerksam machen, wenn aggressives, ordinäres Verhalten vorkommen kann und dass solche Aussagen auch treu wiedergegeben werden müssen. (vgl. Egger/Wedam 2003:90) Auf Grundlage der Vor- und Nachgespräche, die bei jeder Sitzung stattfinden sollten, können TherapeutIn und DolmetscherIn gemeinsam das weitere Vorgehen und die Richtung der Therapie planen. (Mudarikiri 2003:193)

Es empfiehlt sich auch im Vorgespräch über Rollenerwartungen und Rollenverteilungen zu sprechen. Zusätzlich wäre es ratsam das Vor- bzw. Nachgespräch- wenn möglich- in einer getrennten Räumlichkeit und nicht in direkter Anwesenheit der PatientIn abzuhalten. Des Weiteren wird im Nachgespräch gegenseitig Feedback gegeben, es werden Missverständnisse aufgeklärt, Schwierigkeiten angesprochen und Übertragungen erläutert. (Morina et al. 2010:109) Im Nachgespräch hat die DolmetscherIn auch die Möglichkeit Beobachtungen, Gesten, nonverbale Handlungen etc. zu erläutern, falls dies während der Sitzung nicht möglich war. (Mudarikiri 2003:193)

Genauso wichtig wie das Vorgespräch zwischen DolmetscherIn und TherapeutIn ist ein anfängliches Vorgespräch mit der PatientIn. Die PatientIn muss vor allem über die Rolle der DolmetscherIn informiert werden und wie therapeutische Sitzungen mit einer DolmetscherIn abgehalten werden. Dabei ist es auch nicht unüblich, den Namen der DolmetscherIn zu nennen und ihren ethnischen, geographischen und kulturellen Hintergrund. Die PatientIn sollte auch die Möglichkeit bekommen in einem Vor- bzw. Nachgespräch Feedback zum Verlauf der Therapie, aber auch zur TherapeutIn und DolmetscherIn äußern zu können. Auch Präferenzen hinsichtlich des Geschlechts, des Alters und der Therapiesprache sollten bei einem Vorgespräch eruiert werden und bei der Wahl der DolmetscherIn berücksichtigt werden. (vgl. Patel 2003:232f)

Es ist auch immer wieder wichtig festzuhalten, dass die DolmetscherIn und die PatientIn sich nicht privat kennen sollten, bzw., dass DolmetscherIn und PatientIn außerhalb der Therapiesitzungen nicht miteinander „plaudern“ sollten, denn auf diese Weise wird eine Beziehung aufgebaut und die TherapeutIn findet keinen Zugang mehr zur PatientIn (Salman 2011:174)

2.2.2.1. Aus Vor-/Nachgespräch resultierende Probleme

Eines der wohl häufigsten Probleme, das aus Vor- bzw. Nachbesprechungen resultiert ist, dass sich eine Partei ausgeschlossen fühlt. Es ist wichtig, dass dieses Problem offen angesprochen wird. Am häufigsten fühlt sich die PatientIn ausgeschlossen, weil er/sie das Gefühl hat, dass die DolmetscherIn und die TherapeutIn eine Art „Allianz“ bilden, deshalb sollten diese Gespräche auch in

einer getrennten Räumlichkeit abgehalten werden. Die TherapeutIn fühlt sich wiederum ausgeschlossen, wenn zwischen PatientIn und DolmetscherIn eine längere Konversation stattfindet, zum Beispiel im Wartezimmer vor der Therapiestunde. (vgl. Mudarikiri 2003:188) Solche kontraproduktiven Prozesse müssen, wenn erkannt, sofort angesprochen werden. Dennoch gestaltet es sich schwierig für die TherapeutIn diese Dynamik in der Therapie gänzlich zu unterbinden. (Mударikiri 2003:188)

2.2.3. Gesprächsablauf

Vor jeder Therapiesitzung findet üblicherweise ein Vorgespräch zwischen TherapeutIn und DolmetscherIn statt, wobei beim Erstgespräch auch die PatientIn (und Angehörige/Bezugspersonen) anwesend sein können. Der Gesprächsablauf wird grob von der TherapeutIn vorgegeben. Die TherapeutIn organisiert, wie und in welchem Tempo die Kommunikation in der gegebenen Gesprächskonstellation ablaufen soll. Die Rolle des/der Vorsitzenden ist die wichtigste Rolle der TherapeutIn in der Psychotherapie und darf auch im Sinne einer adäquaten Therapie nicht an andere GesprächsteilnehmerInnen abgegeben werden. (Bot 2005:253) Wie bei Bot (2005:238) beschrieben, bemüht sich die TherapeutIn kurze, verständliche Aussagen zu machen, um eine möglichst treue Dolmetschung zu ermöglichen. Jedoch sollte trotzdem darauf geachtet werden, Sinneinheiten auszudrücken und nicht Satz-für-Satz dolmetschen zu lassen, um keine Qualitätseinbußen zu riskieren. Man sollte nach Möglichkeit darum bemüht sein, die PatientIn auch bei längeren Passagen nicht zu unterbrechen, da dies den erwünschten Gedankenflow unterbrechen würde.

In der Psychotherapie unter Einbeziehung von DolmetscherInnen ist es akzeptabel, dass die PatientIn unterbricht, wenn er/sie das Bedürfnis hat, etwas zu sagen bzw. um einen Einwand zu zeigen. Dadurch soll ein interaktives Gespräch zwischen allen TeilnehmerInnen ermöglicht werden und ein reines „Frage und Antwort“-Gespräch vermieden werden. (Bot 2005:243) Die DolmetscherIn sollte die PatientIn zu Beginn der Sitzung auf diese Möglichkeit hinweisen. Die DolmetscherIn darf und sollte sich auch während der Sitzung bei

etwaigen Verständnisproblemen sofort rückfragend an die SprecherIn wenden, um Missverständnisse noch während der Sitzung aus dem Weg zu räumen. (Bot 2005:247) Nach der Sitzung findet ein abschließendes Nachgespräch zwischen TherapeutIn und DolmetscherIn statt, wobei dieses nicht in Anwesenheit der PatientIn initiiert werden sollte, damit diese nicht das Gefühl hat, ausgeschlossen zu werden. Allgemein kann festgehalten werden, dass der grobe Gesprächsablauf und dessen inhaltliche Richtung von der TherapeutIn vorgegeben werden und diese Aufgabe sollte auch nicht auf andere Beteiligte abgewälzt werden.

2.3. Sitzordnung

Die Sitzordnung hat in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen einen großen Einfluss auf das Gelingen der Kommunikation. In der Literatur finden sich jedoch geteilte Meinungen darüber, welche Sitzordnung für gedolmetschte Therapiegespräche am besten geeignet ist. Bei Morina et al. (2010:109) sitzt die Therapeutin der PatientIn direkt oder allenfalls leicht schräg gegenüber, während die DolmetscherIn zwischen beiden sitzt, sodass ein gleichschenkeliges Dreieck gebildet wird.

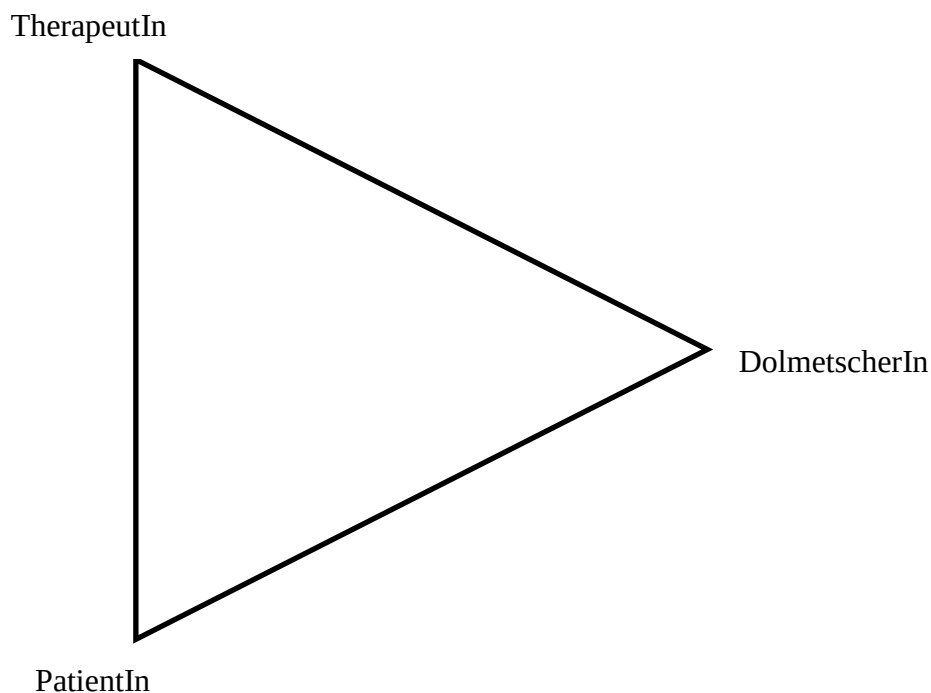


Abb. 2. Sitzordnung in Form eines gleichschenkeligen Dreiecks

Diese Sitzordnung repräsentiert die angestrebte Interaktions- und Kommunikationskonstellation. Auf keinen Fall sollte sich die DolmetscherIn aus dem Blickfeld der TherapeutIn oder der PatientIn setzen. (vgl. Morina et al. 2010:109) Diese Positionierung wird auch bei Nuc (2006:287) als die am häufigsten vorkommende Sitzordnung beschrieben. Hier wird jedoch auch erwähnt, dass die Sitzordnung je nach Anforderung wechseln kann, aber auch kulturgerecht gestaltet werden muss. Eine AfrikanerIn zum Beispiel würde aus Respekt vor der Hierarchie nie der TherapeutIn in die Augen sehen. Solche kulturellen Verhaltensweisen müssen demnach berücksichtigt werden, um eine günstige Sitzordnung zu gestalten. (vgl. Nuc 2006:289)

In den meisten Fällen stellt die Sitzordnung ein gleichschenkeliges Dreieck zwischen TherapeutIn, PatientIn und DolmetscherIn dar. Der wohl wichtigste Grund für diese Positionierung ist der Augenkontakt und die Herstellung einer Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn. (Nuc 2006:290) Von manchen TherapeutInnen wird aber auch gefordert, dass die DolmetscherIn neben der TherapeutIn positioniert wird. (Kluger/Kassim 2006:182) Somit hat die PatientIn die Möglichkeit, beide Personen gleichzeitig im Blickfeld zu behalten. Diese Sitzordnung sollte jedoch nach Möglichkeit vermieden werden, da sie eine Zusammengehörigkeit von TherapeutIn und DolmetscherIn (und somit ein Machtgefälle) suggeriert. Für die Therapie mit Flüchtlingen empfiehlt Patel (2003:223), dass die PatientIn an der Spitze/Apex eines gedachten gleichschenkeligen Dreiecks positioniert wird, obwohl dieser Platz üblicherweise von der TherapeutIn eingenommen wird.

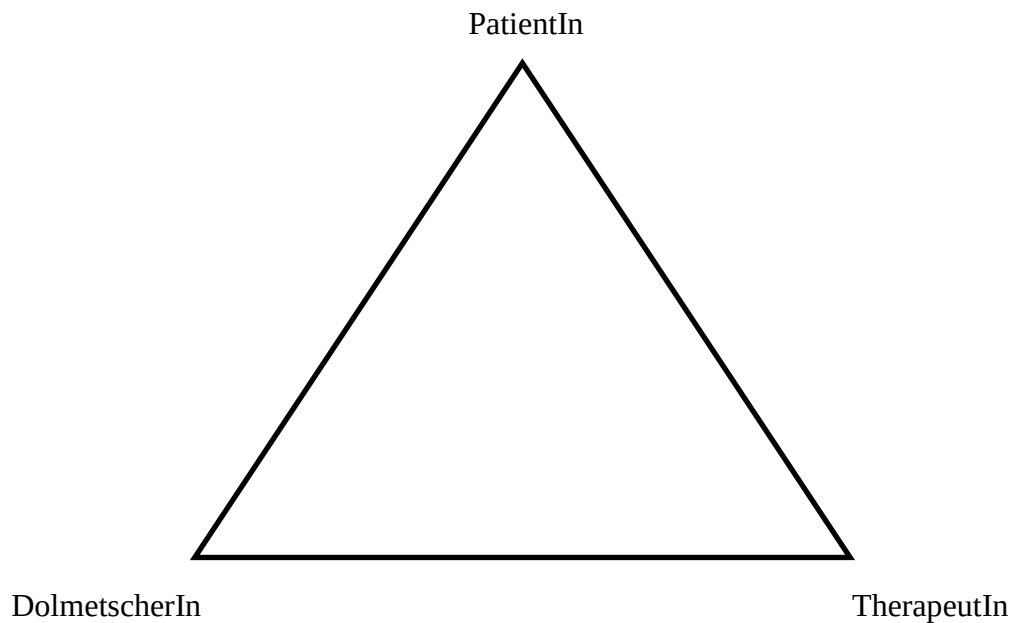


Abb. 3. Sitzordnung mit PatientIn an Apex des gleichschenkeligen Dreiecks

Diese Sitzordnung soll die PatientIn, die sich im Gespräch leicht übermachtet fühlen kann, auf eine Art Machtposition stellen und zur Kommunikation ermutigen. In der Therapie mit Flüchtlingen, die häufig Erniedrigungen und Demütigungen aller Art über sich ergehen lassen mussten, kann diese Sitzordnung durchaus preferiert werden. (vgl. Patel 2003:223)

Salman (2001:180) rät von der Sitzposition in Form eines gleichschenkeligen Dreiecks ab, weil es für manche PatientInnen unangenehm sein kann, sich über intime Inhalte zu unterhalten und dabei Landsleute anzusehen. Dabei soll die DolmetscherIn direkt neben der PatientIn platziert werden, damit die PatientIn Augenkontakt mit der TherapeutIn haben kann. Diese Sitzkonstellation mag in manchen Einzelfällen die Platzierung der Wahl sein, aber allgemein gesprochen sollte die DolmetscherIn (außer beim Flüsterdolmetschen) nicht direkt neben der PatientIn/TherapeutIn platziert werden, weil dadurch eine nicht gerechtfertigte Zugehörigkeit suggeriert wird.

2.4. Dolmetschtechnik

Die meisten Therapiesitzungen unter Beizug von DolmetscherInnen werden konsequent gedolmetscht. Großteils sind die zu dolmetschenden Abschnitte

einige Sätze lang, bei sehr kompliziertem Gesprächsinhalt wird jedoch Satz für Satz gedolmetscht. (Morina et al. 2010:106) Diese bei Morina et al. beschriebene Dolmetschpraktik darf jedoch in Frage gestellt werden, da es gerade bei komplexen Inhalten wichtig wäre Sinneinheiten zu dolmetschen, um den Zusammenhang zu erfassen und vollständig und kohärent wiederzugeben. Weiters wird unterstrichen, dass das Konsekutivdolmetschen von TherapeutInnen sehr begrüßt wird, da in den Dolmetschpausen der weitere Gesprächsverlauf und Interventionen geplant werden können.

Auch bei Egger/Wedam (2003:91) werden kurze Sequenzen konsekutiv gedolmetscht, wobei darauf geachtet werden sollte, dass nonverbale Kommunikation (Augenkontakt) eher zwischen TherapeutIn und PatientIn stattfindet, als zwischen der DolmetscherIn und den restlichen Beteiligten. Bei extrem belastenden, traumatisierenden Inhalten kann die DolmetscherIn die direkte Anrede kurzzeitig verlassen. (Egger/Wedam 2003:91)

Nicht selten kommt in psychotherapeutischen Sitzungen auch das Flüsterdolmetschen zum Einsatz, vor allem wenn es darum geht, latente Inhalte und bestimmte Psychopathologien zu erkennen, ohne den Ausgangstext der PatientIn bzw. Therapeutin zu unterbrechen, wie zum Beispiel bei Expositionen in sensu oder Entspannungsübungen. (vgl. Morina et al. 2010:106)

Die DolmetscherIn hat im gesamten Gespräch durch Verwendung der dritten Person die Möglichkeit, sich von belastenden Gesprächsinhalten zu distanzieren. Wenn Unklarheiten über die Rollenverteilung bestehen kann die DolmetscherIn auch in die dritte Person wechseln, um deutlich zu zeigen, von wem die Aussagen stammen. (Bot 2005:171) Bei Bot (2005:171) wird auch eine Dolmetschtechnik beschrieben, bei der die DolmetscherIn die Aussagen der PatientIn (für die TherapeutIn) in der Ich-Form dolmetscht, die Aussagen der TherapeutIn (für die PatientIn) jedoch immer in der dritten Person. Dieser Dolmetschstil soll vor allem dann sehr hilfreich sein, wenn die PatientIn die Rolle der DolmetscherIn/TherapeutIn noch nicht genau nachvollziehen kann. Durch diese Art zu Dolmetschen wird unmissverständlich angezeigt, wer die Therapie leitet und von wem die Aussagen stammen. (Bot 2005:171) Des Weiteren weist Bot (2005:172) noch darauf hin, dass die Verwendung der

dritten Person auch missverstanden werden kann und leicht den Eindruck erweckt wird, dass „über jemanden, der nicht anwesend ist“ gesprochen wird.

2.4.1. „Stand by“-Dolmetschen in der Psychotherapie

Bei Zayas et al. (2007) wird beschrieben, dass beim Dolmetschen in der Psychotherapie mit in den USA lebenden PatientInnen lateinamerikanischer Abstammung manchmal auch das sogenannte „Stand by“-Dolmetschen zum Tragen kommt. Meist verstehen dabei die PatientInnen die Ausgangssprache gut und können sich auch teilweise selbst artikulieren. Die DolmetscherIn kommt nur zum Einsatz, wenn es Schwierigkeiten gibt, den psychischen oder physischen Zustand so genau wie möglich zu beschreiben. Auch komplexe oder zu fachliche Gesprächsinhalte werden gedolmetscht, um die Verständigung zu gewährleisten. (vgl. Zayas et al. 2007:926)

Das Stand-by Dolmetschen in der Psychotherapie kann als wichtige Ergänzungsleistung gesehen werden für PatientInnen, die sich selbst artikulieren wollen oder können, jedoch bei zu fachlichen Gesprächsinhalten auf die Unterstützung einer DolmetscherIn angewiesen sind. Diese DolmetscherInnenrolle kann aber auch eingesetzt werden, wenn mehrere Personen mit unterschiedlich guten Sprachkenntnissen der Therapie beiwohnen.

2.5. Belastung/Belastbarkeit der DolmetscherIn

Das psychiatrisch-psychotherapeutische Setting ist wohl eines der belastendsten für die DolmetscherIn, da sie immerzu mit traumatisierenden Inhalten und auch krankhaften Verhaltensweisen konfrontiert wird. Aber nicht nur für die DolmetscherIn stellt diese Gesprächskonstellation eine besondere Herausforderung dar, sondern auch für die TherapeutIn. Die Arbeit mit einer DolmetscherIn erfordert ein höheres Maß an Selbstreflexion von allen Beteiligten, weil verschiedene Beziehungs- und Kommunikationsebenen aufgearbeitet und analysiert werden müssen und alle Beteiligten die therapeutische Konversation gleichermaßen mitgestalten. (Mudarikiri 2003:185)

In diesen Gesprächskonstellationen ist es besonders wichtig, dass die DolmetscherIn aufmerksam ihre eigenen Emotionen wahrnimmt und ihre Belastbarkeitsgrenzen kennt, denn eine stark belastete DolmetscherIn wird schnell zur Belastung für den gesamten therapeutischen Prozess: traumatisierte Menschen (PatientInnen) gehen häufig von der Selbstannahme aus, dass ihre Geschichte niemandem zumutbar ist und nicht verstanden werden kann. Diese PatientInnen nehmen jeden noch so kleinen Widerstand aufmerksam wahr und verstummen, wenn sie das Gefühl haben, jemanden mit ihrer Geschichte zu belasten. (Egger/Wedam 2003:89) Aber auch die persönliche Betroffenheit von DolmetscherInnen wird bei der Arbeit mit Schwertraumatisierten häufig unterschätzt: Bezugnehmend auf eine Studie wird bei Miörner Wagner/Brigitzer (2003:100) festgestellt, dass die eigenen schmerzhaften Erfahrungen der DolmetscherInnen bei der Arbeit mit traumatisierten PatientInnen zunehmen, ganze 83% wünschten sich eine Nachbesprechung mit der behandelnden TherapeutIn, um diese Belastung ansprechen zu können.

Deshalb ist es wichtig, dass DolmetscherInnen, wie auch alle anderen Mitarbeiter des therapeutischen Teams, regelmäßig und - wenn nötig - unter professioneller Supervision ihre Erfahrungen und Emotionen aus der Therapie reflektieren und diese gemeinsam aufarbeiten können. Miörner Wagner/Brigitzer (2003:94) streichen diesen Punkt besonders bei der Arbeit in Krisenintervention mit schwertraumatisierten Personen als essentiell hervor. Sowohl für die DolmetscherIn als auch für die behandelnde Person muss nach der Therapiesitzung genug Zeit für Reflexion und Erfahrungsaustausch eingeräumt werden.

2.5.1. Übertragung/Gegenübertragung

Die „Übertragung“ bzw. „Gegenübertragung“ sind in der Psychotherapie nicht selten anzutreffende Phänomene, die sich in bestimmten Gefühlsübertragungen äußern; für die DolmetscherIn stellen diese Dynamiken jedoch oft unbeschrittenes Neuland dar. Es handelt sich bei der Übertragung um eine Art Beziehungskonflikt, dem unterschiedliche lebensgeschichtliche

Vorerfahrungen und Beziehungserwartungen zugrunde liegen. Dabei werden Gefühle, Erwartungen und (Beziehungs-)Wünsche, von einer GesprächspartnerIn auf die andere übertragen. (vgl. Finke 2004:49) Dieses Phänomen wird sehr häufig in der Psychotherapie beobachtet und solche Gefühle können auch auf die DolmetscherIn übertragen werden, was eine große Belastung darstellen kann. Als besonders belastend empfinden DolmetscherInnen Situationen, in denen die PatientInnen Ohnmacht, tiefe Trauer und Hoffnungslosigkeit zeigen. (vgl. Nuc 2006:283) Die Dynamik der Übertragungsphänomene ist nur schwer kontrollierbar; da die DolmetscherIn meist aus dem selber Kulturkreis wie die PatientIn stammt, kann es zu Beziehungsangeboten seitens der PatientIn an die DolmetscherIn kommen, was alle Belange des Lebens betreffen kann. Dieses große Vertrauen in die Fähigkeiten der DolmetscherIn stellt einen Appell an ihr Über-Ich dar und kann dazu führen, dass die DolmetscherIn (unbewusst) ihre professionelle Haltung verlässt und eine Koalition mit der PatientIn bildet. (Egger/Wedam 2003:87) So kann es zum Beispiel genügen, dass DolmetscherIn und PatientIn vor der Therapiesitzung „Small talk“ austauschen, um eine (unerwünschte) Beziehung aufzubauen und die DolmetscherIn kommt in die Rolle einer VertreterIn für die PatientIn und wird so vorab emotional involviert. Nolens volens kann so der TherapeutIn die Kompetenz entzogen werden und der Aufbau einer therapeutischen Beziehung massiv behindert werden. (Egger/Wedam 2003:87f)

Die Dynamik kann jedoch auch in die gegensinnige Richtung ablaufen- dieses Phänomen wird wiederum Gegenübertragung genannt und bezieht sich auf Situationen, in denen die Gefühle und Erwartungen der DolmetscherIn bzw. TherapeutIn auf andere Gesprächspartner übertragen werden. Im Falle von DolmetscherInnen sind das am häufigsten Gefühle der Ohnmacht (Nuc 2006:283) Solche im weitesten Sinne ödipalen Konstellationen können sich zwischen den drei TeilnehmerInnen in allen Varianten einstellen und müssen von der TherapeutIn erkannt, gedeutet und allenfalls mit der DolmetscherIn besprochen werden. (Morina et al. 2010:107)

Patel (2003:229) weist in ihrer Arbeit über die Therapie mit Flüchtlingen auch auf eine andere Art der Übertragung hin. Es handelt sich dabei um einen

unterbewussten bzw. unbeabsichtigten Rassismus seitens der DolmetscherIn. Die PatientIn überträgt dabei ihre im weitesten Sinne „kolonialistischen“ (Patel 2003:229) Gefühle, die sie in der Beziehung zur TherapeutIn hat, welche in dieser Konstellation eine Machtposition innehat. Oft sind sich DolmetscherInnen dieser Dynamik nicht bewusst, dabei fühlen sie sich auch durch die TherapeutIn „übermachtet/entmachtet“, können das Problem aber nicht in Angriff nehmen. (vgl. Patel 2003:229)

Ein weiteres wichtiges Beispiel für häufige Gegenüberbertragungen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen wird auch bei Patel (2003:235) beschrieben: die DolmetscherIn kann Schuldgefühle entwickeln, wenn sie zum Beispiel dem Leid und der Verfolgung, der die PatientIn in ihrem Heimatland ausgesetzt war, entkommen konnte. Diese Gefühle werden in weiterer Folge übertragen, oder in anderer Form, wenn zum Beispiel Angst oder Hilflosigkeit in der therapeutischen Arbeit wieder zum Vorschein kommen. (Patel 2003:235) Die TherapeutIn beobachtet die Übertragungen und Gegenübertragungen in der therapeutischen Beziehung sehr genau und versucht dadurch Erkenntnisse für die Therapie zu gewinnen und sie dadurch nutzbar zu machen. (Wedam 2009:186) Die DolmetscherIn sollte schon im Vorfeld über diese mögliche Dynamik informiert werden, um solche Gefühle schnell zu deuten und die TherapeutIn sollte eine Möglichkeit schaffen, diese Gefühle allein oder auch gemeinsam mit der PatientIn zum Ausdruck zu bringen. Alle beteiligten AkteurInnen sollten auch außerhalb der gegebenen Gesprächskonstellation Zugang zu professioneller Hilfe und Supervision durch Fachkräfte haben. (vgl. Patel 2003:235)

2.5.2. Pathologische Verhaltensweisen während der Sitzung und wie damit umgegangen wird

In Therapiesitzungen werden häufig traumatisierende Inhalte aufgearbeitet, was für die DolmetscherIn eine enorme Belastung und auch professionelle Herausforderung darstellt. Die zu dolmetschenden Passagen sind häufig länger als in anderen Settings des Kommunaldolmetschens, weil die PatientInnen über schwierige Emotionen wie Scham, Schuldgefühle, Trauer und Schmerz

berichten, was ihnen oft schwerfällt. (Bot 2006:163) In dieser Situation können sich die PatientInnen nicht auf die Kommunikation beschränken, oft sind lange Pausen dazwischen oder es kommt zu Emotionsausbrüchen. Psychiatrische Patienten können auch unter Halluzinationen leiden und darüber sprechen, oder gar wirr sprechen und dabei Wörter verwenden, die es „nicht gibt“. (Bot 2006:163) Des Weiteren kann es zu Obszönitäten verschiedenster Art und zu aggressivem Verhalten kommen. Die DolmetscherIn sollte, wenn möglich und bekannt, schon während des Vorgesprächs über das Vorkommen solcher Verhaltensweisen in den Sitzungen informiert werden und mit der TherapeutIn die möglichen Reaktionen in solchen Fällen besprechen. Für die DolmetscherIn kann unter solchen Umständen auch Fachwissen aus dem Bereich der Psychiatrie/Psychotherapie von Vorteil sein.

2.5.3. Verantwortung der DolmetscherIn

Im gesamten medizinischen Setting trägt die DolmetscherIn eine besondere Verantwortung, denn auf Grundlage der Kommunikation und letztendlich der Dolmetschung werden Entscheidungen getroffen und Behandlungsschritte gesetzt, die nicht selten gravierende Folgen haben (können). Die DolmetscherIn muss jedoch mit Feingefühl, Erfahrung und umfangreichem Kulturwissen an den Auftrag herangehen, denn aus missverstandenen Aussagen und in weiterer Folge auch falschen Dolmetschungen können fatale Fehler entstehen. Maxwell Magondo Mudarikiri (2003:186) führt dazu ein Beispiel an: Wenn eine PatientIn zu ihrem Arzt „I have a heavy pain in my heart“ sagt, kann dies sowohl wörtlich gemeint sein, in manchen Kulturen wird dadurch jedoch Trauer oder seelischer Schmerz ausgedrückt. Im religiösen Kontext könnten damit auch Schuldgefühle oder das Verlangen nach Sühne gemeint sein. (Mударikiri 2003:186) Wenn die DolmetscherIn aufgrund der Vieldeutigkeit einer Aussage nicht „das Gemeinte“ bzw. den Sinn herausfinden kann, sollte unbedingt nachgefragt werden, denn von dieser Dolmetschung hängen sowohl Diagnose als auch Behandlung ab. Da psychische Belastungen vielerlei physische Symptome hervorrufen können und deshalb oft falsch bzw. zu spät diagnostiziert werden, sollten DolmetscherInnen im medizinischen

Bereich sich dieser Problematik bewusst sein und auch speziell auf solche Kommunikationselemente sensibilisiert sein.

Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting ist es auch besonders wichtig, nonverbale Kommunikationselemente, wie Gesten und Mimik in die Dolmetschung miteinfließen zu lassen, da sonst wichtige Informationen ausgelassen werden. (Mudarikiri 2003:186)

Da die DolmetscherIn in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen verschiedenste Rollen einnehmen kann, variiert das Maß der Verantwortung von Fall zu Fall. Es gibt Rollen, die mit einem besonders hohen Maß an Verantwortung einhergehen, wie zum Beispiel die Rolle der Co-TherapeutIn, GutachterIn oder ExpertIn für Sprache. Bei anderen Rollen wie zum Beispiel „Sprachrohr“ fehlen zwar wichtige Elemente der Kommunikation, aber damit wird auch ein Stück der Verantwortung abgegeben. Vielleicht mag das auch ein Mitgrund sein, warum einige DolmetscherInnen Rollen wie Co-Therapie ablehnen, denn die große Verantwortung und die damit verbundenen Aufgaben können auch zu einer Belastung heranwachsen.

2.5.4. Das therapeutische Team in der Krise

Bei Schlippe et al. (2003:156f) wird ein Punkt beleuchtet, der für medizinisches Fachpersonal vielleicht zu Routine geworden ist, jedoch für die DolmetscherIn eine neue belastende Erfahrung sein kann. Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting muss man leider immer wieder Rückschläge bei der Arbeit mit PatientInnen einstecken und das kann dazu führen, dass in schweren Fällen die Sinnhaftigkeit der Therapie in Frage gestellt wird. PatientInnen in psychischen Ausnahmesituationen sind auch zu Verzweiflungstaten fähig, nicht selten wird dabei Gewalt gegen sich selbst oder auch andere Personen gerichtet. Schlippe et al. (2003:156f) bringen ein Fallbeispiel aus einer bikulturellen Paartherapie, in der die Therapiegespräche keine zufriedenstellende Lösung/Hilfe für die Probleme des Paares zu bringen schienen, was schließlich im tragischen Mord und Selbstmord endete. Diese Situation ist natürlich für das gesamte therapeutische Team lähmend und schockierend. Für die DolmetscherIn, die mitunter noch nie mit solchen

Ereignissen konfrontiert war, stellt das eine besonders große Belastung dar. Es ist nun die Aufgabe des Supervisors, das therapeutische Team bei der Bewältigung der Ereignisse zu unterstützen, wenn nötig individuell auf die einzelnen Mitglieder eingehend. Die Supervision sollte ein wichtiger Bestandteil jedes psychotherapeutischen Settings sein, da es sogar bei vermeintlich „einfachen Fällen“ immer zu Grenzsituationen kommen kann und eine DolmetscherIn sollte sich aus Selbstschutz nicht auf eine Therapie ohne Möglichkeit der Supervision einlassen.

2.6. Sprachliche Besonderheiten

Beim Dolmetschen in der Psychotherapie wird die DolmetscherIn einerseits mit dem medizinischen Fachjargon/der Fachsprache konfrontiert, die es zu beherrschen gilt, und andererseits mit dem (manchmal pathologischen) Idiolekt der PatientIn. Besonders im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting ist es wichtig, dass die DolmetscherIn mit dem Fachgebiet und seinen sprachlichen Besonderheiten vertraut ist. Es ist zum Beispiel essentiell auf Dinge zu achten, die für die Einschätzung der PatientIn wichtig sind, zum Beispiel ob sie im Aktiv oder Passiv von sich spricht. Diese subtilen Zeichen müssen in der Dolmetschung unbedingt berücksichtigt werden. (Bot 2006:164) Genauso formulieren auch TherapeutInnen ihre Fragestellungen auf eine spezifische Art und Weise, zum Beispiel als Konfrontation oder Reflexion, dabei werden oft spezifische grammatikalische Konstruktionen verwendet. (Bot 2006:164) Auch diese für eine erfolgreiche Therapie essentiellen kommunikativen Handlungen müssen von der DolmetscherIn selbstständig erkannt und berücksichtigt werden.

Die DolmetscherIn muss sich stets dessen bewusst sein, dass mit Hilfe ihrer Dolmetschung eine Einschätzung der PatientIn vorgenommen wird und aufgrunddessen wiederum eine Diagnose gestellt und eine Behandlung eingeleitet wird. Für die DolmetscherIn bedeutet das eine stetige Gratwanderung zwischen Treue und (freier) Sinnwiedergabe im Translat, denn schon kleinste Abweichungen und sprachliche Nuancen können gravierende Folgen auf die Einschätzung des Zustandes der PatientIn haben.

2.6.1. Sonderfall Namen

Bei Schlippe et al. (2003:67ff) wird auf die Wichtigkeit der Bedeutung von Namen hingewiesen, welche auch stark mit der „Ich“-Konzeptualisierung in den verschiedenen Kulturen einhergeht. In vielen Kulturen ist ein „Ich“, wie es im Deutschen verwendet wird, gar nicht zu finden, es wird eher als „Ich in Beziehung“ ausgedrückt, wie beispielsweise im Russischen, wo der mittlere Name vom Vornamen des Vaters abgeleitet wird. So ist auch, schon allein durch den Gebrauch des Namens, der Vater ständig im Bewusstsein. Durch die Migration „migriert“ auch oft der Name und damit die Identität, da es in der neuen Kultur oft nötig ist, den Namen zu assimilieren. (zB. Grzegorz wird Gregor etc.) Mit der Veränderung des Namens verändert sich auch das „Ich“ – Gefühl und ein Stückweg auch die Identität der PatientInnen. Schlippe et al. (2003:69) schlagen deshalb vor, die mögliche Änderung des Namens in Sinn, Schreibweise oder Aussprache anzusprechen und die Bedeutung für die PatientIn und ihre Identität zu thematisieren, damit nicht aus einem Herrn Küçük, ein Herr „Kückück“, oder gar Kuckuck wird.

Die DolmetscherIn kann die TherapeutIn und wenn möglich alle Mitglieder des therapeutischen Teams dabei unterstützen, die richtige Aussprache, Schreibweise und Bedeutung des Namens zu erlernen, denn häufig wagen PatientInnen aus Respekt nicht auf etwaige Fehler aufmerksam zu machen.

2.6.2. Dolmetschen längerer Textpassagen

In der Psychotherapie ist es üblich, dass TherapeutInnen ihre PatientInnen dazu auffordern, sich von „seelischer Last zu befreien“; vor allem, wenn sie über traumatische Erinnerungen sprechen, soll der therapeutisch wichtige Redefluss nicht unterbrochen werden. Das führt bei gedolmetschten Sitzungen unweigerlich zu Schwierigkeiten, denn je länger die zu dolmetschende Passage, desto größer ist die Gefahr, dass die Dolmetschung vom Original abweicht. (Bot 2006:168) Das stellt DolmetscherInnen vor ein großes Dilemma, denn sowohl Missverständnisse in der Psychotherapie als auch das zu häufige

Unterbrechen des Redeflusses können sich fatal auswirken. Hanneke Bot (2006:168) empfiehlt in solchen Situationen eher eine Unterbrechung in Kauf zu nehmen, als ein Missverständnis. Diese Empfehlung ist jedoch anzuzweifeln, denn Unterbrechungen jeglicher Art, seien es Telephone oder auch andere störende Geräusche und Tätigkeiten, unterbrechen den Redefluss nicht nur, sondern können ihn auch abbrechen. Wenn solche Unterbrechungen sich häufen, fällt den PatientInnen das sich verbal Entfesseln und Fallenlassen in der Therapie noch schwieriger, vor allem wenn über traumatische Inhalte berichtet wird. In einer früheren Arbeit empfiehlt Hanneke Bot (2005:253) noch, beziehend auf Aussagen von TherapeutInnen, dass es in der Traumatherapie wichtiger sei, die PatientIn „sprechen zu lassen“, als jedes Detail der Aussage wiederzugeben; diese Anweisung ist in solchen Situationen auch zu präferieren.

Diese Problematik der langen Textpassagen und wie damit optimalerweise umgegangen werden sollte ist in gedolmetschten Therapiesitzungen stets präsent und sollte Grundlage weiterer Forschung sein. Das Flüsterdolmetschen könnte bei zu langen Textpassagen auch die Dolmetschtechnik der Wahl sein, obwohl ultima ratio auch das Aufnehmen auf Tonband hilfreich sein kann, das auch gelegentlich in nicht-gedolmetschten Sitzungen zum Einsatz kommt.

2.6.3. Mythen und Rituale in der transkulturellen Psychotherapie

Mythen, Rituale und Bräuche sind, wenn auch in verschiedenen Formen und Ausprägungen, in allen Kulturen zu finden und bestimmen das alltägliche Leben, sind aber auch wichtiger Bestandteil im Umgang mit verschiedensten Lebensereignissen. In vielen Kulturen gibt es Rituale bzw. Bräuche, um zum Einen alltägliche Lebensvollzüge zu strukturieren, und zum Anderen, Übergänge und besondere Lebensabschnitte zu kennzeichnen, die in irgendeiner Form erfordern, dass Abschied genommen wird. (vgl. Schlippe et al. 2003:138)

Schlippe et al. (2003:137f) beschreiben in ihrem Werk verschiedenste Rituale und Mythen, die in der multikulturellen Therapie mit Erfolg angewendet

werden können. Es handelt sich dabei um Bräuche der Herkunftskulturen der PatientInnen, die sich durch den Einsatz von Bekanntem und Bewährtem besser im therapeutischen Kontext zurechtfinden konnten. Zum Beispiel wurde in der Paartherapie mit einem marrokanischen Paar aus rituellen Gründen aus einem Tongefäß Milch getrunken, um dem Brauch nach eine Trennung zu besiegeln. (vgl. Schlippe et al. 2003:138) In den westlichen Kulturen sind solcherart Rituale unüblich bzw. wird auf andere Art und Weise mit Beziehungen abgeschlossen, aber in vielen anderen Kulturen gibt es Rituale, die auch vollzogen werden müssen, um den Partnern zu erlauben, stimmig und auf ihre Weise mit gewissen Situationen umzugehen. Die DolmetscherIn ist in solchen Situationen mehr denn je als kulturelle MittlerIn gefragt, denn es obliegt ihr, die jeweiligen Bräuche einer Kultur den anderen Gesprächsparteien verständlich näherzubringen und deren Bedeutung für das Wohlbefinden der PatientIn und somit auch für den gesamten psychotherapeutischen Prozess zu erklären.

Des Weiteren nehmen in vielen Kulturen Märchen, Mythen, Geschichten und Weisheitssprüche eine wichtige Stellung ein. Die Tradition des Erzählens von Geschichten wird in der Psychotherapie schon lange genutzt. Ein weiteres Beispiel (Eberding u. von Schlippe 2001 zit.n. Schlippe et al. 2003:213) soll die Wichtigkeit von Mythen in einer Kultur veranschaulichen: Den Eltern eines an Krebs erkrankten Mädchens türkischer Herkunft wurde durch die behandelnden Ärzte mitgeteilt, dass innerhalb der nächsten Wochen mit dem Tod ihres Kindes zu rechnen sei. Daraufhin brachen die Eltern jegliche Kommunikation mit dem Krankenhauspersonal ab. Man konnte sich ihr Verhalten kaum erklären. Von einem anderen türkischen Patienten wurde die Situation aufgeklärt: Man glaubt, dass nur der Todesengel Ezrail eine Todesbotschaft überbringen könne. Manchmal kommt jedoch der Teufel in Menschengestalt und bringt dadurch den Tod, dass er ihn mitteilt. Ihre Vorhersage erst, so glaubte die Familie also, habe den Tod herbeigerufen. (Schlippe et al. 2003:213) Dieses Beispiel veranschaulicht auf besonders drastische Weise, wie wichtig der Einsatz von professionellen und vor allem kulturkompetenten DolmetscherInnen ist, denn dadurch hätte dieser im weitesten Sinne kultureller Fauxpas und der damit

verbundene Kommunikationsabbruch vermieden werden können. Leider wird im gesamten medizinischen Bereich noch zu wenig auf kulturelle Realia geachtet und dieses Beispiel illustriert sehr gut, dass „einer Sprache mächtig sein“ für eine erfolgreiche Kommunikation häufig nicht ausreicht und keinesfalls mit umfassendem Verstehen/Verstanden gleichgesetzt werden kann.

2.7. Warum viele Therapeuten Bedenken bei der Arbeit mit DolmetscherInnen haben

Bei der Arbeit mit DolmetscherInnen wird die gewohnte dyadische Gesprächskonstellation zwischen TherapeutIn und PatientIn durch eine dritte Person beeinflusst. Annie Cushing (2003:48) beschreibt die häufigsten Befürchtungen der TherapeutInnen und damit auch Gründe für die Ablehnung der Arbeit mit Therapeuten wie folgt:

- Allem voran haben TherapeutInnen Sorge, dass die DolmetscherIn nicht das Gesagte übersetzt/dolmetscht, sondern auch interpretiert. Es könnten darüber hinaus Begriffe und Konzepte falsch verstanden bzw. missinterpretiert werden und somit auch falsch übersetzt. Wie es oft bei Laien der Fall ist wird auch in dieser Gesprächskonstellation eine (lange) Rede mit kürzerer Dolmetschung danach als unvollständig empfunden.
- Die DolmetscherIn gibt Informationen (bewusst oder unbewusst) preis, die kontraproduktiv für die Therapie und für die PatientIn auch besorgniserregend sein können. Hier wird auch die Wichtigkeit von professionellen und ausgebildeten DolmetscherInnen betont.
- Falsches Rollenverständnis und –ausübung sind ein weiterer Grund, warum TherapeutInnen oft DolmetscherInnen ablehnen. Die daraus resultierenden Probleme werden häufig spät erkannt und eine effektive Therapie ist kaum möglich.
- Die (In-)Akzeptanz der DolmetscherIn durch die PatientIn mag häufig nicht direkt ausgedrückt werden, was natürlich in solch einer Konstellation auch kaum möglich ist. Dies kann auch den Therapieerfolg beeinflussen und wird häufig nicht erkannt.

Die (fremd)sprachliche Komponente löst also die größten Befürchtungen bei den TherapeutInnen aus, da diese die Aufgabe haben, das Gespräch zu führen und durch die fehlende gemeinsame Sprache, die erst durch eine dritte Person hergestellt werden muss, ist die Kommunikation nur bedingt kontrollierbar. (vgl.Cushing 2003:48). TherapeutInnen befürchten auch häufig, ihre Kompetenz würde durch das Beisein einer DolmetscherIn beeinträchtigt werden. Oft bestehen zwischen der DolmetscherIn und der PatientIn mehr soziale und biographische Eigenheiten als zwischen PatientIn und TherapeutIn, sodass diese „falsche Dyade“ leicht verstärkt werden kann. (Morina et al. 2010:107) Auch hier kann man wieder feststellen, dass das Rollenverständnis und die damit verbundene Problematik ein zentrales Thema in diesem Setting ist, denn eine falsche Auffassung darüber kann schnell zu Ablehnung und Kontraproduktivität der Therapie führen.

Selten aber doch lehnen manche TherapeutInnen DolmetscherInnen in Therapiesitzungen völlig ab, da kein unmittelbarer sprachlicher Kontakt mit den PatientInnen hergestellt werden kann und damit auch keine Einschätzung über vorhandenes Sprachverständnis, -gebrauch und Wortschatz möglich ist. Einzelne Ausdrücke und sprachliche Bilder, die für die Therapie entscheidend sein könnten, sind dadurch nicht unmittelbar wahrnehmbar. (Egger/Wedam 2003:86) Durch eine Ausweitung des Rollenverständnisses könnten DolmetscherInnen sehr wohl in der Lage sein, diese Elemente in die Kommunikation und Therapie miteinfließen zu lassen, nur wenn die Rolle der DolmetscherIn schon von Beginn an zu eng gefasst wird, gehen diese Elemente für die Therapie verloren.

2.7.1. Aufholbedarf für TherapeutInnen

Um der zuvor beschriebenen Problematik Herr zu werden, muss sowohl bei TherapeutInnen als auch bei DolmetscherInnen ein Umdenken stattfinden. Hanneke Bot (2006:170) macht in ihrer Arbeit darauf aufmerksam, dass TherapeutInnen allem voran für die Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen geschult werden müssen. Es wird oft fälschlicherweise angenommen, dass die DolmetscherIn alle Kommunikationsprobleme aus dem Raum schaffen wird.

TherapeutInnen müssen darauf vorbereitet werden, wie man richtig mit einer DolmetscherIn zusammenarbeitet und welche Erwartungen und Anforderungen an die DolmetscherIn realistisch sind. (Bot 2006:170) Dadurch könnte auch die Rollenproblematik des ganzen Settings und viele damit verbundene Missverständnisse und Probleme entschärft werden. TherapeutInnen unterschätzen auch oft das Maß an Arbeit, das hinter einer gelungenen Dolmetschung steckt und verkennen damit auch die vielen verschiedenen Fertigkeiten und das Fachwissen einer DolmetscherIn. (Tribe/Raval 2003:258) Bot (2005:183) zeigt auf, dass TherapeutInnen während Therapiesitzungen die DolmetscherIn oftmals durch Zwischenfragen in Bedrängnis bringen, weil die DolmetscherIn sich einerseits dazu verpflichtet fühlt alle Gesprächsinhalte für alle Anwesenden verständlich zu machen, andererseits jedoch nicht dieses Rollenmissverständnis in der Therapiesitzung aufklären will. Nicht selten werden DolmetscherInnen auch dazu aufgefordert bestimmte geäußerte Inhalte „nicht zu sagen“. (Bot 2005:182f) Auch Mudarikiri (2003:190) macht in seiner Arbeit darauf aufmerksam, dass Therapeuten geschult werden müssen, um DolmetscherInnen sinnvoll einzusetzen und diese Ressource mit allen ihren Möglichkeiten richtig ausschöpfen zu lernen. Patel unterstreicht, dass TherapeutInnen auch auf fachlicher Ebene auf die Arbeit mit DolmetscherInnen vorbereitet werden müssen, um nicht die DolmetscherIn zu „pathologisieren“, sie in Bedrängnis zu bringen oder ihre Gefühle zu übergehen und auf mögliche Übertragungen/Gegenübertragungen zu achten. (vgl. Patel 2003:236) Tribe und Raval (2003:256) betonen ebenfalls, dass nicht selten der professionelle Status der DolmetscherInnen nicht (an)erkannt und gewürdigt wird. Oft gibt es keine adäquate Struktur für die Arbeit mit DolmetscherInnen, aber auch im Bereich des Arbeiterschutzes und der Rechtslage gibt es noch einigen Aufholbedarf. Auch die Schaffung einer Arbeitsallianz zwischen DolmetscherIn und TherapeutIn sollte für das erfolgreiche Funktionieren einer Therapie angestrebt werden, dies wird jedoch noch zu häufig abgelehnt. (vgl. Tribe/Raval 2003:256f)

In einer rezenten Arbeit von Kutalek (2011:32) wird hervorgehoben, dass das gesamte Behandlungsteam mit PatientInnen unterschiedlicher Kulturen adäquat umgehen lernen sollte, indem man den eigenen Hintergrund reflektiert,

kulturelle Unterschiede akzeptiert und das Wissen darüber in dementsprechendes Verhalten umsetzt. Jedoch kann niemand alle Kulturen kennen und es ist ein Zeichen von Professionalität, wenn man bei Zweifel die PatientIn auf kulturelle Charakteristika anspricht und dadurch Interesse zeigt. (Kutalek 2011:32) Es ist nicht sonderlich hilfreich, die DolmetscherIn als „kulturellen Filter“ einzusetzen und etwaige nichtvorhandene Kulturkompetenz durch die Person der DolmetscherIn „vorgaukeln zu lassen“. Fragen wie „Stört es Sie, wenn ich Ihnen die Hand gebe?“ oder ähnliche werden meist nicht als störend empfunden, sondern eher positiv aufgenommen und solches Verhalten beeinflusst die Arzt-Patient-Beziehung und damit auch den Verlauf der Behandlung positiv. (Kutalek 2011:32)

Ein häufiger Fehler ist auch, dass TherapeutInnen manchmal im Laufe der Zeit aus Gewohnheit oder Trägheit eigene Verantwortlichkeiten an DolmetscherInnen delegieren und damit die DolmetscherIn mit therapeutischen und sozialarbeiterischen Kompetenzen überfordern. (Salman 2011:174) Wenn Personen in einem eingespielten Team mit einer professionellen DolmetscherIn zusammenarbeiten, neigen sie oft dazu, gewisse sich wiederholende Inhalte nur von der DolmetscherIn artikulieren zu lassen (bekanntes Beispiel: Rechtsbelehrung vor Gericht). Solche Verhaltensweisen sind jedoch strikt abzulehnen, weil erstens die DolmetscherIn dann quasi nicht mehr für die sprachliche und kulturelle Mittlung verantwortlich ist, sondern auch Verantwortung für den Inhalt übernehmen muss und zweitens führen solche Delegationen zu Rollenmissverständnissen seitens der PatientInnen, da diese nicht wissen, wer eigentlich das Gespräch führt und wer den Gesprächsinhalt kommuniziert.

2.7.1.1. Schulung aller Teammitglieder in der Arbeit mit DolmetscherInnen

Um ein reibungsloses und missverständnisfreies Funktionieren der entstandenen Triade zwischen TherapeutIn, DolmetscherIn und PatientIn zu gewährleisten, ist es auch nötig, das medizinische Fachpersonal in der Arbeit mit DolmetscherInnen zu schulen. (Bot 2006:162) In der Fachliteratur wird noch zu wenig Augenmerk auf diesen doch sehr grundlegenden Punkt gelegt. Bei

Fehlkommunikation wird die Schuld nicht selten bei der DolmetscherIn gesucht, oder die Sinnhaftigkeit der gesamten Therapie mit einer DolmetscherIn wird in Frage gestellt. Es muss mehr darauf geachtet werden, dass genauso wie PatientInnen in die Arbeit mit einer DolmetscherIn eingeführt werden (meist durch die DolmetscherIn selbst), auch TherapeutInnen geschult werden müssen, wie richtig mit und über eine DolmetscherIn kommuniziert wird. (Bot 2006:162)

Für die Rolle der DolmetscherIn bedeutet das, dass sie sich dieser Defizite ihrer Kommunikationspartner bewusst sein muss und etwaige Missverständnisse bzw. Fehlverhalten in diesem Bereich selbstständig erkennen und aufzeigen muss.

2.7.2 Aufholbedarf für DolmetscherInnen

Hanneke Bot (2006:173) erwähnt in ihrer Arbeit, dass nicht nur TherapeutInnen besser auf die Arbeit mit DolmetscherInnen vorbereitet werden müssen, sondern auch DolmetscherInnen mit dem Setting der Psychiatrie/Psychotherapie vertraut gemacht werden müssen. Uluköylü (2008:194f) führte im Zuge ihrer Arbeit zum Dolmetschen im medizinischen Bereich eine Befragung durch und fand dabei heraus, dass DolmetscherInnen im gesamten medizinischen Bereich davon ausgingen, genug medizinische Kenntnisse vorweisen zu können, um in diesem Bereich arbeiten zu können. Alle befragten medizinischen Fachkräfte hielten jedoch eine zusätzliche Ausbildung von DolmetscherInnen im medizinischen Bereich für erforderlich, da die meisten DolmetscherInnen zumindest zu Beginn ihrer Tätigkeit keine ausreichenden Kenntnisse vorweisen können.

Es gibt schon einige wenige Schulungsprogramme, in denen Wissen über Psychiatrie/Psychotherapie und über die verschiedenen Therapieformen in diesem Fachgebiet vermittelt wird. Mit diesem Wissen können DolmetscherInnen und TherapeutInnen bessere Ergebnisse in der Therapie erzielen (Bot 2006:173) Bei Tribe und Raval (2003:256) werden auch Schulungen für DolmetscherInnen, die in diesem Setting tätig sind, vorgeschlagen, mit besonderem Augenmerk auf die Qualitätssicherung.

Allgemein kann man jedoch festhalten, dass es unterschiedliche Meinungen zum Thema Schulungen für DolmetscherInnen (und TherapeutInnen) gibt und über den Inhalt dieser Programme Uneinigkeit herrscht. Welche konkreten Fertigkeiten bei DolmetscherInnen gezielt geschult und unterstützt werden sollen wird auch von vielen Autoren unterschiedlich beleuchtet. (Tribe/Raval 2003: 256)

Unweigerlich sollten sich alle DolmetscherInnen, die in diesem Setting tätig sind, selbstständig Wissen über professionelle Umgangsweisen mit bestimmten Störungen aneignen, sowie umfassendes Wissen über psychiatrische Arbeitsweisen. (Salman 2011:173)

Für DolmetscherInnen und TherapeutInnen kann man jedoch gleichermaßen festhalten, dass es in Zukunft erforderlich sein wird, routinemäßige Vorgehensweisen zu reflektieren, auf ungewohnte, neue Rituale einzugehen und Bereitschaft zu strukturellen Veränderungen an den Tag zu legen, um in diesem Setting die gleichberechtigte Behandlung aller PatientInnen ungeachtet ihrer Herkunft gewährleisten zu können. (Salman 2001:189f)

3. Rolle(n) der DolmetscherIn

Invariably, the therapist is the driver, the interpreter the vehicle and the client the passenger, each with their explicit positions and roles. (Patel 2003:224)

Die Rolle der Dolmetscherin in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen stellt ein zentrales Thema im gesamten Setting dar und ist auch von herausragender Bedeutung für das Konzept der Therapiegestaltung. Im Mittelpunkt der Rollenproblematik stehen das Rollenverständnis, die Rollenerwartung und die Wahrung der Rolle und die damit verbundenen Aufgaben, aber auch deren Schwierigkeiten und Herausforderungen. Wie so oft scheiden sich bei der Frage nach der genauen Rolle der Dolmetscherin in der medizinischen und translationswissenschaftlichen Literatur die Geister. Mit der Definition und Beschreibung einer Rolle(n) aller involvierten AkteurInnen sind gewisse Erwartungen und Kompetenzen verbunden, denen man gerecht werden muss, was sie vor eine große professionelle und oftmals auch persönliche Herausforderung stellt. Es ist dabei wichtig, dass die DolmetscherIn, wie auch alle anderen Beteiligten, sich ihrer Rolle bewusst sind und bemüht sind diese zu wahren. Mit den verschiedenen Rollen verschieben sich auch die Machtverhältnisse und der Einfluss der DolmetscherIn auf den therapeutischen Prozess. (Patel 2003:225f) Im Folgenden werden die in der Literatur explizit und/oder implizit beschriebenen Rolle(n) der DolmetscherIn in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen vorgestellt und erläutert.

3.1. Explizit beschriebene DolmetscherInnenrollen

Im den folgenden Kapiteln werden die in der Literatur explizit beschriebenen DolmetscherInnenrollen gesichtet. Manche dieser Rollen unterscheiden sich nur geringfügig voneinander, sie werden jedoch trotzdem einzeln angeführt, denn die

Unterteilung in die verschiedenen Rollen hängt immer vom Verständnis und der Perspektive der AutorIn ab. Es gibt auch keine vorgegebene, klare Abgrenzung zwischen den verschiedenen Rollen und den damit verbundenen Aufgaben, häufig wird die Einteilung von den AutorInnen selbst vorgenommen und die angeführten Kategorien können sich folglich auch teilweise überschneiden.

3.1.1. „Wortwörtliche ÜbersetzerIn“/„Sprachrohr“

Die Rolle der sogenannten „wortwörtlichen DolmetscherIn“ mag zwar veraltet und unprofessionell klingen, sie wird jedoch manchmal von besorgten TherapeutenInnen verlangt, aus Sorge vor einer zu starken Involvierung der DolmetscherIn in den Therapieprozess. Beim sogenannten „Wort-für-Wort-Dolmetschen“ sind keine Paraphrasen oder Erläuterungen seitens der DolmetscherIn für die TherapeutIn erwünscht. (vgl. Allaoui 2005:153) Die Sinnhaftigkeit solcher Dolmetschungen ist jedoch zu hinterfragen, da das Verständnis der richtigen Sinnzusammenhänge und Bedeutungen oft nicht durch Einsetzen von Äquivalenten erreicht werden kann. Bei Allaoui sprechen sich auch viele der befragten ÄrztInnen deutlich gegen das Eingreifen von DolmetscherInnen in die Arzt-Patient-Interaktion im therapeutischen Setting aus. (vgl. Allaoui 2005:66) Es sei zwar ein gewisses Maß an Empathie und „emotionaler Färbung“ durch die DolmetscherIn erlaubt, jedoch ist es nicht akzeptabel, wenn die DolmetscherIn im therapeutischen Gespräch glaube, Dinge aufklären, erläutern oder erklären zu müssen. Diese Ergebnisse wurden von einigen MedizinerInnen im Zuge einer von Raoua Allaoui durchgeführten empirischen Studie erfasst. Man kann also erkennen, dass in diesem Bereich noch ein Umdenken stattfinden muss.

Patel (2003:226) beschreibt diese Rolle als den „konstriktiven Stil“, der von TherapeutenInnen strikt vorgegeben ist und in dem weder DolmetscherIn noch PatientIn die Möglichkeit haben sich zu (weiterzu)entwickeln. Sie warnt vor allem vor der überragenden Machtposition der TherapeutIn, die durch diesen auferlegten Dolmetschstil entsteht und sich als ungünstig in der therapeutischen Triade erweist. (Patel 2003:226)

Auch Mudarikiri (2003:190) entfernt sich von der Vorstellung, DolmetscherInnen nur in der rein technischen Rolle als Wort-für-Wort-ÜbersetzerInnen zu sehen. Es wird auch darauf verwiesen, dass es nur positiv für den Verlauf der Therapie sein kann, wenn andere Qualitäten und Fähigkeiten von DolmetscherInnen in die Therapie miteinfließen. (Mudarikiri 2003:190)

Stöckelmair (2003:152) lehnt ebenfalls die Rolle der DolmetscherIn als Sprachrohr ab, da diese Anforderung eigentlich auch in der Praxis kaum erfüllbar sei. Zum einen weisen verschiedenen Sprachen erhebliche Unterschiede in grammatikalischem Aufbau und Wortschatz auf, was eine „wortwörtliche Übersetzung“ schon quasi unmöglich macht. Zum anderen trägt Sprache immer spezifische Bewertungen und Färbungen in sich; die Übertragung in eine andere Sprache wird genaugenommen immer ein Interpretationsangebot mit der persönlichen Färbung der DolmetscherIn darstellen. (Stöcklmair 2003:152)

Allgemein kann man jedoch festhalten, dass vor allem in der einschlägigen deutschsprachigen medizinischen Fachliteratur (vgl. Allaoui 2005, Morina et al. 2010) die Rolle der DolmetscherIn als „reines Sprachrohr“ beschrieben wird, was jedoch aus translationswissenschaftlicher Sicht von einer sinnvollen Dolmetschung abweicht, da man durch Einsetzen von Äquivalenten und Vernachlässigung kultureller Eigenheiten keine zufriedenstellende und vor allem keine verständliche Dolmetschung liefern kann; sie würde also den Zweck der Verständigung (wenn überhaupt) nur teilweise erfüllen. Auch aus therapeutischer Sicht ist diese Rolle abzulehnen, da wichtige Informationen über nonverbale Kommunikation, Hintergründe etc. verkannt werden und dadurch für das richtige Verständnis und für die Therapie verloren gehen. (Patel 2003:226)

Allgemein gesprochen schlagen viele AutorInnen jedoch vor, sich von der Vorstellung, dass die DolmetscherIn eine Art Sprachrohr ohne eigene Gefühle, Ansichten und Meinungen in der Gesprächskonstellation darstellt, zu entfernen. (vgl. Tribe/Raval 2003:257) Leider sieht die Arbeitspraxis oft anders aus, weil viele TherapeutInnen wenig bis gar keine Erfahrung mit

DolmetscherInnen haben und viele Befürchtungen, aber allem voran Unwissen um die möglichen Rolle(n) der DolmetscherIn einer fruchtbaren Zusammenarbeit im Wege stehen.

3.1.2. (Sprach-)MittlerIn I

Die SprachmittlerInnenrolle, wie sie bei Baylav (2003:70) beschrieben wird, weicht von der typischen neutralen DolmetscherInnenposition mit den gewohnten Aufgaben ab und beschreibt die DolmetscherIn eher als eine Art VermittlerIn zwischen verschiedenen Parteien und Gesprächskonstellationen. Die SprachmittlerIn übt eine unterstützende, freundschaftliche Rolle aus und ist eine Anlaufstelle für verschiedenste Informationen und Auskünfte für die PatientIn, aber auch für die involvierten Pflegekräfte und Angehörigen der PatientIn. ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen werden außerdem von der SprachmittlerIn über kulturelle Eigenheiten und Realia aufgeklärt. (vgl. Baylav 2003:70) Mit dieser Rolle vermittelt die DolmetscherIn also nicht nur auf sprachlicher Ebene im therapeutischen Gespräch, sondern übernimmt auch darüber hinaus eine wichtige MittlerInnenrolle und bildet eine Schnittstelle zwischen allen involvierten Parteien, sowie Angehörigen und anderem Fachpersonal. Diese bei Baylav (2003:70) beschriebene SprachmittlerInnenrolle kommt im klinischen Alltag relativ häufig zum Tragen.

3.1.3. SprachmittlerIn II

Bei Morina et al. (2008:105) hingegen wird das Sprachmitteln als eine reine sprachliche Übertragung zwischen PatientIn und Therapeutin definiert, wobei Rollen wie Co-Therapie, Patientenfürsprache und kulturelle Mediation strikt abgelehnt werden und nicht unter den Begriff Sprachmitteln fallen. (Morina et al. 2008:105) Das Sprachmitteln bezieht sich also auf die reine sprachliche Übertragung der Kommunikationsinhalte, diese sollte jedoch die für das Verstehen nötigen Aufklärungen über Metaphern und Sprachbilder enthalten. Auch bei Zayas et al. (2007:926) ist die DolmetscherIn nur für eine sogenannte „linguistische Übersetzung“ zuständig und sollte eher im Hintergrund bleiben. Die DolmetscherIn sollte nach Möglichkeit nur dann in die Kommunikation

eingreifen, wenn es um die Aufklärung von akustisch nicht gehörten oder nicht verstandenen Einheiten geht, wobei kulturelle Eigenheiten mit zielsprachlichen Bildern und Metaphern wiedergegeben werden, also möglichst ohne Paraphrase, jedoch steht hierbei eine sinnhafte Dolmetschung in Vordergrund. Es wird auch betont, dass die Dolmetschung wenn möglich auch grammatikalische Ähnlichkeiten mit dem Original aufweisen sollte, damit sich die Therapeutin ein möglichst klares Bild über die Patientin machen kann. (Zayas et al. 2007:927f) Diese Rolle kommt der „Wort-für-Wort-ÜbersetzerIn“ relativ nahe, wobei die DolmetscherIn in diesem Fall nicht als reine non-persona auftritt und bei Fehlkommunikation im Sinne der besseren Verständlichkeit ins Gespräch eingreifen darf.

3.1.4. Kulturelle MittlerIn

Die KulturmittlerInnenrolle nimmt eine Sonderstellung bei den von einer DolmetscherIn in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen eingenommenen Rollen ein, aber auch in anderen Settings ist die Kulturmittlung eine wichtige, wenn nicht die wichtigste Komponente für eine geglückte transkulturelle Kommunikation. Denn jede „sprachliche Äußerung ist stets im jeweiligen kulturbezogenen Kontext zu verstehen“. (Nuc 2006:278)

Professionelle und ausgebildete DolmetscherInnen sind nicht nur durch die perfekte Sprachbeherrschung ausgezeichnet, sondern sie besitzen auch ein umfangreiches Kulturwissen. Darunter fallen zum Beispiel kulturell geprägte Verhaltensweisen, Religionen, Metaphern und Idiome, aber auch sehr heikle Themen wie Tabus oder Stigmatisierung. Dieses Wissen ist besonders in der Psychotherapie wichtig und darf nicht unausgenutzt bleiben. Viele TherapeutInnen nutzen diese wichtige Informationsquelle, um sich zum Beispiel über Sitten, Bräuche und Rituale zu informieren. (vgl. Messent 2003:140) Auch bei Zayas et al. (2007:296) werden die Wichtigkeit der kulturellen Mediation und den daraus resultierenden Vorteilen für die Therapie stark betont.

Die KulturmittlerInnenrolle stellt aber auch für DolmetscherInnen eine große Herausforderung dar. Oft haben PatientInnen in der Psychotherapie

kognitive Defizite oder sprechen unlogisch und unkohärent, was es für DolmetscherInnen besonders schwierig macht, einen Sinn und eine zufriedenstellende Übersetzung zu liefern. Die vielen Soziolekte und Idiolekte können gespickt mit Neologismen sein, aber auch Begriffen, die in Subkulturen entstanden sind und richtig gedeutet werden müssen. (Zayas et al. 2007:926) Auch Patel (2003:234) betont, dass die Kulturmittlerrolle sehr komplex ist, da Kultur von verschiedenen Variablen, wie Religion, Klasse, politischer Hintergrund etc. mitbeeinflusst wird. Die gemittelte Kommunikation zwischen Kulturen birgt selbst für erfahrene DolmetscherInnen immer Potential für Widersprüche, Fallen und Missinterpretationen, weil die DolmetscherIn auch nicht alle Erfahrungen und Aspekte der gegebenen Kultur repräsentieren und kennen kann. (vgl. Patel 2003:234) Vielleicht mag die Verantwortung, aber auch das Risiko der transkulturellen Kommunikation ein Mitgrund sein, warum sich manche DolmetscherInnen selbst nur in der Rolle eines „Sprachrohrs“ sehen, wie zum Beispiel bei Allaoui (2005) beschrieben (siehe Kapitel 4.2.).

Im Allgemeinen kann man jedoch festhalten, dass die KulturmittlerInnenrolle (nicht nur in diesem Setting) eng mit der Rolle von DolmetscherInnen verknüpft ist. In den meisten medizinischen Werken zum Thema wird die Unentbehrlichkeit der kulturellen Mediation unterstrichen, wie zum Beispiel besonders bei Kluge und Kassim (2006) in „Transkulturelle Psychiatrie-Interkulturelle Psychotherapie“ von Ernestine Wohlfahrt (2006). Die Ethnopsychiatrie, ein Teilgebiet der Psychiatrie, das sich in den letzten Jahren immer weiter etabliert, setzt sich zum Ziel, ganz konkret mit der kulturellen Welt des Patienten und den Kriterien eines spezifischen Denksystems in Verbindung zu treten und tatkräftig zu verhandeln. (vgl. Felici-Bach 2006:135) Auch Patel unterstreicht, dass von DolmetscherInnen erwartet wird selbstständig spezifische kulturell geprägte verbale und nonverbale Kommunikation zu erläutern. Es wird auch hervorgehoben, dass sowohl die kulturelle Welt der PatientIn als auch die der TherapeutIn der jeweils anderen Partei durch die DolmetscherIn nähergebracht werden sollte. (Patel 2003:233) Auch Egger/Welder (2003:86) heben die Rolle der „Kulturcoaches“ vor allem wegen ihrer Wichtigkeit als Informationsquelle für die TherapeutIn hervor. Die

Aufklärung über kulturelle Normen, Tabus und soziokulturelle Bedeutungsgebung werden als unumgänglich für das Funktionieren der Triade beschrieben. (vgl. Egger/Wedam 2003:86)

Die KulturmittlerInnenrolle scheint im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting am weitgehend etabliert und erwünscht zu sein, denn sie ist und bleibt - nicht nur in der Psychotherapie - unerlässlich für das Herstellen der Kommunikation zwischen Kulturen.

3.1.4.1. Grenzen der Kulturmittlung

Die Kulturmittlung ist zwar ein wichtiger Faktor jeglicher translatorischer Arbeit, trotzdem muss dieser Begriff und die damit verbundene Tätigkeit gerade in der sich schnell verändernden und globalisierten Gesellschaft neu hinterfragt werden. Das Wort „Kultur“ suggeriert eine gewisse Homogenität, die es in Wirklichkeit nicht gibt, denn gerade heutzutage haben Menschen verschiedene soziale, ökonomische, religiöse etc. Hintergründe, die allesamt ihre Kultur nachhaltig prägen, deshalb kann es kaum „Rezepte“ im Umgang mit Menschen geben, die einem gewissen kulturellen Hintergrund haben. Der Begriff „Kultur“ ist sehr dynamisch und dessen Grenzen sind schwer definierbar. (vgl. Kutalek 2011:27f) Der kulturelle Hintergrund einer Person wird durch verschiedene Faktoren, wie zum Beispiel politische Gesinnung, unterschiedliche Sprache/Dialekte usw. beeinflusst. Diese Unterschiede können von der DolmetscherIn oftmals nicht durch kulturelle Mittlung überwunden werden, denn selbst die erfahrenste und beste DolmetscherIn kann nicht jede Facette einer Kultur repräsentieren.

3.1.5. (PatientInnen-)FürsprecherIn

Diese Rolle ist für alle Beteiligten schwierig, da die DolmetscherIn ihre gewohnte neutrale Position verlässt und sich das Gleichgewicht in Richtung PatientIn verlagert. Die PatientInnenenFürsprecherIn arbeitet gegen Diskriminierungen jeglicher Art, verhandelt, gibt Ratschläge und Informationen, unterstützt die Entscheidungsfindung und bekräftigt die PatientIn. Die DolmetscherIn als PatientInnenFürsprecherIn hat eine schwierige Rolle inne, die

jedoch in manchen Gesprächskonstellationen vonnöten sein kann, um die PatientIn vor Diskriminierungen jeglicher Art zu schützen. In solch einer Situation ist es wichtig im Namen der Patientin und für die Patientin zu verhandeln. (Baylav 2003:70f) Somit wird eine Art Partnerschaft gebildet. Die DolmetscherIn als PatientInnenenfürsprecherIn kann unabhängig von der Gesundheitsorganisation arbeiten und sie arbeitet in erster Linie für die PatientIn. (vgl. Baylav 2003:70f)

3.1.6. DolmetscherIn als Mitglied eines professionellen Teams

Bei diesem Modell wird die DolmetscherIn in ein professionelles, oft auch interdisziplinäres Team eingebunden. Die Teammitglieder aus verschiedenen Bereichen (ÄrztInnen, Pflegepersonal, TherapeutInnen etc.) arbeiten zusammen, um so die bestmögliche Betreuung und Behandlung für die PatientIn zu gewährleisten. (vgl. Messent 2003:142) Dieses Modell hat sich zwar noch nicht durchgesetzt, jedoch wird die Arbeit in diesem Setting in Zukunft diese Richtung ansteuern, da es für alle Beteiligten die optimalsten Arbeitsbedingungen schafft und eine professionelle Betreuung für die PatientIn verspricht. Vor allem in der Psychotherapie mit hörbeeinträchtigten PatientInnen hat es sich bereits durchgesetzt, dass GebärdensprachdolmetscherInnen in ein professionelles Team miteingebunden werden. (Messant 2003:140) Im Bereich der multikulturellen Psychotherapie ist dieses Modell zwar noch nicht überall etabliert, jedoch wird es in den meisten Werken zumindest erwähnt, in vielen jedoch schon empfohlen bzw. angewendet. Diese Rolle setzt von allen MitarbeiterInnen höchste Disziplin und Professionalität voraus, weil dadurch eine neue Ebene der psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlung angestrebt wird, doch diese Änderung ist in Zeiten sich ändernder Gesellschaftsstrukturen und der wachsenden Zahl an fremdsprachigen PatientInnen unumgänglich.

3.1.6.1. Co-TherapeutIn

Die DolmetscherIn kann und soll als Mitglied des professionellen Teams in der Rolle einer Co-TherapeutIn auftreten. Zum Beispiel wird Empathie gegenüber

der PatientIn nicht nur von der TherapeutIn verlangt, sondern auch von der DolmetscherIn (Bot 2006:164), was deutlich von anderen DolmetscherInnenrolle abweicht, jedoch typisch für das Handeln der TherapeutIn ist. Mudarikiri (2003:191) weist darauf hin, dass gemeinsam mit allen Beteiligten nach kulturell angemessenen Lösungsansätzen für die Probleme der PatientIn gesucht werden kann. Jede/r sollte gleichermaßen zur Therapie beisteuern können, sowohl PatientIn als auch DolmetscherIn sollten eine „Stimme“ in der Therapie erhalten. (Mударikiri 2003:191)

Patel geht noch einen Schritt weiter und unterstreicht, dass bei dieser Arbeitsweise TherapeutIn und DolmetscherIn ein gemeinsames Ziel verfolgen: Die angemessene Hilfestellung für die PatientIn in ihrem Leiden. Des Weiteren wird die DolmetscherIn sogar dazu eingeladen eigene Meinungen und Einschätzungen zu äußern. Es muss jedoch darauf geachtet werden, dass die TherapeutIn das Gespräch in die richtige Bahn leitet und supervidiert und auch die DolmetscherIn in die gewünschte therapeutisch relevante Richtung weist.(vgl. Patel 2003:228) Patel betont in ihrer Arbeit zudem mehrmals (2003:229ff), dass TherapeutIn und DolmetscherIn vor allem bei der Arbeit mit Flüchtlingen die Co-Therapie anstreben sollten, da in dieser Gesprächskonstellation keine andere Rollenverteilung zufriedenstellend bei der Therapie ist. Diese Vorgehensweise scheint hier sinnvoll, jedoch sollten sowohl DolmetscherInnen als auch TherapeutInnen hierfür einschlägig geschult werden und über viel Erfahrung in diesem Setting verfügen.

Miörner Wagner/Brigitzer (2003:96) unterstreichen ebenso, dass DolmetscherInnen in der Psychotherapie Hilfe und Hinweise in bezug auf bestimmte Symbolik, Identität und damit verbundene Symptome geben sollten. Dieses Handeln setzt jahrelange Erfahrung und Fachwissen auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie voraus. Diese Rolle würde jedoch eine signifikante Ausweitung der üblichen und zumutbaren DolmetscherInnenrolle(n) bedeuten und einen gewissen Mehraufwand und eine Kompetenzerweiterung für die DolmetscherIn mit sich bringen. Es sollte jeder DolmetscherIn selbst überlassen werden, ob sie sich dieser Aufgabe und Verantwortung gewachsen fühlt und ihr stellen möchte.

Allgemein kann man festhalten, dass eine adäquate Ausführung dieser Rollenverteilung viele Vorteile für die Therapie mit sich bringt, die nicht unausgeschöpft bleiben dürfen. Allerdings bedarf es hier auch der größten Disziplin, Professionalität, jahrelanger Erfahrung und nicht zuletzt persönlicher Eignung.

3.1.6.2. Co-GutachterIn

Patel (2003:228) beschreibt in ihrer Arbeit ein weiteres Modell, das in der Therapie mit Flüchtlingen zum Einsatz kommt. Dabei wird die DolmetscherIn zur Co-GutachterIn ermächtigt. In der Therapie mit Flüchtlingen und Asylwerbern wird zu Beginn eine Befragung durchgeführt, bei der es darum geht, reine Fakten über den Grund der Flucht etc. ausfindig zu machen. Die DolmetscherIn wird dazu aufgefordert, eigene Vermutungen zu äußern und Beurteilungen über den Zustand der PatientIn vorzunehmen. (Patel 2003:228) Die DolmetscherIn kann als einzige sprachliche Nuancen, Gesten und nonverbale Kommunikationselemente interpretieren. Als ExpertIn für die gegebene Kultur verfügt sie über mehr Hintergrundwissen als die TherapeutIn und nimmt für diese auch eine wichtige beratende Rolle ein. Die TherapeutIn und die DolmetscherIn arbeiten gemeinsam daran, die Hintergründe so wahrheitsgetreu wie möglich zu rekonstruieren. Darüber hinaus beurteilen sie gemeinsam die Glaubwürdigkeit der PatientIn, was wiederum eine wichtige Grundlage für den Asylantrag darstellt. Die DolmetscherIn und die TherapeutIn bilden in dieser Gesprächskonstellation eine Allianz, um eine anfängliche Beurteilung der PatientIn vorzunehmen. (Patel 2003:228) Diese Art der Zusammenarbeit ist zwar in der gegebenen Gesprächskonstellation durchaus nachvollziehbar, die Ethik dieses Befragungsverfahrens kann jedoch in Frage gestellt werden, weil die DolmetscherIn quasi als HandlangerIn der TherapeutIn eingesetzt wird, was zumindest teilweise gegen die Berufsethik der DolmetscherIn verstößt.

3.1.6.3. Rollenmissverständnisse bei der Co-Therapie

Die Rolle der Co-TherapeutIn bzw. Co-GutachterIn ist sehr komplex und stellt für TherapeutIn und DolmetscherIn eine Gratwanderung zwischen Autonomie und Neutralität dar. Eine falsche Form von Co-Therapie tritt zumeist dann auf, wenn die DolmetscherIn ihre Rolle nicht wahren kann und diese als „Koalition“ mit der TherapeutIn (oder auch mit der PatientIn) missversteht. Immer wieder tritt auch der Fall auf, dass DolmetscherInnen von sich aus antworten oder in einen Dialog treten. Aufgrund der emotionalen Beteiligung kann es zudem vorkommen, dass der DolmetscherIn bestimmte Fragen unzumutbar erscheinen und daher (unbewusst) selektiv übersetzt wird. Um diese Fehlerquellen auszuschalten ist es notwendig, die DolmetscherIn vorab über erwünschte/unerwünschte co-therapeutische Funktionen aufzuklären. (vgl. Egger/Wedam 2003:88)

Man muss jedoch auch festhalten, dass Rollen wie Co-Therapie das Potenzial haben schnell aus dem Ruder zu laufen, wenn die Beteiligten nicht genug Erfahrung mit dieser Rolle haben. Die Wahrscheinlichkeit der Missinterpretation und Fehlkommunikation steigt, wenn diese Rolle(n) und die damit verbundenen Aufgaben inadäquat ausgeführt werden. Dies führt in weiterer Folge zur Ablehnung dieser Therapieform durch PatientInnen, aber auch zu Frustration und Ablehnung seitens der DolmetscherInnen. (vgl. Tribe/Raval 2003:259)

Selten kommt es vor, dass DolmetscherInnen sich unbewusst und völlig unbeabsichtigt mit einer Institution identifizieren und so für die PatientIn dem Anschein nach in die Rolle der privilegierten MigrantIn schlüpfen. Da sie auch co-therapeutische Aufgaben übernehmen, kann es vorkommen, dass sie der PatientIn das Gefühl geben sie „überreden zu wollen“, der intendierten Behandlung zu folgen, da sie ja gemeinsam (mit der TherapeutIn) ihr Bestes wollen. (Salman 2011:175)

Deshalb empfiehlt es sich, die Rollen der Co-TherapeutIn und Co-GutachterIn nur nach intensiver Vorbereitung durch die DolmetscherIn *und* die

TherapeutIn und nach einer gewissen Arbeitserfahrung in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen zu adaptieren.

3.1.7. DolmetscherIn als ExpertIn für Sprache/GutachterIn für Sprache

Die ExpertInnenrolle für Sprache hebt sich von den restlichen Rollen ab, da sie mit einer besonderen Verantwortung der DolmetscherIn verbunden ist. Diese Rolle wird zum Beispiel bei John Newland (2003:168ff) in Tribe/Raval (2003) beschrieben. Beim Dolmetschen in der Psychotherapie für Personen mit Lernschwäche wird die DolmetscherIn beispielsweise häufig um eine objektive Einschätzung der Sprachkenntnisse der PatientIn gebeten. Im Gegensatz zu Angehörigen ist die DolmetscherIn im Stande, unbefangen und neutral die Sprach- und Sprechfähigkeiten einzuschätzen. Die DolmetscherIn hat also eine Art Sachverständigenrolle und hilft damit auch, den (Krankheits-)Zustand einer Person zu beurteilen. Auch bei psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen mit Kindern kann die DolmetscherIn die Rolle einer GutachterIn für Sprache übernehmen und der TherapeutIn eine objektive Einschätzung über den Zustand und die Sprachkenntnisse liefern.

3.1.8. DolmetscherIn als ExpertIn für Kommunikation

Die DolmetscherIn kann in vielerlei Hinsicht eine ExpertInnenrolle einnehmen, darunter auch die ExpertInnenrolle für Kommunikation. Das Dolmetschen beinhaltet auch in anderen Settings das Klären von Missverständnissen, aber in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen hat diese Aufgabe einen besonderen Stellenwert. Die DolmetscherIn macht hierbei auch die Ursache für eine missglückte Kommunikation ausfindig und erklärt den Kommunikationspartnern, woran die Kommunikation scheitert und wie man das Problem lösen könnte, wie bei Messent (2003:136f) ausführlich beschrieben. In manchen Kulturen zum Beispiel werden bestimmte Aussagen als Handlungsanweisung verstanden, wohingegen sie übersetzt in einer anderen Sprache mitunter nur als gängige Floskel fungieren. Die erfahrene DolmetscherIn erkennt das Missverständnis oder liest es am Verhalten der Kommunikationspartner ab und klärt es unverzüglich auf, um die Compliance zu

gewährleisten, was in diesem Setting von großer therapeutischer Bedeutung ist. (vgl. Messent 2003:136) Die DolmetscherIn greift somit aktiv in den Gesprächsablauf ein und ist auch teilweise für den Gesprächsinhalt verantwortlich. Bei Messent (2003) wird folgende Situation als Beispiel geschildert: Der Psychiater sagt: „We will work together until we find a way of helping him get better“. Die DolmetscherIn erkennt sofort, dass diese Aussage in der anderen Kultur eine andere Wirkung hat und fragt daraufhin den Psychiater, ob eine Erklärung zu der Aussage geliefert werden darf, denn die Erwartungen, die mit dieser Aussage verbunden sind, gehen in beiden Sprachen auseinander. Im englischen Sprachgebrauch würde man darunter verstehen, dass gemeinsam nach verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten gesucht wird, was auch verschiedene Verhaltensänderungen beinhalten kann. Als Kultur- und KommunikationsexpertIn erkannte die DolmetscherIn sofort, dass das Ehepaar aus Bangladesch eine sofortige Diagnose mit darauffolgender medizinischer Behandlung erwartet. Die DolmetscherIn übernimmt also eine ExpertInnenrolle für Kommunikation, die weit über das Erklären kultureller Missverständnisse hinausgeht. Sie muss des Weiteren auch den Soziolekt der TherapeutInnen und ÄrztInnen verstehen und interpretieren und diesen auch auf eine verständliche Art und Weise für PatientInnen wiedergeben. (vgl. Messent 2003:137) Die Rolle der DolmetscherIn als aktiv involvierte Expertin für Kommunikation und den damit verbundenen Aufgaben und Eingriffen in den Gesprächsverlauf erfüllt die wichtige Funktion, die Compliance von PatientInnen und damit auch den Therapieerfolg zu verbessern.

3.1.8.1. DolmetscherIn als ExpertIn für triadische Kommunikation

DolmetscherInnen stehen oft vor der Schwierigkeit, dass ihre KommunikationspartnerInnen nicht wissen, wie man sinnvoll mit DolmetscherInnen arbeitet und kommuniziert. Im konkreten Setting der Psychotherapie/Psychiatrie nehmen DolmetscherInnen nicht selten selbstständig eine Aufklärung der PatientIn über Rollenverhältnisse, Verschwiegenheitspflicht etc. vor. Die Schulung des medizinischen

Fachpersonals für die Arbeit mit DolmetscherInnen wird hingegen oft vernachlässigt, obwohl alle AkteurInnen die Kommunikation in der neu entstandenen Triade erst erlernen und einüben müssen. (vgl. Bot 2006:162) Die DolmetscherIn muss sich dieser Defizite bewusst sein und als ExpertIn für transkulturelle Kommunikation etwaiges Fehlverhalten aufzeigen, um eine sinnvolle Verständigung zu gewährleisten. Auch Mäntynen und Kinnunen (2009:129) weisen darauf hin, dass von professionellen DialogdolmetscherInnen erwartet werden kann, ihre KlientInnen über die Organisation und den Ablauf der Dolmetschsituation aufzuklären.

3.1.9. DolmetscherIn als BeraterIn

Bei Patel (2003:223) wird die Rolle der DolmetscherIn als BeraterIn beschrieben. Vor allem in Gesprächskonstellationen mit Flüchtlingen kann diese Rolle explizit oder implizit von der PatientIn gewünscht werden. Dabei wendet sich die PatientIn an die DolmetscherIn mit einem Problem, wie zum Beispiel medizinische Versorgung oder Unterkunft. Die TherapeutIn sollte die DolmetscherIn ermutigen, ihre Haltung zu solchen Aufgaben in der Therapie zu äußern, damit sie nicht in eine bestimmte Richtung gedrängt wird und sich nicht in ihrer Verantwortung übernehmen muss. (Patel 2003:223) Außerdem sollte angemerkt werden, dass üblicherweise jeglicher Kontakt der DolmetscherIn mit der PatientIn außerhalb der Therapiesitzungen als unförderlich für die Therapie angesehen wird. Folglich müssten solche "Beratungsgespräche" in die Sitzung integriert werden, um die Therapie und die Beziehungen in der therapeutischen Triade nicht zu gefährden.

3.2. Implizit beschriebene DolmetscherInnenrollen

Die folgenden zwei DolmetscherInnenrollen sind als solche nicht explizit in der Literatur angeführt, diese Rollen werden eher un(ter)bewusst eingenommen oder sie werden der DolmetscherIn (unbewusst) von anderen AkteurInnen der jeweiligen Gesprächskonstellation gegeben. In einigen Beispielen in der Literatur (siehe Kapitel 5.1.2. und 5.3.2.) lassen sich diese DolmetscherInnenrollen aus dem Zusammenhang der Gesprächsdynamik und

der Verhaltensweisen der AkteurInnen herauslesen. Wenn solche Dynamiken jedoch richtig erkannt und gedeutet werden, können diese auch aktiv für den Therapieprozess und die Behandlung genutzt werden. Diesen Rollen liegen psychologische Prozesse zugrunde und sie haben nur wenig mit den üblichen sprach- und kulturbezogenen Rollen zu tun.

3.2.1. DolmetscherIn als AkteurIn ohne vorgegebene Rollengrenzen

Bei Leshak (2003:163f) wird ein sehr freies und unkonventionelles Rollenbild einer DolmetscherIn in der Psychotherapie beschrieben. Die Rolle der DolmetscherIn wird dabei sehr liberal gesehen, es soll in der Therapie ein Freiraum geschaffen werden, in dem sich die PatientIn nach Belieben ausdrücken kann, ohne auf vorgegebene Rollenverhältnisse achten zu müssen. Gleichzeitig werden die Prozesse und Interaktionen durch die TherapeutIn supervidiert. In der bei Leshak (2003:163f) beschriebenen Situation kommt eine PatientIn besorgt in eine Sitzung, die für gewöhnlich gedolmetscht wird. Die DolmetscherIn ist auch anwesend, doch die PatientIn beginnt sich aufgebracht in der Landessprache auszudrücken, wendet sich mit ihren Anliegen jedoch an die DolmetscherIn. Da sie in ihr eine Vertrauensperson gefunden hat, erzählt sie von ihren Problemen und lässt ihren Gedanken und Emotionen freien Lauf. Wenn eine TherapeutIn im Stande ist, ihre eigene Inaktivität in solch einer Situation zu akzeptieren, eröffnen sich ihr neue Perspektiven für die gesamte Therapie: sie kann beobachten, reflektieren und kreative Therapieansätze finden. Diese Rolle weicht stark von allen bisherigen DolmetscherInnenrollen ab und verlangt von der DolmetscherIn viel Erfahrung und Feingefühl, aber vor allem viel Offenheit für Neues. Es kann sehr förderlich sein, wenn die DolmetscherIn auch als freie AkteurIn ohne vorgegebene Rollengrenzen in der Therapie angesehen werden kann, beispielsweise als „TherapeutInnenersatz“ (wie oben beschrieben), ohne dass dabei das Rollenmissverständnis seitens der PatientIn berichtigt wird, denn dadurch würde auch ihr therapeutisch relevanter Redefluss abgebrochen werden. Andererseits muss auch erwähnt sein, dass solche Ansätze sowohl aus medizinischer als auch aus

translationswissenschaftlicher Sicht fundamentale Konzepte ins Wanken bringen und wahrscheinlich nur in Einzelfällen zum Einsatz kommen können.

3.2.2. DolmetscherIn als RepräsentantIn

Eine Rolle, die die DolmetscherIn ungewollt einnimmt und die ihr quasi durch die PatientIn un(ter)bewusst gegeben wird, ist die Rolle der "Repräsentantin" in der Psychotherapie, bekannt aus Familienaufstellungen oder Paartherapien. Ein Beispiel hierfür wäre, wenn eine Person in der (Paar-)Therapie dazu aufgefordert wird, sich direkt an den Partner/die Partnerin zu wenden, jedoch trotzdem über die DolmetscherIn kommuniziert und somit die DolmetscherIn im weitesten Sinne als RepräsentantIn (anstelle ihrer eigenen Person) „missbraucht“. Dabei werden Kommunikationsprobleme, Pathologien etc. allein durch die Anwesenheit der DolmetscherIn als (neutrale) Person sichtbar gemacht. So ein Fall wird bei Mudarikiri (2003:194f) beschrieben und im Kapitel 5.3.2. noch weiter untersucht. Solche Dynamiken sind allgegenwärtige Elemente der Psychotherapie und können sich in weiterer Folge auch über Übertragungen auf die Person der DolmetscherIn äußern, weil die PatientIn ihre Gefühle auf ihre RepräsentantIn (die DolmetscherIn) überträgt (siehe auch Kapitel 2.5.1). Übertragungsphänomene können auf solche Weise für die TherapeutIn beim Erkennen gewisser Psychopathologien hilfreich sein. Die TherapeutIn beobachtet die Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamiken von allen AkteurInnen der therapeutischen Beziehung sehr genau und kann diese für die Therapie nutzbar machen. (Wedam 2009:187) Durch das Zulassen und Interpretieren der Übertragungsprozesse auf die DolmetscherIn und das Fungieren der DolmetscherIn als RepräsentantIn könnten wichtige Erkenntnisse für die Therapie und Behandlung gewonnen werden. Dieser sehr spezifischen Rolle der DolmetscherIn wurde in der Literatur bisher keine Aufmerksamkeit gewidmet, obwohl man bei Fallbeschreibungen häufig solche Dynamiken herausfiltern kann (Kapitel 5.3.2.).

4. Diskussion über die die Rolle(n) der DolmetscherIn

Die Rolle(n) der DolmetscherIn in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen sind sowohl in der medizinischen als auch translationswissenschaftlichen Fachliteratur im Bereich des „Dolmetschens in der Psychotherapie“ ein häufig diskutiertes Thema. Es werden in der Literatur verschiedene Rollenauffassungen und -wünsche vorgestellt und beschrieben, wobei sich der translationswissenschaftliche Zugang nicht selten von der rein medizinisch-klinischen Sicht unterscheidet. Es ist wenig überraschend, dass der medizinische Zugang zur Problematik oft Widersprüche und Gegensätze beinhaltet, wenn es um das Rollenverständnis und die damit verbundenen Aufgaben von DolmetscherInnen geht. Im wohl bekanntesten Sammelband zum Thema Dolmetschen in der Psychotherapie von Tribe/Raval (2003) sind sich fast alle AutorInnen darüber einig, dass die Rolle der DolmetscherIn über die reine Sprachmittlung hinaus geht, und dass die DolmetscherIn ebenfalls einen wichtigen Beitrag zum Therapieprozess leistet. Einschlägige deutsche Literatur zu diesem Thema ist (noch) rar. In einem Artikel in der Fachzeitschrift PPM (Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie) aus 2010 werden Rollen wie Co-Therapie, Patientenfürsprache und kulturelle Mediation strikt abgelehnt und die Rolle der DolmetscherIn ausdrücklich auf das Sprachmitteln zwischen TherapeutIn und PatientIn beschränkt. (Morina et al.2010) Weiters heißt es, dass Dolmetschen als „bidirektionales Sprachmitteln unter Berücksichtigung der soziokulturellen Hintergründe beider Gesprächspartner“ zu verstehen ist, was jedoch einen Widerspruch zur vorherigen Aussage darstellt, denn das Aufklären soziokultureller Hintergründe fällt eindeutig unter kulturelle Mediation. Auch andere Autorinnen, wie zum Beispiel Hanneke Bot (2006:163), beschränken die Rolle der DolmetscherIn auf das „Übersetzen“; alles was darüber hinaus geht wird auch hier strikt abgelehnt. Gleich darauf wird jedoch die Wichtigkeit der Empathie sowohl seitens der TherapeutIn als auch der DolmetscherIn hervorgehoben. (Bot 2006:164) Dies weicht eindeutig von der zuvor erwähnten Rolle der DolmetscherIn ab und geht in Richtung Co-

Therapie, da es wiederum eindeutig die Haltung der TherapeutIn beschreibt. Man sieht also, dass vor allem in medizinischen Kreisen Aufklärungsbedarf besteht, was professionelle und ausgebildete DolmetscherInnen und ihre Kompetenzen angeht.

Nach ausführlicher Literaturrecherche zum Thema muss man bedauerlicherweise feststellen, dass viele Beiträge zum Thema wegen mangelhaften Wissens über dolmetschwissenschaftliche Grundlagen und transkulturelles Handeln falsche Schlüsse bzw. Interpretationen. So streichen manche AutorInnen, wie zum Beispiel Rasky/Ressi/Anderwald (2003:110) in ihrer Arbeit die Verschwiegenheitspflicht als Anforderung an die professionelle DolmetscherIn explizit heraus und unterstreichen deren Wichtigkeit mehrmals. Das Thema Verschwiegenheit steht jedoch für professionelle DolmetscherInnen in jedem Setting unangefochten an oberster Stelle der Berufsethik. Daraus lässt sich schließen, dass im medizinischen Bereich oft unausgebildete LaiendolmetscherInnen zum Einsatz kommen, denn sonst würde der Punkt Verschwiegenheit gar nicht so stark zur Debatte stehen. Aber auch in anderen Werken wird immer wieder auf das Thema Verschwiegenheit hingewiesen, was ausgebildete DolmetscherInnen in ein falsches Licht rückt, da mangelnde Berufsethik suggeriert wird. Ein weiterer besonders gravierender Widerspruch findet sich bei Reisinger (2003:135) in einer Auflistung der Rollen der DolmetscherIn. Dabei werden vier Rollen hervorgehoben: konsekutive Dolmetscher, kulturvermittelnde Dolmetscher, Dolmetscher als Ombudsmann, Dolmetscher als Co-Therapeut. Aus translationswissenschaftlicher Sicht beinhaltet dies einen offensichtlichen Widerspruch, da nicht nur der sogenannte „konsekutive Dolmetscher“ konsekutiv dolmetscht. Anscheinend wurde hier missverstanden, dass es sich beim „Konsekutivdolmetschen“ nicht um eine Rolle, sondern lediglich um einen Dolmetschetechnik handelt. Des Weiteren heißt es bei Reisinger (2003:132), „der konsekutive Dolmetscher übersetzt Wort für Wort“ und weiter „der Konsekutivdolmetscher übersetzt alles Gesagte möglichst genau und behält die vorgegebene Gesprächskultur bei. Er soll alle Informationen wiedergeben, nichts verschweigen, hinzufügen oder verändern.“ (Reisinger 2003:133) Zur Rolle der Co-TherapeutIn schreibt Reisinger, dass der

Dolmetscher in dieser Rolle die „Verantwortung für die Behandlung übernimmt“. (Reisinger 2003:133) Diese Aussage kann sowohl aus medizinischer, translationswissenschaftlicher und ethischer Sicht abgelehnt werden, da solch eine Rollenverteilung für alle Beteiligten unzumutbar wäre. Diese Arbeit stellt zwar den Versuch einer Erklärung der verschiedenen DolmetscherInnenrollen dar, jedoch ist dieser aufgrund mangelndem Fachwissens und Recherche eher irreführend und sogar als teilweise unwahr zu betrachten. Aufgrund dieser Erkenntnis wurden die bei Reisinger (2003:132ff) beschriebenen DolmetscherInnenrollen nicht in die Liste aufgenommen. Aus solchen Beiträgen wird klar, dass die Frage der Rollenproblematik auf diesem Gebiet noch relativ unerforscht ist, denn nach ausführlicher Literaturrecherche zur Rollenproblematik im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting kann man festhalten, dass neben einigen fundierten Arbeiten leider viele mangelhafte zu finden sind.

Einige der erwähnten Beiträge veranschaulichen deutlich, dass MedizinerInnen erstens wenig über die Tätigkeit des Dolmetschens und die Zusammenarbeit mit professionellen DolmetscherInnen wissen. Zweitens lässt sich daraus leider auch schlussfolgern, dass sie mit solchen (mangelhaften) Dolmetschleistungen konfrontiert waren, bzw. dass sie selbst diese Art zu Dolmetschen beobachtet haben, was auf den häufigen Einsatz von unausgebildeten LaiendolmetscherInnen hinweist. Darüber hinaus muss man bei solchen Beiträgen feststellen, dass die AutorInnen dieser mangelhaften Arbeiten im Vorfeld zu wenig über das Thema recherchiert haben, da es sich hierbei nicht um Fehlschlüsse oder Details, sondern um missverständene dolmetschwissenschaftliche Grundlagen bzw. Nomenklaturen handelt. Zusammenfassend kann man festhalten, dass in den letzten Jahren vereinzelt qualitativ hochwertige Beiträge zu dieser Problematik vor allem im englischsprachigen Raum entstanden sind, jedoch folgen auch allmählich brauchbare deutschsprachige Arbeiten nach (siehe auch Kapitel 0).

4.1. Unstatische Rolle der DolmetscherIn

Die Rolle(n) der DolmetscherIn im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting sind sehr vielfältig und facettenreich. Es ist jedoch unmöglich, eine oder mehrere wenige Rollen als einzig richtige herauszufassen, schon gar nicht die Rolle des „Sprachrohrs“. Maxwell Magondo Mudarikiri (2003:188) macht in seiner Arbeit darauf aufmerksam, dass DolmetscherInnen in verschiedenen Situationen (richtigerweise) unterschiedliche Rollen einnehmen. Zum Beispiel schlüpft die DolmetscherIn in eine bestimmte Rolle, wenn es um die Übermittlung einer Diagnose geht, aber diese Rolle unterscheidet sich grundlegend von der Rolle, die sie während der Therapie als (Sprach)mittlerIn einnimmt. (Mударikiri 2003:188) Die Rolle der DolmetscherIn in der Psychotherapie ist also nicht statisch und kann nicht von Beginn an eingegrenzt bzw. festgesetzt werden. Die DolmetscherIn sollte von der TherapeutIn dazu angeregt werden, von sich aus solche „Rollensprünge“ in angemessenem Ausmaß und wenn nötig vorzunehmen, um zum Beispiel selbstständig kulturelle Begriffe zu erklären oder Aussagen klarer zu formulieren. (Mударikiri 2003:188) Jedoch kann man der DolmetscherIn nicht solche „Rollensprünge“, die teilweise über die üblichen Rolle(n) der DolmetscherIn hinausgehen, aufzwingen, vor allem dann nicht, wenn sie in diesem Setting bzw. mit einer solchen Arbeitsweise noch keinerlei Erfahrung aufweist. Manche DolmetscherInnen sehen ihre Rolle nur auf die rein sprachliche Ebene begrenzt, andere hingegen unterstützen die Therapie und weiten ihr Rollenverständnis in diesem Setting gerne aus. (Mударikiri 2003:191) Auch Patel (2003:224) unterstreicht, dass die Rolle(n) der DolmetscherIn in der Triade unbeabsichtigt (also unbewusst) oder beabsichtigt als Teil des therapeutischen Prozesses wechseln. Im Gegensatz zur Rolle der DolmetscherIn sind die Rollen der TherapeutIn und PatientIn oft statisch. (Patel 2003:224) Tribe/Raval weisen darauf hin, dass die Rolle(n) der DolmetscherIn gezielt und effizient, je nach Bedarf der Situation variiert werden sollten, um eine erfolgreiche Therapie durchführen zu können. (vgl. Tribe/Raval 2003:258) Welche Strategie eingesetzt wird hängt letztendlich von der DolmetscherIn selbst ab, da sie dadurch auch eine große Verantwortung auf

sich nimmt. Hier kommt aber wiederum die Eignung bzw. Wahl der richtigen DolmetscherIn ins Spiel, da es für die Therapie unerlässlich ist, das eigene Rollenverständnis zu erweitern.

Es wäre als sinnvoll zu erachten, dass DolmetscherInnen für den Einsatz in diesem Setting eigens geschult werden, um mit seiner Spezifik vertraut zu werden, aber auch um zu erfahren, welche Aufgaben tatsächlich auf sie zukommen und um entscheiden zu können, ob diese auch für sie persönlich zumutbar sind.

4.2. In welcher Rolle sehen sich DolmetscherInnen?

Viele der Rollen, die DolmetscherInnen in der Psychotherapie einnehmen können, werden von TherapeutInnen und PatientInnen ausdrücklich gewünscht, oft jedoch werden sie ihnen (unbewusst) aufgedrückt. Aleksandra Nuc (2006:275) hat in einer empirischen Studie über das Dolmetschen in der Psychotherapie unter Anderem untersucht, wie DolmetscherInnen selbst ihre Rolle beschreiben und empfinden. Der Großteil der DolmetscherInnen empfindet es als ihre Aufgabe, lediglich zu dolmetschen, wobei auch die Rolle als KulturmittlerIn zeitweise zum tragen kommt. Bei kultur- und landesspezifischen Themen werden - wenn nötig - eigenständig Erläuterungen, meist für die TherapeutIn, gegeben. Die DolmetscherInnen gaben auch an, dass es schwer sei diese Rolle immer zu wahren. (vgl. Nuc 2006:276) Bei Aleksandra Nuc (2006:277) distanzieren sich alle DolmetscherInnen jedoch deutlich von der Rolle der Co-TherapeutIn. Bei Tribe/Morrissey (2003:211) haben DolmetscherInnen häufig das Gefühl, als ob sie für die eine oder die andere Partei arbeiten würden, selten jedoch für beide. Dies sollte in der Psychotherapie jedoch nicht vorkommen, deshalb sollten solche Fehlkonstellationen schon im Vorgespräch aufgegriffen und in weiterer Folge unterbunden werden, da sich sonst eine Partei schnell unterlegen fühlen kann. Oft werden DolmetscherInnen von PatientInnen in eine FürsprecherInnenrolle gedrängt, auch dies sollte vorweg besprochen und vermieden werden. (vgl. Tribe/Morrissey 2003:211)

Man kann also feststellen, dass sich die DolmetscherInnen größtenteils selbst in der Rolle der SprachmittlerIn und kulturellen Mediatorin sehen, was der klassischen Dolmetscherrolle sehr nahe kommt. Es lässt sich des Weiteren jedoch auch herauslesen, dass häufig noch andere Rollen zum Tragen kommen, wie zum Beispiel die Patientenfürsprache oder die Expertenrolle für Kommunikation, nur werden diese wohl in der Rolle der sogenannten „SprachmittlerIn“ impliziert. Es scheint sogar so, als ob das „Sprachmitteln“ durch jede DolmetscherIn selbst definiert wird und jede ihre eigenen Vorstellungen und Aufgaben damit verbindet. Dies zeigt auf, dass bei der Ausbildung von DolmetscherInnen zu wenig auf die Rollenproblematik nicht nur in diesem sehr spezifischen Setting eingegangen wird, sondern auch auf die Rollen der DolmetscherIn im Allgemeinen. Da Community Interpreting ein relativ neues Feld darstellt und das Interesse vieler Studierender eher in Richtung Konferenzdolmetschen geht, muss dieser Ausbildungspunkt häufig anderen Themen weichen. Der Bedarf an Kommunal DolmetscherInnen wächst jedoch in öffentlichen und privaten Einrichtungen jeglicher Art stetig, deshalb muss in Zukunft wohl mehr Augenmerk auf diese Problematik gelegt werden, damit die DolmetscherInnen selbst einen gefestigteren und vor allem professionelleren Zugang zu diesem noch relativ diffusen Thema erlangen können.

5. Analyse der Rollen von DolmetscherInnen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen anhand ausgewählter Beispiele aus der Literatur

Das psychiatrisch-psychotherapeutische Setting ist sehr vielfältig. Die Gesprächskonstellationen können je nach Fachgebiet bzw. PatientInnengruppe variieren und verschiedenste Anforderungen an das gesamte therapeutische Team mit sich bringen. In den nachfolgenden Kapiteln werden verschiedene Teilgebiete der Psychiatrie/Psychotherapie bzw. PatientInnengruppen vorgestellt, bei denen DolmetscherInnen zum Einsatz kommen können. Anhand von ausgewählten Beispielen aus der Literatur werden dann die verschiedenen Rollen der DolmetscherIn mit den spezifischen Anforderungen und Problemen skizziert. Es wird dabei sowohl Augenmerk auf Besonderheiten des gesamten Settings gelegt, als auch auf Probleme der jeweiligen spezifischen Gesprächskonstellationen.

5.1. Setting Kinderpsychiatrie

Das Setting der Kinderpsychiatrie ist nicht nur von medizinischer Sicht eines der herausforderndsten Fachgebiete. Auch DolmetscherInnen sind in diesem Bereich häufig mit einer neuen Problematik konfrontiert, die sie nicht nur auf linguistischer und translatorischer Ebene fordern. In der Kinderpsychiatrie werden neben den Betroffenen - also den Kinder selbst - auch die Familie bzw. die Bezugspersonen des Kindes in die Therapie miteinbezogen, sodass komplexe Gesprächskonstellationen entstehen können. In diesem komplexen Interaktionsgefüge ist sowohl aus medizinischer als auch aus translationswissenschaftlicher Sicht primär darauf zu achten, dass Verständigung gewährleistet wird und sich keine der oftmals zahlreichen Parteien in den Gesprächen ausgeschlossen fühlt. TherapeutIn und DolmetscherIn haben dies gemeinsam zu bewerkstelligen. (vgl. Leshak 2003:164) Ein professionelles kinderpsychiatrisches Team muss transkulturell und interdisziplinär zusammenarbeiten, um alle Aspekte der Migration,

Lebensumstände und Identitäten zu berücksichtigen. Man muss aufmerksam sein und auf die Bedürfnisse eines multikulturellen Arbeits- und Therapieumfeldes eingehen. Die Unterstützung des therapeutischen kinderpsychiatrischen Teams durch DolmetscherInnen ist eine wichtige Komponente der Arbeit mit fremdsprachigen Kindern und spiegelt auch die Kapazität für Offenheit und Zusammenarbeit eines therapeutischen Teams wider. (Leshak 2003:157) Bei Leshak (2003:157) werden auch einige Kriterien für DolmetscherInnen aufgelistet, die in Gesprächskonstellationen mit Kindern von Vorteil sein können. Allem voran wird Interesse für die Psychiatrie im Allgemeinen erwähnt, aber auch Erfahrung bei der Arbeit mit Kindern und/oder Familien erweisen sich von großem Vorteil.

5.1.1. Rolle(n) der DolmetscherIn in der Kinderpsychiatrie

Die meisten AkteurInnen in diesem Setting, also TherapeutInnen, Pflegepersonal, ÄrztInnen etc. sind für die Arbeit mit Kindern eigens ausgebildet und haben viel Erfahrung im Umgang mit jungen PatientInnen und kennen die Probleme und Herausforderungen, welche aus der Arbeit mit Kindern resultieren. Für eine DolmetscherIn stellt die Arbeit mit Kindern meist eine völlig neue Gesprächs- und Arbeitskonstellation dar. Der Umgang mit Kindern erfordert nicht nur viel Geduld und Expertise, sondern in vielen Fällen auch die persönliche Eignung oder zumindest eine Affinität für die Arbeit mit Kindern.

Die DolmetscherIn muss bei der Arbeit in diesen sehr spezifischen Gesprächskonstellationen eine Reihe von Faktoren berücksichtigen. Sie muss ein Gespür für alle Prozesse und Interaktionen zwischen den vielen involvierten Personen entwickeln, denn nur wenn sich alle beteiligten AkteurInnen verstanden fühlen, akzeptieren sie die DolmetscherIn und erst dann kann eine Kommunikation aller auf gleicher Ebene hergestellt werden. In dieser Gesprächskonstellation ist auch das „verstanden werden“ oftmals nicht nur ein linguistisches Problem, denn viele Probleme innerhalb von Familien basieren auf mangelndem Verständnis füreinander und ein Ziel der Therapie ist es dieses Verständnis aufzubauen. (vgl. Leshak 2003:152)

Von Seiten der Eltern wird die Rolle der DolmetscherIn aus seiner anderen Perspektive gesehen. Die Eltern sehen in der DolmetscherIn ein Mitglied der Gemeinschaft, in der sie leben und haben Sorge vor Stigmatisierung durch die psychiatrische Erkrankung, aber auch Schamgefühle vor der Gemeinde, denn viele MigrantInnen sind sehr eng mit der Gemeinschaft ihrer Landsleute im Gastland verbunden. Manchmal können sie auch nicht zwischen den verschiedenen Rollen der Personen im psychiatrischen Team unterscheiden und versuchen die DolmetscherIn privat zu kontaktieren. (Leshak 2003:158) Noch vor Therapiebeginn muss also unbedingt ein Aufklärungsgespräch über die Rollen der involvierten AkteurInnen und den damit verbundenen Aufgaben, wie zum Beispiel Verschwiegenheitspflicht, stattfinden. (Leshak 2003:162)

Weiters sollte beim Dolmetschen in der Kinderpsychiatrie immer für eine PatientIn dieselbe DolmetscherIn eingesetzt werden, da Kinder länger Vertrauen zu einer Person aufbauen und meist mehr Zeit brauchen, um sich zu öffnen. Auch die Ängste von Eltern und vor allem die Sorge vor Brandmarkung kann man durch den Einsatz ein und derselben DolmetscherIn besser in den Griff bekommen. (Leshak 2003:163) Die DolmetscherIn stellt also unweigerlich für die ganze Familie eine Art Bezugsperson dar.

Eine weitere Aufgabe von DolmetscherInnen in der Kinderpsychiatrie ist es TherapeutInnen über abweichende Erziehungspraktiken oder Bräuche zu informieren. Die Wichtigkeit dieser Information spiegelt folgendes Beispiel wieder: In fast allen afrikanischen Völkern ist das Schlafen im Bett der Mutter oder Großmutter nichts Ungewöhnliches, in manchen Fällen wird es für das Wohl des Kindes regelrecht angeordnet. (Felici-Bach 2006:130)

In der westlichen Welt wird dieses Verhalten oft mit verschiedensten Psychopathologien in Verbindung gebracht. Die DolmetscherIn ist dank ihres Kulturwissens in der Lage, eine individuelle Handlungsweise von einem durch kulturelle Regeln bedingtem Verhalten zu unterscheiden, dabei wird ihr aber auch eine regelüberschreitende Handlung nicht verborgen bleiben. (Felici-Bach 2006:135) Es ist daher wichtig, dass die DolmetscherIn die TherapeutIn auf solche kulturellen Unterschiede rechtzeitig aufmerksam macht.

Die Rollen der DolmetscherIn in dieser Gesprächskonstellation sind somit äußerst komplex und die Arbeit kann darüber hinaus sehr belastend sein, denn die Konfrontation mit verschiedensten Psychopathologien des Kindesalters, aber auch Misshandlungen etc. kann alle Beteiligten schnell an ihre Grenzen bringen. Deshalb ist es in diesem Setting besonders wichtig, sich gründlich auf den Einsatz vorzubereiten, aber schon vor Annahme des Auftrags sollte sich jede DolmetscherIn ehrlich fragen, ob sie sich selbst für die Arbeit mit Kindern geeignet fühlt.

5.1.2. Rollenanalyse anhand von Beispielen

Im Folgenden werden anhand der zu diesem Thema vorhandenen Literatur die Rollen der DolmetscherIn in der Kinderpsychiatrie mit Beispielen illustriert. Leshak (2003:159ff) beschreibt in ihrem Artikel einige interessante Gesprächskonstellationen während der Arbeit in der Kinderpsychiatrie unter Beizug von DolmetscherInnen, die im weiteren Verlauf auf die von der DolmetscherIn dabei eingenommenen Rollen untersucht werden.

Beispiel 1

Ein 5-jähriges Mädchen aus Bangladesch, das mit ihrer Familie in Großbritannien lebt, ist sehr schüchtern und zurückhaltend, sie spricht nur mit engsten Vertrauten und Familienmitgliedern. Zunächst zeigt sich das Mädchen in der Therapie auch zurückhaltend, ja es sieht die TherapeutIn nicht einmal an. Allmählich baut das Mädchen nonverbal, mittels Berührungen, Blicken und Lächeln Kontakt zur DolmetscherIn auf. Später beginnt das Mädchen zu spielen und in weiteren Sitzungen auch zu sprechen. (Leshak 2003:159f)

Dieses Beispiel illustriert, wie komplex die Rolle(n) der DolmetscherIn in der Kinderpsychiatrie sein können. Die DolmetscherIn stellt für das Kind scheinbar eine Art Bezugsperson, ja sogar Mutterfigur dar. In anderen Settings wäre ein so hoher Grad an emotionaler und persönlicher Involvierung völlig inakzeptabel, sogar äußerst unprofessionell, aber in dieser Gesprächskonstellation hat die DolmetscherIn in der Rolle der Bezugsperson erst die Kommunikation und

damit die Behandlung ermöglicht. Wäre die DolmetscherIn nicht auf die nonverbalen Signale des Mädchens eingegangen, hätte sich die Kommunikation - wenn überhaupt - nur langsam und schwierig entwickelt. Der DolmetscherIn wurde die Rolle in dieser Gesprächskonstellation quasi von der PatientIn offeriert und war keineswegs im Vorhinein mit der TherapeutIn in solcher Form abgesprochen. Die DolmetscherIn hat richtig reagiert, ist auf das (Beziehungs-)Angebot eingegangen und hat damit die Therapie ermöglicht. In diesem Setting müssen alle Beteiligten Offenheit für Neues und Kreativität an den Tag legen – diese Komponenten sind unerlässlich bei der Arbeit mit jungen PatientInnen. An diesem Beispiel wird auch die Wichtigkeit der nonverbalen Kommunikation eindrucksvoll geschildert.

Beispiel 2

Ein 8-jähriger Junge, der gut Englisch spricht wird von der TherapeutIn direkt angesprochen; dieser lächelt charmant, antwortet aber auf Bengali. Die DolmetscherIn informiert daraufhin die TherapeutIn, dass der Bub sie gerade wüst beschimpft hat. Daraufhin wird der Junge sehr wütend. (Leshak 2003: 160)

Bei diesem Beispiel befindet sich die DolmetscherIn in einer äußerst verzwickten Lage, denn der Junge fühlt sich in dieser Situation durch sie „verraten“, möchte aber auch seine Grenzen (des Vertrauens) austesten. Hier zeigt sich, wie schwierig es ist mit Kindern professionell zu arbeiten, denn sie sind sich weder ihrer Rolle bewusst noch verhalten sie sich erwartungskonform. Sowohl von der DolmetscherIn als auch von der TherapeutIn werden Konsequenz und Disziplin in ihrem Handeln verlangt, da sie beide eine Vorbildfunktion haben. Wenn DolmetscherIn und PatientIn aus demselben Kulturkreis stammen, ist die Vorbildwirkung der DolmetscherIn oft höher als die der TherapeutIn. Es ist wichtig sich dieser Vorbildrolle bewusst zu sein, doch jegliches Agieren in diesem Setting sollte immer auf das Behandlungsziel ausgerichtet und abgestimmt sein. An diesem Beispiel sieht man auch, dass es für die DolmetscherIn quasi unmöglich ist, in diesem Setting nicht emotional

involviert zu werden, denn Kinder unterscheiden nicht zwischen Arbeitsverhältnis und privaten Beziehungen.

Beispiel 3

Ein 11-jähriges Mädchen zieht sich immer mehr zurück, hat Probleme in der Schule und spricht sehr wenig. Der Therapie wohnen die 15-jährige Schwester und die Eltern bei. Zu Beginn dolmetscht die ältere Schwester ausschließlich für den Vater, doch die Therapie macht kaum Fortschritte. Die DolmetscherIn besteht dann im weiteren Verlauf darauf für alle Familienmitglieder zu dolmetschen, denn sie vermutet hinter der Schweigsamkeit der anderen Familienmitglieder die Hierarchiepositionen der ländlichen Gebiete, aus denen die Familie stammt, wieder. Im weiteren Verlauf führt die Therapie zum Erfolg. (Leshak 2003:160f)

An diesem Beispiel zeigt sich vor allem, wie fundamental wichtig Kulturkompetenz und Milieuwissen beim Dolmetschen eigentlich sind. Die DolmetscherIn hat kulturell geprägte Verhaltensweisen sofort erkannt und eingegriffen, um allen Anwesenden im wahrsten Sinne des Wortes eine Stimme zu geben. Die TherapeutIn hätte alleine das Verhalten der Familie mitunter anders gedeutet, doch die Expertise der DolmetscherIn hat die Aufmerksamkeit in die richtige Richtung gelenkt. Manchmal greift die DolmetscherIn auch insofern in den Therapieverlauf ein, als dass sie die TherapeutIn auf im gegebenen Kulturkreis umsetzbare bzw. nicht umsetzbare Forderungen aufmerksam macht. Zum Beispiel kann, wie bei Leshak (2003:161) beschrieben, ein Junge aus Bangladesh nicht mit seinem Vater über persönliche und intime Inhalte sprechen, was aber von einer TherapeutIn durchaus verlangt wird. Nachdem sie von der DolmetscherIn darauf aufmerksam gemacht wird, kann die Strategie geändert werden.

Diese Beispiele illustrieren eindrucksvoll, dass Kulturkompetenz beim Dolmetschen mindestens genauso unerlässlich ist wie Sprachkompetenz und keinesfalls vernachlässigt werden darf. Eine rein linguistische Dolmetschung,

wie oft von Therapeuten verlangt, wäre somit in vielen Fällen nicht nur unzureichend sondern auch kontraproduktiv.

Bei Leshak (2003:159ff) wird für die Arbeit mit fremdsprachigen Kindern auch ausdrücklich angemerkt, dass immer eine DolmetscherIn beigezogen werden sollte, selbst wenn alle Parteien die Landessprache „gut“ beherrschen. Dies ist nötig, weil gerade Kinder oft die Landessprache zwar beherrschen, diese aber erst vor nicht allzu langer Zeit gelernt haben und noch immer in ihrer Muttersprache denken und sich auch darin besser ausdrücken. Oder, wie in einem anderen Beispiel auch beschrieben, manchmal, aus welchen Gründen auch immer, in einer anderen Sprache antworten, als sie gefragt werden.

Beispiel 4

Ein 14-jähriges Mädchen aus Afrika hat aufgehört zu sprechen; es handelt sich hierbei um einen Fall von Mutismus: Die Sprechfähigkeit der/des Betroffenen vorhanden und die Sprechorgane sind auch nicht beschädigt, somit ist das Problem psychologischer Natur. Zu Beginn versucht die TherapeutIn das Gespräch mit der Familie in der Sprache des Gastlandes zu führen, deren alle Familienmitglieder mächtig sind, doch es ist spürbar, dass die kulturellen Barrieren sehr groß sind. Ein sprachlicher Mediator wird beigezogen. Dieser klärt im Laufe der Therapie über kulturelle Realia und Gegebenheiten auf, die bishin zu Aber- und Geisterglaube reichen. Erst jetzt eröffnet sich der TherapeutIn eine klare Sicht auf die Familiengeschichte. (Felici-Bach 2006:134)

Ohne die Veränderung der therapeutischen Gesprächskonstellation und die Unterstützung eines sprachlichen Mediators, wäre es nicht möglich gewesen, selbst bei Verwendung derselben Sprache, über kulturelle Gegebenheiten und Missverständnisse aufzuklären. Erst durch die Anwesenheit eines Landsmannes, der auch eine andere kulturelle Dimension ermöglicht und dadurch auch das Verständnis für übernatürliche Wesenheiten mitbringt, ist es der Familie möglich sich zu öffnen. (vgl. Felici-Bach 2006:134) Hierbei wird deutlich, dass die DolmetscherIn nicht nur die kulturellen Gegebenheiten für Außenstehende erklärt, sondern allein durch ihre Anwesenheit diese erst als

Element in der Therapie ermöglicht. Durch das Wissen, dass es eine Person gibt, die versteht und auch eine spirituelle Komponente für Außenstehende erklären kann, eröffnet sich ein Raum für ein kulturell geprägtes Denksystem und einen Gedankenaustausch auf Augenhöhe.

Zusammenfassend kann man also festhalten, dass sich die Rolle(n) der DolmetscherIn in der Kinderpsychiatrie meist sehr vielfältig gestalten und je nach Fall individuell den Umständen angepasst werden müssen. Die DolmetscherIn stellt eine Art Bezugsperson für alle Beteiligten dar, sie ist Schnittstelle für Probleme der Kinder, Eltern und der TherapeutIn. Die DolmetscherIn sollte offen für neue Ansätze sein und Spielraum für eine kreative und individuelle Therapiegestaltung lassen. Manchmal ist es sogar hilfreich, sich von den klassischen translatorischen Konzepten zu lösen, aber dies sollte immer auf die Therapie abgestimmt werden und ein konkretes Behandlungsziel verfolgen. Bei der Arbeit mit Kindern eröffnet sich DolmetscherInnen also ein Betätigungsfeld, dessen Komponenten und Aufgaben sehr vielfältig sind. Doch gerade durch die Offenheit für neue Ansätze kann oftmals erst ein Therapieerfolg erzielt werden, da individuell auf die Kinder eingegangen werden muss, denn Kinder sind - im Gegensatz zu erwachsenen PatientInnen - meist nicht so flexibel, als dass sie sich in das fixen Gefüge einer Gesprächskonstellation eingliedern könnten.

5.2. DolmetscherIn in der Therapie mit Flüchtlingen

Die Arbeit mit Flüchtlingen stellt neben den "herkömmlichen" MigrantInnen eine eigene Kategorie dar, da sich Flüchtlinge in vielerlei Hinsicht von den restlichen MigrantInnen unterscheiden. Der größte Unterschied ist wohl, dass bei Flüchtlingen die Migration nicht freiwillig stattgefunden hat. Flüchtlinge haben meist nur wenig Zeit die Entscheidung zur Emigration zu treffen und diese findet meist völlig ungeplant statt. Oft haben Flüchtlinge weder eine große Auswahl über das Zielland, noch eine große Ahnung über kulturelle Gegebenheiten im Zielland. (vgl. Tribe/Morrissey 2003:198f) Wie schon im Kapitel 1.1. erwähnt zieht die Migration eine starke psychische und emotionale Belastung nach sich. Nicht selten müssen Flüchtlinge psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch betreut

werden, da sie traumatische Erlebnisse hinter sich haben. Für DolmetscherInnen bedeutet das, dass sie ebenfalls überdurchschnittlich oft mit traumatischen Inhalten konfrontiert werden, wobei das posttraumatische Stresssyndrom ein wichtiges Thema bei der Arbeit mit Flüchtlingen darstellt. Die DolmetscherIn sollte also auf dieses konkrete Problem emotional und fachlich vorbereitet sein. Der Großteil der Flüchtlinge, nämlich 80 %, ist allein auf der Flucht. Eine weitere nicht unwesentliche Gruppe stellen Kinder ohne Begleitpersonen dar. (Refugee Council 2000 zit. nach Tribe/Morrissey 2003:201)

Das Dolmetschen in der Psychotherapie mit Flüchtlingen und AsylwerberInnen stellt eine neue Arbeitsdimension für DolmetscherInnen dar, denn die Fähigkeit zur Empathie und der persönliche Hintergrund der DolmetscherIn spielen in diesem Setting eine essentielle Rolle und diese Kriterien sollten auch bei der Auswahl der richtigen DolmetscherIn vordergründig beachtet werden.

5.2.1. Rolle(n) der DolmetscherIn bei der Arbeit mit Flüchtlingen

Die DolmetscherIn ermöglicht den Flüchtlingen oft den ersten den Zugang zu jeglicher medizinischer Betreuung außerhalb des Heimatlandes und stellt somit eine wichtige Kontaktperson für die Flüchtlinge dar. Nicht selten ist die DolmetscherIn auch die erste Person, die den Flüchtlingen wichtige Tipps über lokale Netzwerke und Gruppen gibt, aber auch Informationen über medizinische Dienstleistungen. (Tribe/Morrissey 2003:204) In dieser Gesprächskonstellation nimmt die DolmetscherIn auch teilweise eine beratende Rolle ein. Darüber hinaus versucht sie die erste Brücke zwischen den Flüchtlingen und der Kultur des Ziellandes darzustellen, wobei sie sich auch bewusst sein muss, dass die ihre Dolmetschung auch einen Einfluss auf die Art der Aufenthaltsbewilligung und der Einschätzung der Person haben kann. Deshalb lastet auf der DolmetscherIn oft der Druck auch teilverantwortlich für das Schicksal der Flüchtlinge zu sein.

5.2.2. Neutralität bei der Therapie mit Flüchtlingen

Die Neutralität hat in der Therapie mit Flüchtlingen für alle Beteiligten einen besonderen Stellenwert. Einerseits fühlen sich DolmetscherInnen nicht selten von PatientInnen unter Druck gesetzt, da diese ihnen zu spüren geben, dass ihre Zukunft quasi von ihnen (also den DolmetscherInnen) abhängt und es fällt den PatientInnen schwer die DolmetscherIn neutral zu sehen. (vgl. Tribe/Morrissey 2003:211). Zuvor muss auch der Stellenwert der Neutralität der TherapeutIn in dieser Gesprächskonstellation beleuchtet werden. Die Maxime der therapeutischen Neutralität wird bei Patel (2003:221) für die Therapie mit Flüchtlingen in Frage gestellt, da hier der geschichtliche und sozio-politische Kontext eine besondere Rolle spielt. Jegliche Arbeit mit Flüchtlingen sollte den sozio-politischen Kontext miteinbeziehen und dafür muss die TherapeutIn ihre neutrale Stellung aufgeben: sie muss eine Position, die klar Menschenrechtsverletzungen ablehnt einnehmen. (Patel 2003:222) Dies bedeutet, dass erstens die Wahl der DolmetscherIn und ihr sozio-kultureller Hintergrund eine essentielle Rolle spielen, aber auch, dass die DolmetscherIn auch ihre Neutralität in Menschenrechtsfragen aufgeben muss. Die DolmetscherIn wird nicht als neutrale LinguistIn zur Therapie beigezogen, sondern als aktive MitarbeiterIn im Kampf gegen Menschenrechtsverletzungen. (Patel 2003:222) Die DolmetscherIn sollte bei politisch präkeren bzw. gefärbten Arbeitsanweisungen in diesem Setting darauf achten, dass sie sich nicht in einen Interessenskonflikt begibt, da eine quasi „auferlegte“ Rolle in der Therapie kontraproduktiv sein kann. Patel (2003:227) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sich die DolmetscherIn nicht in eine Rolle, die nicht mit ihren sozio-kulturellen Wurzeln bzw. politischen und religiösen Zugehörigkeiten kompatibel ist, gedrängt fühlen darf. Demzufolge sollte die DolmetscherIn selbstständig darauf achten, solche Aufträge geeigneteren KollegInnen zu überlassen.

5.2.3. Rollenanalyse anhand von Beispielen

Bei der Arbeit mit Flüchtlingen wird auch ein Problem besonders sichtbar, das psychiatrische PatientInnen oft begleitet und in dieser Gesprächskonstellation einen besonderen Stellenwert einnimmt: die Stigmatisierung. In den meisten Teilen der Welt ist man stigmatisiert, wenn man psychische oder emotionale Probleme hat. Viele Flüchtlinge kennen psychiatrische Betreuung gar nicht, da diese Rolle in ihren Heimatländern verschiedene Personen, wie zum Beispiel Dorfälteste, traditionelle Heiler oder andere innehaben. (Tribe/Morrissey 2003:205) Das folgende Beispiel veranschaulicht diese Problematik:

Beispiel 1

Ein Flüchtling kommt sehr aufgebracht in die Praxis und berichtet am Gang einen Bekannten getroffen zu haben. Er ist sehr ängstlich und nervös. Danach bittet er quasi darum dem Bekannten nichts über seine emotionalen Probleme zu erzählen, sondern zu sagen, dass es sich um eine Armverletzung handle. Es schien als wäre es für ihn in Ordnung physische Probleme zu haben, psychische Probleme waren jedoch völlig unakzeptabel und stigmatisierend. (Tribe/Morrissey 2003:205)

Die DolmetscherIn, in diesem Fall das einzige Bindeglied zwischen dem Flüchtling und der neuen Kultur, hat bei dieser Problematik eine wichtige Rolle. Optimalerweise sollte die TherapeutIn noch vor der Therapie Informationen über die Kultur und Krankheitsverständnis erhalten. Die DolmetscherIn kennt diese Problematik und sollte noch vor der Therapie darauf aufmerksam machen, dass es unter Umständen zu solch einer Reaktion kommen kann, um dieses Thema in weiterer Folge gleich in der Therapie aufgreifen zu können. In dieser Gesprächskonstellation ist sozio-kulturelle Hintergrund der PatientInnen eine wichtige Information für die TherapeutIn, da die PatientInnen meist die kulturellen Gepflogenheiten des Gastlandes noch kaum bis gar nicht kennen und um gewisse Unterschiede nicht Bescheid wissen. Nur die DolmetscherIn kann diese Unterschiede erkennen und erklären. Die DolmetscherIn kann auch

als einzige erkennen, ob es sich beim Verhalten des Patienten um eine kulturelle Gepflogenheit oder um eine individuelle Reaktion handelt.

Beispiel 2

Ein Flüchtling aus dem Irak beschreibt sich selbst in der Therapie als einen starken Mann, der für sich und seine Familie sorgen konnte, sich aber seit der Flucht wie ein kleines, ängstliches Kind fühlt. Er hat Angst, dass er jederzeit deportiert werden könnte. Er hat einen Freund kennengelernt, lebt jedoch in der ständigen Furcht, dass dieser ein Spion sei und ihn verraten könnte und damit seine gesamte Familie in Schwierigkeiten bringen könnte. Außerdem hat er das Gefühl überall, wo er hinget um alles Betteln zu müssen. (vgl. Tribe/Morrissey 2003:200)

Bei diesem Beispiel zeigt sich deutlich, dass weder DolmetscherIn noch TherapeutIn bei der Arbeit mit Flüchtlingen neutral bleiben können, denn sie müssen beide eine eindeutige Haltung gegen Menschenrechtsverletzungen einnehmen. Dies bedeutet jedoch nicht unbedingt, dass die Neutralität beim Dolmetschen selbst verloren geht, sondern, dass die DolmetscherIn (und die TherapeutIn) eine gewisse Grundhaltung vor der PatientIn repräsentieren müssen. In der Therapie muss ein Raum geschaffen werden, in dem sich die PatientIn befreit von Angst bewegen kann und diese Möglichkeit muss durch die TherapeutIn und die DolmetscherIn geschaffen werden. Bei der Arbeit mit Flüchtlingen spielt die politische Dimension auch eine wichtige Rolle, somit ist der sozio-politische Hintergrund der DolmetscherIn ein nicht zu vernachlässigender Faktor für den Aufbau der therapeutischen Beziehung.

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass die bei der Therapie mit Flüchtlingen die Wahl der richtigen DolmetscherIn und der sozio-kulturelle Hintergrund aller AkteurInnen eine wichtige Rolle spielen. Zudem muss die Stellung der Neutralität kritisch hinterfragt werden, wobei die DolmetscherIn stets darauf bedacht sein sollte, sich nicht selbst in einen Interessenskonflikt zu begeben, da es zu störenden Übertragungen/Gegenübertragungen kommen kann.

5.3. Andere Beispiele für Rollen der DolmetscherIn in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen

5.3.1. DolmetscherIn als Co-TherapeutIn

In der „klassischen“ Psychotherapie müssen alle in Kapitel 2 aufgelisteten Besonderheiten beachtet werden, wobei auch besonderes Augenmerk auf die Wahl der richtigen DolmetscherIn gelegt werden sollte. Die Rolle(n) der DolmetscherIn müssen situationsabhängig und von Fall zu Fall individuell eingesetzt werden. Das folgende Beispiel veranschaulicht, wie eine co-therapeutische Funktion der DolmetscherIn aussehen kann.

Beispiel

Eine Frau wurde von ihrem Hausarzt überwiesen, da sie angeblich „Stimmen hörte“. Sie hatte zuvor ihren Hausarzt besucht und versucht in gebrochenem Englisch zu kommunizieren. Danach überwies dieser sie zum Psychiater, weil sie hörte „wie die Vögel zu ihr sprachen“. Die zugezogene DolmetscherIn, die schon viel Erfahrung in diesem Setting hatte, bat die TherapeutIn zuerst allein mit der Patientin sprechen zu dürfen, um die Hintergründe genauer zu recherchieren. In diesem Gespräch fand die DolmetscherIn heraus, dass die Frau aus einer ländlichen Gegend stammte und unter anderem die Natur und das „Vogelgezwitscher“, das sie aus der Heimat gewohnt war vermisste. In ihrem gebrochenen Englisch drückte sie es jedoch mit „having the birds talk to her“ aus, was zu dem Missverständnis führte. (vgl. Mudarikiri 2003:192)

Die DolmetscherIn arbeitet hier als selbstständiges Mitglied eines professionellen Teams. Sie kann aufgrund ihrer Erfahrung Vermutungen anstellen und da sie in diesem Beispiel als Teammitglied anerkannt wird, kann sie auch allein mit der Patientin sprechen, wenn sie dies für hilfreich hält. Die DolmetscherIn trägt in diesem Fall dazu bei schon Vorweg Missverständnisse aufzulösen und die TherapeutIn quasi auf die richtige Fährte zu locken. Die DolmetscherIn vermutet als ExpertIn für Sprache und als KulturexpertIn, dass

die Art und Weise, wie die Patientin ihre Beschwerden zum Ausdruck bringt nicht wortwörtlich verstanden werden darf. Selbstständig löst die DolmetscherIn dieses Missverständnis auf und kann gleichzeitig der TherapeutIn einen wichtigen Hinweis für die eigentlichen Schwierigkeiten der Patientin liefern. Wenn die DolmetscherIn hier ihrer Vermutung nicht nachgegangen wäre und strikt in konventionellen DolmetscherInnenrolle verharrt wäre, hätte dies einige Nachteile für die Therapie mit sich gezogen. Erstens wäre viel Zeit vergangen, bis dieses Missverständnis auf anderem Wege aufgelöst worden wäre und zweitens wären in der Therapie mitunter die falschen Schwerpunkte gelegt („Stimmen hören“) worden. An diesem Beispiel erkennt man wie wichtig es ist, dass die DolmetscherIn ihr Rollenverständnis in diesem Setting ausweitet. Genauso wichtig ist es auch, dass sie von TherapeutInnen diese Rollenzugeständnisse bekommt, da sie sonst nicht agieren kann und so wichtige Informationen für die Therapie verloren gehen könnten. Höchste Professionalität und eine solide Vertrauensbasis seitens aller Beteiligten sind Grundlage für dieses Handeln.

5.3.2. Dolmetschen in der Paartherapie

In den westlichen Kulturen steigt der prozentuale Anteil der bikulturellen Eheschließungen seit Mitte des letzten Jahrhunderts stetig an. Bikulturelle Partnerschaften müssen in der Regel mehr (kulturelle) Grenzen überschreiten, als monokulturelle Paare und es kommt oft zu konfliktbeladenen Situationen in denen eine multikulturelle Paartherapie nötig wird. (vgl. Schlippe et al. 2003:168f) Aber auch der Anteil an (Ehe-)Partnern, die gemeinsam emigriert sind und in einer fremden Kultur zusammen ihre Zukunft aufbauen möchten nimmt zu, wobei dies eine besonders belastende Situation darstellt, weil solche Paare in der Regel weniger soziale Unterstützung durch äußere Systeme erfahren als es in der Heimat durch den Freundes- und Familienkreis der Fall wäre. Oft kommt das Kommunikationsproblem zu den schon vorhandenen Schwierigkeiten dazu und das Paar hat kein Ventil um Konflikte gemeinsam zu lösen. Wie im folgenden Beispiel illustriert wird, muss die DolmetscherIn individuell in diesem komplexen 4-Personen-Dialog ihren Platz finden und ihre

Rolle individuell abstimmen. Manchmal kommen auch durch die DolmetscherIn erst gewisse Dynamiken zum Vorschein, da die Kommunikation über eine DolmetscherIn auch gewisse Freiheiten einräumt, wenn man die PartnerIn nicht persönlich ansprechen muss/kann.

Beispiel

Ein Patient mit schwerer Angstsymptomatik wird vom Hausarzt zum Psychiater überwiesen. Da in den ersten Sitzungen Eheprobleme zur Sprache kommen wird die Ehefrau zu einer Therapiesitzung eingeladen und da sie die Landessprache nur schlecht beherrscht wird auch eine DolmetscherIn hinzugezogen. Im Verlauf der Sitzung spricht der Patient seine Ehefrau immer häufiger über die DolmetscherIn an, obwohl er dazu aufgefordert wurde, sich direkt an sie zu wenden. Es wird über Spannungen zwischen der Ehefrau und ihren Schwiegereltern berichtet. In weiterer Folge beginnt auch die Ehefrau ihren Mann über die DolmetscherIn anzusprechen. (vgl. Mudarikiri 2003:194f)

An diesem Beispiel ist zu erkennen, dass die DolmetscherIn auch eine völlig andere, nicht-linguistische Rolle in der Psychotherapie einnehmen kann. Durch ihre Anwesenheit und die Dynamiken der Übertragung/Gegenübertragung kommen bestimmte Verhaltensweisen ans Tageslicht, die sonst nur schwer bzw. gar nicht sichtbar geworden wären. Die DolmetscherIn stellt eine Art RepräsentantIn dar und die Übertragung bestimmter Inhalte auf ihre Person liefert wichtige Anhaltspunkt für die TherapeutIn. Mudarikiri (2003:195) beschreibt in den Erläuterungen zu dem Fall auch, dass die verschiedenen Gesellschaftsklassen und Kasten, aus denen die Eheleute kommen, zu diesem Verhalten beitragen, weil die Ehepartner nicht auf Augenhöhe kommunizieren können. Im Nachgespräch wird auch diskutiert, weshalb so eine Dynamik während des Gesprächs zustandegekommen ist und in welchen Rollen die Patienten die DolmetscherIn sehen. Sie wird einerseits als eine Art RetterIn angesehen werden, da sie aus derselben Kaste stammt wie die Ehefrau des Patienten, aber auch der Patient selbst scheint eine Art Allianz mit ihr schließen zu wollen. (Mударikiri 2003:195) Nach dieser Sitzung wäre eine abermalige

Rollenaufklärung und mit allen Beteiligten hilfreich, selbst wenn das Rollenmissverständnis neue und sehr wichtige Aspekte dieses Falles ans Tageslicht gebracht hat.

5.3.3. Dolmetschen in der Therapie mit Personen mit Lernschwäche

Da Personen mit Lernschwäche teilweise komplexe Bedürfnisse haben, was auch Verständigungs- und Verständnisprobleme impliziert, gestaltet sich die Kommunikation von Haus aus etwas schwieriger als in anderen Gesprächskonstellationen, was von allen AkteurInnen ein hohes Maß an Disziplin, Fachkenntnissen, aber auch Einfühlungsvermögen verlangt. Oft behindern auch Probleme bei der Sprachproduktion eine reibungslose Kommunikation, was der DolmetscherIn die Arbeit erschwert und bei den PatientInnen selbst zu Frustration führt. (vgl. Newland 2003:171) Personen mit Lernschwäche sehen sich in Gesprächen oft unter Druck und sie müssen sich entscheiden ob sie „sagen, was sie sagen möchten“, oder „sagen, was andere wollen, dass ich sage“. Sie besitzen jedoch nicht die sprachlichen Fähigkeiten, um diesen inneren Konflikt auszudrücken. Ein weiteres Merkmal ist, dass Personen mit Lernschwäche Fragen bevorzugt mit „ja“ beantworten, selbst bevor die Frage noch gänzlich gestellt wurde. (Sigelman et al., 1981a, zit. nach Newland 2003:170) Weitere Studien von Sigelman (1981b, 1995 zit. nach Newland 2003:170) haben auch deutlich gemacht, dass sich „entweder/oder-Fragen“ eher für die Arbeit mit Personen mit Lernschwäche eignen, als geschlossene Fragen, die mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden. Die DolmetscherIn muss sich dessen bewusst sein, dass das gewählte Fragenformat in dieser Gesprächskonstellation essentiell ist und es in ihrer Dolmetschung berücksichtigen. (Newland 2003:170)

Ein weiteres Problem, mit dem man bei der Arbeit in dieser Gesprächskonstellation konfrontiert wird, ist, dass Personen mit Lernschwäche gewalttätig reagieren können, vor allem dann, wenn sie sich von ihrer eigenen Ohnmacht sich zu artikulieren überwältigt fühlen. Sie kommunizieren ihre Gefühle auf diese Weise nonverbal. (Newland 2003:171) Das therapeutische Team sollte im Vorfeld mit der DolmetscherIn festlegen, wie mit solchen

Situationen umzugehen ist. Des Weiteren sollten Gespräche mit Personen mit Lernschwäche in ihrem sozialen Umfeld durchgeführt werden. (vgl. Newland 2003:169f) Die Familie spielt auch in dieser Gesprächskonstellation eine besondere Rolle, die im Folgenden illustriert wird.

Die DolmetscherIn nimmt in diesem Setting eine Reihe ungewöhnlicher Rollen ein und ist mit verschiedenen linguistischen und nicht-linguistischen Aufgaben betraut. Nicht selten ist die DolmetscherIn in diesem Setting die einzige unbefangene GutachterIn über Sprech- und Sprachkenntnisse der PatientIn, denn Familienmitglieder können oftmals keine realistische Einschätzung vornehmen. (vgl. Newland 2003:171) Aufgrund ihrer Einschätzung werden nicht nur Diagnose gestellt, sondern auch Einstufungen vorgenommen, was wiederum einen Einfluss auf das gesamte Leben der PatientIn hat.

Beispiel

Eine 33-jährige Frau lebt allein mit ihrer Mutter. Die Mutter behauptet in der Therapie unter Beizug einer DolmetscherIn, dass sie das Gefühl hat, dass ihre Tochter keine Freunde braucht; sie selbst sei ihre einzige Freundin und das wolle ihre Tochter auch so. Im Gespräch mit der Tochter allein zeigt sich jedoch ein ganz anderes Bild: Sie hat sehr wohl Freunde im Therapiezentrum und sie hat sogar einen Freund, mit dem sie verlobt war. Die Mutter weiß von alledem nichts. (Newland 2003:169)

Das ist eine relativ typische Situation, wie sie bei der Arbeit mit Personen mit Lernschwäche häufig vorkommt. Die Familie und die Bezugspersonen sind wohl in keiner anderen psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellation ein so wichtiger Faktor, wie in dieser. Das soziale Umfeld hat einen großen Einfluss und prägt verschiedenste Verhaltensweisen. Dieses Beispiel illustriert, wie wichtig es ist, die in die Therapie eingebundenen Bezugspersonen auch einzeln zu befragen. Da hier auch gewisse Realitätsverschiebungen und verschiedene Psychopathologien zum Vorschein kommen können, ist es für die DolmetscherIn besonders wichtig, so präzise wie

möglich zu dolmetschen, da auf dieser Grundlage Diagnose, Behandlung und Einstufung der Personen vorgenommen werden. Bei diesem Beispiel zeigt sich auch, dass die DolmetscherIn schon allein als anwesende Person durch Übertragungen beim Erkennen bestimmter Pathologien helfen kann, da sie gewisse Verhaltensweisen bei der Patientin triggert. Die Mutter behauptet, dass die Tochter keine anderen Freunde brauche. Wäre die DolmetscherIn nicht anwesend, hätte die Mutter es mitunter gar nicht für nötig empfunden dies zu erwähnen und dieses Element wäre in der Therapie nicht zum Vorschein gekommen. Wie schon zuvor bei der Rollenaufstellung erwähnt, vor allem aber bei der Rolle der DolmetscherIn als rollenunabhängige AkteurIn oder RepräsentantIn (siehe auch Kapitel 3.2.1. und 3.2.2.) sollte die Variable "DolmetscherIn" als dritte involvierte (meist kulturell ähnliche) Person in für die Therapie und deren (inhaltlichen) Verlauf nicht unterschätzt werden.

6. Ausblick und Schlussfolgerungen

6.1. Chancen in der Psychotherapie mit DolmetscherInnen

Der Einsatz von DolmetscherInnen in der Psychotherapie ist sowohl für TherapeutInnen als auch für PatientInnen eine neue, ungewohnte Situation, was jedoch nicht nur mit Schwierigkeiten verbunden sein muss. Die Psychotherapie unter Einsatz von DolmetscherInnen eröffnet viele neue Chancen, die nicht ungenutzt bleiben dürfen und sich positiv auf den Therapieerfolg auswirken können. Wenn TherapeutInnen aus Bedenken um den Verlust ihrer Rolle beim therapeutischen Gespräch die DolmetscherInnen auffordern sich nur auf die sprachliche Übersetzung zu beschränken, würde damit der große Erfahrungsschatz und die Expertise der DolmetscherInnen für den therapeutischen Prozess unausgeschöpft bleiben. (Messent 2003:138) In gedolmetschten Therapiesitzungen hat die TherapeutIn zwar nicht die Möglichkeit, rasch und unmittelbar auf bestimmte Äußerungen zu reagieren, jedoch wird durch den Translationsprozess auch die verbale Kommunikation verlangsamt und es bleibt mehr Zeit, um sich auf nonverbale Elemente wie Körpersprache, Gestik etc. zu konzentrieren. (Egger/Weldam 2003:86) Ohne den Einsatz von DolmetscherInnen würde somit die ExpertInnenrolle für Sprache und Kommunikation, was auch Übersprachliches wie Verhaltensweisen und Gestik beinhaltet, aber auch Kulturwissen, Realia, und alle Komponenten der Kommunikation, die über das rein Sprachliche hinausreichen, in der Therapie fehlen. TherapeutInnen wenden sich auch oft an die DolmetscherInnen, um sich über typische Verhaltensmuster oder auch gängige Erziehungspraktiken zu informieren. (vgl. Messent 2003:140) Des Weiteren kann der Einsatz von DolmetscherInnen in der Psychotherapie weit über die Dolmetschung des Gesagten hilfreich sein, wie zum Beispiel bei der Interpretation gewisser sprachlicher Symbolik, da der Zugang zur Kommunikation nicht nur durch die Fremdsprachigkeit allein, sondern durch den sozialen bzw. kulturellen Kontext erschwert wird. (Steiner 1997 zit.n. Morina et

al. 2010) Bei Kluge und Kassim (2006:181) wird sogar argumentiert, dass der Einbezug von DolmetscherInnen eine wesentliche Erkenntnisquelle bietet. Die Neutralität der DolmetscherIn sei sogar eine wenig nützliche Fiktion. In diesem Setting neigen TherapeutInnen dazu, mögliche Störvariablen zu kontrollieren und ausschließen zu wollen, um Klarheit und Überschaubarkeit zu sichern. Für eine psychoanalytisch fundierte Psychotherapie ist es beispielsweise schwer Übertragungen und Gegenübertragungen wahrzunehmen und wie sie sich auf die anwesenden Personen aufspalten. Die Nichtbeachtung dieser Einflüsse (wie es der Fall wäre, wenn die DolmetscherIn nur als sogenannte „non-person“ betrachtet werden würde) würde zu einer Verkennung der Realität des Settings führen und der Wunsch nach Kontrollierbarkeit ist nicht über Verkennung möglich. Dadurch würde ein sogenannter „blinder Fleck“ entstehen. Kluge und Kassim (2006:181ff) schlagen daher vor, das Setting als Triade zu verstehen, in welcher sich drei Personen miteinander in Beziehung befinden, und die Dynamiken aller drei am Setting beteiligter Personen sind zu untersuchen. Die Beziehungskonstellationen und die einzelnen Rollen, die alle TeilnehmerInnen dabei einnehmen, stehen bei diesem Modell im Mittelpunkt. Denn erst im Wissen über die Rollen und Interaktionen in der Therapie, scheint die Möglichkeit eines Umgangs und einer Bearbeitung dieser Einflüsse im therapeutischen Rahmen gegeben zu sein. (vgl. Kluge/Kassim 2006:182)

Schlussendlich kann man festhalten, dass die Unterscheidung zwischen unterschiedlichen kulturspezifischen Ausdrucksformen von (psychischem) Stress und ernsthaften, akuten Erkrankungen (die rasche professionelle Intervention erfordern) eine große Herausforderung bei der Versorgung von MigrantInnen im europäischen Krankenhausalltag ist (vgl. Basibüyük 2011:178) und diese Problematik wird ohne den Einsatz von professionellen DolmetscherInnen wohl nicht in den Griff zu bekommen sein.

6.2. Chancen für DolmetscherInnen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting

Für DolmetscherInnen eröffnen sich in diesem Setting ein völlig neues Betätigungsfeld, das zwar einerseits für viele eine große persönliche

Herausforderung darstellt, aber auch neue Perspektiven und eine berufliche Weiterentwicklung ermöglicht. Mit wachsender Globalisierung und steigender Emigration stellt dieses Setting zweifelsohne ein Betätigungsfeld der Zukunft dar. Da psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuung von MigrantInnen zugenommen hat, steigt im diesem Setting vor allem der Bedarf an ausgebildeten und professionellen DolmetscherInnen. Bezugnehmend auf eine Studie hebt Reisinger (2003:130) hervor, dass für die Mehrheit der ÄrztInnen bei PatientInnen mit leichten somatischen Krankheitssymptomen keine DolmetscherIn notwendig sei. Bei komplexeren Fragestellungen betreffend psychosomatischer bzw. psychosozialer Probleme jedoch wird die Beiziehung einer DolmetscherIn befürwortet. (Reisinger 2003:130)

Viele DolmetscherInnen betreten in diesem Setting absolutes Neuland. Die persönliche und fachliche Herausforderung ist sehr groß und bisweilen wird dieses Betätigungsfeld mit seiner Spezifik in der Ausbildung kaum bis gar nicht berücksichtigt. Da DolmetscherInnen auf die Arbeit in diesem Setting einschlägig geschult werden sollten, besteht in diesem Schwerpunkt bei der Ausbildung noch großer Nachholbedarf. Die starke emotionale Involvierung und die große Belastung durch traumatisierende Inhalte sind wohl die Hauptgründe, warum viele DolmetscherInnen vor der Arbeit in diesem Setting zurückschrecken. Wenn man jedoch lernt, damit richtig umzugehen und Mitglied eines supervidierten Teams ist, kann dieses Setting gerade wegen seiner Vielfalt und der fachlichen und persönlichen Herausforderung neue Perspektiven für DolmetscherInnen eröffnen.

6.3. Conclusio

Die Ergebnisse der Literaturrecherche zur Rolle der DolmetscherIn in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen gestalten sich sehr ambivalent. Einige sehr gute Beiträge der letzten Jahre greifen diese Fragestellung auf und liefern erste Forschungsergebnisse zur Rollenproblematik und den damit verbundenen Aufgaben. Leider sind auch zahlreiche qualitativ mangelhafte Arbeiten zu diesem Thema zu finden, vor allem dann, wenn das Thema nur einseitig behandelt wird. Nach gründlicher

Literatursichtung hat sich gezeigt, dass jene Beiträge, die das Thema interdisziplinär behandeln, die beste Qualität aufweisen.

Anhand dieser Arbeit sollte vor allem aufgezeigt werden, dass die Rolle(n) der DolmetscherIn in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen sehr vielfältig sein können. Mit jeder Rolle sind auch gewisse Anforderungen, Erwartungen und Verpflichtungen verbunden. Die Rolle(n) der DolmetscherIn in diesem Setting können jedoch nicht fix vorgegeben werden, da diese optimalerweise individuell angepasst werden sollten. Sowohl die DolmetscherIn als auch die TherapeutIn müssen in der transkulturellen Psychotherapie/Psychiatrie ihre altbewährten Konzepte überdenken und neu gestalten, wenn eine adäquate und gleichberechtigte Behandlung aller PatientInnen gewährleistet werden soll.

Bei der Untersuchung der Rollen der DolmetscherIn und der dabei so wichtigen Funktion als KulturmittlerIn muss auch der Begriff „Kultur“ neu überdacht und vielleicht sogar neu definiert werden. In der globalisierten Welt wird die Kultur eines jeden Menschen von verschiedensten Einflüssen nachhaltig geprägt, was auch immer höhere Ansprüche an die DolmetscherIn stellt, da sie selbst nicht alle Nuancen einer Kultur repräsentieren kann. „Kultur“ und alle mit ihr verbundenen Verhaltensweisen und Ausdrucksformen sind ein wichtiger Faktor für den Erfolg einer Psychotherapie und dürfen keinesfalls (von medizinischer Seite) verkannt werden, da sonst wichtige Informationen für die Behandlung verloren gehen würden.

Für das gesamte medizinische Setting kann des Weiteren angemerkt werden, dass professionelle DolmetscherInnen viel zu selten eingesetzt werden. Ein großes Problem ist auch, dass viele TherapeutInnen aus Sorge vor Kontrollverlust noch immer auf der Rolle der DolmetscherIn als „Sprachrohr“ pochen. Die DolmetscherIn kann eine Reihe wichtiger Funktionen in der Psychotherapie einnehmen und jede dieser Rollen kann neue Erkenntnisse und Möglichkeiten für die Behandlung einbringen. Werden diese vielfältigen Rollenkonzepte verkannt, bleibt eine wichtige Informationsquelle für die Therapie unausgenützt.

Abschließend kann festgehalten werden, dass der Bedarf an professionellen DolmetscherInnen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting steigt, deshalb kann es für DolmetscherInnen durchaus interessant sein, sich damit vertraut zu machen. Es ist zweifelsohne eine anspruchsvolle Aufgabe, in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen zu dolmetschen, aber diese Herausforderung kann auch völlig neue Chancen und Weiterentwicklungsmöglichkeiten für den Beruf eröffnen.

Bibliographie

- Allaoui, Raoua (2005) *Dolmetschen im Krankenhaus*. Göttingen: Cuvillier
- Andres, Dörte/Pöllabauer, Sonja (Hrsg.) (2009) *Spürst du wie dein Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich*. München: Martin Meidenbauer Verlagsbuchhandlung
- Bahadir, Sebnem (2009): „Body-and-Enactment-Centered Interpreting Pedagogy: Preliminary Thoughts on a Train-the-trainers Concept for (Medical) Interpreting“, in: Andres, Dörte/ Pöllabauer, Sonja (Hrsg.) (2009) *Spürst du wie dein Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich*. (pp: 29-43) München: Martin Meidenbauer Verlagsbuchhandlung
- Basibüyük, Ayse Altunbay (2011): „MigrantInnen mit chronischen Unterbauchschmerzen in Österreich“, in: Peintinger, Michael (Hrsg.) (2011) *Interkulturell kompetent - Ein Handbuch für ÄrztInnen und Ärzte*. (pp: 173-188) Wien: facultas.wuv Universitätsverlag
- Bauer, M. Amy/Alegria, Margarita (2010) Impact of Patient Language Proficiency and Interpreter Service Use on the Quality of Psychiatric Care: A Systematic Review. In: *Psychiatric Services* 2010:8, 61:765-773
- Baylav, Akgul (2003): „Issues of language provision in health care services“, in: Tribe, Rachel/Raval, Hitesh (Hrsg.) *Working with Interpreters in Mental Health*. (pp: 69-76) Hove: Brunner-Routledge
- Bot, Hanneke (2005) *Dialogue interpreting in mental health*. Amsterdam/New York: Editions Rodopi B.V.
- Bot, Hanneke (2006): „Community Interpreting in mental health“, in Hertog, Erik/van der Veer, Bart (Hrsg.) *Linguistica Antverpiensia - Taking Stock: Research and Methodology in Community Interpreting*. (pp: 161-176) Antwerpen: Hoger Instituut voor Vertalers & Tolken

- Cushing, Annie (2003): „Interpreters in medical consultations“, in: Tribe, Rachel/Raval, Hitesh (Hrsg.) *Working with Interpreters in Mental Health*. (pp: 30-53) Hove: Brunner-Routledge
- Egger, Ingrid/Wedam, Uta (2003): „Eure Sprache ist nicht meine Sprache: ‚Über-setzen‘ - Psychotherapie mittels Dolmetscherinnen“, in: Pöllabauer, Sonja/Prunc, Erich (Hrsg.) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. (pp: 83-92) Graz: Selbstverlag, Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft
- Felgner, Lars (2009): „Zur Bedeutung der nonverbalen Kommunikation im gedolmetschten medizinischen Gespräch“, in: Andres, Dörte/Pöllabauer, Sonja (Hrsg.) *Spürst du wie dein Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich*. (pp: 45-70) München: Martin Meidenbauer Verlagsbuchhandlung
- Felici-Bach, Henriette (2006): „Die therapeutische Arbeit mit einem Mediator im ethnopsychiatrischen Setting - eine Herausforderung an unsere klinische ‚Weltanschauung‘“, in: Wohlfahrt, Ernestine/Zaumseil, Manfred *Transkulturelle Psychiatrie-Interkulturelle Psychotherapie*. (pp:127-136) Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Finke, Jobst (2004) *Gesprächspsychotherapie - Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme
- Grbic, Nadja/Pöllabauer, Sonja (Hrsg.) (2006) *Ich habe mich ganz peinlich gefühlt*. Graz: Selbstverlag, Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft
- Grbic, Nadja/Pöllabauer, Sonja (Hrsg.) (2008) *Kommunaldolmetschen/Community Interpreting*. Berlin: Frank & Timme GmbH Verlag für wissenschaftliche Literatur
- Hegemann, Thomas/Salman, Ramazan (Hrsg.) (2001) *Transkulturelle Psychiatrie - Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag

- Hertog, Erik/van der Veer, Bart (Hrsg.) (2006) *Linguistica Antverpiensia - Taking Stock: Research and Methodology in Community Interpreting*. Antwerpen: Hoger Instituut voor Vertalers & Tolken
- Herzka Bollinger, Ruth (2008) *Jenseits sprachlicher Grenzen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Huntsdorfer, Karl (2011): „Kulturelle und ethnische Aspekte der naturwissenschaftlichen Behandlungsindikation“, in: Peintinger, Michael (Hrsg.) *Interkulturell kompetent - Ein Handbuch für ÄrztInnen und Ärzte*. (pp: 63-74) Wien: facultas.wuv Universitätsverlag
- Junglas, Jürgen (Hrsg.) (2008) *Kultur der Therapie der Kulturen*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH
- Kluge, Ulrike/Kassim, Nadja (2006): „Der Dritte im Raum,“ in: Wohlfahrt, Ernestine/Zaumseil, Manfred (Hrsg.) *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie*. (pp: 178-198) Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Kropiunigg, Ulrich (2011): „Medizin, Integration und Kohärenz im interkulturellen Kontext“, in: Peintinger, Michael (Hrsg.) *Interkulturell kompetent - Ein Handbuch für ÄrztInnen und Ärzte*. (pp: 39-62) Wien: facultas.wuv Universitätsverlag
- Kutalek, Ruth (2011): „Kulturelle Aspekte von Gesundheit und Krankheit: Medizinanthropologische Ansätze“, in Peintinger, Michael (Hrsg.) *Interkulturell kompetent - Ein Handbuch für ÄrztInnen und Ärzte*. (pp: 23-38) Wien: facultas.wuv Universitätsverlag
- Mäntynen, Anna/Kinnunen, Tuija (2009): „Towards a Collaboration Between Professionals“, in Andres, Dörte/Pöllabauer, Sonja (Hrsg.) *Spürst du wie dein Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich*. (pp: 11-138) München: Martin Meidenbauer Verlagsbuchhandlung
- Messent, Philip (2003): „From postmen to makers of meaning: a model for collaborative work between clinicians and interpreters“, in: Tribe, Rachel/Raval, Hitesh (Hrsg.) *Working with Interpreters in Mental Health*. (pp: 135-150) Hove: Brunner-Routledge

- Miörner Wagner, Anne-Marie/Brigitzer, Margareta (2003): „Krisenintervention und Behandlung von Schwertraumatisierten unter beziehung von DolmetscherInnen“, in: Pöllabauer, Sonja/Prunc, Erich (Hrsg.) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. (pp. 93-103) Graz: Selbstverlag, Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft
- Morina, Naser/Maier, Thomas/Schmid Mast, Marianne (2010) Lost in Translation? - Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. Zürich: 2010: 3-4, 60:104-110
- Mudarikiri, Maxwell Magondo (2003): „Working with interpreters in adult mental health“, in: Tribe, Rachel/Raval, Hitesh (Hrsg.) *Working with Interpreters in Mental Health* (pp: 135-150). Hove: Brunner-Routledge
- Newland, John (2003): „Working with interpreters within services for people with learning disabilities“, in: Tribe, Rachel/Raval, Hitesh (Hrsg.) *Working with Interpreters in Mental Health* (pp: 168-181). Hove: Brunner-Routledge
- Nuc, Aleksandra (2006): „Wenn Welten aufeinander treffen ...Dolmetschen in der Psychotherapie“, in: Grbic, Nadja/Pöllabauer, Sonja (Hrsg.) *Ich habe mich ganz peinlich gefühlt* (pp: 261-296). Graz: Selbstverlag, Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft
- Patel, Nimisha (2003): „Speaking with the silent: addressing issues of disempowerment when working with refugee people“, in: Tribe, Rachel/Raval, Hitesh (Hrsg.) *Working with Interpreters in Mental Health* (pp: 219-237). Hove: Brunner-Routledge
- Peintinger, Michael (Hrsg.) (2011) *Interkulturell kompetent - Ein Handbuch für ÄrztInnen und Ärzte*. Wien: facultas.wuv Universitätsverlag
- Pöllabauer, Sonja/Prunc, Erich (Hrsg.) (2003) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Graz: Selbstverlag, Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft

- Pöllabauer, Sonja (2003): "Dolmetschen im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich - eine Gratwanderung zwischen Interessenskonflikten und Streben nach Professionalität", in: Pöllabauer, Sonja/Prunc, Erich (Hrsg.) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. (pp: 17-35) Graz: Selbstverlag, Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft
- Price, J. (1975) „Foreign language interpreting in psychiatric practice“. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 9, 263-267
- Rasky, Eva/Ressi, Gerald/Anderwald, Christine (2003): „Medizinische Betreuung von Migrantinnen und Migranten und der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern in der Marien-Ambulanz“ in: Pöllabauer, Sonja/Prunc, Erich (Hrsg.) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. (pp. 107-125) Graz: Selbstverlag, Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft
- Raval, Hitesh (2003): „An overview of the issues in the work with interpreters“, in: Tribe, Rachel/Raval, Hitesh (Hrsg.) *Working with Interpreters in Mental Health*. (pp: 8-29) Hove: Brunner-Routledge
- Reisinger, Ann Marie (2003): „Wie verbessert man die sprachliche und interkulturelle Kommunikation im Kranken- und Gesundheitswesen in einer Gesellschaft mit wachsender Migration und kultureller Vielfalt?“ in: Pöllabauer, Sonja/Prunc, Erich (Hrsg.) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. (pp. 127-140) Graz: Selbstverlag, Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft
- Salman, Ramazan (2001): "Sprach- und Kulturvermittlung - Konzepte und Methoden der Arbeit mit Dolmetschern in therapeutischen Prozessen", in: Hegemann, Thomas/Salman, Ramazan (Hrsg.) *Transkulturelle Psychiatrie- Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. (pp: 129-190) Bonn: Psychiatrie-Verlag

- Schlippe, Arist von/EI Hachimi, Mohammed/Jürgens, Gesa (2003) *Multikulturelle systemische Praxis*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag
- Steiner, E. (1997) Die Rolle des Dolmetschers in der Psychotherapie. In: *Pro mente sana aktuell* 1997:2, 21-25
- Stöckelmair, Daniela (2003): „Beratung und Betreuung mit DolmetscherIn“, in: Pöllabauer, Sonja/Prunc, Erich (Hrsg.) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. (pp. 151-159) Graz: Selbstverlag, Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft
- Topf, Reinhard (2011): „Das Fremde in uns: Heilsamer Umgang mit kranken Kindern“, in: Peintinger, Michael (Hrsg.) *Interkulturell kompetent - Ein Handbuch für ÄrztInnen und Ärzte*. (pp: 271-283) Wien: facultas.wuv Universitätsverlag
- Tribe, Rachel/Raval, Hitesh (Hrsg.) (2003) *Working with Interpreters in Mental Health*. Hove: Brunner-Routledge
- Tribe, Rachel/Morrissey, Jean (2003): „The refugee context and the role of interpreters“, in: Tribe, Rachel/Raval, Hitesh (Hrsg.) *Working with Interpreters in Mental Health*. (pp: 198-218) Hove: Brunner-Routledge
- Tribe, Rachel/Raval, Hitesh (2003): „Concluding comments“, in: Tribe, Rachel/Raval, Hitesh Raval (Hrsg.) *Working with Interpreters in Mental Health*. (pp: 256-259) Hove: Brunner-Routledge
- Uluköylü, Sevgi (2008): „...manchmal streite ich auch“, in: Grbic, Nadja/Pöllabauer, Sonja (Hrsg.) *Kommunaldolmetschen/Community Interpreting*. (pp: 173-220) Berlin: Frank & Timme GmbH Verlag für wissenschaftliche Literatur
- Wedam, Uta (2009): „Sprachkultur – Ein Plädoyer für das Dolmetschen im therapeutischen Kontext“, in: Andres, Dörte/Pöllabauer, Sonja (Hrsg.) *Spürst du wie dein Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich*. (pp: 181-195) München: Martin Meidenbauer Verlagsbuchhandlung

- Westermeyer, Joseph (1990) „Working with an interpreter in psychiatric assessment and treatment“. In: *Journal of Nervous and Mental Disease* 178(12), 745-749
- Wimmer-Puchinger, Beate/Wolf, Hilde (2011): „Gesellschaftliche und familiäre Spannungsfelder im Kontext von Migration: Relevanz für Gesundheit und Krankheit“, in: Peintinger, Michael (Hrsg.) *Interkulturell kompetent - Ein Handbuch für ÄrztInnen und Ärzte*. (pp: 285-302) Wien: facultas.wuv Universitätsverlag
- Wohlfahrt, Ernestinge/Zaumseil, Manfred (2006) *Transkulturelle Psychiatrie-Interkulturelle Psychotherapie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Zayas, Luis H/Cabassa, Leopold/Perez, Carmela/Cavaros-Rehg, Patricia (2007) Using Interpreters in Diagnostic Research and Practice: Pilot Results and Recommendations. In: *Journal of Clinical Psychiatry* 2007:6, 924-928

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1. Kultur und Macht (Tribe/Morrissey 2003:223).....	15
Abb. 2. Sitzordnung in Form eines gleichschenkeligen Dreiecks.....	35
Abb. 3. Sitzordnung mit PatientIn an Apex des gleichschenkeligen Dreiecks.....	37

Anhang

Abstract (Deutsch)

In der vorliegenden Masterarbeit wird die Rolle der DolmetscherIn in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen untersucht, wobei auch die Besonderheiten des gesamten Settings skizziert werden. Zum Schluss werden anhand ausgewählter Beispiele aus der Literatur die Rollen der DolmetscherIn in der jeweiligen Gesprächskonstellation analysiert.

Ziel dieser Arbeit ist es die Vielfalt und Komplexität der Rollenproblematik im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting aufzuzeigen. Bei einschlägiger Literaturrecherche wird klar, dass es keine einheitliche Auffassung über die Rollenkonzepte in diesem Setting gibt und, dass jede AutorIn eine eigene Definition der Rollen präsentiert. Vor allem zeigt sich aber auch, dass viele TherapeutInnen die Rolle(n) der DolmetscherIn falsch verstehen bzw. versuchen diese einzuschränken aus Sorge vor Qualitätseinbußen in der Therapie. Nur wenige können erweiterte Rollenkonzepte zulassen und diese auch aktiv für die Therapie nützen. Mit dieser Arbeit sollte auch aufgezeigt werden, dass der richtige Umgang mit DolmetscherInnen und deren Rolle(n) in der Therapie von allen beteiligten AkteurInnen gelernt werden muss, sodass die damit verbundenen Kompetenzen optimal für Therapie und Behandlung eingesetzt werden können.

Die DolmetscherIn sollte für den Einsatz in diesem Setting ihre Auffassung von Rolle und Kultur überdenken und gegebenenfalls erweitern, aber auch auf persönlicher Ebene stellt diese Arbeit eine große Herausforderung dar. Trotzdem kann es wegen des steigenden Bedarfs an psychiatrisch-psychotherapeutischen Dienstleitungen für DolmetscherInnen durchaus interessant sein, sich mit diesem Setting vertraut zu machen.

Abstract (English)

This master thesis draws a picture of the role concepts for interpreters in psychiatric and psychotherapeutic settings. The characteristics of these settings concerning the interpreting situation were also investigated. Finally, an analysis of literature examples illustrates the complexity of the roles an interpreter can have in this field.

The literature research shows that there are no defined and fixed role concepts for interpreters. Every author has his/her own definitions of the roles and the tasks an interpreter should hold. New role concepts could be very useful for the treatment, but many therapists cannot allow for them, because they are afraid to lose control over the treatment. Both therapists and interpreters have to learn how to cooperate and share their competences during therapy, in order to assure an individual and professional treatment for every patient. The interpreter also has to redefine his/her role concepts and culture definitions before working in this complex field, which is also challenging on a personal scale. Still, the demand for psychiatric and psychotherapeutic services is growing and it can be interesting for every interpreter to learn more about the problems and chances of working in this setting.

Curriculum Vitae

Angaben zur Person

Name	Anna Maria Stojanowa, BA
Adresse	Nussdorferplatz 5/8, 1190 Wien
E-Mail	a0605268@unet.univie.ac.at
Staatsangehörigkeit	Polen
Geburtsdatum	12.04.1987

Schul- und Hochschulbildung

Seit 1.9.2009	Studium der Humanmedizin, Medizinische Universität Wien
Seit 1.3.2009	Masterstudium Dolmetschen, Schwerpunkt Konferenzdolmetschen (Deutsch/Englisch/Polnisch), Universität Wien
1.10.2006 - 30.6.2009	Bachelorstudium Transkulturelle Kommunikation (Deutsch/Englisch/Polnisch) Universität Wien
1.10.2006 – 30.4.2011	Mitbelegung Diplomstudium Slawistik (Bulgarisch)
1.9.1998 – 14.6.2006	Neusprachliches Gymnasium Maria Regina Wien Matura mit ausgezeichnetem Erfolg

Sprachkenntnisse

Deutsch	Bildungssprache, C2 Niveau in Wort und Schrift
Polnisch	C2 Niveau in Wort und Schrift
Englisch	C2 Niveau in Wort und Schrift
Bulgarisch	C1 Niveau in Wort und Schrift
Französisch	B1 Niveau in Wort und Schrift