



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Zwischen den Worten – Sekundärtraumatisierung und die Rolle
von Selbstreflexion und Selbstfürsorge bei DolmetscherInnen
im psychotherapeutischen Setting

verfasst von | submitted by
Hedvig Pápa

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 070 381 331

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Translation Ungarisch Deutsch

Betreut von | Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Sonja Pöllabauer

Inhalt

Einleitung	5
1 Transkulturelle Psychotherapie	7
1.1 Migration als Ausgangspunkt transkultureller Ansätzen.....	8
1.2 Begriffserklärung: Trauma	10
1.3 Barrieren und Missverständnisse in der transkulturellen Kommunikation mit DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Setting	12
1.4 Erwartungen an DolmetscherInnen in der transkulturellen Psychotherapie	15
2 Sekundäre Traumatisierung.....	18
2.1 Sekundäre Traumatisierung im Vergleich zu verwandten Konzepten wie Burnout, sekundärer traumatischer Stress, stellvertretende Traumatisierung und Mitgefühlsererschöpfung.....	18
2.2 Sekundäre Traumatisierung bei DolmetscherInnen	21
2.3 Entstehungsgrund und Risikofaktoren	23
2.3.1 Empathie.....	28
2.3.2 „Kindling“	29
2.3.3 Dissoziation.....	30
2.4 Psychische und physische Symptome der Sekundärtraumatisierung	31
3 Unterstützungs- und Schutzmechanismen für DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Setting	33
3.1 Aufklärung über sekundäre Traumatisierung im Rahmen der Ausbildung.....	34
3.2 Präventive Vorbereitung vor traumatisch potenziellen Einsätzen	34
3.3 Einzel- und Gruppensupervision bzw. kollegiale Unterstützung für DolmetscherInnen	35
3.4 Praktische Ansätze für Selbstfürsorge, Selbstreflexion.....	38
3.5 Schutz- und Bewältigungsstrategien zur Prävention sekundärer Traumatisierung..	39
3.6 Institutionelle Verantwortung und strukturelle Maßnahmen.....	43
4 Methodischer Rahmen der Forschung.....	46
4.1 Wesentliche Aspekte qualitativer Forschung	46
4.1.1 Verbindung von den Grundannahmen qualitativer Forschung mit der eigenen Forschung.....	48
4.2 Zielsetzung und Forschungsfrage.....	49
4.3 Leitfadengestütztes Interview	50
4.4 Theoretische Grundlagen der qualitativen Inhaltsanalyse	53

4.5	Praktische Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse.....	54
4.5.1	Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse.....	55
4.6	Kategorienbildung.....	58
5	Untersuchungsdesign	61
5.1	Datenerhebung	61
5.2	Der Prozess der Ausarbeitung des Interviewleitfadens	63
5.3	Auswahl der InterviewpartnerInnen.....	65
5.4	Datenanalyse/Auswertung.....	66
5.5	Herausforderungen	68
6	Analyse: Datenpräsentation und Diskussion.....	70
6.1	Dauer und Umfang der Tätigkeit.....	70
6.2	Einstieg ins psychotherapeutische Dolmetschen.....	71
6.2.1	Mitgebrachtes Wissen	72
6.2.2	Die ersten Erfahrungen.....	73
6.3	Empathie im psychotherapeutischen Dolmetschen.....	75
6.4	Belastung im Verlauf der Berufserfahrung.....	77
6.4.1	Auslöser und Risikofaktoren der Belastung.....	77
6.5	Symptome.....	80
6.5.1	Psychische Symptome.....	81
6.5.2	Physische Symptome.....	82
6.6	Bewältigungsstrategien und Schutzmechanismen	84
6.6.1	Strategien des Selbstschutzes	85
6.6.2	Positive und negative Bewältigungsstrategien	87
6.7	Therapeutische Unterstützung.....	91
6.8	Institutionelle Verantwortung und Ausbildungsangebote	92
7	Fazit.....	94
	Bibliographie.....	97
	Anhang	105
	Interviewleitfaden.....	105
	Transkripte.....	107
	Kategoriensystem	128
	Abstract Deutsch	129
	Abstract Englisch	130

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablaufmodell Inhaltsanalysen (Kuckartz & Rädiker 2022: 106)	54
Abbildung 2: Inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz & Rädiker 2022: 132)	56

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich während der Anfertigung dieser Masterarbeit unterstützt und motiviert haben.

Mein besonderer Dank gilt zunächst meiner Betreuerin, Univ.-Prof. Mag. Dr. Sonja Pöllabauer, die mir während des gesamten Schreibprozesses jederzeit zur Verfügung stand, wenn ich Unterstützung brauchte oder an Grenzen gestoßen bin und die mit ihrer konstruktiven Kritik wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen hat.

Mein Dank gilt auch den DolmetscherInnen, die sich die Zeit genommen haben, an den Interviews teilzunehmen und mir damit einen wichtigen Einblick in ihre Arbeit ermöglicht haben.

Ebenso möchte ich meiner Familie – allen voran meiner Mutter Andrea und meinem Vater Árpád – herzlich danken, deren Unterstützung und Geduld die Entstehung dieser Masterarbeit überhaupt erst möglich gemacht haben – köszönöm anya, apa.

Ein herzlicher Dank gilt auch meinem Partner Richard, der mich durch seine Hilfe beim Lektorat sowie durch seine Geduld, Ermutigung und einfühlsame emotionale Begleitung auf dem Weg bis zum Abschluss dieser Arbeit unterstützt hat.

Einleitung

Dolmetschen im psychotherapeutischen Kontext stellt eine ehrenvolle und zugleich anspruchsvolle Tätigkeit dar. Der vermehrte Bedarf an DolmetscherInnen in diesem Spezialgebiet ist unter anderem auf die zunehmende Migration zurückzuführen, insbesondere dann, wenn geflüchtete oder ausgewanderte Menschen – oft mit traumatischen Erfahrungen – die österreichische Amtssprache nicht ausreichend beherrschen oder ihre Gefühle in ihrer Muttersprache präziser ausdrücken können. In solchen Fällen ist es unerlässlich, DolmetscherInnen einzubeziehen, die professionell agieren und sich ihrer Aufgaben sowie ihrer eigenen Grenzen bewusst sind, um dadurch in diesem sensiblen Umfeld ausgeglichen und angemessen unterstützen zu können.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den psychischen Belastungen jener DolmetscherInnen, die im psychotherapeutischen Umfeld tätig sind. Es reicht nämlich nicht, ausschließlich den emotionalen Zustand der PatientInnen zu betrachten; jener der HelferInnen – seien es ÄrztInnen, TherapeutInnen, soziale MitarbeiterInnen, DolmetscherInnen oder andere Berufsgruppen, die regelmäßig mit traumatisierenden Inhalten konfrontiert sind – muss ebenso berücksichtigt werden, da ihr emotionales Wohlbefinden ihre Lebensqualität, die Qualität ihrer Arbeit und dadurch nicht zuletzt das Wohlbefinden der PatientInnen beeinflussen kann.

Die psychische Belastung, mögliche Bewältigungsstrategien sowie Schutzmethoden von DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Umfeld werden in der einschlägigen Literatur zwar angesprochen, jedoch zeigt sich insgesamt, dass diese Aspekte des psychotherapeutischen Dolmetschens noch vertiefend untersucht werden könnten. Daher soll die vorliegende Arbeit folgende Fragen beantworten:

- Inwieweit sind DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Umfeld aus Sicht der Befragten der Gefahr einer sekundären Traumatisierung ausgesetzt?
- Welche Faktoren beeinflussen dieses Risiko?
- Inwiefern sind DolmetscherInnen in der Lage, sich in diesem Kontext vor den potenziellen Auswirkungen zu schützen?
- Erhalten sie ausreichende Vorbereitung und Unterstützung zur Prävention und/oder Bewältigung einer möglichen sekundären Traumatisierung?

Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, wie die DolmetscherInnen belastende Situationen im psychotherapeutischen Kontext erleben, welche Faktoren zur Zunahme oder Abschwächung von Symptomen beitragen können, die auf eine mögliche sekundäre Traumatisierung

hinweisen, welche Strategien bei der Verarbeitung belastender Inhalte hilfreich sein könnten und in welcher Weise psychotherapeutische Institutionen oder Universitäten dazu beitragen können, dass DolmetscherInnen bestmöglich vorbereitet und mit dem notwendigen Wissen über psychische Belastungen ausgestattet werden.

Um den Forschungsfragen nachzugehen, wurden mit vier DolmetscherInnen, die im psychotherapeutischen Setting tätig sind, leitfadengestützte Interviews geführt. Nach der Transkription der Interviews wurden die Daten im Rahmen der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz entlang der sieben Arbeitsphasen kategorisiert, codiert und ausgewertet.

Die vorliegende Masterarbeit ist wie folgt aufgebaut: Im ersten Kapitel wird der theoretische Rahmen dargestellt, der die Grundlagen der transkulturellen Psychotherapie umfasst. Im zweiten Kapitel werden die Existenzberechtigung der dolmetschgestützten Psychotherapie sowie die migrationsbedingten Herausforderungen erläutert. Darüber hinaus enthält dieses Kapitel eine Beschreibung des Traumas und verschiedener traumabezogener Erscheinungsformen, von denen eine die sekundäre Traumatisierung darstellt. Zudem werden hier die Erwartungen an DolmetscherInnen in der transkulturellen Psychotherapie thematisiert, was als inhaltliche Grundlage für das anschließende dritte Kapitel betrachtet werden kann. In diesem Kapitel werden relevante Aspekte der sekundären Traumatisierung im Kontext des psychotherapeutischen Dolmetschens erläutert, einschließlich möglicher Gründe für deren Entstehung, von denen drei zentrale Auslöser näher betrachtet werden. Zudem findet sich in diesem Kapitel eine Beschreibung der psychischen und physischen Symptome der sekundären Traumatisierung. Das vierte Kapitel behandelt verschiedene Aspekte der Unterstützungsmechanismen in Form von präventiven Maßnahmen, Supervisionsmöglichkeiten, Bewältigungsstrategien und Schutzmethoden, die DolmetscherInnen zur Verfügung stehen, um mit den belastenden und potenziell traumatisierenden Inhalten angemessen umgehen zu können. Im fünften Kapitel werden die methodischen Grundlagen der Forschung erläutert, wobei unter anderem auch die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz & Rädiker beschrieben wird. Im sechsten Kapitel werden diese methodischen Grundlagen auf die eigene Untersuchung übertragen, indem die durchgeführten Analyseschritte näher beschrieben werden. Im siebten Kapitel werden die entwickelten Kategorien präsentiert und zugleich interpretiert, sodass dieser Abschnitt sowohl die Ergebnisdarstellung als auch die Diskussion umfasst. Kapitel 8 schließt die Arbeit mit einem Fazit und einem Ausblick auf mögliche weitere Forschungsansätze ab.

1 Transkulturelle Psychotherapie

Die Vielfalt an sprachlichen und sozialen Hintergründen in der Psychotherapie ist, teilweise wegen der Migration heutzutage keine Seltenheit mehr, sondern zur alltäglichen Realität geworden. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, neue theoretische und praktische Rahmenbedingungen auszuarbeiten, die die binnenkulturellen sowie die interkulturellen Ansätze miteinander verbinden. Die transkulturelle Psychotherapie bietet in diesem Zusammenhang die Möglichkeit, nicht primär die Differenzen zwischen verschiedenen Herkunftsländern zu betonen, sondern die Überschneidungen zwischen den unterschiedlichen sozialen Hintergründen zu fokussieren (Cesko 2018: 53f. ; Klosinski et al. 2022: 19f.).

Bei der Erklärung der Begriffe „transkulturell bzw. Transkulturalität“ werden in dem vorliegenden Kapitel die Erklärungen von Cesko (2018), Heise et al. (2001) sowie Klosinski et al. (2022) herangezogen.

Im Rahmen dieser Arbeit wird der Schwerpunkt auf Transkulturalität und nicht auf Interkulturalität gelegt, da es im Hinblick auf die Psychotherapie als hilfreicher erscheint, die Durchdringungen von unterschiedlichen Herkunftsn hervorzuheben, anstatt die Unterschiede zwischen ihnen zu betonen. Die transkulturelle Psychotherapie trägt dazu bei, kulturübergreifende und kulturspezifische Aspekte angemessen zu erfassen und zu berücksichtigen. Cesko (2018) beschreibt die transkulturelle Psychotherapie als einen Ansatz, der darauf abzielt, durch die Integration vertrauter kultureller Werte eine stabile Beziehung zu den jeweiligen PatientInnen herzustellen.

Transkulturelle Psychotherapie bemüht sich in der Regel darum, Brücken zwischen den aus östlichen und westlichen Kulturen stammenden Werten und Einstellungen zu schlagen, auf die sich die Psychotherapie bezieht, unabhängig von der verwendeten Methode. Grund dafür ist, dass diese vertrauten Werte, Normen oder Symbole verfügbares Material sind, das verwendet werden kann, um die therapeutische Beziehung zwischen dem Patienten oder Klienten und dem Therapeuten aufzubauen. Wir akzeptieren diese Werte so, wie sie sind, um die ganzheitliche Sichtweise der humanistischen und psychodynamischen Psychotherapie zu vertreten. (Cesko 2018: 51)

Diese Annäherung kann insbesondere in Kontexten relevant sein, in denen der kulturelle Hintergrund der TherapeutInnen von dem der PatientInnen abweicht. Die Präsenz kulturell vertrauter Werte kann dazu beitragen, Vertrauen aufzubauen und Widerstand zu minimieren.

Heise et al. (2001: 231ff.) betonen, dass eine zentrale Aufgabe der transkulturellen Psychotherapie darin besteht, zu untersuchen, inwiefern kulturelle Bedingungen dabei eine Rolle spielen, wie PatientInnen psychische Krankheiten wahrnehmen. Ein weiterer Aufgabenbereich

der transkulturellen Psychotherapie ist die Untersuchung der Frage, wie sich die Methode der westlichen Schulmedizin auf PatientInnen aus anderen Kulturen auswirkt. Darüber hinaus hebt sie die Bedeutung der Selbstreflexion als drittes zentrales Ziel hervor. Dabei geht es darum, dass ForscherInnen durch die Auseinandersetzung mit anderen Kulturen ein vielfältiges Verständnis für ihre eigene Denkweise entwickeln (Heise et al. 2001: 231ff.).

Wie Klosinski et al. (2022) betonen, besteht die zentrale Fragestellung der transkulturellen Psychotherapie darin, in Erfahrung zu bringen, was Menschen mit anderem sprachlichem und sozialem Hintergrund benötigen und wollen. Darüber hinaus heben sie hervor, dass es das Ziel der transkulturellen Psychotherapie ist, „Gesundheit und Chancengleichheit für alle“ zu gewährleisten (Klosinski et al. 2022: 21).

Anhand der genannten Beispiele lässt sich feststellen, dass eine transkulturelle Perspektive nicht nur die Art und Weise der Behandlung von PatientInnen verbessert, sondern auch die persönliche Identität des in der Psychotherapie tätigen Fachpersonals beeinflusst. Dazu zählen PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, HelferInnen sowie DolmetscherInnen. Eine kontinuierliche Selbstreflexion ist dabei nicht nur eine wünschenswerte Kompetenz, sondern eine grundlegende Voraussetzung der kultursensiblen Arbeit.

1.1 Migration als Ausgangspunkt transkultureller Ansätzen

Zunächst ist es relevant, einige Faktoren zu nennen, die zur Entwicklung der transkulturellen Psychotherapie beigetragen haben. Die zunehmende Intensität der Migration hat in den letzten Jahren zahlreiche, auch auf kultureller Ebene relevante Herausforderungen mitgebracht, die die Psychotherapie vor große Aufgaben gestellt haben (Oestereich 2022: 50).

Ein Überblick über die Entwicklungen der letzten elf bis zwölf Jahre zeigt, dass in Österreich zwischen 2015 und 2023 insgesamt 408.201 Asylanträge gestellt wurden, während die Zahl der MigrantInnen von etwa 1,5 Millionen im Jahr 2013 auf 2,449 Millionen im Jahr 2024 gestiegen ist (Statistik Austria 2024: 19, 31). Diese Zahlen sind für sich genommen bereits bemerkenswert. Noch bedeutsamer ist jedoch die Tatsache, dass parallel dazu auch die Zahl psychisch belasteter Menschen zugenommen hat (Tallarek et al. 2022: 82ff.). Je nachdem, ob die Menschen in der Hoffnung eines besseren Lebens ihre Heimatländer verlassen haben oder vor Krieg und Verfolgung nach Österreich geflohen sind, waren beziehungsweise sind sie unterschiedlichen Belastungen ausgesetzt, die sie vor eine erhebliche psychische Herausforderung stellen (Weigl & Gaiswinkler 2019: 10, 18).

Die Migration kann für die betroffenen Menschen aus vielen verschiedenen Gründen

belastend sein, und die damit verbundene psychische Belastung kann ebenfalls vielfältig sein. Die meisten MigrantInnen sind sogar mehrfach traumatisiert. Einerseits werden sie durch die Geschehnisse in ihren Heimatländern – falls sie von Krieg oder Verfolgung betroffen sind – sowie durch die Trennung von ihrer Familie und ihrem Heimatland belastet. Andererseits kommen weitere Faktoren hinzu, die durch die Ungewissheit bei der Ankunft im Aufnahmeland, sprachliche Barrieren, Integrationsschwierigkeiten und psychischen Druck entstehen, den Erwartungen der in der Heimat verbliebenen Familie zu erfüllen (meistens finanziell) (Weigl & Gaiswinkler 2019: 13).

Abhängig von dem sozialen Hintergrund der betroffenen Personen spielen unter anderem das Alter, das Geschlecht, die Bildung und/oder die Religion eine große Rolle, was das Gesundheits- und Krankheitsverständnis betrifft. Darüber hinaus ist es bemerkenswert zu beobachten, wie unterschiedliche Kulturen ihre Bewältigungsstrategien entwickelt haben, um mit verschiedenen Krankheiten umzugehen. Für die Darstellung des allgemeinen Krankheitsbewusstseins im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit – oder dessen Mangel – kann das Beispiel Afghanistan herangezogen werden. Die Situation dieses Landes ist nicht zuletzt deshalb im Hinblick auf die transkulturelle Psychotherapie relevant, weil Afghanistan laut Statistik Austria (2024: 35) zwischen 2021 und 2023 das Land mit der zweithöchsten Zahl an Asylanträgen in Österreich war. Die seit 40 Jahren andauernde kriegsähnliche Situation in Afghanistan verunmöglicht den Aufbau und die Entwicklung jener Institutionen, die sich mit psychischer Gesundheit befassen würden. In einem Land, in dem bereits die grundlegende Gesundheitsversorgung und die existentielle Grundversorgung die Bevölkerung vor schwerwiegenden Herausforderungen stellen, bleibt kaum Möglichkeit für eine Auseinandersetzung mit der mentalen Gesundheit. Infolgedessen werden psychische Erkrankungen nicht nur als unbekannte Erscheinungen wahrgenommen, sondern es fehlen auch gesellschaftliche oder individuelle Bewältigungsstrategien in der Regel im kollektiven Bewusstsein (Weigl & Gaiswinkler 2019: 14).

Aus psychotherapeutischer Sicht besteht eine weitere Schwierigkeit darin, dass psychische Krankheiten besonders in den genannten Ländern tabuisiert werden und Hilfesuchende aus Angst, stigmatisiert zu werden, nicht die notwendige Hilfe in Anspruch nehmen. Darüber hinaus fehlt in vielen nicht-westlichen Ländern das notwendige Wissen über psychische Probleme wie Depression oder Traumatisierung (Weigl & Gaiswinkler 2019: 62). Deshalb ist es besonders wichtig, dass nicht deutschsprachige PatientInnen die Möglichkeit haben, sich in ihrer Muttersprache zu äußern. Wenn der/die TherapeutIn nicht aus dem selben Kulturkreis stammt, sollten während der Therapie zumindest gut qualifizierte und im Bereich

Psychotherapie erfahrene DolmetscherInnen anwesend sein, die sowohl sprachliche als auch kulturelle Expertise besitzen. Auch wenn die PatientInnen häufig eine dyadische gegenüber einer triadischen Therapie bevorzugen, können DolmetscherInnen eine große Unterstützung leisten – vorausgesetzt, sie kennen die Regeln der TherapeutInnen, übernehmen deren Rolle nicht und überschreiten keine therapeutischen Grenzen. Studien zeigen jedoch, dass dies nicht immer selbstverständlich ist (Weigl & Gaiswinkler 2019: 74).

1.2 Begriffserklärung: Trauma

Das Phänomen Trauma spielt in vielen Helferberufen eine zentrale Rolle, besonders in psychosozialen und psychotherapeutischen Arbeitsfeldern. Obwohl der Begriff auch in der Alltagssprache verwendet wird, ist seine Bedeutung in fachlichen Kontexten deutlich nuancierter und komplexer. Ziel des vorliegenden Unterkapitels ist es daher nicht, eine detaillierte klinische oder theoretische Aufarbeitung vorzunehmen, sondern eine begriffliche und theoretische Grundlage für das Verständnis von Trauma und seinen Relevanzen im psychotherapeutischen Dolmetschkontext zu schaffen, auf die in den folgenden Kapiteln Bezug genommen werden kann.

Mary S. Cerney erläutert, dass der Begriff „Trauma“ auf das griechische Wort für „Verletzung“ zurückgeht. Dabei werden zentrale Merkmale hervorgehoben, die Trauma beziehungsweise traumatische Erlebnisse kennzeichnen. Eines davon ist, dass die betroffene Person Hilflosigkeit empfindet. Ein weiteres besteht darin, dass das Trauma in zwischenmenschlichen, interpersonellen Kontexten verwurzelt ist (Cerney, 1995: 129).

Charles R. Figley beschreibt Trauma „as a sudden, potentially deadly experience, often leaving lasting, troubling memories“ (Figley C. 2012: xxiii). Diese Begriffsbestimmung lässt sich für DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Bereich übertragen, die zwar nicht selbst unmittelbar von Traumata betroffen sind, jedoch im direkten Kontakt mit verbalen und nonverbalen Spuren von traumatischen Erfahrungen stehen. Solche Erfahrungen können auch bei DolmetscherInnen beunruhigende Erinnerungen und Gefühle hervorrufen – besonders dann, wenn die vermittelten Inhalte stark emotional aufgeladen sind oder an persönliche Erfahrungen der DolmetscherInnen anknüpfen.

Trauma wurde lange Zeit vor allem im Rahmen der Notfallmedizin als ein klinisches, physiologisches Phänomen betrachtet und der Fokus lag ausschließlich auf den körperlichen Reaktionen nach traumatischen Erlebnissen. Dadurch, dass die Untersuchung von Trauma auf weitere Ebenen ausgeweitet wurde, wie z.B. die Psychiatrie, wurde die Wissenschaft mit neuen

Perspektiven und Zusammenhängen konfrontiert (Figley 2012: xxiii).

Paul Valent definiert Trauma als einen Störungszustand, der durch Stressoren ausgelöst wird, die das Leben bedrohen. Dieser Zustand kann tiefgreifende Auswirkungen auf das Individuum haben. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass Trauma nicht nur ein vorübergehender Schock ist, sondern langfristig immer Spuren hinterlässt. Es wirkt weiter, auch wenn es nicht mehr bewusst wahrgenommen wird, da es dauerhaft in der Psyche der betroffenen Person verankert bleibt (Valent 2012: 678). Ergänzend dazu ist hervorzuheben, dass Menschen unterschiedlicher Herkunft neurobiologisch gesehen ähnlich auf traumatische Erlebnisse reagieren – Trauma wirkt universell. Dennoch spielen persönliche und kulturelle Faktoren eine entscheidende Rolle dabei, wie auf Trauma reagiert wird. Diese Faktoren führen dazu, dass traumatische Erfahrungen, obwohl sie neurobiologisch ähnlich verarbeitet werden, von Mensch zu Mensch und von Kultur zu Kultur unterschiedliche emotionale und körperliche Reaktionen hervorrufen können.

Gordon und Alpert halten ergänzend fest, dass ein psychisches Trauma entsteht, wenn das menschliche Abwehrsystem überfordert wird und die Betroffenen auf die extreme Belastung und den Stress nicht angemessen reagieren können (Gordon & Alpert 2012: 489).

Diese grundlegenden Merkmale des Traumas – wie das Gefühl der Hilflosigkeit und die Einbettung in einen interpersonellen Kontext – sind im psychotherapeutischen Umfeld besonders relevant, da die Mehrheit der PatientInnen in irgendeiner Form traumatisiert ist. Diese Aspekte sind jedoch nicht nur aus der Sicht der Patienten von Bedeutung, sondern ebenfalls aus der Sicht der DolmetscherInnen. Als Sprach- und KulturmittlerInnen sind sie häufig mit traumatischen Inhalten konfrontiert, die bei den DolmetscherInnen selbst das Erleben von Leid oder Gewalt immer wieder hervorrufen – ausgelöst entweder durch persönliche Erlebnisse oder durch das empathische Nacherleben der Erzählungen anderer. Die Position der DolmetscherInnen ist daher besonders sensibel, da sie während der Therapiesitzungen zwar unmittelbar anwesend sind, jedoch keinen Einfluss auf das therapeutische Geschehen haben. Dieser Kontrollverlust, der mit dem zuvor beschriebenen Gefühl der Hilflosigkeit einhergeht, kann das Risiko einer sekundären Traumatisierung erhöhen. Da das Trauma in interpersonellen Beziehungen verankert ist, kann die emotionale Belastung in solchen Dolmetschsituationen hoch sein.

Wie auf traumatische Erlebnisse reagiert wird, hängt von vielen Faktoren ab, wie zum Beispiel von der individuellen Vulnerabilität, den vorhandenen Bewältigungsstrategien sowie früheren negativen Erfahrungen. Ob sich traumatisierte Personen aus eigener Kraft von den Erlebten erholen oder Unterstützung benötigen – beziehungsweise ob sie im Extremfall eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) entwickeln –, lässt sich im Voraus nur schwer

einschätzen (Gordon & Alpert 2012: 491). Es gibt Studien, die frühere traumatische Erlebnisse als Risikofaktor für eine Retraumatisierung und die Entwicklung psychischer Störungen – wie die bereits erwähnte PTSD – ansehen, während andere Studien genau das Gegenteil zeigen, nämlich dass solche Erlebnisse eine Art Resilienzfunktion haben können, wodurch traumatisierte Personen widerstandsfähiger werden, wenn sie später erneut mit traumatischen Erfahrungen konfrontiert werden (Horesh 2012: 791).

1.3 Barrieren und Missverständnisse in der transkulturellen Kommunikation mit DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Setting

Körperliche Gesundheit scheint aus der Sicht von vielen PatientInnen nach wie vor ein wichtigeres, zu behandelndes Problem zu sein als die seelische Gesundheit. Verschiedene Faktoren beeinflussen, warum die Betroffenen psychotherapeutische Versorgung nicht in Anspruch nehmen. Im Bericht von Barbato et al. (2016: 13–17) werden jene Faktoren untersucht, die als Hindernisse für die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Unterstützung auftreten. Unter anderem wurden Barrieren aufgrund individueller Einstellungen hervorgehoben, wobei Menschen, die eigentlich psychische Unterstützung gebraucht hätten, diese aus Angst vor Stigmatisierung oder wegen mangelnden Vertrauens in das Gesundheitssystem nicht in Anspruch nahmen. Darüber hinaus wurden finanzielle Hindernisse erwähnt – insbesondere in jenen europäischen Ländern, in denen psychotherapeutische Behandlungen von den Krankenversicherungen nur teilweise oder gar nicht übernommen werden. Auch strukturelle Hürden, wie lange Wartezeiten, zählen zu den Barrieren im Zugang zu psychischen Behandlungen (Barbato et al. 2016: 13–17). Falls jedoch anderssprachige Menschen psychotherapeutische Unterstützung brauchen würden, kommen weitere Faktoren hinzu.

Machleidt (2002: 1209) bezeichnet DolmetscherInnen als „Kulturmediatoren“, was deren Brückenfunktion unterstreicht, und neben der sprachlichen Funktion auch die Relevanz sogenannter kultureller Kenntnisse hervorhebt. Diese Feststellung bestätigt, dass DolmetscherInnen ihre Arbeit nicht bloß auf sprachlicher, sondern auch auf kultureller Ebene leisten und dabei Emotionen vermitteln. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass anderssprachige PatientInnen unterschiedliche Krankheitsverständnisse, Krankheitserleben, Ausdrucksformen von Krankheiten und Bewältigungsstrategien aufweisen, ist es durchaus relevant, dass DolmetscherInnen diese kulturellen Aspekte verstehen, um eine angemessene und kultursensible Vermittlung zwischen TherapeutInnen und PatientInnen zu ermöglichen (Machleidt 2002: 1209).

Darüber hinaus betonen Tribe & Lane, dass es nicht ausreicht, kulturelle Unterschiede ausschließlich anzupassen. DolmetscherInnen müssen vielmehr auch die individuellen Bedürfnisse der jeweiligen kulturellen Gruppen berücksichtigen (Tribe & Lane 2009: 9).

Eine weitere Verantwortung der DolmetscherInnen besteht darin, ob sie bestimmte Informationen den TherapeutInnen zurückhalten, wenn sie der Ansicht sind, dass diese ein negatives Licht auf die sozialen Hintergründe oder Religion der PatientInnen werfen könnte. Ein solches Vorgehen kann jedoch zu schwerwiegendem Informationsverlust sowie zu Missverständnissen führen und dadurch den Erfolg der Therapie gefährden (Tribe & Lane 2009: 5f.).

Aus der Sicht der DolmetscherInnen ist es wichtig, kulturelle und sprachliche Faktoren sowohl im Hinblick auf bestehende Barrieren als auch auf mögliche Missverständnisse zu untersuchen. Zunächst zeigt sich beim Blick auf den kulturellen Aspekt, dass der soziale Hintergrund beeinflusst, wie eine posttraumatische Belastungsstörung auftritt oder abläuft, wie Betroffene traumatische Erlebnisse und deren Auswirkungen erklären oder welche Lösungsansätze sie sehen. Zum kulturellen Aspekt gehören außerdem der Ort und die Zeit der Behandlung. Während in westlichen Kulturen Pünktlichkeit als selbstverständlich gilt und auch als Ausdruck von Respekt verstanden wird, ist dies im arabischen Raum anders: In diesem Kulturkreis gilt es als üblich, dass Personen mit höherem sozialem Status zu einer Therapiesitzung verspätet erscheinen – dies wird nicht als unhöflich, sondern vielmehr als selbstverständlich wahrgenommen (Penka et al. 2012: 1168f.).

Untersuchungen, die den Einfluss dolmetschgestützter Therapien auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung analysierten, kamen zum Ergebnis, dass PatientInnen, die an einer Therapie unter Einbeziehung von DolmetscherInnen teilnahmen, ihre Termine mit größerer Wahrscheinlichkeit wahrnahmen und pünktlich erschienen (Tribe 2011: 267f.). DolmetscherInnen sind also wertvolle Quellen kultureller Informationen und können sowohl für TherapeutInnen als auch für PatientInnen eine bedeutende Unterstützung darstellen – vorausgesetzt, es handelt sich um fachlich qualifizierte DolmetscherInnen, die in der guten Zusammenarbeit mit TherapeutInnen und PatientInnen einen reibungslosen Therapieverlauf ermöglichen und die möglichen Missverständnisse, die aus kulturellen Unterschieden resultieren, klären können (Hanft-Robert et al. 2023: 3).

Wenn DolmetscherInnen sich ausschließlich auf die sprachliche Ebene fokussieren, können wichtige Informationen über den Gesundheitszustand der PatientInnen verloren gehen. Ein Beispiel aus einer Studie zeigt, wie gefährlich es im Hinblick auf den Erfolg einer Therapie sein kann, wenn zwar das nötige Sprachwissen vorhanden ist, jedoch das notwendige Kulturwissen fehlt. Im türkischen Sprach- bzw. Kulturraum kann es vorkommen, dass Patientinnen

ihren psychischen Zustand mit der folgenden Aussage „kafamı üşüttüm“ beschreiben (Penka et al. 2012: 1169), was wörtlich ins Deutsche übersetzt „Ich habe mir den Kopf erkältet“ bedeutet (Penka et al. 2012: 1169).

Wird diese Symptombeschreibung ausschließlich auf sprachlicher Ebene interpretiert, könnte ein vollkommen falsches, physiologisches Krankheitsbild festgestellt werden – dabei würde eine entscheidende Information verloren gehen, nämlich dass der/die PatientIn damit ausdrücken möchte, verwirrt oder durcheinander zu sein. Um sprachlich und/oder kulturell bedingte Fehldiagnosen zu vermeiden, ist es daher relevant, fachkundige DolmetscherInnen in die Sitzungen einzubeziehen. In Fällen, in denen beispielsweise nicht-europäische PatientInnen kulturbezogene Inhalte schildern oder eine Metapher verwenden, die in ihrer Herkunftskultur eindeutig verständlich ist und keine weitere Erklärung benötigt, kann eine durch DolmetscherInnen vermittelte kulturelle Einordnung oder Anpassung erforderlich sein (Qureshi et al. 2011: 248f.).

Die Bedeutung nonverbaler Kommunikation als eine potenzielle Ursache für Missverständnisse während der Therapie könnte sogar Gegenstand einer eigenständigen wissenschaftlichen Arbeit sein. Im Rahmen dieser Arbeit wird sie daher nur als ein potenzieller Faktor für Missverständnisse erwähnt. Unterschiede im kulturell geprägten Kommunikationsstil – zum Beispiel der körperliche Abstand, der Sprechton oder die Gesprächsdynamik – können zu Missverständnissen führen. In bestimmten sozialen Kontexten ist es völlig akzeptabel, Gesprächspartner zu unterbrechen, ohne abzuwarten, bis der Gedankengang abgeschlossen ist, während dies in anderen als respektlos oder als Zeichen mangelnder Aufmerksamkeit wahrgenommen wird (Schleifer et al. 2015: 295). Dieses Beispiel zeigt auch, dass kulturelle Unterschiede in therapeutischen Situationen häufig nicht nur offen auf sprachlicher Ebene, sondern auch im Kommunikationsstil zum Ausdruck kommen und dabei oft nicht bewusst wahrgenommen werden.

Die Präsenz von DolmetscherInnen in therapeutischen Settings ist von Anfang an von zentraler Bedeutung. Ein reibungsloser Einstieg, bei dem PatientInnen bereits im Erstgespräch von sprachlichen Barrieren entlastet werden, den Aufbau und Ablauf der Therapie verstehen und gegenseitige Erwartungen ausgesprochen werden können, bildet die Grundlage für den Beginn einer therapeutischen Beziehung (DGPPN 2019: 418f.). In diesem sensiblen Anfangsstadium können erste Barrieren abgebaut und erstes Vertrauen aufgebaut werden. Mit Hilfe gut qualifizierter, empathischer DolmetscherInnen kann eine solche Beziehung zustande kommen.

1.4 Erwartungen an DolmetscherInnen in der transkulturellen Psychotherapie

Neben den kulturellen spielt auch der sprachliche Aspekt eine wesentliche Rolle in der transkulturellen Psychotherapie. Sprache kann unter anderem häufig ein Hindernis für das Zustandekommen einer psychotherapeutischen Behandlung sein, jedoch lässt sich dieses Hindernis mit Hilfe geeigneter Kultur- und SprachmittlerInnen erfolgreich überwinden (Hadzic 2018: 39). Alleine über entsprechende Sprachkenntnisse zu verfügen, reicht aus der Sicht der meisten gesundheitlichen Institutionen nicht aus. Darüber hinaus werden weitere Kompetenzen vorausgesetzt. Mit den 12 Sonnenberger Leitlinien wurde ein Rahmen geschaffen, der als Ausgangspunkt für eine Initiative in Deutschland dient, um die psychische Gesundheitsversorgung von MigrantInnen zu verbessern und ihre Integration in die deutsche Gesellschaft zu unterstützen. Eine wichtige Forderung dieser Initiative ist folgende: „Organisation und Einsatz psychologisch geschulter FachdolmetscherInnen als zertifizierte Übersetzer und Kulturmediatoren „Face-to-Face“ oder als TelefondolmetscherInnen“ einsetzen (Machleidt 2002: 1209). Dieser Punkt betont die Relevanz von DolmetscherInnen mit psychologischen Vorkenntnissen und entspricht der Ideologie der transkulturellen Psychotherapie. Für die Umsetzung wäre jedoch die Integration von psychologischen Inhalten in die Dolmetscherausbildung notwendig, was nach aktuellem Stand noch nicht erfolgt.

Unabhängig von der Ausbildung ist es jedoch relevant, dass DolmetscherInnen, die im psychotherapeutischen Umfeld tätig sind, zumindest über psychologisches Einfühlungsvermögen, Kultursensibilität und ausreichend Empathie verfügen. Eine gemeinsame Sprache mit den PatientInnen zu sprechen, kann dabei zusätzlich eine vertrauensbildende Rolle spielen. Vertrauen aufzubauen ist besonders in einem Bereich wichtig, in dem Menschen gegenüber Personen, die für sie völlig fremd sind, eine ihrer verletzlichsten Seiten offenbaren (Hadzic 2018: 41). Hauptsächlich müssen PatientInnen und TherapeutInnen miteinander zusammenarbeiten und eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen. Dadurch jedoch, dass DolmetscherInnen Teil der therapeutischen Allianz werden – als erste Ansprechperson, mit der PatientInnen während des Gesprächs in Kontakt treten – ist es unerlässlich, dass zwischen DolmetscherInnen und PatientInnen ebenfalls eine vertrauensvolle Beziehung entsteht. Gelingt es nicht, zwischen den drei Beteiligten – also zwischen PatientInnen und DolmetscherInnen, DolmetscherInnen und TherapeutInnen oder TherapeutInnen und PatientInnen – eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, kann dies den therapeutischen Prozess negativ beeinflussen (Hanft-Robert et al. 2023: 8f.).

Die zunehmende psychotherapeutische Versorgung im Zuge der Migration hat unter

anderem bestehende Mängel im Bereich des Dolmetschens deutlich gemacht. Dies hat dazu beigetragen, dass sich jene Anforderungen und Voraussetzungen konkretisiert haben, die heute an DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Setting gestellt werden. Diese Erwartungen sind interkulturelle, kommunikative, translatorische, reflexive und soziale Kompetenzen (Mucker et al. 2018: 30f.). Die Erwartungen sind somit klar definiert. Dennoch stoßen DolmetscherInnen selbst häufig auf Schwierigkeiten – sowohl im Hinblick auf den Behandlungserfolg als auch auf die Akzeptanz durch PatientInnen und TherapeutInnen, selbst wenn sie über die entsprechenden Kompetenzen sowie über psychologische Kenntnisse verfügen. In einer Studie, die unter Einbeziehung von 458 Patienten durchgeführt wurde, wurde die therapeutische Allianz sowohl mit als auch ohne Unterstützung von DolmetscherInnen untersucht. Dabei wurde festgestellt, dass es hinsichtlich des Therapieerfolgs keine signifikanten Unterschiede gibt, unabhängig davon, ob die Therapie mit zweisprachigen TherapeutInnen oder mit DolmetscherInnen durchgeführt wurde. Der Großteil der Befragten hat eine Therapie ohne die Anwesenheit von DolmetscherInnen bevorzugt, bei der PatientIn und TherapeutIn eine gemeinsame Sprache sprechen. Die meisten haben diese Aussage damit begründet, dass sie eine bessere Vertrauensbeziehung zu den TherapeutInnen aufbauen können, wenn keine dritte Person während der Therapie anwesend ist. Jedoch haben nahezu alle Befragten die Wichtigkeit von DolmetscherInnen anerkannt, insbesondere dann, wenn keine gemeinsame Sprache mit den TherapeutInnen vorhanden ist (Villalobos et al. 2016: 51, 56f.). Dies weist auf die Relevanz der Dolmetscharbeit hin, da es nicht in jedem Fall möglich ist, TherapeutInnen einzusetzen, die dieselbe Sprache wie die PatientInnen sprechen. Falls die Effektivität der Therapie durch fachkundige und gut vorbereitete DolmetscherInnen nicht negativ beeinflusst wird, bestätigt sich die Notwendigkeit ihrer Anwesenheit. Tatsache ist, dass noch immer zu wenige Institutionen ausgebildete DolmetscherInnen einsetzen. Stattdessen greifen sie häufig auf zweisprachige Angehörige, Pflegekräfte, SekretärInnen oder andere Mitarbeiter aus dem eigenen Arbeitsumfeld zurück – meist aus finanziellen Gründen (Penka et al. 2012: 1172). Darüber hinaus ist ein wesentlicher Faktor die Erfahrung von TherapeutInnen im Umgang mit DolmetscherInnen in der Therapie. Auch wenn DolmetscherInnen fachlich gut qualifiziert und für die Tätigkeit in der Psychotherapie geeignet sind, ist es für beide Beteiligten unerlässlich, mit einer Rollenverteilung innerhalb der therapeutischen Allianz, die noch als relativ neu gilt, kompetent umgehen zu können. Tribe & Lane (2009) betonen in ihrer Studie, dass Schulungen nicht nur für DolmetscherInnen, sondern auch für TherapeutInnen wichtig wären, um sich in der Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen sicherer zu fühlen und angemessener reagieren zu können (Tribe & Lane 2009: 4f.).

Eine weitere Studie, die letztendlich die Wichtigkeit der Arbeit von DolmetscherInnen

während psychotherapeutischer Behandlungen betont, hebt jedoch einige negative Aspekte hervor. Probleme, die sich aus mangelnder fachlicher oder sprachlicher Qualifikation der DolmetscherInnen sowie aus geringer Empathiefähigkeit ergeben, werden in dem vorliegenden Kapitel nicht berücksichtigt. Jedoch erwähnen etliche TherapeutInnen in der genannten Studie, dass sie erlebt haben, wie DolmetscherInnen den PatientInnen emotional und kulturell zu nahegekommen sind, wodurch sie als TherapeutInnen sich vom therapeutischen Prozess ausgeschlossen gefühlt haben (Miller et al. 2005: 30ff.). Anhand dieses Beispiels wird deutlich, dass eine gewisse professionelle Distanzierung seitens der DolmetscherInnen notwendig ist – einerseits um die therapeutische Allianz nicht zu gefährden, andererseits zum Selbstschutz –, damit die Rolle der TherapeutInnen erhalten bleibt und die DolmetscherInnen emotional nicht zu stark involviert werden. Dies gestaltet sich schwierig, da die DolmetscherInnen häufig die ersten Kontaktpersonen während der Therapie sind. Gelingt die professionelle Distanzierung nicht, so gefährdet das nicht nur den Erfolg der Therapie, sondern kann auch zu psychischer Belastung führen, deren mögliche langfristige Konsequenzen im nächsten Kapitel ausführlich behandelt werden. In den vergangenen Jahren hat sich die Überzeugung vermehrt durchgesetzt, dass DolmetscherInnen nicht als außenstehende „Maschinen“ betrachtet werden dürfen, sondern als aktiver Teil der therapeutischen Abläufe. Damit geht jedoch auch eine emotionale Beteiligung der DolmetscherInnen einher, die zu einer eingeschränkten Distanzierungsfähigkeit, einem intensiveren Erleben von Gefühlen und zu einer erhöhten Gefahr der emotionalen Verletzbarkeit führen kann. Darüber hinaus ist dadurch die berufsethische Norm der Unparteilichkeit gefährdet. Indem DolmetscherInnen sich emotional involvieren und sich in den berührenden Situationen weniger distanzieren können, kann ihre neutrale Vermittlerrolle beeinträchtigt werden (Delizée et al. 2024: 34).

2 Sekundäre Traumatisierung

2.1 Sekundäre Traumatisierung im Vergleich zu verwandten Konzepten wie Burnout, sekundärer traumatischer Stress, stellvertretende Traumatisierung und Mitgeföhlsererschöpfung

Fachkräfte in helfenden Berufen – wie TherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, medizinisches Personal oder andere Personen, die regelmäßig mit Menschen in Kontakt stehen, die von traumatischen Erfahrungen betroffen sind – sind verstärkt psychischen Belastungen ausgesetzt. In der Fachliteratur finden sich verschiedene Begriffe, die diese Belastungen beschreiben. Sie weisen teilweise ähnliche oder gleiche Symptome auf, unterscheiden sich jedoch hinsichtlich ihrer Entstehungsgründe, Abläufe, der dabei relevanten inneren Vorgänge sowie der Faktoren, die zur Aufrechterhaltung der Belastung beitragen.

Das Phänomen der sekundären Traumatisierung weist zahlreiche Überlappungen mit anderen Begriffen auf, die ähnliche Inhalte beschreiben und auf die psychische Belastung von Menschen in helfenden Berufen hinweisen. Im Folgenden werden die am häufigsten verwendeten und oft als Synonym gebrauchten Phänomene vorgestellt und voneinander abgegrenzt, um eine klare Einordnung ihrer Bedeutung und Verhältnis im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit zu gewinnen – insbesondere im Hinblick darauf, welche Begriffe am ehesten jene psychische Belastung beschreiben, der DolmetscherInnen während ihrer Arbeit in der Psychotherapie ausgesetzt sind. Die Definition und Abgrenzung traumabezogener psychischer Belastungsphänomene – insbesondere jener, die unter sekundäre traumatische Auswirkungen fallen – bildet dabei eine notwendige Grundlage für die theoretische Einordnung. Eine Abgrenzung trägt zu einer differenzierteren Sicht bei, welche Phänomene als Konsequenz beruflicher Überlastung bzw. langfristiger emotionaler Erschöpfung zu verstehen sind. Die Phänomene, wie Burnout, sekundärer traumatischer Stress, stellvertretende Traumatisierung und Mitgeföhlsererschöpfung stehen zwar miteinander in Zusammenhang, lassen sie sich jedoch klar voneinander abgrenzen. Ziel dieses Kapitels ist es, die jeweiligen Erscheinungen systematisch zu vergleichen und voneinander abzugrenzen, um ein klares Verständnis darüber zu gewinnen, welche psychischen Konsequenzen die wiederholte Begegnung mit traumatisierten Menschen mit sich bringen kann – sei es in der Rolle von HelferInnen oder von Sprach- und Kulturmittlern (Figley C. 1995: 9).

Das zunächst vorgestellte Phänomen ist das Burnout, das entstehen kann, wenn eine

betroffene Person über längere Zeit starkem physischem und psychischem Arbeitsstress ausgesetzt ist. Durch diese andauernde Belastung entwickelt sich eine psychische Erschöpfung (Baker 2012: 69). Bis zu einem gewissen Grad kann Stress am Arbeitsplatz sogar positiv auf die Arbeitsleistung wirken, jedoch kann er bei andauernder und übermäßiger Belastung zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen (Bontempo & Malcolm 2012: 105f.).

Laut einer in Großbritannien durchgeführten Studie unter DolmetscherInnen, die im psychotherapeutischen Kontext tätig sind, gab die Hälfte der Befragten an, von TherapeutInnen nicht die notwendige Anerkennung und Wertschätzung zu erfahren (Tribe & Lane 2009: 4f.). Darüber hinaus werden Depersonalisation und ein vermindertes persönliches Erfolgserleben neben emotionaler Erschöpfung als die drei Aspekte genannt, die am häufigsten als Ursachen vom Burnout erwähnt werden (Figley C. 1995: 26). DolmetscherInnen, die unter hohem emotionalem Druck arbeiten, sind mit höherer Wahrscheinlichkeit von Burnout betroffen. Wenn zusätzlich weitere belastende Faktoren hinzukommen, etwa wenn sich DolmetscherInnen in ihrer Arbeit nicht wertgeschätzt fühlen, eigene traumatische Erfahrungen mitbringen, die notwendige Supervision ausbleibt oder sie nur selten Erfolgserlebnisse haben, erhöht sich dieses Risiko noch weiter. Die Symptome des Burnouts reichen von Erschöpfung, Schlaflosigkeit bis hin zu emotionaler Abgestumpftheit, Konzentrationsschwierigkeiten oder Depression (Baker 2012: 69; Schwenke 2015: 38; McCann & Pearlman 1990: 133). Ein solcher Zustand wirkt sich zwangsläufig auf die Arbeit der DolmetscherInnen aus – insbesondere in einem so sensiblen Setting wie die Psychotherapie.

Mitgefühlerschöpfung und Mitgefühlsstress werden bei Charles R. Figley synonym verwendet, wobei Mitgefühlsstress als eine natürliche Reaktion verstanden werden kann, die durch wiederholte Konfrontation mit den traumatischen Erlebnissen der Betroffenen ausgelöst wird. Hält dieser Stress über längere Zeit an, kann er sich allmählich in Mitgefühlerschöpfung verwandeln, die auch als sekundäre Traumatisierung bezeichnet wird (Rauvola et al. 2019: 302; Daniels, 2006: 8). Diese körperliche und emotionale Erschöpfung kann unter anderem im Umfeld von TherapeutInnen, Traumafachkräften, SozialarbeiterInnen und PolizeibeamtInnen auftreten, wobei in der vorliegenden Arbeit der Schwerpunkt auf HelferInnen im Gesundheitswesen gelegt wird. Figley betont, dass sekundäre Traumatisierung bei hoher Stressbelastung auftreten kann und sich aus zwei zentralen Aspekten zusammensetzt – einerseits aus emotionaler Erschöpfung durch Überlastung (Burnout), andererseits aus traumabezogenen Reaktionen, die im Zusammenhang mit dem Leid anderer stehen. Es handelt sich dabei um ein Phänomen, das – im Gegensatz zum Burnout – sowohl plötzlich, nach einem einmaligen Erlebnis als auch schleichend auftreten kann. (Rauvola et al. 2019: 303f.). Ein weiterer Unterschied zum Burnout

zeigt sich in den Symptomen: Bei Mitgefühlerschöpfung treten zusätzlich Gefühle von Hilflosigkeit und Verwirrung auf (Figley C. 1995: 27). Die Symptome weisen deutliche Parallelen zur posttraumatischen Belastungsstörung auf und lassen sich unter anderem an emotionaler Taubheit, wiederkehrenden belastenden Erinnerungen, Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen erkennen (Figley C. 2012: 450f.).

Figley, der den Begriff sekundärer traumatischer Stress ebenfalls als Synonym für sekundäre Traumatisierung verwendet, hebt wichtige Faktoren hervor, die insbesondere TherapeutInnen anfällig für Mitgefühlerschöpfung machen. Dazu zählt vor allem die Empathie, die zwar eine entscheidende Rolle im therapeutischen Kontext spielt, aber zugleich jedoch ein Risikofaktor ist, der zur Mittraumatisierung beitragen kann. Weitere Risikofaktoren sind eigene Traumaerfahrungen sowie die therapeutische Arbeit mit traumatisierten Kindern (Figley C. 1995: 29f.)

Der von McCann und Pearlman geprägte Begriff der stellvertretenden Traumatisierung wird ebenfalls als Synonym für sekundäre Traumatisierung verwendet, jedoch mit gewissen Unterschieden. Während sekundäre Traumatisierung sowohl im privaten als auch im beruflichen Umfeld erlebt werden kann, bezieht sich stellvertretende Traumatisierung ausschließlich auf den beruflichen Kontext, also auf die Mittraumatisierung durch die Arbeit mit traumatisierten Menschen. Im Vergleich zur Mitgefühlerschöpfung, die ein praxisorientierter Begriff ist und beschreibt, wie sich Menschen in Helfenden Berufen fühlen (Mathieu 2012: 136), handelt es sich bei der stellvertretenden Traumatisierung um einen theoretischen Begriff, der beschreibt, wie sich das Denken und Erleben einer helfenden Person verändern kann, wenn sie über längere Zeit hinweg kontinuierlich mit dem Trauma anderer konfrontiert ist (Pearlman 2012: 783f.).

Die transkulturelle Psychotherapie verdeutlicht, wie eng Kultur, Sprache und psychische Gesundheit miteinander verbunden sind – nicht nur aus der Perspektive der PatientInnen, sondern auch aus jener der TherapeutInnen und DolmetscherInnen, die sie auf dem Weg zur Genesung begleiten. In einer Welt, in der Migration und kulturelle Vielfalt so präsent sind, ist eine kultursensible psychotherapeutische Versorgung unerlässlich. In diesem Prozess erfüllen DolmetscherInnen eine besondere Rolle: Ihre Aufgabe geht weit über die sprachliche Verständigung hinaus, sie bringen Menschen mit unterschiedlichen sprachlichen und sozialen Hintergründen näher zueinander, indem sie Brücken zwischen ihnen schaffen. Auf diesem Weg sind auch sie – ähnlich wie PatientInnen und TherapeutInnen – mit traumatischen Erfahrungen konfrontiert. Auch sie benötigen Unterstützung, um mit den psychischen Belastungen umzugehen und weiterhin qualitativ hochwertige Arbeit leisten zu können.

2.2 Sekundäre Traumatisierung bei DolmetscherInnen

Die Sekundärtraumatisierung tritt in vielen Berufsgruppen auf, unter anderem bei NotfallärztInnen, PolizeibeamtInnen, RichterInnen (Sabel & Roschinski 2010: 39f.). Ebenfalls sind DolmetscherInnen, die in der Psychotherapie tätig sind, der Gefahr der sekundären Traumatisierung ausgesetzt, da sie mit den Opfern in Kontakt sind. Dieser Kontakt macht DolmetscherInnen besonders empfänglich für die Weitergabe von Traumatisierung, da sie emotional ebenfalls betroffen sind.

DolmetscherInnen werden häufig als reine Sprachvermittler gesehen, wobei sie primär als Brücke zwischen verschiedenen KommunikationspartnerInnen betrachtet werden. Diese Sichtweise stellt sie als passive Akteure in der Kommunikationssituation dar, obwohl während des Dolmetschens nicht nur sprachliche Inhalte übertragen werden, sondern auch der emotionale Zustand der Sprecher vermittelt werden muss (Splevins et al. 2010: 1705f.).

Die Rolle der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen wurde oft untersucht, mit dem Ziel, die Qualität des Dolmetschens und dessen Einfluss auf PatientInnen, ÄrztInnen, aber auch den gesamten Behandlungsprozess bestmöglich zu optimieren. Im Gegensatz dazu blieb die Untersuchung von psychischen und physischen Belastungen, denen DolmetscherInnen im Gesundheitswesen und insbesondere in psychiatrischen Kontexten ausgesetzt sind, sowie deren Wohlbefinden lange unbeachtet, wie auch Splevins et al. beschreiben:

Despite the complex roles of interpreters, they are a largely neglected population within published literature [...], and in emerging research, researchers tended to focus on the complexities of the interpreting role and related training issues [...] or therapists' evaluations of the interpreting role [...] rather than the emotional impact that working with trauma survivors might have on interpreters. (Splevins et al. 2010: 1705f.)

Dieses Zitat steht im engen Zusammenhang mit dem zentralen Thema dieser Masterarbeit, die die Relevanz der emotionalen Belastung und der Selbstreflexion von DolmetscherInnen untersucht. Es beleuchtet, dass zwar die Rolle der DolmetscherInnen anerkannt ist, jedoch wird die emotionale Belastung, die durch ihre Arbeit entsteht, in der Forschung weiterhin vernachlässigt. Diese Forschungslücke weist auf die dringende Notwendigkeit hin, die emotionalen Erfahrungen von DolmetscherInnen stärker in den Mittelpunkt zu stellen. Die Forschung der emotionalen Belastung von DolmetscherInnen ist nicht nur im Hinblick auf den Schutz ihres mentalen Wohlbefindens relevant, sondern auch wegen des Einflusses auf ihre Arbeit. Wird dies in der Forschung nicht berücksichtigt, könnte das zu einem Mangel an professioneller Unterstützung für DolmetscherInnen führen.

Bis in die 2000er Jahre wurde nicht systematisch erforscht, welche Konsequenzen es für die DolmetscherInnen hat, wenn sie im Gesundheitswesen in einem so sensiblen Arbeitsbereich tätig sind, in dem sie mit Folteropfern, Geflüchteten und PatientInnen, die traumatische Erlebnisse hatten, konfrontiert sind (Pöchhacker 2015: 182). TherapeutInnen arbeiten in einer scheinbar geschützten Umgebung. Sie sind entsprechend qualifiziert, haben Einfluss auf den Ablauf und können meistens die Geschehnisse vorhersehen. Trotzdem kommt es vor, dass sie bestimmte Ereignisse traumatisch verarbeiten (Daniels 2007: 50). Es stellt sich die Frage, ob DolmetscherInnen, die den Ablauf weder beeinflussen noch vorhersehen können, nicht noch stärker der Gefahr einer sekundären Traumatisierung ausgesetzt sind. Es wäre daher relevant, DolmetscherInnen bereits während der Ausbildung auf die möglichen negativen Folgen ihrer Tätigkeit in dem Bereich vorzubereiten. Die Ausbildung beschränkt sich meistens auf die sprachliche und methodische Ebene – darauf, wie gedolmetscht wird. Aufgrund der Tatsache, dass besonders bei Dolmetschsituationen im Bereich der Psychotherapie nicht immer wortwörtlich gedolmetscht wird, sondern vorrangig Gefühle vermittelt werden müssen, werden diese Erfahrungen auch durch den/die Dolmetscher/innen auf eine andere, ungewohnte Weise erlebt (Pöchhacker 2015: 255). Wenn PatientInnen darüber berichten, dass sie keinen Lebenswillen und keine Perspektive für die Zukunft mehr haben, übernehmen DolmetscherInnen bewusst oder unbewusst Tonfall und Mimik der PatientInnen während der Übermittlung. Dies erschwert in erheblichem Maße eine angemessene emotionale Distanzierung sowie die Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse (Prentice et al. 2014: 273ff.). Die Verarbeitung nach den jeweiligen Einsätzen wird jedoch in der Regel während der Ausbildung nicht thematisiert.

Trotz des Mangels an Forschungen ist es eindeutig, dass die sekundäre Traumatisierung für DolmetscherInnen ein reales Risiko birgt. Die Vorbereitung auf eine mögliche emotionale Bedeutung ist daher von großer Relevanz. Ein erster wichtiger Schritt in der Auseinandersetzung mit sekundärer Traumatisierung besteht darin, deren Existenz im Umfeld von DolmetscherInnen anzuerkennen, die in einem emotional stark belastenden Arbeitskontext tätig sind. Laut einer Untersuchung aus dem Jahr 2011 waren Begriffe wie sekundäre Traumatisierung oder Mitgefühlerschöpfung im Kreis von GebärdensprachdolmetscherInnen nicht bekannt (Anderson 2011: 2f.). Dies unterstreicht die Notwendigkeit des Bewusstmachens sowie einer gezielten Vorbereitung auf psychisch belastende Gesprächssituationen für DolmetscherInnen in der Psychotherapie.

2.3 Entstehungsgrund und Risikofaktoren

Das folgende Unterkapitel thematisiert das Risiko des Auftretens der sekundären Traumatisierung in der Berufsgruppe der DolmetscherInnen, die mit traumatisierten KundInnen in psychotherapeutischen Settings zusammenarbeiten.

Es gehört zum Leben, dass man in Situationen gerät, in denen man mit Trauma konfrontiert wird. Eine Traumatisierung kann im besten Fall verarbeitet oder im schlimmsten Fall verdrängt werden, doch in jedem Fall wird das Trauma nicht täglich aktiv ins Bewusstsein gerufen. Stattdessen versuchen Betroffene, damit klarzukommen und sich von den belastenden Erinnerungen fernzuhalten. Wenn jedoch wiederholt zahlreiche Traumata auftreten, können die damit einhergehenden Sorgen, Ängste und Stress nicht mehr verdrängt werden. Die belastenden negativen Erlebnisse wirken im Gehirn oft unbewusst weiter und bleiben präsent. Eine Überforderung des Gehirns kann entstehen, wenn viele dieser Traumata verdrängt werden. Wurden die Traumata jedoch nicht verarbeitet, sondern verdrängt, treten die sich daraus ergebenden Symptome oft unerwartet auf. Dies ist auch der Fall, wenn DolmetscherInnen als Helfer mit traumatisierten PatientInnen im psychotherapeutischen Setting zusammenarbeiten und sie oft belastende Erlebnisse, Traumata miterleben. Der einmalige Kontakt mit einem traumatischen Erlebnis kann zu einer akuten sekundären Traumatisierung führen, die jedoch in der Regel schnell verarbeitet werden kann. Wenn Dolmetschersituationen allerdings wiederholt intensive traumatische Erlebnisse zum Inhalt haben, sind DolmetscherInnen infolgedessen emotionalen Belastungen und psychischem Stress ausgesetzt (Sabel & Roschinski 2010: 37f.). Das Dolmetschen in der Psychotherapie unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht vom Dolmetschen in anderen Bereichen. Ein wesentlicher Unterschied besteht in der langen, intensiven Zusammenarbeit mit den PatientInnen, während in anderen Bereichen die Zusammenarbeit meistens aus einem bis wenigen Treffen besteht (Miller et al. 2005: 28).

In der Psychotherapie ist der Vertrauensaufbau besonders relevant. Daher ist es für den Erfolg der Therapie unerlässlich, dass der/die TherapeutIn und der/die PatientIn während der gesamten Behandlung mit dem/derselben DolmetscherIn zusammenarbeiten. Traumatisierte Menschen haben oft große Schwierigkeiten, sich gegenüber unbekannten Personen zu öffnen. Deshalb ist es wichtig, dass sie nicht nur zu den TherapeutInnen, sondern auch zu den DolmetscherInnen eine vertrauensvolle Beziehung entwickeln können. Das ständige Wechseln von DolmetscherInnen kann das bereits aufgebaute Vertrauen untergraben und sich negativ auf den therapeutischen Prozess auswirken. Die Verlässlichkeit einer konstanten Dolmetschperson kann dagegen Sicherheit bieten und die Therapie positiv unterstützen (Miller et al.

2005: 30).

Gleichzeitig ist es von wesentlicher Bedeutung, dass DolmetscherInnen darauf achten, während des Vertrauensaufbaus eine bestimmte Grenze nicht zu überschreiten, damit eine übermäßige emotionale Involvierung vermieden werden kann. Auch den TherapeutInnen kommt in diesem Zusammenhang eine zentrale Bedeutung zu, da es vorkommen kann, dass sie in Situationen, in denen sie mit beruflichen Herausforderungen oder verständnisbedingten Problemen konfrontiert sind, selbst zunehmend frustrierter werden und dies auch gegenüber den PatientInnen kommunizieren. Handelt es sich dabei nicht um ein therapeutisches Mittel, sondern verhalten sich TherapeutInnen unangemessen, indem sie aus ihrer professionellen Rolle austreten, kann dies auf die DolmetscherInnen verwirrend wirken. Demzufolge besteht die Gefahr, dass DolmetscherInnen versuchen, die PatientInnen zu schützen. Dies kann einerseits dazu führen, dass DolmetscherInnen – ebenfalls aus ihrer Rolle austretend – nicht alle Inhalte übertragen oder die Norm der Unparteilichkeit verletzen. Andererseits kann es bei DolmetscherInnen das Gefühl der Hilflosigkeit hervorrufen, welches einen Risikofaktor für eine sekundäre Traumatisierung darstellt (Delizée et al. 2024: 35).

In der Fachliteratur wird außerdem hervorgehoben, dass die Verwendung der ersten Person beim Dolmetschen von traumatisierenden Inhalten das Risiko erhöht, dass DolmetscherInnen sich emotional teilweise mit den Traumaerlebnissen der KlientInnen identifizieren. Bereits das Aussprechen belastender und tragischer Erlebnisse kann auf den/die DolmetscherIn bedrückend wirken. Da beim Dolmetschen (besonders im psychotherapeutischen Umfeld) nicht nur Wörter, sondern die dazugehörenden Erlebnisse und Erfahrungen vermittelt werden, macht die unmittelbare, verbale Äußerung von Gefühlen, wie sie während des Dolmetschens angewendet wird, DolmetscherInnen besonders anfällig für eine mögliche sekundäre Traumatisierung (Wedam 2015: 205; Schlesinger 2015: 434f.; Berthold & Fischman 2014: 5f.).

In vielerlei Hinsicht ist es wichtig zu verstehen, wie und warum sich die sekundäre Traumatisierung bei DolmetscherInnen entwickelt, die mit traumatisierten Menschen zusammenarbeiten. Einerseits sollten sich DolmetscherInnen der tatsächlichen Gefahren und Konsequenzen solcher Einsätze bewusst sein, um ihr mentales und emotionales Wohlbefinden zu schützen und die Anzeichen einer emotionalen Überlastung zu erkennen. Wie Miller et al. (2005) in ihrer Studie feststellten, wird besonders von der Seite der TherapeutInnen eine gewisse Unsichtbarkeit der DolmetscherInnen erwartet, um eine unmittelbare und tiefere Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn zu ermöglichen (Miller et al. 2005: 31), während in anderen Projekten betont wird, dass diese Vorstellung von Unsichtbarkeit bereits überholt ist und auf die emotionale Beteiligung der DolmetscherInnen hingewiesen wird, die nicht als

„neutrale Maschinen“ betrachtet werden dürfen. Die veraltete Erwartung über die Unsichtbarkeit der DolmetscherInnen wirft die Frage auf, ob das persönliche Wohlbefinden der DolmetscherInnen dadurch nicht in den Hintergrund tritt (Dean & Pollard Jr. 2009: 13).

Die Auseinandersetzung mit den Erlebnissen und Schicksalen traumatisierter Personen kann bei DolmetscherInnen tiefgreifende Spuren hinterlassen, da sie nicht nur Worte vermitteln müssen, sondern auch die mit den Gesagten verbundenen Gefühlen und Erfahrungen. Andererseits können diese Auswirkungen die Leistungsfähigkeit und die Qualität der Arbeit von DolmetscherInnen beeinträchtigen. Wenn die DolmetscherInnen die Anzeichen einer sekundären Traumatisierung nicht rechtzeitig erkennen, kann dies zu langfristigen Problemen führen, die ihre Arbeit erschweren können (Arkan 2023: 621–625).

Eine erschütternde Geschichte kann in Alltagssituationen andere Menschen berühren, trotzdem werden sie nicht zwangsläufig sekundär traumatisiert. Der Grund, warum DolmetscherInnen einem erhöhten Risiko der Sekundärtraumatisierung ausgesetzt sind, wird von Bancroft et al. (2015: 73) sehr klar dargestellt, indem sie darauf hinweisen, dass DolmetscherInnen traumatische Erlebnisse mehrfach verarbeiten müssen, was eine wiederholte kognitive Belastung bedeutet. Dadurch, dass sie die Geschehnisse anhören, visualisieren, konzentriert in zwei Sprachen verarbeiten und gegebenenfalls notieren, haben diese eine mehrfache Wirkung auf sie. So übernehmen Dolmetscherinnen nicht nur die sprachliche Übertragung, sondern tragen die emotionale Last traumatischer Inhalte ebenfalls mit. Die Visualisierung spielt eine wichtige Rolle beim Dolmetschen. Allein Ausdrücke zu merken, ohne sich das Gehörte bildlich vorzustellen, erschwert die Tätigkeit und verringert die Wahrscheinlichkeit, dass DolmetscherInnen das Gehörte präzise wiedergeben können (Bancroft et al. 2015: 73).

Diese bildhafte Vorstellung der Geschehnisse geht in bestimmten Fällen damit einher, dass die PatientInnen bewusst oder unbewusst bestimmte Teile ihrer Erlebnisse oder Erzählungen auslassen, was das Vorstellungsvermögen der DolmetscherInnen umso mehr beansprucht – mit dem Ziel, den gedolmetschten Inhalt logisch und zusammenhängend wiederzugeben (Delizée et al. 2024: 33). Es gibt jedoch Techniken, die angewendet werden können, um die Geschehnisse im Interesse der Genauigkeit zu visualisieren, sich dabei jedoch emotional von dem Inhalt des Gehörten zu distanzieren (Bancroft et al. 2015: 92f.). Auf diesen Aspekt wird in einem späteren Kapitel näher eingegangen.

Neben der Eigenverantwortung der DolmetscherInnen ist es auch unerlässlich, dass sie bei Bedarf angemessene institutionelle Unterstützung erhalten und die mit ihrer Tätigkeit verbundenen Risiken besser erkannt und berücksichtigt werden. Ein tieferes Verständnis des Phänomens der sekundären Traumatisierung bei DolmetscherInnen kann dazu beitragen,

wirksamere Präventionsstrategien für sie zu entwickeln und ihre psychische Widerstandsfähigkeit zu stärken. (Arkan 2023: 616f.).

Viele Faktoren beeinflussen, wie anfällig Menschen für sekundäre Traumatisierung sind. Es gibt keine allgemeingültigen Symptome, die bei allen DolmetscherInnen auftreten, doch es lassen sich Faktoren bestimmen, die beeinflussen können, ob und in welcher Form bzw. in welchem Ausmaß sich eine sekundäre Traumatisierung entwickelt. Dazu zählt unter anderem die Anzahl der Stunden, die DolmetscherInnen in einem potenziell traumatisierenden therapeutischen Umfeld verbringen. Relevant ist außerdem, ob DolmetscherInnen über eigene Traumaerfahrungen verfügen, die noch nicht verarbeitet wurden. Aus der Studie von Bober & Regehr (2006: 4f.) ergibt sich, dass das Alter ebenfalls eine wichtige Rolle spielt. Die Studie konzentriert sich zwar auf TherapeutInnen, doch da DolmetscherInnen im vergleichbaren Maße vom sekundären traumatischen Stress betroffen sind, lassen sich die Feststellungen auch auf diese Berufsgruppe übertragen. Ältere TherapeutInnen, die altersbedingt über mehr Erfahrung verfügten, zeigten ein geringeres Ausmaß an psychischer Belastung als jüngere, die dementsprechend weniger Erfahrung hatten (Bober & Regehr 2006: 4f.). Ein weiterer bedeutender Faktor ist, ob DolmetscherInnen die notwendige Unterstützung von der Institution, in der sie tätig sind, von TherapeutInnen oder gegebenenfalls von KollegInnen erhalten, sowie, ob sie bereits während ihrer Ausbildung eine entsprechende Vorbereitung oder Schulung in Hinblick auf die potenzielle emotionale Belastung dieser Tätigkeit erhalten haben. Die Bedeutung institutioneller Unterstützung sowie gezielter Vorbereitung wird in einem späteren Kapitel näher behandelt (Bober & Regehr 2006: 2; Knodel 2018: 5f.). In den folgenden Unterkapiteln werden drei dieser Faktoren hervorgehoben und detaillierter erläutert. In diesem Abschnitt liegt der Fokus jedoch darauf, wie sich sekundäre Traumatisierung entwickelt, insbesondere womit dieses Phänomen verglichen werden kann.

Hedi Gies (o.J.) bezieht sich auf die Feststellungen von Frey C. (2001), um das Phänomen der Sekundärtraumatisierung zu beschreiben. Dabei betont sie, dass deren Übertragbarkeit von ähnlichen Faktoren bestimmt wird, wie bei den körperlichen Infektionen, nämlich von der Intensität, Dauer und Häufigkeit der traumatischen Erlebnisse. Diese Aussage wird ebenfalls durch Figley (1995: 15) gestützt, der beschreibt, dass Personen, die kontinuierlich intensiven und stark belastenden Traumaerlebnissen ausgesetzt sind, eine erhöhte Anfälligkeit für eine Übertragung traumatischer Belastung aufweisen.

Darüber hinaus erläutert Gies, dass auch das soziale Umfeld, in dem die Verarbeitung des Traumas stattfindet, eine wichtige Rolle spielt. Zudem lässt sich feststellen, dass die individuelle Verletzlichkeit und die Widerstandsfähigkeit der betroffenen Person – in diesem Fall

des/der Dolmetschers/Dolmetscherin – die Sensibilität für die Auswirkungen der sekundären Traumatisierung beeinflussen. Laut Gies zeigen diese Zusammenhänge, wie die Sekundärtraumatisierung aus psychologischer Sicht ansteckend werden kann (Gies, o.J.). Andreatta (2024: 45f.) fasst zusammen, welche Theorien zur Entstehung der Sekundärtraumatisierung entwickelt wurden, wobei eines der Konzepte die Ansteckung selbst ist. Nach dieser Theorie kann das Trauma auf die dafür empfänglichen Personen übertragen werden (Andreatta 2024: 45f.).

Die verstärkte Migration aus Kriegsgebieten und wirtschaftlich benachteiligten Regionen in den letzten zehn Jahren stellte auch TherapeutInnen und deren HelferInnen vor massive Herausforderungen. Viele vor Gewalt, Krieg und Folter geflohenen Menschen benötigen medizinische bzw. psychotherapeutische Hilfe, um die Geschehnisse zu verarbeiten und sich in die Gesellschaft integrieren zu können. In solchen therapeutischen Behandlungen ist die Sprache ein Hindernis, das durch Einsatz von DolmetscherInnen bewältigt werden kann. Im psychotherapeutischen Kontext kommt den DolmetscherInnen eine Schlüsselrolle zu, weil sie nicht nur für die sprachliche Vermittlung verantwortlich sind, sondern auch emotionale und kulturelle Komponenten übermitteln.

Traumata werden in verschiedenen Kulturen anders wahrgenommen und haben unterschiedliche Bewältigungsstrategien. Dies stellt DolmetscherInnen, die in der Psychotherapie tätig sind, vor zusätzliche Herausforderungen. Die damit einhergehende Verantwortung, die von den DolmetscherInnen verlangt wird, macht das Dolmetschen in diesem sensiblen Bereich zu einem potenziell gefährdeten Beruf, in dem das Risiko der sekundären Traumatisierung besonders hoch ist (Rzepka et al. 2024: 2).

Viele Dolmetscherinnen, die im Bereich der Opferhilfe – wozu auch die Psychotherapie zählt – tätig sind, erlebten in ihrer eigenen Vergangenheit traumatische Erfahrungen, Gewalttaten oder sexuelle Übergriffe. Dies erschwert ihre Situation erheblich, wenn sie während der Sitzungen unparteiisch und emotional distanziert dolmetschen möchten. Sich emotional zu distanzieren ist bereits dann eine große Herausforderung, wenn der/die Dolmetscher/in selbst keine vergleichbaren Erfahrungen gemacht hat. Müssen sie jedoch neben den traumatisierenden Erlebnissen der PatientInnen zugleich auch mit ihrer eigenen belastenden Vergangenheit umgehen, stellt dies eine extreme Herausforderung, Stress und eine zusätzliche Risikofaktorquelle für sekundäre Traumatisierung dar (Bancroft et al. 2015: 83f.).

Daniels (2008: 104) beschreibt, dass es drei Faktoren gibt, die zum Auslösen sekundärer Traumatisierung beitragen, nämlich „Empathie, „kindling“ und Dissoziation“. Diese drei Risikofaktoren werden in den nächsten Kapiteln näher untersucht.

2.3.1 Empathie

Die Empathie ist ein grundlegendes Element zwischenmenschlicher Beziehungen, deren Rolle und Bedeutung in vielen wissenschaftlichen Werken thematisiert wird. Levenson und Ruef (1992: 234–246) untersuchten in ihrer Studie, wie Empathie mit der Übereinstimmung körperlicher Reaktionen zwischen BeobachterInnen und beobachteten Personen zusammenhängt, insbesondere bei der Bewertung von positiven und negativen Gefühlen. Dabei bewerteten die BeobachterInnen die belastenden Emotionen der beobachteten Personen und die Ergebnisse zeigten, dass Beobachter, die die negativen Gefühle der beobachteten Personen besser verstanden, ähnliche physische Reaktionen zeigten wie diejenigen, die die belastenden Erfahrungen erlebt und mitgeteilt haben. Die ForscherInnen stellten also eine sogenannte Gefühlsansteckung bei BeobachterInnen fest, die einen hohen Grad an Empathie aufweisen (Levenson & Ruef 1992: 234ff.). Wird die Rolle der beschriebenen BeobachterInnen als PsychotherapeutInnen mit der von beobachteten Personen als PatientInnen identifiziert, könnte dieses Muster auch im Dolmetschen in psychotherapeutischen Settings festgestellt werden. Besonders die sekundäre Traumatisierung von DolmetscherInnen, die traumatisierende Erlebnisse der PatientInnen miterleben und übermitteln, weist Ähnlichkeiten zu der beschriebenen Gefühlsansteckung auf.

In psychotherapeutischen Settings ist ein hohes Maß an Mitgefühl bzw. Empathie erforderlich. Wie Yalom (2002: 18) in seinem Buch feststellt, wird die Therapie effizienter, wenn die TherapeutInnen sich in die Lage der PatientInnen hineinversetzen. TherapeutInnen versuchen die Ereignisse aus der Perspektive der PatientInnen zu sehen. Indem Fachleute die Geschehnisse durch die Brille der PatientInnen betrachten, kann eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden. Das ist eine essenzielle Voraussetzung einer erfolgreichen Therapie. Wenn TherapeutInnen empathisch auf die Gefühle von PatientInnen reagieren, fühlen sie sich geborgen, können sich leichter öffnen und entwickeln mit geringerer Wahrscheinlichkeit Widerstand. Diese Empathie muss jedoch auch durch DolmetscherInnen übermittelt werden (Yalom 2002: 18). In einer Studie von Mirdal et al. (2012: 436–455) werden die Erfahrungen von traumatisierten Flüchtlingen, ihrer TherapeutInnen und der mit ihnen zusammenarbeitenden DolmetscherInnen untersucht. In dieser Studie wird hervorgehoben, dass Empathie eine zentrale Rolle in psychotherapeutischen Behandlungen spielt. Sie ist nicht nur ein ergänzendes Element während der Therapie, sondern ein wesentlicher Bestandteil des therapeutischen Prozesses, die den Aufbau des Vertrauens und eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den PatientInnen und TherapeutInnen fördert. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass empathisches Verhalten von DolmetscherInnen erheblich zum Erfolg des therapeutischen Prozesses beitragen kann. Gleichzeitig erhöht sich jedoch das Risiko, dass sie sich emotional zu stark involvieren, was zu

Burnout, übermäßiger emotionaler Bindung oder sekundärer Traumatisierung führen kann (Mirdal et al. 2012: 436–455).

Ein möglicher Risikofaktor für die Entstehung von sekundärer Traumatisierung ist also die Empathie. In der Studie von Rauvola et al. (2019: 297–323), wird der Ausdruck „empathy-based stress“ (Rauvola et al. 2019) eingeführt, der als Auslöser für die Entwicklung der sekundären Traumatisierung verstanden werden kann. Einzelne stressige Erfahrung tragen nur in begrenztem Maße zu Gesamtbelastung bei, aber wenn stressauslösende Erfahrungen immer wieder auftreten, kann dies das Stressniveau erhöhen, was letztendlich zur sekundären Traumatisierung führen kann (Rauvola et al. 2019: 297–323). Dolmetscher begleiten Patienten für eine längere Zeitraum und kommen ihnen ungewollt nahe, dadurch entwickelt sich Empathie. Menschen, die stärkeres Mitgefühl empfinden und ausdrücken können, neigen eher dazu, Mitgefühlsstress zu entwickeln.

2.3.2 „Kindling“

Zunächst wird erläutert, welche Rolle die Spiegelneuronen bei der Entwicklung von „Kindling“ spielen. Spiegelneuronen sind Nervenzelle, die eine grundlegende Rolle im Prozess der Nachahmung und des Lernens spielen, da sie es ermöglichen, dass Menschen durch die Beobachtung anderer ihre eigenen Handlungen dementsprechend anpassen können. Bei empathischen Prozessen kann durch die Aktivierung der Spiegelneuronen eine Person bestimmte Gefühle so erleben, als ob sie ihre eigenen Erlebnisse wären. Wenn das Gehirn zwischen sich selbst und anderen nicht unterscheiden kann, wird die empathische Involvierung zunehmend belastender. Wenn die Fähigkeit zur Differenzierung zwischen eigenen und fremden Gefühlen ausfällt, besteht eine erhöhte Gefahr einer emotionalen Ansteckung. Die empathische Überbelastung erschwert die emotionale Distanzierung, sodass Personen, die im therapeutischen Umfeld tätig sind, die Traumata der KlientInnen so kodieren, als ob sie die gleichen Erfahrungen gemacht hätten (Daniels 2007: 53f.).

Das vorliegende Kapitel wird darstellen, wie diese Prozesse zu „Kindling“ und dadurch zur Sekundärtraumatisierung führen kann.

Das wiederholte Erleben eines Traumas oder die kontinuierliche Konfrontation mit traumatischen Erlebnissen kann erhebliche neurobiologische Veränderungen im Gehirn hervorrufen. Unter dem Einfluss wiederkehrender Stressoren zeigen einzelne Bereiche des Gehirns, wie die Amygdala, eine erhöhte Empfindlichkeit, sodass im Laufe der Zeit auch geringe Reize intensive emotionale Reaktionen auslösen können. Dieses Phänomen, das in neurobiologischen Forschungen als „Kindling“ bezeichnet wird, wurde ursprünglich im Rahmen der

Untersuchungen epileptischer Anfälle beschrieben, jedoch wird es seither für das Verstehen von verschiedenen psychischen Störungen, wie die Posttraumatische Belastungsstörung oder Depression angewendet (Scaer 2014: 39f.).

Das Phänomen „Kindling“ spielt eine relevante Rolle bei der Entstehung der sekundären Traumatisierung, die häufig Fachleute, wie PsychotherapeutInnen oder DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Setting betrifft. Die wiederholte emotionale Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten, was für DolmetscherInnen in der Psychotherapie alltäglich ist, führt zur vermehrten Reizbarkeit der Amygdala. Dadurch können sogar kleinere Stressoren, die früher keine intensive emotionale Reaktion ausgelöst haben, mit dem Gefühl der Überlastung und starker Angst verbunden werden (Daniels 2006: 255f.).

Daniels (2006: 258) beschreibt das Phänomen des „Kindling“ als negative Folge der Arbeit von PsychotherapeutInnen und stellt es als eine potenzielle Gefahr, die während der psychotherapeutischen Tätigkeit auftreten kann, dar. Findet jedoch die Therapie in einem interkulturellen Kontext statt, in dem auch ein/eine DolmetscherIn anwesend ist, kann angenommen werden, dass dieses Phänomen die SprachmittlerInnen ebenfalls betrifft. Sie sind dann in ähnlicher Weise der bereits erwähnten Gefühlsansteckung ausgesetzt. Vorausgesetzt, dass DolmetscherInnen während einer lang andauernden therapeutischen Beziehung empathisch einbezogen werden, liegt es nahe, dass die Einbeziehung den Grad der emotionalen Resonanz erhöht (Daniels 2006: 258).

Der Versuch, wiederholende traumatische Erlebnisse zu verarbeiten – insbesondere, wenn keine notwendige Supervision oder Unterstützung der betroffenen DolmetscherInnen zur Verfügung steht –, kann neurobiologische Veränderungen hervorrufen, die durch den Prozess des „Kindling“ die Intensität und Häufigkeit emotionaler Reaktionen verstärken können (Daniels 2006: 275ff.).

2.3.3 Dissoziation

Die Beziehung zwischen Dissoziation als Schutzmechanismus und der Entstehung der sekundären Traumatisierung ist ein komplexes Phänomen. Ein Zeichen für die dissoziative Verarbeitung der traumatischen Ereignisse kann sein, dass die HelferInnen „in die Rolle der hilflosen Zuschauer stecken“ (Daniels 2007: 58) und sogenannte Intrusionen erleben, was „wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis“ (Lakota 2008: 28) bedeutet.

Das Gehirn kann im normalen Fall zwischen den eigenen, gespeicherten Informationen, Erlebnissen und neuen, fremden Geschehnissen unterscheiden, wenn die Informationen

verglichen werden. Im Falle der Dissoziation, was auch zu einer Sekundärtraumatisierung führen kann, wird dieser Prozess durch einen Bereich des Gehirns (präfrontaler Kortex) gehemmt, wodurch bestimmte Informationen nicht richtig aufgearbeitet werden. Daraus ergibt sich, dass das Gehirn die neuen Informationen als falsch speichert und das Gehirn die eigenen Erlebnisse von denen der Anderen nicht unterscheiden kann. Ob und in welchem Ausmaß sich die sekundäre Traumatisierung entwickelt, hängt von der Intensität der Dissoziation ab. Wenn die emotional betroffenen HelferInnen eine psychische Betäubung wahrnehmen, können sie später in die Rolle der „hilflosen Zuschauer“ geraten. Dass sich DolmetscherInnen in ihrer Rolle hilflos fühlen, ist darauf zurückzuführen, dass sie während der Therapie über längere Zeit traumatische Erzählungen hören und miterleben, jedoch aufgrund ihrer Funktion ausschließlich das Gehörte in einer anderen Sprache wiedergeben dürfen (McCann & Pearlman 1990: 139).

Es gibt jedoch einen schwerwiegenderen Fall, die sogenannte Depersonalisation, bei der die Verbindung zum eigenen Körper und zur gegenwärtigen Wahrnehmung verloren geht. Infolgedessen können Angst- und Bedrohungsgefühle auftreten, ohne dass diese die HelferInnen logisch erklären könnten. Diese Erinnerungen können später in Form von Intrusionen und Flashbacks auftreten (Daniels 2007: 55–58).

Daniels (2007: 58) verweist in ihrer Studie auf einen Zusammenhang zwischen der Dissoziation und „Kindling“. Sie beschreibt, dass HelferInnen, die im psychotherapeutischen Setting tätig sind und regelmäßig mit belastenden Erlebnissen traumatisierter KlientInnen konfrontiert sind, durch die Aktivität der Spiegelneuronen wiederholten Reizen ausgesetzt sind, worauf die Amygdala zunehmend empfindlicher reagiert. Demnach kann die Entwicklung der peritraumatischen Dissoziation begünstigt werden (Daniels 2007: 55–58). Aus der Studie lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass die Dissoziation das Ergebnis komplexer Gehirnmechanismen ist und deren Entwicklung mit anderen Aspekten, wie z.B. dem „Kindling“-Prozess zusammenhängen kann. Jedoch spielen bei der Aufrechterhaltung der sekundären Traumatisierung viele andere Aspekte eine Rolle.

2.4 Psychische und physische Symptome der Sekundärtraumatisierung

Da bei der sekundären Traumatisierung die Gefahr der Gefühlsansteckung zwischen den traumatisierten KlientInnen und der helfenden Person besteht, können die Symptome der Sekundärtraumatisierung Ähnlichkeiten mit denen der posttraumatischen Belastungsstörung aufweisen (Daniels 2006: 26).

Es ist wichtig zu betonen, dass sekundäre Traumatisierung nicht alle im

psychotherapeutischen Setting arbeitenden HelferInnen betrifft (Daniels 2006: 28). Jedoch können diejenigen, auf die die im vorherigen Kapitel erwähnten Faktoren, wie Empathie, Kindling und Dissoziation Einfluss haben, Symptome entwickeln, welche in diesem Kapitel detailliert dargestellt werden.

Die Symptome der sekundären Traumatisierung rechtzeitig zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren, stellt häufig eine Herausforderung dar. Wie Sabel & Roschinski hinweisen: „aus dem Helfer, gerade dem mitfühlenden, wird schleichend und unbemerkt ein Fall sekundärer Traumatisierung“ (Sabel & Roschinski 2010: 41). Wenn die eigenen emotionalen Grenzen verschwimmen – was ein zunehmender und unmerklicher Prozess ist – nimmt die helfende Person, die sich auf die Unterstützung anderer fokussiert, kaum wahr, dass sie selbst zum Opfer der Sekundärtraumatisierung geworden ist. Ein möglicher Grund, warum sekundäre Traumatisierung so schwer zu erkennen ist, findet sich im Werk von Ehlert & Brönnimann (2019: 435f.). Sie beleuchten, dass posttraumatische Belastungsstörung und sekundäre Traumatisierung zwar in vielen Aspekten sehr ähnlich sind, jedoch nicht die gleiche Intensität der Symptome aufweisen (Ehlert & Brönnimann 2019: 435f.).

Der dauerhafte psychische Stress, sowie die unzureichende und fehlerhafte Verarbeitung von traumatischen Situationen im psychotherapeutischen Setting kann zunächst zu Unzufriedenheit oder Erschöpfung führen. Werden diese Probleme ignoriert, kann dies zu schwerwiegenden Folgen und Symptomen führen, wie:

[...] Depression, soziale Isolation, Unfähigkeit, die Routinearbeiten des Alltag fortzusetzen, Misstrauen, das Gefühl des verfolgt werdens, emotionale Taubheit, eine Reduzierung des Einfühlungsvermögens, Leugnen der eigenen Sorgen, Belastungen und Ängsten, Gleichgültigkeit gegenüber anderen, Entfremdung, Träume über und Erinnerung an das miterlebte Geschehen und Schlaflosigkeit (Sabel & Roschinski 2010: 39)

Laut Ehlert & Brönnimann (2019: 435) sind darüber hinaus „Ärger, [...] ein geringes Selbstwertgefühl, emotionale Erschöpfung, Konzentrationsschwierigkeiten [...] veränderte Essgewohnheiten [...] Unruhe, [...] Kopfschmerzen etc. und Belastungen zwischenmenschliche Beziehungen“ typische Folgen, wenn HelferInnen sekundär belastet sind. Aus der Unfähigkeit, die notwendigen Bewältigungsstrategien anzuwenden oder aufgrund eines Mangels an Ressourcen kann es zu einer Sekundärtraumatisierung kommen (Ehlert & Brönnimann, 2019: 435). Zusammenfassend kann man feststellen, dass sekundäre Traumatisierung zwar nicht bei allen helfenden Fachkräften, wie bei DolmetscherInnen in der Psychotherapie, auftritt, jedoch muss sie aufgrund der genannten Symptome als eine ernstzunehmende Belastung wahrgenommen werden.

3 Unterstützungs- und Schutzmechanismen für DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Setting

Im psychotherapeutischen Umfeld ist es erforderlich, dass Personen, die tagtäglich mit erschütternden Lebensgeschichten und Schicksalen konfrontiert werden, auf ihr persönliches, seelisches und körperliches Wohlbefinden achten. Um die negativen Auswirkungen der sekundären Traumatisierung zu vermeiden, bedarf es der Entwicklung individueller Schutzmechanismen. Diese unterscheiden sich von Person zu Person, jedoch liegen allgemein effektive Strategien vor, von denen im Folgenden einige vorgestellt werden. Selbstverständlich ist es keineswegs ausreichend, belastende Erfahrungen allein bewältigen zu wollen. Darüber hinaus spielen die institutionelle Vorbereitung im Rahmen der Dolmetscherausbildung sowie die Teilnahme an Gruppen- und/oder Einzelsupervisionen eine entscheidende Rolle. Zudem sollte auch der Austausch mit anderen KollegInnen nicht vernachlässigt werden, idealerweise mit anderen DolmetscherInnen aus dem psychotherapeutischen Bereich (Anderson 2011: 1f.).

Neben der kollegialen Unterstützung ist auch die Relevanz weiterer sozialer Unterstützung in einer so sensiblen Umgebung wie der Psychotherapie unerlässlich. Cohen und Wills (1985: 347–353) haben in ihrer Studie die Wirkung sozialer Unterstützung auf das körperliche und seelische Wohlbefinden untersucht und dabei festgestellt, dass diese sowohl als allgemeiner Schutz mit präventivem Charakter dazu beitragen kann, dass Stress gar nicht erst entsteht, als auch in bereits entstandenen Stresssituationen eine Hilfe bieten kann, um das Stresserleben zu mindern (Cohen und Wills 1985: 347–353).

Für die Umsetzung wirksamer Selbstfürsorgemaßnahmen ist ein hohes Maß an Strukturiertheit und eine gute Organisationsfähigkeit erforderlich – insbesondere bei denjenigen, die einen unregelmäßigen Arbeitsrhythmus haben, da sie nicht angestellt sind, sondern selbständig arbeiten und ihre Zeiten eigenständig einteilen müssen (Bontempo & Malcolm 2012: 119). Bei den Bewältigungsstrategien ist es wichtig hervorzuheben, dass es Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt. Schon wenn man betrachtet, wie ein Treffen zwischen Männern und Frauen abläuft oder welchen Anlass ein solches Treffen hat, lassen sich deutliche Unterschiede feststellen. Laut einer Studie von Caldwell & Peplau (1982: 726ff.) treffen sich Männer etwa doppelt so häufig mit ihren Freunden, um gemeinsame Aktivitäten zu unternehmen, wie Frauen. Im Gegensatz dazu zeigt sich bei Frauen das umgekehrte Verhältnis: Sie treffen sich deutlich häufig mit ihren Freundinnen, um in erster Linie Gespräche zu führen, was unter anderem den Austausch über Probleme und Diskussionen über Gefühle umfasst (Caldwell & Peplau 1982:

3.1 Aufklärung über sekundäre Traumatisierung im Rahmen der Ausbildung

Es gibt Studien, die sich mit den Risiken und Gefahren der Arbeit mit traumatisierten KlientInnen für TherapeutInnen und SozialarbeiterInnen beschäftigen. PsychotherapeutInnen werden während ihres Studiums darauf vorbereitet, wie sie mit Stress, emotional belastenden Geschehnissen und potenziell traumatisierenden Erlebnissen ihrer KlientInnen umgehen können, Dolmetscher hingegen nicht. Sie sind jedoch in gleichem Maße dem sekundären traumatischen Stress ausgesetzt – was zu Burnout oder sekundärer Traumatisierung führen kann – wie TherapeutInnen, mit dem Unterschied, dass ihnen häufig die notwendigen Mittel für die Selbstfürsorge fehlen (Knodel 2018: 5f.).

TherapeutInnen und andere HelferInnen sind sich der Risiken der Arbeit in der Psychotherapie bewusst. Sie wissen, worauf sie bei sich achten müssen, um mögliche Symptome einer Mittraumatisierung rechtzeitig zu erkennen. Dadurch können sie gezielt und frühzeitig auf psychische und physische Symptome reagieren, die auf eine sich entwickelnde sekundäre Traumatisierung hindeuten können. DolmetscherInnen hingegen sind sich oft nicht darüber im Klaren, worauf mentale und körperliche Symptome wie Schlaflosigkeit, Müdigkeit, veränderte Essgewohnheiten oder Taubheit hindeuten können. Dementsprechend sind sie nicht immer in der Lage, die Gefahr selbst zu erkennen und selbst wenn sie sie erkennen, wissen sie aufgrund mangelnder institutioneller Vorbereitung nicht unbedingt, wie sie darauf reagieren sollen. Der erste und zugleich wichtigste Schritt ist das Erkennen dieser Signale, und dafür wäre eine entsprechende Ausbildung, die auch eine emotionale Vorbereitung umfasst, im Rahmen der Dolmetscherausbildung unbedingt erforderlich (Anderson 2011: 2).

3.2 Präventive Vorbereitung vor traumatisch potenziellen Einsätzen

Unter Vorbereitung auf die jeweiligen Dolmetscheinsätze wird häufig die fachliche Vorbereitung verstanden. In der Dolmetscherausbildung wird der Schwerpunkt ebenfalls eher darauf gelegt und die persönliche psychische Vorbereitung wird hingegen vernachlässigt. Die Relevanz der emotionalen Vorbereitung ist besonders im psychotherapeutischen Kontext von großer Bedeutung. Dadurch, dass sich DolmetscherInnen die zu erwartenden traumatischen Inhalte im Vorfeld bewusst machen, werden sie von dem Gehörten weniger unerwartet getroffen und sind

dadurch geringeren Belastungen ausgesetzt. Eine hohe psychische Belastung kann nämlich ein Ausgangspunkt sekundärer Traumatisierung sein (Bancroft et al. 2015: 86).

Im Idealfall sollten sich TherapeutInnen vor dem jeweiligen Einsatz Zeit nehmen, um mit den DolmetscherInnen bestimmte Aspekte zu klären bzw. zu besprechen, die ihnen die psychische Vorbereitung auf die Therapiesitzung erleichtern. Dazu gehören Hintergrundinformationen über die KlientInnen sowie das Thema der Sitzung, die Vorstellung des Sitzungsablaufs durch den/die TherapeutIn sowie die Erwartungen, die er/sie an den/die DolmetscherIn richtet (Tribe & Thompson 2022: o.S.). Laut Delizée et al. wäre neben einem Vorgespräch in jedem Fall auch ein Nachgespräch erforderlich, um einer sekundären Traumatisierung vorzubeugen. Auf Grundlage dieser Studie könnten die Überlegungen von Tribe & Thompson um dem Aspekt ergänzt werden, dass TherapeutInnen mit den DolmetscherInnen auch über jene Themen sprechen sollten, die während der Sitzung bzw. im Rahmen der Therapie bearbeitet werden sollten, sowie – sofern der/die TherapeutIn darüber ausreichend informiert ist – auch über das mögliche Verhalten der PatientInnen. Eine Nachbesprechung dient der Entlastung der DolmetscherInnen und sollte unter anderem auch die Gelegenheit schaffen, potenzielle persönliche Bewältigungsstrategien zu besprechen. (Delizée 2024: 37f.).

In einer Studie von Prentice et al. (2014: 274) berichteten DolmetscherInnen über unzureichende Informationen im Vorfeld der Einsätze, bei denen sie dolmetschten. Aus ihrer Sicht wäre es hilfreich, selbst minimale Informationen in Form eines Briefings zu den jeweiligen Fällen oder PatientInnen zu erhalten, um sich emotional im Voraus vorbereiten und entsprechend schützen zu können (Prentice et al. 2014: 274). Insgesamt zeigt sich, dass eine gute psychische Vorbereitung ein wesentlicher Schutzfaktor gegen sekundäre Traumatisierung ist.

3.3 Einzel- und Gruppensupervision bzw. kollegiale Unterstützung für DolmetscherInnen

Die Einzel- und Gruppensupervision kann eine der wirksamsten Methoden für DolmetscherInnen sein, um die psychische Belastung zu verarbeiten, der sie während ihrer Arbeit ausgesetzt sind. Die Verletzlichkeit, der Ausdruck emotionaler Reaktionen oder deren Verbalisierung stellt häufig eine Herausforderung dar. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Betroffenen aus Angst vor negativen gesellschaftlichen Reaktionen ihre Emotionen nicht offen zeigen oder verbalisieren. In einem Kontext, in dem DolmetscherInnen unter sich über ihre belastenden

Erfahrungen berichten und von ähnlichen Erlebnissen Anderer erfahren können, kann dies einen positiven Einfluss auf sie haben. Dies kann das Gefühl stärken, dass der/die DolmetscherIn mit den aus dem Arbeitsumfeld resultierenden Problemen, seinen/ihren Gefühlen und negativen emotionalen Reaktionen nicht allein ist, und kann zur Verstärkung des Gefühls beitragen, dass die von ihm/ihr erlebten Schwierigkeiten nicht auf individuelle Schwächen hindeuten, sondern als natürliche Begleiterscheinung des psychotherapeutischen Kontexts zu verstehen sind (Anderson 2011: 2f.). Falls aber DolmetscherInnen wegen der Schweigepflicht bestimmte Informationen in der Gruppe nicht teilen können, die jedoch für ihr persönliches Wohlbefinden besprochen werden sollten, stellt das Debriefing eine gute Alternative dar. Es ermöglicht den DolmetscherInnen, belastende Erfahrungen direkt mit den TherapeutInnen zu teilen, mit denen sie während einer Sitzung zusammengearbeitet haben (Tribe & Thompson 2022 o.S.) Auf die Relevanz der Schweigepflicht muss schon allein deshalb hingewiesen werden, weil laut einer Studie von 2014 ein Teil der DolmetscherInnen darüber berichtete, dass belastende Erlebnisse häufig sogar zu Hause nicht thematisiert werden, da dies eine Verletzung der Schweigepflicht darstellen würde. Somit ist die Möglichkeit, die Personen anderer Berufsgruppen haben – nämlich seelisch belastende Erfahrungen mit Freunden oder Familienmitgliedern zu teilen und sich dadurch teilweise zu entlasten – für DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Umfeld in vielen Fällen nicht gegeben (Prentice et al. 2014: 274).

Jedoch, selbst wenn DolmetscherInnen keine persönlichen Daten über die in der Psychotherapie teilnehmenden KlientInnen oder konkrete Informationen über die Therapie weitergeben, sondern ausschließlich versuchen, über ihre eigenen Gefühle oder über selbst empfundene Ängste zu berichten, können dennoch sowohl Nachteile als auch Vorteile entstehen, wenn DolmetscherInnen ihre Besorgnisse mit ihnen nahestehenden Personen teilen möchten. Der Vorteil eines solchen Austauschs liegt darin, dass zwischen der erzählenden und der zuhörenden Person bereits ein Vertrauensverhältnis besteht, was ein wichtiger Faktor ist, wenn jemand ihre/seine Emotionen, Ängste und Sorgen mit anderen teilt. Jedoch besteht bei so einer engen Beziehung die Gefahr, dass die zuhörende Person nur vorsichtig Ratschläge erteilt, kritische Rückfragen vermeidet oder Problemlösungen vorschlägt, die die Möglichkeit einer positiven Weiterentwicklung begrenzen könnte, da es sich weder um PsychotherapeutIn noch um SupervisorIn handelt. In solchen Fällen ist es für DolmetscherInnen hilfreicher, sich an SupervisorInnen zu wenden, mit denen sie eine objektive, aber zugleich vertrauensbasierte Beziehung aufbauen können.

In der Studie von Hetherington (2012: 50ff.) werden die positiven Wirkungen der Supervision hervorgehoben. Ein wesentlicher Effekt einer gut funktionierenden Supervision

besteht darin, dass sie DolmetscherInnen zur Selbstreflexion anregt. Die Fähigkeit zur Selbstreflexion entwickelt sich in der Regel nur schwer eigenständig und ohne Unterstützung. Supervision bietet dafür eine geeignete Möglichkeit, diesen Prozess gezielt zu fördern. Ein weiterer Aspekt ist, dass DolmetscherInnen mithilfe von Supervision ihre eigenen emotionalen Reaktionen besser verstehen und angemessene Bewältigungsstrategien entwickeln können.(Hetherington 2012: 50ff.).

Die Relevanz von Gruppenreflexion und emotionaler Unterstützung lässt sich theoretisch auch durch das Co-Active Coaching-Modell untermauern, da es relevante Prinzipien für solche Formen der Gruppensupervisionen bietet. Das Co-Active-Modell enthält hilfreiche Grundprinzipien – wie etwa die Konzentration auf den gegenwärtigen Moment, das Handeln auf Grundlage innerer Werte sowie das Annehmen individueller emotionaler Prozesse –, die im Rahmen von Einzel- oder Gruppensupervision sowie kollegialer Unterstützung effektiv angewendet werden können. Die Anwendung dieses Modells kann DolmetscherInnen dabei unterstützen, eigene Gefühle und emotionale Reaktionen bewusster wahrzunehmen, innere Ressourcen zu erkennen und darauf aufbauend individuelle Coping-Strategien zu entwickeln. Die auf diesen Prinzipien basierenden Strukturen fördern nicht nur das langfristige psychische und physische Wohlbefinden von DolmetscherInnen, sondern können auch zur Entwicklung persönlicher Schutzmechanismen gegenüber sekundärer Traumatisierung beitragen. (Harvey et al. 2020: 84f.).

Laut einer Studie von Anderson (2011: 9f.), die die Gründe für die Verletzlichkeit von DolmetscherInnen, die mit traumatisierten Menschen zusammenarbeiten, sowie die Auswirkungen kollegialer Unterstützung auf das Wohlbefinden der DolmetscherInnen untersucht, wurde der Schluss gezogen, dass kollegiale Gruppensupervision die psychische Widerstandskraft der beteiligten Dolmetscherinnen gestärkt hat. Allein das Wissen bzw. Bewusstsein über die Existenz sekundärer Traumatisierung hat den Teilnehmenden dabei geholfen, sich vor deren negativen Einflüssen zu schützen. Die Teilnehmenden haben unter anderem darüber berichtet, dass sie dank der Gruppensupervisionen den mit dieser Art von Arbeit verbundenen Stress als weniger stark empfinden. Darüber hinaus gaben sie an, infolge kollegialer Gruppensitzungen über mehr persönliche Strategien zu verfügen, um den sekundären traumatischen Stress zu bewältigen. Die erwähnten positiven Einflüsse solcher Gruppensupervisionen können somit zum persönlichen Wohlbefinden am Arbeitsplatz beitragen und das Gefühl der Zugehörigkeit zu anderen KollegInnen stärken, die mit ähnlichen Herausforderungen konfrontiert sind (Anderson 2011: 9f.).

3.4 Praktische Ansätze für Selbstfürsorge, Selbstreflexion

Ein bewusster und reflektierter Umgang mit den emotionalen Herausforderungen der Dolmetschtätigkeit ist eine zentrale Voraussetzung für das psychische und physische Wohlbefinden im psychotherapeutischen Setting. Wenn sich DolmetscherInnen der möglichen Risiken in einem belastenden Arbeitsumfeld bewusst sind und erkennen, dass bestimmte emotionale Reaktionen verständlich und menschlich nachvollziehbar sind, kann dies dazu beitragen, dass entsprechende Symptome weniger stark stigmatisiert werden. Auf diese Weise steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie frühzeitig Hilfe in Anspruch nehmen (Delizée et al. 2024: 38).

Verschiedene Entspannungstechniken werden von Bancroft et al. (2015: 91) empfohlen und ausführlich beschrieben, die von DolmetscherInnen als hilfreich bestätigt werden. Dazu gehören Selbstfürsorgetechniken, wie fokussierte Atemübungen, die vor allem zur Durchführung zu Hause vorgeschlagen werden, da sie mehr Zeit in Anspruch nehmen. Darüber hinaus werden jedoch auch kürzere Techniken von einer bis zehn Minuten detailliert beschrieben, die unmittelbar vor einer Therapiesitzung angewendet werden können. Als ebenfalls nützlich werden Selbstmassagen oder Meditationstechniken eingeschätzt, deren Durchführung ebenfalls von den AutorInnen konkret erläutert wird (Bancroft et al. 2015: 91).

Besonderes Gewicht legen Bancroft et al. (2015: 94–98) auf die Erstellung eines Selbstfürsorgeplans, der verschiedene Dimensionen umfassen sollte: die körperliche Ausgeglichenheit (z.B. durch Sport, Wellness, ausreichend Schlaf und ausgewogene Ernährung), das emotionale Gleichgewicht (z.B. durch Meditation), das soziale Umfeld (z.B. durch Freizeitaktivitäten mit Freunden und Familie) sowie Entspannung (z.B. durch Atemübungen). Die AutorInnen empfehlen zudem, diesen Plan schriftlich festzuhalten, damit die Ziele oder Aufgaben, die sich DolmetscherInnen vornehmen, regelmäßig durchgeführt und mit größerer Wahrscheinlichkeit verwirklicht werden. In einem solchen Plan können darüber hinaus konkrete Einsätze geplant und beschrieben werden, wobei festgelegt wird wie sich DolmetscherInnen vor, während und nach der Sitzung verhalten, wie sie Distanz wahren und mit ihren Emotionen umgehen möchten. Dadurch können sie sich bestmöglich vorbereitet fühlen und verhindern, dass Stress gar nicht erst entsteht. (Bancroft et al. 2015: 94–98).

Die Relevanz einer Nachbesprechung unmittelbar nach einer therapeutischen Sitzung besteht darin, dass sie DolmetscherInnen die Möglichkeit zu einer ersten Entlastung bietet. Dadurch ergibt sich die Gelegenheit, eigene unangenehme Gefühle sowie etwaige Stresssituationen, die während der Sitzung erlebt wurden, zu reflektieren. Ein besonders wichtiger Aspekt ist dabei, dass diese Nachbesprechungen mit dem/der jeweils anwesenden TherapeutIn

erfolgen, der/die – durch die eigene Teilnahme an der Sitzung – die von den DolmetscherInnen geschilderten Situationen und die emotionalen Reaktionen nachvollziehen kann. Zudem handelt es sich um eine Vertrauensperson, bei der keine Gefahr besteht, die Schweigepflicht zu verletzen, was eine sichere und offene Kommunikationssituation für die DolmetscherInnen ermöglicht. Der/Die TherapeutIn stellt somit eine erste Ansprechperson dar, die unmittelbare Unterstützung leisten kann und effektiv zur emotionalen Entlastung der DolmetscherInnen beitragen kann (Hlavac 2017: 21f.).

Auch Bontempo & Malcolm (2012: 117–121) heben in ihrer Studie die Selbstfürsorge als eine mögliche positive Bewältigungsstrategie hervor, die unter anderem beinhaltet, dass DolmetscherInnen sowohl auf ihre körperliche als auch auf ihre psychische Gesundheit achten und zudem ihren sozialen Kontakten, darunter Angehörigen und Freunden, Zeit widmen. Darüber hinaus betonen sie die Bedeutung der spirituellen Bedürfnisse und der finanziellen Sicherheit, die jeweils einen Grundpfeiler der Selbstfürsorge darstellen. Ausdrücklich für DolmetscherInnen empfehlen die Autoren erprobte Techniken, die abhängig vom Persönlichkeitstyp gut funktionieren können. Die eine Technik basiert auf Dokumentation, bei der DolmetscherInnen unmittelbar nach einer aktuellen Sitzung, die sie als besonders stressig empfunden haben, diese schriftlich festhalten. Dabei sollte es nicht nur um die Geschehnisse gehen, sondern auch um die persönlichen Gefühle, die DolmetscherInnen während des Hörens von für sie belastenden Geschichten erlebt haben. Solche Dokumentationen können einerseits als innerer Abschluss dienen – durch ein schriftliches Festhalten und bewusstes Loslassen –, andererseits kann in einer Supervision darauf zurückgegriffen werden. Die andere Technik umfasst eine Vielzahl an Visualisierungsmethoden, von denen hier eine hervorgehoben wird, bei der sich DolmetscherInnen beim Eintreten in die Wohnung oder beim Verlassen des Arbeitsplatzes vorstellen, unter einer imaginären Dusche zu stehen, deren fallende Tropfen symbolisch alle negativen Erfahrungen des Tages abwaschen (Bontempo & Malcolm 2012: 117–121).

3.5 Schutz- und Bewältigungsstrategien zur Prävention sekundärer Traumatisierung

Effektive Coping- und Stressbewältigungsmethoden sind für Dolmetscher unerlässlich, um ihre Resilienz aufrechtzuerhalten. Verschiedene Methoden – seien sie psychischer, physischer, institutioneller oder persönlicher Natur – stehen DolmetscherInnen zur Verfügung, um ihre innere Balance zu bewahren und langfristig sowie nachhaltig arbeiten zu können. Bei diesem Punkt

ist es wichtig zu erwähnen, dass – genauso wie bei den Risikofaktoren – auch bei den Bewältigungsstrategien die individuellen Persönlichkeitsmerkmale eine entscheidende Rolle spielen, wie z. B. der Neurotizismus. Neurotizismus, der auf einem vermeidenden Temperament beruht, ist gekennzeichnet durch eine erhöhte Anfälligkeit für Angst, Traurigkeit, körperliche Erregung und Anspannung (Carver & Connor-Smith 2009: 688). Bontempo & Malcolm (2012: 114ff.) sind der Ansicht, dass es Personen, die über einen hohen Grad an Neurotizismus verfügen bzw. introvertierter sind, schwerer fällt, mit den Belastungen adäquat umzugehen (Bontempo & Malcolm 2012: 114ff.). Carver & Connor Smith (2009) ergänzen diese Gedanken damit, dass eher introvertierte Menschen mit Neurotizismus als Persönlichkeitsmerkmal Probleme und stressige Situationen als Bedrohung erleben, was bei ihnen Angststörungen auslösen kann. Infolgedessen handeln sie in der Regel impulsiv, lassen sich von ihren Emotionen leiten und wählen die Vermeidung als Bewältigungsstrategie. Die Vermeidung verursacht kurzfristig Erleichterung, was diese Persönlichkeitstypen wiederum dazu anregt, auch bei der nächsten stressigen Situation nicht der Problemlösung ins Auge zu sehen. Außerdem geht man im Fall von Neurotizismus davon aus, dass die verfügbaren Bewältigungsressourcen nur im geringen Maße vorhanden sind (Carver & Connor-Smith 2009: 688; Connor-Smith & Flachsbar 2007: 1099f.). Extrovertierte, aufgeschlossene und gewissenhafte Menschen hingegen beurteilen Stresssituationen eher als Herausforderungen und nicht als Bedrohung. Dadurch sind ihre Bewältigungsstrategien viel ausgewogener, überlegter und nicht emotionsgeleitet. Sie sind problemlösungsorientierter, offen für neue Strategien und Menschen, verfügen über größere berufliche Netzwerke und nehmen schneller äußere Hilfe in Anspruch (Carver & Connor-Smith 2009: 687).

Es ist ein natürliches menschliches Bedürfnis, Opfern helfen zu wollen. Bei der Konfrontation mit Schmerz, Trauer oder Leid, erfolgt in der Regel eine automatische empathische Reaktion, es entsteht das Bedürfnis, helfen zu wollen. Als DolmetscherIn ist es wichtig, mit solchen automatisch auftretenden empathischen Gefühlen professionell umzugehen. Ganz ohne Empathie während der Dolmetscheinsätze im psychotherapeutischen Setting zu agieren, trägt nicht unbedingt zur Vertrauensbildung bei. Daher ist es wichtig, mit diesen Gefühlen gut umzugehen. Es ist nicht einfach, aber notwendig, eine goldene Mitte zu finden. Einen Zustand, in dem sich die PatientInnen geborgen fühlen, weil ihnen sowohl von Seiten der DolmetscherInnen als auch der TherapeutInnen ein gewisses Mitgefühl übermittelt wird, und in dem es den DolmetscherInnen gleichzeitig gelingt, sich professionell zu distanzieren. Diese professionelle Distanzierung – sowohl auf psychischer als auch auf physischer Ebene – ist ein entscheidender Schritt, um sich als DolmetscherIn vor einer möglichen emotionalen Involvierung zu schützen. Persönliche Gespräche, die außerhalb der eigentlichen Dolmetschsituation während der

Therapie stattfinden, sowie körperlicher Kontakt, wie eine tröstende Umarmung fallen nicht unter professionelles Verhalten und sollten sowohl im Interesse der PatientInnen als auch der DolmetscherInnen vermieden werden. Solche Handlungen können die PatientInnen verwirren. Dadurch können DolmetscherInnen als ihnen emotional nahestehenden Personen wahrgenommen werden, was es ihnen später erschwert, klare Grenzen zu ziehen. Sollten sich die DolmetscherInnen emotional in das Geschehen der PatientInnen hineinversetzen, beeinträchtigt das ihr persönliches Wohlbefinden (Pennsylvania Coalition Against Rape & Administrative Office of Pennsylvania Courts 2018: 16f.). Bancroft et al. (2015: 15) betonen eine zentrale Botschaft, die Dolmetscher vor Augen haben sollten, wenn sie in der Psychotherapie tätig sind:

„ Give voice.[...] You may want to “help” the victim: Resist that temptation. Victim service providers are trained to provide services to survivors of crime: You are not trained to provide such services. You are trained to interpret ” (Bancroft et al. 2015: 15). Dies könnte ein erster Schritt sein, den sich DolmetscherInnen idealerweise vor jedem Einsatz bewusst machen sollten, damit sie jeden therapeutischen Einsatz mit einer innerlich klaren professionellen Distanz beginnen können.

Es existiert keine allgemeingültige Technik, mit der sich im Bereich der Psychotherapie tätige Personen wirksam vor sekundärer Traumatisierung oder anderen psychischen Belastungen schützen könnten. Delizée et al. (2024: 36) stellen jedoch verschiedene Methoden vor, die speziell für DolmetscherInnen empfohlen werden, die in einem psychisch belastenden Arbeitsumfeld tätig sind. Eine dieser Techniken ist die Visualisierung einer virtuellen Schutzblase, in die DolmetscherInnen bereits vor Beginn der therapeutischen Sitzungen eintreten und sich bis zum Ende der Sitzung gedanklich aufhalten. Je nach Kreativität oder dem Vertrauen in die Wirksamkeit dieser Technik, kann die Blase virtuell individuell gestaltet werden. Diese Methode kann bei starker emotionaler Belastung dazu beitragen, eine innere Distanz herzustellen und sich vor einer möglichen sekundären Traumatisierung zu schützen. Eine weitere in dieser Studie empfohlene Technik dient der gezielten emotionalen Ablenkung. Indem sich DolmetscherInnen bewusst auf bestimmte Gegenstände oder deren Farben im Raum fokussieren oder durch regelmäßiges Trinken von Wasser, können sie sich für einen Moment von den emotional belastenden Inhalten abgrenzen. Nach Abschluss der jeweiligen Sitzungen kann es darüber hinaus hilfreich sein, die behandelten Themen gedanklich in eine symbolische Schachtel zu legen, nachdem diese idealerweise im Rahmen eines Austauschs mit TherapeutInnen, KollegInnen, Verwandten oder FreundInnen besprochen wurden, wobei Vertraulichkeit der Inhalte selbstverständlich gewahrt bleibt (Delizée et al. 2024: 36).

Bancroft et al. (2015: 88f.; 94) schlagen in ihrem Trainingshandbuch verschiedene

Techniken vor, die dabei helfen können, sich zu distanzieren, sich zu beruhigen und dadurch die Belastung zu reduzieren. Rituale, wie das Anlegen eines bestimmten Gegenstands vor der Sitzung und das Ablegen danach, die Visualisierung eines sicheren Ortes, an den sich DolmetscherInnen in Gedanken vorstellen, oder auch das Vorstellen des Gesichts einer geliebten Person, sowie der Wechsel von der ersten in die dritte Person können diese Funktion erfüllen. Darüber hinaus erweisen sich einfache Strategien als hilfreich, die als Stresslöser wirken können, zum Beispiel wenn die DolmetscherInnen bereits vor den jeweiligen Einsätzen versuchen, sich vorzustellen, wie sie sich während der Sitzung positionieren werden, wenn sie sich Gedanken darüber machen, wie sie in belastenden Situationen ihre innere Ruhe bewahren oder welche Ablenkungs- bzw. Distanzierungstechniken sie anwenden möchten. Das gilt auch für Situationen, in denen sie kaum bis gar keine Information über eine Sitzung haben, weil es sich um einen Notfall handelt, bei dem sie so schnell wie möglich vor Ort erscheinen müssen (Bancroft et al. 2015: 88f.; 94).

Eine weitere wirksame Technik ist die Konzentration auf bestimmte Gegenstände im Raum, auf Symbole oder auf Buchstaben im Notizblock. Auf diese Weise kann die sonst beim Dolmetschen gebräuchliche Visualisierung des Gehörten – die normalerweise die Genauigkeit unterstützt – vermieden werden. In traumatisierenden Fällen ist dies besonders wichtig. (ebd. 92f.).

Den Augenkontakt zu vermeiden, dient ebenfalls der Distanzierung. Wenn es die Situation zulässt, sollte auf den Notizblock fokussiert werden, anstatt in die Augen der PatientInnen zu schauen. Beim Dolmetschen ist dies nicht während der gesamten Therapiesitzung möglich, da dadurch sonst ein unfreundlicher und unempathischer Eindruck bei den PatientInnen entstehen kann. Darüber hinaus ist es hilfreich, beim Sitzen in einer entspannten Position zu bleiben (Schubbe 2011: 190f.).

Eine weitere Studie hat ebenfalls die Bewältigungsstrategien erfasst, die sich laut der TherapeutInnen im Umgang mit traumatischen Belastungen während der therapeutischen Arbeit als besonders hilfreich erwiesen haben. Die beiden in der genannten Studie als besonders effektiv bewerteten Strategien sind zum einen die mit der Familie beziehungsweise mit Freizeitaktivitäten verbrachte Zeit und zum anderen die Inanspruchnahme von Supervision. Diese beiden Strategien haben keine präventive Funktion, sondern tragen dazu bei, dass HelferInnen – seien es PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen oder DolmetscherInnen – den belastenden Stress bewältigen können, der zur Sekundärtraumatisierung führen kann und als Folge wiederholter Konfrontation mit traumatischen Erlebnissen auftreten kann (Bober & Regehr 2006: 5ff.).

Anfangs kann es schwerfallen, die vorgestellten Übungen durchzuführen, doch je öfter diese Strategien geübt werden, desto automatischer und routinierter lassen sie sich anwenden. Die individuell passenden Techniken zu finden, benötigt Zeit und setzt voraus, dass möglichst viele verschiedene Methoden ausprobiert werden. Trainingshandbücher, andere DolmetschkollegInnen sowie TherapeutInnen können dabei eine unterstützende Rolle spielen (Bancroft et al. 2015: 93).

3.6 Institutionelle Verantwortung und strukturelle Maßnahmen

Die Arbeit von DolmetscherInnen im psychotherapeutischen oder anderen traumabezogenen Kontext erfordert nicht nur sprachliche Kompetenzen, sondern auch emotionale Stabilität und psychische Resilienz. Das verborgene gesundheitliche Risiko, das mit der regelmäßigen Präsenz in einem solchen Arbeitsumfeld einhergeht, darf nicht unterschätzt werden. Der institutionellen Vorbereitung kommt dabei eine große Bedeutung zu, damit Dolmetscherstudierende diese Risiken rechtzeitig erkennen und angemessen damit umgehen können. Bereits während der Dolmetscherausbildung sollten die Ausbildungsinstitute großen Wert auf die Vermittlung von Wissen über eine mögliche psychische Überlastung legen und Strukturen entwickeln, die die Selbstreflexion, Prävention und den Zugang zu Unterstützungsangeboten fördern. Das vorliegende Kapitel konzentriert sich auf effektive, positive und präventive Bewältigungsstrategien, daher werden negative Strategien nicht ausführlich behandelt. Dennoch ist es von Relevanz, auf die Existenz problematischer Bewältigungsmethoden aufmerksam zu machen, insbesondere, weil es DolmetscherInnen ohne ein entsprechendes Wissen darüber, welche Strategien als negativ, nicht fördernd oder eben positiv-präventiv gelten, schwer fällt, geeignete Strategien auszuwählen. Schon während der Ausbildung oder spätestens im psychotherapeutischen Berufsalltag sollten angehende oder bereits beruflich aktive DolmetscherInnen dafür sensibilisiert werden, dass bestimmte auf den ersten Blick logisch erscheinende und häufig unbewusst gewählte Strategien – wie das Leugnen der Schwere der Belastung, die Flucht in die Arbeit, was sich in übermäßig vielen Arbeitsstunden in diesem Bereich äußern kann, oder der Konsum von Rauschmitteln – das Risiko einer möglicherweise schon einsetzenden sekundären Traumatisierung erhöhen können. Die Verantwortung dafür liegt einerseits bei der universitären Ausbildung, die sicherstellen sollte, dass sich Studierende diesen Unterscheidungen bewusst sind, und andererseits bei psychotherapeutischen Einrichtungen, die DolmetscherInnen die notwendige Unterstützung anbieten müssen. Nicht zuletzt tragen auch die DolmetscherInnen selbst Verantwortung, indem sie die erlernten

positiven Strategien anwenden und angebotene Hilfe in Anspruch nehmen (Bontempo & Malcolm 2012: 117).

In einer Studie von Delizée et al. (2024: 30f.) wurde ein Kurs im Rahmen der Dolmetscherausbildung konzipiert, mit dem Ziel, die Studierenden bereits während ihrer Ausbildung für die psychische Belastung ihrer Tätigkeit bzw. für die sekundäre Traumatisierung von DolmetscherInnen im Gesundheitswesen zu sensibilisieren. Der Kurs umfasst 15 Stunden und neben der Vermittlung theoretischen Wissens über diese Gefahren wird großer Wert darauf gelegt, den Dolmetscherstudierenden reale Erfahrungen näherzubringen und gemeinsam Lösungen bzw. Bewältigungsstrategien zu entwickeln (Delizée et al. 2024: 30f.).

Die Universität Wien hat über drei Semester hinweg einen ähnlichen Kurs mit dem Titel „Psychisches Erleben beim Dolmetschen“ angeboten, in dessen Rahmen eine Lehrende in Zusammenarbeit mit einer Psychotherapeutin und Supervisorin Informationen und persönliche Erfahrungen über Belastungen für DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Kontext vermittelt hat. Darüber hinaus haben sie gemeinsam mit den StudentInnen mögliche Bewältigungsstrategien und Schutzmechanismen erarbeitet. Auch die Gefahr der Sekundärtraumatisierung wurde thematisiert, ebenso wie deren Symptome und Entstehungsgründe (Universität Wien 2023: o.S.).

Dean & Pollard Jr. (2009: 1–4) entwarfen eine Methode in der Dolmetscherausbildung, die den frontalen Unterricht durch eine sogenannte „Beobachtungssupervision“ ergänzen sollte, bei der StudentInnen an realen – unter anderem in psychotherapeutischen – Situationen teilnehmen könnten. Das über fünf Jahre laufende Forschungsprojekt, das in vier amerikanischen Städten mit GebärdensprachdolmetscherInnen durchgeführt wurde, umfasste 15 Stunden Beobachtung und 15 Stunden Supervision. Ziel des Projekts war es, dass angehende DolmetscherInnen sowohl das psychotherapeutische Setting und die TherapeutIn-PatientIn-Allianz kennenlernen als auch sich im Rahmen von Supervisionen mit den eigenen während der Sitzungen aufkommenden Emotionen auseinandersetzen. Die Abwesenheit von DolmetscherInnen war in diesem Projekt eine bewusste Entscheidung und diente dem Zweck, dass Dolmetschstudierende sich ausschließlich auf die beobachteten Abläufe, Dynamik und ihre eigenen Empfindungen konzentrieren konnten (Dean & Pollard Jr. 2009: 1–4). Das Projekt, das aus einer „Beobachtungssupervision-Gruppe“ und einer Kontrollgruppe bestand, führte einerseits dazu, dass die TeilnehmerInnen der „Beobachtungssupervision-Gruppe“ ein umfassenderes Wissen über psychische Gesundheit im Allgemeinen erlangten, und andererseits, dass sie ihre eigenen Gefühle klarer von jenen der PatientInnen unterscheiden konnten. Dies stellt eine wesentliche Übung der Selbstreflexion dar und ist – neben vielen

weiteren Schritten – ein bedeutender Beitrag zur Vorbeugung sekundärer Traumatisierung. Ein weiterer Aspekt, der hervorgehoben werden muss, ist, dass die DolmetscherInnen, die an dem Projekt teilgenommen haben, die Relevanz der Supervision betonten, insbesondere deshalb, weil sie sich selbst und ihre Arbeit dadurch respektiert, akzeptiert, verstanden und wertgeschätzt fühlten (Dean & Pollard Jr. 2009: 12–15). Wie bereits in einem früheren Kapitel erwähnt, ist Wertschätzung ebenfalls ein zentraler Faktor, um die Entwicklung von Belastungsfolgen, wie Burnout vorzubeugen.

Da das Risiko der Entwicklung einer sekundären Traumatisierung bei DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Setting auch in einem direkten Zusammenhang mit der Häufigkeit jener Einsätze steht, bei denen sie traumatischen Inhalten ausgesetzt sind (Potocky & Guskovict 2020: 7), sollten strukturelle Änderungen vorgenommen werden. Dazu zählen unter anderem bessere und sensiblere Regelungen hinsichtlich der Zuteilung der DolmetscherInnen zu potenziell traumatisierenden Fällen sowie Überlegungen zur Begrenzung der Anzahl ihrer Einsätze im Bereich der Psychotherapie (Delizée et al. 2024: 37f.). Bontempo & Malcolm (2012: 119) sehen die Verantwortung ebenfalls bei universitären Institutionen sowie bei Arbeitsplätzen, um sicherzustellen, dass sich Studierende darüber im Klaren sind, was ein umfassender Selbstfürsorgeplan beinhaltet und warum die Erstellung eines solchen Plans notwendig ist. Ein solcher Plan sollte wertvolle Techniken vor, während und nach den jeweiligen Sitzungen umfassen, um Stress, Belastung und das Risiko der sekundären Traumatisierung zu vermeiden (Bontempo & Malcolm 2012: 119).

Laut David Gangsei (2012: 2) neigen Menschen, die in helfenden Berufen tätig sind, dazu, sich zu überlasten und oft unbemerkt immer mehr Zeit in belastenden Umgebungen zu arbeiten. Daher ist es nicht nur wichtig, DolmetscherInnen gezielt auf die möglichen Risiken einer Überlastung vorzubereiten, sondern es sollte auch institutionell geregelt werden, wie viele Stunden sie in solchen Arbeitsumfeldern eingesetzt werden dürfen (Gangsei 2012: 2).

4 Methodischer Rahmen der Forschung

In dem vorliegenden Kapitel wurden zunächst das Ziel der Forschung sowie die zugrunde liegende Forschungsfrage dargelegt. Darauf aufbauend folgt die Darstellung der methodischen Vorgehensweise, die sowohl die Entwicklung des Interviewleitfadens als auch die Auswahl der InterviewpartnerInnen und die Durchführung der Interviews umfasst. Anschließend wurden die Schritte der Transkription und der Auswertung des Materials erläutert.

4.1 Wesentliche Aspekte qualitativer Forschung

Die qualitative Forschung ist keine neue Methodenrichtung. Das Bedürfnis nach qualitativen Forschungsansätzen existiert bereits seit dem frühen 20. Jahrhundert, erlangte jedoch in den 1980er Jahren eine stärkere wissenschaftliche Anerkennung. Dazu trug auch wesentlich Philipp Mayring bei, der das Buch „Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken“ veröffentlichte (Kuckartz & Rädiker 2022: 36f.).

Die Relevanz der quantitativen Methoden wurde dabei nicht in Frage gestellt, jedoch zeigte sich in den folgenden Jahrzehnten ein wachsender Bedarf an qualitativen Forschungsansätzen, da sich der zu untersuchende Gegenstandsbereich ausschließlich mit numerischen Verfahren nicht ausreichend erfassen lässt. Die so gewonnenen Daten erscheinen oft vereinfacht und verkürzt, wodurch die Vielschichtigkeit sozialer Zusammenhänge verloren gehen kann. VertreterInnen qualitativer Methoden suchen daher nach Antworten auf die Frage, wie bestimmte Zusammenhänge entstehen, und tun dies, indem sie die Perspektive der Betroffenen bzw. Befragten in den Vordergrund stellen (Lamnek & Krell 2016: 17f.).

Die qualitative Forschung stellt eine verbreitete empirische Forschungsmethode dar und spielt in zahlreichen Wissenschaftsbereichen eine zentrale Rolle. So wird sie beispielsweise in der Soziologie, Psychologie, Politik- und Kulturwissenschaften angewendet, um komplexe soziale Phänomene vertiefend untersuchen zu können. Ob in einer Forschung qualitative, quantitative oder gemischte Methoden (Mixed-Methods) eingesetzt werden, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Einer dieser Faktoren ist dabei die jeweilige wissenschaftliche Disziplin oder das Fachgebiet, doch auch zwischen einzelnen Universitäten lassen sich Unterschiede feststellen. Darüber hinaus vertreten verschiedene Länder unterschiedliche Herangehensweisen in Bezug auf die beiden Ansätze der empirischen Sozialforschung (Blasius & Baur 2022: 1f.)

Qualitative Forschung bedeutet mehr als die bloße „Erhebung und Auswertung nicht

numerischer Daten“ (Kuckartz & Rädiker 2022: 18). Ernst von Kardorff et al. (1995: 3) definieren den Begriff der qualitativen Forschung wie folgt: „Der Begriff ‚qualitative Forschung‘ ist ein Sammelbegriff für sehr unterschiedliche theoretische, methodologische und methodische Zugänge zur sozialen Wirklichkeit“ (von Kardorff et al. 1995: 3)

Darüber hinaus weist er darauf hin, dass qualitative Forschung nicht als Gegenmodell zur quantitativen Forschung, sondern vielmehr als ergänzender Ansatz verstanden werden sollte, der sich gut mit quantitativen Verfahren kombinieren lässt. Zugleich zeigt sich, dass qualitative Forschung in gewisser Weise im Gegensatz zur quantitativen Forschung steht, da letztere sich auf Experimente, theoretische Modelle und numerische Methoden fokussiert (von Kardorff et al. 1995: 3). Im Gegensatz dazu versucht qualitative Forschung, das Leben und die Erfahrungen der Betroffenen aus deren Perspektive – also von innen heraus – darzustellen. Auf diese Weise werden soziale Wirklichkeit sowie die Art und Weise, wie Menschen handeln, Situationen interpretieren und welche Strukturen und Muster hinter ihrem Verhalten stehen, deutlicher sichtbar (Flick et al. 2007: 14). Flick et al. ergänzen diese Definition damit, dass die Bezeichnung „qualitative Forschung“ unterschiedliche theoretische und methodische Zugänge umfasst. Die drei zentralen Richtungen sind: erstens die auf subjektiven Erfahrungen basierende Richtung, zweitens die Richtung, die untersucht, wie soziale Wirklichkeit in alltäglichen Situationen entsteht, und drittens die Annahme, dass hinter sozialen Verhaltensweisen tiefere Zusammenhänge und unbewusste Prozesse stehen. Unter qualitativer Forschung werden häufig Untersuchungen verstanden, in denen in der Regel nur wenige Personen befragt werden und auf statistische Auswertungen verzichtet wird (Flick et al. 2007: 18).

Aus quantitativer Perspektive wird als negativ hervorgehoben, dass die Befragung nur in begrenztem Umfang erfolgt, dass bei der Stichprobenziehung keine zufällige Auswahl der Teilnehmenden angewendet wird und dass keine statistischen Daten gemessen oder analysiert werden. Diese Merkmale, die aus der Sicht der quantitativen Forschung kritisch gesehen werden, können zwar teilweise der Realität entsprechen, jedoch gibt es auch Untersuchungen, in denen tatsächlich eine Vielzahl von Personen befragt wird oder in denen statistische Auswertungen ebenfalls vorkommen (Lamnek & Krell 2016: 16).

In der qualitativen Forschung können Daten auf unterschiedliche Weise erhoben und ausgewertet werden. Flick et al. beschreiben drei Möglichkeiten der Einteilung. Leitfaden oder narrative Interviews bilden die Grundlage für die erste Perspektive, bei der das Codieren und die Inhaltsanalyse im Vordergrund stehen. Darauf wird in einem späteren Unterkapitel noch näher eingegangen. Die zweite Perspektive basiert auf Daten, die durch Gruppendiskussionen, Beobachtungen oder audiovisuelle Aufzeichnungen erhoben werden. Schließlich gibt es

Zugänge, in denen visuelle Materialien oder Filmaufnahmen herangezogen und ausgewertet werden (Flick et al. 2007: 17).

4.1.1 Verbindung von den Grundannahmen qualitativer Forschung mit der eigenen Forschung

Im Zentrum qualitativer Forschung stehen verschiedene Annahmen und Prinzipien. Erstens geht sie davon aus, dass soziale Wirklichkeit nicht als objektiv bestehend verstanden wird, sondern in sozialer Interaktion gemeinsam hergestellt und mit Bedeutung versehen wird. Forschende interessieren sich dafür, wie Individuen und Gruppen ihre Lebenswelten deuten, strukturieren und wahrnehmen (Flick et al. 2007: 20). Dieses Verständnis zeigt sich auch im psychotherapeutischen Dolmetschen, wo der Sinn dessen, was gesagt wird, nicht bereits feststeht, sondern im Gespräch zwischen TherapeutIn, PatientIn und DolmetscherIn entsteht.

Zweitens wird angenommen, dass soziale Wirklichkeit nicht gegeben ist, sondern sich kontinuierlich verändert und in einem reflektiven Prozess immer wieder neu hergestellt wird (Flick et al. 2007: 20). Auch im psychotherapeutischen Dolmetschen wird deutlich, dass Bedeutungen und Interpretationen in der Kommunikation nicht festgelegt sind, sondern sich mit jeder neuen Situation und Erfahrung weiterentwickeln. Drittens wird davon ausgegangen, dass Menschen ihre Lebensumstände nicht nur über objektive Merkmale erfassen, sondern sie subjektiv deuten und ihnen eine persönliche sinnhafte Bedeutung verleihen, die ihr Denken und Handeln prägt (Flick et al. 2007: 20).

Diese Perspektive ist für die vorliegende Arbeit zentral, da die befragten DolmetscherInnen ihre beruflichen Erfahrungen, Belastungen und Strategien individuell interpretieren und in einem persönlichen Sinnzusammenhang stellen. Die vierte Annahme betont, dass qualitative Forschung selbst ein interaktiver und kommunikativer Prozess ist, in dem Daten im direkten Austausch mit den Teilnehmenden erhoben und interpretiert werden, wodurch sich soziale Wirklichkeit aus unterschiedlichen Perspektiven rekonstruieren lässt (Flick et al. 2007: 20). In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich, dass die Aussagen der DolmetscherInnen im Verlauf des Gesprächs entstanden und sich während des Austauschs weiterentwickelten.

4.2 Zielsetzung und Forschungsfrage

Das Ziel der vorliegenden Forschung ist es, auf eine Lücke hinzuweisen, die den Dolmetscherberuf im psychotherapeutischen Umfeld betrifft, nämlich auf die emotionale Belastung, die ohne angemessene Behandlung, Sorgfalt, Supervision und präventive Maßnahmen letztendlich sogar zur sekundären Traumatisierung führen kann (Splevins et al. 2010: 1705f.; Sabel & Roschinski 2010: 37f.).

Obwohl die Rolle der DolmetscherInnen im medizinischen und therapeutischen Umfeld immer mehr Aufmerksamkeit erhält, wird der emotionalen Belastung und dem Risiko der Sekundärtraumatisierung wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Berthold und Fischmann (2014: 1–8) betonen, dass Dolmetscher, die im psychotherapeutischen Umfeld tätig sind, zwar eine sehr wichtige Rolle in der Therapie von traumatisierten Menschen spielen, jedoch nicht die notwendige Unterstützung und Vorbereitung in der Ausbildung auf eine derartige Arbeit erhalten (Berthold & Fischman 2014: 1–8). Es mangelt besonders an systematischen Untersuchungen, die sich explizit mit den spezifischen Herausforderungen und Bewältigungsstrategien von DolmetscherInnen im therapeutischen Umfeld befassen. Dies ist besonders relevant, da sich viele DolmetscherInnen den tatsächlichen Risiken und der möglichen Auswirkungen der sekundären Traumatisierung nicht genügend bewusst sind (Wichmann et al., 2018: 226f.). In diesem Zusammenhang wurde untersucht, welche Methoden zu der Reduzierung dieser Belastungen beitragen können, sowie welche Unterstützungsmöglichkeiten den DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Umfeld zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus wurde ein großer Wert daraufgelegt, welche Aspekte die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer sekundären Traumatisierung beeinflussen. Diese Masterarbeit untersucht folgende Forschungsfragen:

- Inwieweit sind DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Umfeld aus Sicht der Befragten der Gefahr einer sekundären Traumatisierung ausgesetzt?
- Welche Faktoren beeinflussen dieses Risiko?
- Inwiefern sind DolmetscherInnen in der Lage, sich in diesem Kontext vor den potenziellen Auswirkungen zu schützen?
- Erhalten sie ausreichende Vorbereitung und Unterstützung zur Prävention und/oder Bewältigung einer möglichen sekundären Traumatisierung?

4.3 Leitfadengestütztes Interview

Leitfadengestützte Interviews werden in qualitativen Forschungen häufig verwendet. Auf vordefinierte Richtlinien basierende Interviews bieten die Möglichkeit, tiefere Zusammenhänge zu untersuchen. Diese Arten von Interviews folgen einer festgelegten Struktur, bei der die Gliederung des Interviews und die Festlegung der Rollen der Teilnehmenden von Bedeutung ist (Helfferich 2022: 875f.).

Um den Begriff des leitfadengestützten Interviews präziser zu bestimmen, kann folgende Definition herangezogen werden:

Leitfadeninterviews sind definiert als Interviews, die mit einem Leitfaden den Interviewablauf gestalten. Der Leitfaden ist eine vorab vereinbarte und systematisch angewandte Vorgabe zur Gestaltung des Interviewablaufs. Er kann sehr unterschiedlich angelegt sein, enthält aber immer als optionale Elemente (Erzähl-)Aufforderungen, explizit vorformulierte Fragen, Stichworte für frei formulierbare Fragen und/oder Vereinbarungen für die Handhabung von dialogischer Interaktion für bestimmte Phasen des Interviews. Der Leitfaden beruht auf der bewussten methodologischen Entscheidung, eine maximale Offenheit (die alle Möglichkeiten der Äußerungen zulässt) aus Gründen des Forschungsinteresses oder der Forschungspragmatik einzuschränken. (Helfferich 2022: 876)

Bei der Gestaltung eines leitfadengestützten Interviews ist das Ziel, den Befragten zu ermöglichen, anhand ihrer persönlichen Erlebnisse und Betrachtungsweisen auf die vorgegebenen, aber flexibel anpassbaren Fragen zu antworten. Gleichzeitig ist besonders darauf zu achten, dass die Fragen nicht zu stark festgelegt sind und nicht darauf abzielen, das bereits vorhandene Wissen zu bestätigen. Ein weiterer zentraler Aspekt bei der Gestaltung eines leitfadengestützten Interviews besteht darin, eine möglichst große Offenheit zu gewährleisten. Diese ist sowohl für die interviewte Person als auch für den Interviewenden von Bedeutung, da eine der Grundvoraussetzungen für ein erfolgreiches Interview darin liegt, dass die interviewte Person auf die Fragen unvorhersehbare Antworten geben kann. Dabei bedeutet Offenheit für die Interviewenden, dass sie in der Lage sind, sich auf andere Perspektiven einzulassen und sich nicht auf eine bestimmte Antwort festlegen, die ihren eigenen Erwartungen entspricht (Helfferich 2022: 878). Die Methode des leitfadengestützten Interviews ermöglicht es, dass die Befragten ihre Gedanken offen und frei äußern können, während der/die ForscherIn sicherstellt, dass jedes relevante Thema angesprochen wird (Helfferich 2022: 875–878).

(Leitfadengestützte) Interviews sind kein geeignetes Mittel, um überprüfbares Faktenwissen zu erheben. Ihre Stärke liegt vielmehr darin, dass sie dazu anregen, persönliche Geschichten zu erzählen, eigene Sichtweisen zu begründen und Erfahrungen ausführlich zu schildern. Solche Interviews durchzuführen ist insbesondere dann sinnvoll, wenn es um

individuelle Erlebnisse oder sensible Themen geht, die nur in einer vertraulichen Gesprächssituation angesprochen werden können (Mey & Mruck 2010: 431f.).

Ein wichtiger Faktor, der sowohl bei der Erstellung des Interviewleitfadens als auch bei der Formulierung der Fragen berücksichtigt werden muss, ist, dass die Fragen nicht geschlossen sind und dass die Interviewführenden keine wertenden und suggestiven Fragen stellen (Dresing & Pehl 2015: 10f.).

Falls in Forschungsarbeiten mit leitfadengestützten Interviews gearbeitet wird, wird der zu untersuchende Gegenstand üblicherweise in verschiedene thematische Bereiche unterteilt. Diese Bereiche bilden auch eine strukturelle Grundlage für den Aufbau des Leitfadens. Am Anfang jeder thematischen Einheit steht eine Einstiegsfrage oder Erzählaufforderung, die so formuliert ist, dass sie das Gespräch beziehungsweise die neue Einheit öffnet, jedoch nicht vorgibt, was genau gesagt werden soll (Kruse 2015: 213f.).

Die gewählte Methode ist für die Untersuchung solcher Phänomene geeignet, die auf individuellen Wahrnehmungen und subjektiven Erfahrungen basieren. Dementsprechend eignet sie sich gut für die Zielsetzungen der vorliegenden Arbeit. Dies wird durch andere Studien im Bereich der Dolmetschwissenschaft gestützt, die Interviews als gängige Forschungsmethode für die Erfahrungen und Herausforderungen der DolmetscherInnen eingesetzt haben (Miller et al. 2005: 27–39; Splevins et al. 2010: 1705–1716).

Leitfäden stellen ein nützliches Instrument in Interviews dar, da sie unter anderem dazu beitragen, das bereits vorhandene Wissen besser zu strukturieren und zu reflektieren. Sie dienen als Unterstützung sowohl unmittelbar vor als auch während des Interviews, falls dieses nicht reibungslos verläuft, oder vom ursprünglichen Thema abweicht. In solchen Fällen führt der Leitfaden wieder zurück zum vorgesehenen Themenbereich (Mey & Mruck 2010: 430f.).

In der Regel beschränkt sich ein Leitfaden auf höchstens zwei Seiten. In Bezug auf die Ausformulierung der Fragen lassen sich jedoch unterschiedliche Ansätze in der Literatur finden. Die Fragen können entweder stichwortartig notiert oder vollständig ausformuliert werden. Bei einer stichwortartigen Formulierung ist es allerdings ratsam, die Fragen vorab zu üben, um Sicherheit in der Fragestellung zu gewinnen (Mey & Mruck 2010: 430f.). Je nach interviewführender Person, kann das Gespräch strenger entlang der ausführlich vorformulierten Fragen geleitet werden. Dadurch entsteht eine stärkere Strukturierung, die wiederum einen größeren Einfluss auf den Verlauf des Interviews ermöglicht. In solchen Fällen ist jedoch darauf zu achten, dass die Offenheit des Interviews dennoch erhalten bleibt. Bei einer stichwortartigen Formulierung der Fragen ist zu beachten, dass der Leitfaden vor allem der thematischen Orientierung dient und die Befragten den Gesprächsverlauf inhaltlich und zeitlich selbst steuern

können (Kruse 2015: 203f.).

Bei der Zeitplanung wird die Auffassung von Leila Akremi (2022: 418f.) berücksichtigt, die der Ansicht ist, dass ein einstündiges Interview mit einem/einer TeilnehmerIn – was bei den geplanten vier Teilnehmenden insgesamt vier bis fünf Stunden ergibt – zusammen mit der Suche nach geeigneten InterviewpartnerInnen, der Terminvereinbarung und der Durchführung des Interviews insgesamt etwa zehn Stunden in Anspruch nimmt. Hinzu kommt der Zeitaufwand, der für das Transkribieren der aufgezeichneten Interviews angewendet wird und dem 5- bis 6-fachen des oben genannten Zeitintervalls entspricht. Laut Akremi (2022: 418f.) kann der gesamte Zeitaufwand unter Berücksichtigung der oben genannten Bedingungen und sofern keine unerwarteten Schwierigkeiten oder Hindernisse auftreten, auf eine volle Arbeitswoche geschätzt werden (Akremi 2022: 418f.).

Aufgrund der Sensibilität des Forschungsgebietes ist es im Rahmen der Anonymität wichtig, die Identität der Interviewten zu schützen. Um die Identifizierbarkeit der Interviewten zu vermeiden, wird empfohlen sowohl für die Teilnehmenden als auch für die Institutionen, in denen die DolmetscherInnen tätig sind, Pseudonyme zu verwenden (Meyer & Meier zu Verl 2022: 310). Die Teilnehmenden müssen gründlich über das Forschungsziel informiert werden, wobei die Sensibilität des Themas besonders hervorgehoben werden muss, damit sie eine bewusste Entscheidung treffen können, ob sie am Interview teilnehmen möchten oder nicht. Außerdem muss ihnen zugesichert werden, dass die Teilnahme freiwillig ist und dass sie das Interview jederzeit abbrechen können, falls sie sich währenddessen anders entscheiden (Friedrichs 2022: 349ff.).

4.4 Theoretische Grundlagen der qualitativen Inhaltsanalyse

Zu den in der qualitativen Inhaltsanalyse häufig verwendeten Ansätzen gehören der von Mayring und der von Kuckartz. Beide Ansätze setzen sich zum Ziel, Kommunikationsinhalte systematisch zu analysieren. Beide befassen sich mit sprachlich vermitteltem Material und versuchen sowohl explizite als auch implizite Bedeutungen zu erschließen und bei beiden Methoden steht die Kategorienbildung im Zentrum der Analyse (Mayring & Fenzl 2022: 690ff.; Kuckartz & Rädiker 2022: 39). Jedoch gibt es Unterschiede, aufgrund derer der Ansatz nach Kuckartz für die vorliegende Untersuchung besser geeignet scheint. Kuckartz definiert qualitative Inhaltsanalyse wie folgt:

Unter qualitativer Inhaltsanalyse wird die systematische und methodisch kontrollierte wissenschaftliche Analyse von Texten, Bildern, Filmen und anderen Inhalten von Kommunikation verstanden. Es werden nicht nur manifeste, sondern auch latente Inhalte analysiert. Im Zentrum der qualitativen Analyse stehen Kategorien, mit denen das gesamte für die Forschungsfrage(n) bedeutsame Material codiert wird. Die Kategorienbildung kann deduktiv, induktiv oder deduktiv-induktiv erfolgen. Die Analyse geschieht primär qualitativ, kann aber auch quantitativ-statistische Auswertungen integrieren; sie kann sowohl kategorienorientiert als auch fallorientiert erfolgen. (Kuckartz & Rädiker 2022: 39)

Die von Kuckartz formulierte Definition der qualitativen Inhaltsanalyse verweist bereits auf ihre hermeneutische Grundlage. Im nächsten Abschnitt wird daher die Bedeutung der Hermeneutik für das Verständnis und die Interpretation qualitativer Daten näher beschrieben.

Damit Texte wissenschaftlich untersucht und ausgewertet werden können, ist ein tiefgreifendes Verständnis ihrer Bedeutung unerlässlich. Ein solches Verständnis umfasst nicht nur das Erfassen der sprachlichen Oberfläche, sondern erfordert auch Vorwissen über Kontext, Themenfeld und Kommunikationssituation. Erst auf dieser Grundlage kann erkannt werden, welche Bedeutungen in einem Text enthalten sind und wie sie miteinander in Beziehung stehen. Dieses Verständnis von Sinn und Bedeutung bildet gleichzeitig die Grundlage hermeneutischer Ansätze, die sich mit den Prozessen des Verstehens und der Interpretation sprachlich vermittelter Inhalte befassen. Kuckartz & Rädiker heben vier Grundprinzipien der Hermeneutik hervor, die besonders relevante Orientierungspunkte für die qualitative Inhaltsanalyse sind (Kuckartz & Rädiker 2022: 23ff.). Das erste Prinzip ist die Berücksichtigung der Entstehungssituation eines Textes, also die Bedingungen, unter denen er produziert wurde, sowie des Verhältnisses und der gegenseitigen Erwartungen zwischen Forschenden und Befragten. Als zweites Prinzip nennen Kuckartz & Rädiker den „hermeneutischen Zirkel“ und betonen, dass das Ganze eines Textes nur verstanden werden kann, wenn seine einzelnen Teile verstanden werden, und

gleichzeitig können einzelne Teile nur verstanden werden, wenn bereits eine Vorstellung oder ein Vorwissen von dem Ganzen vorhanden ist. Dies bezeichnen sie als „hermeneutischen Zirkel“. Als drittes Prinzip beschreiben Kuckartz & Rädiker die hermeneutische Differenz, die darauf hinweist, dass beim Verstehen ein Abstand zwischen dem bereits Bekannten und dem zunächst Fremden überbrückt werden muss. Diese Distanz macht deutlich, dass Bedeutungen nicht selbstverständlich sind. Das vierte Prinzip betont, dass hermeneutische Verfahren keine absolute Wahrheit liefern, sondern nur nachvollziehbare und begründete Deutungen ermöglichen (Kuckartz & Rädiker 2022: 26f.).

4.5 Praktische Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse

Nach der Kategorienbildung folgt die nächste Phase, in der die Analyse und Auswertung der Daten mithilfe der entwickelten Kategorien schrittweise unter Einhaltung der Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse durchgeführt werden. Kuckartz und Rädiker schlagen eine strukturierte, aber dennoch flexible Methode vor, um den Auswertungsprozess nachvollziehbar und systematisch zu gestalten. Dazu bildet das allgemeine Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse eine gute Basis:

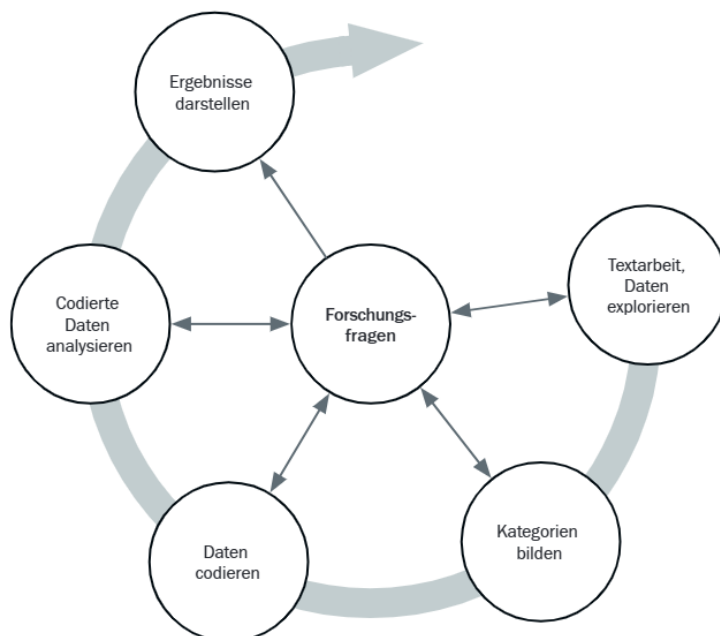


Abbildung 1: Ablaufmodell Inhaltsanalysen (Kuckartz & Rädiker 2022: 106)

Im Mittelpunkt jeder qualitativen Inhaltsanalyse steht die Forschungsfrage. Die Analyse ist stets im Hinblick auf diese durchzuführen. Alle fünf Schritte stellen wesentliche Bestandteile einer qualitativen Inhaltsanalyse dar, dennoch wird hervorgehoben, dass insbesondere die Phasen „Kategorien bilden“, „Daten Codieren“ und „Daten analysieren“ für die eigentliche inhaltliche Analyse von zentraler Bedeutung sind. In der Abbildung wird deutlich, dass die Analyse kein streng festgelegter Prozess ist, sondern durch eine gewisse Offenheit gekennzeichnet ist. Alle fünf Phasen stehen in einer wechselseitigen Relation zur Forschungsfrage, was bedeutet, dass sowohl die Kategorien als auch die Forschungsfragen während des gesamten Analyseprozesses wiederholt überprüft, angepasst und weiterentwickelt werden können (Kuckartz & Rädiker 2022: 105f.). Aufbauend auf diesem allgemeinen Ablaufmodell beschreiben Kuckartz und Rädiker verschiedene Formen der qualitativen Inhaltsanalyse, die sich bezüglich ihrer Vorgehensweisen unterscheiden. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse kann auf der Grundlage verschiedener Verfahren vorgegangen werden.

Laut Kuckartz & Rädiker (2022: 104) werden drei wesentliche Vorgehensweisen beschrieben: erstens die inhaltlich strukturierende, zweitens die evaluative und drittens die typenbildende qualitative Inhaltsanalyse. Von diesen ist für die vorliegende Masterarbeit die inhaltlich strukturierende besonders relevant, dementsprechend wird im Folgenden diese Methode näher erläutert.

4.5.1 Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse

Die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse ist eine der meistverwendeten Analysemethoden in der qualitativen Forschung, daher wird in der vorliegenden Arbeit ebenfalls diese Methode angewendet.

Damit eine inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse methodisch korrekt durchgeführt werden kann, sind die sieben Etappen nach Kuckartz & Rädiker (2022: 132) zu berücksichtigen.

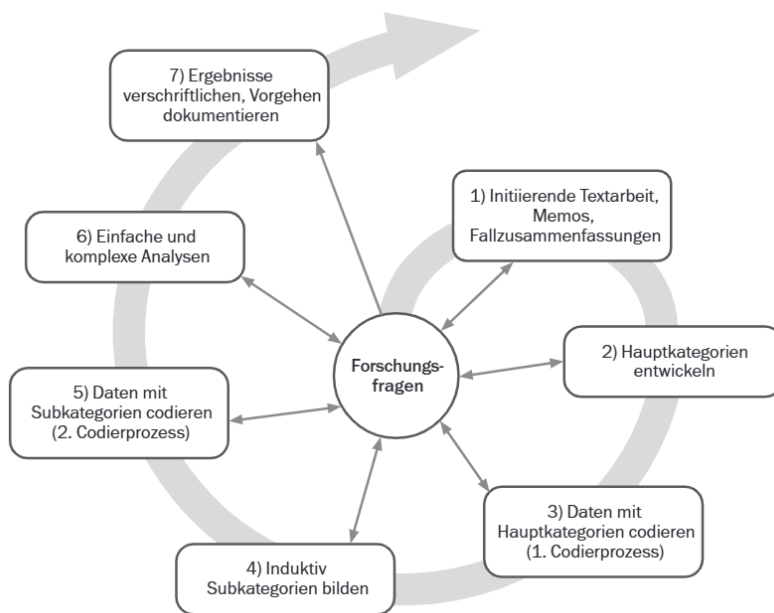


Abbildung 2: Inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz & Rädiker 2022: 132)

In der ersten Etappe wird ein grundlegendes Verständnis geschaffen, indem die Interviewtexte parallel zum Interviewleitfaden gelesen und dabei erste Zusammenhänge hergestellt werden. In dieser Etappe können Notizen zu den beim Lesen entstandenen Eindrücken und Ideen erstellt werden, die später auch für die Fallzusammenfassung von Bedeutung sein können. Unter einer Fallzusammenfassung wird keine klassische Zusammenfassung verstanden, vielmehr handelt es sich um eine Kurzdarstellung des Gelesenen im Hinblick auf die Forschungsfrage, die die wichtigsten Inhalte und Beobachtungen in konzentrierter Form wiedergibt (Kuckartz & Rädiker 2022: 132f.).

In der zweiten Etappe erfolgt die Entwicklung der Hauptkategorien. Bei der Erstellung der Hauptkategorien sind stets die Forschungsfragen zu berücksichtigen. Die Hauptkategorien ergeben sich meistens aus den Themen, die im Interviewleitfaden bereits zentral waren. Bevor die gesamte Analyse durchgeführt wird, ist es sinnvoll, die erstellten Kategorien an einem Teil der Daten anzuwenden, um zu testen, ob sie für das Material geeignet sind (Kuckartz & Rädiker 2022: 133f.).

Nachdem dies erfolgt ist, kann in die dritte Etappe übergegangen werden, in der die zuvor erprobten Hauptkategorien auf das Material angewendet werden. In dieser Phase wird jeder Satz des gesamten Textmaterials durchgegangen und im Sinne der Hermeneutik werden die einzelnen Teile verstanden und den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Bei der Kategorieneildung kann es vorkommen, dass mehrere Kategorien demselben Textabschnitt oder derselben Sinneinheit zugeordnet werden können. Solange sich zwei oder mehrere Kategorien nicht

gegenseitig widersprechen, ist dies zulässig. Bei den Sinneinheiten hängt die Entscheidung, ob nur ein Satz oder mehrere Sätze (gegebenenfalls einschließlich der Frage) codiert werden, davon ab, ob die betreffende Einheit auch ohne den umgebenden Text eigenständig Sinn ergibt. In dieser Etappe wird außerdem die Qualität des Codierens durch die Überprüfung der Kategorien und der codierten Segmente durch andere Personen gewährleistet, sofern es sich um eine Forschung handelt, die von mehreren Personen im Team durchgeführt wird. Nur so kann mit ausreichender Sicherheit davon ausgegangen werden, dass die Codierung zu einem zuverlässigen Ergebnis führt, es sei denn, die Struktur des Interviews ist bereits durch den Interviewleitfaden deutlich festgelegt (Kuckartz & Rädiker 2022: 134–137).

In der vierten Etappe der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse werden die bereits bestehenden Hauptkategorien verfeinert und in Subkategorien gegliedert. Nachdem alle den jeweiligen Hauptkategorien zugeordneten Textstellen erfasst wurden, werden daraus induktiv Subkategorien entwickelt. Anschließend werden diese inhaltlich geordnet, definiert und durch passende Beispiele aus den Interviews illustriert (Kuckartz & Rädiker 2022: 138–142).

In der fünften Etappe erfolgt ein zweiter Durchgang durch das bereits codierte Material, bei dem die Subkategorien mit den Daten verknüpft werden. Eine grundlegende Voraussetzung für ein gelungenes Codieren auf Subkategorieebene ist, dass bei der Erstellung der Hauptkategorien genügend Material berücksichtigt wurde, das sich weiter verfeinern lässt. Es wird außerdem empfohlen, jeweils nur mit einer Hauptkategorie und den dazugehörigen Subkategorien zu arbeiten und diese schrittweise auf das Datenmaterial zu übertragen. Darüber hinaus kann es während des gesamten Auswertungsprozesses hilfreich sein, in die erste Etappe zurückzukehren, um die bereits erstellten Fallzusammenfassungen im Hinblick auf die entwickelten Haupt- und Subkategorien zu überarbeiten oder zu ergänzen. Optional, wenn eine Hauptkategorie und ihre Subkategorien eine sehr große Menge an codierten Textstellen beinhalten, kann eine thematische Verdichtung der Inhalte sinnvoll sein. In diesem Zusammenhang kann eine sogenannte Themenmatrix erstellt werden, in der die zentralen Themen sowie die Äußerungen der einzelnen interviewten Personen zu diesen Aspekten zusammengestellt werden. Anschließend werden diese themenbezogenen Aussagen von den Forschenden in eigenen Worten zusammengefasst (Kuckartz & Rädiker 2022: 142–147).

Die sechste Etappe bietet verschiedene Analysemöglichkeiten von einfacheren bis zu komplexeren Ansätzen. Um die geeignete Form auszuwählen, muss die Forschungsfrage genauer betrachtet werden, um einschätzen zu können, welche der acht vorgeschlagenen Varianten am besten zu ihr passt. Nach dem Ansatz von Kuckartz & Rädiker (2022: 147, Abb. 20) werden acht verschiedene Formen einfacher und komplexer Analysen unterschieden:

- Kategorienbasierte Analyse entlang der Hauptkategorien
- Zusammenhänge zwischen den Subkategorien einer Hauptkategorie
- Paarweise Zusammenhänge zwischen Kategorien
- Mehrdimensionale Konfigurationen von Kategorien
- Visualisierungen
- Vertiefende Einzelfallanalysen
- Tabellarische Fallübersichten
- Fall- und Gruppenvergleiche: qualitativ und quantifizierend

Die einfacheren Analysen, wie beispielsweise die kategorienbasierte Analyse entlang der Hauptkategorien, dienen vor allem dazu, die Inhalte der einzelnen Kategorien nachvollziehbar darzustellen, zentrale Aussagen herauszuarbeiten und auf diese Weise ein vertieftes Verständnis der behandelten Themen zu ermöglichen. Die komplexeren Formen, wie die Analyse der Zusammenhänge zwischen Subkategorien einer Hauptkategorie oder die vertiefende Einzelfallanalyse, ermöglichen dagegen eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial, bei der thematische Verbindungen erkennbar werden (Kuckartz & Rädiker 2022: 147–154).

In der letzten Etappe der Analyse steht die schriftliche Darstellung der Ergebnisse im Mittelpunkt. Ziel ist es, die zentralen Resultate und damit die Antworten auf die Forschungsfragen darzulegen. Dabei können die bereits in den früheren Phasen angefertigten Notizen als Grundlage dienen, sodass die zuvor verschriftlichten Gedanken und Beobachtungen zu einem Ergebnistext ausgearbeitet werden. Im Ergebnistext soll auf die ursprünglich formulierten Forschungsfragen zurückgegriffen werden und darüber berichten, ob diese beantwortet werden konnten, ob sich die eigenen Erwartungen und Annahmen, die zu Beginn der Studie gestellt wurden, als richtig oder falsch herausgestellt haben oder ob Fragen noch offengeblieben sind. Darüber hinaus wird in dieser Etappe das gesamte Vorgehen der Analyse beschrieben werden (Kuckartz & Rädiker 2022: 154ff.).

4.6 Kategorienbildung

Wie zuvor bereits ausführlich beschrieben wurde, sind Kategorien zentrale Elemente der qualitativen Inhaltsanalyse. Zum Prozess der Kategorienbildung gehört, dass zunächst die Umwelt wahrgenommen und interpretiert wird, Begriffe herausgebildet werden, Unterschiede und Gemeinsamkeiten erkannt und Entscheidungen darüber getroffen werden, zu welcher Klasse bzw. Kategorie das Wahrgenommene gehört. Auf diese Weise entstehen Kategorien, die als

„Ergebnis der Klassifizierung von Einheiten“ (Kuckartz & Rädiker 2022: 53f.) verstanden werden können (Kuckartz & Rädiker 2022: 53f.).

Die Kategorien lassen sich in unterschiedliche Arten unterteilen: thematische, evaluative, skalierende, analytische, theoretische, natürliche, formale und Fakten-Kategorien. Je nachdem, ob eine Kategorie ein spezifisches Themenfeld beschreibt, ob mit ihr eine Bewertung vorgenommen wird, ob durch sie analytisch tiefere Muster und Zusammenhänge erfasst werden, ob eine Kategorie durch Aussagen und Begriffe der interviewten Personen gebildet wird, ob mit ihrer Hilfe äußere Merkmale eines Interviews dargestellt werden oder ob durch sie objektive Daten erfasst werden, erfolgt die Zuordnung zu einer der genannten Kategorienarten (Kuckartz & Rädiker 2022: 56f.).

Die gewonnenen Kategorien bilden die Grundlage des Kategoriensystems, das auch als Codesystem bezeichnet wird. Bei der Erstellung eines hierarchischen Kategoriensystems werden Haupt- bzw. Oberkategorien sowie Sub- bzw. Unterkategorien gebildet, die unter Berücksichtigung wichtiger Regeln entstehen. Damit ein Kategoriensystem funktioniert, ist es zunächst erforderlich, dass die einzelnen Kategorien in einem sinnvollen Zusammenhang stehen und die Struktur des Systems für Außenstehende klar nachvollziehbar bleibt. Nach Kuckartz & Rädiker lassen sich sieben Kriterien benennen, die bei der Erstellung eines Kategoriensystems berücksichtigt werden müssen. Unter diesen Kriterien gilt es als das Wichtigste, dass jede einzelne Kategorie im Hinblick auf die Forschungsfrage entwickelt wird, da die Kategorien dazu beitragen, Antworten auf die Forschungsfrage zu gewinnen. Als Nächstes wird hervorgehoben, dass das Kategoriensystem vollständig sein soll, was bedeutet, dass alle in Bezug auf die Forschungsfrage relevanten Themen und Inhalte abgedeckt werden. Darüber hinaus ist zu betonen, dass die einzelnen Kategorien nicht unabhängig voneinander existieren dürfen, sondern in einem inneren Zusammenhang stehen und zugleich klar voneinander abgegrenzt bleiben müssen. Zu den Anforderungen zählt auch, dass bei der Codierung deutlich erkennbar sein muss, welche Kategorie auf welche Textstelle angewandt wird. Ein weiteres Kriterium betrifft die sprachliche Formulierung der Kategorien, insbesondere die Frage, ob Unterkategorien derselben Ebene sprachlich in vergleichbarer Weise gestaltet sind. Eng damit verbunden ist die Bedeutung einer präzisen Benennung der Kategorien, die in klarer und plausibler Weise erfolgen sollte, ohne unnötige Komplexität (Kuckartz & Rädiker 2022: 63ff.).

Im Prozess des Codierens werden Textstellen aus dem Interviewmaterial mit bestimmten Kategorien verknüpft. Dies kann einerseits bedeuten, dass ein Abschnitt des Interviewmaterials einer bereits existierenden Kategorie zugeordnet wird, und andererseits,

dass aus einer Textstelle eine neue Kategorie entwickelt wird. In beiden Fällen wird ein Zusammenhang zwischen der Kategorie und einer bestimmten Textstelle hergestellt (Kuckartz & Rädiker 2022: 63ff.).

Wenn die Kategorienbildung durch eine Vorabbestimmung von Kategorien erfolgt, deren Grundlage unter anderem aus dem Theorieteil einer wissenschaftlichen Arbeit oder aus dem Interviewleitfaden abgeleitet wird, handelt es sich um ein deduktives Vorgehen. Falls jedoch die Kategorien aus dem erhobenen Material abgeleitet werden, so wird induktiv vorgegangen. Darüber hinaus können die beiden Vorgehensweisen miteinander kombiniert angewendet werden, indem die Kategorien zunächst deduktiv anhand des bereits vorhandenen Wissens entwickelt und anschließend neue Kategorien am Material gebildet werden (Kuckartz & Rädiker 2022: 71f., 82).

5 Untersuchungsdesign

In diesem Kapitel werden die zentralen Elemente des Forschungsdesigns dargestellt und die durchgeführten Schritte des Forschungsprozesses nachvollziehbar gemacht. Die im 4. Kapitel beschriebenen methodischen Grundlagen bilden die Basis für die praktische Umsetzung des Untersuchungsdesigns dieser Arbeit.

5.1 Datenerhebung

Das Ziel des vorliegenden Kapitels ist die Darstellung der in der Forschung angewandten methodischen Annäherung, mit besonderem Schwerpunkt auf dem Ablauf der Datenerhebung und -auswertung. Da das Ziel dieser Masterarbeit die Aufdeckung der sekundären Traumatisierung der DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Setting ist, ist die Anwendung einer Methode unerlässlich, die den Teilnehmenden die Möglichkeit bietet, ihre Erfahrungen und persönlichen Erlebnisse umfassend und tiefgreifend darzustellen.

Zur Erfassung der Daten wurden Interviews gemäß dem oben beschriebenen Leitfaden mit 4 Personen durchgeführt. Alle Interviews wurden persönlich durchgeführt, obwohl bei der Kontaktaufnahme darauf hingewiesen wurde, dass alternativ auch eine Durchführung über ZOOM oder eine andere Online-Plattform möglich gewesen wäre. Die Länge der Interviews gestaltete sich wie folgt:

Interview	Datum	Dauer
Erstes Interview	28.05.2025	35:53
Zweites Interview	10.06.2025	12:53
Drittes Interview	26.06.2025	30:32
Viertes Interview	18.09.2025	37:30

Im Vorfeld wurde eine Einverständniserklärung angefertigt, die beinhaltete, dass die interviewte Person freiwillig am Interview teilnimmt, ihre Daten ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke im Rahmen dieser Masterarbeit verwendet werden und ihre persönlichen Angaben anonymisiert und vertraulich behandelt werden. Zudem wurde festgehalten, dass das Interview aufgezeichnet, transkribiert und die Aufnahme nach Abschluss der Arbeit gelöscht werden, sowie dass das Interview jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden kann.

Während des Interviews wurde eine Tonaufnahme angefertigt. Neben den verbalen Antworten wurde versucht, die Reaktionen und die Veränderung der Körpersprache der Interviewten zu beobachten, um ein differenziertes Bild von den Denkprozessen der betroffenen Personen zu erhalten. Ein rein telefonisch geführtes Interview war nicht geplant, weil das Thema stark mit Emotionen verknüpft ist und davon ausgegangen wird, dass ein tiefgreifenderes Verständnis über den emotionalen Zustand des Dolmetschers gewonnen werden kann und dass die Interviewten offener über das Thema sprechen würden, wenn sie der Interviewerin persönlich gegenüberstehen.

Der Interviewleitfaden umfasst 17 Hauptfragen und 14 Ergänzungsfragen, wobei letztere nur dann gestellt wurden, wenn die jeweiligen InterviewpartnerInnen die entsprechenden Themen nicht bereits von sich aus angesprochen oder beantwortet hatten. Als Grundlage für die Erstellung des Interviewleitfadens dienten die vorab gegliederten thematischen Einheiten, die im theoretischen Teil der vorliegenden Masterarbeit dargestellt werden. Dementsprechend lässt sich der Interviewleitfaden in vier große thematische Einheiten gliedern. Die erste Einheit umfasst allgemeine, einführende Fragen zur Dauer der Tätigkeit als DolmetscherIn im psychotherapeutischen Setting. In der zweiten Einheit sollten die InterviewpartnerInnen anhand eigener persönlicher Beispiele über belastende Situationen während ihrer Arbeit berichten – darüber, wie sie sich während einzelner emotional herausfordernder Sitzungen, unmittelbar danach oder auch erst zu einem späteren Zeitpunkt gefühlt haben. Die auf persönliche Erlebnisse und konkrete Erzählungen ausgerichteten Fragen sollten den DolmetscherInnen die Möglichkeit geben, selbständig zu schildern, wie sie sich in solchen Situationen gefühlt und welche Emotionen sie dabei erlebt haben. Die dritte Einheit widmete sich verschiedenen Bewältigungsstrategien, Selbstfürsorgemethoden und Schutzmechanismen. Sie fungierte zugleich als Übergang zur letzten thematischen Einheit, da in den Fragen bereits erste Bezüge zur institutionellen Verantwortung hergestellt wurden. Die vierte thematische Einheit richtete schließlich den Fokus auf die Verantwortung von Universitäten und psychotherapeutischen Institutionen. In diesem Teil wurden sowohl die angemessene Vorbereitung auf die Dolmetschtätigkeit im psychotherapeutischen Kontext als auch die Verantwortung verschiedener psychotherapeutischer Einrichtungen thematisiert. Im Verlauf der Interviews zeigte sich, dass bei einigen InterviewpartnerInnen mehr ergänzende oder vertiefende Fragen gestellt werden mussten, während andere bereits im Rahmen früherer Fragen Themen ansprachen, die ursprünglich erst für spätere Interviewphasen vorgesehen waren.

5.2 Der Prozess der Ausarbeitung des Interviewleitfadens

Während der Fragenformulierung wurden neben den Anweisungen von Cornelia Helfferich die zehn Gebote von Rolf Porst als Grundlage genommen. Diese lauten:

Du sollst einfache, unzweideutige Begriffe verwenden, die von allen Befragten in gleicher Weise verstanden werden! [...] Du sollst lange und komplexe Fragen vermeiden! [...] Du sollst hypothetische Fragen vermeiden! [...] Du sollst doppelte Stimuli und Verneinungen vermeiden! [...] Du sollst Unterstellungen und suggestive Fragen vermeiden! [...] Du sollst Fragen vermeiden, die auf Informationen abzielen, über die viele Befragte mutmaßlich nicht verfügen! [...] Du sollst Fragen mit eindeutigem zeitlichen Bezug verwenden! [...] Du sollst Antwortkategorien verwenden, die erschöpfend und disjunkt (überschneidungsfrei) sind! [...] Du sollst sicherstellen, dass der Kontext einer Frage sich nicht (unkontrolliert) auf deren Beantwortung auswirkt! [...] Du sollst unklare Begriffe definieren! (Porst 2022: 1101–1110)

Gemäß den zehn Geboten von Rolf Porst wurde eine besondere Aufmerksamkeit darauf gelegt, dass die Fragen keine komplexe Struktur enthalten und dass die verwendeten Fragen vollständig und klar abgegrenzt sind.

Der vorläufige Leitfaden folgt einem kombinierten Schema aus offenen Fragen und Erzählaufforderungen. Durch das Erzählen von konkreten Geschichten sollte ein Stimulus ausgelöst werden, der die Offenheit der Interviewten erwartungsgemäß unterstützt, während mit den offenen Fragen eine Balance zwischen Strukturiertheit und Offenheit angestrebt wurde. Da die sekundäre Traumatisierung ein sensibles Thema ist, wurde darauf geachtet, dass sich die Interviewten geborgen fühlten.

Zudem wurde die Reihenfolge der Fragen so zusammengestellt, dass einer bestimmten narrativen Struktur gefolgt wird. Einführende, allgemein offene Fragen wurden schrittweise von emotional belastenden Erzählaufforderungen abgelöst, dadurch sollte sichergestellt werden, dass sich die Interviewten allmählich öffnen können. Am Ende des Interviews war vorgesehen, den Interviewten die Möglichkeit zu geben, das Gespräch mit ihren eigenen Gedanken abzuschließen oder die Rückmeldung zu geben, falls sie aus Ihrer Sicht noch wichtige Aspekte ansprechen wollten (Helfferich 2022: 881ff.).

Im Rahmen des Interviews wurden die Forschungsfragen klar kommuniziert, ohne jedoch die InterviewpartnerInnen durch die Fragestellung in eine bestimmte Richtung zu lenken oder ihre Antworten so zu beeinflussen, dass sie die in der vorliegenden Arbeit festgelegten Forschungsfragen bestätigen. Vielmehr sollten sie die Möglichkeit haben, ihre Erfahrungen frei zu schildern. So kam es dazu, dass eine der ursprünglich formulierten Fragen, nämlich: „Inwiefern beeinflusst Ihrer Meinung nach die im psychotherapeutischen Umfeld verbrachte Zeit die von Ihnen genannten psychischen und physischen Symptome (falls die interviewte Person

zuvor Symptome benannt hat, die auf eine sekundäre Traumatisierung hinweisen)?“, umformuliert und in zwei separate Fragen aufgeteilt wurde, um zu vermeiden, dass durch eine zu direkte Formulierung die interviewte Person beeinflusst wurde. Daraus entstanden die folgenden zwei, grundsätzlich zusammenhängenden Fragen: „Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Woche/Monat im psychotherapeutischen Umfeld?“ „Welche Faktoren beeinflussen Ihrer Meinung nach, ob Sie die von Ihnen genannten körperlichen und psychischen Symptome wahrnehmen oder nicht?“

Die Fragen wurden bewusst nicht unmittelbar nacheinander gestellt, um eine Beeinflussung der interviewten Person zu vermeiden. Das Ziel dabei war, dass die interviewte Person nicht automatisch eine Verbindung zwischen den gestellten Fragen herstellen, sondern ihre Antworten auf Grundlage ihrer eigenen Erfahrungen und Erlebnisse geben konnte. Auch wenn die interviewte Person keinen Zusammenhang zwischen der im traumatisierten Umfeld verbrachten Zeit und der Schwere der sekundären Traumatisierung erkannte, wurde dies in der Auswertung dennoch deutlich sichtbar. Der Vergleich der erhobenen Daten ermöglichte es, diese Zusammenhänge objektiv zu analysieren. Bei der Zusammenstellung des Leitfadens wurden die vier Schritte von Cornelia Helfferich berücksichtigt: „das Sammeln von Fragen [...], das Prüfen der Fragen [...], das Sortieren [...], das Subsumieren“ (Helfferich 2022: 884)

Zunächst erfolgte das Sammeln von Fragen, die während der Anfertigung des Theoriekapitels entstanden sind. Dabei wurde weder auf grammatikalisch noch stilistisch angemessene Formulierungen geachtet. Im zweiten Schritt wurden die Fragen kritisch überprüft, ob die darauf gegebenen Antworten für die Auswertung sowie für die Bestätigung oder Nicht-Bestätigung der Forschungsfrage relevant sind. Im dritten Schritt wurden die Fragen so sortiert, dass zunächst die allgemeinen, offenen Fragen gestellt wurden, gefolgt von denjenigen, die zur Erzählung von Geschichten auffordern. Im vierten Schritt wurden den Hauptfragen ergänzende, untergeordnete Fragen hinzugefügt, um sicherzustellen, dass der/die InterviewpartnerIn auf alle Aspekte der Frage eingeht. Es wurden Schlüsselwörter notiert, mit denen eine Hauptfrage ergänzt werden konnte, falls eine wichtige Perspektive nicht angesprochen wurde. Ein Beispiel dafür: „Findet nach einer psychotherapeutischen Dolmetschsituation eine Nachbesprechung bzw. Reflexion über das Gehörte statt? Falls ja, in welcher Form? (Notiz: Nur auf Anfrage? Sofort oder zu einem späteren Zeitpunkt?) Falls nicht, woran liegt das? (Notiz: Keine Möglichkeit seitens der TherapeutInnen, kein Interesse/Zeit Ihrerseits).“

Da das Ziel der vorliegenden Arbeit darin besteht, herauszufinden, inwieweit DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Umfeld aus Sicht der Befragten der Gefahr der sekundären Traumatisierung ausgesetzt sind und inwiefern sie in der Lage sind, sich in diesem Kontext

vor den potenziellen Auswirkungen zu schützen, wurde ein problemzentriertes Interview durchgeführt. Das Thema der sekundären Traumatisierung bei DolmetscherInnen stellt ein reales Problem dar, das die Interviewten während des Interviews anhand von eigenen Erfahrungen reflektieren und veranschaulichen sollten. Während des Interviews lag der Fokus auf den subjektiven Erlebnissen der DolmetscherInnen (Helfferich 2022: 885). Der Interviewleitfaden wurde anhand der Empfehlungen von Porst sowie unter Berücksichtigung der oben genannten Vorschläge von Helfferich erstellt und befindet sich im Anhang.

5.3 Auswahl der InterviewpartnerInnen

Während der Vorbereitung der Interviews wurde ein besonderes Augenmerk auf die Auswahl der Interviewten gelegt, um relevante und vielfältige Erfahrungen zu garantieren. Bei der Auswahl der InterviewpartnerInnen spielte die berufliche Erfahrung eine zentrale Rolle. Obwohl die allgemeine Erfahrung während des Dolmetschens weniger relevant war, wurde beabsichtigt, die Interviews ausschließlich mit DolmetscherInnen zu führen, die mindestens sechs Monate mit PsychotherapeutInnen und PatientInnen zusammengearbeitet haben. Der Zeitraum von sechs Monaten wurde festgelegt, weil davon ausgegangen wurde, dass dieser Zeitraum ausreichend ist, eine Arbeitsroutine zu entwickeln, sich an die spezifischen Anforderungen anzupassen und schrittweise in dieses spezifische Arbeitsumfeld einzuarbeiten. Die Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer sekundären Traumatisierung hängt sowohl von der Dauer der Tätigkeit als auch von weiteren Faktoren ab wie zum Beispiel der individuellen Sensibilität, der Häufigkeit des Dolmetschens im psychotherapeutischen Umfeld sowie der Unterstützung, die die DolmetscherInnen erhalten, die mit traumatisierten Menschen zusammenarbeiten (Potocky & Guskovict 2020: 7).

Die Sprachkombinationen spielten in der vorliegenden Untersuchung keine zentrale Rolle. Es wurde jedoch davon ausgegangen, dass ein vielfältigeres und differenziertes Bild gewonnen werden könnte, wenn DolmetscherInnen mit unterschiedlichen Sprachkombinationen in die Untersuchung einbezogen werden.

Während des Auswahlprozesses der möglichen InterviewpartnerInnen wurde eine umfangreiche Recherche durchgeführt. Im ersten Schritt wurden jene Institute herausgefiltert, die potenziell in Frage kamen. Dabei handelte es sich um psychiatrische Einrichtungen in ganz Österreich, die entweder in ihrem Profil angaben, auch mit DolmetscherInnen zusammenzuarbeiten, oder deren Name oder Beschreibung bereits Begriffe wie „transkulturelle Psychotherapie“ oder „transkulturelle Psychiatrie“ enthielt. Als Ergebnis dieser Recherche wurden Mitte

Mai 2025 folgende Institute telefonisch oder per E-Mail kontaktiert:

- HEMAYAT – Betreuungszentrum für Folter und Kriegsüberlebende
- Caritas der Erzdiözese Wien
- Volkshilfe Wien gemeinnützige Betriebs-GmbH
- ZEBRA – Interkulturelles Beratungs- und Therapiezentrum
- Aspis. Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge und Opfer von Gewalt. Psychotherapie, Forschung, Beratung
- Verein Projekt Integrationshaus
- ESRA Psychosoziales Zentrum
- Diakonie gemeinnützige GmbH

Drei dieser Institute erklärten sich bereit, die Interviewanfrage an DolmetscherInnen weiterzuleiten, mit denen sie zusammenarbeiten. Letztlich kam jedoch aus diesen Kontakten kein Interview zustande. Über die Gründe wurde keine Auskunft erteilt, es ist jedoch anzunehmen, dass die fehlende persönliche Beziehung und die Tatsache, dass die Anfrage über mehrere unbekannte Personen weitergeleitet wurde, die Teilnahmebereitschaft einschränkten.

Im weiteren Verlauf des Auswahlprozesses wurde daher das Schneeballverfahren angewandt, in der Hoffnung, dass bestehende Kontakte weitere potenzielle InterviewpartnerInnen empfehlen würden. Geplant war, sechs DolmetscherInnen zu interviewen. Tatsächlich konnten schließlich mit vier InterviewpartnerInnen Gespräche vereinbart werden. Das erste Interview fand am 28.5.2025 statt und das letzte am 18.9.2025. Diese Anzahl kann eine Balance zwischen einer tiefergehenden Analyse und der Machbarkeit gewährleisten (Trübner & Schmies 2022: 1239).

5.4 Datenanalyse/Auswertung

Für die qualitative Inhaltsanalyse wurden der Ansatz von Mayring und der von Kuckartz miteinander verglichen, um die methodischen Gemeinsamkeiten und Unterschiede darzustellen und den für diese Arbeit am besten geeigneten Ansatz auszuwählen. Auf dieser Grundlage wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz & Rädiker (2022) gewählt, da sie eine systematische und gleichzeitig flexible Vorgehensweise ermöglicht, um zentrale Themen und wiederkehrende Muster in den Aussagen der DolmetscherInnen herauszuarbeiten.

Die aus den Interviewfragen gewonnenen Antworten wurden auf Grundlage der aufgezeichneten Gespräche mit Hilfe von zwei Transkriptionsprogrammen transkribiert. Dabei kam ein kostenpflichtiges Programm, nämlich Amberscript®, und zum anderen ein kostenloses

Programm, nämlich TurboScribe®, zum Einsatz. In beiden Fällen gaben die Programme die Gespräche zu etwa 80% korrekt wieder. Die so gewonnenen Transkripte wurden durch die Verfasserin vollständig anhand von Audioaufnahmen überprüft und zu einer finalen Version ausgearbeitet. Im Anschluss wurde mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz & Rädiker (2022) ein Kategoriensystem erstellt.

Die entwickelten Kategorien lassen sich überwiegend den thematischen und analytischen Kategorien zuordnen. Thematisch insofern, dass sie auf bestimmte Themen bzw. Textstellen in den Interviews verweisen und dadurch relevante Kategorien induktiv entwickelt werden konnten, wie „Schutzmechanismen“ oder „psychische Belastungen“. Zugleich können die Kategorien als analytisch bezeichnet werden, wenn die Fragen nicht darauf abzielen, ein Thema zu beschreiben, sondern tiefere Zusammenhänge zu erfassen, wie beispielsweise die Kategorie „Empathie im psychotherapeutischen Dolmetschen“. Zusammenfassend werden in der vorliegenden Arbeit thematische Kategorien dargestellt, die beschreiben, was die DolmetscherInnen während ihrer Tätigkeit im psychotherapeutischen Umfeld erlebten sowie analytische Kategorien, die verdeutlichen, wie und warum diese Erfahrungen miteinander verbunden sind.

Anhand der vorgeschlagenen sieben Phasen der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse von Kuckartz und Rädiker (2022: 132) wurden zuerst die transkribierten Texte gemeinsam mit dem Interviewleitfaden verglichen und allgemeine Zusammenhänge notiert. Im zweiten Schritt wurden die ersten Entwürfe für die möglichen Hauptkategorien anhand der zentralen Themen des Interviewleitfadens erstellt. Als nächster Schritt wurden die transkribierten Interviews Satz für Satz mehrmals durchgelesen und Textstellen markiert, die den entsprechenden Kategorien zugeordnet werden können. Die gewählten Sinneinheiten wurden bis zum Ende der Auswertungsphase stets überprüft und angepasst, wobei darauf geachtet wurde, wie viel Kontext für eine codierte Textstelle notwendig ist, damit sie auch für außenstehende LeserInnen verständlich bleibt (z.B. ob die gestellte Frage mitaufgenommen werden soll). Im vierten Schritt wurden die ersten Subkategorien entworfen und die Hauptkategorien weiter verfeinert. Nachdem codierte Textstellen den entsprechenden Subkategorien zugeordnet worden waren, wurden die Interviews im fünften Schritt erneut durchgelesen, und Kategorien, denen nur sehr wenige Textstellen zugeordnet werden konnten, gestrichen oder überprüft, ob das betreffende codierte Segment nicht alternativ in eine andere bereits vorhandene Kategorie passen würde. In dieser Etappe wurden zudem die Fallzusammenfassungen zu den Haupt- und Subkategorien erstellt, in denen Beobachtungen, Zusammenhänge und Eindrücke in Form von Memos verschriftlicht wurden. In der sechsten Etappe wurde die kategorienbasierte Analyse entlang der Hauptkategorien durchgeführt, wobei die zentralen Themen der einzelnen Kategorien

dargestellt, die wichtigsten Aussagen hervorgehoben und durch Zitate nachvollziehbar gemacht wurden. Als letzter Schritt wurden die relevantesten Ergebnisse mithilfe der erstellten Fallzusammenfassungen dargestellt und die Forschungsfragen dargelegt.

5.5 Herausforderungen

Während der Abwicklung des Interviews können zahlreiche Herausforderungen auftauchen, die den Erfolg der Untersuchung und die Qualität der Daten beeinflussen können. Diese Herausforderungen können sich auf die Auswahl und Gewinnung der InterviewteilnehmerInnen, die Abwicklung der Interviews, die ethischen und datenschutzrechtlichen Aspekte sowie die Analyse der Daten auswirken. Im Folgenden wird auf die während des Forschungsprozesses aufgetretenen Herausforderungen sowie deren Lösung vor, während und nach den Interviews eingegangen.

Die erste Schwierigkeit bestand darin, geeignete InterviewpartnerInnen zu finden und sicherzustellen, dass die infrage kommenden DolmetscherInnen bereit sind, an einem Interview teilzunehmen. In diesem Zusammenhang ergaben sich zeitliche Hindernisse, da die DolmetscherInnen stark ausgelastet waren. Von den insgesamt vier geführten Interviews konnten drei innerhalb von zwei Monaten umgesetzt werden, während für das letzte aufgrund der Sommerurlaubszeit noch ein zusätzlicher Monat erforderlich war.

Eine erhebliche Herausforderung stellte die unpassende Wahl des Ortes für die Interviewführung dar. Beim zweiten Interview wurde ein Park als Ort gewählt, der sich aufgrund des Lärms durch andere StudentInnen letztlich als eher ungünstig erwies. Im Fall des dritten Interviews wurde der Ort bereits überlegter ausgewählt, nämlich an der Universität, allerdings ebenfalls in einem öffentlich zugänglichen Raum. Der Lärm beeinträchtigte das Interview zwar nicht, erschwerte jedoch an einzelnen Stellen die Transkription. Da während des Interviews nicht eindeutig absehbar war, in welchem Ausmaß die Geräusche die Tonqualität beeinflussen würden, wurden während des Gesprächs zusätzliche Notizen angefertigt, in denen die Antworten auf die Fragen stichwortartig festgehalten und unmittelbar nach dem Interview präzisiert wurden (Mey & Mruck 2010: 430). Erst in der Phase der Transkription stellte sich heraus, dass diese Notizen nicht erforderlich waren, da alle Inhalte aus der Tonaufnahme transkribiert werden konnten.

Eine weitere Herausforderung war die Datenmenge. Bei vier Interviews war es schwierig, alle Daten vollständig zu transkribieren und systematisch zu überblicken. Der Transkriptionsprozess erwies sich zudem als zeitintensiv, nicht nur aufgrund des großen

Umfangs des Materials, sondern auch wegen der teilweise schlechten Tonqualität der Aufnahmen. Einzelne Abschnitte mussten mehrfach angehört werden, um bestimmte Wörter korrekt zu erfassen. In seltenen Fällen wurde zur Überprüfung sehr kurzer Abschnitte die Unterstützung einer außenstehenden Person herangezogen, ohne dabei die Anonymität der InterviewpartnerInnen zu gefährden. Es handelte sich dabei ausschließlich um wenige Worte umfassende Passagen, aus denen weder Rückschlüsse auf die Person noch auf die konkrete Erzählung gezogen werden konnten.

In einzelnen Fällen wichen die InterviewpartnerInnen vom ursprünglichen Thema beziehungsweise von der gestellten Frage ab. In solchen Situationen besteht die Aufgabe der Interviewführenden darin, das Gespräch wieder auf das Thema zurückzuführen, damit die Antworten im Rahmen der Fragestellung bleiben. Eine Unterbrechung wäre in diesen Fällen durchaus notwendig gewesen, wurde jedoch nicht konsequent umgesetzt, sondern es wurde vielmehr die bereits gestellte Frage erneut gestellt und leicht umformuliert (Dresing & Pehl 2015: 15f.).

6 Analyse: Datenpräsentation und Diskussion

Im Folgenden werden die auf Grundlage der methodischen Vorgehensweise nach Kuckartz & Rädiker entwickelten Kategorien dargestellt. Sie wurden im Rahmen der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse durch eine Kombination induktiver und deduktiver Vorgehensweisen entwickelt. Die Präsentation der Daten folgt der kategorienbasierten Analyse entlang der Haupt- und Subkategorien und wird zugleich mit einer interpretativen Diskussion verbunden. Ziel dieses Kapitels ist es somit, die Ergebnisse nicht nur zu beschreiben, sondern auch im Hinblick auf die Forschungsfrage und die im Theorieteil dargestellten Konzepte zu reflektieren.

6.1 Dauer und Umfang der Tätigkeit

Diese Kategorie entstand aus den einleitenden Fragen, die letztlich nicht nur eine einleitende Funktion erfüllten, sondern auch eine wichtige Rolle bei der Auswertung spielten. Im Rahmen dieser Kategorie wurde auch auf die bereits im Theorieteil dargestellte Annahme eingegangen, dass zwischen der Dauer der Tätigkeit im psychotherapeutischen Dolmetschkontext und dem Auftreten von Anzeichen sekundärer Traumatisierung ein Zusammenhang bestehen kann (vgl. Potocky & Guskovict 2020: 7).

Zur Überprüfung dieser Annahme wurden zwei Faktoren berücksichtigt: Zum einen, wie lange die jeweiligen DolmetscherInnen bereits in diesem Bereich tätig sind, und zum anderen, wie viele Stunden sie pro Woche in psychotherapeutischen Settings dolmetschen. Von den vier befragten DolmetscherInnen arbeitet eine Person seit zwei Jahren, eine seit drei Jahren, eine seit zehn Jahren und eine seit einundzwanzig Jahren in diesem Feld. Hinsichtlich der wöchentlichen Arbeitszeit gaben drei der vier Befragten an, zu Beginn ihrer Tätigkeit durchschnittlich zwischen zehn und zwanzig Stunden pro Woche im psychotherapeutischen Kontext gedolmetscht zu haben. Heute dolmetschen sie im Durchschnitt nur noch zwischen zwei und sechs Stunden pro Woche. Dies begründeten sie wie folgt:

...eine Zeit lang habe ich so 14 Stunden in der Woche das gemacht, was eigentlich doch sehr viel war. (D1: SQ 14)

...jetzt in den letzten Jahren durchschnittlich vielleicht 6 Stunden, aber manchmal waren es auch 20, manchmal waren's 2. Manchmal ist es tatsächlich zu viel.

Irgendwann habe gemerkt, 5 Stunden durchgängig zu dolmetschen, dann ist man schon ziemlich fertig. (D2: SQ 13)

Im Gegensatz zu den anderen Befragten gab nur eine Person an, dass sie deutlich mehr in diesem Bereich dolmetscht als zu Beginn ihrer Tätigkeit: Die wöchentliche Arbeitszeit stieg von etwa fünf auf zwanzig Stunden.

Die Aussagen zeigen, dass die wöchentliche Arbeitszeit im Laufe der Jahre bei den meisten DolmetscherInnen veränderte, indem die meisten der Befragten die Zahl ihrer Dolmetschstunden deutlich reduzierten.

Die in dieser Kategorie zusammengefassten Aussagen zeigen eine große Bandbreite an beruflicher Erfahrung und Einsatzzeiten, die die DolmetscherInnen als im psychotherapeutischen Setting verbrachte Zeit genannt haben. Hinsichtlich des wöchentlichen Stundenumfangs wird deutlich, dass die Tätigkeit im genannten Bereich bei allen Befragten nur einen Teil ihrer Arbeitszeit ausmacht. Einzelne Aussagen – wie die Bemerkung „Und eine Zeit lang habe ich so 14 Stunden in der Woche das gemacht, was eigentlich doch sehr viel war“ (D1: SQ 14) oder „wenn man, glaube ich, lange diesen Beruf ausübt, kann es zwangsläufig dazu kommen, dass dann irgendwann das Fass voll ist“ (D2: SQ 41) – deuten darauf hin, dass ein größerer Umfang an psychotherapeutischen Einsätzen als belastend wahrgenommen werden kann. Solche Hinweise wurden allerdings nur vereinzelt geäußert, sodass an dieser Stelle noch keine verallgemeinernden Schlüsse über einen Zusammenhang zwischen Einsatzdauer und psychischer Belastung gezogen werden können.

6.2 Einstieg ins psychotherapeutische Dolmetschen

Diese Hauptkategorie wurde entwickelt, um einerseits zu erfassen, ob die DolmetscherInnen am Anfang ihrer Dolmetschtätigkeit in der Psychotherapie bereits über von der Universität oder von den therapeutischen Instituten vermitteltes Wissen darüber verfügten, welche psychische Belastung die Arbeit mit sich bringt, welche Risiken sie beinhaltet und wie sich die DolmetscherInnen dagegen schützen können. Andererseits soll sie erfassen, inwiefern die ersten Erfahrungen der DolmetscherInnen von diesem Vorwissen abhängig waren.

6.2.1 Mitgebrachtes Wissen

Codiert wurden Textstellen, in denen die Befragten darüber berichten, ob sie vor Beginn ihrer Tätigkeit bereits an der Universität in Form von Seminaren oder Vorlesungen, von TherapeutInnen, KollegInnen oder aus anderen Quellen ausreichende praktische und/oder theoretische Informationen erhielten und inwiefern diese oder der Mangel an solchen Kenntnissen ihre ersten Erfahrungen in diesem Tätigkeitsfeld beeinflusste. Aus den Aussagen ging hervor, dass von den vier befragten DolmetscherInnen zwei keine derartige Vorbereitung im universitären Umfeld erhielten. Bei den beiden genannten DolmetscherInnen handelt es sich um die Dolmetscherin mit dem Pseudonym D1 und den Dolmetscher mit dem Pseudonym D4, die ihr Studium vor mehr als zehn Jahren abgeschlossen haben. Eine der beiden anderen DolmetscherInnen, die ihr Studium in den letzten fünf Jahren beendet hat, berichtete, dass sie an der Universität ein einschlägiges Seminar besuchte, in dessen Rahmen sie theoretisches Wissen über die psychische Belastung sowie über mögliche Selbstfürsorgemethoden von DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Kontext erwarb. Diese theoretischen Kenntnisse reichten jedoch nicht aus, um zu Beginn ihrer Tätigkeit mit der anfänglichen Belastung umgehen zu können. Sie beschrieb dies folgendermaßen:

Ich glaube, diese Tätigkeit kann niemals den Erwartungen entsprechen. Ich glaube, da muss man wirklich mal gearbeitet haben, um zu verstehen, was es alles mit sich bringt. Natürlich, wir hatten zum Glück auf der Uni eine Übung, die hieß, ich glaube ‚Psychisches Erleben beim Dolmetschen‘ auch zu diesem Thema, zu dem Sie schreiben und ja. Das war sehr spannend, die Inhalte zu hören, aber natürlich ist es was ganz anderes, wenn man in dem Umfeld arbeitet. (D2: SQ 9)

Eine weitere Dolmetscherin, die kein Wissen darüber hatte, was psychotherapeutisches Arbeiten bedeutet, äußerte sich wie folgt:

...ich bin im Studium in keinster Weise darauf vorbereitet gewesen, was es heißt, wirklich mit realen Menschen zu arbeiten, die nicht jetzt eine Funktion haben und wo nicht die Fachterminologie das Problem ist oder die Leistung oder das Aussehen, oder blablabla, sondern die Situationen, die die Menschen durchmachen, die Emotionen, die sie durchmachen, die Projektionen auf den Dolmetscher. Also ich war überhaupt nicht darauf vorbereitet, muss ich sagen. (D1: SQ 20)

Die Aussagen zeigen, dass das wesentliche Vorwissen bei den DolmetscherInnen, die ihr Studium vor mehr als zehn Jahren abgeschlossen haben, weitgehend fehlte, während es bei den in den letzten fünf Jahren ausgebildeten DolmetscherInnen zumindest auf theoretischer Ebene vorhanden war.

6.2.2 Die ersten Erfahrungen

In dieser Unterkategorie wurden Textstellen codiert, in denen DolmetscherInnen darüber berichten, was ihre anfänglichen Eindrücke als DolmetscherIn im psychotherapeutischen Kontext waren und wie sie sich dabei emotional fühlten. Die Relevanz dieser Kategorie besteht darin, zu untersuchen, ob ein Zusammenhang zwischen den anfänglichen positiven und negativen Erfahrungen und dem mitgebrachten Vorwissen besteht. Drei von vier DolmetscherInnen berichteten, dass ihre ersten Erfahrungen als Schockerlebnis oder als belastend beschrieben werden können. Eine Dolmetscherin, die seit mehr als zwanzig Jahren in diesem Beruf tätig ist, schilderte folgende Erlebnisse aus der Anfangszeit:

...als ich begonnen habe, das zu machen, das war wie ein unmittelbarer Schock. Also das hat mich vollkommen/Also diese Thematik und die Aufgabe und auch der Blick der Klienten auf mich, das hat mich alles komplett überfordert. (D1: SQ 20)

Ich wurde so mitgenommen irgendwie, also ich war mitgenommen. Ich konnte/Und ich war einfach verzweifelter, weil ich da noch einfach weniger Erfahrung hatte [...] ich habe die Verzweiflung der Klienten ziemlich übernommen am Anfang. (D1: SQ 22)

Über ähnliche Gefühle berichtete eine weitere Person:

Ja, schon überwältigend, muss man sagen. Und auch nicht unbedingt leicht zu verarbeiten. Ja, also... herausfordernd, sagen wir das so. (D4: SQ 12)

Drei von den vier DolmetscherInnen erinnerten sich so, dass sie sich zu Beginn ihrer Karriere von den gehörten belastenden Therapiesitzungen mehr mitgenommen fühlten und dachten über das Gehörte nach den Sitzungen länger nach. Sie kommentierten dies folgendermaßen:

I: Waren Sie am Anfang Ihrer Karriere eher belastet oder jetzt, nachdem Sie schon mehr Erfahrung gesammelt haben?

D1: Mehr am Anfang. Ganz sicher. Also in meinem Fall mehr am Anfang. ich habe die Verzweiflung der Klienten ziemlich übernommen am Anfang. (D1: SQ 21–22)

I: Aha, okay und wie waren die ersten Erfahrungen?

D2: ...die Themen waren schon/also haben mich anfangs länger beschäftigt. Also je mehr ich gearbeitet habe, desto besser konnte ich damit umgehen, aber anfangs war das schon viel. (D2: SQ 10)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass drei der vier interviewten DolmetscherInnen ihre ersten Erfahrungen als belastend empfanden. Nur eine Person erwähnte, dass sie bereits zu Beginn ihrer Tätigkeit bestimmte Strategien anzuwenden begann, die sie jedoch erst im Laufe der praktischen Arbeit allmählich weiterentwickelte und verfeinerte (D3: SQ 8).

Die in diesem Kapitel dargestellten Ergebnisse zeigen deutlich, dass das Ausmaß des mitgebrachten Wissens einen entscheidenden Einfluss darauf hat, wie DolmetscherInnen zu Beginn ihrer Tätigkeit in diesem Bereich ihre ersten Erfahrungen erleben und wie schnell sie lernen, mit den überraschenden und belastenden Gefühlen angemessen umzugehen. Die positiven Auswirkungen theoretischen Vorwissens zeigen sich in den Aussagen jener DolmetscherInnen, die ihr Masterstudium nach 2020 abgeschlossen haben. Im Unterschied zu den DolmetscherInnen mit einem Studienabschluss vor 2020 konnten sie ihre Tätigkeit im psychotherapeutischen Setting mit einem entsprechenden Bewusstsein bzw. Vorwissen darüber beginnen, was sie erwarten wird. Das mangelnde praktische Wissen verhinderte jedoch, dass sie zu Beginn angemessen auf die belastenden emotionalen Reaktionen reagieren konnten, weshalb sie sich persönlich nach wie vor unvorbereitet fühlten. Aus interpretativer Sicht lässt sich daraus ableiten, dass eine unzureichende Vorbereitung und mangelnde Auseinandersetzung mit den psychischen Risiken dieser Tätigkeit die Gefahr einer sekundären Traumatisierung erhöhen können. Wie bereits im Theorieteil hervorgehoben wurde, ist ein vertiefendes Verständnis der Erscheinung der sekundären Traumatisierung eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung von Präventionsstrategien und für die Stärkung der psychischen Widerstandsfähigkeit von DolmetscherInnen (vgl. Arkan 2023: 616f.). Diese Aussage lässt sich durch die hier dargestellten Erfahrungen der Befragten untermauern, da insbesondere jene DolmetscherInnen, die während ihres Studiums keine einschlägige Vorbereitung erhielten, ihre ersten Einsätze als besonders belastend beschrieben.

6.3 Empathie im psychotherapeutischen Dolmetschen

Diese Kategorie wurde entwickelt, weil das Thema Empathie bereits im Theorieteil eine bedeutende Rolle spielt, in dem jene Faktoren untersucht wurden, die als Risikofaktoren für die Entstehung sekundärer Traumatisierung bei DolmetscherInnen gelten könnten. Sie enthielt keine direkten Fragen, die die DolmetscherInnen ausdrücklich dazu anregen sollten, einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Empathie und möglichen negativen Symptomen im psychotherapeutischen Umfeld herzustellen. Vielmehr diente sie als indirekte Grundlage für den späteren Vergleich und die anschließende Auswertung der Ergebnisse.

Die Subkategorie „Einschätzung der eigenen Empathiefähigkeit“ bildet dabei den Ausgangspunkt, von dem aus sich in der zweiten Subkategorie eine Veränderung erkennen lässt. Die Subkategorie „Auswirkung der Arbeit auf die Empathie“ untersucht das Thema ebenfalls aus einer indirekten Perspektive und fokussiert sich darauf, welche Veränderungen die DolmetscherInnen im Verlauf ihrer Tätigkeit in Bezug auf ihre eigene Empathiefähigkeit wahrnahmen.

Im Hinblick auf die Einschätzung der eigenen Empathiefähigkeit stuften sich drei von vier DolmetscherInnen als sehr empathisch und eine Person als durchschnittlich empathisch ein:

...ich glaube, es klingt wahrscheinlich blöd, wenn ich sage, ich bin sehr empathisch, aber ich finde tatsächlich, dass ich ziemlich empathisch bin. (D3: SQ 23)

Ich glaube, manchmal sogar zu empathisch. Also ich muss mich manchmal eher zwingen, meine Empathie irgendwie... so auf die Seite zu schieben. Also an und für sich glaube ich von Natur aus, bin ich schon eher empathisch. (D1: SQ 18)

Mit der Entwicklung von Routine und Strategien zeigte sich bei den Befragten eine tendenzielle Abnahme der empfundenen Empathie, wie aus ihren Aussagen hervorgeht:

I: ...hat sich diese Empathie in den letzten Jahren, seitdem Sie in diesem Bereich arbeiten, geändert?

D2: Jein, ich würde nicht sagen, so viel. Also vielleicht anfangs konnte man Schicksalsschläge schwieriger wegstecken sage ich jetzt mal. Und dann, ja, nach einer Zeit, das klingt so blöd, aber gewöhnt man sich vielleicht ein bisschen mehr dran. (D2: SQ 20–21)

Ja, also, vielleicht ist jetzt abgestumpft, ein bisschen zu viel gesagt. Aber im Endeffekt, na ja, läuft es wahrscheinlich schon darauf hinaus, dass man mit der Zeit ein bisschen abstumpft. (D4: SQ 25)

D1: Ja, ich bin sicher. Ich habe einfach viel mehr Routine entwickelt. Ich habe Routine entwickelt. (D1: SQ 19)

Insgesamt betrachtet beschrieben die Befragten eine Veränderung in der Art und Weise, wie sie Empathie im Laufe ihrer Tätigkeit erlebten.

Die Tatsache, dass alle vier Befragten berichteten, dass sie zu Beginn ihrer Karriere stärker belastet waren und sich selbst als empathische Personen beschrieben, lässt darauf schließen, dass Empathie und eine erhöhte emotionale Belastung im traumatisierenden Arbeitsumfeld in einem engen Zusammenhang stehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn berücksichtigt wird, dass die DolmetscherInnen im späteren Verlauf ihrer Karriere von einer geringeren Belastung berichteten und gleichzeitig angaben, dass eine Veränderung ihrer Empathiefähigkeit im Laufe der Arbeit im psychotherapeutischen Kontext erkennbar war, etwa in Form einer gewissen Abgestumpftheit (D4: SQ 25f.).

Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass Empathie im psychotherapeutischen Kontext einerseits eine zentrale Funktion erfüllt, da sie eine wesentliche Voraussetzung für eine gelungene Kommunikation zwischen PatientInnen und TherapeutInnen mithilfe von DolmetscherInnen darstellt. Andererseits kann sie jedoch als Risikofaktor wirken, der die emotionale Involvierung der DolmetscherInnen verstärkt und dadurch die Entwicklung einer sekundären Traumatisierung begünstigt (vgl. Levenson & Ruef 1992: 234–246; Mirdal et al. 2012: 436–455).

Mit zunehmender Berufserfahrung und der Entwicklung von Routinen berichteten die Befragten, dass sie ihre Empathie anders wahrnahmen. Diese Veränderung der Mitgefühlsmöglichkeit kann als eine Form des Selbstschutzes verstanden werden, die dazu beiträgt, die emotionale Belastung besser zu bewältigen und langfristig mit den Anforderungen des psychotherapeutischen Settings umzugehen.

Da sich alle Befragten sowohl allgemein als auch in ihrer Arbeit als empathische Menschen einschätzten, lässt sich in der vorliegenden Arbeit nicht eindeutig feststellen, ob weniger empathische Personen tatsächlich weniger anfällig für sekundäre Traumatisierung wären, da hierfür kein Vergleich vorliegt.

Insgesamt wird deutlich, dass Empathie im psychotherapeutischen Dolmetschen eine

doppelte Rolle spielt: Sie ist einerseits notwendig, um emotionale Inhalte angemessen zu vermitteln, andererseits kann sie ein erhöhtes Risiko für sekundäre Traumatisierung mit sich bringen. Die hier dargestellten Ergebnisse bestätigen damit die im Theorieteil erläuterten Annahmen (vgl. Mirdal et al. 2012: 436–455).

6.4 Belastung im Verlauf der Berufserfahrung

Diese Hauptkategorie widmet sich zum einen den Ursachen und Risikofaktoren der Belastung bzw. der Entwicklung einer sekundären Traumatisierung bei Dolmetscherinnen, zum anderen den konkreten belastenden Situationen, in denen sich DolmetscherInnen betroffen oder mitgenommen fühlten. Konkrete Beispiele bzw. Erzählungen von traumatisierenden Geschichten dienten einerseits dazu, in der Auswertung Rückschlüsse auf mögliche Auslöser einer Mittraumatisierung zu ziehen, andererseits regten sie die DolmetscherInnen dazu an, ihre damaligen oder späteren Gefühle im Zusammenhang mit dem jeweiligen Ereignis zu reflektieren. Auf diese Weise lassen sich auch Symptome erkennen, die auf eine sekundäre Traumatisierung hinweisen können. Wenn die Befragten die während der jeweiligen traumatisierenden Therapiesitzung erlebten Emotionen nicht von sich aus erwähnten, diente die Erinnerung an eine konkrete Situation als geeignete Überleitung zur folgenden Frage: *„I: Okay, und wie haben Sie die Situation empfunden, also wie haben Sie sich gefühlt während der Therapie und nach der Therapie?“ (D2: SQ 32)*

Die beiden Subkategorien dieser Hauptkategorie ergänzen sich gegenseitig und zielen darauf ab, die Frage zu beantworten, welche Faktoren das Risiko der Entwicklung einer sekundären Traumatisierung beeinflussen können.

6.4.1 Auslöser und Risikofaktoren der Belastung

In dieser Kategorie wurden Textstellen codiert, in denen DolmetscherInnen auf Bedingungen und Umstände hinweisen, die zur psychischen Belastung während ihrer Tätigkeit beitragen können. Obwohl die Befragten keine konkreten Ursachen nannten, lassen sich aus den Aussagen bestimmte Risikofaktoren ableiten, wie etwa eine unerwartete Konfrontation mit traumatisierenden Inhalten, persönliche Betroffenheit, fehlende Schutzmechanismen oder ein hoher Grad an Empathie. Die genannten Risikofaktoren spiegeln sich auch in den folgenden Aussagen wider:

...ich habe letzten Sommer eine völlig unerwartete Krisensituation gedolmetscht im

[Name eines Instituts], wo es wirklich um einen Todesfall ging, also sehr unmittelbar im Hier und Jetzt. Und das hat mich wirklich für mehrere Tage wieder komplett aus der Bahn geworfen. Also da, muss ich sagen, da war ich nicht vorbereitet auf die Situation. Und habe also keine Schutzmechanismen gehabt. Das war einfach schlimm. Wirklich schlimm. (D1: SQ 24)

...manchmal nimmt mich die Geschichte mit, weil ich zum Beispiel etwas Ähnliches in der Familie erlebt habe oder das triggert mich, weil ich das Gleiche gehört habe. (D3: SQ 30)

Drei von den vier befragten DolmetscherInnen gaben an, dass die bildhafte Vorstellung des Gehörten und die auf mehreren Ebenen verarbeiteten Inhalte einen negativen Einfluss darauf haben, wie stark sie das Gehörte emotional belastet:

Und ich stelle mir das immer so in Bildern vor. Ich versuche das irgendwie abzulehnen, also diese Fähigkeit, immer, also sehr bildhaft, in Bildern zu denken. Aber teilweise hilft es mir sogar zum Dolmetschen, weil ich stelle mir so Bilder vor und dann kann ich das übertragen, konsekutiv. Aber manchmal hängen dann diese Bilder im Kopf. (D3: SQ 36)

...und das dementsprechende Blutbad, was man sich da halt vorstellen kann, was da entstanden ist halt, wirklich sehr, sehr, sehr genau beschrieben hat. Ähm. Das, ja, wenn man dieses Gespräch eben länger dolmetscht und diese Details halt auch dolmetscht und, dass sich das dann vom inneren Auge halt sehr, sehr genau vorstellen kann, ähm, hat mich das schon sehr verstört. (D4: SQ 34)

Eine Subkategorie befasst sich hier mit der Frage, ob die DolmetscherInnen bereits darüber nachgedacht haben, ihre Tätigkeit im psychotherapeutischen Kontext für eine gewisse Zeit zu unterbrechen, oder ob sie dies tatsächlich schon getan haben. Dabei waren auch die Gründe für eine solche Pause Teil der Befragung.

Zwei der vier Befragten gaben an, dass sie nach etwa zwei Jahren Tätigkeit in diesem Bereich an den Punkt kamen, an dem sie eine Pause in Erwägung zogen bzw. eine ganz andere Tätigkeit ausüben wollten. Als Gründe nannten sie einerseits die Erschöpfung, andererseits mangelnde Abwechslung in ihrer Arbeit (D2: SQ 39; D3: SQ 17–22). Eine Person hatte während ihrer 24-jährigen Tätigkeit im Bereich der Psychotherapie tatsächlich eine Pause

gemacht, weil sie sich auf andere Aufgaben konzentrieren wollte, aber auch aufgrund der psychischen Belastung, die sie dabei erlebt hatte (D1: SQ 16).

Die genannten Beispiele zeigen, dass sowohl äußere Bedingungen als auch persönliche Faktoren als mögliche Auslöser für solche Belastungserlebnisse beschrieben wurden.

Aus den konkreten Beispielen lässt sich ableiten, welche Faktoren das Risiko der Entwicklung einer sekundären Traumatisierung bei DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Umfeld beeinflussen, und somit wird ein Bezug zu den im ersten Abschnitt der Forschungsfragen formulierten Überlegungen hergestellt.

Zum einen wird deutlich, dass plötzliche, unvorhersehbare Situationen selbst erfahrene Dolmetscherinnen empfindlich treffen können – trotz professioneller Haltung und jener Schutzmechanismen und Bewältigungsstrategien, die sie im Laufe der Jahre entwickelt haben. Dies scheint einer der kritischsten Auslöser zu sein, gegen den kaum ein Schutz möglich ist. An diesem Beispiel wird sichtbar, dass ein Mangel an emotionaler Vorbereitung zum Verlust eines wichtigen Schutzmechanismus führen kann. (vgl. Bancroft et al. 2015: 86; D1: SQ 24–28).

Zum anderen zeigt sich, dass die beim Dolmetschen ansonsten vorteilhafte bildhafte Vorstellung sowie die auf mehreren Ebenen erfolgende Verarbeitung der Inhalte eine negative Wirkung auf die Distanzierungsversuche der Dolmetscherinnen haben können. Aus den Aussagen mehrerer Befragter wird deutlich, dass sie aufgrund der intensiven inneren Visualisierung über längere Zeit Schwierigkeiten hatten, das Gehörte emotional zu verarbeiten und dass die lebhaften inneren Bilder teilweise nachwirkten (D4: SQ 33f.; D3: SQ 36; D2: SQ 24f.). Wie bereits im theoretischen Kapitel 2.3 erläutert, kann diese Form der unwillkürlichen Mitverarbeitung durch die bildhafte Vorstellung des Gehörten sogar einen Auslöser einer Sekundärtraumatisierung darstellen, was die Beispiele ebenfalls verdeutlichen (vgl. Bancroft et al. 2015: 73). Damit wird sichtbar, dass die Sprachmittlung in traumabezogenen Therapiesitzungen weit über die rein verbale Ebene hinausgeht und DolmetscherInnen zu einer Art emotionaler Zeuginnen des Geschehens werden und dabei aus ihrer professionellen DolmetscherInnenrolle unwillkürlich heraustreten können (D1: SQ 26). In diesem Zusammenhang erscheint es besonders herausfordernd, die notwendige professionelle Distanz zu bewahren, um sich vor einer möglichen Sekundärtraumatisierung zu schützen und gleichzeitig die sprachliche Präzision zu gewährleisten.

Darüber hinaus wird durch die Aussagen deutlich, dass die wiederholte und zeitlich eng aufeinanderfolgende Konfrontation mit traumatisierenden Inhalten einen weiteren Risikofaktor darstellen kann. Besonders im Interview mit D4 wird explizit erwähnt, dass die detaillierte

Schilderung und deren bildhafte Vorstellung von extremen Gewalttaten lang anhaltende Belastungssymptome auslösten (vgl. Sabel & Roschinski 2010: 37f.; D4: SQ 34–38).

Weiter zeigt sich, dass bestimmte Inhalte DolmetscherInnen aufgrund ihrer persönlichen Betroffenheit oder familiären Bezüge besonders stark berührten. Diese emotionale Nähe führt dazu, dass DolmetscherInnen die Erzählungen der PatientInnen nicht nur auf kognitiver Ebene verarbeiteten, sondern auch emotional miterlebten und sich dadurch schwieriger distanzieren konnten. Dies hängt mit der im vorigen Kapitel interpretierten Rolle der Empathie zusammen, wobei ein enger Zusammenhang zwischen emotionaler Betroffenheit und der Empathiefähigkeit der DolmetscherInnen festgestellt werden kann.

Insgesamt wird deutlich, dass sich die beschriebenen Belastungsfaktoren nicht nur auf den unmittelbaren emotionalen Zustand von DolmetscherInnen auswirken, sondern auch langfristige Konsequenzen für den Wunsch nach beruflicher Distanzierung haben können. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass DolmetscherInnen, die über einen längeren Zeitraum regelmäßig in psychotherapeutischen Kontexten tätig sind, einem besonderen Risiko einer sekundären Traumatisierung ausgesetzt sind. Wiederholte traumatische Einsätze ohne entsprechende Vorbereitung führen langfristig zu einer Abnahme der Belastungstoleranz und verstärken den Wunsch nach beruflicher Distanzierung und einer vorübergehenden Unterbrechung der Tätigkeit (D4: SQ 20; D2: SQ 39; D1: SQ 16).

6.5 Symptome

Diese Kategorie umfasst alle sozialen, kognitiven und emotionalen Reaktionen oder Erscheinungen, die DolmetscherInnen, die seit zwei bis 21 Jahren in der psychotherapeutischen Arbeit tätig sind, über kürzere oder längere Zeit erlebt haben. Codiert wurde, wenn in den Interviews über Schlafstörungen, Erschöpfung, veränderte Essgewohnheiten, Kreisdanken, soziale Isolation oder Konzentrationsschwierigkeiten berichtet wurde. Es wurde nicht ausdrücklich behauptet, dass diese körperlichen und seelischen Reaktionen zwingend mit der Arbeit zusammenhängen; in den meisten Fällen gaben die Befragten an, dass sie keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Arbeit und den empfundenen Symptomen sehen. Dennoch geht aus allen Interviews hervor, dass die genannten Beschwerden irgendwann im Verlauf der beruflichen Praxis auftraten. Die Mehrheit der Interviewten berichtete, solche Symptome vor allem zu Beginn ihrer Karriere erlebt zu haben, als sie noch nicht über ausreichende Bewältigungsstrategien oder Schutzmechanismen verfügten. Die psychischen und physischen Symptome wurden in getrennte Kategorien unterteilt, um zu erkennen, welche

Art der Symptome stärker ausgeprägt ist. Im Hinblick auf die Belastung und das allgemeine Wohlbefinden ist es jedoch sinnvoll, beide Kategorien gemeinsam zu betrachten und auszuwerten.

6.5.1 Psychische Symptome

Zu den psychischen Symptomen zählten vor allem Konzentrationsschwierigkeiten, Unwohlsein, Kreidenken, vermindertes Einfühlungsvermögen, Erschöpfung und soziale Isolation. Die Schlafstörungen wurden nicht in diese Kategorie aufgenommen, obwohl sie sowohl den psychischen als auch den physischen Symptomen zugeordnet werden könnten. Sie wurden der Kategorie „physische Symptome“ zugeordnet, da sie eine unmittelbare körperliche Auswirkung haben und auf körperlicher Ebene wahrnehmbar sind, auch wenn sie durch psychische Belastung ausgelöst werden und grundsätzlich beiden Kategorien zugeordnet werden könnten. Mehrere DolmetscherInnen berichteten, dass sie nach intensiven Sitzungen Schwierigkeiten hatten, innerlich abzuschalten. Einige berichteten, dass sie sich nach der Arbeit erschöpft fühlten und das Bedürfnis hatten, sich zurückzuziehen. Eine Dolmetscherin schilderte beispielsweise, dass sie nach der Arbeit kaum Energie für soziale Aktivitäten hatte:

I: Hast du schon seit deiner Tätigkeit in diesem Umfeld eines der folgenden Symptome erlebt? Emotionale Erschöpfung, Taubheit, Konzentrationsschwierigkeiten, veränderte Gewohnheiten, soziale Isolation oder etwas Ähnliches.

D3: Auf jeden Fall emotionale Erschöpfung. Ich merke/Also ich kann es jetzt natürlich nicht hundertprozentig sagen, es hat mit der Tätigkeit zu tun, aber ich weiß, dass ich meistens nach der Arbeit dann nicht so wirklich Lust und Kraft habe, etwas zu tun. (D3: SQ 48–51)

Zwei von den Befragten berichteten, dass sich ein allgemeines Gefühl des Unwohlseins oder eine verringerte Lebensfreude entwickelte:

D3: ...ich merke ehrlich gesagt, dass es schon das letzte Jahr vielleicht viel mehr da ist, also dieser Bedarf oder dieses Gefühl, müde zu sein und nicht von zu Hause weg zu wollen, also eher zu Hause zu bleiben, wenn man die Möglichkeit hat. (D3: SQ 55)

I: Das ist so aus meinen früheren Zeiten. Dann auch einfach so eine, sekundäre Traumatisierung ist vielleicht zu stark, aber ich habe einfach erlebt so ein Unwohlsein

und so eine körperliche Erschöpfung, die dann nicht weggeht, auch wenn ich rausgehe aus der Arbeitssituation. Also so, dass mir auch was nachhängt oder dass ich mich dann schwer konzentrieren kann und vor allem schwer freuen kann. (D1: SQ 44)

Die schwersten Symptome traten nur bei einer der befragten Personen auf, die über besonders intensive innere Bilder und wiederkehrende Gedanken berichtete:

Ich habe dann diese Geschichte halt selber vor meinem inneren Auge gesehen und habe dann halt wiederholt, ständig, auch eigentlich beim Einschlafen, ständig diese Geschichte halt vor meinem inneren Auge wiederholt und im Endeffekt, was man so als Kreisdenken bezeichnet, kommt man dann immer wieder am Ende der Geschichte, warum auch immer wieder, auf den Anfang der Geschichte und dann wiederholt sich diese Geschichte lange, Stunden lang. (D4: SQ 36)

Insgesamt lässt sich feststellen, dass alle vier Befragten psychische Symptome erwähnten, die sie im Laufe ihrer Tätigkeit im psychotherapeutischen Bereich erlebten. Dabei wurden ein allgemeines Unwohlsein, Erschöpfung und sozialer Rückzug am häufigsten genannt. Die Intensität und Dauer dieser Erscheinungen unterschieden sich zwischen den DolmetscherInnen, dennoch berichteten alle, dass sie solche negativen Wirkungen in bestimmten Phasen ihrer Tätigkeit wahrnahmen (vgl. Ehlert & Brönnimann, 2019: 435; Sabel & Roschinski 2010: 39).

6.5.2 Physische Symptome

In dieser Kategorie wurden Textstellen codiert, in denen die DolmetscherInnen körperlich wahrnehmbare Symptome beschreiben, die als Reaktion auf ihre Tätigkeit im psychotherapeutischen Umfeld auftreten. Dazu gehören vor allem Schlafprobleme wie Einschlafschwierigkeiten oder ein erhöhtes Schlafbedürfnis, aber auch veränderte Essgewohnheiten. Alle vier Befragten berichteten übereinstimmend, dass sie Schlafprobleme hatten:

Die Schlaflosigkeit, ja, die auf jeden Fall. Träumen tue ich generell wenig. Ich bin, wenn ich einmal geschlafen habe, nicht aufgewacht, aber es war eher die Einschlafschwierigkeiten. Also es ist eher ein Schlafproblem gewesen. (D4: SQ 44)

Schlaflosigkeit, Träume habe ich jetzt nicht gehabt, Erinnerungen schon manchmal. (D3: SQ 55)

Ja, ähm, Schlaflosigkeit. Das ist so aus meinen früheren Zeiten. (D1: SQ 44)

Eine befragte Person schilderte ihre veränderten Essgewohnheiten wie folgt:

Also, wenn ich sehr aufgeregt bin oder irgendwie weiß nicht, wie ich da weitertue mit dem Problem oder mit dem Gedanken, dann greife ich auf was Süßes oder was Ungesundes. Also, irgendwie merke ich schon, dass meine Essgewohnheiten ziemlich ungesund geworden sind. (D3: SQ 57)

Die Aussagen zeigen, dass körperliche Reaktionen im Zusammenhang mit der Dolmetschtätigkeit in der Psychotherapie zwar seltener erwähnt wurden als psychische, jedoch ebenfalls Teil der Erfahrungen der Befragten waren.

Im Hinblick auf die erste Forschungsfrage – Inwieweit sind DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Umfeld aus Sicht der Befragten der Gefahr einer sekundären Traumatisierung ausgesetzt – lässt sich bei den vorliegenden Aussagen erkennen, dass alle Befragten psychische und physische Symptome beschrieben, die auf Belastungsreaktionen hindeuten und in einzelnen Fällen Merkmale sekundärer Traumatisierung aufweisen. Dabei zeigen die häufig erwähnten Schlafstörungen bzw. Einschlafschwierigkeiten, veränderte Essgewohnheiten, Konzentrationsschwierigkeiten und der soziale Rückzug, dass diese Beschwerden – auch wenn sie von den befragten DolmetscherInnen selbst nicht eindeutig mit der psychotherapeutischen Arbeit in Verbindung gebracht werden – mit den in der Literatur beschriebenen Symptomen einer sekundären Traumatisierung übereinstimmen (vgl. Figley C. 2012: 450f.; vgl. Ehlert & Brönnimann, 2019: 435; D1: SQ 44; D2: SQ 38; D3: SQ 51–57; D4: SQ 44). In den Fragen wird zwar nicht explizit darauf eingegangen, ob die erwähnten Symptome von den Befragten bereits vor ihrer Tätigkeit in diesem Bereich vorhanden waren, jedoch ging aus der Formulierung der Frage klar hervor, dass die Interviewten darüber berichten sollten, ob sie derartige Beschwerden während ihrer Arbeit im psychotherapeutischen Umfeld erlebt haben. Daher lässt sich – selbst wenn einzelne DolmetscherInnen betonten, dass sie nicht behaupten können oder wollen, dass die Symptome eindeutig auf die belastende Art der Arbeit zurückzuführen sind – dennoch aus ihren Schilderungen darauf schließen, dass ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Beschwerden und der mit der Arbeit einhergehenden emotionalen Belastung bestehen könnte. Darauf weist insbesondere hin, dass das Auftreten der Beschwerden laut eigener Aussagen zeitlich mit der in diesem Kontext ausgeübten Tätigkeit zusammenfiel.

Unter den geschilderten Beschwerden schien ein von einer befragten Person wahrgenommenes Kreisdanken am schwerwiegendsten zu sein. Nicht nur aufgrund der Dauer des empfundenen Zustands, sondern auch wegen der Tatsache, dass sich dieses Symptom – laut eigener Aussage – auf ein einzelnes Ereignis zurückführen ließ (D4: SQ 35–38). Diese Ergebnisse legen nahe, dass DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Umfeld Situationen erleben können, die ihr psychisches Wohlbefinden erheblich beanspruchen können und teilweise eindeutig auf Symptome sekundärer Traumatisierung hinweisen.

6.6 Bewältigungsstrategien und Schutzmechanismen

Diese Hauptkategorie war eines der zentralen Elemente der Interviews und zielte darauf ab, zu analysieren, ob die DolmetscherInnen die Notwendigkeit erkennen, bestimmte Bewältigungsstrategien, Schutzmechanismen und Methoden der Selbstfürsorge anzuwenden, und falls ja, aus welchen Gründen sie dies tun sowie welche persönlichen Strategien sie als hilfreich bezeichneten. Alle vier interviewten DolmetscherInnen gaben an, bewusst Strategien anzuwenden, um sich vor einer Mittraumatisierung zu schützen. Das Bedürfnis, solche Methoden zu entwickeln, entstand teilweise im Rahmen ihrer beruflichen Praxis, teilweise während der universitären Ausbildung. Darüber hinaus erwähnten sie Strategien, die sie aus Fachliteratur, von KollegInnen oder von den PsychotherapeutInnen übernommen hatten:

Also ich habe sicher in der Psychotherapie vieles wie so eine Trittbrettfahrerin gelernt, was eigentlich den Klienten gesagt wird, wie sie sich beruhigen sollen. Das habe ich halt gedolmetscht und mir gemerkt. Also es ist für mich auch immer eine Möglichkeit gewesen, etwas zu lernen über die Selbstregulierung, über was man tut, um die Angst ein bisschen von sich wegzuhalten oder sowas. (D1: SQ 30)

In der Unterkategorie „Methoden der Selbstfürsorge“ erwähnten zwei der vier DolmetscherInnen verschiedene Strategien, die überwiegend mit Freizeitaktivitäten verbunden waren, bei denen sie ihre Gedanken bewusst in eine andere Richtung lenken können:

I: Haben Sie individuelle Selbstfürsorgemethoden?

D2: Ja, manchmal spazieren gehen einfach, ein bisschen die Psychohygiene, also dass man sich irgendwie seinen Lieblingstee trinkt oder mal spazieren geht (D2: SQ 46–47)

...oft so ganz banale Sachen, wie schlafen, spazieren gehen, Radfahren, sich etwas Gutes gönnen, keine Ahnung, ein Eis oder so. [...] Langfristig betrachtet zähle ich zur Selbstfürsorge auch die intellektuelle Auseinandersetzung mit dem Thema Dolmetschen, also das Lesen von einschlägiger Literatur, Theorie, Vernetzung mit Menschen, die sich auch damit beschäftigen (D1: SQ 62)

Insgesamt wird deutlich, dass die interviewten Personen verschiedene Strategien anwenden, um den psychischen Anforderungen der Arbeit in einem belastenden Umfeld zu begegnen. Im Folgenden werden die individuellen Bewältigungsstrategien dargestellt und sowohl positive als auch negative Strategien näher erläutert.

6.6.1 Strategien des Selbstschutzes

In dieser Subkategorie werden Textstellen codiert, in denen DolmetscherInnen von ihren persönlichen Strategien berichten – seien sie selbst entwickelt, erlernt, von Fachleuten bzw. Kollegen übernommen –, mit denen sie versuchen, die psychischen Belastungen während intensiver und emotional herausfordernder Therapiesitzungen zu bewältigen und sich vor einer möglichen Mittraumatisierung zu schützen. Dabei werden sowohl Visualisierungstechniken als auch konkrete, praktische Verhaltensweisen beschrieben, die von den DolmetscherInnen als schützend empfunden wurden oder als wirksame Methoden zur Ablenkung und psychischen Entlastung wahrgenommen wurden. Eine Person schilderte, wie schnell DolmetscherInnen in eine solche Situation geraten können, wenn sie keine Strategien entwickeln, um sich zu distanzieren:

...es reicht sogar schon zwei Sekunden, wenn zum Beispiel die Therapeutin kurz weg ist, um Wasser zu holen. Sie ist nicht einmal weg, aber die Person sagt schon: „Ach, und woher kommst du?“ oder „Was machst du hier? Wie geht es dir?“

I: Ist es schon zu viel?

D3: Es ist zu viel für mich. (D3. SQ 77–79)

Drei von vier interviewten DolmetscherInnen berichteten, dass das Vermeiden von Blickkontakt oder das bewusste Wegschauen eine solche Schutzfunktion erfüllt. Neben dieser Funktion dient dieses Verhalten nach ihren Aussagen der Distanzierung, damit sie weder emotional involviert werden noch die KundInnen das Gefühl haben, mit den DolmetscherInnen eine tiefere Beziehung aufbauen zu können, nur weil sie dieselben kulturellen Hintergründe teilen.

I: Hast du während der Dolmetschung auch solche Schutzmethoden?

D3: Während der Dolmetschung selbst... vielleicht nicht so viel auf die Klientinnen schauen. Also keinen direkten Blickkontakt, das versuchen, zu vermeiden. Weil manchmal kommt es ja vor, dass sie versuchen, dir zu erzählen und weißt du/Obwohl ich gar nicht die Person dafür bin. Das ist nicht meine Rolle. (D3: SQ 68)

Also das eine ist zum Beispiel Augenkontakt. Wenn man seinen Blick wirklich auf seinen Block, also ich nehme ja einen Konsekutivblock immer mit für die Notizen, dass man da nicht so viel Augenkontakt schenkt. Also das hilft tatsächlich schon mal sehr bei der Distanzierung. (D2: SQ 28)

Und dann habe ich eben so diesen Trick, also mit einfach bewusstem Was/Schluck Wasser. Dann habe ich den Trick, aus dem Fenster zu schauen oder irgendwie mit meinem Blick irgendwas zu machen, also meinen Blick bewusst auf bestimmte Farben zu richten. Zum Beispiel, wenn ich mich einfach distanzieren will von der Situation. (D1: SQ 30)

Laut einer anderen befragten Person ist es relevant, ein Gleichgewicht darin zu finden, wie freundlich die DolmetscherInnen auftreten. Die KundInnen dürfen nicht den Eindruck haben, dass die DolmetscherInnen ihnen zu nahe stehen:

Ich habe einfach gelernt, ein bisschen mehr so... sagen wir so, weniger einladend zu sein. [...]

Nicht, dass ich unfreundlich bin aber einfach, dass ich irgendwie ein bisschen so die Jalousien runterlasse. (D1: SQ 36)

Oder sich nicht so als, als Gesprächspartner anbieten, das ist es. Also irgendwie immer wieder klarmachen, ich habe hier eine Funktion und bin nicht einfach so da, sondern bin hier zum Arbeiten da. (D1: SQ 40)

...da bin ich wahrscheinlich mehr so eine Vermeiderin. (D1: SQ 42)

Eine der befragten DolmetscherInnen berichtete von einer Visualisierungstechnik, die ihr dabei hilft, sich von den KundInnen sowie von den negativen Einflüssen, die sie während einer belastenden Therapiesitzung treffen könnten, zu distanzieren und sich dadurch psychisch zu

schützen:

Ich stelle mir immer so vor, als wäre ich in einer Blase, also einfach rein mental. Ich stelle mir vor, ich habe so eine Blase. Und wenn da jemand so hinein will, dann bin ich so/kann ich mehr auf meine Tätigkeit mehr so fokussiert sein. So eine Schutzblase, quasi. Weißt du, ich bin hier mit meinem Notizblock. Ich mache meinen Job. (D3: SQ 71)

Die DolmetscherInnen wendeten einerseits praktische Strategien an, andererseits erkannten sie die Grenzen ihrer eigenen Rolle an, nämlich auf die eigentliche Dolmetschtätigkeit beschränkt zu bleiben. Die Anerkennung dieser Grenzen der eigenen Verantwortung trug ebenfalls dazu bei, dass sie die Probleme der KundInnen weniger auf sich bezogen:

Und das habe ich dann auch als eine Entlastung erlebt. Also, dass ich diese begrenzte Verantwortung habe. Also ich habe die Verantwortung für meinen Teil der Arbeit, aber ich trage nicht die Verantwortung in der Art, wie es eine Psychotherapeutin trägt. (D1: SQ 60)

Also generell muss man erkennen, dass man... Also ich habe das Problem ja nicht ausgelöst. Ich trage dazu bei, dass das Problem gelöst wird. Aber ich bin weder Täter noch Opfer. Ich arbeite halt in dem Bereich und ich kann es eigentlich nur besser machen (D4: SQ 49)

In dieser Subkategorie wurden verschiedenste Strategien sichtbar, mit denen DolmetscherInnen versuchen, sich vor arbeitsbedingten psychischen Belastungen und vor Inhalten zu schützen, die die KundInnen betreffen.

6.6.2 Positive und negative Bewältigungsstrategien

Die in diesen Subkategorien codierten Einheiten umfassen sowohl positive als auch negative Strategien, die Dolmetscherinnen anwenden oder jemals angewendet haben, um mit bereits entstandenen Belastungen bzw. mit den Symptomen einer sekundären Traumatisierung umzugehen. Die erwähnten Bewältigungsstrategien wurden in den vorliegenden Interviews deutlich seltener genannt und in den wenigen Fällen nur als kurzfristige oder einmalige Lösung beschrieben – im Gegensatz zu den positiven Methoden, die von allen vier befragten DolmetscherInnen als langfristig wirksam wahrgenommen wurden. Zu den negativen

Strategien zählten unter anderem Alkohol- und Drogenkonsum, wie die DolmetscherInnen berichteten. Ein besonders extremes Beispiel wird im Folgenden erwähnt:

...durch Zufall habe ich einmal auch LSD konsumiert und in diesem Zustand ist es mir zum ersten Mal eigentlich möglich gewesen, ja, guten Freunden diese Geschichte zu erzählen und da auch einfach nur auszusprechen. Ja? Also wirklich einfach nur das Erlebte, das Gehörte, das Gedolmetschte halt auszusprechen. Und das war dann so befreiend und man hat dann halt auch gesehen[...], erstens wird man nicht verurteilt, es ist nicht lächerlich, Probleme durch solche Geschichten zu bekommen[...], und danach konnte ich das dann auch interessanterweise komplett nüchtern, auch ohne Drogen, anderen Leuten erzählen. Und seit diesem einmaligen Erlebnis unter LSD bin ich in der Lage generell auch andere belastende Einsätze, Erlebnisse im Freundeskreis, dann später auch mit Partnerinnen zu besprechen, einfach zu erzählen, was man so in der Arbeit erlebt hat. (D4: SQ 38)

Und ehrlich gesagt, auch Rauchen oder ein Bier. Also jetzt nicht in einem besorgniserregenden Ausmaß, aber so ein Glas Bier oder eine Zigarette, das hilft manchmal durchaus, kurzfristig. (D1: SQ 62)

Neben den wenigen negativen Beispielen gaben alle vier interviewten DolmetscherInnen an, dass das Reden über die erlebten belastenden Situationen zwar banal wirkt, jedoch für sie die beste Methode ist, um von negativen Gedanken wegzukommen, sich zu beruhigen und eine gewisse Distanz zu den belastenden Inhalten zu gewinnen:

Und der Schlüssel zum Erfolg ist halt einfach, das klingt so unglaublich banal, es ist auch eigentlich unglaublich banal, der Schlüssel zum Erfolg ist einfach drüber reden, über die Probleme.“ Also einfach reden, reden, reden. wenn man irgendwas erlebt hat, was einen überdurchschnittlich mitnimmt. Spätestens dann muss man Dinge einfach erzählen. (D4: SQ 46–47)

Manchmal wars mir hilfreich mit der Therapeutin, dem Therapeuten oder KollegInnen, FreundInnen zu reden ein bisschen darüber. (D2: SQ 36)

Eine weitere kommunikative Lösung stellt die Inanspruchnahme professioneller therapeutischer Hilfe dar, meist in Form von Supervision:

...ich habe aber, weil ich so mitgeföhlt habe, eben mein Bestmögliches gegeben in der Situation und ich habe im Nachhinein auf jeden Fall eine Supervision wahrgenommen und da habe ich auch weinen müssen und ja, es hat mir sehr geholfen, das so zu verarbeiten. (D2: SQ 33)

Neben diesen sozialen Bewältigungsstrategien beschreiben zwei DolmetscherInnen selbst durchgeführte Strategien als wirksam, bei denen soziale Unterstützung keine Rolle spielt – nämlich das Aufschreiben der eigenen Gedanken und Geföhle über eine belastende Therapiesitzung, um das Erlebte gewissermaßen „aus sich herauszuschreiben“. Zwei der interviewten Personen beschrieben dies wie folgt:

Oder während ich nach Hause fahre, schreibe ich mir die Gedanken auf. Und so bedeutet das für mich, dass es, also, abgeschlossen ist. Es ist fertig geschrieben. (D3: SQ 47)

Selten habe ich auch mal ein bisschen was geschrieben dazu, also so Tagebuch, reflexionsmäßig (D2: SQ 36)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass alle vier befragten DolmetscherInnen bestimmte Strategien benötigen, um mit den psychischen Belastungen der Tätigkeit umzugehen. Unter den genannten Strategien wurde das Reden über belastende Erlebnisse von allen als die wirksamste Methode beschrieben.

Aus diesen Beispielen lässt sich ableiten, dass DolmetscherInnen – unabhängig davon, ob ihnen zu Beginn ihrer Karriere bewusst war, mit welchen emotionalen Anforderungen die dolmetschgestützte Psychotherapie einhergeht oder nicht – das Anwenden bestimmter erlernter oder mitgebrachter Bewältigungsstrategien und Schutzmechanismen gegen eine emotionale Involvierung bzw. Mittraumatisierung für erforderlich halten. Zu den von den DolmetscherInnen am häufigsten erwähnten Schutzmechanismen gehören verschiedene Distanzierungsmethoden – unter anderem das Vermeiden von Blickkontakt oder die Visualisierung einer Schutzblase –, die darauf hinweisen, dass DolmetscherInnen ihre eigene Nähe zu den PatientInnen und den traumatisierenden Inhalten bewusst regulieren (D3: SQ 68–69, 71, 73; D2: SQ 28–29). Darüber hinaus zeigt sich, dass das Bewusstmachen der Grenzen der eigenen Rolle, die DolmetscherInnen während der Therapiesitzungen größtenteils im Laufe ihrer Arbeitserfahrung erlernen, ebenfalls als wichtiger Schutzfaktor erscheint (vgl. Bancroft et

al. 2015: 15; D1: SQ 20–22, 64).

Aus den Berichten über die Selbstfürsorgemethoden wird deutlich, dass DolmetscherInnen vor allem einfach zugängliche und leicht umsetzbare Maßnahmen anwenden, um ihre emotionale Belastung primär und rasch zu reduzieren. Freizeitaktivitäten oder Tätigkeiten, die vorübergehend ein Gefühl der Freude hervorrufen wie z.B. „sich etwas Gutes gönnen“ (D1: SQ 62), scheinen gute erste Strategien zu sein, um akute Stressreaktionen zunächst zu reduzieren, bevor eine ausführliche Verarbeitung mithilfe individueller Bewältigungsstrategien beginnt. Solche einfacheren und niederschweligen Handlungen wie Sport oder Tee trinken, können dazu beitragen, dass DolmetscherInnen gewissermaßen ihre innere Stabilität zurückgewinnen, was als Grundlage für weitere Bewältigungsmaßnahmen dient (D2: SQ 46–47; D1: SQ 62).

Die Aussagen machen deutlich, dass die häufige und langanhaltende Konfrontation mit traumatischen bedrückenden Inhalten die DolmetscherInnen oft zwangsläufig zur Entwicklung bestimmter Strategien anregt, die sie selbst nützlich finden und regelmäßig anwenden. Laut den Berichten der Befragten zeigt sich die soziale Unterstützung als die stärkste Bewältigungsstrategie. Alle vier Befragten betonten, dass sie sich allein durch das Reden über die erlebten belastenden Situationen viel besser fühlten. Die Tatsache, dass gerade die Person, die die stärksten Anzeichen einer sekundären Traumatisierung zeigte, ebenfalls ausschließlich diese Methode erwähnte und damit schließlich ihre über Jahre anhaltenden Symptome überwinden konnte, weist darauf hin, welche Bedeutung diese einfache Methode für die Verarbeitung belastender Erlebnisse hat.

Die Berichte, die auf negative Verarbeitungsstrategien wie Drogen- oder Alkoholkonsum hinweisen, machen deutlich, dass der Umgang mit traumatisierenden Inhalten zu Verarbeitungswegen führen kann, die nur kurzfristige Erleichterung bieten, langfristig jedoch viele Risiken bergen (D4: SQ 38; D1: SQ 62).

Auffällig ist, dass gerade jene Person, die keine institutionelle Unterstützung in Anspruch nahm – in Kombination mit dem Mangel an weiteren Strategien – die stärksten Anzeichen einer sekundären Traumatisierung aufweist. Auch wenn daraus kein direkter kausaler Zusammenhang abgeleitet werden kann, legt diese Beobachtung nahe, dass fehlende professionelle Unterstützung eine Rolle dabei spielen kann, wie schnell und wie langfristig DolmetscherInnen traumatische Inhalte verarbeiten.

6.7 Therapeutische Unterstützung

Diese Hauptkategorie umfasst Aussagen von DolmetscherInnen, in denen sie einerseits berichten, ob sie während ihrer Tätigkeit im psychotherapeutischen Kontext professionelle Unterstützung von TherapeutInnen erhielten, und andererseits, ob sie die angebotene Hilfe in Anspruch nahmen, wie nützlich sie diese empfanden oder – falls sie darauf verzichteten – aus welchen Gründen sie dies taten.

Drei der vier interviewten DolmetscherInnen gaben an, dass ihnen von den TherapeutInnen regelmäßig Supervisionsmöglichkeiten angeboten wurden und dass sie dieses Angebot auch in Anspruch nahmen. Alle, die bereits jemals an Supervisionen teilgenommen hatten, berichteten von positiven Erfahrungen und empfanden diese als hilfreich:

I: Okay, Sie haben erwähnt, dass Sie Supervisionen, also an Supervisionen auch teilnehmen, wird das für Sie angeboten oder?

D2: Zum Glück wird es angeboten und das sollten auch wirklich alle wahrnehmen, die in diesem Bereich arbeiten. Also wie gesagt, das sind wirklich schwerst traumatische Inhalte, da sollte das auf jeden Fall dazu gehören. (D2: SQ 48)

D1: Ja, ja. Ich hätte die Hilfe immer bekommen, die war immer angeboten. (D1: SQ 47)

Ausschließlich eine Person war der Meinung, dass Supervision zwar hilfreich sein kann und zu Beginn ihrer Tätigkeit sogar nützlich gewesen wäre, ihre eigenen Strategien inzwischen jedoch ausreichen, um mit arbeitsbedingten belastenden Inhalten umzugehen (D4: SQ 52).

Die Rolle der therapeutischen Unterstützung scheint den DolmetscherInnen stets als angebotene Möglichkeit seitens der TherapeutInnen zur Verfügung zu stehen. Aus den Erfahrungen der Befragten wird deutlich, dass die angebotene Supervision bei der Verarbeitung bzw. bei der angemessenen Bewältigung der belastenden Inhalte eine durchgehend positive, reflexionsfördernde Rolle spielt – dies bestätigen die homogenen positiven Berichte über die Supervision. Sogar jene Dolmetscherin, die zu Beginn ihrer Karriere im Bereich des psychotherapeutischen Dolmetschens den Sinn einer solchen Unterstützung noch nicht verstanden hatte, dies jedoch in Anspruch nahm, oder jener Dolmetscher, der aufgrund mangelnden Bewusstseins ihrer Bedeutung die Supervision abgelehnt hatte, betonte deren positiven Charakter.

Darüber hinaus wird anhand der Aussagen der befragten DolmetscherInnen deutlich,

dass kurze Hinweise der TherapeutInnen – etwa zur Sitzordnung oder zum empfohlenen Umgang mit dem Blickkontakt – hilfreich sein können, um die Situation besser einschätzen zu können, und nicht das Gefühl zu haben, ins kalte Wasser gestoßen zu werden. Dadurch, dass die DolmetscherInnen – wie sie berichteten – vor den jeweiligen Therapiesitzungen vorbereitende Informationen über die dolmetschgestützte Sitzung erhalten haben, wurde für sie ein klarer Rahmen geschaffen, der zu einem Gefühl von Sicherheit beitrug (Cohen & Wills 1985: 347–353).

6.8 Institutionelle Verantwortung und Ausbildungsangebote

In dieser Kategorie erscheinen Aussagen der Befragten darüber, was ihrer Meinung nach institutionell unternommen werden könnte, damit DolmetscherInnen, die im psychotherapeutischen Setting arbeiten möchten, über ausreichendes Wissen verfügen, welche emotionalen Belastungen mit der Arbeit in diesem Bereich einhergehen, auf welche psychischen und physischen Anzeichen sie achten sollten und an wen sie sich wenden können, wenn sie Symptome einer sekundären Traumatisierung bei sich feststellen. Alle Befragten hoben die Bedeutung des Studiums hervor und betonten, dass diesen Themen während der Ausbildung mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte:

Das mehr zu betonen, was ich selber herausfinden musste und eventuell auch, ja, keine Ahnung, dass es so Supervisionsstellen gibt, dann das auch vielleicht im Studium irgendwie zu erwähnen. (D4: SQ 53)

D3: Vielleicht mehr zum Thema Selbstschutz oder Abgrenzung. Ich finde, es war auch zu wenig zum Thema Copingstrategien, ja, dass die Dolmetschtätigkeit ziemlich belastend sein kann, mental. (D3: SQ 86)

Also ich glaube, dass die Universität da auch so ein Bewusstsein schaffen kann. Oder jetzt nicht unbedingt die Leute vorbereiten, weil das ist schwierig, weil die Realität kann man nie wirklich vorbereiten, aber zumindest anregen, dass man sich auch Fragen stellt oder anregen, dass man auch auf sich selbst achtet. Also nicht nur auf die eigene Leistung, sondern wer bin ich hier, wenn ich dolmetsche. Also ich glaube, dass da die Uni sicher mehr tun kann. (D1: SQ 64)

Eine der befragten DolmetscherInnen betonte die Mitverantwortung der psychotherapeutischen Institutionen, die ebenfalls darauf achten sollten, wie sich die DolmetscherInnen in ihrem Arbeitsumfeld fühlen. Anstatt selbstverständlich davon auszugehen, dass DolmetscherInnen lediglich ihre Arbeit ausführen, sollten sie regelmäßig reflektieren, welche Anforderungen und Belastungen mit dieser Tätigkeit verbunden sind und wie diese Herausforderungen bewältigt werden können.

Aus den Aussagen geht hervor, dass es zwar seit den vergangenen Jahren seitens der Universitäten bestimmte Bestrebungen gegeben hat, Ausbildungsinhalte zu entwickeln, die auf das psychische Wohlbefinden der DolmetscherInnen abzielen und von mehreren Befragten als sehr hilfreich bezeichnet wurden, diese jedoch nach Berichten der Befragten nicht ausreichen, um auf die Realität der psychotherapeutischen Arbeit vorzubereiten. Einerseits sind diese Lehrveranstaltungen eher theoretisch orientiert, andererseits sind sie nicht verpflichtend (D3: SQ 86–87; D2: SQ 9; D1: SQ 64). Der Wunsch nach praxisnäheren und intensiveren Fortbildungsangeboten für DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Setting von den Befragten ist daher nachvollziehbar.

Wie eine der Befragten betont, ist eine positive Tendenz innerhalb der Dolmetscherausbildung eindeutig erkennbar und auch die Supervisionsmöglichkeiten seitens der psychotherapeutischen Institutionen sind zunehmend ausgebaut, jedoch wäre es im Hinblick auf die DolmetscherInnen erforderlich, diese weiter zu stärken und systematischer zu verankern.

Die Aussagen machen deutlich, dass bereits während des Studiums intensiver darauf eingegangen werden sollte, wie DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Bereich mit den möglichen Risiken einer sekundären Traumatisierung besser umgehen können bzw. welche Risiken überhaupt bestehen. Darüber hinaus sollte erklärt werden, dass sie sich an die jeweiligen TherapeutInnen selbst wenden können, falls sie Symptome einer solchen Belastung bei sich feststellen, welche individuellen Strategien als Schutzfaktoren dienen können und welche Methoden bei der Verarbeitung belastender arbeitsbedingter Inhalte helfen können. Weiters sollte vermehrt Aufmerksamkeit darauf gelegt werden, die tatsächliche Rolle der Dolmetscherinnen sowie die Grenzen dieser Rolle zu reflektieren und zu stärken, um langfristig eine sichere und ausgewogene Arbeitsweise zu gewährleisten.

7 Fazit

Die dolmetschgestützte Psychotherapie hat eine besondere Relevanz, weil viele PatientInnen in Österreich psychotherapeutische Unterstützung benötigen, die die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrschen. Durch die zunehmende Migration und die damit einhergehende höhere Zahl an traumatisierten Menschen im Gesundheitssystem spielt das psychotherapeutische Dolmetschen eine immer wichtigere Rolle.

Im Zentrum der vorliegenden Arbeit standen die Auseinandersetzung mit der psychischen Belastungssituation von DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Setting, die Einflussfaktoren auf die Entwicklung einer möglichen Sekundärtraumatisierung in diesem Bereich sowie die möglichen Verarbeitungs- und Schutzmethoden, die DolmetscherInnen zur Verfügung stehen, um sich mit belastenden arbeitsbedingten Inhalten auseinanderzusetzen.

Insgesamt zeigen die erhobenen Daten, dass mehrere Faktoren beeinflussen, ob und in welchem Ausmaß DolmetscherInnen, die mehrere Jahre im psychotherapeutischen Umfeld tätig sind, von traumatisierenden Inhalten belastet werden oder nicht. Hinsichtlich der Forschungsfragen lässt sich feststellen, dass DolmetscherInnen, die empathische Persönlichkeitsmerkmale aufweisen, die nur über geringe Kenntnisse bezüglich der möglichen Übertragbarkeit belastender Erlebnisse und Emotionen verfügen, die mehr als zehn Stunden pro Woche traumatisierenden Inhalten ausgesetzt sind, ohne entsprechende Bewältigungsstrategien und/oder Schutzmechanismen anzuwenden, die persönlich betroffen sind, die sich auf belastende Inhalte nicht vorbereiten können – wobei eine wesentliche Rolle spielt, inwieweit TherapeutInnen ihre DolmetscherInnen mit vorbereitenden Informationen über das Thema und den Ablauf der jeweiligen Sitzungen unterstützen –, sowie dann, wenn DolmetscherInnen keine therapeutische Unterstützung in Form von Einzelgesprächen oder Supervisionen erhalten, vermehrt Symptome wie Taubheit, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafprobleme, Mitgefühlverlust und Erschöpfung wahrnehmen, welche Anzeichen einer sekundären Traumatisierung sein können. Diese Ergebnisse untermauern die im Theorieteil dargestellten Annahmen über die Rolle der Empathie (vgl. Levenson & Ruef 1992: 234ff.), der im traumatisierenden Umfeld verbrachten Zeit (vgl. Bober & Regehr 2006: 4f.) sowie der fehlenden Coping-Strategien und Schutzmechanismen (vgl. Ehlert & Brönnimann, 2019: 435).

Darüber hinaus ist es von Bedeutung, ob DolmetscherInnen sich bereits im Vorfeld über die Risiken einer sekundären Traumatisierung informiert haben oder im Rahmen der universitären Ausbildung darauf vorbereitet wurden. Mitgebrachtes Wissen kann unter anderem als

Schutzfaktor verstanden werden, da dieser Faktor positiv beeinflusst, wie sich DolmetscherInnen auf eine potenziell traumatisierende Sitzung vorbereiten und ob sie Supervisionsmöglichkeiten in Anspruch nehmen (vgl. Bober & Regehr 2006: 2; Knodel 2018: 5f.). Auf eine solche präventive Unterstützung wird – laut den Aussagen der DolmetscherInnen – in therapeutischen Institutionen zunehmend Wert gelegt.

Ob DolmetscherInnen sich vor möglichen Gefahren einer sekundären Traumatisierung schützen können, hängt davon ab, ob sie bereits mitgebrachtes oder erworbenes Wissen über allgemein gut funktionierende Bewältigungsstrategien und Schutzmechanismen anwenden. Je mehr von den genannten Strategien angewendet wird, je mehr Unterstützung in Anspruch genommen wird und je stärker die befragten DolmetscherInnen auf ihre professionelle Haltung reflektieren und auf ihr eigenes psychisches Wohlbefinden achten, desto größer sind die Chancen, langfristig und ausgeglichen im psychotherapeutischen Umfeld zu arbeiten.

Im Rahmen der kritischen Reflexion ist hervorzuheben, dass die Studie einige Grenzen aufweist. Zum einen muss festgestellt werden, dass die Stichprobe aus den Aussagen von ausschließlich vier Personen bestand, was keine breite repräsentative Aussagekraft gewährleistet. Symptome oder Bewältigungsstrategien, die bei den Befragten nur in geringem Ausmaß vorkamen, wären in einer Untersuchung mit einer größeren Teilnehmerzahl möglicherweise deutlicher zum Vorschein gekommen, wodurch sich weitere und differenziertere Schlussfolgerungen hätten ableiten lassen. Darüber hinaus führte das Schneeballverfahren als gewählte Methode zur Gewinnung potenzieller TeilnehmerInnen dazu, dass die InterviewpartnerInnen aus sehr ähnlichen bzw. denselben institutionellen Kontexten kamen. Dies erschwerte die Darstellung der Vielfalt zwischen unterschiedlichen Institutionen. Zum anderen ist aufgrund der Sensibilität des Themas nicht auszuschließen, dass die TeilnehmerInnen nicht in vollständiger Tiefe über ihre Erlebnisse und emotional belastende Situationen berichteten. Dazu könnte auch beigetragen haben, dass im Falle einer Teilnehmerin die Ortswahl (ein Park) nicht optimal war, wodurch möglicherweise weniger Offenheit seitens der Dolmetscherin entstanden ist.

Aufgrund dieser Einschränkungen wären Studien mit größeren Stichproben für die zukünftige Forschung besonders relevant, um ein differenziertes, vielfältiges Bild über die unterschiedlichen Symptome einer möglichen sekundären Traumatisierung von DolmetscherInnen, deren Auslöser, persönliche Strategien zur Stressbewältigung, die Verarbeitung der emotionalen Belastungen sowie Schutzmechanismen zu erhalten. Darüber hinaus könnten Langzeitstudien ein breiteres Spektrum über die Entwicklung der sekundären Traumatisierung – falls sie sich entwickelt – abbilden. Zusätzlich könnten zukünftige

Untersuchungen neben leitfadengestützten Interviews weitere Erhebungsmethoden einbeziehen, um ein umfassenderes Bild des Belastungswahrnehmens der im psychotherapeutischen Kontext tätigen DolmetscherInnen zu gewinnen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen dazu beitragen, die Bedingungen für eine reflektierte und gut unterstützte Praxis im psychotherapeutischen Dolmetschen weiter zu stärken.

Bibliographie

- Administrative Office of Pennsylvania Courts, & Pennsylvania Coalition Against Rape (2018). *Trauma-informed Interpreting*. https://pcar.org/sites/default/files/resource-pdfs/trauma-informed_interpreting_booklet_508.pdf (Stand 25.09.2025).
- Akremit, Leila (2022). Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung. In Baur, Nina & Blasius, Jörg (Hg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer VS, 405–424.
- Anderson, Arlyn (2011). Peer Support and Consultation Project for Interpreters: A Model for Supporting the Well-Being of Interpreters who Practice in Mental Health Settings. *Journal of Interpretation* 21 (1), 1–12.
- Andreatta, Pia (2024). *Das Trauma der anderen. Zur sekundären Traumatisierung in helfenden Berufen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Arkan, Yelda (2023). Sekundäre Traumatisierung bei DolmetscherInnen in der Psychotherapie: Eine Forschungslücke? *Hacettepe University Journal of Letters* 40 (2), 612–630.
- Baker, Thomas E. (2012). Burnout. In: Figley, Charles R. (ed.), *Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 69–72.
- Bancroft, Marjory A.; Allen, Katharine; Green, Carola E. & Feuerle, Lois M. (2015). *Breaking Silence: Interpreting for Victim Services. A Training Manual*. Washington, DC: Cross-Cultural Communications.
- Barbato, Angelo; Vallarino, Martine; Rapisarda, Filippo; Lora, Antonio & Caldas de Almeida, José Miguel (2016). *Access to Mental Health Care in Europe – Consensus Paper*. European Commission.
- Berthold, Megan S. & Fischman, Yael (2014). Social Work with Trauma Survivors: Collaboration with Interpreters. *Social Work*, 1–8.
- Blasius, Jörg & Baur, Nina (2022). Methoden der empirischen Sozialforschung. Ein Überblick. In: Baur, Nina & Blasius, Jörg (Hg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer VS, 1–34.
- Bober, Ted & Regehr, Cheryl (2006). Strategies for Reducing Secondary or Vicarious Trauma: Do They Work? *Brief Treatment and Crisis Intervention* 6, 1–9.
- Bogner, Alexander; Littig, Beate & Menz, Wolfgang (2014). *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bontempo, Karen & Malcolm, Karen (2012). An Ounce of Prevention Is Worth a Pound of Cure: Educating Interpreters about the Risk of Vicarious Trauma in Healthcare Settings.

- In: Laurie Swabey & Karen Malcolm (eds.), *In Our Hands: Educating Healthcare Interpreters*. Washington, DC: Gallaudet University Press, 105–130.
- Caldwell, Mayta A. & Peplau, Letitia Anne (1982). Sex differences in same-sex friendship. *Sex Roles* 8 (7), 721–732.
- Carver, Charles S. & Connor-Smith, Jennifer (2009). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology* 61 (1), 679–704.
- Cerney, Mary S. (1995). Treating the “Heroic Treaters”. In: Figley, Charles R. (ed.), *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: Taylor & Francis Group, 129–144.
- Cesko, Enver (2018). Transkulturelle Psychotherapie. Neue Perspektiven in der klinischen Anwendung. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 51–56.
- Cohen, Sheldon & Wills, Thomas Ashby Wills (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin* 98 (2), 310–357.
- Connor-Smith, Jennifer K & Flachsbart, Celeste (2007). Relations Between Personality and Coping: A Meta-Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* 93 (6), 1080–1107.
- Daniels, Judith (2006). Sekundäre Traumatisierung. Kritische Prüfung eines Konstruktes. *Die Psychotherapie*.
- Daniels, Judith (2007). Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin* 3.
- Daniels, Judith (2008). Sekundäre Traumatisierung: Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Therapeuten. *Psychotherapeut* 53 (2), 100–107.
- Dean, Robyn K. & Pollard Jr., Robert Q. (2009). Effectiveness of Observation-Supervision Training in Community Mental Health Interpreting Settings. *Revista electrónica de didáctica de la traducción y la interpretación* 3, 1–17.
- Delizée, Anne; Bennoun, Nathalie; Dutray, Felicia; Pierard, Lorine & Weber, Orest (2024). Preventing vicarious traumatisation in mental health settings: a training course for interpreters. *FITISPos International Journal* 11 (1), 28–43.
- DGPPN (Hg.) (2019). *Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie* 2. Berlin: Springer-Verlag.
- Dresing, Thorsten & Pehl, Thorsten (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 6. Aufl. Marburg.
- Ehlert, Ulrike & Brönnimann, Rebecca (2019). Traumafolgestörungen bei gefährdeten

- Berufsgruppen. In: Seidler, Günter H.; Freyberger, Harald; Glaesmer, Heide & Gahleitner, Silke Birgitta (Hg.), *Handbuch der Psychotraumatologie*. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Figley, Charles R. (1995). Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview. In: Figley, Charles R. (ed.), *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: Routledge, 19–35.
- Figley, Charles R. (2012). Posttraumatic Stress Disorder. In: Figley, Charles R. (ed.), *Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide*, Thousand Oaks: SAGE Publications, 450–452.
- Figley, Charles R. (2012). Introduction. In: Figley, Charles R. (ed.), *Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide*. Thousand Oaks: SAGE Publications, xxiii–xxv.
- Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst & Steinke, Ines (2007). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst & Steinke, Ines (Hg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 5. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 13–29.
- Friedrichs, Jürgen (2022). Forschungsethik. In: Baur, Nina & Blasius, Jörg (Hg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer VS, 349–358.
- Gangsei, David (2012). Vicarious Trauma, Vicarious Resilience and Self-Care . *Heal Torture*, 1-3.
- Gies, Hedi (o.J.). Sekundäre Traumatisierung und Mitgeföhlrserschöpfung am Beispiel familienähnlicher stationärer Betreuungen in der Jugendhilfe. https://institut-trauma-paedagogik.de/wp-content/uploads/2022/09/hedi_gies_artikel.pdf (Stand: 23.12.2024).
- Gordon, Nirit & Alpert, Judith L. (2012). Psychological Trauma. In: Figley, Charles R. (ed.), *Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 489–494.
- Hadzic, Elvira (2018). Kommunikationsprozesse und Übersetzungsebenen in der Therapie und Beratung von Geflüchteten. In: Schriefers, Silvia & Hadzic, Elvira (Hg.), *Sprachmittlung in Psychotherapie und Beratung mit geflüchteten Menschen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 39–58.
- Hanft-Robert, Saskia; Glahder Lindberg, Laura; Mösko, Mike & Carlsson, Jessica (2023). A balancing act: how interpreters affect the therapeutic alliance in psychotherapy with trauma-affected refugees—a qualitative study with therapists. *Frontiers in Psychology*,

1–13.

- Harvey, J.; Pearson, E.; Mantler, T. & Gotwals, J. (2020). ‘Be kind to yourself– because you’re doing fine’: using self-determination theory to explore the health-related experiences of primiparous women participating in a co-active life coaching intervention. *Coaching: Eine internationale Zeitschrift für Theorie, Forschung und Praxis* 13 (1), 78–91.
- Heise, Thomas; Pfefferer-Wolf, H., Leferink, K., Wulff, E., & Heinz, Andreas (2001). Geschichte und Perspektiven der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. *Der Nervenarzt*, 72, 231–233.
- Helfferich, Cornelia (2022). Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, Nina & Blasius, Jörg (Hg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer VS, 875–892.
- Hetherington, Ali (2012). Supervision and the Interpreting Profession: Support and Accountability Through Reflective Practice. *International Journal of Interpreter Education*, 4 (1), 46–57.
- Hlavac, Jim (2017). *Mental Health Interpreting Guidelines for Interpreters. Guidelines on definitions, protocols, ethics, practices, self-care and content knowledge for interpreters working in mental health settings*. Victoria: Monash University.
- Horesh, Danny (2012). Vulnerability, Posttraumatic. In Figley, Charles R. (ed.), *Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 791–794.
- National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI) (2022). NAATI - National Accreditation Authority for Translators and Interpreters. <https://www.naati.com.au/> (Stand: 10.10.2025).
- Jurisch, Florentine; Kolassa, Iris-Tatjana & Elbert, Thomas (2009). Traumatisierte Therapeuten? Ein Überblick über sekundäre Traumatisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 38 (4), 250–261.
- Klosinski, Matthias; Castro Núñez, Sandra; Oestereich, Cornelia & Hegemann, Thomas (2022). Transkulturelle Psychiatrie – eine neue Reise. In: Klosinski, Matthias; Castro Núñez, Sandra; Oestereich, Cornelia & Hegemann, Thomas (Hg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie*. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag, 19–26.
- Knodel, Rebekah K. (2018). Coping with Vicarious Trauma in Mental Health Interpreting. *Journal of Interpreting* 26 (1), 1–23.
- Kruse, Jan (2015). *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz*. 2. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, Udo & Rädiker, Stefan (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis,*

- Computerunterstützung*. 5. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Lakota, Sabine (2008). *Das Unfassbare überwinden. Copingstrategien traumatisierter Menschen*. Hannover: Blumhardt Verlag.
- Lamnek, Siegfried & Krell, Claudia (2016). *Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Material*. 6. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Levenson, Robert W. & Ruef, Anna M. (1992). Empathy: A Physiological Substrate. *Journal of Personality and Social Psychology* 63 (2), 234–246.
- Mirdal, Gretty M.; Ryding, Else & Essendrop Sondej, Mette (2012). Traumatized refugees, their therapists, and their interpreters: Three perspectives on psychological treatment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 85 (4), 436–455.
- Machleidt, Wielant (2002). Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. *Der Nervenarzt* 73, 1208–1209.
- Mathieu, Françoise (2012). Compassion Fatigue. In: Figley, Charles R. (ed.), *Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 136–139.
- Mayring, Philipp & Fenzl, Thomas (2022). Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur, Nina & Blasius, Jörg (Hg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 691–706.
- McCann, Lisa & Pearlman, Laurie Anne (1990). Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims. *Journal of Traumatic Stress* 3 (1), 131–149.
- Mey, Günter & Mruck, Katja (2010). Interviews. In: Mey, Günter, & Mruck, Katja (Hg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, 423–435.
- Meyer, Christian & Meier zu Verl, Christian (2022). Ergebnispräsentation in der qualitativen Forschung. In: Baur, Nina & Blasius, Jörg (Hg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer VS, 295–316.
- Miller, Kenneth E.; Martell, Zoe L.; Pazdirek, Linda; Caruth, Melissa & Lopez, Diana (2005). The Role of Interpreters in Psychotherapy With Refugees: An Exploratory Study. *American Journal of Orthopsychiatry* 75 (1), 27–39.
- Mucker, Juliane; Bautz, Wolfgang & Hadzic, Elvira (2018). Rahmenbedingungen für Psychotherapie und Beratung unter Einsatz von Sprachmittlern und Sprachmittlerinnen. In: Schriefers, Silvia & Hadzic, Elvira (Hg.), *Sprachmittlung in Psychotherapie und Beratung mit geflüchteten Menschen. Wege zur transkulturellen Verständigung*.

- Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 25–38.
- Oestereich, Cornelia (2022). Das systemische Konzept als Metatheorie für eine transkulturelle Psychiatrie. In: Klosinski, Matthias; Castro Núñez, Sandra; Oestereich, Cornelia & Hegemann, Thomas (Hg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie*. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag, 44–60.
- Pearlman, Laurie Anne (2012). Vicarious Trauma. In: Figley, Charles R. (ed.), *Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 783–785.
- Penka, Simone; Schouler-Ocak, Meryam; Heinz, Andreas & Kluge, Ulrike (2012). Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. Mögliche Barrieren und Handlungsempfehlungen. *Bundesgesundheitsblatt*, 1168–1175.
- Pöchhacker, Franz (ed.) (2015). *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. Abingdon, Oxon: Routledge.
- Porst, Rolf (2022). Frageformulierung. In: Baur, Nina & Blasius, Jörg (Hg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer VS, 1099–1113.
- Potocky, Miriam & Guskovict, Kristen L. (2020). *Addressing Secondary Traumatic Stress. Models and Promising Practices*. Miami, Florida: Heart of Aid Work KLG Consulting Services, LLC.
- Prentice, Joanna; Nelson, Annmarie; Baillie, Jessica; Osborn, Hannah & Noble, Simon (2014). ‘Don’t blame the middle man’: an exploratory qualitative study to explore the experiences of translators breaking bad news. *Journal of the Royal Society of Medicine* 107 (7), 271–276.
- Qureshi, Adil; Revollo, Hilda-Wara; Collazos, Fiana; el Harrak, Jannat; Visiers, Cristina; Ramos, Mishel & Casas, Miguel (2011). Intercultural mediation: reconstructing Hermes – the messenger gets a voice. In: Bhugra, Dinesh & Gupta, Susham (eds.), *Migration and Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press, 245–260.
- Rauvola, Rachel S.; Vega, Debra M. & Lavigne, Kaitlyn N. (2019). Compassion Fatigue, Secondary Traumatic Stress, and Vicarious Traumatization: A Qualitative Review and Research Agenda. *Occupational Health Science* 3 (3-4), 297–336.
- Rzepka, Irja; Kindermann, David; Friedrich, Hans-Christoph & Nikendei, Christoph (2024). Secondary traumatization in refugee care—EMDR intervention for interpreters (STEIN): a study protocol for a quasi-randomized controlled trial. *Trials* 25.
- Sabel, Bernhard A. & Roschinski, Adelheid (2010). Sekundäre Traumatisierung – Berufsrisiko

- der Helfer. In: Wagner, Ringo (Hg.), *Sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko? Konfrontation mit schweren Schicksalen anderer Menschen*. Magdeburg: Friedrich-Ebert-Stiftung, 35–46.
- Scaer, Robert (2014). *The Body Bears the Burden: Trauma, Dissociation, and Disease*. 3. Aufl. New York: Routledge.
- Schleifer, Roman; Dittmann, Volker; Ebner, Gerhard; Seifritz, Erich & Liebrecht, Michael (2015). Einsatz von Dolmetschern im Rahmen der versicherungs-psychiatrischen Begutachtung. *Praxis* 104 (6), 293–300.
- Schubbe, Oliver (2011). Praktische Ideen zur Selbstfürsorge in Therapie und Beratung. In: GPTG (Hg.), *Indirekte Traumatisierung im Kontext professionellen Handelns. Anforderungen an Ausbildung, Berufspraxis und Supervision. Kongressreader*. Berlin: Rode & GPTG, 190–197.
- Schwenke, Tomina (2015). Burnout. In: Pöchlhammer, Franz (ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. Abingdon: Routledge, 38.
- Shlesinger, Yael (2015). Vicarious Trauma. In: Pöchlhammer, Franz (ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. Abingdon: Routledge, 434–435.
- Splevins, Katie A.; Cohen, Keren; Joseph, Stephen; Murray, Craig & Bowley, Jake (2010). Vicarious posttraumatic growth among interpreters. *Qualitative Health Research* 20 (12), 1705–1716.
- Statistik Austria. (2024). Migration & Integration. Zahlen, Daten, Indikatoren. Statistisches Jahrbuch. Wien.
<https://www.statistik.at/services/tools/services/publikationen/detail/1919> (Stand: 12.04 2025).
- Tallarek, Marie; Zeeb, Hajo; & Spallek, Jacob (2022). Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von zugewanderten Menschen in Deutschland: Bedarf, Inanspruchnahme und Verbesserungspotenziale. In: Klosinski, Matthias; Castro Núñez, Sandra; Oestereich, Cornelia & Hegemann, Thomas (Hg.), *Handbuch transkulturelle Psychiatrie*. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag, 77–92.
- Tribe, Rachel (2011). Migrants and mental health: working across culture and language. In: Bhugra, Dinesh & Gupta, Susham (eds.), *Migration and Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press, 261–273.
- Tribe, Rachel & Lane, Pauline (2009). Working with Interpreters in Mental Health. *International Journal of Culture and Mental Health* 18 (3), 1–15.
- Tribe, Rachel & Thompson, Kate (2022). Working with Interpreters in Mental Health.

- International Review of Psychiatry*, 1–37.
- Trübner, Miriam & Schmies, Tobias (2022). Befragung von speziellen Populationen. In: Baur, Nina & Blasius, Jörg (Hg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer VS, 1231–1245.
- Universität Wien. (2023). Psychisches Erleben beim Dolmetschen. u:find: <https://ufind.univie.ac.at/de/course.html?lv=340365&semester=2023S> (Stand: 21.06.2025).
- Valent, Paul (2012). Trauma, Definitions of. In: Figley, Charles R. (ed.), *Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 676–679.
- Villalobos, Bianca T.; Bridges, Ana J.; Anastasia, Elizabeth A.; Ojeda, Carlos A.; Hernandez Rodriguez, Juventino & Gomez, Debbie (2016). Effects of Language Concordance and Interpreter Use on Therapeutic Alliance in Spanish-Speaking Integrated Behavioral Health Care Patients. *Psychological Services* 13 (1), 49–59.
- von Kardorff, Ernst (1995). Qualitative Sozialforschung - Versuch einer Standortbestimmung. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Keupp, Reiner; von Rosenstiel, Lutz & Wolff, Stephan (Hg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. 2. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1–19.
- Wedam, Uta (2015). Psychisches Erleben von Dolmetscherinnen. In: UNHCR-Österreich (Hg.), *Trainingshandbuch für DolmetscherInnen im Asylverfahren*. Linz: Trauner Verlag, 203–209.
- Weigl, Marion & Gaiswinkler, Sylvia (2019). *Blickwechsel – Migration und psychische Gesundheit*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Wichmann, Michelle Lok-Yan; Nick, Susanne; Redlich, Alex; Pawils, Silke; Brune, Michael; Betke, Emil . . . Metzner, Franka (2018). Sekundäre traumatische Belastung bei Dolmetschern in der Flüchtlingsversorgung. *Trauma & Gewalt* 12 (3), 226–243.
- Yalom, Irvin D. (2002). *The Gift of Therapy: An Open Letter to a New Generation of Therapists and Their Patients*. HarperCollins e-books. (Stand: 17.12.2024).

Anhang

Interviewleitfaden

Frage	Ergänzende Fragen	Notizen
1. Seit wann arbeiten Sie im psychotherapeutischen Umfeld?		
2. Haben Sie bereits während oder direkt nach Ihrem Studium im psychotherapeutischen Umfeld gearbeitet?		
3. Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Woche/Monat im psychotherapeutischen Umfeld?		
4. Als Sie begonnen haben, in diesem Bereich zu arbeiten, entsprach die Tätigkeit Ihren Erwartungen?	- Falls ja, inwiefern? - Falls nicht, was war anders? - Wie waren die ersten Erfahrungen? - War Ihnen bekannt, dass diese Tätigkeit mit psychischen Herausforderungen einhergeht?	
5. Inwiefern versetzen Sie sich in die Lage der PatientInnen?	- Erleben Sie die Situationen innerlich mit? - Wie stark identifizieren Sie sich mit den Gefühlen oder Erfahrungen der PatientInnen?	
6. Inwieweit und auf welcher Weise können Sie sich von den PatientInnen distanzieren?		
7. Wie empathisch würden Sie sich einschätzen?		
8. Hat sich diese Empathie in den letzten Jahren geändert, seitdem Sie in diesem Bereich arbeiten?		
9. Mussten Sie jemals beruflich eine längere Pause machen?	- Falls ja, was war der Grund dafür? - Falls nicht, haben Sie so eine Pause schon einmal in Erwägung gezogen?	
10. Können Sie von einer traumatisierenden Dolmetschsituation berichten	- Wie haben Sie diese Situation empfunden? - Wie haben Sie sich während und nach der geschilderten Therapiesitzung gefühlt und wie lange hat das gedauert?	
11. Haben Sie die Möglichkeit, nach den Dolmetschsituationen an	- Sind die Psychotherapeutinnen für die DolmetscherInnen da?	

einer Supervision oder Beratung teilzunehmen?	- Wird eine Supervision regelmäßig angeboten? - Nehmen Sie seit Beginn Ihrer Karriere an Supervisionen an?	
12. Findet nach einer psychotherapeutischen Dolmetschsituation eine Nachbesprechung bzw. Reflexion über das Gehörte statt?	- Falls ja, in welcher Form? - Falls nicht, woran liegt das? (keine Möglichkeit seitens der TherapeutInnen, kein Interesse/Zeit Ihrerseits)	
13. Haben Sie individuelle Schutzmechanismen gegen die Mittraumatisierung?	- Wenn ja, welche?	
14. Wenn Sie mit einer sehr traumatisierenden Situation konfrontiert sind, was hilft Ihnen bei der Verarbeitung der gedolmetschten traumatischen Erlebnisse? Was hilft Ihnen, damit zurechtzukommen?	- Haben Sie individuelle Bewältigungsstrategien?	
15. Haben Sie individuelle Selbstfürsorgemethoden?	- Freizeitaktivitäten, Entspannungstechniken, usw.	
16. Haben Sie seit Ihrer Tätigkeit im psychotherapeutischen Umfeld bereits eines der folgenden Symptome erlebt: Emotionale Erschöpfung/Taubheit, Konzentrationsschwierigkeiten, veränderte Essgewohnheiten, Kopfschmerzen, vermindertes Einfühlungsvermögen, soziale Isolation, Gleichgültigkeit gegenüber anderen, Entfremdung, Schlaflosigkeit, Träume über das miterlebte Geschehen, Erinnerungen daran	- Welche Faktoren beeinflussen Ihrer Meinung nach, ob Sie die von Ihnen genannten Symptome wahrnehmen oder nicht?	
17. Wenn Sie vergleichen würden, wurden Sie am Anfang Ihrer Karriere im psychotherapeutischen Umfeld oder heute stärker durch die gedolmetschten traumatischen Erlebnisse belastet?		
18. Was könnte so institutionell als Unterstützung unternommen werden?	- Hast du während deines Studiums das Gefühl gehabt, dass du ausreichend Vorbereitung für so eine spezifische Tätigkeit bekommen hast?	

Transkripte

Zeichenerklärung zur Transkription:

...	Längeres Nachdenken
[]	Anonymisierte Inhalte
/	Wort- und Satzbrüche

Transkript 1

- 1 I: Gut, also. Heute ist der 28.5. und ich führe ein Interview mit einer Dolmetscherin, die unter
2 anderem auch im Bereich Psychotherapie tätig ist. Im Rahmen meiner Masterarbeit an der
3 Universität Wien zum Thema Sekundärtraumatisierung und die Rolle von Selbstreflexion und
4 Selbstfürsorge bei DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Setting. Danke, dass Sie sich
5 Zeit nehmen. Zu Beginn würde mich interessieren, seit wann Sie im psychotherapeutischen
6 Umfeld arbeiten?
- 7 D1: Ich habe begonnen schon 2004, also seit über 20 Jahren. Wobei ich sagen muss, ich habe
8 im letzten Jahr kaum gedolmetscht, nur einzelne Stunden. Sonst früher habe ich die meiste
9 Zeit regelmäßig, mit einmal einer Unterbrechung von 2 Jahren.
- 10 I: Also haben Sie schon während Ihres Studiums in diesem Bereich gearbeitet?
- 11 D1: Ich habe während meines Studiums, genau.
- 12 I: Als Sie begonnen haben, in diesem Bereich zu arbeiten, entsprach die Tätigkeit Ihren Er-
13 wartungen oder war das ganz anders, als sie es vorgestellt haben?
- 14 D1: Ich hatte gar keine Erwartungen, weil ich gar kein Wissen hatte über Psychotherapie.
15 Also ich hatte überhaupt keine Vorstellung davon, was psychotherapeutisches Arbeiten be-
16 deutet. Und ich war sehr jung, also ich war so 22 und ich bin einfach da rein, weil es eine
17 Möglichkeit war, überhaupt zu arbeiten, weil ich damals gar keine Arbeitsbewilligung hatte.
18 Also ich bin auch irgendwie Ausländerin und so. Und dann war das so: Wow, ich kann da ar-
19 beiten. Und ich habe gar keine Erwartungen gehabt, ich bin einfach da blind rein.
- 20 I: Ach, okay. Und wie waren die ersten Erfahrungen?
- 21 D1: Ähm, also ich war damals, also ich habe Konferenzdolmetschen studiert und ich fand die
22 Gespräche selbst, also rein das Sprachliche sehr einfach. Also verglichen mit dem, was ich im
23 Studium gemacht habe, war das sozusagen von der Komplexität her viel einfacher. Ich fand es
24 aber schwierig zu verstehen, was die Psychotherapeuten wollen und warum sie das wollen.
25 Ja? Also ich fand es schwierig, diesen Kontext irgendwie zu begreifen und auch die Ziele der
26 Gespräche oder die Strategie in den Gesprächen, ähm, und einfach den ganzen, ich sag`s mal
27 so, den Diskurs der Psychotherapie. Dafür habe ich am längsten gebraucht, bis ich das ver-
28 standen habe.
- 29 I: Alles klar. Haben die TherapeutInnen nichts erklärt, oder...?
- 30 D1: Doch, sie haben immer wieder erklärt. Es war also sehr gut begleitet. Also ich habe da-
31 mals begonnen zu arbeiten. Das war in [Stadt] und das war eine Stelle, die heißt [Name des
32 Instituts], und diese Stelle war neu aufgesetzt, also ich war unter den ersten Dolmetschern, die
33 dort gearbeitet haben. Und sie haben eben von Anfang an versucht, das alles sehr gut zu be-
34 gleiten. Also es waren wirklich sehr engagierte, damals relativ junge PsychotherapeutInnen.
35 Auch sehr engagierte/Also es war schon auch eine /Es war immer auch ein bisschen eine

36 politische Tätigkeit. Aber, doch/Also sie haben es immer wieder versucht, zu erklären, ich
 37 habe aber einfach viele Jahre gebraucht, bis das wirklich bei mir angekommen ist. Muss ich
 38 ganz ehrlich sagen.

39 I: Okay, interessant. Und viele Stunden arbeiten Sie pro Woche in dem Bereich?

40 D1: Das war im Laufe dieser Jahre eben sehr unterschiedlich. Ich habe ursprünglich sehr viel
 41 gearbeitet. Also ich bin dann nach einem oder nach zwei Jahren Arbeit in [Stadt] bin ich nach
 42 Wien gezogen und dann in dem Verein [Name des Vereins] also, wo ich halt heute noch ir-
 43 gendwie angebunden bin oder was mache. Und eine Zeit lang habe ich so 14 Stunden in der
 44 Woche das gemacht, was eigentlich doch sehr viel war. Dann dazwischen wieder so zehn,
 45 dann mal sieben, fünf und dann eben eine ganze Pause, dann wieder einfach nur noch/Also
 46 die letzten Jahre habe ich das immer so gemacht, dass ich einen Halbtage in der Woche das ge-
 47 macht habe. Das waren dann vier bis fünf Stunden. Aber nur hintereinander diese eine Block
 48 und dann nicht mehr.

49 I: Sie haben gerade erwähnt, dass Sie schon mal eine längere Pause gebraucht haben. Darf ich
 50 fragen, warum?

51 D1: Ja...Es hatte schon auch damit zu tun, dass ich mich auf was anderes konzentrieren
 52 wollte, nämlich auf meine Dissertation zu dem Thema. Und ich wollte auch ein bisschen ei-
 53 nen Abstand schaffen zum Feld, also wirklich zum Forschungsfeld, weil ich die Leute dort
 54 auch so interviewt habe. Und ich habe gedacht, ich brauche einfach/ich muss da weg. Aber
 55 auch, weil ich wirklich eine Pause gebraucht habe. Also ich habe wirklich das Gefühl gehabt,
 56 mir ist das jetzt alles zu viel. Zu viel von diesem Leid, zu viel von/Dann noch ein anderer
 57 Grund war, muss ich ehrlich sagen, ich wollte auch sprachlich wieder auch mehr Herausforde-
 58 rung haben beim Dolmetschen. Nämlich einfach sprachlich, dass ich irgendwas dolmetsche,
 59 was intellektuell anspruchsvoller ist. Das hat mir einfach gefehlt.

60 I: Verstehe, danke. Dann kommen wir zu einem anderen Thema, und zwar, wie empathisch
 61 würden Sie sich einschätzen?

62 D1: Ich glaube, manchmal sogar zu empathisch. Also ich muss mich manchmal eher zwingen,
 63 meine Empathie irgendwie... so auf die Seite zu schieben. Also an und für sich glaube ich
 64 von Natur aus, bin ich schon eher empathisch. Das heißt aber nicht, dass ich ein guter Mensch
 65 bin. Das heißt einfach nur, dass ich, glaube ich, vieles lesen kann. Also es macht mir keine
 66 Mühe, emotionale Konstellationen zu verstehen. Die Frage ist aber, was mache ich dann da-
 67 mit? Also, dass ich empathisch bin, heißt nicht immer, dass ich auch zeige, dass ich empa-
 68 thisch bin.

69 I: Ja, klar. Und hat sich ihre Empathie während der letzten ähm zwanzig Jahren verändert?

70 D1: Ja, ich bin sicher. Ich habe einfach viel mehr Routine entwickelt. Ich habe Routine entwi-
 71 ckelt. Ich habe auch das Rollenbild wirklich im Laufe der Zeit besser verstanden. Ich habe
 72 einfach besser verstanden, warum es wichtig ist, dass ich zwischen mir als Person und meiner
 73 Rolle als Dolmetscherin irgendwie eine Differenz sehen kann. Ja? Also warum es auch wich-
 74 tig ist, Professionalität anzustreben. Ja? Also, ich habe sicher irgendwie, als ich begonnen
 75 habe, das zu machen, das war wie ein unmittelbarer Schock. Also das hat mich vollkom-
 76 men/Also diese Thematik und die Aufgabe und auch der Blick der Klienten auf mich, das hat
 77 mich alles komplett überfordert. Also das war wirklich eine/ein Bruch zwischen meinem Stu-
 78 dium und dieser Realität. Weil ich bin im Studium in keinsten Weise darauf vorbereitet gewe-
 79 sen, was es heißt, wirklich mit realen Menschen zu arbeiten, die nicht jetzt eine Funktion ha-
 80 ben und wo nicht die Fachterminologie das Problem ist oder die Leistung oder das Aussehen,
 81 oder blablabla, sondern die Situationen, die die Menschen durchmachen, die Emotionen, die
 82 sie durchmachen, die Projektionen auf den Dolmetscher. Also ich war überhaupt nicht darauf
 83 vorbereitet, muss ich sagen.

84 I: Aha, okay. Damit hängt auch meine nächste Frage zusammen: Waren Sie am Anfang Ihrer
 85 Karriere eher belastet oder jetzt, nachdem Sie schon mehr Erfahrung gesammelt haben?

86 D1: Mehr am Anfang. Ganz sicher. Also in meinem Fall mehr am Anfang. Ich wurde so mit-
87 genommen irgendwie, also ich war mitgenommen. Ich konnte/Und ich war einfach verzwei-
88 felter, weil ich da noch einfach weniger Erfahrung hatte und weil ich wirklich immer wieder
89 das Gefühl hatte, es ist wirklich alles zu Ende. Also zum Beispiel die Klienten, die Angst hat-
90 ten vor der Abschiebung. Ich hatte mit ihnen große Angst vor Abschiebung. Da wusste ich
91 noch nicht, dass Abschiebungen im Endeffekt doch meistens nicht stattfinden, oder wenn,
92 dann nach Polen, oder/also sozusagen ich habe die Verzweiflung der Klienten ziemlich über-
93 nommen am Anfang. Und dann mit der Zeit habe ich verstanden, es gibt viel mehr Abläufe.
94 Ich habe verstanden, dass die Zeit ganz vieles von allein löst. Dass irgendwie diese positiven
95 Bescheide irgendwann doch kommen, aber nach Jahren. Also, sozusagen diese unmittelbare
96 Panik, die viele meiner Klienten hatten, die habe ich früher ganz genauso übernommen und
97 habe mit ihnen Angst gehabt, mit ihnen Panik gehabt. Und dann mit der Zeit konnte ich viel
98 mehr bei mir bleiben und bei meiner Aufgabe. Also ich habe dann immer mehr auch verstan-
99 den, okay, was ist meine Aufgabe und dass vieles auch nicht von mir abhängt und dass ich
100 nicht, dass ich nicht irgendwie... immer glauben soll, ich muss mitretten jemanden, sondern
101 ich kann eben nicht retten, sondern ich kann dolmetschen. Und das ist meine Hilfe. Und je
102 mehr ich mich auf nur das fokussiere, desto besser eigentlich für alle. Aber das habe ich echt
103 lange nicht verstanden, muss ich ehrlich sagen.

104 I: Haben Sie auch die Situationen innerlich miterlebt? Kann man sagen?

105 D1: Früher stärker. Es kann auch jetzt für mich immer noch Situationen geben, die völlig
106 überwältigend sind, ganz unerwartet. Ich weiß nicht, ob Sie das für die Arbeit verwenden sol-
107 len, aber ich habe letzten Sommer eine völlig unerwartete Krisensituation gedolmetscht im
108 [Name eines Instituts], wo es wirklich um einen Todesfall ging, also sehr unmittelbar im Hier
109 und Jetzt. Und das hat mich wirklich für mehrere Tage wieder komplett aus der Bahn gewor-
110 fen. Also da, muss ich sagen, da war ich nicht vorbereitet auf die Situation. Und habe also
111 keine Schutzmechanismen gehabt. Das war einfach schlimm. Wirklich schlimm.

112 I: Und wie lange hat das gedauert?

113 D1: Also der Schock, der erste Schock hat sicher tagelang angehalten. Dann habe ich später
114 mit dem gleichen Ehepaar alle paar Wochen, also alle drei oder vier Wochen dann ein weite-
115 res Gespräch beim Psychiater gehabt und dann hat sich das alles irgendwie beruhigt. Also
116 jetzt arbeite ich immer noch mit Ihnen, immer wieder, also eben jede dritte Woche und es ist
117 jetzt viel normaler. [Anmerkung: In Absprache mit der Interviewpartnerin wurde die folgende
118 Sequenz von bis 12:13 bis 12:39 aus Datenschutzgründen nicht transkribiert]. Es war eine
119 doch unerwartete, schockierende Situation, wo ich halt wieder gemerkt habe, man kann sich
120 noch so viel vorbereiten, man hat noch so viel Rollenverständnis, aber ich war in dem Mo-
121 ment nicht in der Rolle eines Dolmetschers, sondern wirklich eine Zeugin mit unbekannten
122 Menschen, aber plötzlich in ihre Intimsphäre hineingezogen. Und das kann man auch nicht
123 verhindern. Es geht nur darum, wie man nachher damit fertig wird. Also ich habe nachher mit
124 Menschen ein bisschen versucht, darüber zu reden. Auch nicht zu viel, weil ich wollte auch,
125 ich wollte auch die anderen Menschen nicht damit belasten. Aber es verändert den Blick ir-
126 gendwie noch mal auf diese Institutionen, und wenn man einfach weiß: Ja klar, in den Kran-
127 kenhäusern wird halt auch gestorben und es gibt Angehörige. Also ich habe eben vor kurzem,
128 nach all den Jahren von Erfahrung und Reflexion trotzdem eine Situation erlebt, wo ich mich
129 wirklich gefühlt habe, wie ganz am Anfang. Also ich war total überwältigt von den/ja vom
130 Leid, das das Leben auch mit sich bringt. Also das war nicht mal so eine, was man sonst
131 manchmal hat bei Psychotherapie in dem Kontext [Name des Instituts], da ist vieles natürlich
132 auch so Empörung über politische Verhältnisse, über Gewalt. Aber das war hier gar nicht, das
133 war einfach ein Unfall. Also sozusagen da stellt sich nicht mal die Schuldfrage. Es ist einfach
134 nur, so was kann passieren.

135 I: Und war es unerwartet, haben Sie gesagt?

136 D1: Das war total unerwartet. Ich habe keine Ahnung gehabt. Ich bin einfach gerufen worden,
137 so: „Können Sie heute dringend zum Dolmetsch“/also ich habe schon verstanden, dass es
138 dringend, aber ich habe irgendwie gedacht, ja ich ersetze jemanden. Ich habe irgendwie nicht
139 kapiert, wo ich dann hingeh, zu was für einem Einsatz. Das war Kriseninterventionsstelle im
140 [Name des Instituts]. Bei [Name eines anderen Instituts] gibt's normalerweise entweder die
141 Erstgespräche oder es gibt die Therapien. Also es gibt selten sowas, dass man irgendwie so
142 ganz unbekannt in eine unbekannte Situation geht, die plötzlich/Also eben Krisenintervention
143 macht [Name des Instituts] normalerweise nicht. Es gibt dafür eben diese Kriseninterventions-
144 stelle. Da gehen die Leute hin, wenn sonst gar nichts offen ist für sie.

145 I: Ja, verstehe. Ich habe mir notiert, Sie haben vor paar Minuten erwähnt, dass Sie am Anfang
146 Ihrer Karriere gar keine Schutzmechanismen gehabt haben. Welche Schutzmechanismen ha-
147 ben Sie sich dann während der Jahre entwickelt?

148 D1: Zum Teil banale Tricks, ganz banale Dinge, irgendwie was trinken. Obwohl ich eigent-
149 lich später habe auch verstanden, man sagt: in einer Psychotherapie ist eigentlich alles, was
150 man daneben tut, also zum Beispiel, dass man irgendwie mit Taschentuch spielt oder oder so-
151 gar trinken sollte gar nicht passieren. Also das ist alles eigentlich Widerstand gegen die Psy-
152 chotherapie. Aber als Dolmetscher bin/ist es ja nicht meine Psychotherapie, sondern ich bin ja
153 zum Arbeiten da. Und dann habe ich eben so diesen Trick, also mit einfach bewusstem
154 Was/Schluck Wasser. Dann habe ich den Trick, aus dem Fenster zu schauen oder irgendwie
155 mit meinem Blick irgendwas zu machen, also meinen Blick bewusst auf bestimmte Farben zu
156 richten. Zum Beispiel, wenn ich mich einfach distanzieren will von der Situation. Das habe
157 ich eben auch gelernt, eigentlich in der Therapie, weil das jemandem eben empfohlen wurde
158 als Beruhigungsstrategie. Also ich habe sicher in der Psychotherapie vieles wie so eine Tritt-
159 brettfahrerIn gelernt, was eigentlich den Klienten gesagt wird, wie sie sich beruhigen sollen.
160 Das habe ich halt gedolmetscht und mir gemerkt. Also es ist für mich auch immer eine Mög-
161 lichkeit gewesen, etwas zu lernen über die Selbstregulierung, über was man tut, um die Angst
162 ein bisschen von sich wegzuhalten oder sowas.

163 I: Und wenn Sie doch in eine sehr traumatisierende Situation geraten, die ganz unerwartet ist
164 und die Sie am nächsten oder übernächsten Tag noch verfolgt, was, was können Sie dagegen
165 tun?

166 D1: Ehrlich gesagt nichts. Ich habe einfach/Es ist mir einfach sehr schlecht gegangen. Und
167 dann war es halt aber auch irgendwann vorbei. Aber ich konnte, wenn ich ehrlich bin, ich
168 konnte da nichts tun. Das war so eine, so eine, wie soll ich es sagen/Wenn das Leben halt so
169 zuschlägt, dass es einfach nichts mehr zu sagen gibt, nichts mehr zu relativieren. Aber was
170 mir persönlich geholfen hat, war die Kontinuität. Also ich war sehr dankbar, dass ich mit die-
171 sem Ehepaar, also mit diesen gleichen Leuten, dann wieder und wieder gearbeitet habe. Und
172 das hat, das hat für mich wieder so die Realität gebracht. Wenn ich nur die eine Situation mit
173 ihnen gehabt hätte und kein Follow up, ich glaube, das wäre noch mehr ein schwarzes Loch in
174 mir geblieben. Und so habe ich auch durch das Zuschauen, wie sie sich dann halt auch natür-
175 lich im Laufe der Monate stabilisiert haben/Also diese Erfahrung von Stabilisierung, das ist
176 das Einzigartige, was einem die Psychotherapie gibt, dass man kontinuierlich an den gleichen
177 Fällen dran bleibt. Und das finde ich sehr hilfreich, dass es, es gibt schlimme Situationen, aber
178 es gibt dann nächste Woche oder in einem Monat gibt's noch mal ein Treffen und dann hat
179 sich immer schon was verändert. Und meistens auch stabilisiert.

180 I: Und können Sie sich in den meisten Fällen irgendwie distanzieren?

181 D1: Das habe ich eben auch gelernt, dass das, dass ich das manchmal als Dolmetscherin wie
182 einen Trick verwenden muss. Also ich muss zum Beispiel versuchen, nicht die Leute auf der
183 Straße zu treffen. Also ich habe auch verstanden, es ist zum Teil auch meine Verantwortung.
184 Es ist ein bisschen auch meine Verantwortung, dass mir das gelingt. Weil viele Klienten wol-
185 len schon mehr Kontakt.

186 I: Und würden Sie sagen, dass Sie das mittlerweile gut handhaben können?

187 D1: Mittlerweile normalerweise schon. Also ich habe das/Ich habe einfach gelernt, ein bisschen mehr so... sagen wir so, weniger einladend zu sein. So. Also weniger feund/Nicht, dass

188 ich unfreundlich bin aber einfach, dass ich irgendwie ein bisschen so die Jalousien runterlasse.

189 I: Wie findet man den Weg zwischen nicht einladend, aber auch nicht unfreundlich zu sein?

190 D1: Das ist wirklich ein Balanceakt. Das ist ein Balanceakt, weil jetzt irgendwie eine Dolmet-

191 scherin, die komplett zu ist, das ist auch, das ist auch nicht adäquat, sag mal so. Also irgend-

192 wie einen adäquaten Weg zu finden, das ist wichtig, das ist wichtig. Also aber irgendeinen

193 adäquaten Weg, der zu einem selber auch passt. Ja? Weil es gibt ja auch Menschen, die haben

194 nicht so Probleme mit Abgrenzung. Die sind einfach von sich aus abgegrenzter und die müs-

195 sen vielleicht, wenn sie was lernen müssen, dann vielleicht genau das Gegenteil. Sich ein biss-

196 chen mehr zu öffnen. Aber Leute wie ich, müssen eher lernen, zuzumachen.

197 I: Und trotzdem nicht unfreundlich zu wirken, das, ja, verstehe.

198 D1: Genau. Oder sich nicht so als, als Gesprächspartner anbieten, das ist es. Also irgendwie

199 immer wieder klarmachen, ich habe hier eine Funktion und bin nicht einfach so da, sondern

200 bin hier zum Arbeiten da. Aber es ist nicht so ganz einfach, weil wie gesagt, weil der Dolmet-

201 scher sieht ja oft nicht aus wie ein Dolmetscher, sondern wie ein, einfach ein sprechender

202 Mensch.

203 I: Ja. Und hatten Sie schon solche Situationen, wo Sie ganz eindeutig sagen mussten: Ich bin

204 hier in meiner Rolle als Dolmetscher?

205 D1: Ja, da bin ich wahrscheinlich mehr so eine Vermeiderin. Also ich habe das eher versucht,

206 die Situation zu vermeiden, wo ich das in aller Klarheit hätte sagen müssen. Das heißt eher,

207 indem ich mich so, indem ich ausgewichen bin. Also eher durch einfach physisch ausweichen,

208 irgendwie nicht da sein, woanders warten, schneller weggehen. Also ich habe eher versucht,

209 immer das zu vermeiden, als wirklich jemanden damit zu konfrontieren, weil das einfach

210 nicht meine Art ist. Aber ich finde, ich muss sagen, ich bewundere Menschen, die das eher

211 konfrontativ machen können. Finde ich eigentlich besser.

212 I: Ja. Kommen wir dann zu den Symptomen, Ihnen ist ja das Thema Sekundärtraumatisierung

213 bekannt. Haben Sie schon irgendwelche Symptome erlebt?

214 D1: Ich denke, ja. Und zwar...Ja, ähm, Schlaflosigkeit. Das ist so aus meinen früheren Zeiten.

215 Dann auch einfach so eine, sekundäre Traumatisierung ist vielleicht zu stark, aber ich habe

216 einfach erlebt so ein Unwohlsein und so eine körperliche Erschöpfung, die dann nicht weg-

217 geht, auch wenn ich rausgehe aus der Arbeitssituation. Also so, dass mir auch was nachhängt

218 oder dass ich mich dann schwer konzentrieren kann und vor allem schwer freuen kann. Das

219 war für mich schon auch dann ein Grund, die Arbeit dann irgendwie immer weniger zu ma-

220 chen, weil ich schon irgendwie gemerkt habe, das ist manchmal so viel Leid, was man da

221 hört, dass man so vergisst, dass es auch irgendwie, dass das Leben halt auch sehr schön sein

222 kann, weil dann auf einmal bist du so gebunden emotional an etwas Tragisches. Und es ist

223 dann schwierig, zu seiner eigenen ureigenen Lebensfreude zurückzukommen. Weil man fast

224 ein schlechtes Gewissen hat.

225 I: Und war es Ihnen bewusst, dass das mit der Arbeit zusammenhängt?

226 D1: Nein, lange nicht. Also lange nicht. Also lange nicht. Also ich habe das wirklich alles

227 sehr langsam kapiert, muss ich sagen. Oder ich war halt auch sehr jung, muss ich sagen. Ich

228 war einfach/Ich würde aus heutiger Sicht sagen viel zu jung.

229 I: Aber haben Sie Hilfe von den Psychotherapeutinnen zum Beispiel bekommen? In Form von

230 Supervision zum Beispiel?

231 D1: Ja, ja. Ich hätte die Hilfe immer bekommen, die war immer angeboten. Ich habe sie ein-

232 fach manchmal nicht verstanden. Also ich habe sozusagen Supervision lange Zeit nicht ver-

233 standen, was für eine Konversation ist das überhaupt? Ich habe's einfach nichts verstanden.

234 Also ich brauchte viele Wiederholungen, bis ich verstanden habe, es geht hier nicht nur um

235

236 das Optimieren der Leistung. Weil eben, ich kam aus einer ganz strengen Konferenzdolmet-
237 schausbildung und mein Fokus beim Dolmetschen war ganz, ganz stark leistungsorientiert.
238 Ich konnte kaum/Ich konnte lange nicht sehen, dass das eine andere Dimension hat, also dass
239 ich sozusagen als Dolmetscherin halt auch da bin und die Situationen erlebe und in dem Fall
240 auch sehr individuell auch mittrage. Sondern ich war sehr lange nur fokussiert auf „Mache ich
241 das gut genug? Mache ich das gut genug?“ Und dann habe ich lange nicht verstanden, was
242 will die Supervision sozusagen? Was ist das für eine Situation? Wenn das Dolmetschen funk-
243 tioniert hat, was gibt es dann, darüber zu reden? Und das war so eine effiziente Haltung, so
244 eine, ja, so eine typisch konferenzzedolmetschartige Haltung. Und ich habe auch lange ge-
245 braucht, bis ich das verstanden habe: Nein, es geht hier um einen anderen Austausch. Es geht
246 um den Austausch, wie ist das für mich, als Person da zu sein und das zu hören, das zu dol-
247 metschen, was da ist.

248 I: Und sind die Psychotherapeutinnen für die DolmetscherInnen da?

249 D1: Genau. An und für sich schon. Die Supervision wird eben immer von jemandem gemacht,
250 der aber Außenstehend ist. Also jemand/nicht jemand, mit dem man arbeitet. Das geht nicht.
251 Supervision ist sozusagen der Blick noch mal von außen auf die eigene Arbeitstätigkeit. Eben
252 diese Reflexion. Und ich habe einfach verstanden, dass man da viel, viel lernen kann, auch
253 wenn man anderen zuhört. Also das ist ja meistens in der Gruppe und dann einfach, wenn
254 man hört, wie, wie gehen andere Leute um mit den Situationen.

255 I: Und hat das ihnen geholfen?

256 D1: Es hat mir sehr geholfen, auch zu relativieren oder sozusagen zu verstehen, dass manche
257 Leute anders reagieren. Also dass zum Beispiel manche Leute, wenn sie unzufrieden sind mit
258 der Art, wie eine Therapeutin arbeitet, dass sie, dass sie sich beschweren und nicht einfach
259 nur kompensieren. Also ich habe solche Sachen, waren für mich irgendwie „Aha, so kann
260 man das auch machen.“ Oder, ja, man lernt einfach wie/Es ist halt auch interessant, man sieht,
261 was andere Leute stört. Dass manche Leute dann sagen das und das stört mich, da kann ich
262 gar nicht dolmetschen. Und man sieht dann, wie unterschiedlich die Toleranz ist. Also wen
263 was stört. Selber stört einen was anderes, als jemand anderen. Und dann habe ich halt auch ein
264 Bewusstsein bekommen in den Supervisionen, dass es manchmal wirklich auch andere Tan-
265 dems gibt, die besser funktionieren. Also andere Paare. Therapeut und Dolmetscher. Dass es
266 eben Dolmetscher, gibt, die mit etwas, womit ich ein Problem habe, kein Problem haben und
267 umgekehrt.

268 I: Ja, und bekommen Sie auch Rückmeldung von den Klienten, mit denen Sie arbeiten? Ob
269 Sie gerne mit Dolmetschern arbeiten zum Beispiel?

270 D1: Ich habe in meiner Dissertation eben Klienten interviewt und da sind unterschiedliche Er-
271 gebnisse herausgekommen. In der Regel ist das für die Leute sehr akzeptabel. Eigentlich
272 schon.

273 I: Okay. Ähm, Sie haben schon ein Beispiel erwähnt, das ich aber auf Ihren Wunsch nicht
274 transkribieren werde. Könnten Sie ein anderes Beispiel nennen, also könnten Sie von einer
275 traumatisierenden Dolmetscherfahrung berichten? Also, ich meine, wo Sie diese Situation
276 sehr traumatisierend erlebt haben?

277 D1: Hm, es gab ganz viele aber eine zum Beispiel. Ich weiß nicht, ob ich es als traumatisie-
278 rend bezeichnen würde, aber eine, die mich mitgenommen hat, war eine Klientin, die selber
279 natürlich schwer traumatisiert war, aber die darüber hinaus auch wirklich einen Wahn hatte.
280 Also sozusagen sie, sie, sie war wirklich/Sie hat auch eine ganz andere Wahrnehmung von
281 Normalität gehabt. Sie hat Stimmen gehört. Sie hat Dinge gesehen. Und die Therapeutin ist
282 meines Erachtens sehr gut damit umgegangen. Sie hat wirklich/und das ist das, wo ich dann
283 verstanden habe, wie Psychotherapie halt anders ist als andere Kontexte. In jedem anderen
284 Kontext würde man sagen, die ist verrückt. Und natürlich wissen wir auch, also wenn man so
285 will, verrückt: sie ist nicht in der normalen Spur der Realitätswahrnehmung, aber das

286 durchzuarbeiten, das war für mich wirklich eine Challenge, weil hier nicht nur das, was sie
287 erzählt hat, aus der Realität irgendwie verstörend war. Sie hat natürlich eine Kriegsvergangen-
288 heit mit Tschetschenien, aber auch, was sie aus ihrer persönlichen Realität als schwer psychi-
289 atrisch beeinträchtigte Person erzählt hat. Das hat auch irgendwie so den Blick auf die Realität
290 ein bisschen für mich wackelig gemacht, weil/ und ihre psychische Erkrankung oder ihre psy-
291 chiatrische Erkrankung war auch schon vor dem Krieg. Also das ist einfach etwas, was sie
292 hat. Was immer da die Erklärung ist, ich weiß es nicht. Aber da ging es nicht nur um Krieg.
293 Also ich will nur sagen, das, was einen so verstört, ist nicht immer nur das, was passiert ist,
294 sondern auch einfach wie/wie viel/was es für ein Leid geben kann einfach im Leben. Also das
295 habe ich irgendwie/Das hat mich sehr berührt, muss ich sagen.

296 I: Wie haben Sie sich gefühlt danach?

297 D1: Ja, verwirrt. Immer wieder so verwirrt und schon auch so, dass es so schlimm irgendwie,
298 dass es das irgendwie auch gibt und dass das Leben für viele Menschen so auch ist. Und dass
299 man ihnen auch nicht wirklich helfen kann. Also das, was ich auch gelernt habe in der Psy-
300 chotherapie es gibt wirklich Grenzen, wie viel man Menschen überhaupt helfen kann. Es ist
301 nicht alles mit sozial oder mit Geld oder mit Medizin lösbar.

302 I: Aber als Dolmetscher ist es nicht ihre Aufgabe zu helfen, nicht in dem Sinne, anders halt.

303 D1: Genau. Und das habe ich dann auch als eine Entlastung erlebt. Also, dass ich diese be-
304 grenzte Verantwortung habe. Also ich habe die Verantwortung für meinen Teil der Arbeit,
305 aber ich trage nicht die Verantwortung in der Art, wie es eine Psychotherapeutin trägt. Und da
306 muss ich sagen, war ich manchmal auch froh drum. Also ich habe auch Respekt bekommen
307 vor dem Job von Therapeuten. Ich muss ehrlich sagen, im Laufe der Jahre. Wie gesagt, ich
308 habe nicht immer, immer sofort verstanden, was sie da machen, aber im Laufe der Zeit. Das
309 ist schon auch eine große Entscheidung zu sagen, ich übernehme das jetzt so kontinuierlich.

310 I: Okay. Mich würde noch interessieren, welche Methoden der Selbstfürsorge Sie nach einer
311 Therapiesitzung anwenden. Also so Freizeitaktivitäten, Entspannungstechniken oder andere
312 Strategien.

313 D1: Also, unmittelbar nach einer Stunde kann ein kurzes Nachgespräch mit der behandelnden
314 Person, also Arzt oder Psychotherapeutin oder Psychologin schon helfen, ja. Und dann später,
315 also in weiterer Folge, ist es oft so ganz banale Sachen, wie schlafen, spazieren gehen, Rad-
316 fahren, sich etwas Gutes gönnen, keine Ahnung, ein Eis oder so. Und ehrlich gesagt, auch
317 Rauchen oder ein Bier. Also jetzt nicht in einem besorgniserregenden Ausmaß, aber so ein
318 Glas Bier oder eine Zigarette, das hilft manchmal durchaus, kurzfristig. Langfristig betrachtet
319 zähle ich zur Selbstfürsorge auch die intellektuelle Auseinandersetzung mit dem Thema Dol-
320 metschen, also das Lesen von einschlägiger Literatur, Theorie, Vernetzung mit Menschen, die
321 sich auch damit beschäftigen. Also, generell die Auseinandersetzung mit Kunst und Kultur
322 und Politik, um die einzelnen Gespräche in einem größeren Kontext sehen zu können. Außer-
323 dem auch Supervision oder eine individuelle psychotherapeutische Betreuung.

324 I: Okay, ich glaube, ich habe nur noch eine Frage. Und zwar was könnte Ihrer Meinung nach
325 institutionell noch als Unterstützung unternommen werden? Also während des Studiums zum
326 Beispiel, spezifische Seminare oder Vorlesungen oder seitens Institutionen?

327 D1: Also meiner Meinung nach ist diese Lehrveranstaltung mit Uta Wedam, die war, fand ich
328 wirklich/also ich glaube die war wirklich gut und notwendig, dass auch eben angehende Dol-
329 metscherinnen einfach mal eine Möglichkeit bekommen, sich wirklich auch mit sich selbst zu
330 beschäftigen. Was bedeutet es für sie, dass sie mit dieser Kapazität, mit dieser Qualifikation,
331 mit diesem Potenzial dann in der Realität arbeiten. Also ich glaube, dass die Universität da
332 auch so ein Bewusstsein schaffen kann. Oder jetzt nicht unbedingt die Leute vorbereiten, weil
333 das ist schwierig, weil die Realität kann man nie wirklich vorbereiten, aber zumindest anre-
334 gen, dass man sich auch Fragen stellt oder anregen, dass man auch auf sich selbst achtet. Also
335 nicht nur auf die eigene Leistung, sondern wer bin ich hier, wenn ich dolmetsche. Also ich

336 glaube, dass da die Uni sicher mehr tun kann. Aber ich sehe auch, dass die Uni immer mehr
 337 tut. Also es ist wirklich jetzt ein ganz anderes Studium, als das, was ich noch durchlaufen
 338 habe, also in meiner Zeit war außer kognitiv intellektueller Leistung und Neutralität, Professi-
 339 onalität und Funktionieren, gab's irgendwie kaum irgendwas. Höchstens war eine Privatinitia-
 340 tive von einzelnen Lehrpersonen, die bereit waren, ein bisschen mehr zu erzählen. Aber dieses
 341 Erzählen war dann meistens auf einer anekdotischen Ebene. Die haben dann halt erzählt Ja, so
 342 und so ist es passiert. Aber inzwischen gibt es wirklich viel mehr. Also auch die Translations-
 343 wissenschaft hat sehr, sehr viel aufgegriffen. Es gibt irgendwie was zum Lesen, es gibt was
 344 zum Anschauen. Auf jeden Fall gibt es viel mehr. Was die einzelnen Organisationen tun kön-
 345 nen, eben auch einfach das Bewusstsein schärfen, nicht so blind sein auf dem Auge sozusa-
 346 gen. Nicht diesen blinden Fleck haben „Der Dolmetscher macht eh seine Arbeit“, sondern ein-
 347 fach immer wieder mal genau hinschauen, was ist das für eine Arbeit? Also was ist das für ein
 348 Transfer? Wie können wir den verbessern? Wir können eh immer nur gute Bedingungen
 349 schaffen. Wir können diesen Dolmetschtransfer ja nicht auf eine Perfektion bringen. Also das
 350 bleibt ja immer auch ein Aushandlungsprozess und immer auch eine Interpretationsleistung.
 351 Ja? Aber man kann es, glaube ich, schon verbessern. Und eben diese Supervisionsangebote
 352 finde ich sehr wichtig. Auch so Curriculum, also so Weiterbildungsangebote für Dolmetscher
 353 finde ich auch sehr wichtig. Und vor allem, dass man diese Geduld hat, das immer wieder an-
 354 zubieten, auch wenn es nur sehr wenige Dolmetscher in Anspruch nehmen. Das ist ja auch
 355 wichtig, dass man begreift, das ist nicht etwas, was man so einfach einmal lernt und dann
 356 kann man es, sondern diese Entstehung dieser Rolle und diese Professionalisierung ist ein
 357 sehr langwieriger Prozess und hat auch viel zu tun mit dieser Community. Also da können
 358 sich Dolmetscher gegenseitig auch sehr viel Gutes tun, sich gegenseitig helfen. Also man lernt
 359 auch voneinander, nicht nur aus den Büchern und aus den Untersuchungen, sondern einfach,
 360 dass man sich immer wieder ein bisschen Zeit nimmt. Also Zeit für die Reflexion. Zeit für
 361 Gespräche mit den Therapeuten.
 362 I: Vielen Dank.

Transkript 2

1 I: Also heute ist der 10.6. und ich führe ein Interview mit einer Dolmetscherin, die unter ande-
 2 rem auch im Bereich Psychotherapie tätig ist. Im Rahmen meiner Masterarbeit an der Univer-
 3 sität Wien zum Thema Sekundärtraumatisierung und die Rolle von Selbstreflexion und
 4 Selbstfürsorge bei DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Setting. Danke, dass Sie sich
 5 Zeit nehmen.
 6 Zu Beginn würde mich interessieren, seit wann Sie im psychotherapeutischen Umfeld arbei-
 7 ten?
 8 D2: Seit Oktober 2022.
 9 I: Okay, also seit ungefähr 3 Jahren jetzt.
 10 D2: Genau.
 11 I: Das heißt, Sie haben schon während des Studiums in diesem Bereich gearbeitet.
 12 D2: Genau. Da war ich in der Mitte meines Masters, meines Studiums.
 13 I: Und als Sie begonnen haben, in diesem Bereich zu arbeiten, entsprach die Tätigkeit Ihren
 14 Erwartungen oder war das ganz anders, als sie es vorgestellt haben?
 15 D2: Ich glaube, diese Tätigkeit kann niemals den Erwartungen entsprechen. Ich glaube, da
 16 muss man wirklich mal gearbeitet haben, um zu verstehen, was es alles mit sich bringt. Natür-
 17 lich, wir hatten zum Glück auf der Uni eine Übung, die hieß, ich glaube „Psychisches Erleben
 18 beim Dolmetschen“ auch zu diesem Thema, zu dem Sie schreiben und ja. Das war sehr span-
 19 nend, die Inhalte zu hören, aber natürlich ist es was ganz anderes, wenn man in dem Umfeld
 20 arbeitet. Und ich hatte das Glück, nach dieser Übung anfangen zu dürfen.

21 I: Aha, okay und wie waren die ersten Erfahrungen?

22 D2: Ich persönlich habe mir ein bisschen Stress gemacht, weil ich den Job gerecht werden
 23 wollte. Natürlich man hilft ohnehin Menschen, ja aber als irgendwie Studierende möchte man
 24 möchte man das möglichst gut machen. Deswegen habe ich mir da vielleicht einen großen
 25 Druck aufgebaut. Ja. Natürlich auch die Themen waren schon/also haben mich anfangs länger
 26 beschäftigt. Also je mehr ich gearbeitet habe, desto besser konnte ich damit umgehen, aber
 27 anfangs war das schon viel. Aber ich habe das trotzdem gerne gemacht.

28 I: Okay, und wie viele Stunden arbeiten Sie pro Woche?

29 D2: Es ist schwer zu sagen, weil es so unregelmäßig teilweise ist. Aber jetzt in den letzten
 30 Jahren durchschnittlich vielleicht 6 Stunden, aber manchmal waren es auch 20, manchmal wa-
 31 ren's 2. Manchmal ist es tatsächlich zu viel. Irgendwann habe gemerkt, 5 Stunden durchgän-
 32 gig zu dolmetschen, dann ist man schon ziemlich fertig.

33 I: Mussten Sie schon beruflich eine längere Pause machen?

34 D2: Habe ich noch nicht gemacht aus unterschiedlichen Gründen.

35 I: Haben Sie auch nicht vor? Kommen solchen Gedanken gar nicht?

36 D2: Tatsächlich jetzt aber das hat auch mehr mit persönlichen Gründen zu tun.

37 I: Gut, dann kommen wir zum Thema Empathie. Wie empathisch würden Sie sich einschät-
 38 zen?

39 D2: Auch wenn ich Selbstlob nicht mag, würde ich mich trotzdem als sehr empathisch be-
 40 zeichnen, weil es mir Spaß macht eben Menschen zu helfen. Und das ist auch politisch sehr
 41 wichtig und ich freue mich, dass ich da irgendwie einen Beitrag leisten kann.

42 I: Und hat sich diese Empathie in den letzten Jahren, seitdem Sie in diesem Bereich arbeiten,
 43 geändert?

44 D2: Jein, ich würde nicht sagen, so viel. Also vielleicht anfangs konnte man Schicksals-
 45 schläge schwieriger wegstecken sage ich jetzt mal. Und dann, ja, nach einer Zeit, das klingt so
 46 blöd, aber gewöhnt man sich vielleicht ein bisschen mehr dran. Aber das heißt nicht, dass
 47 wenn wieder ein Schicksalsschlag kommt oder eine Patientin, ein Patient wieder in einer
 48 schwierigen Lage ist, dass man dann weniger mitfühlt.

49 I: Okay. Inwiefern versetzen Sie sich in die Lage der Patienten, also Klienten, sagen wir so?

50 D2: Ähm...

51 I: Also erleben die Situationen innerlich mit oder?

52 D: Ich glaube, das passiert zwangsläufig durch diese Nähe der Sprache einfach. Also, wenn
 53 man eben wirklich noch die Gefühle ja auch mitsieht und mitbekommt und auch weiterdol-
 54 metscht, weitergibt. Entschuldigung, jetzt war ich so tief drin. Können Sie bitte noch mal die
 55 Frage?

56 I: Kein Problem. Also, inwiefern versetzen Sie sich in die Lage der Patientinnen? Ich meine,
 57 wie stark identifizieren Sie sich mit den Gefühlen oder Erfahrungen der PatientInnen?

58 D2: Ja, danke. Dann später ist es auf jeden Fall immer besser geworden. Im Sinne von, dass
 59 ich das wirklich so als Profession eingesehen habe und dass ich versucht habe, die Themen
 60 dazulassen. Und das ist dann manchmal so, dass ich mich nicht ganz in die Lage versetzt
 61 habe, aber mehr so, ich würde so gerne eigentlich noch mehr helfen. Also so im Sinne von, ja.
 62 Aber beim Dolmetschen ist es dann teilweise wirklich sehr emotional, weil man eben das ja
 63 auch versucht, wirklich sehr gut, nicht eins zu eins rüberzubringen, aber eben so nah wie
 64 möglich.

65 I: Okay, okay. Und wie können Sie sich distanzieren? Also, distanzieren im Sinne, dass Sie
 66 vielleicht ein bisschen so weniger freundlich sind, also Sie versuchen, nicht so freundlich zu
 67 wirken. Oder kann man überhaupt so etwas machen?

68 D2: Ja, also es gibt verschiedene Dinge. Also das eine ist zum Beispiel Augenkontakt. Wenn
 69 man seinen Blick wirklich auf seinen Block, also ich nehme ja einen Konsekutivblock immer
 70 mit für die Notizen, dass man da nicht so viel Augenkontakt schenkt. Also das hilft tatsächlich

71 schon mal sehr bei der Distanzierung. Und dann auch, ich sage jetzt mal so, sich in der Pro-
72 fession retten. Also sich wirklich dann als DolmetscherIn zu sehen, okay, ich bin für das Dol-
73 metschen da und ich bin keine Sozialarbeiterin, ich bin keine Freundin und sich wirklich da
74 eben dem zu widmen. Also das hat mir geholfen sehr, mich da professionell gut zu distanzie-
75 ren.

76 I: Okay, danke. Können Sie von einer traumatisierenden Dolmetschsituation berichten, die Sie
77 als besonders belastend empfunden haben?

78 D2: Ja, also es gab einige, glaube ich, die Momente, die sehr schwierig waren. Das eine Bei-
79 spiel, was mir sehr im Kopf geblieben ist, aber das ist ja immer eine persönliche, subjektive
80 Wahrnehmung, das war ein Patient, der suizidale Gedanken mitgeteilt hat und ja eben das Ge-
81 fühl, dass er so alleine ist und auch ohne Freunde und das hat mich irgendwie, also nicht ge-
82 triggert, sage ich jetzt mal, aber da habe ich mich zum Beispiel kurz reinversetzt, unwillent-
83 lich, weil ich da dachte, oh Gott, so, wenn ich jetzt ohne Freunde, das muss richtig schrecklich
84 sein, also ohne jetzt viele Details der Geschichte preisgeben zu wollen, aber das hat mich sehr
85 traurig gemacht.

86 I: Okay, und wie haben Sie die Situation empfunden, also wie haben Sie sich gefühlt während
87 der Therapie und nach der Therapie?

88 D2: Also während der Therapie, ja, war ich irgendwie, wie fast, sage ich jetzt mal schon, auf
89 Adrenalin, weil die Situation, einfach alles, was er erzählt hat, sehr aufwühlend war, ich habe
90 aber, weil ich so mitgeföhlt habe, eben mein Bestmögliches gegeben in der Situation und ich
91 habe im Nachhinein auf jeden Fall eine Supervision wahrgenommen und da habe ich auch
92 weinen müssen und ja, es hat mir sehr geholfen, das so zu verarbeiten.

93 I: Und nachher, also nach der Therapie?

94 D2: Ich war da/ich habe schon gedanklich war ich noch ein bisschen hängen geblieben, aber
95 ich war da ein bisschen so irgendwie kalt, also wie leer.

96 I: Was hilft Ihnen bei der Verarbeitung der gedolmetschten traumatischen Erlebnisse? Haben
97 Sie individuelle Selbstfürsorgemethoden?

98 D2: Es kommt darauf an. Also immer wieder unterschiedlich. Manchmal würde ich dann eher
99 einfach für mich sein wollen und das irgendwie verarbeiten. Manchmal wars mir hilfreich mit
100 der Therapeutin, dem Therapeuten oder KollegInnen, FreundInnen zu reden ein bisschen dar-
101 über. Manchmal auch spazieren gehen, also wirklich auch im Grünen irgendwie. Selten habe
102 ich auch mal ein bisschen was geschrieben dazu, also so Tagebuch, reflexionsmäßig und was
103 auch ganz immer gut geholfen hat, war ein Tee oder was Gutes zu essen. Genau, also einfach
104 Entspannungssachen, die auch bei jeglicher anderen belastenden Arbeit gut tun.

105 I: Haben Sie in Ihrer Tätigkeit im psychotherapeutischen Umfeld bereits Symptome erlebt,
106 wie zum Beispiel emotionale Erschöpfung oder Konzentrationsschwierigkeiten, Kopfschmer-
107 zen, Schlafstörungen, Schlaflosigkeit oder was ähnliches?

108 D2: Ja, ich glaube all das schon und auch da wollte ich noch eigentlich am Ende zurückkom-
109 men, aber das passt gerade, wegen der Frage, ob ich mir mal überlegt habe, eine Pause einzu-
110 legen. Ja, also ich meine, ich hatte zwar nicht die Möglichkeit, aber weil es eben dann doch so
111 erschöpfend ist, nach so langen Jahren, so vielen Dolmetschstunden, ja, war ich dann irgend-
112 wann sehr ausgelaugt und ja, also auch jetzt bin ich ein bisschen an dem Punkt, dass irgend-
113 wie eine Pause gut wäre. Genau. Ja.

114 I: Und was denken Sie, welche Faktoren beeinflussen, ob Sie die von Ihnen genannten Symp-
115 tome wahrnehmen oder nicht?

116 D2: Also natürlich hängt das immer davon ab, wo man auch selbst gerade im Leben steht und
117 welche privaten Schwierigkeiten man mit sich bringt. Natürlich merkt man das auch, also je
118 nachdem, wenn gerade bei einem viel los ist, ist es irgendwie schwerer dann in der Arbeit.
119 Das natürlich auch, aber auch, wenn man, glaube ich, lange diesen Beruf ausübt, kann es
120 zwangsläufig dazu kommen, dass dann irgendwann das Fass voll ist. Ja, vor allem eben, wenn

121 man Therapien dolmetscht und das wirklich begleitend macht mit diesen Biografien und dann
 122 sind irgendwie gerade alle von diesen PatientInnen in einer gerade sehr schweren Lage. Ja, es
 123 ist einfach super tough, vor allem, weil wir als DolmetscherInnen, die dort arbeiten, ja nicht
 124 ausgebildete PsychotherapeutInnen sind.
 125 I: Ja, das kann ich nachvollziehen. Und wenn Sie vergleichen würden, wurden Sie am Anfang
 126 Ihrer Karriere eher oder heute stärker von diesen Erlebnissen belastet?
 127 D2: Es ist eine gute Frage. Hm... Ich würde einfach sagen, auf unterschiedliche Art und
 128 Weise. Weil am Anfang weiß man ja nicht, was auf einen zukommt und wie das dann tatsäch-
 129 lich wird und deswegen ist man vielleicht nervöser oder nimmt vielleicht ein bisschen mehr
 130 was mit nach Hause. Und jetzt ist es eher so, jetzt habe ich schon so vieles Trauriges,
 131 Schreckliches, Schwieriges gehört und wie gesagt, eben als keine ausgebildete Psychothera-
 132 peutin ist man jetzt irgendwie so, okay.
 133 I: Haben Sie individuelle Schutzmechanismen gegen eine mögliche Mittraumatisierung?
 134 D2: Also auf jeden Fall, also das habe ich zwar schon immer gemacht, aber ich habe immer
 135 mehr die Supervisionen zu schätzen lernen gewusst. Also das hilft sehr als Mechanismus,
 136 dann ab und zu eben ein Austausch, also natürlich so dieses, dass die Daten da jetzt nicht ir-
 137 gendwie weitergegeben werden.
 138 I: Haben Sie individuelle Selbstfürsorgemethoden?
 139 D2: Ja, manchmal spazieren gehen einfach, ein bisschen die Psychohygiene, also dass man
 140 sich irgendwie seinen Lieblingstee trinkt oder mal spazieren geht irgendwie, irgendwie sowas.
 141 Selten habe ich auch mal ein bisschen was geschrieben dazu, also so tagebuch- oder reflexi-
 142 onsmäßig und was auch ganz gut immer geholfen hat, war, ein Tee oder etwas Gutes zu essen.
 143 Aber ich habe leider es noch nie geschafft, so ein Ritual einzuführen.
 144 I: Okay, Sie haben erwähnt, dass Sie Supervisionen, also an Supervisionen auch teilnehmen,
 145 wird das für Sie angeboten oder?
 146 D2: Zum Glück wird es angeboten und das sollten auch wirklich alle wahrnehmen, die in die-
 147 sem Bereich arbeiten. Also wie gesagt, das sind wirklich schwerst traumatische Inhalte, da
 148 sollte das auf jeden Fall dazu gehören.
 149 I: Und haben Sie schon von Anfang an Supervisionen teilgenommen?
 150 D2: Genau, immer wenn es die Angebote gab. Ich habe auch teilweise sogar Einzelsupervisio-
 151 nen beauftragt.
 152 I: Okay, sehr gut. Ähm. Ja, ich glaube, das waren ziemlich alle Fragen. Eine Frage noch, was
 153 könnte Ihrer Meinung nach institutionell als Unterstützung unternommen werden?
 154 D2: Ja, wie wir es schon ein bisschen angesprochen haben, dass es vielleicht so eine Art Fort-
 155 bildung gibt für die DolmetscherInnen eben im Bereich Psychotherapie. Also natürlich, es
 156 gibt eh Fortbildungen ein bisschen zu dem Thema, aber ich finde, das wird jetzt nicht so groß
 157 gehalten oder ausführlich gemacht. Aber einfach, weil wir ja wirklich so nah und mittendrin
 158 sind, wäre es, glaube ich, schon sehr hilfreich, so, mehr intensivere Fortbildungen da anzubie-
 159 ten.
 160 I: Okay, vielen Dank.
 161

Transkript 3

1 I: Heute ist der 26.6. und ich führe ein Interview mit einer Dolmetscherin, die unter anderem
 2 auch im Bereich Psychotherapie tätig ist. Im Rahmen meiner Masterarbeit an der Universität
 3 Wien zum Thema Sekundärtraumatisierung und die Rolle von Selbstreflexion und Selbstfür-
 4 sorge bei DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Setting. Danke, dass du dir Zeit
 5 nimmst. Meine erste Frage ist, seit wann arbeitest du im psychotherapeutischen Umfeld?
 6 D3: Seit September 2023. Also während des Studiums schon angefangen, bald zwei Jahre.
 7 I: Okay, und als du begonnen hast, in diesem Bereich zu arbeiten, entsprach die Tätigkeit

8 deinen Erwartungen oder war es ganz anders?

9 D3: Es hat schon meinen Erwartungen entsprochen, ja. Ich habe auch viel gelesen schon da-

10 vor und viel mit anderen Kolleginnen ausgetauscht und ich konnte mir schon etwas vorstellen.

11 I: Aha, also du hast dich schon vorher informiert.

12 D3: Genau, ich habe auch im Bachelor eine Seminararbeit geschrieben darüber und deswegen

13 wusste ich ungefähr, was mich erwartet.

14 I: Okay, cool. Und wie waren die ersten Erfahrungen?

15 D3: Wie waren die ersten Erfahrungen? Hm. Ich habe gemerkt, ich brauche sehr viel Kon-

16 zentration und ähm viel Vorbereitung, auch was Wortschatz angeht, also Lexik und so. Und

17 ich brauche auf jeden Fall Zeit vor dem Einsatz, also jetzt nicht direkt von der Straße kommen

18 und gleich beginnen. Also ich brauche ein bisschen so zum Ankommen und ein bisschen so

19 mit mir selbst zu reflektieren, was erwartet mich heute, was gibt es, wer kommt. Also ein

20 bisschen so ankommen, psychische Vorbereitung. Im Laufe der Arbeit habe ich, vielleicht

21 kommt die Frage noch später, aber habe ich dann meine Rituale entwickelt, die mir persönlich

22 helfen.

23 I: Aber am Anfang hattest du noch nicht solche Erfahrungen?

24 D3: Nein, nein, nein. Am Anfang war ich komplett frisch, also gar nicht so wirklich viel ge-

25 wusst. Ich meine, natürlich viel gelesen, aber noch nie so eine Erfahrung gesammelt.

26 I: Okay, aber hast du immer genug Informationen von den Psychotherapeuten bekommen, vor

27 den jeweiligen Einsätzen?

28 D3: Ja, schon. Also sie haben auch versucht, vielleicht kurz zu sagen, worüber die Geschichte

29 ist von einem Klienten oder von einer Klientin, oder was soll ich beachten, oder wie ist die

30 Sitzordnung, oder wie tut man mit dem Blickkontakt, also genau, es gab schon so eine Art Er-

31 klärung oder ein Vorgespräch kann man sagen.

32 I: Okay, also hattest du das Gefühl, dass die PsychotherapeutInnen schon mit DolmetscherIn-

33 nen zusammenarbeiten oder sie sich auskennen?

34 D3: Ja, schon.

35 I: Aha, okay. Dazu kommen wir später noch zurück. Wie viele Stunden arbeitest du pro Wo-

36 che?

37 D3: Teilzeit. Es war unterschiedlich, immer wieder. Ich habe glaube ich mit 5 Stunden ange-

38 fangen und jetzt sind mittlerweile fast 20 Stunden pro Woche. Aber dadurch, dass es ein fle-

39 xibler Job ist, kann man nicht jetzt immer von einer fixen Stundenanzahl ausgehen. Es kann

40 sein, dass jemand krank ist, oder jemand auf Urlaub geht, oder was auch immer, Feiertage.

41 I: Verstehe. Du hast erwähnt, dass du seit 2023 in dem Bereich arbeitest. Musstest du jemals

42 beruflich so eine Pause machen, oder hast du schon mal daran gedacht?

43 D3: Ich habe keine Pause gemacht, aber ich habe tatsächlich daran schon gedacht.

44 I: Wann war dieser Punkt, als du daran gedacht hast?

45 D3: Vielleicht so im Winter dieses Jahres, dass ich nebenbei auch was anderes machen muss.

46 Also, dass ich nicht nur dolmetsche, sondern auch was anderes mache, weil mir fehlt ein biss-

47 chen die Abwechslung vielleicht von der Tätigkeit.

48 I: Okay, meinst du die Psychotherapie als Bereich, oder überhaupt was anderes als Dolmet-

49 schen?

50 D3: Ja, überhaupt was anderes als Dolmetschen. Also nicht nur Dolmetschen, sondern wirk-

51 lich was anderes.

52 I: Okay, danke. Gehen wir dann vielleicht zum nächsten Thema, und zwar wie empathisch

53 würdest du dich einschätzen?

54 D3: Allgemein und dem Beruf?

55 I: Ja, genau.

56 D3: Ja, ich glaube, es klingt wahrscheinlich blöd, wenn ich sage, ich bin sehr empathisch,

57 aber ich finde tatsächlich, dass ich ziemlich empathisch bin. Aber ich merke, wenn ich

58 genervt bin oder irgendwas stört mich an Arbeitsbedingungen oder was auch immer im Pri-
59 vatleben, dann bin ich dann weniger empathisch und möchte mehr Distanz haben und mehr
60 meine Ruhe und strikte Pausen. Also 50 Minuten vorbei, will ich eine Pause.

61 I: Hat sich diese Empathie in den letzten zwei Jahren irgendwie verändert?

62 D3: Ja, ich finde schon, dass ich weni/oder einfach mehr auf mich schaue vielleicht und
63 denke, was ich eigentlich brauche, damit ich diesen Job überstehen kann oder die belastenden
64 Situationen. Ich finde schon, dass es sich geändert hat.

65 I: Inwiefern versetzt du dich in die Lage der Patientinnen oder Klientinnen, wenn du mit
66 ihnen arbeitest? Kannst du oder erlebst du diese Situationen, die sie hatten, innerlich auch mit
67 oder kannst du komplett abschalten und distanzieren?

68 D3: Komplette abschalten geht, glaube ich, nicht. Ich habe mich auch selbst gefragt, wovon
69 das abhängt, also wann kann ich mich distanzieren und wann nicht. Ich bin selber noch am
70 Suchen von der Antwort. Aber manchmal nimmt mich die Geschichte mit, weil ich zum Bei-
71 spiel etwas Ähnliches in der Familie erlebt habe oder das triggert mich, weil ich das Gleiche
72 gehört habe. Ich kann so ein Beispiel geben, wenn die Menschen über die Familie erzählen
73 und das klingt ähnlich wie in meiner Familie, die Situation, dann bin ich gleich so/habe ich so
74 ein Mitgefühl. Also ich übertrage ein bisschen das, was sie sagen, das ist mir schon bewusst.
75 Es ist ein paar Mal passiert, das was sie sagen auf meiner Geschichte. Und ich denke nach,
76 wow, wenn es das bei mir dann passiert, was mache ich?

77 I: Okay, also es hängt von der Situation auch ab, wie stark du dich betroffen fühlst.

78 D3: Genau.

79 I: Okay, könntest du vielleicht von einer traumatisierenden Dolmetscherfahrung berichten, wo
80 du die Situation sehr belastend empfunden hast?

81 D3: Ähm... Ich habe vorhin etwas im Kopf gehabt, jetzt ist mir das entfallen, warte, ich muss
82 kurz nachdenken. Muss es konkret sein?

83 I: Wenn du eine konkrete Geschichte oder Situation erzählen könntest, ohne Namen oder kon-
84 krete Daten selbstverständlich.

85 D3: Ja, ja, auf jeden Fall... Also mich persönlich betreffen sehr die Fälle, wo die Menschen
86 über Tod einer nahen Person erzählen oder über ein Unglück in der Familie. Oder wie im
87 Krieg, also manche beschreiben es wirklich sehr genau, wie die Person dann gestorben ist.
88 Und ich stelle mir das immer so in Bildern vor. Ich versuche das irgendwie abzulehnen, also
89 diese Fähigkeit, immer, also sehr bildhaft, in Bildern zu denken. Aber teilweise hilft es mir
90 sogar zum Dolmetschen, weil ich stelle mir so Bilder vor und dann kann ich das übertragen,
91 konsequent. Aber manchmal hängen dann diese Bilder im Kopf.

92 I: Und wie lange hast du dich danach zum Beispiel so schlecht gefühlt? Oder wie lange haben
93 diese Bilder dich dann noch belastet, wenn man das so sagen kann?

94 D3: Ich kann jetzt nicht genau sagen, wie lange, aber ich weiß auf jeden Fall, was mich ein
95 bisschen entlastet. Vielleicht ist das ein anderes Thema. Ich weiß, dass wenn es sich so bei
96 mir im Kopf was dreht, dann muss ich mit jemandem darüber reden. Meistens ist es eben die
97 Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut. Ich versuche dann nach dem Einsatz, nach der
98 Sitzung mit der Person darüber zu reden und so meine Eindrücke zu teilen. Und dann höre
99 ich, ah ja, ich habe das Gleiche gedacht oder auch Unterstützung.

100 I: Und hilft das?

101 D3: Und das hilft super.

102 Das ist wirklich die Methode oder die Coping-Strategie, die ich für mich so gefunden habe.

103 Manchmal sind auch Praktikanten dabei und dann besprechen wir es zu dritt in der Gruppe.

104 I: Und was ist für dich besser, wenn du in der Gruppe darüber reden kannst oder wenn du mit
105 der Psychotherapeutin zum Beispiel?

106 D3: Es ist egal. Beides gut. Aber es ist am besten, wenn es dann direkt nach dem Einsatz statt-
107 findet.

108 I: Und ist das immer die möglich?

109 D3: Nicht immer. Manchmal gibt es einfach nicht die Zeit, weil da kommt ja schon die

110 nächste Klientin oder der nächste Klient. Und. Ja, leider nicht.

111 I: Und wenn du nicht die Möglichkeit hast, gleich das Thema zu besprechen, dann fühlst du

112 dich anders danach?

113 D3: Ja, ich versuche dann so schnell wie möglich, wenn die Arbeit dann aus ist, ich versuche

114 dann so schnell wie möglich irgendwie die Arbeit zu verlassen und etwas anderes zu machen.

115 Oder während ich nach Hause fahre, schreibe ich mir die Gedanken auf. Und so bedeutet das

116 für mich, dass es, also, abgeschlossen ist. Es ist fertig geschrieben. Das ist so eine Strategie.

117 Weil wir haben ja auch Supervisionen. Aber dadurch, dass sie manchmal sehr zeitversetzt

118 stattfinden, also kann sein, dass es noch drei Wochen dauert, bis etwas stattfindet, ist es dann

119 etwas anderes. Dann bedrückt dich das nicht so richtig. Es ist nicht so akut.

120 I: Aha ja. Gut, dann kommen wir zum Thema Sekundärtraumatisierung. Hast du schon seit

121 deiner Tätigkeit in diesem Umfeld eines der folgenden Symptome erlebt? Emotionale Er-

122 schöpfung, Taubheit, Konzentrationsschwierigkeiten, veränderte Gewohnheiten, soziale Isola-

123 tion oder etwas Ähnliches. Hier habe ich eine Liste über die Symptome.

124 D3: Ja, habe ich.

125 I: Welche?

126 D3: Auf jeden Fall emotionale Erschöpfung. Ich merke/Also ich kann es jetzt natürlich nicht

127 hundertprozentig sagen, es hat mit der Tätigkeit zu tun, aber ich weiß, dass ich meistens nach

128 der Arbeit dann nicht so wirklich Lust und Kraft habe, etwas zu tun. Also ich brauche dann

129 meine Ruhe, also alleine zu sein meistens, am besten sich hinlegen. Manchmal schlafe ich ein.

130 I: Also dann Schlafstörungen oder Schlaflosigkeit hast du nicht.

131 D3: Schlaflosigkeit habe ich nicht, aber, eher ich bin sehr müde, würde ich sagen. Also ich

132 würde sehr gerne schlafen.

133 I: Und ist es seitdem du in dem Bereich arbeitest so oder brauchst du generell mehr Schlaf?

134 D3: Generell schon, aber ich merke ehrlich gesagt, dass es schon das letzte Jahr vielleicht viel

135 mehr da ist, also dieser Bedarf oder dieses Gefühl, müde zu sein und nicht von zu Hause weg

136 zu wollen, also eher zu Hause zu bleiben, wenn man die Möglichkeit hat. Aber wie gesagt, ich

137 kann es jetzt auch nicht sehr genau sagen, das hat unbedingt mit der Arbeit zu tun. Dann eben

138 soziale Isolation, ich bin auch gerne alleine zu Hause, wie gesagt, also ein bisschen so Ent-

139 fremdung, ja. Schlaflosigkeit, Träume habe ich jetzt nicht gehabt, Erinnerungen schon manch-

140 mal. Was wollte ich noch sagen?... Ja, ich esse vielleicht mehr. Wenn ich vielleicht dann auch

141 mit dem Problem, ich weiß nicht, wie man da weiterkommt, dann kommt dieses, ich glaube,

142 das heißt Frustfressen oder so.

143 I: Aber wie meinst du, wenn du nicht weißt, wie man weiterkommt?

144 D3: Also, wenn ich sehr aufgeregt bin oder irgendwie weiß nicht, wie ich da weitertue mit

145 dem Problem oder mit dem Gedanken, dann greife ich auf was Süßes oder was Ungesundes.

146 Also, irgendwie merke ich schon, dass meine Essgewohnheiten ziemlich ungesund geworden

147 sind. Aber wie gesagt, ich weiß es nicht, ob das wirklich jetzt damit zu tun hat. Oder auch

148 vielleicht mit dem Zeitmangel, dass ich weniger Zeit habe zum richtigen Kochen. Weiß ich

149 nicht. Also ich glaube, es stimmt, dass ich nach der Arbeit was anderes machen muss und

150 meine Ruhe brauche, alleine ein bisschen. Und es ist super, wenn ich dann mit jemandem aus-

151 tauschen kann, über die Gefühle. Ja.

152 I: Okay, gut. Wenn du vergleichen würdest, warst du am Anfang deiner Karriere oder bist du

153 heute stärker durch die gedolmetschten Erlebnisse belastet?

154 D3: Hm.

155 I: Oder kannst du jetzt schon besser distanzieren?

156 D3: Ich glaube, ich bin ziemlich empfindlicher geworden. Oder sehr viel vorsichtiger. Also,

157 ich würde sagen, am Anfang war ich eher/Vielleicht konnte ich mehr aushalten. Also, ich

158 würde sagen, jetzt bin ich ziemlich so empfindlich geworden.
159 I: Aha. Aber jetzt hast du schon Strategien, die du entwickelt hast, oder?
160 D3: Ja.
161 I: Was sind diese Strategien oder Schutzmethoden?
162 D3: Genau, so eine ist, wie gesagt, mit jemandem so reden, dann Gedanken aufschreiben.
163 Weil für mich hat das so einen Sinn, dass ich das abgeschlossen habe und das wirbelt nicht
164 mehr so im Kopf. Sondern es ist schon fertig abgeschlossen.
165 I: Und was machst du mit den abgeschriebenen Gedanken?
166 D3: Nichts. Es ist einfach so ein/Es funktioniert, wenn ich das aufschreibe, ist es dann meis-
167 tens auch weg.
168 I: Hast du während der Dolmetschung auch solche Schutzmethoden?
169 D3: Während der Dolmetschung selbst... vielleicht nicht so viel auf die Klientinnen schauen.
170 Also keinen direkten Blickkontakt, das versuchen, zu vermeiden. Weil manchmal kommt es ja
171 vor, dass sie versuchen, dir zu erzählen und weißt du/Obwohl ich gar nicht die Person dafür
172 bin. Das ist nicht meine Rolle.
173 I: Kommt dieses Verhalten nicht unfreundlich vor?
174 D3: Ich glaube, manche verstehen das nicht. Ja, aber teilweise erklären dann die Psychothera-
175 peuten, warum es so ist. Und sie versuchen irgendwie über diese Triade mehr zu erklären.
176 Dass es eben/dass „Sie mit mir reden, nicht mit der Dolmetscherin“. Ja, aber das funktioniert
177 nicht immer. Es ist auch doch menschlich, wenn du mit jemandem sprichst, dann schaut du
178 die Person an, und eben so Gestik, verbale Sachen. Aber ich merke, wenn die Person mich so
179 ins Gespräch mitnehmen will, dann tut es mir nicht gut. Also, dann/Ich stelle mir immer so
180 vor, als wäre ich in einer Blase, also einfach rein mental. Ich stelle mir vor, ich habe so eine
181 Blase. Und wenn da jemand so hinein will, dann bin ich so/kann ich mehr auf meine Tätigkeit
182 mehr so fokussiert sein. So eine Schutzblase, quasi. Weißt du, ich bin hier mit meinem Notiz-
183 block. Ich mache meinen Job. Das stelle ich mir nur so vor.
184 I: Interessant, aber das kann ich mir schon vorstellen, dass es hilft. Und was denkst du, inwie-
185 weit oder auf welche Weise kannst du dich distanzieren?
186 D3: Ja, vielleicht auch weniger oder fast gar keinen Körperkontakt. Ich weiß, dass manche
187 Klientinnen dann als Dankbarkeit umarmen. Oder sogar sehr fest umarmen.
188 I: Und wie gehst du damit um, wenn sie sowas versuchen?
189 D3: Es ist sehr schwierig, weil du kannst dann nicht sagen „Nein, stopp, ich will nicht“. Das
190 kommt dann irgendwie komisch rüber. Aber so/Ich habe bisher noch keine Strategie gefun-
191 den. Es kommt auch seltener vor. Aber es kommt trotzdem vor. Vielleicht so versuchen, ein
192 bisschen so wegzugehen und sie beide im Raum zu lassen und irgendwie, so, keine Ahnung,
193 in meinen Notizblock was zu schreiben oder etwas zu trinken. Also eher wegzugehen. Aber es
194 kann natürlich auch vorkommen, dass sie zu dir kommen und sagen: „Ach, danke, du bist so
195 toll.“ Das ist dann vielleicht zu viel. Aber zum Beispiel auf der Straße habe ich das noch nicht
196 erlebt. Es war eher danach, nach den Sitzungen als Zeichen von Dankbarkeit wollten die Kli-
197 entInnen dann dich so fest umarmen. Aber außerhalb der Sitzung habe ich keinen getroffen
198 bisher. Ich denke immer wieder darüber nach, was mache ich dann, wenn ich jemanden ein-
199 fach so spontan auf der Straße treffe. Aber bisher habe ich keinen getroffen. Oder ich habe sie
200 nicht gesehen. Eine Sache noch, was wirklich oft vorkommt, ist, dass die KlientInnen der
201 DolmetscherInnen private Frage stellen. Oder persönliche Fragen.
202 I: Während einer Sitzung?
203 D3: Es kann davor, während, danach. Oder wenn es zumindest irgendeine/Also es reicht sogar
204 schon zwei Sekunden, wenn zum Beispiel die Therapeutin kurz weg ist, um Wasser zu holen.
205 Sie ist nicht einmal weg, aber die Person sagt schon: „Ach, und woher kommst du?“ oder
206 „Was machst du hier? Wie geht es dir?“
207 I: Ist es schon zu viel?

208 D3: Es ist zu viel für mich. Es ist dann irgendwie so immer noch die Frage, wie ich damit um-
 209 gehen soll. Ich bin mir selber noch nicht so 100 prozentig sicher, wie man am besten sich
 210 schützt. Also das Beste ist natürlich, wenn du mitkommst, mit dem Therapeuten hinterher,
 211 aber manchmal kannst du einfach nicht vermeiden, wenn du zu zweit bist.
 212 I: Und geben die Therapeutinnen Ratschläge, wie man sich mit solchen Situationen umgeht?
 213 D3: Also, ich glaube, eine allgemeine Sache ist, dass du versuchst, zu sagen, ich muss das
 214 jetzt dolmetschen. Und ich muss alles dolmetschen, was sie sagen. Und dann gibst du quasi
 215 keine Antwort und wartest, bis die Therapeutin etwas sagt. Aber manche Therapeuten sagen
 216 dann „Okay, magst du jetzt antworten?“ Und dann habe ich sogar, also keine Wahl, ich muss
 217 was sagen. Manche sagen dann „Nein, das betrifft jetzt nicht unser Setting, das ist die Dol-
 218 metscherin und man darf keine private Frage stellen.“ Viele gehen unterschiedlich um damit.
 219 Das heißt, es ist anders jedes Mal. Je nachdem, wie die KlientInnen sind oder wie die Arbeits-
 220 weise der Therapeutin ist. Weil es viele verschiedene Therapeuten gibt. Ich arbeite z.B. nicht
 221 mit einer Person, sondern mit mehreren Kolleginnen und Kollegen.
 222 I: Dolmetschst du für dieselbe Klientin beziehungsweise denselben Klienten nicht nur einmal,
 223 sondern über längere Zeit, oder?
 224 D3: Sie versuchen natürlich zu schauen, dass eine Dolmetscherin längerfristig dolmetscht.
 225 Aber es gibt ja auch manchmal Erstgespräche. Und da siehst du die Person nur einmal meis-
 226 tens und dann nicht mehr. Manchmal springen wir ein für jemanden. Das heißt dann auch ir-
 227 gendwie nur einmal, oder wenn die Kollegin oder der Kollege nicht kann. Aber meistens
 228 schauen wir darauf, dass eine Dolmetscherin mit demselben Klienten arbeitet.
 229 I: Eine letzte Frage. Hast du während deines Studiums das Gefühl gehabt, dass du ausreichend
 230 Vorbereitung für so eine spezifische Tätigkeit bekommen hast?
 231 D3: Nicht so wirklich.
 232 I: Was könnte so institutionell als Unterstützung unternommen werden?
 233 D3: Vielleicht mehr zum Thema Selbstschutz oder Abgrenzung. Ich finde es war auch zu we-
 234 nig zum Thema Copingstrategien, ja, dass die Dolmetschtätigkeit ziemlich belastend sein
 235 kann, mental. Ich glaube, wir haben eher mehr so auf die/Es gab schon, wie du auch weißt,
 236 ein paar Veranstaltungen aber ich glaube, sie war sogar nicht verpflichtend. Das war die ein-
 237 zige Vorlesung. Natürlich immer wieder während der Stunde haben wir paar Sachen aufge-
 238 griffen, angesprochen, aber wahrscheinlich war das zu wenig.
 239 I: Vielen Dank!
 240 D3: Gerne
 241

Transkript 4

1 I: Heute ist der 18.9. und ich führe ein Interview mit einem Dolmetscher, der unter anderem
 2 auch im Bereich Psychotherapie tätig ist. Im Rahmen meiner Masterarbeit an der Universität
 3 Wien zum Thema Sekundärtraumatisierung und die Rolle von Selbstreflexion und Selbstfür-
 4 sorge bei DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Setting. Danke, dass Sie sich Zeit neh-
 5 men. Meine erste Frage ist, seit wann arbeiten Sie im psychotherapeutischen Umfeld?
 6 D4: Also das mache ich jetzt seit ca. 10 Jahren.
 7 I: Und haben Sie bereits während oder direkt nach Ihrem Studium in diesem Bereich gearbei-
 8 tet?
 9 D4: Also nicht im, nicht im offiziellen psychotherapeutischen Setting, aber ähm in der Flücht-
 10 lingsbetreuung. Das war jetzt nicht unbedingt mit Psychologen, aber man hat dann schon Ge-
 11 schichten gehört und gedolmetscht, die im Endeffekt recht ähnlich einem psychotherapeuti-
 12 schen Setting waren. Aber so richtig mit klinischen Psychologen erst dann danach.
 13 I: Also nach dem Studium, aha. Und als Sie begonnen haben in diesem Bereich zu arbeiten,
 14 entsprach die Tätigkeit Ihren Erwartungen?

15 D4: Im Großen und Ganzen eigentlich schon. Also, ja, Erwartungen, ich hatte jetzt nicht so
 16 große Erwartungen. Ja, im Grunde kann man sagen, ja, es hat meinen Erwartungen entspro-
 17 chen.

18 I: War Ihnen bekannt, dass diese Tätigkeit mit psychischen Herausforderungen einhergeht?

19 D4: Ja, dass man manchmal Geschichten dolmetschen muss, die vielleicht nicht unbedingt
 20 schön sind, ich glaube, damit rechnet man schon. Das Ausmaß teilweise war halt dann viel-
 21 leicht doch überraschender, aber. Ja.

22 I: Okay. Und wie waren die ersten Erfahrungen mit belastenden Situationen?

23 D4: Also jetzt mit belastenden Situationen, nicht unbedingt ganz allgemein, oder?

24 I: Genau.

25 D4: Ja, schon überwältigend, muss man sagen. Und auch nicht unbedingt leicht zu verarbei-
 26 ten. Ja, also... herausfordernd, sagen wir das so.

27 I: Okay. Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Woche oder pro Monat im psychotherapeutischen
 28 Umfeld?

29 D4: Das ist schwer zu sagen, weil es unterschiedlich ist. Ähm, weil ich nicht rein nur im psy-
 30 chotherapeutischen Setting dolmetsche. Aber es sind einmal 10 Stunden, einmal 20 Stunden.
 31 Aber im Schnitt sind es wahrscheinlich weniger als 20 Stunden.

32 I: Mussten Sie schon jemals beruflich eine längere Pause machen?

33 D4: Nein, das nicht.

34 I: Aber haben Sie schon mal daran gedacht, dass es notwendig wäre?

35 D4: Ja, es haben sich halt einfach so, vielleicht im Nachhinein gesehen, dass es besser gewe-
 36 sen wäre. Aber man muss halt dann doch auch ein bisschen wirtschaftlich denken. Und in
 37 meiner Sprachkombination war das auch der Zeit geschuldet. Ähm, gab's halt einfach relativ
 38 viele Angebote im psychotherapeutischen Setting. Also nach 2015 war meine Sprachkombi-
 39 nation in dem Setting eigentlich ganz, ganz gefragt. Und von dem her, ja, war es einfach auch
 40 eine wirtschaftliche Notwendigkeit, dass ich da in dem Bereich recht viel gemacht habe.

41 I: Aber rein psychisch haben Sie nie gedacht, dass Sie eine Pause brauchen würden, weil Sie
 42 überlastet waren? Burnout oder Ähnliches?

43 D4: Ja, ich glaube so, was man so klassisch als Burnout sehen würde, das wahrscheinlich
 44 nicht. Aber ich habe auf jeden Fall Veränderungen bemerkt und auch im Nachhinein gesehen
 45 einen schlechten Umgang mit Belastungen. Das hat dann doch ein paar Jahre gebraucht, bis
 46 ich gelernt habe, wie ich mit diesen Situationen umgehe. Aber man kommt dann so in den
 47 Trott hinein und, ja, wie vorhin eben erwähnt, einfach Geld muss man verdienen. Und was im
 48 Nachhinein gesehen besser wäre, wäre wahrscheinlich eine Pause gewesen. Aber es war halt
 49 so. Ich habe keine gemacht und wirklich darüber nachgedacht habe ich nicht. Ja? Im Nach-
 50 hinein gesehen, aber im Nachhinein ist man immer schlauer, wäre vielleicht eine Pause besser
 51 gewesen. Oder zumindest, ja, eine Pause, wo ich gelernt hätte, mit Problemen anders umzuge-
 52 hen. Aber irgendwann kommt man dann drauf und jetzt, glaube ich, komme ich mit so
 53 schwierigen Situationen auf jeden Fall deutlich besser zurecht. Das macht dann einfach die
 54 Berufserfahrung auch aus, irgendwann.

55 I: Okay, danke. Dann kommen wir zum nächsten Thema, und zwar zum Thema Empathie.
 56 Wie empathisch würden Sie sich einschätzen?

57 D4: Es ist immer schwierig, sich selbst einzuschätzen. Aber, sage ich jetzt einmal durch-
 58 schnittlich empathisch. Also man spürt/Mitleiden ist jetzt vielleicht zu viel gesagt, aber habe
 59 ich auf jeden Fall/Also man empfindet halt schon mit den Klienten halt auf jeden Fall mit.
 60 Das schon.

61 I: Zeigen Sie auch Empathie?

62 D4: Das glaube ich, sollte man in dem Beruf. Emotion schwingt immer in der Stimme ein
 63 bisschen mit, das ist wahrscheinlich nicht vermeidbar. Aber natürlich, alles ist relativ. Also
 64 man muss schon die Emotionen des Klienten dem Psychotherapeuten vermitteln. Da gehört

65 zum Teil auch die Stimmlage. Man versucht eben auch bissl die Gefühle, die der Klient äußert, einigermaßen realistisch dem Therapeuten mitzuteilen und das geht wahrscheinlich nicht ganz ohne Empathie.

68 I: Und hat sich diese Empathie in den letzten Jahren verändert? In den letzten zehn Jahren?

69 D4: Ja, also, vielleicht ist jetzt abgestumpft, ein bisschen zu viel gesagt. Aber im Endeffekt, na ja, läuft es wahrscheinlich schon darauf hinaus, dass man mit der Zeit ein bisschen abstumpft. Also es gibt vielleicht einzigartige Geschichten, die man dolmetscht, aber im Grunde, mit der Arbeitserfahrung, mit der Lebenserfahrung, merkt man, dass man halt zumindest ähnliche Lebensgeschichten schon einmal gedolmetscht hat. Und dann fiebert man vielleicht nicht ganz so mit wie beim ersten Mal. Also man könnte das wahrscheinlich schon als ein bisschen abgestumpft bezeichnen. Aber jetzt nicht komplett, also es sind mir die Geschichten nicht egal. Ja? Also, das nicht.

77 I: Und inwiefern versetzen Sie sich in die Lage der PatientInnen? Erleben Sie ihre Situationen innerlich mit?

79 D4: Ja das versuche ich eigentlich jetzt mittlerweile zu vermeiden. Also/Und das führt auch langfristig zu Problemen. Man kann nicht immer sich komplett in die Lage hineinversetzen. Im Endeffekt muss man das sich dann schon irgendwann einmal selber sagen, es ist nicht meine Geschichte, ich mache einen Job. Und wenn man jedes Mal voll mitfiebern würde, oder wie auch immer man das bezeichnen mag, würde das irgendwann auf Dauer nicht funktionieren. Das habe ich auch gelernt im Laufe der Jahre.

85 I: Weil früher war das anders?

86 D4: Ja, wie ich vorhin gemeint habe, irgendwann wiederholen sich die Geschichten, die Berichte, die Biografien der Patienten, die man halt den Psychotherapeuten mitteilt. Und wenn man halt so, plakativ Horrorgeschichten erzählen muss, Gewalterfahrungen, Kriegsgeschichten, was auch immer, ähm ist das natürlich beim ersten Mal ganz was anderes, als wenn man das dann zum fünften, zum zehnten Mal halt dolmetscht.

91 I: Haben Sie diese Geschichten am Anfang mitgenommen?

92 D4: Ja, schon. Das würde ich schon sagen. Also grad im Nachhinein betrachtet. Zuerst ist man noch jung am Anfang und denkt sich, mir kann nichts anhaben. Aber natürlich hinterlässt das Spuren und das merkt man dann erst Tage, Wochen, teilweise Monate nachher, dass es was ausgelöst hat, und, ja.

96 I: Okay. Ähm. Könnten Sie von einer traumatisierenden Dolmetschsituation berichten, die Sie als belastend empfunden haben?

98 D4: Ähm, ja, also es gab schon/Also es war noch relativ am Anfang, eigentlich ziemlich ganz am Anfang meiner Dolmetschkarriere. Das war dann eben im Zuge der Flüchtlingskrise nach 2015. Ähm. Da habe ich halt innerhalb von kurzer Zeit relativ viele Gespräche gedolmetscht und viele Gewaltgeschichten gedolmetscht, Kriegsgeschichten. Und es waren am Anfang schon/Also es gab halt mehrere Einsätze, die halt nicht schön waren, ja. Und dann, ja, gab's ein Gespräch halt, was ich, wo der Klient sehr wortreich und plakativ das wirklich ins kleinste Detail/Also da ging's um, ja, um Mord und Selbstmord mit Messern, ähm, wie halt dann beschrieben wurde, wie die Kehle, die Kehlen im Endeffekt von Menschen halt durchgeschnitten wurden und das dementsprechende Blutbad, was man sich da halt vorstellen kann, was da entstanden ist halt, wirklich sehr, sehr, sehr genau beschrieben hat. Ähm. Das, ja, wenn man dieses Gespräch eben länger dolmetscht und diese Details halt auch dolmetscht und, dass sich das dann vom inneren Auge halt sehr, sehr genau vorstellen kann, ähm, hat mich das schon sehr verstört. Da hat jemand seine Frau ermordet vor Augen anderer und hat sich dann auch sich selbst seine Kehle durchgeschnitten und eben der Klient hat das eben mit angesehen.

112 I: Wie haben Sie sich danach gefühlt?

113 D4: Na ja, in den ersten Stunden, Tagen, ich weiß nicht, Wochen, ganz normal. Aber man hat dann über die mehreren Wochen gemerkt, dass es auf jeden Fall eben was ausgelöst hat. Also

115 einfach viele Gedanken. Man/Ich habe dann diese Geschichte halt selber vor meinem inneren
 116 Auge gesehen und habe dann halt wiederholt, ständig, auch eigentlich beim Einschlafen, stän-
 117 dig diese Geschichte halt vor meinem inneren Auge wiederholt und im Endeffekt, was man so
 118 als Kreisdenken bezeichnet, kommt man dann immer wieder am Ende der Geschichte, warum
 119 auch immer wieder, auf den Anfang der Geschichte und dann wiederholt sich diese Ge-
 120 schichte lange, Stunden lang, was dann auch zu Einschlafschwierigkeiten geführt hat.

121 I: Und wie lange hat das gedauert, also dieser Zustand?

122 D4: Das kann ich so ganz genau nicht sagen. Also es kam dann halt immer wieder, sagen wir
 123 das so, also im Endeffekt, also so, dass es zumindest in gewissen Situationen und nach gewis-
 124 sen Tagen immer wieder kam, das hat ein paar Jahre gedauert, aber es war dann nicht täglich.
 125 Weil es halt eben um den Mord von einem Ehemann an seiner Frau ging, kam das zum Bei-
 126 spiel und das war dann, wo man dann halt gemerkt hat, dass es mich langfristig belastet hat,
 127 dass wenn man halt zum Beispiel irgendeine Frau, also ich selber eine Frau kennenlernen
 128 wollte und dann sitzt man mit der Frau zusammen und dann kam diese Geschichte hoch, ob-
 129 wohl es natürlich mit mir eigentlich wenig zu tun hat, aber ja, das waren dann so Trigger, wo
 130 das dann immer wieder gekommen ist und das hat dann doch länger gedauert, bis ich mich
 131 dem Problem gestellt habe, auch durch Zufall, durch eigentlich ungünstige Situationen, wie
 132 ich mit dem Problem umgegangen bin, hat es sich dann durch Zufall eigentlich gebessert erst
 133 wieder. Na gut, mit Zufall ist jetzt auch wahrscheinlich ein bisschen... Also, gut, wir sind ja
 134 hier ehrlich und ich bin eh anonym. Also, natürlich hat man auch, ja, fällt man in ein Muster
 135 rein. Und bei mir war halt das Thema, dass ich halt auch zu diesem Zeitpunkt dann sehr viel
 136 gekifft habe. Das hilft halt kurzfristig, sich von Problemen und negativen Gedanken zu distan-
 137 zieren oder beziehungsweise halt einfach zu vergessen, dass man halt nicht dran denkt. Also
 138 das war für eine lange Zeit, war das auf jeden Fall so, dass ich viel zu viel gekifft habe und es
 139 dauert einfach, bis man draufkommt, dass das ja nicht der Lebensinhalt sein kann. Und das,
 140 was ich jetzt eigentlich mit Zufall, dass ich darüber sprechen konnte, gemeint habe, war, ich
 141 bin durch Zufall habe ich einmal auch LSD konsumiert und in diesem Zustand ist es mir zum
 142 ersten Mal eigentlich möglich gewesen, ja, guten Freunden diese Geschichte zu erzählen und
 143 da auch einfach nur auszusprechen. Ja? Also wirklich einfach nur das Erlebte, das Gehörte,
 144 das Gedolmetschte halt auszusprechen. Und das war dann so befreiend und man hat dann halt
 145 auch gesehen, was eh eigentlich total klar ist, aber erst da habe ich dann wirklich so gemerkt,
 146 erstens wird man nicht verurteilt, es ist nicht lächerlich, Probleme durch solche Geschichten
 147 zu bekommen, aber es brauchte halt so einen Moment des wahrscheinlich eher ungesunden
 148 Drogenkonsums, dass ich zu diesem Punkt gekommen bin und danach konnte ich das dann
 149 auch interessanterweise komplett nüchtern, auch ohne Drogen, anderen Leuten erzählen. Und
 150 seit diesem einmaligen Erlebnis unter LSD bin ich in der Lage generell auch andere belas-
 151 tende Einsätze, Erlebnisse im Freundeskreis, dann später auch mit Partnerinnen zu bespre-
 152 chen, einfach zu erzählen, was man so in der Arbeit erlebt hat.

153 I: Aha, aha. Sie haben gesagt, dass es am Anfang, also nach dieser Situation nicht direkt, also
 154 unmittelbar danach die ersten Symptome Sie gemerkt haben, sondern ein paar Tage oder Wo-
 155 chen später.

156 D4: Ja.

157 I: Okay. Und es gab so Trigger, die das Ganze dann immer wieder so...

158 D4: Genau. Ja, es war eben, wie gesagt, war's bei mir dann, also war dann noch jünger und
 159 damals halt in keiner Beziehung und eigentlich, wenn man eine Frau kennenlernt, wo man
 160 noch nicht einmal unbedingt ein Date hatte, aber wo man vielleicht ein bisschen geflirtet hat
 161 und sich gedacht hat, okay, wäre eine interessante Frau, das hat dann eigentlich schon ge-
 162 reicht, dass ich dann wieder am Abend zu Hause gelegen bin und gerade beim Einschlafen
 163 dann eigentlich diese Geschichte immer wieder im Geiste durchgegangen bin.

164 I: Okay, danke. Haben Sie seit Ihrer Tätigkeit in diesem Bereich bereits eines der folgenden

165 Symptome erlebt? Also vermindertes Einfühlungsvermögen emotionale Erschöpfung, Taub-
 166 heit, Konzentrationsschwierigkeiten, soziale Isolation, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit,
 167 Träume.

168 D4: Ja, vielleicht das verminderte Einfühlungsvermögen. Jetzt kann man es natürlich eben die
 169 etwas doch bissl Abgestumpftheit, Abgebrühtheit, wie auch immer man es nennen mag, kann
 170 man vielleicht als vermindertes Einfühlungsvermögen/aber das ist vielleicht auch ein bisschen
 171 hart ausgedrückt. Aber zumindest, wie ich vorhin gesagt habe, man kann nicht ein Leben
 172 lang, auch wenn man dann zum x-ten Male eine Lebensgeschichte dolmetscht, oder eine ähn-
 173 liche Lebensgeschichte dolmetscht, nicht immer gleich mitfühlen, das wäre auch, glaube ich,
 174 nicht gut. Also das kann man vielleicht noch sagen. Die Schlaflosigkeit, ja, die auf jeden Fall.
 175 Träumen tue ich generell wenig. Ich bin, wenn ich einmal geschlafen habe, nicht aufgewacht,
 176 aber es war eher die Einschlafschwierigkeiten. Also es ist eher ein Schlafproblem gewesen.
 177 Und ich meine, ja, natürlich, wenn man halt, also soziale Isolation, also jetzt nicht sozial iso-
 178 liert vom Freundeskreis, das auf keinen Fall, das war dann auch im Endeffekt die Lösung des
 179 Problems. Aber natürlich, wenn man Probleme im Dingleben oder wie man das auch nennen
 180 mag, hat, dann kann man das schon als eine Form der sozialen Isolation natürlich sehen. Aber
 181 es ist nicht, dass ich komplett isoliert war, sondern halt, dass ich Probleme hatte, Frauen ken-
 182 nenzulernen.

183 I: Welche Faktoren beeinflussen Ihrer Meinung nach, ob Sie die von Ihnen genannten Symp-
 184 tome wahrnehmen oder nicht? Ist das Ihnen bekannt?

185 D4: Nein. Ich habe die Probleme nicht mehr, muss man sagen. Und der Schlüssel zum Erfolg
 186 ist halt einfach, das klingt so unglaublich banal, es ist auch eigentlich unglaublich banal, der
 187 Schlüssel zum Erfolg ist einfach drüber reden, über die Probleme. Und seitdem ich gelernt
 188 habe, das zu tun, und dass man sich nicht schämen braucht für seine Emotionen und Gefühle,
 189 habe ich das eigentlich nicht mehr.

190 I: Okay. Das wäre meine nächste Frage gewesen. Was hilft Ihnen bei der Verarbeitung der ge-
 191 dolmetschten traumatischen Erlebnisse?

192 D4: Also einfach reden, reden, reden. Da hilft natürlich, wenn man dann schon in einer Bezie-
 193 hung ist, dass man auch jemanden zum Reden hat. Aber wenn nicht, gibt es auch hoffentlich,
 194 im Leben von jedem, Freunde. Und echte Freunde hören sich auch die Probleme an, wenn
 195 man irgendwas erlebt hat, was einen überdurchschnittlich mitnimmt. Spätestens dann muss
 196 man Dinge einfach erzählen. Und auch wenn manche glauben, man darf bezüglich jetzt, also
 197 wegen Verschwiegenheitspflicht, dass man nicht über so Dinge reden darf, man darf natürlich
 198 darüber reden, aber man darf halt einfach nur nicht Namen nennen. Also es darf halt einfach
 199 kein Rückschluss gezogen werden auf den jeweiligen Klienten. Aber allgemein die Ge-
 200 schichte darf man natürlich erzählen. Jetzt weiß ja dann keiner, wer der Klient, der Patient
 201 dann ist. Und jetzt mittlerweile in einer funktionierenden Beziehung erzählt man sich halt ein-
 202 fach, was man erlebt hat und muss sich auch keine Gedanken machen, ob das jetzt besonders
 203 schlimm war oder nicht. Und bevor ich eine Beziehung hatte, habe ich einfach mit den besten
 204 Freunden geredet, was ich erlebt habe und dann auch gesagt, wie ich mich dabei gefühlt habe.
 205 Ich weiß nicht, warum der menschliche Geist so funktioniert, aber das habe ich auch so bei
 206 Kollegen mitbekommen, wenn man über Erlebnisse redet und das erzählt und das einfach aus-
 207 spricht, reicht das meiner Erfahrung nach zumindest komplett aus. Komplette vielleicht nicht,
 208 aber für viele reicht das zumindest aus. Für mich hat es auf jeden Fall ausgereicht.

209 I: Haben Sie individuelle Schutzmethoden gegen die Mittraumatisierung? Wie können Sie
 210 sich distanzieren?

211 D4: Eigentlich nicht. Also generell muss man erkennen, dass man... Also ich habe das Prob-
 212 lem ja nicht ausgelöst. Ich trage dazu bei, dass das Problem gelöst wird. Aber ich bin weder
 213 Täter noch Opfer. Ich arbeite halt in dem Bereich und ich kann es eigentlich nur besser ma-
 214 chen, zumindest wenn man den Job einigermaßen richtig macht. Also ich gehe davon aus,

215 dass jeder in dem Bereich korrekt arbeitet und korrekt dolmetscht. Und sofern man das tut,
216 selbst wenn jetzt die Therapeutin vielleicht nicht helfen kann, aber es ist ja nicht meine
217 Schuld. Und das muss man halt erkennen. Also natürlich geht nicht jeder Klient glücklich
218 nach Hause und hat nachher keine Probleme mehr. Das nicht. Aber man arbeitet sauber, liegt
219 nicht an mir. Und das muss man halt mal irgendwann erkennen und dann macht man seinen
220 Job. Eventuell merk ich aber, dass ich beim Erzählen des Erlebten teilweise schon einen recht
221 schwarzen Humor zeige. Also das wird mir schon oft nachgesagt. Also da kommen schon im-
222 mer auch ein paar eher unpassende Witzchen. Keine Ahnung, ob man das als Schutzmethode
223 bezeichnen kann. Was sicher auch hilft, ist mit dem jeweiligen Psychotherapeuten, das noch
224 einmal kurz durchbesprechen, wenn man die Zeit findet, was nicht immer möglich ist. Wenn
225 schon der Nächste vor der Tür wartet quasi. Aber wenn es zumindest mal wieder etwas Au-
226 ßergewöhnliches ist, dann kann man/Es reichen ja meistens zwei Minuten einfach drüber
227 sprechen. Und sagen „Pfoa, war das oarg“.

228 I: Okay, ja. Haben Sie die Möglichkeit, nach den Dolmetschsituationen an einer Supervision
229 oder Beratung teilzunehmen? Oder haben Sie schon so etwas in Anspruch genommen?

230 D:4 Also so eine richtige Supervision, wo man vielleicht mit einem eigenen Therapeuten re-
231 den würde, das nicht. Es ist mehr so, dass man sich manchmal/Aber das hängt dann auch
232 von/Man arbeitet ja mit verschiedenen Therapeuten zusammen. Nicht mit jedem hat man die-
233 selbe gute persönliche Beziehung. Aber wenn man sich gut versteht, was bei den meisten der
234 Fall ist, und das mal wieder eine schlimmere Geschichte war, dann schon, ja. Aber es ist nicht
235 regelhaft. Und so, dass ich jetzt Zugang zu einer wirklichen Supervision, ganz offiziell mit ei-
236 genen Therapeuten hätte, habe ich jetzt eigentlich nicht. Hätte ich vielleicht am Anfang ge-
237 braucht, aber jetzt mittlerweile reicht das vorher Beschriebene eigentlich für mich aus.

238 I: Meine letzte Frage ist, was könnte Ihrer Meinung nach institutionell als Unterstützung un-
239 ternommen werden?

240 D4: Ja, vielleicht auch im Studium. Ich meine, das, was wir vorhin gesagt haben: darüber re-
241 den. Das ist etwas, was jeder Küchenpsychologe weiß, das ist ja grundsätzlich so und das ist
242 ja wohl in dem Bereich so die größte Plattitüde, die man da so irgendwie von sich geben kann.
243 Aber ich zumindest habe es erst selber herausfinden müssen, dass es so ist, wahrscheinlich,
244 ich meine, das könnte auf jeden Fall nicht schaden. Das mehr zu betonen, was ich selber her-
245 ausfinden musste und eventuell auch, ja, keine Ahnung, dass es so Supervisionsstellen gibt,
246 dann das auch vielleicht im Studium irgendwie zu erwähnen.

Kategoriensystem

▼	 Codes		145
▼	 Dauer und Umfang der Tätigkeit		0
	 Dauer der Tätigkeit im psychotherapeutischen Setting		5
	 Wöchentliche Einsatzzeit		4
▼	 Einstieg ins psychotherapeutische Dolmetschen		0
	 Mitgebrachtes Wissen und Erfahrung		8
	 Die ersten Erfahrungen (+)		15
▼	 Empathie im psychotherapeutischen Dolmetschen		0
	 Einschätzung der eigenen empathischen Fähigkeit		7
	 Auswirkung der Arbeit auf die Empathie		4
▼	 Belastung im Verlauf der Berufserfahrung		0
	 Auslöser und Risikofaktoren der Belastung		11
	 Einzelne traumatisierende Erlebnisse		5
	 Gründe für (tatsächliche oder erwogene) Unterbrechu...		7
▼	 Symptome		0
	 Physische Symptome		9
	 Psychische Symptome		10
▼	 Bewältigungsstrategien und Schutzmechanismen		0
	 Strategien des Selbstschutzes (+) (+)		16
	 Methoden der Selbstfürsorge		4
	 Negative Bewältigungsstrategien		4
	 Positive Bewältigungsstrategien		14
	 Therapeutische Unterstützung (+) (+)		14
	 Institutionelle Verantwortung und Ausbildungsangebote ...		8

Abstract Deutsch

Diese Masterarbeit untersucht die psychischen Belastungen und das Risiko sekundärer Traumatisierung bei DolmetscherInnen, die im psychotherapeutischen Umfeld tätig sind. DolmetscherInnen sind in diesem Bereich regelmäßig traumatischen Inhalten ausgesetzt, was – je nach beruflicher Erfahrung, institutionellen Rahmenbedingungen und individuellen Faktoren – zu erheblichen emotionalen Herausforderungen führen kann. Ziel der Arbeit ist es, zentrale Belastungsfaktoren, individuelle Bewältigungsstrategien und Schutzmechanismen, mögliche Symptome einer Mittraumatisierung sowie institutionelle Unterstützungsmöglichkeiten zu identifizieren. Die Grundlage der Untersuchung bilden vier leitfadengestützte Interviews mit DolmetscherInnen, die im psychotherapeutischen Bereich tätig sind. Diese Interviews wurden mittels inhaltlich strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere die langfristige Konfrontation mit traumatischen Inhalten, unzureichende Vorbereitung, fehlende Bewältigungsstrategien und institutionelle Unterstützung – etwa in Form von Supervision – sowie ein mangelndes Bewusstsein über sekundäre Traumatisierung den Belastungsgrad verstärken, während klare Rollengrenzen und reflektiertes Handeln eine entlastende Wirkung haben. Diese Studie verdeutlicht den Bedarf an spezifischen Ausbildungsangeboten sowie an strukturellen Maßnahmen zur Prävention sekundärer Traumatisierung.

Abstract Englisch

The present master's thesis examines the psychological strains and the risk of secondary traumatization among interpreters working in psychotherapeutic settings. In this field interpreters are regularly exposed to traumatic content, which – depending on professional experience, institutional conditions, and individual factors – can lead to considerable emotional challenges. The aim of this study is to identify central stressors, individual coping strategies and protective mechanisms, the possible symptoms of vicarious traumatization and institutional support options. The study is based on four semi-structured interviews with interpreters working in the psychotherapeutic field. These interviews were analyzed using a content-structuring qualitative content analysis. The findings suggest that particularly long-term exposure to traumatic content, insufficient preparation, lack of coping strategies and institutional support – such as supervision – as well as limited awareness of secondary traumatization intensify the level of strain, while clear role boundaries and reflective actions have a relieving effect. This study highlights the need for specific training programmes as well as structural measures to prevent secondary traumatization.