

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Die Stimme der Dolmetschenden: Ein Resonanzraum für
Traumanarrative?

Zur micropower der Dolmetschperson in der Traumatherapie:
Einblicke in die traumatische Realität und Analyse der
interaktionalen Dynamiken einer Therapiesitzung

verfasst von | submitted by

Marie Catherine Roobaert

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

Wien | Vienna, 2026

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

UA 070 345 331

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

Masterstudium Translation Französisch Deutsch

Betreut von | Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Sonja Pöllabauer

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich bei der Entstehung dieser Masterarbeit unterstützt haben.

In erster Linie möchte ich der Betreuerin meiner Meisterarbeit, Univ.-Prof.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Sonja Pöllabauer, einen herzlichen Dank für das große Interesse, das sie dem Thema dieser Arbeit entgegengebracht hat, sowie für ihre raschen Rückmeldungen und konstruktiven Anmerkungen, die wesentlich zum rechtzeitigen Abschluss dieser Arbeit beigetragen haben.

Ganz besonderer Dank gebührt Michel Schittecatte, der die Freigabe der Videoaufnahme für dieses Forschungsprojekt möglich gemacht hat. Dank seiner Unterstützung konnte die vorliegende Arbeit eine besondere empirische Qualität gewinnen und auf der Analyse einer authentischen Therapiesitzung aufbauen. Damit wurde der Verfasserin die Möglichkeit eröffnet, ein bislang kaum repräsentiertes Feld des Dolmetschens im therapeutischen Setting zu beleuchten: die körperorientierte Traumatherapie.

Des Weiteren gilt mein aufrichtiger Dank all jenen, die dem Unaussprechlichen Ausdruck verliehen und Traumaüberlebenden eine Stimme gegeben haben.

Ein herzliches Dankeschön gilt auch meinen Korrekturleserinnen Elisabeth Strutz und Judith Peterson für ihre minutiöse und pointierte Durchsicht sowie für ihre ermutigende Präsenz.

Zuletzt möchte ich ein liebevolles Dankeschön an Anne Monville richten, die jeden Tag die Stärke der Resilienz an den Tag legt und durch ihre konstante Unterstützung das Durchschreiten der Welt des Traumas für diese Masterarbeit, ohne darin zu versinken, möglich gemacht hat.

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	6
1. DOLMETSCHEN IN DER PSYCHOTHERAPIE, TEILBEREICH DES COMMUNITY INTERPRETING.....	9
1.1. Community Interpreting: Eine Geschichte der Identitätsfindung	9
1.1.1. Begriffsdefinition	9
1.1.2. Frühe Entwicklung	10
1.1.3. Die Frage des Prestiges	11
1.1.4. Entstehung einer Wissenschaftssparte.....	13
1.1.5. Professionalisierung – <i>Per aspera ad astra</i>	14
1.2. Dolmetschen im psychotherapeutischen Bereich	17
1.2.1. Migration und Gesundheitsrisiken	17
1.2.2. Interkulturellen Psychotherapie – eine disparate Landschaft.....	20
1.2.3. Forschungsstand der dolmetschgestützten Psychotherapie	25
2. PSYCHOTHERAPIE	31
2.1. Begriffsbestimmung	31
2.1.1. Psychotherapie.....	31
2.1.2. Therapeutische Allianz.....	32
2.2. Psychotherapeutische Ansätze	35
2.2.1. Kanon der Grundorientierungen.....	35
2.2.2. Wirksamkeit	38
2.2.3. Der Weg des Pluralismus	40
2.2.4. Somatic Experiencing.....	41
3. TRAUMA.....	45
3.1. Zahlen des Schreckens	45
3.2. Trauma: Verletzung der Seele	46
3.2.1. Definition.....	46
3.2.2. Traumatischer Einbruch	47

3.2.3. Anatomie des Traumas	48
3.2.4. Aus der Starre hervorkommen.....	49
3.3. Geburtsstunde des Traumas.....	50
3.3.1. Namenloser Schrecken	50
3.3.2. Die Anfänge der Traumabehandlung	52
3.4. Posttraumatische Belastungsstörung.....	54
3.5. Diagnose: Segen oder Fluch?.....	56
3.5.1. Nomenklatur und gesellschaftliche Wahrnehmung.....	56
3.5.2. Die Normalität abgrenzen.....	56
3.5.3. Klassifikatorische Symptomatik.....	58
3.5.4. Die PTBS-Diagnose	60
3.5.5. Genese des DSM im Spannungsfeld von Wissenschaft und Interessen.....	60
3.5.6. Im Griff der Diagnose: Inbegriff des Krankseins	62
3.6. Der Weg zur Resilienz.....	63
4. TRAUMA UND SPRACHE	67
4.1. Neuropsychologische Kartographie der Sprachlosigkeit	67
4.1.1. Deaktivierung des Sprachzentrums	67
4.1.2. Kampf-oder-Flucht-Reaktion	68
4.1.3. Freeze-Reaktion und Dissoziation.....	69
4.1.4. Periphere Struktur der Vermeidungsschemata.....	71
4.1.5. Stressschleife des Nervensystems	72
4.1.6. Somatische Entfernung und Entfremdung.....	74
4.1.7. Emotionale Taubheit	75
4.2. Nachhall der traumatischen Erfahrung auf den sprachlichen Ausdruck.....	76
4.2.1. Traumatische Spuren in der Sprechmotorik	77
4.2.2. Sprachliche Echos traumatischer Erinnerung.....	78
4.2.3. Sprachliche Marker als Forschungsansatz.....	81
4.3. Stille	85
4.3.1. Die Sprache der Sprachlosigkeit	85
4.3.2. Jenseits der Repräsentierbarkeit	88

4.3.3. Zeugenschaft, zwischen Abgrund und Resonanz	94
4.3.3.1. Zeugenschaft, die Stille brechen und selber daran brechen?	94
4.3.3.2. Zeugnis ablegen, Glaubwürdigkeit auf dem Prüfstand.....	104
4.3.3.3. Empathisches Gehör, sekundäre Zeugenschaft	115
4.3.4. Stimme finden, Sprache werden	119
4.3.5. Dem Unsagbaren lauschen	122
4.3.6. Metapher, eine Brücke zum Unaussprechlichen	124
5. EMPIRISCHER TEIL.....	130
5.1. Zielsetzung und Forschungsfragen	130
5.2. Datenmaterial	130
5.2.1. Kontextuelle Informationen zum Videomaterial.....	130
5.2.2. Interaktionale Dynamik auf Augenhöhe	131
5.2.3. Vom Ausnahmefall zum Datenkorpus: Authentische Therapiesitzungen in der multimodalen Forschung	132
5.2.4. Limitierungen des Korpus	134
5.3. Methodik	135
5.3.1. Konversationsanalyse	135
5.3.2. Konversationsanalytische Perspektive im Forschungsfeld des Kommunaldolmetschens.....	139
5.3.2.1. Konversationsanalyse als mikroanalytischer Zugang zur Rolle von Dolmetschenden	139
5.3.2.2. Das Ideal neutraler Übertragung im therapeutischen Interaktionsgeschehen.....	140
5.3.2.3. Dolmetschende im traumatherapeutischen Setting: Rollen, Erwartungen und Handlungsspielräume	143
5.3.2.4. Empathische Präsenz als Qualität des:der active translator im therapeutischen Setting	145
5.3.2.5. Dolmetschende als sekundäre Zeug:innen und Sprachrehabilitator:innen: Eine konzeptionelle Erweiterung.....	147
5.3.2.5.1. Dolmetschende als sekundäre Zeug:innen	148
5.3.2.5.2. Dolmetschende als Sprachrehabilitator:innen	149
5.3.2.5.3. Neue interaktionale Perspektive über die micropower der Dolmetschende in der Traumatherapie.....	151

5.3.3. Transkription	152
5.4. Analyse.....	157
5.4.1. Fragmentierte Sprache.....	157
5.4.2. Haltgebende Präsenz im <i>hic et nunc</i>	165
5.4.3. Sekundäre Zeugenschaft.....	170
5.4.4. Intonation und Gegenübertragung.....	177
5.4.5. Selbstreparatur in der Interaktion	191
5.4.6. Lexikalisches Feld: Interozeption.....	194
5.4.7. Interaktionsraum und Sitzordnung	196
5.4.8. Beteiligungsstruktur	200
6. CONCLUSIO.....	209
6.1. Zielsetzung.....	209
6.2. Fazit des theoretischen Grundgerüsts	209
6.3. Forschungsergebnisse.....	212
6.3.1. Beantwortung der Forschungsfragen.....	212
6.3.1.1. <i>Übersicht der Analyse</i>	212
6.3.1.2. <i>Schlussfolgerungen</i>	215
6.4. Limitationen.....	218
6.5. Ausblick	218
BIBLIOGRAPHIE	220
ANHANG	255
Orthographische Transkription der analysierten Videoaufnahme	255
ZUSAMMENFASSUNG	279
ABSTRACT	281

Einleitung

„Ein Teil unserer Geschichte wird erst wahr, wenn wir sie erzählen und sie bezeugt wird.“ (Charf 2018: 176). Dieser einleitende Satz gewinnt für Traumaüberlebende eine existenzielle Dimension, denn in der posttraumatischen Phase erschwert eine komplexe Matrix psychischer und neurophysiologischer Prozesse die Integration des Erlebten und den Zugang zur Selbstwahrnehmung. In der Folge wird das Teilen des Erlebten in einem Resonanzraum, den die Präsenz eines zuhörenden Gegenübers eröffnet, zu einem Schlüssel für die Wahrnehmung und das Wahrwerden der eigenen Geschichte. Wenn Traumaüberlebende allerdings versuchen, das Erlebte in Worte zu fassen, treten häufig Sprachlosigkeit oder eine Fragmentierung des sprachlichen Ausdrucks auf. Dementsprechend erweist sich der Weg zur transformativen Wirkung der Sprache und zum Ausdruck der inneren Wirklichkeit als dornig.

Vor diesem Hintergrund und angesichts der Tatsache, dass der therapeutische Rahmen sich oft als der einzige Ort erweist, in dem die traumatische Erfahrung Ausdruck finden kann, kommt den Anwesenden im therapeutischen Raum für Traumaüberlebende eine besondere Bedeutung zu. Als Gesprächsteilnehmende in dolmetschgestützten Therapiesettings sind Dolmetschende unvermeidlich Teil des Interaktionsgeschehens. Die vorliegende Arbeit möchte beleuchten, inwiefern Dolmetschende eine förderliche Wirkung auf den therapeutischen Prozess entfalten können, ohne die Grenzen ihrer professionellen Rolle zu überschreiten.

Zu diesem Zweck verfolgt diese Masterarbeit eine interdisziplinäre Perspektive an der Schnittstelle von Translationswissenschaft, Psychologie, Traumaforschung, Linguistik und Soziologie. Anhand der Analyse einer dolmetschgestützten Traumatherapiesitzung möchte sie einen Beitrag dazu leisten, das empirisch bislang kaum erschlossene Feld der dolmetschgestützten Traumatherapie näher zu untersuchen.

Der theoretische Teil soll ein vertieftes Verständnis der traumatischen Realität für die Leser:innen zu ermöglichen, und bildet zugleich für die Verfasserin die Grundlage für die anschließende Analyse.

Das erste Kapitel beschreibt das Forschungsfeld des Dolmetschens im psychotherapeutischen Setting, verortet es innerhalb der Dolmetschwissenschaft und gibt einen Überblick über den Forschungsstand sowie ausgewählte Praxisprojekte. Dabei werden mehrere zentrale Spannungsfelder thematisiert: der Professionalisierungsprozess des psychotherapeutischen Dolmetschens, die institutionellen Realien, die den Zugang zu interkulturellen Therapieangeboten in

verschiedenen nationalen Kontexten ermöglichen oder begrenzen, sowie die Skepsis gegenüber der Präsenz einer dritten Person im traditionell dyadischen Raum der Psychotherapie.

Das zweite Kapitel gibt einen Überblick über zentrale Grundorientierungen der Psychotherapie und verortet den in der analysierten Videoaufnahme zur Anwendung kommende Ansatz des *Somatic Experiencing* innerhalb der therapeutischen Landschaft. Anschließend werden die grundlegenden Prinzipien dieser therapeutischen Methode präsentiert, insbesondere im Hinblick auf die Neuverhandlung traumatischer Erfahrung und die Förderung von Resilienz.

Das dritte Kapitel ist dem Thema Trauma gewidmet. Zunächst wird die Entstehung von Traumata aus psychologischer und neurophysiologischer Perspektive sowie unter Berücksichtigung auf Erkenntnisse aus der Verhaltensforschung dargestellt – somit wird die „Anatomie“ des Traumas geschildert. Im weiteren Verlauf wird die historische Dimension des Traumas aufgegriffen, die über lange Zeit von Verleugnung, Bagatellisierung und gesellschaftlicher Abwehr geprägt war und die bis heute Nachhall in der kollektiven Vorstellungskraft findet. Darauf aufbauend werden die Prämissen früher Behandlungsansätze thematisiert, deren Erbe das Verständnis über traumatische Erfahrungen nachhaltig geprägt hat. Die persistierende Präsenz der traumatischen Erfahrung, die in der posttraumatischen Belastungsstörung ihren Ausdruck findet, wird anschließend genauer beleuchtet. Betroffene bleiben häufig im Wiedererleben der ursprünglichen Lebensbedrohung gefangen und die traumainduzierte Erschütterung des Selbst kann sich in einer Vielzahl von Symptomen niederschlagen, darunter etwa Dysregulationen der neurochemischen Aktivität des Gehirns, die Reorganisation psychischer Strukturen um Vermeidungsschemata sowie dissoziative Zustände. Schließlich wird die zentrale Bedeutung eines unterstützenden Umfelds im Prozess der Resilienz dargelegt.

Das vierte Kapitel widmet sich den Auswirkungen posttraumatischer Reaktionen auf sprachlichen Ausdruck und Artikulation. Zu Beginn wird das komplexe Zusammenspiel neurophysiologischer, psychischer und ontologischer Faktoren skizziert, die infolge traumatischer Erfahrung auf die Sprachproduktion einwirken können. Darauf aufbauend werden sprachliche Marker der Desartikulation aus neurolinguistischer und soziolinguistischer Perspektive beleuchtet. Im Anschluss tritt die Dimension der Sprachlosigkeit in den Vordergrund: Die vielfältigen Hindernisse, die den Weg zur Verbalisierung des traumatischen Erlebens erschweren, werden in ihrer Multidimensionalität beschrieben. Da traumatische Erfahrung häufig an die Grenzen sprachlicher Artikulation führt, wird die Bedeutung eines empathischen Gehörs für den Verbalisierungsprozess unterstrichen. Durch diesen Verbalisierungsprozess kann das Erlebte schrittweise assimiliert und die durch das Trauma erschütterte Verbindung zur Außenwelt

wiederhergestellt werden. In diesem Zusammenhang wird die Rolle metaphorischer Ausdrucksformen hervorgehoben, die eine Brücke zwischen dem Unsagbaren und dem Sagbaren schlagen kann.

Anknüpfend an die im ersten Teil der Arbeit dargelegten theoretischen Erkenntnisse untersucht der empirische Teil die interaktionalen Dynamiken der Videoaufnahme einer dolmetschgestützten Traumatherapiesitzung. Zunächst werden das der Analyse zugrunde liegende Datenmaterial sowie die konversationsanalytische methodische Herangehensweise näher beschrieben. Darauf folgt eine Darstellung des in der Translationswissenschaft beschriebenen Rollenverständnisses der Dolmetschperson im therapeutischen Setting. Dieses Rollenbild wird anschließend auf der Grundlage der empirischen Analyse und unter Einbeziehung traumafor-schungstheoretischer Erkenntnisse konzeptionell erweitert. Dem konversationsanalytischen Zugang entsprechend entsteht die leitende Fragestellung in einem zirkulären Prozess zwischen Materialanalyse, theoretischer Reflexion und sukzessiver Präzisierung des Erkenntnisinteresses. In der vorliegenden Arbeit münden die zwei initialen Forschungsfragen im Verlauf der Analyse in die weiterführende Frage: Wie können Dolmetschende ihre *micropower* nutzen, um eine unterstützende Präsenz zu entfalten und dadurch die Emergenz von Sprache und die Bezeugung der Realität von Traumaüberlebenden zu unterstützen?

Vor diesem Hintergrund werden in der analysierten Interaktion mehrere relevante Aktivitäten sichtbar, die von der Verfasserin im Hinblick auf ihre Bedeutung für die interaktionale Dynamik und den therapeutischen Prozess näher in den Blick genommen werden. Abschließend werden die Forschungsergebnisse zusammenfassend präsentiert, die Limitationen der Arbeit dargelegt und ein Ausblick auf mögliche weiterführende Forschungsprojekte im Bereich dolmetschgestützter Traumatherapie skizziert.

1. Dolmetschen in der Psychotherapie, Teilbereich des Community Interpreting

1.1. Community Interpreting: Eine Geschichte der Identitätsfindung

1.1.1. Begriffsdefinition

Der Begriff „Community Interpreting“ hat sich erst in den letzten Jahrzehnten in der Translationswissenschaft durchgesetzt, um die älteste Dolmetschform zu bezeichnen. Er ist allerdings aufgrund seiner vagen Bedeutung weiterhin umstritten und muss sich der Konkurrenz mit einer Vielzahl an anderen Termini stellen (Pöllabauer 2005: 50; 2021: 10). Bancroft verweist unter anderem auf die Verwendung folgender Begriffe (Bancroft 2015: 218):

- Public service interpreting
- Liaison interpreting
- Bilateral interpreting
- Dialogue interpreting
- Community-based interpreting
- Cultural interpreting
- Social Interpreting
- Language Mediation

Zudem lassen sich diese Benennungen durch feine Nuancen unterscheiden, die die Einigkeit über einen übergreifenden Terminus weiter verkompliziert (Grbić & Pöchlhammer 2015: 66).

Über die Definition des Community Interpreting – im Deutschen Kommunaldolmetschen¹ – herrscht ebenfalls keinen Konsens. In der *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (ibid.: 65) wird dieser Begriff folgendermaßen definiert: „Community interpreting is the type of interpreting that takes place between people who live in the same ‚community‘, society or country but who do not share a common language“. Aus dieser Definition geht hervor, dass die intra-sozialäre Dimension der Dolmetschtätigkeit im Vordergrund steht. Diese Einbettung im Gesellschaftsgefüge stimmt mit der Definition Gentiles (1997: 111) überein, die das Community Interpreting in allen Facetten des täglichen Leben (vom Gericht über Sozialdienste bis zur Polizeivernehmungen) situiert. Des Weiteren weist Pöllabauer (2002: 197) auf

¹ Der Terminus „Kommunaldolmetschen“ wurde durch Pöchlhammer in seiner Habilitationsschrift (2000) eingeführt und wurde vor allem in Österreich geläufig (vgl. Pöchlhammer 2021: 130ff.).

die ungleichen Machtverhältnisse zwischen den Gesprächsteilnehmer:innen in gedolmetschten Interaktionen hin.

Zusammenfassend lassen sich terminologische und inhaltliche Divergenzen in vieler Hinsicht festzustellen, die auf die Vielfältigkeit der Dolmetschtätigkeit im Community-Bereich zurückzuführen sind – alle Aspekte der verschiedenen Dolmetschsituationen in einem Modell festhalten zu wollen, wäre illusorisch.

1.1.2. Frühe Entwicklung

Das Community Interpreting ist ein relativ junges Forschungsfeld in den Geisteswissenschaften. Es entwickelt sich seit den 1980er-Jahre zu einem eigenständigen Forschungsgebiet (Pölabauer 2005: 19). Die Sprachmittlung in Form vom Dialogdolmetschen² kann allerdings auf eine lange Tradition zurückblicken: Die Dolmetschertätigkeit wurde bereits 3000 vor Christus durch Inschriften in den neben Assuan gelegenen Felsengräbern der Fürsten von Elephantine dokumentiert (Kurz 1986: 73). Ein weiteres historisches Zeugnis liefert eine aus dem 14. Jahrhundert vor Christus stammende Reliefszene aus dem Grab des Königs Haremhab in Memphis. Diese Szene schildert einen Dolmetscher, der zwischen Haremhab und eine Gruppe von Ausländern vermittelt. Sie stellt eine der ältesten erhaltenen Abbildungen einer Dolmetschperson dar und ist heute im Rijksmuseum van Oudheden in Leiden zu sehen (Salevsky & Müller 2015: 5).

Trotz dieser frühen Beweise aus dem alten Ägypten kann die Dolmetschertätigkeit nicht bis zu ihrem tatsächlichen Ursprung zurückverfolgt werden. Diese mangelnde Dokumentation hängt mit der Flüchtigkeit der mündlichen Übertragung zusammen (Delisle & Woodsworth 2012: 248f.). Im Gegensatz zu seinem schriftlichen Pendant ist die mündliche Sprachmittlung *per se* ephemere: Übersetzungen sind schriftlich fixiert, während Verdolmetschungen selten Spuren hinterlassen – *verba volant scripta manent*. Des Weiteren hatten Sprachmittler:innen bis zum 20. Jahrhundert einen niedrigen sozialen Status und der damals geringgeschätzte Dolmetschprozess wurde lange Zeit als „commonplace“ oder „unspectacular“ betrachtet und daher auch selten schriftlich dokumentiert (Pöchhacker 2016: 28).

² Während der Begriff Community Interpreting vor allem auf institutionelle und gesellschaftliche Einsatzfelder verweist, beschreibt Dialogdolmetschen stärker die interaktionale Form dieser Sprachmittlung: eine sequenziell organisierte, meist face-to-face stattfindende Kommunikation zwischen primären Gesprächsteilnehmenden und Dolmetschenden. In diesem Sinne überschneiden sich beide Begriffe, ohne deckungsgleich zu sein.

Obschon Sprachmittler:innen oft in Vergessenheit gerieten, spielten sie nicht selten eine wesentliche Rolle für die Weltgeschichte. Als Brückenbauer waren – und sind – sie für den Austausch zwischen Individuen unterschiedlicher Sprachzugehörigkeit und mit verschiedenen kulturellen Hintergründen, und die Entstehung interkultureller Gemeinschaften unerlässlich. Über die sprachliche Verständigung hinaus, übten Dolmetschende manchmal eine beratende Funktion und dadurch einen gewissen Einfluss auf Entscheidungen von historischer Tragweite (Delisle & Woodsworth 2012: 248) aus. Am Beispiel von Malinche, der aztekischen Dolmetscherin Hernán Cortés‘, wird die weit über den Kommunikationsbedarf hinausgehende Schlüsselrolle der Dolmetschenden veranschaulicht: Dank ihrer Hilfe und ihres diplomatischen Geschicks konnte Cortés das ganze Aztekenreich erobern und sie ging als Protagonistin der Conquista in die Geschichte ein (Cenková 2015: 340; Wurm 1996; Baigorri-Jalón 2015: 15).

Das Dolmetschen als wissenschaftliches Forschungsfeld entstand erst im 20. Jahrhundert. Mit der zunehmenden Verflechtung von Volkswirtschaften und der steigenden Anzahl an internationalen Konferenzen wuchs auch der Bedarf an qualifizierten Dolmetscher:innen. Zugleich entstand ein neues Dolmetschsetting, das prestigeträchtige Konferenzdolmetschen – neue technische Fortschritte ermöglichten eine zeitgleiche Verdolmetschung für ein breites Publikum (Pöchhacker 2016: 29f.). Die im 20. Jahrhundert florierenden mehrsprachigen internationalen Konferenzen führten zur Professionalisierung des Konferenzdolmetschens: Ausbildungsprogramme und akademische Lehrgänge wurden eingeführt und Dolmetscher:innen schlossen sich in Berufsverbänden zusammen. Im Zuge dieser neuen Entwicklungen kristallisierte sich der Wunsch nach einer Einführung einheitlicher internationaler Qualitätsstandards und Arbeitsbedingungen für das Konferenzdolmetschen heraus (Diriker 2015: 79). Mittlerweile orientieren sich internationale Organisationen vorwiegend an den Empfehlungen des Internationalen Verbandes der Konferenzdolmetscher:innen (AIIC) und das Konferenzdolmetschen ist als angesehener Beruf weltweit etabliert (Pöchhacker 2016: 30).

1.1.3. Die Frage des Prestiges

Das Community Interpreting erfährt nicht dieselbe Anerkennung, da der Einsatz von Kommunaldolmetscher:innen bis heute mit niedriger Bezahlung und geringer(er) sozialer Anerkennung assoziiert ist (Hale 2008: 100). Sogar unter Konferenzdolmetscher:innen leidet das Community Interpreting unter geringerer Akzeptanz: „But for many, and particularly for the community of professional conference interpreters, the label ‚community interpreter‘ identifies someone who

is less than a qualified interpreter.“ (Garber 2000: 11) In einem jüngeren Einführungswerk in die Dolmetschwissenschaft vertritt Pöchhacker ebenfalls die Meinung, dass das Konferenzdolmetschen zweifelsohne die einzige dem Dolmetschen zugeordnete Berufsgruppe sei, bei der ein (hoher) Status herrsche (Pöchhacker 2016: 163f.).

Prunč (2012: 1ff.) untermauert diese Annahme, indem er eine kurze Analyse der asymmetrischen Beziehungen zwischen diesen zwei Berufsfeldern aus einer soziologischen Sichtweise schildert. Auf der Grundlage Bourdieus Theorie über die Hierarchisierung des Sozialen Raums (Bourdieu 1979) wird die Diskrepanz zwischen ihren Ressourcen bzw. ihren Kapitalen sichtbar. Bourdieu unterscheidet die uns zur Verfügung stehenden Ressourcen mit vier Kapitalsorten: das ökonomische Kapital, das kulturelle Kapital, das soziale Kapital und das symbolische Kapital als das Ansehen, das durch den Besitz einer oder mehrerer Kapitalformen entsteht. In seiner Analyse erläutert Prunč nicht nur (2012: 1ff.), dass Konferenzdolmetscher:innen über ein bestimmtes ökonomisches (Bezahlung) und kulturelles Kapital (Hochschulabschluss und ein in ihrem Studium erlerntes umfassendes Wissen) verfügen, sondern auch, dass sie ebenfalls von dem hohen Berufsstand ihrer hochrangigen Klientele profitieren. Durch ihre Verdolmetschungen verleihen sie Diplomaten und international tätigen Kunden ihre Stimme und werden dementsprechend als Mitglieder der „Gewinner der Globalisierung“ wahrgenommen (2012: 1ff.). Demgemäß lässt sich feststellen, dass im Konferenzbereich tätige Dolmetscher:innen durch ihr Arbeitsumfeld kulturelles und soziales Kapital erwerben, was sich wiederum zu ihrem symbolischen Kapital addiert.

Der Status der Dolmetscher:innen im Kommunalbereich ergibt allerdings ein düsteres Bild: Die weitverbreitete Hinzuziehung von nicht ausgebildeten Dolmetscher:innen mindert das kulturelle Kapital der Profession. Hinzu kommt die niedrige Vergütung von Dolmetschleistungen und die im Vergleich zum Konferenzbereich weniger anerkannte Dolmetschsituation – es handelt sich vorwiegend um im Alltag verankerte Situationen (medizinische Untersuchung, polizeiliche Vernehmung, Sozialamt, etc.). Zudem werden Klient:innen als Angehörige einer Minderheit über einen niedrigen sozialen Status zugewiesen, der auf die Dolmetschenden übertragen wird (Moazed 2006: 75ff.). In Anbetracht dieser verschiedenen Aspekte argumentiert Prunč (2012: 1ff.), dass Community Interpreting in vielerlei Hinsicht ein bescheidenes symbolisches Kapital aufweist und dementsprechend wenig attraktiv für qualifizierte Dolmetscher:innen sei.

Mittlerweile zeichnet sich in manchen Ländern ein höherer Professionalisierungsgrad des Kommunaldolmetschens und eine weltweit steigende Anerkennung in der

Translationswissenschaft ab (Marics 2006: 93). Infolgedessen wandelt das Berufsbild des Community Interpreting im Bereich des Dolmetschens, während diesem Feld in der Öffentlichkeit weiterhin nur geringe Aufmerksamkeit geschenkt wird.

1.1.4. Entstehung einer Wissenschaftssparte

Bis zu den 1990er Jahren hat sich die Forschung in der Dolmetschwissenschaft fast ausschließlich dem Konferenzdolmetschen gewidmet, während andere Berufsfelder außer Acht gelassen wurden (Pöchhacker 2016: 42f.). Abseits einiger in den 1980er Jahren veröffentlichten Publikationen über das Gerichtsdolmetschen und das Dolmetschen der Gebärdensprache blieb das Community Interpreting ein weitgehend unerforschtes Gebiet (vgl. Pöllabauer 2005: 19; Pöchhacker 2016: 43).

In der Literatur lässt sich feststellen, dass Forschende im Community-Bereich bis zu den 1990er Jahren eine disparate und nicht festverbundene Gemeinschaft bildeten (Harris 2000: 2). Studien spiegelten meistens nationale Realien wider oder lieferten eine allgemeine Beschreibung eines Dolmetschsettings. Das steigende Interesse an diesem Feld weckte den Wunsch, Berufserfahrungen mit Kolleg:innen aus der ganzen Welt auszutauschen. 1995 gelang dies mit der Gründung der Organisation der Critical-Link-Konferenz in Kanada, die erste internationale Konferenz zum Community Interpreting (Bancroft 2015: 17). Diese Zusammenkunft legte den Grundstein für eine Reihe von Konferenzen zum Community Interpreting, deren Inhalt jeweils in Sammelbänden veröffentlicht wird, und ebnete den Weg für seine Etablierung als Subdisziplin der Translationswissenschaft (Pöllabauer 2005:19).

Im Critical-Link Sammelband aus dem Jahr 1997, der die Ergebnisse der ersten Critical-Link-Konferenz festhält, schrieb Pöchhacker einen Beitrag mit dem Titel „Is There Anybody out There?“ in Bezug auf das nur schwach ausgebildete Community Interpreting und den nicht existierenden Professionalisierungsgrad in Österreich. Diese Situation war vergleichbar mit der in den meisten anderen Ländern.

Mittlerweile hat sich die Forschungslandschaft des Community Interpreting im deutschsprachigen Raum erheblich verändert. Pöllabauer und Grbić (2006: 8) haben diesen Bereich bibliometrisch erkundet und die Anzahl der von 1970 bis 2005 veröffentlichten Forschungsarbeiten in einer Studie erfasst. Ihre Ergebnisse deuten auf einen exponentiellen Anstieg der Forschungsaktivität zu diesem Thema hin.

Trotz dieser progressiven Entwicklungen ist der Akademisierungsprozess des Kommunaldolmetschens noch in seinen Anfängen. Im Hinblick auf diesen Zustand plädieren zahlreiche Autoren für ein breiteres Angebot an Ausbildungsprogrammen für Kommunaldolmetscher:innen (ibid.; Pöchlhammer 1997: 224f.; Hertog & van der Veer 2006: 12; Kadrić 2021: 328).

1.1.5. Professionalisierung – *Per aspera ad astra*

Obwohl das Kommunaldolmetschen allmählich ins Zentrum der Translationswissenschaft rückt und eine in der Literatur oft mit Aschenputtel assoziierte Verwandlung durchläuft (Gentile 1997: 117; Mikkelsen 1999: 365; Bancroft 2015: 221), hat die werdende Prinzessin *in puncto* Professionalisierung noch einen langen Weg vor sich, um an die Königsdisziplin des Konferenzdolmetschens heranzureichen.

Der Grad der Professionalisierung hängt eng mit der Migrationspolitik der einzelnen Länder zusammen (Moazedi 2006: 65; Ozolins 2000; Sauvêtre 2000). Angesichts der weltweiten Zunahme an Migrationsbewegungen und dem damit einhergehenden Dolmetschbedarf, sind viele Länder mit der Frage des Status der Kommunaldolmetscher:innen konfrontiert (Pöchlhammer 2015: 67). Betrachtet man die Gesamtheit der Regelungen in diesem Bereich auf internationaler Ebene, erhält man ein sehr heterogenes Bild: In klassischen Einwanderungsländern wie etwa Australien, Schweden oder den USA wurden bereits in den 1970er Jahren staatliche oder kommunale Dolmetschdienste und subventionierte Akkreditierungsprogramme für Dolmetschende gegründet, während andere Länder wie Deutschland oder Österreich noch am Anfang des Professionalisierungsprozesses stehen (Daneshmayeh 2006: 335; Grbić & Pöchlhammer 2015: 26; Pöllabauer 2021: 10).

Sauvêtre (2000: 40) bezeichnete die deutschsprachigen Länder vor mehr als zwanzig Jahren als Nachzügler und führte dies auf ihre jeweiligen Integrationsmodelle zurück: Einwanderer bzw. Einwanderinnen seien unabhängig von der Aufenthaltsdauer oft als „Gastarbeiter:innen“ betrachtet, deren Niederlassung im Aufnahmeland als vorübergehend gälte. Daraus resultiere eine Gesellschaft deren unterschiedliche Kulturen nie aufeinanderträfen, die grundsätzlich keine Inanspruchnahme von Dolmetschdiensten vorsähen. In der Regel blieben die Verständigungsmodalitäten Zuwander:innen überlassen oder die Sprachvermittlung erfolge auf Initiative von Hilfsorganisationen und einzelner Einrichtungen, die sich für eine effizientere Betreuung Anderssprachiger einsetzen. Dieser Ansicht lässt sich jedoch entgegenhalten, dass in den letzten Jahren Fortschritte zur sozialen Integration von Zugewanderten im deutschsprachigen

Raum vollgezogen wurden (Pöllabauer 2021: 12). Dennoch wirft es die Frage auf, ob die von Sauvêtre dargestellte Einwanderungspolitik, die dilatorischen Fortschritte bei der Professionalisierung des Kommunaldolmetschen mindern könnte (2000).

Im Einklang mit Prunč teilt Sauvêtre die Meinung, Kommunaldolmetschen sei zuerst vorrangig als ein soziales Problem am Rande der Gesellschaft gesehen worden und erst später als eine Verständigungsfrage wahrgenommen worden (2000: 41; Prunč 2012: 4). Infolgedessen wird die Rolle der Dolmetscher:innen oft jener von Sozialarbeiter:innen oder Migrant:innen zugeordnet (2012: 4). Diese falsche Zuordnung in Bezug auf das Berufsbild wurde von Mikkelsen (2004: 5) als eine der von ihr aufgelisteten ausschlaggebenden Hürden zur Professionalisierung des Kommunaldolmetschen identifiziert. Hinzu komme die ablehnende Haltung der Politik gegenüber der Förderung dieses Felds in gastgebenden Ländern, in denen ein fremdenfeindliches Klima herrscht (ibid.: 5; Prunč 2012: 9).

Zu den Grundrechten, die im rechtsverbindlichen *Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte* (ICCPR) garantiert sind, gehören das Recht auf ein faires Verfahren und das Recht auf Information und die Meinungsfreiheit (OHCHR & IPU 2016: 19ff.). Sie gewähren jedem Menschen, seine Anliegen und Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen und mit anderen zu kommunizieren; für viele Geflüchtete und Zugewanderte wäre aber die Ausübung dieser Rechte ohne die Hilfe von Dolmetschenden undenkbar (Glanzer 2003: 13). Ihnen die notwendige sprachliche Unterstützung für die Inanspruchnahme ihrer Rechte durch professionelle Dolmetschdienstleistungen zu verweigern, „weil sie angeblich nur stigmatisierte Randgruppen wie Zuwanderer und Asylsuchende“ darstellen, wäre diskriminierend (Prunč 2010: 274).

In der europäischen Union wird meistens das Augenmerk bezüglich der Qualitätsstandards und der Professionalisierung von Dolmetschleistungen auf das Recht auf faire Verfahren gelegt. Ein Meilenstein wurde 2010 mit dem Erlass der Richtlinie 2010/64/EU über das Recht auf Dolmetschleistungen und Übersetzungen in Strafverfahren erreicht, die eine sprachliche Unterstützung vorsieht, „damit verdächtige oder beschuldigte Personen, die die Sprache des Strafverfahrens nicht sprechen oder verstehen, ihre Verteidigungsrechte in vollem Umfang wahrnehmen können und ein faires Verfahren gewährleistet wird“ (§2 (1)).

Während die meisten Teilbereiche des Kommunaldolmetschens weiterhin um ihre Anerkennung kämpfen, hat die Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen die Entwicklung des Gerichtsdolmetschens³ und seine Profilierung als eigenständigen Beruf gefördert (Pöchlacher

³ Umstritten ist die Frage, ob das Gerichtsdolmetschen sich unter dem Begriff Community Interpreting subsumiert lässt (Roberts 2000: 9).

2016: 30, 161; Pöllabauer 2005: 22). Demzufolge gibt es einen akuten Handlungsbedarf bei der Professionalisierung weiterer Bereiche des Kommunaldolmetschens, um für anderssprachige Mitglieder der Gesellschaft eine adäquate Unterstützung und Chancengleichheit sicherzustellen (Prunč 2010: 274; Sauvêtre 2000: 44).

Selbst in Ländern, die als Vorreiter gelten, wie etwa die Vereinigten Staaten, Großbritannien oder Australien scheint das Community Interpreting im Schatten des Konferenzdolmetschen geblieben zu sein. Pöchhacker (2007: 14) gibt zu bedenken, dass sich Dolmetscher:innen unterschiedlicher Settings erst im Laufe der 1990er begegnet seien. Dennoch stellte sich in einer 2004 von Angelelli in Mexiko, Kanada und den Vereinigten Staaten durchgeführten Studie über die Wahrnehmung der Rolle der Kommunaldolmetscher:innen heraus, dass befragte Konferenzdolmetscher:innen den Begriff „Community Interpreting“ noch nie gehört hatten (Angelelli 2004: 79). In Hinblick auf diese Erkenntnisse stellt sich die Frage, ob dies auf Unwissenheit oder auf einen gewissen Grad an Desinteresse bzw. Verachtung gegenüber ihren Kolleg:innen zurückzuführen ist (Moazed 2006: 76). Zugleich wirft dieser Befund eine weiterführende Frage auf: Wenn Community Interpreting innerhalb der Dolmetschwissenschaft und des professionellen Berufsfeldes teilweise außer Acht gelassen wird, bleibt es dann in der öffentlichen Wahrnehmung weiterhin eine *Terra incognita*?

Hale (2007: 149) hebt ebenfalls die mangelnde Anerkennung und Entlohnung vom Kommunaldolmetscher:innen in Australien hervor und begründet diese mit dem geringem Qualifikationsgrad, der mit diesem Beruf assoziiert wird. Aus ihrer ausführlichen Befragung zur Rolle der Dolmetscher:innen geht hervor, dass die auftraggebenden Einrichtungen und Klient:innen die Qualifikation der Person bei der Inanspruchnahme von Dolmetschdiensten selten berücksichtigten (2007: 147). Gerade in Australien, das im Bereich Kommunaldolmetschen weit vorangeschritten ist und maßgeschneiderte Ausbildungs- und Akkreditierungsinfrastrukturen anbietet, ist eine Vorbildung keine *conditio sine qua non* für die Ausübung dieses Berufs (Gentile 2015: 27ff.). Als Folge dessen lässt sich folgender Trend feststellen: Einrichtungen lassen im Namen der Kostenminimierung Familienangehörige oder Freiwillige die Dolmetsch-tätigkeit übernehmen, zu Ungunsten der Interaktionsqualität (Hale 2007: 161). Der Einsatz un- ausgebildeter Dolmetscher:innen könnte allerdings die effektive Kommunikation zwischen den Gesprächspartner:innen gefährden und somit gegen das unantastbare Recht auf Information und Meinungsfreiheit verstoßen (Mucker et al. 2018: 27ff.). Trotz der landesabhängigen Gegebenheiten illustriert das Beispiel Australiens die Hindernisse, die das Kommunaldolmetschen auf dem Weg zur Professionalisierung beseitigen muss. Hale (2007: 162) betont, dass deren

Überwindung nicht nur den Dolmetscher:innen zur Last fallen solle: Erst wenn alle Beteiligten in diesem Bereich (d.h. die Klient:innen, die Entscheidungsträger:innen und die Einrichtungen) sich für die Einführung notwendiger Qualitätsstandards einsetzten, könne eine tatsächliche Änderung vollzogen werden (vgl. Ozolins & Hale 2009: 3).

1.2. Dolmetschen im psychotherapeutischen Bereich

1.2.1. Migration und Gesundheitsrisiken

Mit dem Aufeinandertreffen neuer Sprachen und Weltvorstellungen stellt sich die Frage nach der Stellung des Anderen und dessen Status im gesellschaftlichen Gefüge (Pian et al. 2018: 57).

Manche Länder, wie etwa das Vereinigte Königreich und Deutschland, gewährten Menschen jahrzehntelang keinen egalitären Zugang zu öffentlichen Einrichtungen, obschon sie schon länger mit dem Phänomen der wachsenden Migration und der kulturellen Vielfalt konfrontiert gewesen waren (Ozolins 2000: 23). Bot (2015: 254) merkt pointiert an: “Needless to say, you have to have an interest in getting to know each other in order to be willing to bridge the language gap by, for example, engaging an interpreter.” Dieses Interesse wurde erst in Aufnahmeländern erweckt, als der Grundsatz des gleichberechtigten Zugangs für ausländische Mitarbeiter:innen zu öffentlichen Einrichtungen eine breitere Aufmerksamkeit erfuhr (Pöchhacker 2016: 14).

Dieses späte Erwachen blieb nicht ohne Konsequenzen für Schutzsuchende, die sich nicht ausreichend in der Sprache des Aufnahmelandes verständigen können. Der Zugang zu öffentlichen Einrichtungen und damit die Teilhabe an allen Facetten des gesellschaftlichen Lebens wurde aufgrund der Sprachbarriere beschränkt. Als Folge dessen blieb ihnen auch die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung vorenthalten (Pöllabauer 2003: 19).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwieweit diese Vorenthaltung im Widerspruch zum Recht auf ein gesundes Leben steht? In einem 2015 in der Monatszeitschrift Bundesgesundheitsblatt erschienenem Artikel verweisen Razum und Saß (2015: 513) auf das Phänomen des „Healthy Migrant Effekt“. Demzufolge verzeichnen die meisten Migrant:innen bei ihrer Ankunft im Durchschnitt eine niedrige Mortalität im Vergleich zu der Bevölkerung des Ziellandes (ibid. ; Kessler 2017: 85). Dieser gesundheitliche Vorteil resultiert aus dem sogenannten „Selbstselektionsprozess“ – insbesondere junge und gesunde Menschen emigrieren und befinden sich demnach in einer allgemein besseren Gesundheitslage (Mehnert-Theuerkauf 2022: 255). Allerdings klingt dieser Mortalitätsvorteil im Laufe der Zeit ab. Mit zunehmender

Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland dürften zugewanderte Personen neuen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt werden, die eng mit ihrer sozioökonomischen Lage korrelieren (Leanza et al. 2017: 56). Ein Bericht des Robert-Koch-Instituts bestätigt diese Erkenntnis: „Dabei ist es nicht die Migration als solche, die krank macht. Es sind vielmehr die Gründe und Umstände einer Migration sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Menschen mit Migrationshintergrund [...], die zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen können.“ (Razum et al. 2008: 129).

Die Soziologin und Ethnologin Amina Trevisan (2020) führt diesen Gedanken weiter und untersucht unter anderem die Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Migration in ihrer Dissertation. Neben den zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands führenden Stressoren in der aufnehmenden Gesellschaft wird postuliert, dass die Verlegung des Lebensmittelpunkts *per se* einen fundamentalen biographischen Bruch im Leben der Zugezogenen darstellt (Trevisan 2020: 57f.): „Jede Migration, ihr Warum und ihr Wie hinterlässt ihre Spuren in die Geschichte jeder Familie und jedes Individuums.“ (Grinberg et al. 1990: XII)

Vor diesem Hintergrund durchschreiten Emigrant:innen einen Um- bzw. Neuorientierungsprozess zwischen dem Alten und dem Neuen, um die erlebte Zäsur zu überwinden. Parallel zur Identitätsfrage ist der neue Alltag an vielerlei Anpassungsleistungen und Herausforderungen gekoppelt. Die neue und oft schlechtere sozioökonomische Situation im Aufnahmeland verringert ebenfalls die Ressourcen und die Handlungsmöglichkeiten der Zugewanderten, die oft einen niedrigen sozialen Status innehaben (Blumenthal 2016: 58). Diese Konvergenz von belastenden Faktoren ergibt *summa summarum* eine erhöhte Vulnerabilität von Emigrant:innen in der aufnehmenden Gesellschaft.

Nicht nur sind die frisch Zugezogenen einem erhöhten Gesundheitsrisiko und einem Umbruch in ihrer Biographie ausgesetzt (Pöllabauer 2003: 18), soziale Determinanten können sich ebenfalls negativ auf die psychische Gesundheit auswirken. Eine Vielzahl von Studien belegen, dass armutsgefährdete Personen und Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status und fehlender sozialer Unterstützung besonders anfällig für die Entwicklung von psychischen Störungen sind (Kluge et al. 2019: 1103f.). Dieser Zusammenhang lässt sich unter anderem anhand der „Social-and-Strain-Hypothese“ erklären: „Ein niedriger Status ist mit einer Vielzahl von Belastungen verbunden, welche psychisch krank machen.“ (Berking und Rief 2012: 23) Berking und Rief merken pointiert an, dass die aus der sozioökonomischen Situation resultierenden psychischen Belastungen den sozialen Abstieg wiederum begünstigen können – aufgrund der prekären Lage ist die Möglichkeit der präventiven Versorgung von psychischen

Erkrankungen eingeschränkt, und die sprachliche Barriere erschwert den Zugang zur psychotherapeutischen Hilfe. Daraus entsteht ein schwer durchbrechbarer Teufelskreis für die Zugewanderten. Allerdings kann hier *stricto sensu* nicht von einer allerklärenden Kausalität für die Entwicklung von psychischen Symptomen gesprochen werden, sondern von einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Störung zu leiden (Berking und Rief 2012.: 19ff.). Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass für die Einwandernden der Wiederaufbau der Lebensgeschichte unter widrigen Umständen bewerkstelligt wird.

Für Geflüchtete fällt diese Belastung noch stärker aus. Zusätzlich zur umwälzenden Migrationserfahrung tragen Flüchtlinge des Öfteren den Ballast traumatischer oder belastender Erlebnisse mit sich: „Es wird geschätzt, dass ein Drittel derjenigen, die als Flüchtlinge in westliche Länder kommen, Folter erlitten hat [...] und insgesamt etwa 40 % der Asylsuchenden traumatisiert sind [...]“ (Köllmann 2012: 10). Zahlreiche Studien untermauern dieses Forschungsergebnis. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung verzeichnen Menschen mit Fluchterfahrung häufig eine schlechtere psychische Verfassung und eine erhöhte Prävalenz für psychische Störungen (Bergunde et al. 2015: 42; Farooq & Fear 2003: 202; Gurriss & Wenk-Ansohn 2013: 526; Kluge et al. 2019: 1106; Schmidt & Petermann 2017: 143; Tribe & Raval 2003: 104).

In Anbetracht dieser erhöhten Vulnerabilität für psychische Belastungen erscheint es wenig verwunderlich, dass ein akuter Bedarf an interkulturellen psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungsangeboten für Menschen mit Fluchterfahrung besteht (Köllmann 2012: 10). Ernüchternd ist festzustellen, dass die Realität der Schutzsuchenden in den aufnehmenden Gesellschaften lange ignoriert wurde: Trotz der erhöhten Anfälligkeit, an einer psychischen Störung zu erkranken, wurde ihnen keine adäquate medizinische Versorgung angeboten, da Gesundheitseinrichtungen primär auf die Bedürfnisse der nicht migrierten Mehrheitsbevölkerung zugeschnitten sind (Pöllabauer 2003: 18). Die Sprach- und Kulturbarriere erschwert den Zugang von anderssprachigen behandlungsbedürftigen Personen zu Präventions- und Versorgungsangeboten (Razum et al. 2008: 16; Roat & Crezee 2015: 239). Außerdem gibt Köllmann (2012: 10) zu bedenken, dass Therapeut:innen aufgrund der sprachlichen Hemmnisse des Öfteren die Verabreichung von Psychopharmaka gegenüber anderen Behandlungsformen favorisieren⁴.

⁴ In der vorliegenden Masterarbeit wird keine ausführliche Präsentation der Einflussfaktoren geliefert, die den Zugang und die Inanspruchnahme der Versorgungsleistungen in der Aufnahmegesellschaft restringieren. Weiterführende Werke wie etwa Köllmann (2012), Trevisan (2020) und Grinberg et al. (1990) beleuchten diese Zusammenhänge näher.

Mit der Ratifizierung des 1966 verabschiedeten UN-Sozialpakts haben 171 Länder sich dazu verpflichtet, das Recht jedes Individuums auf das erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit zu achten: „The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.” (UN-Generalversammlung, Art. 12) Somit wurde die Eingliederung des Rechts auf Gesundheit im Instrumentarium der völkerrechtlich bindenden Menschenrechte vollgezogen, die einen universellen Geltungsanspruch erheben. Die Universalität dieses Rechts hat aufgrund der mangelnden Beachtung von Minderheiten lange nicht alle Mitglieder der Gesellschaft erfasst (vgl. Grover & Lander 2012; Krennerich 2016: 63). Der diskriminierungsfreie Zugang zu den öffentlichen Einrichtungen wurde erst mit den zunehmenden migratorischen Bewegungen und dem Entstehen von Willkommenskulturen thematisiert.

Staatenlosigkeit in Massendimensionen hat die Welt faktisch vor die unausweichliche und höchst verwirrende Frage gestellt, ob es überhaupt so etwas wie unabdingbare Menschenrechte gibt, das heißt Rechte, die unabhängig sind von jedem besonderen politischen Status und einzig der bloßen Tatsache des Menschseins entspringen. (Arendt 1986: 607)

1.2.2. Interkulturellen Psychotherapie – eine disparate Landschaft

Mit der Anzahl der Zugezogenen wuchs auch der Bedarf an psychosozialer Unterstützung und Beratung (Bot 2015a: 254). Dank der breiteren gesellschaftlichen Bewusstseinsbildung über das lange ignorierte Thema der Verständigung mit anderssprachigen Mitbürger:innen haben sich nach und nach Gesundheitseinrichtungen bemüht, sprachliche Brücken zu bauen und das Hinzuziehen von Dolmetschenden zu begrüßen (Mucker et al. 2018: 26).

In manchen europäischen Ländern, etwa in den Niederlanden, wurde diese soziale Wende schon früh – in den 1970er Jahren – eingeleitet (Bot 2015a: 255), während in anderen Ländern wie Deutschland oder Österreich ein spürbarer Wandel erst in den 1990er Jahren stattfand (Nuč & Marics 2021: 260).

Die Gestaltung des dolmetschgestützten Therapieangebots mündet in sehr differenzierte Konstruktionen je nach Land und Region. Die der Dolmetschsituation zugrundeliegenden ethischen Grundsätze mögen theoretisch dieselben sein, ihre praktische Ausgestaltung variiert jedoch erheblich in Abhängigkeit vom jeweiligen Kontext (Wadensjö 2005: 48): Im nationalen Raum dominiert die Frage der Kostenübernahme von Dolmetschleistungen und der Auslegung

der internationalen Rechtsvorschriften *in puncto* gleichberechtigtem Zugang zu Gesundheitseinrichtungen (Köllmann 2012: 24).

In den Niederlanden und in Schweden, wo das Community Interpreting im Therapiebereich schon lang etabliert und teilweise auch gesetzlich verankert ist, wurden flächendeckende Strukturen errichtet, die Qualitätsstandards für die Sprachmittlung im psychotherapeutischen Bereich und somit auch das Recht, verstanden zu werden, garantieren. In anderen Einwanderungsländern wie etwa Deutschland wurden hingegen keine übergreifenden Maßnahmen getroffen, um die Bedürfnisse anderssprachiger Schutzbedürftiger im psychotherapeutischen Bereich entgegenzukommen (ibid.: 26). Vor diesem Hintergrund ergriffen vereinzelte private Trägerorganisationen und Gesundheitseinrichtungen die Initiative, um diese Lücke zu überbrücken und die Sprachlosigkeit im psychiatrischen und psychotherapeutischen Setting zu überwinden; daraus ergibt sich eine sehr disparate Landschaft von Hilfsangeboten in Deutschland (Mucker et al. 2018: 26).

In ihrem Aufsatz über ausgewählte Praxisprojekte aus dem DACH-Raum beschreibt Iacono (2021: 298ff.) eine ähnliche Situation auf dem österreichischen Markt. Sie gelangt außerdem zum folgenden Schluss: Das den Migrant:innen zur Verfügung stehende Dolmetschangebot im deutschsprachigen Raum ist stark auf die von den Staatsbehörden zugesagten öffentlichen Fördergelder angewiesen, deren Entziehung den Zugang zur medizinischen Versorgung für Nichtdeutschsprachige bedrohen würde (ibid.: 305). Inwieweit etwaige politische Kurswechsel die Existenz solcher Strukturen gefährden, lässt sich am Beispiel der Region Waikato in Neuseeland prägnant veranschaulichen: In einem Zeitschriftartikel schildern Joseph & Kearns (1999), wie existierende psychiatrische Netzwerke zerfielen, als die örtlichen Behörden *ex abrupto* die finanzielle Schlinge um sie enger zogen und Menschen mit psychischen Beschwerden oder seelischen Problemen zu Kriminellen erklärten. Akteur:innen und Organisationen, die einen gleichberechtigten Zugang zur psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung ermöglichen, sind des Öfteren der Willkür von staatlichen Behörden ausgeliefert: Sie müssen mit fluktuierenden Fördergeldern rechnen, bzw. die Kürzung ihres Budgets schwebt wie ein Damoklesschwert über ihrem Haupt. Geraten die den Einsatz von Dolmetschenden im Therapiebereich gewährleistenden Organisationen in finanzielle Bedrängnis, tendieren sie dazu, die für die Dolmetschung anfallenden Kosten auf den Klienten abzuwälzen, oder sie greifen auf *ad-hoc*-Lösungen in Form von Familienangehörigen oder Laiendolmetscher:innen zurück, um den Kommunikationsbedarf zu decken (Mucker et al. 2018: 36f.). Oder aber die Leistungsbringer:innen müssen für die Dolmetschkosten aufkommen (Bot 2021: 370).

Über die Finanzierungsfrage hinaus fehlt MigrantInnen oft das Wissen über die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten im Aufnahmeland – ohne diesen Schlüssel kann die Tür zum Heilungsprozess lange unentdeckt bleiben (Köllmann 2012: 24). Der Schlüssel zur dolmetschegestützten Therapie ist nicht nur unter Migrant:innen oder Geflüchteten oft unauffindbar, Fachkräfte im medizinischen Bereich verzeichnen manchmal auch mangelnde Kenntnisse über die Arbeit mit Dolmetscher:innen und die damit einhergehenden Bedingungen (Béal & Chambon 2015: 10). Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse treten deutliche Informationslücken über die interkulturelle Therapie zu Tage, die es für die effektive Gewährleistung einer egalitären gesundheitlichen Versorgung zu schließen gilt.

Béal & Chambon (2015: 11) nennen als weiteren Grund für den „Nicht-Erhalt“ von gesundheitlicher Versorgung die komplexen und langwierigen administrativen Verfahren, die die Heranziehung von Dolmetschenden mit sich bringt. Die oben genannten Hemmnisse wurden lediglich exemplarisch angeführt, weitere Zugangsbarrieren seitens der versorgenden Personen werden im Artikel von Béal & Chambon (2015: 10ff.) dargestellt. Die die Suche nach professioneller gesundheitlicher Hilfe von Menschen mit Migrationshintergrund erschwerenden Hindernisse werden unter anderem in den Werken von Trevisan (2020: 363), Razum et al. (2008: 107ff.) und Rásky et al. (2003: 117ff.) geschildert.

Wie oben dargestellt, greifen Behandelnde im gesundheitlichen Bereich oft auf *ad-hoc*- und situative Lösungen zurück, um die Kommunikation mit fremdsprachigen Klient:innen zu ermöglichen. Sei es das Heranziehen von Familienangehörigen, Mitarbeiter:innen des Therapiezentrums oder einer Person im Warteraum, die zufällig die Sprache der oder des Betroffenen spricht. Der Einsatz von *ad-hoc*-Dolmetschenden birgt viele Risiken und so sei laut Köllmann (2012: 29) davon „abzuraten“ (Brisset et al. 2013: 1239). Neben fehlendem Fachwissen und fehlenden terminologischen Kenntnissen über den psychosozialen Therapiebereich, was zu Missverständnissen im Gesprächsverlauf führen kann, laufen nicht geschulte Laiendolmetscher:innen Gefahr – bewusst oder unbewusst – in Loyalitätskonflikte zu geraten (Martínez-Gómez 2015: 422). Auf der einen Seite kann die Anwesenheit einer nahestehenden Person die Verbalisierung des Erlebten beeinträchtigen, indem die oder der Behandelte ihr oder sein Erlebnis aus Scham, aufgrund der Aufrechterhaltung des Selbstbildes, oder zum Schutz von Angehörigen verschweigt. Andererseits fällt es den als Dolmetscher:innen fungierenden Angehörigen zum Teil schwer, die im Rahmen der berufsethischen Standards angestrebte Neutralität und Unparteilichkeit zu bewahren. Durch die präexistierende Beziehungsdynamik mit der oder dem Patient:in kann es zu Verzerrungen und Filterung von Aussagen kommen (Mucker et al.

2018: 28). Des Weiteren ist das Dolmetschen in psychotherapeutischen Settings oft mit einer psychischen Belastung für die dolmetschende Person gekoppelt. Aus diesen Gründen ist Bot (2021: 369) der Auffassung, dass „mental healthcare in particular is not a suitable setting for working with a non-professional interpreters.“ Köllmann (2012: 20f) fügt hinzu, dass das Heranziehen von nicht geschulten Dolmetscher:innen den vertrauensbildenden Rahmen der Therapie schädigen und die Beachtung der Schweigepflicht gefährden kann. Nicht professionell agierende Dolmetschende und fehlerhafte Verdolmetschung können den Therapieverlauf und die Behandlungsqualität beeinträchtigen und somit Fehldiagnosen verursachen (Mucker et al. 2018: 28). Außerdem gefährdet eine unprofessionelle Haltung seitens der Dolmetschenden den geschützten Raum der Therapie: Wackelt das Vertrauen der Patient:innen in die Therapeut:innen oder Sprachmittler:innen, wird der oder die verunsicherte Patient:in davon abgehalten, traumatische Erlebnisse zum Ausdruck zu bringen – aus dieser Situation kann eine weitere Ohnmachts- oder Ausschlusserfahrung resultieren, die für den Heilungsprozess kontraproduktiv ist (Schriefers & Hadzic 2018: 143).

Obschon der Einsatz von ausgebildeten Dolmetscher:innen mit Mehrkosten verbunden ist, werden diese langfristig durch die Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit von Hilfsbedürftigsten aufgewogen. Außerdem wird die Erstellung einer Fehldiagnostik aufgrund der unzureichenden Kommunikationsmöglichkeiten oder Fehlübersetzungen und die damit resultierenden Kosten vermieden (Tribe & Thompson 2017:5). Darüber hinaus berichten zahlreiche Studien über eine erhöhte Patient:innenzufriedenheit, wenn eine kompetente Sprachmittlung zur Verfügung steht (Béal & Chambon 2015: 21; Martínez-Gómez 2015: 424; vgl. Pöchhacker 2006).

Auch wenn das Heranziehen von ausgebildeten Dolmetscher:innen aus ethischen Gründen zu bevorzugen ist – und mit besseren klinischen Ergebnissen verbunden ist – setzt die sich schnell verändernde Landschaft des momentanen Sprachbedarfs die relativ neu ins Leben gerufenen Angebote der interkulturellen Therapie unter Druck (Brisset et al. 2013: 1239). Angesichts der fluktuierenden Nachfrage von bestimmten Sprachen und aufgrund der Knappheit der finanziellen Ressourcen favorisieren viele öffentlichen Gesundheitseinrichtungen Laiendolmetscher:innen, um den Sprachbedarf flächendeckend abdecken zu können (De Boe et al. 2021: 8; Iacono 2021: 305; Meyer 2012: 114). Diese Praxis hat sich in den meisten Ländern etabliert, kommt aber häufiger in Gesellschaften, die keine rechtliche Verankerung des Rechts auf die sprachliche Verständigung jedes Einzelnen besitzen, vor.

Um die wachsende Kluft zwischen den Qualitätsansprüchen der Dolmetschberufsverbände und der Realität des Marktes zu überbrücken, haben in Deutschland und Österreich ansässige private und gemeinnützliche Organisationen Schulungen für die Professionalisierung der im Psychotherapiebereich tätigen Laiendolmetscher:innen eingeführt (Köllmann 2012: 26). Diese Bildungsinitiative und Qualifizierungsmaßnahmen ergeben eine „Semiprofessionalisierung“ der *ad-hoc*-Sprachmittler:innen. Die angebotenen Schulungen fokussieren sich allerdings vorwiegend auf die spezifischen Anforderungen von psychotherapeutischen Settings und lassen indes den Erwerb und Ausbau der Dolmetschfähigkeiten außer Acht (Mucker et al. 2018: 34).

Selbst wenn diese Initiativen einen Fortschritt darstellen, hat die Etablierung einer kompetenten und kultursensiblen dolmetschgestützten Therapie noch einen langen Weg vor sich. In ihrem Buch über das in der interkulturellen Psychotherapie herrschende prekäre Gleichgewicht gibt Dabić (2021: 57f.) zu bedenken, dass ethische Prinzipien eine klare Distanzierung von nicht ausgebildeten Dolmetscher:innen verlangen mögen, jedoch ist der Einsatz von Laiendolmetscher:innen in der Praxis durchaus vertreten. Dolmetscher:innenpools und -teams bestehen sowohl aus ausgebildeten als auch aus nicht ausgebildeten Sprachmittler:innen, deren Zusammenarbeit von zentraler Bedeutung für alle Beteiligten (Rezipient:innen, Leistungsbringende, Therapeut:innen und nicht zuletzt die Dolmetschenden selbst) ist (ibid.). Auf die mangelnde Qualifizierung seiner Kolleg:innen hinzuweisen, erscheint in der Praxis – wenn nicht schlicht unmöglich – schwer durchsetzbar und würde für Spannungen in den ohnehin prekären Verhältnissen der transkulturellen Therapie sorgen. Überdies spiegelt die niedrige finanzielle Vergütung von Dolmetschenden die prekären Arbeitsbedingungen in diesem Bereich wider⁵. Insofern bilden die Arbeitsbedingungen weder eine attraktive Berufsperspektive für professionelle Dolmetschende, noch Anreize für nicht-professionelle Dolmetscher:innen, sich weiterzubilden (ibid.: 200; Mucker et al. 2018: 34). Das Zusammenspiel der oben genannten Faktoren führt zu einem schwer durchbrechbaren *status quo*, der mangels weiterer Professionalisierungsschritte und Vergütungserhöhungen zu erstarren droht.

Hinzu kommt, dass Behandelnden und Auftraggebenden der Qualität der erbrachten Dolmetschleistungen oft keinerlei Beachtung schenken. In Unkenntnis der für die Gewährleistung eines erfolgreichen Gesprächsverlaufs notwendigen translatorischen Kompetenzen und Grundvoraussetzungen wird häufig der Einsatz von zweisprachigen Laiendolmetscher:innen als unproblematisch betrachtet (Dabić 2021: 57). In Anbetracht dessen sollte mehr

⁵ Die Brutto-Entlohnung von im Therapiebereich tätigen Dolmetschenden beträgt lediglich 20 Euro pro Stunde auf dem österreichischen Markt – „ohne weitere Ansprüche, Werkverträge, etc.“ (Marics & Nuć 2021: 261).

Sensibilisierungs- und Öffentlichkeitsarbeit geleistet werden, um der Idee entgegenzuwirken, dass wenn „irgendwer dazu kommt, und dolmetscht“ (Mucker et al. 2018: 27), das eine adäquate Lösung für die Behandlung von anderssprachigen Patient:innen darstellen würde. Die Überwindung der Sprachlosigkeit in Therapiesitzungen erfordert von allen Beteiligten ein Grundverständnis der Dynamik des „*pas de trois*“ (Wadensjö 2005: 12). In diesem Sinne wären ebenfalls Weiterbildungsmaßnahmen über die Spezifika der translatorischen Abläufe und deren Komplexität für Therapeut:innen von Nöten, die mit Dolmetschenden zusammenarbeiten, um eine reibungslose Kommunikation und Kooperation in der dolmetschgestützten Therapie sicherzustellen (Bot 2015a: 263). Schließlich werden die optimalen Bedingungen für den Behandlungserfolg durch das gegenseitige Verständnis der psychischen und translatorischen Abläufe geschaffen (Tribe & Lane 2015: 255).

1.2.3. Forschungsstand der dolmetschgestützten Psychotherapie

Der Begriff Community Interpreting (CI) umfasst, wie bereits einleitend ausgeführt, ein breites Spektrum von Dolmetschsettings, und auch das Dolmetschen in der Therapie fällt darunter. In der wissenschaftlichen Literatur wird dieses CI-Subforschungsfeld entweder dem Dolmetschen im Medizinbereich zugeordnet oder als eigenständige Disziplin angesehen (Bot 2015a: 254; Pöllabauer 2012: 196). Gewiss sind Psyche und Körper untrennbar miteinander verbunden, dennoch differieren die Einrichtungen für psychische oder körperliche Beschwerden in ihrem Behandlungsrahmen in der westlichen Medizin erheblich. Aus diesem Grund soll im Rahmen dieser Arbeit eine klare Abgrenzung zwischen dem Dolmetschen im Gesundheitswesen und dem Dolmetschen im psychotherapeutischen Bereich geschaffen werden.

„Is it at all possible to do therapy with patients who are unable or unwilling to speak the language of the therapist?“, fragten Wadensjö und Bot in einem 2004 veröffentlichten Artikel über dolmetschgestützte Psychotherapiesitzungen (2004: 355). Dass die im Jahre 2004 aufgeworfene Frage immer noch hochaktuell ist, mag angesichts der bereits bestehenden Praxisprojekte zur Ermöglichung einer bedarfsgerechten und kultursensiblen Therapie erstaunlich erscheinen.

Jedoch wird die Aktualität dieser Frage vor dem Hintergrund der mangelnden Akzeptanz seitens der Behandelnden für die Anwesenheit einer dritten Person im etablierten Setting der Zweiergesprächskonstellation der Therapie nachvollziehbarer. Über die bloße Existenz der interkulturellen Therapie schieden sich – und scheiden sich gewissermaßen noch – die Geister.

„Die ‚analytische Situation‘ verträgt keinen Dritten“, schrieb Freud (1926: 8) in seinem Buch über *Die Frage der Laienanalyse*, in dem er die Konzepte der Analyse einem Laien näherbringt, und die Anwesenheit einer zuhörenden Person in einer Sitzung selbst für Erklärungszwecke kategorisch ablehnte. Diese Aussage illustriert den starken Widerstand und die lange anhaltende Skepsis, mit der das Hinzuziehen von Dolmetschenden in der Therapie seitens der Behandelnden bedacht wurde (und wird).

Trotz des heftigen Gegenwinds gegenüber der Einbeziehung einer dritten Person im dyadischen Kreis der Therapie wurden zahlreiche Projekte ins Leben gerufen, die eine transkulturelle Behandlung ermöglichen (siehe 1.2.2. Interkulturellen Psychotherapie – eine disparate Landschaft). Die Praxis zeigt, dass die Therapie zu dritt durchaus möglich ist. Zudem „existierten keine Alternativen, was faktisch dem Ausschluss von behandlungsbedürftigen Geflüchteten von Angeboten psychotherapeutischer Versorgung durch nicht-muttersprachliche Therapeuten/Therapeutinnen gleichkam“ (Mucker et al. 2018: 26).

Die Entstehung der dolmetschgestützten Therapie hat sich trotz der bestehenden Kritikpunkte in der Praxis etabliert. Jedes neue Phänomen erweckt ein wissenschaftliches Interesse und will erforscht werden, die dolmetschgestützte Therapie bildet in dieser Hinsicht keine Ausnahme. Die Erforschung dieses Bereichs ist durch eine transdisziplinäre Literatur charakterisiert, vorangetrieben von Autor:innen aus der Dolmetschwissenschaft, Linguistik, Kommunikationswissenschaft und Psychologie (Bot 2015b: 332).

Die ersten Publikationen über das Dolmetschen im Gesundheitswesen gehen in die 1970er Jahre zurück und wurden überwiegend aus dem Standpunkt der Behandelnden geschildert, mit dem erklärten Ziel, ein zur Orientierung dienendes Handbuch für Sprachmittler:innen zu verfassen (Köllmann 2012: 7; Tribe & Lane 2015: 255): „Despite the fact that the ‚voice‘ of interpreters is by and large missing from the literature, a string of recommendations exist within it, expressing a ‚voice‘ drawn from practitioners and clients” (Granger & Baker 2003: 101). Die fehlende Stimme der Dolmetschenden bei der Geburtsstunde der interkulturellen Therapie ist darauf zurückzuführen, dass das Community Interpreting als eigene Wissenschaftssparte zu diesem Zeitpunkt noch nicht das Licht der Welt erblickt hatte und dessen Einführung noch in weiter Ferne lag (Pöchhacker 2006: 135).

Koinzidierend mit der sozialen Wende in der Dolmetschwissenschaft und der Entstehung des Kommunaldolmetschens wuchs die Anzahl an Publikationen über das Dolmetschen im psychotherapeutischen und psychosozialen Bereich in den 1990er Jahren. Die Psychotherapie spielte *notabene* eine führende Rolle bei der frühen Entwicklung des

Kommunaldolmetschens im Gesundheitsbereich (ibid.: 138f.). Die 2008 von Grbić und Pöllabauer veröffentlichte szientometrische Studie schildert die Landschaft der Publikationen im CI-Bereich von 1979 bis 2006 für den deutschsprachigen Raum. Von den 572 im Korpus erfassten Veröffentlichungen wurden 54 im psychologischen Setting eingebettet, somit belegt die dolmetschgestützte Therapie den zweiten Platz in den aufgelisteten Dolmetschsettings (ibid.: 321). Bei einer genaueren bibliometrischen Untersuchung des psychotherapeutischen Settings liefert Pöllabauer (2012) einen nuancierteren Blick auf das Forschungsfeld. Die Anzahl der Publikationen im therapeutischen Bereich ist zwar im Laufe der Zeit gestiegen – insbesondere in den 1990er Jahren – dennoch ergibt eine Analyse ein differenziertes Bild: Die rezensierten Werke zu diesem Thema sind von Aufsätzen in Zeitschriften dominiert, während Monografien äußerst selten erscheinen (ibid.: 205ff.). Außerdem stellt Pöllabauer (2012: 209) fest, dass die in diesem Feld tätigen Autor:innen überwiegend aus fachfremden Disziplinen stammen, während Autor:innen aus der Translationswissenschaft kaum vertreten sind – in der Tat stammen 41 % der Publikationen aus der Feder von Autor:innen aus dem Bereich der Psychiatrie und 35 % der Veröffentlichungen aus dem Bereich der Psychologie.

Diese grundlegende und quantitative Analyse der wissenschaftlichen Literaturlandschaft im Bereich der interkulturellen Therapie findet seinen Nachhall in zahlreichen Publikationen: „[T]here remains, however, a pressing need for additional, robust empirical studies that examine working with interpreters in healthcare settings.“ (Tribe & Tunariu 2009: 76) Pöllabauer (2012: 212) plädiert in der Conclusio ihres Aufsatzes ebenfalls für eine „verstärkte Hinwendung zu diesem Thema“ und für einen „Zuwachs an umfassenden empirischen Untersuchungen“.

Inzwischen wurde eine wachsende Anzahl von Monografien von Autor:innen aus der Translationswissenschaft zu diesem Thema veröffentlicht (u. a. von Anke Köllmann 2012; Caroline Blumenthal 2016; Mascha Dabić 2021). Ebenfalls begrüßenswert ist zu bemerken, dass Sammelbände das Thema des Dolmetschens im Gesundheitsbereich inzwischen in den Vordergrund stellen (z.B. *The Routledge Handbook of Translation and Health*, herausgegeben von Spišiaková und Susam-Saraeva 2021). Im Jahre 2018 wurde überdies ein Sammelband veröffentlicht, der sich ausschließlich mit dem Themenfeld der dolmetschgestützten Therapie befasst (Schriefers & Hadzic 2018). Damit stellten die aus dem Bereich der Psychotherapie und der Sprachvermittlung stammenden Herausgeberinnen die ersten Weichen auf dem Weg für eine verstärkte Kooperation in diesem Forschungsfeld und für die Veröffentlichung von

weiteren Konvoluten zu diesem Thema (ibid.)⁶. Angesichts dieser neuen Entwicklungen begibt sich die Psychotherapie allmählich vom Randthema des Dolmetschens im Gesundheitswesen zu eigenem Themenfeld der Translationswissenschaft. Allerdings wird *bis dato* noch vermehrt die Perspektive der Behandelnden abgebildet. Eine Abbildung der Perspektive der Behandelten erfolgt nach derzeitigem Stand noch (zu) wenig.

Die Erforschung der Therapie unter Mitwirkung von Dolmetschenden mündete meistens in die Entstehung von theoretischen Leitfäden und Empfehlungen für die Gestaltung der Therapiesitzung seitens der Behandelnden. Trotz des seit den 1990er Jahren verzeichneten exponentiellen Zuwachses an empirischen Studien zum Dolmetschen im medizinischen und juristischen Bereich besteht im Feld der dolmetschgestützten Therapie weiterhin eine Forschungslücke. Empirische Forschung ist in diesem Bereich weiterhin rar; dies gilt insbesondere für Studien, die auf aufgezeichneten Therapiesitzungen beruhen (Bot 2015a: 255). Die wachsende Anzahl von empirischen Daten stammt großteils aus Interviews oder Umfragen, während authentisches Material in Form von aufgezeichneten Therapiesitzungen nur sehr schwer zugänglich ist – mit der Ausnahme von den Grundlagenwerken von Wadensjö (2001b) oder Bot (2005) ist diese Art der Datenerfassung äußerst selten vertreten. Die vorliegende Arbeit möchte zur Schließung dieser Forschungslücke beitragen, indem sie eine aufgezeichnete Traumatherapiesitzung aus konversationsanalytischer Perspektive untersucht.

Cagala (2008: 222) beleuchtet das große Erkundungspotenzial, dass noch in diesem Bereich steckt: „So setzt sich ein Teil der Literatur zwar mit Problemen des Einsatzes von Dolmetscher[:innen] in der Psychotherapie auseinander, bezieht sich dabei aber auf ein allgemein psychotherapeutisches bzw. psychiatrisches Setting.“ Bot und Wadensjö (2004) stehen im Einklang mit dieser Aussage und beschreiben in ihrer Conclusio weitere Forschungssettings, die es noch zu erforschen gilt: „[W]e did not dwell upon the differences between various psychotherapies, which can also exert an influence. Behavioral therapy, eye movement desensitization and restructuring (EMDR), cognitive restructuring, and specific therapeutic interventions.“ Aus dieser illustrativen Auflistung der Subbereiche der Psychiatrie und der Psychotherapie lässt sich deren Vielfalt erblicken. Der spezifische Ansatz dieser Arbeit, die Traumatherapie, ist nur eine Sparte dieses Spektrums und wurde trotz seiner erheblichen Bedeutung für Menschen mit Fluchterfahrung erst Anfang der 2000er Jahre thematisiert (Cagala 2008: 222).

⁶ Die zitierten Publikationen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und wurden nur zum Zweck der Veranschaulichung erwähnt. Wünschenswertes für eine umfassende Schilderung der neuesten Entwicklung dieser Forschungslandschaft wäre eine weitere szientometrische Untersuchung der Publikationen über die dolmetschgestützte Therapie.

Ein umfassenderes Bewusstsein für die verschiedenen Konstellationen in der Psychotherapie und deren besonderen Anforderungen für Dolmetschende ist zu diesem Zeitpunkt in der Forschung unzureichend vorhanden. Diese – aus translationswissenschaftlicher Perspektive – Forschungslücke zu schließen und sich generell weniger einseitig diesem Thema zu nähern, wäre wünschenswert. Gleichzeitig ist die „Zusammenarbeit mit Sprachmittlern/Sprachmittlerinnen [...] für die meisten Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen und Berater/-innen ein neues, unbekanntes Terrain, in dem sie sich zurechtfinden müssen [...].“ (Schriefers 2018: 100) Eine verstärkte Entwicklung dieses Forschungsfelds würde nicht nur Dolmetschenden zugutekommen, sondern auch den Behandelnden. So könnten sie etwa die Arbeitsrealität der Sprachmittelnden besser verstehen und ein erfolgreiches Miteinander in der Therapie schaffen. Miteinander zu sprechen, bildet die Grundlage der Therapie (Köllmann 2012: 18). Im geänderten Setting der dolmetschgestützten Therapie ist Sprache nach wie vor von zentraler Bedeutung. Figurativ sollten Therapeut:innen und Dolmetschende dieselbe Sprache sprechen: Sie mögen zwar aus fachfremden Disziplinen stammen, aber um diesen Spagat zwischen translatorischen und therapeutischen Prozessen zu vollziehen, müssen sie in diesem Spannungsfeld aufeinander zugehen und die Klüfte zwischen den beiden Disziplinen überbrücken. In der Praxis heißt das: „[T]herapists should understand that interpreting has little to do with word-for-word translation and understand the intricacies of interpreting; interpreters need background knowledge about mental health care – diagnoses, terminology, treatment practices and their objectives – in order to be able to interpret well.“ (Bot 2015a: 263) Ausgehend von ihrer langjährigen Erfahrung im therapeutischen Gebiet gibt Bot (ibid.) zu bedenken, dass „[b]oth professionals lack the words to define their cooperation“, und sieht die Entstehung einer gemeinsamen Sprache in Ausbildungen und Weiterbildungsmöglichkeiten.

Der Appell zur Erweiterung des Ausbildungsangebots wird in der Literaturlandschaft sichtbar (u. a. Köllmann 2012: 52; Tribe & Lane 2015: 254; Marics & Nuč 2021: 261). In Deutschland und Österreich existieren bedauernswiese keine landesweit einheitlichen Standards über die Schulung von Dolmetscher:innen im Therapiebereich. Vereinzelte Einrichtungen, die ein dolmetschgestütztes Therapieangebot anbieten, haben aus eigener Initiative Weiterbildungsmaßnahmen auf die Beine gestellt, um Dolmetschende auf das therapeutische Setting vorzubereiten (Köllmann 2012: 26). In Deutschland bietet beispielsweise das Psychosoziale Zentrum SEMEGI Fortbildungen für sein Dolmetscher:innenpool (SEGEMI 2023), der Verein „Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen“ bemüht sich, Fortbildungen für Dolmetschende zu organisieren (NTFN 2023), das Bayerische Zentrum für Transkulturelle

Medizin organisiert sogar Seminare für Therapeut:innen, um die Rolle der Dolmetschenden und die Zusammenarbeit in der Therapie optimal zu gestalten (Bayerische Zentrum für Transkulturelle Medizin 2023). In Österreich setzt sich das Netzwerk für Interkulturelle Psychotherapie nach Extremtraumatisierung (NIPE) ebenfalls für die Weiterbildung von Dolmetscher:innen ein, wie auch der Verein ZEBRA – Interkulturelles Beratungs- und Therapie Zentrum (Iacono 2021: 300; NIPE 2023).

Auf der Grundlage der einschlägigen Fachliteratur beschreibt Köllmann (2012: 58) die essenziellen Eckpunkte, die idealerweise in einem Weiterbildungscurriculum zur Psychotherapie stehen sollten. Des Weiteren plädieren Roat und Crezee (215: 250) für Weiterbildungsmaßnahmen, die die ganze Palette der Settings in der Therapie umfassen, wie etwa die Traumatherapie, und loben die Entstehung von Initiativen wie das Healing Voices Programm. Dieses Weiterbildungsprogramm richtet sich an qualifizierte Dolmetschende, welche mit Trauma-Überlenden arbeitenden, und stellt frei zugängliche Ressourcen zur Verfügung.

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass ein umfassenderes Bild der dolmetschgestützten Therapie erst geschildert werden kann, wenn mehr Stimmen aus unterschiedlichen Disziplinen in der Literatur zum Ausdruck kommen. Des Weiteren bleibt eine umfassendere Erforschung der Vielfalt der Therapiesettings unter Mitwirkung von Dolmetschenden ein Desiderat der Translationswissenschaft, um die gesamte Bandbreite dieses Felds in der Forschung abzudecken.

2. Psychotherapie

Im vorangegangenen Kapitel wurde kurz auf die Psychotherapie und die Vielfalt ihrer Settings eingegangen, in diesem Kapitel wird versucht, einen kurzen Überblick über die klassischen therapeutischen Konstellationen zu schildern. Der Psychotherapiebereich hat sich inzwischen so dynamisch entwickelt, dass es sinnvoll erscheint, über den Rahmen etablierter Ansätze hinauszublicken, und die den Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Psychotherapeut:innen neu zur Verfügung stehenden Werkzeuge in Betracht zu ziehen.

2.1. Begriffsbestimmung

2.1.1. Psychotherapie

Die etymologischen Wurzeln des Terminus „Psychotherapie“ verraten bereits, dass es hierbei sich um die *θεραπεία* geht – die Sorge, die Behandlung, Heilung – in Bezug auf die *ψυχή* – die Seele, der Atem, Hauch (Dudenredaktion o. J.). Die APA (American Psychological Association) definiert die Psyche wie folgt: „the mind in its totality, as distinguished from the physical organism“ (2015: 852), während der Duden eine andere Perspektive auf diesen Begriff liefert: „Gesamtheit des menschlichen Fühlens, Empfindens und Denkens“ (Dudenredaktion o. J.). Die Diskrepanz zwischen den beiden Definitionen erscheint wenig verwunderlich: Die Psyche mag zwar ein konstituierender Teil unseres Wesens sein, dennoch scheiden sich die Geister seit Menschengedenken über die Natur ihrer Essenz (vgl. Høystad 2017). So konstatiert Maderthaner (2021: 103) treffend, „[d]ie Psyche ist in ihrer Komplexität nicht beschreibbar“, dennoch hat sich die Psychologie die Herkulesaufgabe vorgenommen, ihre Geheimnisse zu erforschen, um das seelische Leid des Menschen zu verstehen und zu behandeln.

Die Psychotherapie, definiert als die Behandlung der Seele, bildet neben der Prävention einen Anwendungsbereich der Psychologie und wird daher als „psychologische Intervention“ bezeichnet (Maderthaner 2021: 424). Eine in Einführungswerken (Berking & Rief 2012: 5; Dilling & Reimer 1997: 131; Senf & Broda 2012b: 2; Wittchen & Hoyer 2011: 4) häufig zitierten Definitionen der Psychotherapie lautet wie folgt:

[...] ein bewusster und geplanter interaktionaler Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient[:in], Therapeut[:in] und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch a verbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig. (Strotzka 1975: 4)

Senf und Broda (2012b: 3) merken an, dass die Psychotherapie angesichts der Vielzahl von Perspektiven und therapeutischen Verfahren keine „einfache Definition“ duldet – dieser komplexe und facettenreiche Begriff lässt sich durch den umfassenden Inhalt ihres 715 Seiten starken Werks, *Praxis der Psychotherapie: ein integratives Lehrbuch*, definieren (Senf & Broda 2012a).

Freud betrachtete die Psychotherapie als eine Intervention in die Psyche und setzte sie des Öfteren mit chirurgischen Eingriffen gleich – er bezeichnet überdies seine Interventionen als „psychotherapeutische Operationen“ (Breuer & Freud 1895: 268). Senf und Broda (2012b: 6) vermuten, dass diese Analogie der Reflexion über die Tragweite psychotherapeutischen Handelns dient: „ein psychotherapeutischer ‚Eingriff‘ [kann] zu innerpsychischen Veränderungen mit möglicherweise weitreichenden Folgen führ[en] und die innerpsychische Struktur zum Nutzen, aber auch zum Schaden verändern.“ In Anbetracht der potenziellen signifikanten Auswirkungen von Interventionen auf die Psyche kommt den Therapeut:innen eine erhebliche Verantwortung in der Ausübung ihres Berufs zu.

2.1.2. Therapeutische Allianz

Das allgemein angestrebte Ziel der Therapie besteht in der Verbesserung der Lebenssituation eines Individuums oder einer Gruppe von Individuen (Maderthaner 2021: 424). Gemäß der oben angeführten Definition wird auf die gemeinsame Erarbeitung von Behandlungszielen aufmerksam gemacht. Zudem wird die Bedeutsamkeit des Konsenses im Rahmen der Therapie in den Vordergrund gestellt: Die Übereinstimmung der Zielsetzung zwischen Patient:innen und Therapeut:innen ist von zentraler Bedeutung. Neben der methodischen und interventionellen Dimension rückt damit auch der interaktionale Charakter psychotherapeutischer Sitzungen in den Vordergrund.

Die therapeutische Allianz bildet einen wesentlichen Wirkfaktor der „Behandlung der Seele“. In diesem Sinne schreiben Senf et al. (2012: 105): „Psychotherapie findet zwangsläufig im Rahmen einer Beziehung statt als ein gemeinsames Wirkprinzip für jede Psychotherapie [...] und als eine hilfreiche Allianz zwischen Patient:innen und Therapeut:innen.“ Die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung erweist sich als grundlegender Bestandteil des therapeutischen Prozesses und als Ergebnis adäquater therapeutischer Arbeit (de Roten 2006: 587). Sie stellt somit keine nachgeordnete Begleiterscheinung dar, sondern einen zentralen Raum, in dem Veränderung überhaupt erst möglich wird. Dennoch scheint dieses Konzept, das selbst den Therapeut:innen im Rahmen der Therapie zu entgehen mag, schwer erfassbar (Arènes & Tarquinio 2021: XXI; de Roten 2006: 587). Senf et al. (2012: 105) definieren diese therapeutische Beziehung wie folgt:

Therapeutische Beziehung (*helping alliance*) umfasst alle bewussten und unbewussten Erlebens- und Verhaltensweisen, Emotionen und Kognitionen, die das interpersonelle Verhältnis zwischen Therapeut[:innen] und Patient[:innen] bestimmen.

Trotz der verschwommenen Konturen dieses Begriffs herrscht in den verschiedenen psychologischen Schulen ein breiter Konsens über die Schlüsselrolle der therapeutischen Allianz in der therapeutischen Arbeit (Hartmann-Kottek 2021: 7; Marteau-Chasserieau & Plantade-Gipch 2021: 27). Die Qualität der therapeutischen Beziehung gilt als die „quintessential integrative variable“ und somit als ein essenzieller Erfolgsfaktor für die Therapie (Wolfe & Goldfried 1988: 449). „Nach Asay u. Lambert (2001) können 30% des Therapieerfolgs der Beziehungsvariablen und nur 15% der jeweiligen Technik zugeschrieben werden.“ (Senf et al. 2012: 105) De Roten (2006: 587) schätzt hingegen, dass der Einbeziehungsgrad in der therapeutischen Allianz 21% des Therapieerfolgs bestimmt, während die therapeutische Technik lediglich einen Anteil von lediglich zwei Prozent an der erklärten Variabilität des Ergebnisses aufweist.

Die therapeutische Allianz ist durch ihre Multidimensionalität charakterisiert, Gaston (1990: 145) unterteilt die verschiedenen Ebenen in vier Dimensionen:

- the therapeutic alliance, or patient's affective relationship to the therapist;
- the working alliance, or patient's capacity to purposefully work in therapy;
- the therapist's empathic understanding and involvement;
- patient-therapist agreement on the goals and tasks of treatment.

Bordin (1979) unterstreicht den dynamischen Charakter der therapeutischen Allianz: die Qualität der Beziehung zu der behandelnden Person, der Grad an Übereinstimmung zwischen Patient:in und Therapeut:in über die zu erreichenden Ziele und die zu erledigenden Aufgaben beeinflussen sich gegenseitig. Diese miteinander in Wechselbeziehung stehenden Faktoren fluktuieren im Laufe einer Therapie und beeinflussen die Stärke der Allianz, die von Phasen von Brüchen deren Überwindungen bzw. von einer Verbesserung des Arbeitsbündnisses im Therapieverlauf gekennzeichnet sein können (Marteau-Chasserieau & Plantade-Gipch 2021: 26).

Die auf gegenseitigem Respekt und Vertrauen basierte therapeutische Beziehung konstituiert eine tragende Säule für die therapeutische Arbeit. Das Engagement und die empathische Haltung der Behandelnden ermöglicht es den Patient:innen, Gehör und Unterstützung zu finden. Dies kann somit den Wiederaufbau des Vertrauens der Betroffenen in einer zwischenmenschlichen Interaktion fördern und den Weg ebnen, das Erlebte einem anderen Mitmenschen anzuvertrauen (ibid.: 28). Überdies ermöglicht dieser geschützte Rahmen den Behandlungsbedürftigen, negative Gefühle in Bezug auf die Therapie oder auf die Beziehung zur behandelnden Person zu äußern (de Roten 2021: 165). Diese Form der Konfrontation, sprich eine Ruptur des Arbeitsbündnisses, hat *per se* keine negative Auswirkung für die Therapie: Das Überwinden einer Ruptur im Arbeitsbündnis ermöglicht das Erforschen von Spannungsfeldern in der Patient:in-Therapeut:in-Beziehung sowie die Aufdeckung von Mustern in anderen interpersonalen Situationen im Leben der Patientin bzw. des Patienten (vgl. de Roten et al. 2021; Safran & Muran 1996: 449). Die Beseitigung von Unstimmigkeiten ermöglicht eine präzisere Nachjustierung der therapeutischen Interventionen, basierend auf den individuellen Bedürfnissen der Patient:innen. Zudem wird durch die Reparatur des Bruchs die therapeutische Allianz verstärkt (Plantade-Gipch 2021: 184).

„Beziehung [ist] jedoch sicher nicht alles, aber vielleicht ohne Beziehung alles nicht?“, fragen Senf et al. (2012: 107) in ihrem Kapitel über die therapeutische Beziehung und deuten somit auf die zentrale Bedeutung der Qualität der Beziehung zwischen Patient:innen und Therapeut:innen für alle therapeutischen Perspektiven hin. Sie führen diesen Gedankengang weiter: „Sie [die Beziehung] bildet offensichtlich den Boden, auf dem sich unsere Therapietechniken bewegen und ist, wie ein natürlicher Boden, nicht gleichmäßig und flach, sondern hügelig, manchmal holprig und mitunter sogar morastig.“ (ibid.)

2.2. Psychotherapeutische Ansätze

Wer therapeutische Hilfe benötigt, stößt auf eine Vielzahl an therapeutischen Angeboten. Allgemein lässt sich festhalten, dass in der Literatur *bis dato* kein einheitlicher Konsens über die genaue Anzahl psychotherapeutischer Richtungen besteht. Die genannten Zahlen variieren stark und hängen offenbar davon ab, welche Kriterien zur Abgrenzung einzelner Verfahren, Methoden oder Therapiearten herangezogen werden. Entsprechend reichen die Angaben – unabhängig von einer länderspezifischen Einordnung – von ca. 400 Therapiearten (Chiland 2012: 357) über 250 Verfahren (Hentschel 2005: 305) bis zu 41 Therapiemethoden (Maderthaner 2021: 425).

In ihrer epistemologischen Untersuchung zur Aufstellung einer Metatheorie der verschiedenen therapeutischen Ansätze identifiziert Chiland (2012: 359ff.) zehn Kernfaktoren und Bestandteile, die in allen Psychotherapien vertreten sind. Je nach Art von Psychotherapie wird den jeweiligen Faktoren eine andere Bedeutung beigemessen:

- Grad der Beteiligung der Therapeut:innen in der therapeutischen Beziehung
- Angewandte Medium (wie etwa Worte, Kunst, Spiele, Theater, usw.)
- Stellenwert des Körpers
- Bewusstseinszustand (Hypnose oder Sophrologie bis hin zu Entspannungsübungen oder zur Bewusstmachung unbewusster Konflikte – *insight*)
- Kognitionsorientierte oder emotionsorientierte Therapie
- Behandlungsziele
- Dauer der Therapie
- Anwendungsmodalitäten: Einzel- oder Gruppentherapie
- Grad der Anpassung an der Kultur des Herkunftslandes
- Unterstützung durch ein Handbuch (theoretische Rahmen) vs. Kreativität

2.2.1. Kanon der Grundorientierungen

In klassischen Lehrbüchern wird das Spektrum der verschiedenen Therapieformen unter vier Grundorientierungen subsumiert:

1. Humanistische Therapien: Diese umfassen heterogene Ansätze (Gesprächstherapie, Gestalttherapie, Psychodrama, usw.), die von keinem uniformen Theoriegerüst gestützt sind. Ihr Fundament besteht vielmehr aus ihren gemeinsamen Menschen- und

Weltbildern – der Mensch ist „ein sich selbst transzendierendes Wesen“, er trägt in sich die Ressourcen, um sich von seinem seelischen Leid zu befreien (Mahr 2018: 11f.). Das Ziel humanistischer Therapien besteht demnach in der Aktivierung dieses Potenzials, um persönliches Wachstum, Selbstverwirklichung, die Erweiterung der individuellen Autonomie, der sozialen Gebundenheit und der Selbsterfahrung zu erreichen (Maderthaner 2021: 425).

2. Psychodynamische Therapien: „Die Grundannahme psychoanalytischen Denkens besagt, dass alles menschliche Denken, Fühlen und Handeln wesentlich durch unbewusste Faktoren beeinflusst wird.“ (Wöller & Kruse 2012: 16) In psychodynamischen Therapien wird davon ausgegangen, dass gegenwärtiges seelisches Leid oder psychische Störungen ihre Ursache in vergangenen, verdrängten Ereignissen finden. Die Aufdeckung und Bearbeitung von im Unbewussten verankerten Konflikten, die das Verhalten in der Gegenwart beeinflussen, stehen im Mittelpunkt der verschiedenen psychodynamischen Therapien (Wittchen & Hoyer 2011: 16).
3. Kognitiv-behaviorale Therapien: Im Gegensatz zu psychodynamischen Therapien setzen sich die kognitiven-behavioralen Therapien mit den Verhaltens- und Einstellungsmustern des Ich im Hier und Jetzt auseinander. Die Ursachen der Beschwerden werden nicht in den Vordergrund gestellt, sondern die Bedingungen, die die Aufrechterhaltung der Störungen fördern bzw. die Problematik verändern können, werden zum Kernstück der Therapie. Die aus der Lernforschung stammenden kognitiv-behavioralen Therapien verstehen sich als Problemlösungs- und Änderungsprozesse: Schrittweise werden Maßnahmen mit der aktiven Teilnahme der oder des Betroffenen zur zielgerichteten Änderung der Bedingungsfaktoren des Problems eingeleitet. Das Repertoire der Therapeut:innen umfasst eine Vielzahl von Ansätzen darunter Reizkonfrontation, systematische Desensibilisierung, Rollenspiel, Modelllernen und Selbstkontrolltraining, die dazu dienen, Denk- und Verhaltensmuster neu zu gestalten. Kognitiv-behaviorale Therapien sind emanzipatorisch konzipiert, was bedeutet, dass Patient:innen am Ende der Therapie theoretisch in der Lage sind, die im Laufe der therapeutischen Arbeit erlernten Aspekte selbst durchzuführen und Strategien der Selbstkontrolle und Problemlösung anzuwenden (Maderthaner 2021: 427; vgl. Reinecker 2012).

4. Systemische Therapien: Wie der Bezeichnung bereits zu entnehmen ist, handelt es sich um eine systemische Sichtweise der Realität, wobei der Schwerpunkt nicht auf das Individuum als Einzelperson, sondern vielmehr auf das Individuum in Interaktionen mit seinem sozialen Gefüge gelegt wird (beispielsweise in Bezug auf die Familie, die Partnerschaft, das Arbeitsumfeld). Ein Problem beschränkt sich nicht auf einen linearen Ursache-Wirkung-Zusammenhang, sondern auf die Wechselwirkung von Ursache und Wirkung in einem sozialen Umfeld: In diesem zirkulären Modell wird postuliert, dass die Reaktion auf ein Verhaltensmuster auf letzteres einwirkt, was zu einem Rückkoppelungsprozess führt. Aus systemischer Perspektive nimmt die Kommunikation eine zentrale Rolle ein: Psychische Störungen und Symptome werden nicht einem Individuum, sondern einer „gestörten“ Interaktion im sozialen System zugeordnet. Der Schlüssel zur therapeutischen Behandlung liegt folglich in der Veränderung der Kommunikation, die wiederum positive Auswirkungen auf die Psyche der oder des Betroffenen hat. Im Rahmen einer systemischen Therapie werden die gesamten problembegünstigenden Elemente des sozialen Systems berücksichtigt, sei es in der therapeutischen Arbeit mit mehreren Personen – die übliche Form der systemischen Therapie – oder mit einer Einzelperson (Mahr 2018: 12; vgl. Schweitzer 2012).

Die oben genannten Grundorientierungen vertreten divergierende Denkweisen und Ansätze in Bezug auf das Funktionieren der menschlichen Psyche und auf die Behandlung von an psychischen Beschwerden leidenden Menschen. Überdies sind eine Vielzahl von Psychotherapieverfahren aus diesen Grundströmungen entsprungen, die sich selbst als eigenständige Verfahren verstehen, und teilweise von ihren Wurzeln nur das Menschenbild geerbt haben. (Mahr 2018: 9)

Die Vertreter der vier klassischen Strömungen und die von ihnen abstammenden Therapieverfahren standen im Laufe ihrer Entwicklung in Konkurrenz zueinander und lieferten sich erbitterte Kämpfe um die Anerkennung als offizielles Behandlungsverfahren durch die Gesundheitsbehörde. Infolge dieser Auseinandersetzung erlebte die psychologische Forschung einen Aufschwung, in dessen Zuge wurden die einzelnen Verfahren empirisch unter die Lupe genommen, um deren differenzielle Wirkungen und Wirkungsweisen zu erforschen (Geyer & Senf 2020: 48f.).

2.2.2. Wirksamkeit

In der blühenden psychologischen Landschaft mit ihrer Myriade von konkurrierenden Therapieansätzen stellt sich unweigerlich die Frage nach der Wirksamkeit und Rentabilität der verschiedenen therapeutischen Interventionsformen (Marteau-Chasserieau & Plantade-Gipch 2021: 25). Margraf (2018: 19) postuliert in seiner Schilderung der Hintergründe und Entwicklungslinien der Verhaltenstherapie, dass sich aus vielen Studien und den ersten Metatheorien herauslesen lässt, dass verhaltenstherapeutische Verfahren im Vergleich zu anderen therapeutischen Ansätzen den höchsten Wirkungsgrad aufweisen: „Auch unter Berücksichtigung aller methodischen Kritikpunkte [...] ergibt sich stets das gleiche Bild: Die Verhaltenstherapie ist am breitesten abgestützt und weist im Durchschnitt die besten Therapieerfolge auf.“ (ibid.) Obschon die Effektivität der Verhaltenstherapie längst nachgewiesen wurde, lässt sich deren Überlegenheit gegenüber anderen Therapieströmungen bestreiten: Die aus der Lernforschung stammenden verhaltenstherapeutischen Ansätze sehen eine systematische und wissenschaftliche Evaluation von Veränderungsprozessen in der therapeutischen Arbeit vor und genießen infolgedessen einen Vorteil bei der Kontrolle ihrer Wirksamkeit (Hartmann-Kottek 2021: 10; Reinecker 2012: 240; Strauß & Wittmann 2012: 138).

Seit mehr als 70 Jahren wurden die Wirkung und Effektivität der psychotherapeutischen Verfahren in zahlreichen Studien und Metastudien untersucht. Umfangreiche Evidenz liegt aus klinischen Studien zur Überlegenheit von psychologischen Interventionen im Vergleich zu Spontanremissionen vor; umstritten ist jedoch nach wie vor, welche Therapie die besten Erfolgsquoten aufweist (Petot 2002: 191). Frühe Erkenntnisse aus der Therapieforschung deuten auf eine ähnliche Wirksamkeit aller *bona-fide*-Behandlungsansätze hin (Bioy & Bachelart 2010: 320). Die von Rosenzweig (1936: 412) in der psychologischen Literatur eingeführte und von Luborsky (1975: 1003) popularisierte Analogie mit dem Dodo-Vogel von Alice im Wunderland kristallisiert diese Idee heraus: „*Everybody* has won and all must have prizes“ (Carroll 1869: 34). Das sogenannte „Dodo-Bird-Verdict“ – laut dem alle Mitbewerberinnen und Mitbewerber das Rennen in Carrolls Buch gewonnen haben – postuliert, dass die Wirkung aller Behandlungsansätze keine signifikanten Unterschiede aufweist, infolgedessen „gewinnen“ alle Therapieschulen (vgl. Luborsky 1975; Luborsky et al. 2002: 2).

Diese Interpretation war für lange Zeit in der Wissenschaft vorherrschend, löste allerdings auch heftige Kontroversen aus. Die Kritik richtet sich primär gegen die Behauptung, dass alle Therapiearten bei allen Störungen gleich wirksam seien; demzufolge erfolge die

Behandlung spezifischer Störungen durch nicht-spezifische Ansätze (Margraf 2018: 24). In den letzten Jahrzehnten wurde der Frage der Anwendungsspezifität in der Forschung vermehrt Aufmerksamkeit gewidmet: Könnte die Anwendung einer spezifischen Behandlung einer Person bei der Bewältigung ihres seelischen Problems ein besseres Behandlungsergebnis ergeben? Bei bestimmten psychischen Störungen – wie etwa Angststörungen, Essstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen – konnte eine störungsspezifische Intervention mit einer höheren Erfolgsquote assoziiert werden (Petot 2002: 193; Strauß & Wittmann 2012: 143).

Andererseits untermauern eine beträchtliche Anzahl von Studien die allgemeine Validität des „Dodo-Bird-Verdicts“ (auch bekannt als die „Äquivalenzhypothese“). Forschende haben außerdem die Existenz von schulenübergreifenden Wirkfaktoren dokumentiert, die zur Bekräftigung der relativen Äquivalenz der unterschiedlichen Therapieformen beitragen (vgl. Strauß & Wittmann 2012: 142f.). Petot (2002: 192) postuliert, dass die Effizienz der Psychotherapie nicht auf die Spezifität der Behandlungsmethode, sondern vielmehr auf ihren Gemeinsamkeiten beruht. Ein weiteres Argument zugunsten der Gültigkeit des Dodo-Verdikts ist der in zahlreichen Metastudien dokumentierte geringe Einfluss des Einsatzes einer bestimmten Behandlungsmethode oder eines spezifischen Ansatzes auf den Therapieerfolg – der lediglich zehn Prozent der Ergebnisvarianz zugerechnet wird (Strauß & Wittmann 2012: 143).

Obwohl die Dissonanzen zwischen allgemeinen und störungsspezifischen Wirkfaktoren in der Psychologie andauern mögen, sind diese zwei Perspektiven nicht zwangsläufig antinomisch und können durchaus komplementär in der Therapielandschaft eingesetzt werden (vgl. *ibid.*: 144).

Über den (Denk-)Schulenwettstreit bezüglich der Wirksamkeit der unterschiedlichen therapeutischen Einsätze hinaus fallen weitere Wirkkomponente ins Gewicht. Wie in diesem Kapitel bereits ausgeführt (siehe 2.1.2. Therapeutische Allianz), spielt die Qualität der therapeutischen Allianz eine Schlüsselrolle für den Behandlungserfolg (Senf et al. 2012: 107). Des Weiteren üben patientenbezogene Variablen einen erheblichen Einfluss auf die Ko-Konstruktion der therapeutischen Beziehung und auf das Therapieergebnis aus: Die individuellen Charakteristika der Patientin oder des Patienten bzw. die Art und Komplexität des Krankheitsbildes, die Therapiemotivation, der Grad des Engagements und die Persönlichkeitsmerkmale der oder des Betroffenen wirken sich auf die Wirksamkeit und Gestaltung der Therapie aus (vgl. Petot 2002: 193; Zarbock et al. 2022).

2.2.3. Der Weg des Pluralismus

Im Zuge der Entwicklung der Psychotherapie wurden eine Myriade therapeutischer Behandlungen und Methoden ins Leben gerufen. Historisch betrachtet strebte jede Therapieströmung nach der Ausarbeitung von Bewältigungsmethoden für die gesamte Bandbreite psychischer Störungen, was neben der Entstehung neuer Strömungen zur bunten Vielfalt der Therapielandschaft geführt hat (Senf & Broda 2012b: 4). Somit steht Therapeut:innen ein breites Inventarium an Methoden zur Behandlung der seelischen Verwundungen zur Verfügung.

Bereits im Jahr 1975 stellte Strotzka (1975: 5) fest, dass je nach Intention und im Rahmen der Therapie angestrebtes Behandlungsziel ein auf die Bedürfnisse der behandelten Person zugeschnittener Ansatz auszuwählen sei. Wie bereits dargestellt wurde, erweist sich eine differenzielle Indikation in manchen Fällen als effektiver; allerdings stehen die zu Grunde liegenden Vorgehensweisen der verschiedenen Therapieschulen trotz deren theoretischen Diskrepanzen sehr nah (Strauß & Wittmann 2012: 143f.). Angesichts der Ähnlichkeiten der therapeutischen Prozesse quer durch die unterschiedlichen Therapieausrichtungen wäre es kontraproduktiv, für „illusionäre Frontlinien“ zwischen den Grundmodellen zu kämpfen (Hartmann-Kottek 2021: 92; Senf & Broda 2012b: 4). Vielmehr sollte man nach Petot (2002: 197) eine schulübergreifende Perspektive annehmen, um die individuellen Spezifika der Beschwerden der Behandelten gerecht zu werden. Des Weiteren akzentuiert Petot (ibid.: 199) die Relevanz der Bestimmung der Interventionsform, die der Reifungsebene der Patient:innen im Laufe der Therapie entsprechen sollte.

In den letzten Dekaden sind mehrere theoretischen Strömungen auf dem Weg zum therapeutischen Pluralismus entstanden. Exemplarisch sei der Eklektismus genannt, der die Fesseln der klassischen Denkmodelle entbindet und sich von ihrem theoretischen Rahmen löst. Eklektische Therapeut:innen qualifizieren sich in mehreren Therapieformen, kombinieren diese in ihrer therapeutischen Arbeit und wählen aus ihrem Erfahrungsschatz die in ihren Augen am besten geeigneten Behandlungsansätze für ihren Klient:innen aus (Grawe & Caspar 2012: 33). In ihrem Artikel über eine Metatheorie plädiert Chiland (2012: 358) für eine Erweiterung des technischen Horizontes der Therapeut:innen, auf der anderen Seite stellt sie gleichzeitig die Unmöglichkeit fest, wie ein Chamäleon zwischen allen Farben der therapeutischen Palette zu jonglieren. Grawe und Caspar (2012: 33) fügen außerdem hinzu, dass der technische Eklektismus eine Bereicherung des therapeutischen Instrumentariums konstituiert mag, merken

dennoch an, dass das theoretische Gerüst und Bindeglied zwischen den Behandlungsmethoden fehlt.

Um diese Lücke zu schließen, wurden integrative Ansätze entwickelt, die entweder darauf abzielen, theoretische schulenübergreifende Prinzipien zu vereinen oder die allgemeinen Wirkprinzipien aller Therapierichtungen aufzudecken. Diese neuen Tendenzen erfreuen sich in den letzten Jahren einer wachsenden Akzeptanz in der Forschung und manifestieren sich jeweils durch die Strömung der integrativen Psychotherapie und der allgemeinen Psychotherapie (Kriz 2012: 31f.; Maderthaner 2021: 430f.). Ferner bestätigen die Erkenntnisse aus der Neurowissenschaft und aus der psychologischen Forschung den Nutzen eines allgemeinen therapeutischen Ansatzes, der auf allgemeine Wirkfaktoren in der Psychotherapie beruht (Grawe & Caspar 2012: 46). Infolgedessen gilt es, Brücken zwischen den verschiedenen Therapieformen zu bauen, sie ergänzend und synergetisch zu nutzen, um eine maßgeschneiderte Therapie anbieten zu können (vgl. *ibid.* ; Hartmann-Kottek 2021).

2.2.4. Somatic Experiencing

Nach der Darlegung der etablierten Grundorientierungen im therapeutischen Bereich widmet sich dieser Unterabschnitt der Therapieform des *Somatic Experiencing*, die in der im Rahmen der vorliegenden Arbeit analysierten Dolmetschsituation angewandt wird.

Auch im Bereich der Traumatherapie lohnt es sich, über etablierte Ansätze hinauszublicken und die gesamte Variationsbreite therapeutischer Verfahren in Betracht zu ziehen. Abseits der Grundströmungen der Psychotherapie hat der Biophysiker und Psychologe Peter Levine eine Methode zur Auflösung von Traumata namens *Somatic Experiencing* ausgearbeitet (Ergos Institute o. J.). Diese vor 50 Jahren gegründete körperorientierte Therapie gehört nicht zu den in Österreich anerkannten Therapieformen (Öffentliche Gesundheitsportal Österreichs 2019). Hartmann-Kottek (2021: 21) stellt allgemein fest, dass trotz der Wirksamkeit und der langen Verwurzelung von Körpertherapien in der Psychologie⁷ diesen wenig Anerkennung zuteilwird; Somatic Experiencing stellt in dieser Hinsicht keine Ausnahme dar.

⁷ „Das Verhältnis zwischen Leiblichem und Seelischem (beim Tier wie beim Menschen) ist eines der Wechselwirkung, aber die andere Seite dieses Verhältnisses, die Wirkung des Seelischen auf den Körper, fand in früheren Zeiten wenig Gnade vor den Augen der Ärzte. Sie schienen es zu scheuen, dem Seelenleben eine gewisse Selbstständigkeit einzuräumen, als ob sie damit den Boden der Wissenschaftlichkeit verlassen würden.“ (Freud 1937: 134)

Die von der American Psychological Association oben angeführte Definition der Psyche (siehe 2.1.1. Begriffsbestimmung der Psychotherapie) zieht eine klare Trennlinie zwischen Körper und Psyche. Diese Sichtweise vertritt einen starken Dualismus in der Fragestellung über den Zusammenhang zwischen Körper und Seele. Das Leib-Seele-Problem ist Objekt philosophischer Debatten seit Anbeginn der Menschheit; in der Psychologie ist die Auffassung der oder des Behandelnden hinsichtlich dieser metaphysischen Fragestellung nicht unbedeutsam und kann sich auf den gewählten Behandlungsansatz auswirken (Maderthaner 2021: 40). In dieser Hinsicht betrachtet Somatic Experiencing Psyche und Soma als untrennbare in Wechselwirkung stehende Teile des Seins (Levine 2010: 133f., 356). In seinem Vorwort zum Buch *Trauma and Memory* von Levine verdeutlicht van der Kolk (2015: xiv) diese enge Verbindung: „The brain is programmed by mental experiences that are expressed in the body. Emotions are communicated in facial expressions and body postures.“

Levine (2015: xxi) wirft herkömmlichen Therapieformen vor, die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen auf Gehirn- und Körperfunktionen nur unzureichend zu berücksichtigen, und folglich lediglich eine partielle Behandlung von psychischen Störungen zu gewährleisten. Er führt weiter aus, dass traumatische Erinnerungen, die für uns verbal oder bewusst zugänglich sind, „only the proverbial tip of a very deep and mighty iceberg“ darstellen (ibid.: xxii). Um das Kern des Traumas erreichen zu können, sollte dessen Multidimensionalität, sprich die in der Psyche und im Körper eingebrannten Spuren der Traumaerfahrung adressiert werden. Erst dann kann der unsichtbare bzw. unaussprechliche Teil des Eisberges ans Licht kommen (siehe 4. Trauma und Sprache).

Somatic Experiencing stützt sich auf den aus der Verhaltensforschung gewonnenen Erkenntnissen zur „tonischen Immobilität“ in der Tierwelt sowie auf der neurowissenschaftlichen Forschung über das Nervensystem und die Gehirnstruktur (vgl. Furrer & Burr 2021: 15; Levine 2010). Ausgehend von der Annahme, dass traumatische Erlebnisse nicht nur tiefe Spuren in der Psyche, sondern auch im Somatischen hinterlassen, zielt Somatic Experiencing darauf ab, die selbstregulatorischen Mechanismen des Körpers zu aktivieren, um posttraumatische Abwehrreaktionen und -Stress aufzulösen und den Weg zur Resilienz zu ebnen (Ergos Institute o. J.).

Um diesen Transformationsprozess einzuleiten, bietet Levine (2010: 74f.) Therapeut:innen einen Leitfaden an, welcher neun Grundsteine⁸ umfasst – die nachfolgend beschriebenen Etappen sind aufeinander aufbauend, konstituieren jedoch keine strikte Reihenfolge.

1. Aufbau eines Sicherheits- und Vertrauensraums.
2. Unterstützung bei der ersten Erforschung und Annahme von Körperempfindungen.
3. „Pendeln“ und Halten: Zwischen Wohlbefinden und Unbehagen, sicherem Hafen und Hilflosigkeit hin und her pendeln. Durch die Alternanz von angenehmen und unangenehmen Empfindungen wird die Integration des Erlebten gefördert, die Tür der Veränderung geöffnet, und ein Weg zur „Wiedergefundenen Zeit“ in der Zeitlosigkeit der Erstarrung geebnet.
4. „Titrisation“: Um die oder der KlientIn vor der Überwältigung oder Retraumatisierung zu schützen, gilt es „tropfenweise“ mit den vom Trauma ausgelösten Empfindungen und Abwehrreaktionen in Berührung zu kommen. Diese progressive Vorgehensweise sorgt für wachsende Stabilität, Resilienz und Struktur.
5. Schaffung einer ausgleichenden Erfahrung: Der aus der Unmöglichkeit, sich zu Wehr zu setzen, resultierende Hilflosigkeitszustand mit der Wiederherstellung von aktiven Abwehrreaktionen kontern.
6. Abkoppelung der Angst- oder Hilflosigkeitsgefühl von der biologisch induzierten Immobilitätsreaktion angesichts einer lebensbedrohlichen Situation.
7. Befreiung des Überregungszustands durch die Entladung und Umverteilung der gewaltigen Überlebensenergie, die angesichts einer akuten Gefahr erzeugt wird.
8. Aktivierung der Fähigkeit zur Selbstregulation und Wiederherstellung des dynamischen Gleichgewichts – zwischen dem Übererregtheits- und Gleichgewichtszustand pendeln. Dieser fließende Wechsel ermöglicht die Entstehung einer „entspannten Wachsamkeit“, die zum Aufbau der Resilienz und des inneren sicheren Bodens beiträgt.
9. Orientierung im Hier und Jetzt: Therapeut:innen helfen den Klient:innen dabei, den Weg zum Hier und Jetzt zurückzufinden, und Verankerung in der Gegenwart zu

⁸ Levine liefert eine ausführlichere Schilderung der Wirkprinzipien von Somatic Experiencing im 5. Kapitel „From Paralysis to Transformation“ seines Buches *In an Unspoken Voice* (2010: 73–95).

finden. Mit der Entfaltung des neuen Lebensgefühls wird die Wiedererlangung der Fähigkeit möglich, Verknüpfungen mit dem (sozialen) Umfeld aufzunehmen.

Auf Grundlage dieser Grundsteine erfolgt eine neue Verhandlung des Traumas. Zentraler Aspekt dieses Transformationsprozesses ist die Arbeit mit den Körperempfindungen der Patientin oder des Patienten, um die „unspoken voice“ des Körpers zu lauschen (Levine 2010: 9).

3. Trauma

Mit der Schilderung des in der vorliegenden Arbeit vorkommenden therapeutischen Zugangs wird bereits die Welt des Traumas durchschritten. Die Folgestörungen von posttraumatischen Belastungsstörungen oder Stress stellen eine komplexe Architektur dar, die die Betroffenen in der Festung der Erstarrung gefangen hält. Beruhend auf Erkenntnissen aus der Neurowissenschaft, der Trauma- und der Verhaltensforschung möchte dieses Kapitel zu einem tiefergehenden Verständnis von Traumata in der Dolmetschwissenschaft und zur Erfassung der Multidimensionalität der in der analysierten Videoaufnahme zu sehenden posttraumatischen Reaktion der Patientin beitragen.

3.1. Zahlen des Schreckens

Im Laufe seines Lebens wird ein Individuum verschiedenen Stressoren ausgesetzt, desgleichen bleibt den meisten Biographien die Konfrontation mit einer akuten Stress- oder Belastungserfahrung nicht ausgespart – sei es aufgrund von Natur- oder von *human-made*-Katastrophen (Pausch & Matten 2018: 4). Eine 2013 durchgeführte Studie (Kilpatrick et al. 2013: 537) ergab, dass 89,7 % der Erwachsenen in den USA traumatischen Ereignissen ausgesetzt sind; in einer weiteren großangelegten epidemiologischen Studie über die Prävalenz von Traumata gelangten Benjet et al. (2016: 332) zur folgenden Schlussfolgerung: 70 % der erwachsenen Weltbevölkerung werden im Laufe ihres Lebens mit einem traumatisierenden Ereignis konfrontiert. Im Vergleich zu dieser hohen Prävalenz fällt der Prozentsatz der posttraumatischen Belastungsstörungen in der US-Bevölkerung mit einer Lebenszeitprävalenz von 8 % (Kessler et al. 1996: 1052) geringer aus. Einer jüngeren Studie (Maercker et al. 2008: 577ff.) zufolge verzeichnen europäische Länder eine geringere Einmonatsprävalenzrate, die je nach Land zwischen 1,5 bis 5% schwankt und sich in Deutschland auf 2,7 % beläuft. Trotz dieser niedrigen Werte ist anzumerken, dass die gefundenen Prävalenzunterschiede zwischen europäischen Ländern und den USA teilweise auf den untersuchten Zeitraum zurückzuführen sind: Zieht man die Lebenszeitprävalenz in Betracht, würde die Häufigkeit in Europa dementsprechend höher ausfallen (ibid.: 585). In anderen Weltregionen, insbesondere in kriegsbetroffenen Gebieten, steigt die Prävalenzrate deutlich an – ganz zu schweigen von der Dunkelziffer, die weitaus höher sein dürfte.

Wie erklärt man die Diskrepanz zwischen der Prävalenz von traumatischen Ereignissen und der Entwicklung von posttraumatischen Belastungsstörungen? Wie Statistiken belegen,

führt das Erleben einer traumatischen Situation nicht zwangsläufig zur Traumatisierung eines Individuums. Dabei ist nicht der Schweregrad des Ereignisses, sondern die Überwältigung der Schutzmechanismen unserer Psyche ausschlaggebend (Wickert & Mayrhofer 2021: 1). Die in der kollektiven Vorstellungswelt verankerten Bilder von Trauma auslösenden Erlebnissen wie etwa Krieg, Naturkatastrophen und Folter stellen trotz ihrer Grausamkeit nur einen Bruchteil der Ursachen von psychischen Störungen dar. Kriegsgräuel und zwischenmenschliche Gewalt in einer Partnerschaft können ebenfalls zu Traumafolgenstörungen führen; außerdem sind „banalere“ Situationen wie u.a. der abrupte Tod eines Familienmitglieds, der Schock eines Unfalls, ein chirurgischer Eingriff oder Misshandlungen Erlebnisse, die unsere Psyche aus dem Gleichgewicht bringen können (Howard et al. 2024: 58f.; Joseph 2015: 20). Die Assoziation mit dem Grauen kreiert das Bild, Trauma sei eine weit entfernte Realität, die einem nicht widerfahren kann. Dabei vergisst man die facettenreichen Gesichter des Traumas.

3.2. Trauma: Verletzung der Seele

Zu der vielfältigen Natur der überwältigenden Erlebnisse, die ein Trauma hervorrufen können, kommt hinzu, dass die Entstehung eines Traumas nicht kongruent mit dem Auftritt eines traumatischen Ereignisses ist (Fischer und Riedesser 2023: 67). Um die Realität des Traumas zu verstehen, ist ein Einblick in die für die Entstehung einer psychischen Verletzung zugrundeliegenden Mechanismen aufschlussreich.

3.2.1. Definition

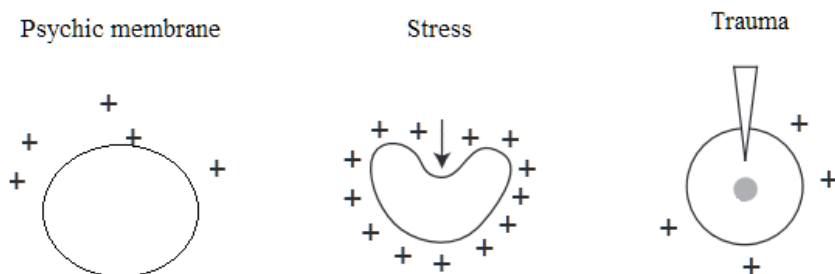
Trauma ist ursprünglich ein aus der Medizin stammender Begriff und bezeichnet eine „Läsion von Gewebe durch mechanische Gewalteinwirkung“ (Sack 2017: 244). Übertragen in die psychische Dimension definieren Fischer und Riedesser (2023: 88) eine traumatische Erfahrung folgendermaßen: Ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“. Diese Definition situiert die Ursache eines seelischen Traumas in der Überforderung unserer Schutzmechanismen und in der daraus folgenden Erschütterung und Hilflosigkeit, ohne das Ereignis als *prima causa* zu nennen.

3.2.2. Traumatischer Einbruch

Ein Blick in die Grundlagenwerke der Psychologie veranschaulicht, wie die Abwehrmechanismen unserer Psyche außer Gefecht gesetzt werden und wie eine seelische Wunde zugefügt wird.

Nach dem Vater der Psychoanalyse schützt eine Membran unser psychisches System vor den Reizen der Außenwelt (Freud 1920/1998: 26ff.). Diese äußere Schicht der Großhirnrinde verringert die Intensität der eingehenden Erregungen, woraufhin eine zweite Schicht, die innere reizaufnehmende Schicht, diese externen Stimuli verarbeitet. Manche Erlebnisse können dieses Filtersystem jedoch gefährden: Schwerwiegende Schreckerlebnisse erzeugen eine nicht assimilierbare Reizmenge, die den Schutzschild durchdringen kann; kann die äußere Schicht dieser ankommenden Reizüberflutung nicht Stand halten, entsteht eine Verletzung des Reizschutzes, die wir Trauma nennen (ibid.: 29). Der Einbruch in unserem psychischen Apparat ist so plötzlich, dass die Fähigkeit, das Geschehen zu begreifen und logisch einzuordnen, überschritten wird, und unser Organismus jede verfügbare Energie mobilisiert, um den chaotischen Zustrom von Reizen einzudämmen – auf Kosten von anderen Hirnfunktionen, die entweder gelähmt oder herabgesetzt werden (Fletcher 2013: 298).

Lebigot (2011: 10f.) illustriert Freuds Theorie mit folgenden Diagrammen:



1. Abbildung – Bildliche Darstellung des Traumatischen Einbruchs

Einerseits lässt sich aus dieser bildlichen Darstellung herauszulesen, dass der psychische Apparat gegen eine Stressbelastung mit der Sammlung von Energie reagiert (die + Zeichen im Diagramm), um den Auswirkungen des Stressors entgegenzuwirken (Freud 1920/1998, 30f.). Andererseits deutet die dritte Abbildung auf die Unfähigkeit der äußeren Membran hin, im Falle eines Traumas ihre Schutzfunktion zu erfüllen. Wie gelähmt durch die Überflutung von externen Stimuli ist diese Schutzmembran nicht mehr in der Lage, sich gegen den von der Außenwelt kommenden Angriff zu verteidigen.

Die durch das Trauma entstandene Bruchstelle evoziert die Semantik des Begriffs „Trauma“ in der Medizin und dessen indogermanische Wurzel *tere*, die sich in die deutsche Sprache durch „reiben“ oder „bohren“ übersetzen lässt. Im Lichte dieser etymologischen Erkenntnis lässt sich eine Analogie zwischen den körperlichen und seelischen Verletzungen bilden: Die unmittelbare traumatische Erfahrung ist wie eine Nadel, die die Oberfläche der Schutzmembran der Psyche durchbohrt (Ataria et al. 2016: 165; Roisin 2010: 14).

Freuds Theorie über die Entstehung von seelischen Verletzungen hat eine immense Bedeutung für die Entwicklung der Psychologie und trug zu einem besseren Verständnis der Überforderung der Psyche bei. Dank dieser Pionierarbeit wurde der Weg zur Traumaforschung geebnet, allerdings erweisen sich neue Erkenntnisse aus der Neurowissenschaft als wertvolle Ergänzungen dieser Grundannahme. Überdies ist zu bedenken, dass posttraumatische Belastungsstörungen nicht nur eine psychische Dimension besitzen: Sie sind in den Körper eingeebrannt.

3.2.3. Anatomie des Traumas

Unter akutem Stress kollabieren die Funktionen des Thalamus, infolgedessen können die eingehenden Sinneswahrnehmungen nicht logisch eingeordnet und verarbeitet werden (vgl. van der Kolk 2014: 61). Akustische, visuelle, olfaktorische und kinästhetische Eindrücke werden als voneinander dissoziierte Fragmente gespeichert; darüber hinaus kommt es zu einer Dysregulation der Emotions- und Gedächtnisverarbeitungsprozesse, wodurch das Erlebte nicht wie üblich als Erinnerung in das autobiographische Narrativ integriert werden kann (Fischer & Riedesser 2023: 97; Piefke & Markowitsch 2009: 14).

Aufgrund dieser neu einströmenden sensorischen Informationen evaluiert die Amygdala, ob unser Überleben in Gefahr ist: Entdeckt sie eine akute Bedrohung, sendet sie Signale an Hypothalamus und Hirnstamm aus, die zur Ausschüttung von Adrenalin und Stresshormonen angeregt werden. Dies löst eine Kampf-oder-Flucht-Reaktion aus, um der Bedrohung zu begegnen: Der Körper ist entweder bereit, zu kämpfen oder zu fliehen (van der Kolk 2014: 60f.). Falls diese aktiven Abwehrreaktionen die Gefahr nicht beseitigen können oder verhindert werden, hält der Organismus im Reptilienhirn eine *ultima ratio* bereit: die Erstarrungsreaktion bzw. der Totstellreflex (vgl. Levine 2010: 100). Diese instinktive Überlebensstrategie ist in der Tierwelt zu beobachten, wenn der Tod unausweichlich scheint – wie bei einer Maus, die in den Pfoten einer Katze gefangen ist. Das autonome Nervensystem der Maus wird herabgesetzt: Der Herzschlag verlangsamt sich, der Blutdruck und die Körpertemperatur sinken, die

Muskeln versteifen (Hartmann-Kottek 2021: 106). Dieser kataleptische Schock ermöglicht es, das Unerträgliche durch die aus der Ausschüttung von Endorphinen resultierende Betäubung von Schmerz und die Versetzung in einen Lähmungszustand zu überstehen (Levine 2010: 50). Folglich kann das Phänomen der „Dissoziation“ auftreten: In Todesnähe dissoziiert sich die Wahrnehmung vom Gedächtnis, das Bewusstsein vom Körper, und das traumatische Erlebnis wird von außen erlebt – „[s]uch distancing [...] helps to make the unbearable bearable“ (ibid.).

Bessel van der Kolk (2014: 85) postuliert: „immobilization is at the root of most traumas“, während Peter Levine (2010: 52) eine abweichende Auffassung vertritt: „Although the states of immobilization and dissociation [...] are dramatic, they do not necessarily lead to trauma.“ Levine erläutert, dass die Essenz von Traumata mit langanhaltenden Folgen nicht nur in der Immobilität, sondern auch in der Furcht und dem Gefangenseingefühl liegt. Er stützt sich bei seiner Argumentation auf aus der Verhaltensforschung stammende Studien über die tonische Immobilität in der Tierwelt: Die Reaktion der „Schreckstarre“ ist in der Tierwelt zeitlich begrenzt, es sei denn, das Opfer erfährt eine existenzielle Angst und seine Bewegungen werden eingeschränkt (ibid.: 54f.).

3.2.4. Aus der Starre hervorkommen

Abseits von diesen unterschiedlichen Auffassungen herrscht Einigkeit über die Notwendigkeit der Freisetzung der vom autonomen Nervensystem zur Beseitigung der Bedrohung gespeicherten Energie, um das innere Gleichgewicht wiederherzustellen (ibid.: 91f.) – Körper und Psyche mobilisieren über die Aktivierung des Sympathikus jegliche verfügbare Energie, um das Überleben zu sichern (Pausch & Matten 2018: 16f.). Die Entladung dieser „Überlebensenergie“ durch instinktive ausgleichende Körperreaktionen wie Zittern und Beben ist ein gesunder evolutionärer Mechanismus, um sich aus dem durch die traumatische Situation verursachten psychischen Übererregungszustand zu lösen (Levine 2010: 92).

Anhand des bereits angeführten Beispiels der Maus, die in den Pfoten der Katze gefangen bleibt, wird diese überlebenswichtige Reaktion veranschaulicht: Das Reptilienhirn der Maus wird angesichts der unmittelbar bestehenden tödlichen Gefahr und der Verhinderung jeglicher Fluchtmöglichkeit den „Totstellreflex“ aktivieren und die Maus erstarrt. Die Katze ist nicht mehr an dieser regungslosen Beute interessiert und lässt sie nach einiger Zeit frei. Die Maus schreckt plötzlich aus der Taubheit auf und beginnt in einem Ausbruch von Energie orientierungslos herumzulaufen (ibid.: 88f.). Dasselbe Phänomen tritt in einem geringen Ausmaß

beim Menschen auf, wenn die im Zuge der Schreckstarre erzeugte „Überlebensenergie“ freigesetzt wird (ibid.: 17). Kann der Organismus diese Energie jedoch nicht entladen, wird die Zange des traumatischen Entsetzens ihren Griff nicht lösen: Das limbische System wird weiterhin Alarmsignale senden und Stresshormone zur Eliminierung einer nicht mehr existierenden Bedrohung ausschütten, die den Körper und den Geist immer noch fesseln. Dieser „verkörperte Schrecken“ führt schlussendlich zur Entwicklung von posttraumatischen Belastungsstörungen (van der Kolk 2014: 30, 217ff.).

3.3. Geburtsstunde des Traumas

Obschon traumatische Ereignisse und ihre psychischen wie somatischen Folgen bereits früh dokumentiert wurden, ist das Konzept des Traumas in seiner heutigen Gestalt erst gegen Ende des 20. Jahrhunderts entstanden. Dennoch wirken die im Laufe der Geschichte kolportierten Bilder teilweise in der kollektiven Vorstellungskraft nach.

3.3.1. Namenloser Schrecken

Eine der ersten Schilderungen einer traumatischen Erfahrung geht auf das achte Jahrhundert vor Christus zurück. In der Ilias beschrieb Homer die seelische Verwüstung von Achilles, als er vom Tod seines Adoptivbruders Patroklos erfuhr (Shay 1995: 49). Jahrhunderte später dokumentierte Hippokrates (ca. 460-370 vor Christus) chronische Albträume bei Soldaten – der Krieg war zu Ende, aber dessen Schrecken suchte die Kämpfer andauernd heim (Crocq & Crocq 2000: 48). Seitdem wurde in der Literatur das Auftreten von psychischen Störungen infolge eines schreckenerregenden Ereignisses mehrmals festgehalten, doch diese Folgeerscheinungen wurden erst im siebzehnten Jahrhundert unter dem Namen „Nostalgia“ in die medizinische Terminologie eingeführt (Klingler 2018: 718).

Während der Napoleonischen Kriege berichteten Ärzte, dass einige von einer Kanonenkugel gestreifte Soldaten an dem „*vent du boulet*“-Syndrom litten: Diese Männer legten ein merkwürdiges Verhalten an den Tag – sie waren gelähmt, sprachlos und irrten ziellos auf dem Schlachtfeld umher (Tatu & Bogousslavsky 2016: 137). Die Psychologie steckte damals noch in den Kinderschuhen.

Im zwanzigsten Jahrhundert wurde psychologischen Problemen infolge der beiden Weltkriege und des Vietnamkriegs vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt, auch wenn dieser

Bereich der Medizin bei vielen verpönt war, wie etwa bei Winston Churchill (1951: 815), dessen Kommentar über Psychiater aussagekräftig ist:

I am sure it would be sensible to restrict as much as possible the work of these gentlemen [psychologists and psychiatrists] ... it is very wrong to disturb large numbers of healthy normal men and women by asking the kind of odd questions in which the psychiatrists specialize.

Ein Grundsatz der Militärpsychiatrie und Kriegspsychologie besagte, dass an der Front stationierte Ärzte und Psychiater Soldaten davon überzeugen sollten, die mit der Kriegsneurose verbundenen Symptome seien leicht überwindbar und eine bloße Manifestation der „Willensschwäche“. Die damals kursierenden Bezeichnungen der Symptombildung dienten ebenfalls der Verharmlosung jeglicher Art von psychischem Leiden: Während des Ersten Weltkriegs lautete die offizielle Diagnose für psychische Störungsbilder „Kriegsneurose“, „Kriegszittern“ oder „shell shock“. Es wurde davon ausgegangen, dass Granatexplosionen mikroskopisch kleine Hirnblutungen verursachen, die zu einem emotionalen Zusammenbruch führen (Hunt 2010: 20; Köhne 2015). Überdies bevorzugten zahlreiche britische und amerikanische Psychiater den neutraleren Begriff „NYDNs“ (not yet diagnosed nervous), um jeglichen Hinweis auf eine psychische Erkrankung oder Hirnverletzung auszuschließen. Trotz der Dokumentierung von seuchenartig auftretenden Lähmungserscheinungen, Sprachstörungen und Panikattacken bei Soldaten wurde die Existenz von „shell shock“ auch am Ende des Krieges noch weitgehend in Frage gestellt (Dodman 2015: 52ff.).

In Friedenszeiten schienen die infolge des Krieges entstandenen posttraumatischen Störungen der Vergessenheit anheimzufallen und die Betroffenen waren sich selbst überlassen im alltäglichen Kampf um die Bewältigung ihrer traumatischen Erfahrung. Nach dem Ersten Weltkrieg wurde das Konzept der Kriegsneurose aus der Psychiatrie gestrichen. Ein beträchtlicher Teil der Behandelnden waren der Ansicht, dass Soldaten aufhören würden, „subconscious malingering“ Symptome vorzutäuschen, wenn sie aus dem Krieg zurückkehren (Hunt 2010: 22). Aber für viele hatte der Schrecken kein Ende, und tausende Veteranen wurden dauerhaft in psychiatrische Einrichtungen eingewiesen.

Im Zweiten Weltkrieg erweiterte sich die Nomenklatur um die Bezeichnungen „combat fatigue“ und „combat exhaustion“ – diese zwei Begriffe standen weiterhin im Zeichen des politisch motivierten Euphemismus und „conveyed the least implication of mental disturbance“ (Jones et al. 1995: 156). Diese Verharmlosungsstrategie verfolgte den Zweck, Soldaten wieder auf den Einsatz an der Front vorzubereiten: Die „militärärztliche Kunst“ bestand darin, die „Kriegsbrauchbarkeit“ wiederherzustellen, und die Kosten der Kriegsrenten so niedrig wie

möglich zu halten (Köhne 2015: 15). All dies geschah zum Leidwesen der Psychiater, die die zerbrochene Psyche der Soldaten rasch „heilen“ mussten, damit sich diese gerade ausreichend erholten, um ihre Pflicht wieder erfüllen zu können. Obschon traumatische Erfahrungen dauerhafte seelische Narben hinterlassen, wurden damals nur Übergangslösungen für die Betreuung von Soldaten eingesetzt (Herman 1992: 36).

Der Vietnamkrieg markiert einen Wendepunkt in der Psychiatrie. Die aus dem Ersten und Zweiten Weltkrieg erworbene Erfahrung im Bereich der psychologischen Betreuung wurde in die Praxis umgesetzt, was zur Verringerung der Prävalenz von akuten psychischen Störungen führte. Dennoch entwickelte trotz der Erhaltung von psychologischer Unterstützung fast ein Viertel der Vietnam-Veteranen posttraumatische Belastungsstörungen (Crocq & Crocq 2000: 53).

Im Gegensatz zu den vergangenen Konflikten geriet die Causa der seelischen Wunden nach dem Vietnamkrieg nicht in Vergessenheit. Dank eines Plädoyers von Vietnamveteranen und des Engagements von zwei Psychoanalytikern, Chaim Shatan und Robert Jay Lifton, kreierte die American Psychiatric Association 1980 schließlich eine neue Diagnose, um die psychischen Folgestörungen der Grauen des Krieges zu beschreiben, die sogenannte „posttraumatische Belastungsstörung“ – PTBS (Di Vittorio 2014: 112; Herman 1992: 37). Die neu eingeführte Diagnose erfasste ursprünglich lediglich Kriegstraumata, bald wurde aber anerkannt, dass die Realität des Traumas weit über die Grenzen des Schlachtfelds hinausgeht. Nach und nach bemerkten Psychiater ähnliche Symptome bei Zivilisten, die körperliche Misshandlungen erlitten hatten (interfamiliäre und sexualisierte Gewalt), was schließlich zur Anerkennung von PTBS im zivilen Leben führte (Joseph 2015: 31): „For many people the war begins at home“ (van der Kolk 2014: 20).

3.3.2. Die Anfänge der Traumabehandlung

Vor dem Ende des Ersten Weltkriegs herrschte die weit verbreitete Annahme vor, dass der Ursprung posttraumatischer Belastungsstörungen in körperlichen Verletzungen oder in der Willensschwäche der Betroffenen zu verorten wäre. Folglich war es in den Kriegspraktiken nicht unüblich, Soldaten, die auf dem Schlachtfeld psychisch zusammenbrachen, hinzurichten, da „cowardice“ mit der Todesstrafe belohnt wurde – im Vereinigten Königreich erfolgte die Abschaffung dieser Praxis erst im Jahre 1918 (Hunt 2010: 18).

Vor diesem Hintergrund scheint es wenig überraschend, dass Soldaten ihre psychischen Probleme nur ungern offenlegten. Diese Denkweise mündete in dramatische Folgen, die sich in den drakonischen Behandlungsansätzen des Ersten Weltkriegs niederschlugen: Statt den traumatisierten Soldaten beizubringen, mit dem Schrecken umzugehen, wurde mittels Elektrophotherapie – dem sogenannten „faradism“ – versucht, die Symptome der Kriegsneurose auszutreiben. Elektroschocks dienten nicht der Stimulierung von gelähmten Muskeln, sie wurden vielmehr als Drohung verabreicht, und so lange wiederholt, bis der Patient „geheilt“ war – mit anderen Worten, bis die Grenze des Erträglichen überschritten wurde und Soldaten ihre Symptome aus Angst unterdrückten (Hipp 2005: 32). Elektrophotherapie stellt nur eine der qualvollen militärpsychiatrischen „therapeutischen“ Ansätze dar, die damals eingesetzt wurden; allerdings befürworteten nicht alle Behandelnden diese radikalen Methoden (Rauh & Pruell 2015: 7; Seidler 2013: 8).

Selbst nach dem Vietnamkrieg und der Anerkennung der posttraumatischen Belastungsstörungen standen den Psychotherapeut:innen nur wenig Leitfäden zur Verfügung, um eine effektive Behandlung der seelischen Wunden ihrer Patient:innen zu gestalten (Crocq & Crocq 2000: 53). Trotz der neu gewonnenen Erkenntnisse in der psychotherapeutischen Forschung wurden intrusive Erinnerungen in den 1970er- und 1980er-Jahren als Halluzinationen betrachtet und Inzestgeschichten in Psychiatrie-Lehrbüchern trivialisiert: „such incestuous activity diminishes the subject’s chance of psychosis and allows for a better adjustment to the external world“ (Freedman et al. 1972; zitiert in van der Kolk 2002: 20).

Viele Therapeut:innen traten in die Fußstapfen von Freud und waren der festen Überzeugung, dass das Reden allein bzw. die „talking cure“ Traumata heilen kann (Senf & Broda 2007: 2). Demgegenüber steht die körperorientierte therapeutische Auffassung, dass die Aufforderung, das Erlebte in Worte zu fassen, ohne die Etablierung eines – körperlichen und interpersonellen – Sicherheitsgefühls und die nötige Distanz zu dem erlebten Schrecken, möglicherweise mehr Schaden als Nutzen bringt (van der Kolk 2014: 231). Das Gebot der Gesprächskur – sprich das Verbalisieren der inneren Wirklichkeit – rief das traumatische Erlebnis hervor, Traumaüberlebende wurden des Öfteren entweder von bruchstückhaften Erinnerungen überwältigt, oder entwickelten ein von ihrem Empfinden entkoppeltes Narrativ aufgrund des fehlenden Zugangs zum Erlebten, als ob die traumatische Situation jemand anderem passiert wäre (Welz 2017: 421).

Die in der Gesprächstherapie geforderte abrupte emotionale Katharsis, die mit dem Wiedererleben des Traumas zusammenhängt, brachte nicht selten als traurige Begleiterscheinung

das vermehrte Auftreten von Flashbacks und sogar die Retraumatisierung von Patient:innen mit sich. Interessanterweise hat sich diese Praxis in der modernen Psychologie häufig durchgesetzt, ohne den Aufbau einer „Insel der Sicherheit“ zu gewährleisten (Feinbier 2015: 17; van der Kolk 2014: 245ff.; Levine 2015: xxi).

3.4. Posttraumatische Belastungsstörung

Negative, tief einschneidende Ereignisse hinterlassen Spuren in allen Biographien – manche können uns jedoch bis ins Mark erschüttern, lassen uns wie von Medusas Blick getroffen, wie versteinert zurück. Mit der Hilfe eines unterstützenden Umfelds können die meisten Individuen einen Ausweg aus der Erstarrung finden und den Weg zur Heilung beschreiten. Für sie hat die Tragödie einen Anfang und ein Ende, das Rad der Zeit dreht sich weiter (Joseph 2015: 118).

Für andere steht die Zeit still, die zusammenhanglosen fragmentarischen Erinnerungen an das Erlebte gravieren sich in das Gedächtnis ein, ohne dass das Gehirn sie verarbeiten und einordnen kann (Davoine & Gaudillière 2004: 158; Felman & Laub 1992: 69). Wie eingefroren bleiben diese Fragmente allgegenwärtig und drängen sich immer wieder in die Lebensrealität in Form von Flashbacks: Zeitliche Grenzen verschwinden, das Hier-und-Jetzt des Traumas überkommt die Betroffenen und hält sie im Wiederleben des Schreckens und der Hilflosigkeit gefangen (Fischer & Riedesser 2023: 98): „Man erinnert sich nicht an die Lebensbedrohung, sondern erlebt sie wieder. Man erinnert sich nicht an die Angst, sondern erlebt sie wieder. Man erinnert sich nicht an den Schmerz, sondern erlebt ihn wieder.“ (Pausch & Matten 2018: 18). Das Wachrufen dieser traumatischen „eingefrorenen“ Erinnerungsbruchstücke durch innere oder äußere Trigger (*kindling*) hindert die Betroffenen daran, im Hier und Jetzt zu leben (Scaer 2005: 62f.). Die zeitlose unveränderbare Vergangenheit lebt in der Gegenwart fort (Levine 2015: 7).

Die entstandene seelische Verwundung hat die Zersplitterung der Integrität und der Wahrnehmung des Selbst zu Folge (Janoff-Bulman 1992: 61). Dieser klaffende psychische Riss weitet sich ebenfalls ins Somatische aus: Van der Kolk (2014: 89) zufolge verzeichnen Trauma-überlebende des Öfteren eine mangelnde Körperwahrnehmung. Infolge der Erstarrung und der erlebten Hilflosigkeit wird der „Körper [...] zur Gefahr, anstatt ein Zuhause zu sein“ (Durban 2020: 87). Überdies begründet van der Kolk (2014: 90) diese Abspaltung vom Körper mit der Abschaltung von für das Selbstgewahrsein zuständigen Gehirnarealen als Coping-Reaktion angesichts der vom Trauma induzierten destruktiven Furcht. Um den Schrecken in Schach zu

halten, wird das Empfinden des Selbst ausgemerzt, eine emotionale Leere entsteht und das Gefühl, lebendig zu sein, schwindet (ibid.: 90ff.).

„Where there is no body, there is nobody and no time“ (Durban 2020: 87). Die ungeheure Wucht des Traumas sprengt die Grenzen der Darstellbarkeit, zerstört das Selbst, sowie das Grund- und Weltvertrauen (Grabska 2020: 28). Viele Traumaüberlebende fühlen sich wie Tote unter den Lebenden, oder wie Primo Levi es tragischerweise aus seiner eigenen Erfahrung schildert (1990: 83): Sie haben „den tiefsten Punkt des Abgrunds“ berührt, „[w]er ihn berührt, wer das Haupt der Medusa erblickt hat, konnte nicht mehr zurückkehren, um zu berichten, oder er ist stumm geworden“. Laut Roisin (2010: 31) ist die Traumaerfahrung das Erleben (der Wirklichkeit) des Todes. Die Tiefe des Abgrunds reicht sogar über die Empfindung des Verlusts des Lebens – die repräsentierbar ist – hinaus, es ist vielmehr eine Erfahrung der totalen Zerstörung, der Vernichtung des Lebens und des Seins – für die es keine Repräsentanz gibt (Grabska 2020: 27 ff.). Roisin (2010: 23) benutzt die Metapher des schwarzen Loches, um die Realität des Traumas ins Feld des Vorstellbaren zu übertragen: Das Leben der Betroffenen wird wie von einem schwarzen Loch verschlungen; die Stärke des Gravitationsfelds des Traumas und die daraus resultierende Vernichtungsangst machen alles zunichte.

Diese innere Erschütterung spiegelt sich in einem breiten Spektrum von Symptomen wider: psychische Belastung, aufdringliche und wiederkehrende Alpträume und Flashbacks, Unsicherheitsgefühl, Hypervigilanz, Schlaflosigkeit, emotionale Taubheit, Gedächtnis- und Konzentrationsdefizite, Minderwertigkeitsgefühl, dissoziative Zustände, aggressives Verhalten, Misstrauen gegenüber anderen usw. Keine Liste vermag die gesamte Bandbreite des symptomatischen Bildes der PTBS adäquat abzubilden, da dieses von Individuum zu Individuum sowie abhängig von der Art des erlittenen Traumas variiert⁹ (Sorsoli 2007: 100f.; Dreßing & Foerster 2021: 48). Es lässt sich jedoch mit Gewissheit konstatieren, dass diese Folgeerscheinungen zu vielfältigen Beeinträchtigungen im täglichen Leben der Betroffenen führen.

⁹ Scaer (2005: 2) verweist darauf, dass die im Klassifikationssystem der American Psychological Association (APA) beschriebenen Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) die vielfältigen Auswirkungen eines Traumas auf sämtliche Lebensbereiche nicht vollständig erfassen.

3.5. Diagnose: Segen oder Fluch?

Durch die suggestive Kraft des Namens wird die Person *peu à peu* beeinflusst, bis jener schließlich zu ihrer Substanz wird – bis der Signifikant zum Signifikat wird (Drossart 2013: 68). Die Bedeutung der Einführung einer Diagnose für das unsichtbare Leid der Traumaüberlebenden legt an den Tag, wie schwerwiegend das „Gewicht der Worte“ (Mercier 2021) sein kann.

3.5.1. Nomenklatur und gesellschaftliche Wahrnehmung

Die Aufnahme der Posttraumatischen Belastungsstörung in die dritte Auflage des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) der American Psychological Association (APA) hat einen Wendepunkt in der Psychiatrie eingeleitet (Crocq & Crocq 2000: 53). Damit entstand ein neuer Begriff für die psychischen und somatischen Abdrücke infolge eines lebensbedrohlichen Ereignisses oder einer traumatischen Situation, der im Vergleich zu den ihm vorangegangenen Bezeichnungen semantisch weniger beladen ist¹⁰ (siehe 3.3.1. Namenloser Schrecken). Durch die vermehrte Verwendung der neu erstellten Diagnosekategorie gab es plötzlich eine auf Forschungsergebnissen basierende Erklärung für die zuvor unerklärbaren Symptome der von Trauma betroffenen Individuen (Joseph 2015: 30f.). Die psychiatrische Nomenklatur ist keineswegs neutral: Sie bedingt die gesellschaftliche Akzeptanz gegenüber den Betroffenen und spiegelt die Episteme (Foucault 1989) einer Kultur zu einem bestimmten Zeitpunkt wider. Sie „bestimmt das Urteil der Gesellschaft darüber, ob traumatisierte Menschen Mitgefühl und Hilfe verdienen, mit“ (Joseph 2015: 32). In diesem Fall hat die Etablierung der PTBS einen Paradigmenwechsel ausgelöst, trotz persistenter Zweifel verschiebt sich die Wahrnehmung in der Psychologie von einer Schwäche des individuellen Daseins hin zum Verständnis der Folgestörungen des Traumas als normaler Reaktion auf eine abnormale Situation.

3.5.2. Die Normalität abgrenzen

Über die Wertung der Gesellschaft hinaus stellt sich außerdem die Frage der Situierung der subtilen Trennlinie zwischen dem Normalen und dem Pathologischen. In Anlehnung an

¹⁰ Payk (2021: 19) merkt allerdings an, die Bezeichnung „Störung“ sei inadäquat, dadurch würde „der oftmals progredient-destruktive Charakter vieler psychiatrischer Erkrankungen semantisch verharmlost“.

Goffmans Theorie (1990) über totalitäre Institutionen könnte man die PTBS im Mikrokosmos des Traumas als primäre Anpassungsstrategie der Psyche zur Vernichtung des Selbst ansehen:

[...] the student of mental hospitals can discover that the craziness or „sick behavior“ claimed for the mental patient is by and large a product of the claimant's social distance from the situation that the patient is in, and is not primarily a product of mental illness. Whatever the refinements of the various patients' psychiatric diagnoses, and whatever the special ways in which social life on the „inside“ is unique, the researcher can find that he is participating in a community not significantly different from any other he has studied. (Goffman 1990: 130)

It was then and still is my belief that any group of persons—prisoners, primitives, pilots, or patients—develop a life of their own that becomes meaningful, reasonable, and normal once you get close to it, and that a good way to learn about any of these worlds is to submit oneself in the company of the members to the daily round of petty contingencies to which they are subject. (Goffman 1990: ix f.)

Diese Aussagen sollten aber mit Vorsicht genossen werden: Trotz ihres tautologischen Charakters ist deren Objektivität in Bezug auf die Existenz von krankhaften seelischen Störungen in so mancher Hinsicht disputabel. Obschon das Soziale eine erhebliche Rolle bei der Entwicklung von psychischen Störungen spielt, kann die soziale Dimension nicht als *prima causa* aller psychiatrischen Krankheitsbilder betrachtet werden (Van Campenhoudt 2001: 54).

Wie werden denn das Normalfeld und seine „Randbereiche“ definiert, wie prototypisch bzw. wie flexibel wird das Spektrum der Normalität und der Abnormalität mit all seinem Nuancenreichtum konstruiert (vgl. Blank 2023: 172ff.)? Eines der zahlreichen Kriterien für die Einführung einer neuen Diagnose oder für jegliche Überarbeitung im Klassifikationssystem der APA stipuliert, dass die Änderung mehr Nutzen als Schaden für die betroffenen Individuen mit sich bringen soll (Cooper 2018: 34f., 60f.): „Even small changes can affect the lives of millions.“ (ibid.: 56) Allen Frances (2010), Vorsitzender der Arbeitsgruppe für die vierte Revision des Diagnostischen und Statistischen Handbuchs Psychischer Störungen, veranschaulicht aus eigener Erfahrung, wie kleine Änderungen in der Definition von psychischen Störungen zu verheerenden Folgen führen können: „Our panel tried hard to be conservative and careful but inadvertently contributed to three false „epidemics“ – attention deficit disorder, autism and childhood bipolar disorder“. Cooper (2018: 3f.) bedauert ebenfalls die inflationäre Verwendung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) seit seiner Einführung in das DMS. In Anlehnung an Goffman hinterfragt die britische Philosophin die Rolle der Institutionen in der explosivartigen Erscheinung dieses Krankheitsbilds, indem sie argumentiert, dass dieses Phänomen vielmehr die Konsequenz eines krankmachenden Kontexts sei. Dieser

Ansicht folgend wäre ein sozialbedingtes Verhalten in die pathogene Anormalitätszone kategorisiert.

Vor dem Hintergrund der poetischen Macht der Worte lässt sich feststellen: Je breiter gefasst die Definition einer Diagnose ist, desto größer wird die Anzahl der an psychischen Störungen leidenden Menschen. Die Erfüllung der Diagnosekriterien bestimmt den Zugang zu gesundheitlichen Leistungen und Behandlungsangeboten, und spielt dementsprechend eine erhebliche Rolle für die Betroffenen (Joseph 2015: 32). Über die Behandlungsmöglichkeiten hinaus birgt die Semantik des Krankseins das Risiko der Stigma-Etikettierung, sei es die Selbststigmatisierung oder die Fremdstigmatisierung (Psota 2020: 14ff.). Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung der Neuauflage des DSM weisen zahlreiche Autor:innen (Adam 2012: 160f.; Frances 2010; Joseph 2015: 42; Leunen & Grosmaître 2020: 77) außerdem auf die Gefahr der Verwässerung der Definition von Kategorien, nach Blank (2023: 254) sei die „Folge der Ausweitung des Adressatenkreises [...] die Erosion des Normalen“ – unter anderem gerät das Pathologisieren der Trauer mehr und mehr in die Kritik (Barry 2022; Blank 2023; Drossart 2013: 68; Myers & DeWall 2023: 672; Thieleman & Cacciato 2014: 116).

3.5.3. Klassifikatorische Symptomatik

Unter die fünfte Ausgabe des amerikanischen Klassifikationssystems für psychische Erkrankungen (DSM-5)¹¹ lassen sich aktuell 298 Störungen subsumieren (Surís et al. 2016: 7). In der Abwesenheit einer Ätiologie des psychischen Leidens lassen sich die Störungsbilder anhand der Symptomatik in diesem multidimensionalen Referenzsystem definieren (Jehel & Guidère

¹¹ Ein weiteres international anerkanntes Klassifikationssystem für psychische Störungen ist die von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene *International Classification of Diseases* (ICD-11) (vgl. Blank 2023: 167ff.). Aufgrund der Komplexität dieses Klassifikationskatalogs wurden zwei differenzierte Versionen ausgearbeitet: eine fachliche detailliertere und eine vereinfachte praxisorientierte Version (Rief & Stenzel 2012: 12f.). Im Vergleich zum DSM weist das Klassifikationssystem für psychische Erkrankungen der WHO eine geringere wissenschaftliche und empirische Fundierung auf – es wurde aus der Notwendigkeit heraus entwickelt, ein Diagnosesystem zu schaffen, das über Länder- und Kulturgrenzen hinweg anwendbar ist (ibid.; Maderthaner 2021: 402). Beide Klassifizierungssysteme finden weltweit Anwendung und es wird ihnen eine zentrale Bedeutung beigemessen: Krankenkassen und Versicherungen stützen sich auf diese Kataloge, um Diagnosen zu verifizieren, Leistungen zu genehmigen und die medizinische Notwendigkeit von Behandlungen zu evaluieren. In Deutschland ist beispielsweise die Verwendung von ICD-10 für die Diagnosestellung durch die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger verpflichtend festgelegt worden (Rief & Stenzel 2012: 13). „Darüber hinaus beeinflusst auch die Wahl des Klassifizierungssystems (ICD oder DSM), ob eine Diagnose erfüllt wird oder nicht.“ (Weierstall-Pust & Pust 2020: 10) Im Hinblick auf Traumafolgestörungen ist es interessant, dass beide Systeme ein differenziertes klinisches Bild der PTBS/PTSD aufweisen. In einem in *BJPsych Advances* veröffentlichten Artikel legt Siddaway (2024) eine kontrastive Analyse der DSM-5-TR- und der ICD-11-PTBS-Diagnose vor.

2022: 187). Psychische und physische Manifestationen sollen dementsprechend das Pathologische durchscheinen lassen und Psychotherapeut:innen Orientierung in den Myriaden von Diagnosen mit all ihren Schattierungen bieten.

Die Sinnhaftigkeit dieser Symptomorientierung wird in der praktischen Erfahrung des Öfteren hinterfragt (Payk 2021: 43): Das klinische Bild begrenzt sich auf das Feld des Sichtbaren und wird in eine starre kategorielle Form gegossen, in der die kontextabhängige Ätiologie und die innere Realität der Betroffenen nicht hineingepresst werden können.

Hartmann-Kottek (2021: 241) merkt an, dass die Verwendung solcher normierten Klassifizierungssysteme oft dazu führt, dass ein unbedeutendes Begleitsymptom in einem „kategorialen Sprung“ resultiert, und diesem somit ein disproportionaler Gewicht zugeschrieben wird. Des Weiteren suggeriert eine Diagnose, dass die Wurzel des Problems im Individuum selbst liegt, was möglicherweise zu falschen positiven Ergebnissen führen kann, indem der Einfluss des Umfelds und des biopolitischen Kontextes außer Acht gelassen werden – als Folge dessen wird eine normale vergängliche, vorübergehende Reaktion auf die Negativerlebnisse des täglichen Lebens (Trauerfälle, Trennungen, Verlust des Arbeitsplatzes usw.) als krankhaft diagnostiziert (Cooper 2018: 3f.; Jehel & Guidère 2022: 107). Trotz der Notwendigkeit der ständigen Überarbeitung des DMS seien die Folgen der Erweiterung der diagnostischen Symptome, sprich die Vermehrung von falschen Positiven, nicht zu unterschätzen: Ein falsch etikettierter Patient kann sich für den Rest seines Lebens mit seiner Diagnose identifizieren und ein falsches Medikament verschrieben bekommen (van der Kolk 2014: 164f.).

Darüber hinaus birgt eine solche Klassifizierung die Gefahr, dass nur das Sichtbare erfasst wird, während der unsichtbare Teil des Eisbergs und die intrapsychischen Dynamiken unter der Oberfläche der Symptome unbehandelt bleiben. Die ursprünglichen Symptome mögen zwar abklingen, jedoch können im Laufe der Zeit andere Beschwerden zum Vorschein kommen, da die Wurzel des Problems weiterhin besteht (Levine 2010: 28f.). „Das Ganze einer Erkrankung bedeutet mehr als ein buntes Mosaik psychischer Auffälligkeiten; es hat neben der äußeren Form eine innere Struktur und eine zeitliche Verlaufsgestalt.“ (Payk 2021: 19) Die äußerlichen Manifestationen mögen zwar sich ähneln, aber die inneren Dynamiken, aus denen sie entspringen, können ganz anderer Natur sein (vgl. Hartmann-Kottek 2021: 242).

Vor diesem Hintergrund plädieren eine Vielzahl von Psychiater:innen, Psychotherapeut:innen und Autor:innen (Di Vittorio 2014: 107; Ehring & Kunze 2020: 1163ff.; Hartmann-Kottek 2021: 242; Jehel & Guidère 2022: 187; Myers & DeWall 2023: 672; Payk 2021: 44; Rosen et al. 2008: 3f.) für eine kontextorientierte Therapie und für die Ergänzung der

Referenzwerke für psychische Störungen durch neue Erkenntnisse aus den Bereichen der Neurowissenschaften, der Kognition und der Biologie (Biomarker).

3.5.4. Die PTBS-Diagnose

Die posttraumatische Belastungsstörung figuriert auf der Liste der im DSM erfassten psychischen Störungsbilder, und wie bei anderen Diagnosen unterliegt auch ihre Definition einem kontinuierlichen Wandel. Durch den Revisionsprozess der APA wurden im Laufe der Zeit sprachliche Ungenauigkeiten beseitigt und die Symptomatik der Diagnose in Anbetracht neuer klinischer Erkenntnisse erweitert (vgl. North et al. 2016). Im Gegensatz zu den meisten psychischen Störungen ist die Ätiologie der PTBS ein definierendes Kriterium für die Diagnosestellung (Stephen 2015: 30; Rosen et al. 2008: 3f.) – das sogenannte „Criterion A“ setzt das einem traumatischen Ereignis direkte oder indirekte Exposition voraus (Sack 2017: 244f.). Allerdings wird dieses Eingangskriterium in der Literatur vielfach kritisiert: Ein wachsender Korpus an Evidenz deutet darauf hin, dass nicht unter Kriterium A fallende Stressoren ebenfalls Traumafolgestörungen verursachen können (Howard et al. 2024: 58f.; Scaer 2005: 287; Siddaway 2024: 383f.). Diese kontrastierende Sichtweise spiegelt die in den Unterabschnitten 3.2. und 3.2.2. dargestellte Erkenntnis wider, dass die Überwältigung der Schutzmechanismen unserer Psyche den primären ätiologischen Faktor für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung darstellt.

3.5.5. Genese des DSM im Spannungsfeld von Wissenschaft und Interessen

Die Erstellung des DSM und anderer Klassifikationssysteme geht mit beträchtlichen Kosten einher – der finanzielle Aufwand für die Anfertigung der fünften Auflage des DSM wird auf 25 Millionen US-Dollar geschätzt (Cooper 2018: 58). In Anbetracht der erhofften Einnahmen, die mit dem Verkauf des Manuals verbunden sind, ist die APA in der Lage, erhebliche Ressourcen in die Produktion des DSM zu investieren. Angesichts dieses finanziellen Aspekts spielt die Sicherstellung, dass Diagnosekriterien von der Versicherungsbranche angenommen werden – und somit eine breite Anwendung in der klinischen Praxis gewinnen – eine wesentliche Rolle für die APA, die keine Mühen scheut, um die Akzeptanz des Referenzwerks zu etablieren (ibid.).

Das DSM ist nicht nur für seinen Mehrwert in der Forschung und seinen Nutzen in der klinischen Anwendung bekannt, sondern stößt auch bei anderen Akteuren auf wirtschaftliches

Interesse. Blank (2023: 171) verweist auf die enge Beziehung zwischen normierten Diagnosekatalogen und der pharmazeutischen Industrie: „Die Geschichte beider Klassifizierungssysteme [DSM und ICD] ist gleichermaßen eng mit der Genese psychopharmakologischer Wirkstoffe verbunden“.

Die Kollusionsgefahr mit der Pharmabranche wird anhand der nachgewiesenen Verbindungen mit der für die Verfassung des DSM verantwortlichen Arbeitsgruppe manifest. Im Vorfeld der Veröffentlichung des DSM-5 entbrannte eine Debatte über die Interessenskonflikte bei der Erstellung medizinischer Klassifikationssysteme: Der Anstieg der finanziellen Verbindungen der Mitglieder der Arbeitsgruppe zur Pharmaindustrie von 57 % auf 72 % zwischen der Veröffentlichung des DSM-IV und des DSM-5 wirft die ethische Frage der Einflussnahme der pharmazeutischen Konzerne auf die Erarbeitung des Diagnosekatalogs auf (Cosgrove & Krimsky 2012: 2). Trotz der Transparenzbemühungen der APA mit der Forderung der Offenlegung der finanziellen Verbindungen zur Industrie setzt sich der Trend bei der Textrevision des DSM-5 (DSM-5-TR) fort: 60 % der Verfasser:innen unterhalten finanzielle Beziehungen zur Pharmaindustrie (Davis et al. 2024: 3).

Diese Nahebeziehung ist für die redaktionelle Unabhängigkeit und die Entscheidungsfindung insofern problematisch, als mit der Aufnahme von jedem neuen Kriterium in das Diagnosemanual Millionen von Dollar für Antidepressiva, Antipsychotika und andere Medikamente fließen (Cooper 2018: xiii). Damit besteht die Nebenfolgegefahr, dass sich Diagnosekriterien und die zugrunde liegende psychiatrische Forschung vorrangig an ökonomischen Interessen orientieren und die klinische Implikation, dass Interventionspraktiken vermehrt pharmakologische Ansätze bevorzugen (Blank 2023: 224). In Anbetracht dessen wird befürchtet, dass psychische Störungen im Gesundheitsbereich als reines chemisches Ungleichgewicht betrachtet werden, das sich anhand der Verabreichung des entsprechenden Pharmakons beheben lässt. Darüber hinaus verschafft die psychopharmakologisch orientierte Behandlung ökonomische Vorteile: Dank der verkürzten Sitzungsdauer erlaubt sie es Psychiater:innen und Psychotherapeut:innen, mehr Patient:innen aufzunehmen (Zeira 2022: 210).

Die Auswirkungen von Traumata sind jedoch nicht nur im Gehirn angesiedelt, und Medikamente wie Antidepressiva haben ihre Schattenseiten: Sie blockieren zwar das Adrenalin, das mit Trauma-Reenactments einhergeht, dämpfen aber auch die Gehirnmechanismen, die für Freude, Schmerz und Motivation verantwortlich sind (Uhernik 2016: 72f.). Auch wenn Wirkstoffe durch das Eingreifen in den Neurotransmitterstoffwechsel des Gehirns zu einer schnellen

Linderung der Symptome beitragen, geht die Medikalisierung der „krank eingestuften“ Individuen systematisch am Kern des Problems vorbei (Blank 2023: 224).

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass symptombasierte Therapien und Psychopharmaka lediglich vorübergehende Lösungen für ein umfassenderes, unsichtbares Problem darstellen. Diese Behandlungsansätze induzieren den trügerischen Eindruck einer Verbesserung des Allgemeinzustands, während der Abdruck des Traumas weiterhin tief in der Psyche und im Körper verankert ist. Klassifikationssysteme psychischer Erkrankungen fördern diese symptomorientierte Sichtweise und verfehlen das Ziel, das gesamte Spektrum der Traumata zu erfassen. Trotz der Absicht, multidimensionale Diagnosekriterien zu erstellen, die eine Synthese zwischen den Anforderungen der klinischen Psychologie, der Forschung, epidemiologischen und statistischen Ansätzen sowie dem öffentlichen Gesundheitsbereich zu finden suchen, münden Klassifikationssysteme in die Widersprüchlichkeit der vielfältigen Ansprüche und in Interessenskonflikte, die Zweifel an der wissenschaftlichen Integrität der klassifikatorischen Kategorien schüren (Di Vittorio 2014: 105).

3.5.6. Im Griff der Diagnose: Inbegriff des Krankseins

La maladie est perçue fondamentalement dans espace de projection sans profondeur, et de coïncide sans déroulement. Il n'y a qu'un plan et qu'un instant. La forme sous laquelle se montre originairement la vérité, c'est la surface où le relief à la fois se manifeste et s'abolit – le portrait.¹² (Foucault 1988: 4)

Der starre Rahmen des klassifikatorischen Denkens in der Nosologie duldet nur ein Format, spricht die von Foucault skizzierte flächige Repräsentation des psychischen Leidens. Beim taxonomischen Bild einer psychischen Krankheit wird lediglich eine zweidimensionale Darstellung der äußerlichen Manifestationen auf die Leinwand projiziert. Die Konturen und Reliefs der wechselnden Einflüsse der Umwelt, des psychodynamischen Charakters der Beschwerden und des individuellen Biomarkers werden dabei ausradiert (Hartmann-Kottek 2021: 241f.; Payk 2021: 19). Das diagnostische Porträt des seelischen Leids von Traumaüberlebenden wird erst vollständig sein, wenn die Tiefe des Traumas ebenfalls auf der Bildfläche zum Vorschein kommt.

¹² „Die Krankheit wird grundsätzlich in einem Projektionsraum ohne Tiefe wahrgenommen, in einem Raum der Koinzidenzen ohne zeitlichen Ablauf: Es gibt nur eine Ebene und einen Augenblick. Die Form, in der die Wahrheit ursprünglich zutage tritt, ist die Oberfläche, auf der das Relief hervortritt und zugleich verschwindet – das Porträt.“ (Übers. Walter Seitter)

Diese statische Oberfläche spielt allerdings eine erhebliche Rolle für Traumaüberlebende: Der Anspruch auf die Rückerstattung der psychologischen Behandlungskosten ist an die Erfüllung der DSM-5 Kriterien für eine PTBS gekoppelt (Cooper 2018: 58; van der Kolk 2014: 137). Auch wenn die Symptombelastung im Laufe der Zeit abklingt und einige klinische Anzeichen für PTBS verschwinden, bedeutet dies nicht zwangsläufig, dass die Traumafolgestörungen die Betroffenen nicht mehr heimsuchen. Für den Erhalt von finanzieller Unterstützung sind sie an das Muster des kategoriellen Rasters gebunden, und haben möglicherweise keine andere Wahl, als die symptomatischen Erscheinungswesen vorzutäuschen, die sie nicht mehr plagen. Beim Nachahmen des vorgegebenen Musters laufen sie aber Gefahr, das Wiederauftreten der krankhaften Symptome hervorzurufen (Roisin 2017).

Der gleichen Logik folgend, müssen Psychiater:innen ihre Patient:innen „im Trauma gefangen halten“, wenn sie gegen ihre Täter:innen gerichtlich vorgehen. Im Rahmen eines Gerichtsverfahrens müssen die Opfer den Nachweis für psychische und somatische Folgen der erlittenen Traumata vorlegen – dies ist entscheidend, um die Glaubwürdigkeit der Aussagen der Betroffenen zu untermauern. Gerichtliche Verfahren können Jahre dauern – solange müssen auch alle Kriterien des diagnostizierten Krankheitsbilds beibehalten werden (ibid.).

3.6. Der Weg zur Resilienz

Resilienz ist der Schlüssel, um den Weg ins Leben zurückzufinden. Genauso wie die Folgestörungen vom Trauma kann Resilienz in verschiedenen Ausprägungen auftreten. Diese vielfältigen Facetten mögen eine der Ursachen für die andauernde Kontroverse über die Definition dieses Begriffs im Bereich der Psychologie sein. Resilienz lässt sich allgemein folgendermaßen definieren: „individual’s ability and potential to develop significant psychological and emotional skills, as well as the ability to use familial, social, and external support, to better deal with stressful life events“ (Figley 2012: 467). Diese Definition erntete in der Traumaforschung viel Kritik, denn sie verfehlte, sich mit der Psychopathologie und deren transformativem Aspekt auseinanderzusetzen. Im Zuge eines traumatischen Ereignisses bezeichnet „Resilienz“ die Fähigkeit, sich zu verändern bzw. zu verwandeln (*posttraumatic growth*), und sich an das „neue“ Ich und die Umgebung anzupassen (Joseph 2015: 63). Tummala-Narra (2007: 43) fügt hinzu, dass Resilienz ein multidimensionales Phänomen darstellt, das sowohl die internen als auch die externen Ressourcen des Einzelnen, die in den sozialen Kontext eingebettet sind, umfasst.

Zur Bewertung der Resilienz von Patient:innen entwickelte Harvey (1996) ein ökologisches Modell, das uns einen Einblick in den täglichen Kampf von Traumaüberlebenden verschafft (Tummala-Narra 2007b: 208). Es umfasst mehrere Erholungsprozesse: Wiedererlangung des Zugangs zu Gedächtnis und Erinnerungen, Integration der impliziten und deklarativen Erinnerungen, Bewältigung der vom Trauma ausgelösten Emotionen, die Vorwegnahme und Kontrolle von Reaktionen auf posttraumatische *reenactments*, die Wiederherstellung des Selbstwertgefühls und der Integrität des Selbst, die Schaffung sicherer Bindungsverhältnisse und die Zuschreibung einer Bedeutung für die traumatische Erfahrung (Harvey 1996: 11ff.). Darüber hinaus betont Harvey (2007: 15), dass Resilienz kein linear verlaufender Prozess ist, sondern vielmehr als ein dynamisches, sich fortlaufend entwickelndes Geschehen zu begreifen ist, das kontinuierlich von inter- und intrapersonellen Faktoren beeinflusst wird. Negative Erfahrungen im Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld oder das durch Intrusionen ausgelöste Wiedererleben des Traumas können den Aufbau von Resilienzfähigkeiten jederzeit erschweren oder unterbrechen (Fischer & Riedesser 2023: 105).

Unweigerlich stellt sich die Frage: Wie kehrt man nach der destruktiven Erfahrung der Vernichtung seines Selbst „aus dem tiefsten Punkt des Abgrunds“ ins Leben zurück (Levi 1990: 83)? Ernüchternd ist das Fazit, dass es keinen Weg „zurück“ gibt, sondern einen Weg zu einem neuen Leben mit einem neuen Selbst, mit einer neuen Gehirnarchitektur (Imtiaz et al. 2026; Hunt 2010: 77; Lutz 2020: 257; Scaer 2005: 70ff.).

Die Erfahrung des Traumas bleibt nicht ohne Konsequenz für das Gehirn-Geist-Körper-Kontinuum, und wirkt sich auf Funktionen des Gehirns und auf die Sinneswahrnehmungen aus. Die Vollendung der „Freeze“-Reaktion unter einer akuten Bedrohung konnte nicht ausgeführt werden: Der darauffolgende überlebenswichtige Handlungsimpuls wurde unterdrückt, der das Herauskommen aus der Starre und die Wiederherstellung des psychischen (und körperlichen) Gleichgewichts ermöglicht hätte. Das prozedurale Gedächtnis kann Vergangenheit und Gegenwart nicht mehr differenzieren, die mit dem Trauma assoziierte Bedrohung und die erlebte Hilflosigkeit prägen sich jeweils im Gehirn als imminente Gefahr und Reaktionsmuster ein – durch dieses maladaptive Lernen entsteht eine „learned helplessness“ (Scaer 2005: 58f.). Infolgedessen bleibt die Amygdala in einem Übererregungszustand gefangen, der mediale präfrontale Kortex wird geschwächt und kann nicht mehr falsche Alarmer von echten Bedrohungen unterscheiden (van der Kolk 2014: 62). Das Gehirn befindet sich in einem permanenten Vigilanzzustand und verbraucht stetig Unmengen an Energie zur Überlebenssicherung – Energie, die infolgedessen zur Erfüllung basaler Aufgaben nicht mehr zur Verfügung steht (Pausch &

Matten 2018: 31); außerdem wirkt sich die Hypervigilanz auf das autonome Nervensystem aus und beeinträchtigt die Regulierung lebenserhaltender Funktionen wie Schlafen und Atmen sowie die Aktivität des Immun- und Verdauungssystems (van der Kolk 2014: 56, 96).

Im Kapitel über die Psychotherapie wurden die von Levine (2010: 74f.) eingeführten Grundschrte zum transformativen Prozess der Resilienz dargelegt (siehe 2.2.4. Somatic Experiencing). Die somatische und psychische Integration des Erlebten stellt den Eckpfeiler dieses dornenreichen Wegs dar. Für viele Traumaüberlebende ist der Körper allerdings zum Feind geworden (Levine 2010: 106); sie versuchen die vom Trauma ausgelösten Alarmsignale und viszerale Reaktionen des Körpers (z.B. Abwehrhaltung, Lähmungen, Wutanfälle) zu ignorieren und zu unterdrücken, um die Kontrolle über ihre Psyche und Körper wieder zu erlangen. Die Angst richtet sich nicht nur auf das Auftreten von Symptomen, sondern auch auf die Konfrontation mit dem Unheimlichen und die pure Erfahrung des Schreckens, die sie überwältigt hat. „They develop a fear of fear itself.“ (van der Kolk 2014: 97)

Eine Form der Vermeidung ist die Dissoziation, eine Abspaltung, die sich beispielsweise durch Amnesie, emotionale Taubheit, oder die Fragmentierung der Identität manifestiert (Figley 2012: 214). Der Psyche steht eine andere Möglichkeit zur Verfügung, um dem Unerträglichen zu entgehen und die Integrität des Selbst zu schützen: die Abschaltung von Hirnarealen. Die Deaktivierung von Hirnregionen schützt zwar vor der Überwältigung, erfolgt aber auf Kosten von anderen essenziellen Funktionen, wie etwa des Selbstempfindens, der Erfahrung der Sinnhaftigkeit des Lebens oder der Erkennung von Bedrohungen und gefährlichen Situationen (van der Kolk 2014: 97).

Diese „Angst vor dem Schrecken“ trägt zur Verstärkung der Starre bei, in der Traumaüberlebende gefangen sind, und erhöht die Anfälligkeit, auf den geringsten Hinweis einer Bedrohung zu erschrecken und von Stupor befallen zu sein, was wiederum den Griff des Traumas auf die Betroffenen verfestigt. Um aus dem Teufelskreis dieser sich verstärkenden Prozesse herauszukommen, weist Levine (2010: 94ff.) auf die Notwendigkeit der Entkoppelung der Erstarrung von der Angst hin. Des Weiteren sind posttraumatische Symptome als „normale Folgeerscheinung einer anomalen Situation“ anzusehen (Fischer & Riedesser 2023: 224).

In den letzten Jahrzehnten hat die funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRI) Einblick in das Gehirn gewährt. Gehirnscans von Traumaüberlebenden zeigen, dass überwältigende Lebenserfahrungen die physische Struktur und neurochemische Aktivität des Gehirns sowie die Genexpression ändern können. Überdies geht aus neurowissenschaftlichen Studien hervor, dass traumatisierte Personen unterschiedliche Hirnfunktionsstörungen aufweisen. Dies

stellt einen weiteren Beweis für die Notwendigkeit einer maßgeschneiderten Gestaltung der psychotherapeutischen Behandlung von Betroffenen dar (Scaer 2005: 72f., 88).

Der Weg zur Genesung umfasst ein breites Spektrum von Anpassungen an eine neue Realität, wie die Beurteilungskriterien von Harvey (1996: 11ff.) nahelegen. Nach einer traumatischen Erfahrung steht die Unterstützung des sozialen Umfeldes im Vordergrund: Dieses stellt einen Schutzfaktor dar, der einerseits die Entwicklung von posttraumatischen Belastungsstörungen vorbeugen kann, andererseits den Weg zum Erholungsprozess nach einer Traumatisierung ebnen kann (Levine 2010: 94ff.; Yehuda 2002: 108).

In akuter Not suchen Menschen instinktiv die Nähe vertrauter Bezugspersonen. Auch im Anschluss an ein Trauma bleibt dieses Bedürfnis bestehen, doch es verbindet sich nun mit einem Zustand äußerster Verletzlichkeit. In diesem Kontext erweist sich die Reaktion des sozialen Umfelds als entscheidend für den weiteren Verlauf des Heilungsprozesses (Berger 2015: 25; Scaer 168f.). Eine unterstützende Haltung kann Sicherheit vermitteln und damit die Voraussetzung für einen der wesentlichen Schritte auf dem Weg der Genesung schaffen: die Rekonstruktion der traumatischen Erzählung. Durch diesen Prozess der Sinngebung wird es möglich, Symptome anzunehmen, das Vertrauen in die eigenen, körperlich verankerten Empfindungen nach und nach wiederzugewinnen und eine neue Verbindung zum Selbst herzustellen (van der Kolk 2014: 78ff.).

Der Wiederaufbau sicherer Beziehungen stellt dabei einen schrittweisen, zugleich jedoch zentralen Prozess dar – eine notwendige Schwelle für die Reintegration in das gesellschaftliche Leben (Mendelsohn, Zachary & Harney 2007: 235). Resilienz erweist sich aus dieser Perspektive nicht nur als individuelle, sondern als kontextuell- und umfeldbedingte Entwicklung (Southwick et al. 2014: 5ff.). Wo das Selbst in Fragmente zerfällt, kann ein unterstützendes Umfeld als sicherer Hafen dienen, der sowohl die Rekonstruktion des Subjekts als auch die Neubildung von Sinn ermöglicht. Ein ablehnendes oder repressives Umfeld hingegen bringt Schweigen hervor, vertieft bestehende seelische Wunden oder birgt die Gefahr der Retraumatisierung (van der Kolk 2014: 244). Die kollektive Anerkennung traumatischer Erfahrungen wirkt der Isolation entgegen, während ihre Verleugnung die innere Realität der Betroffenen negiert und unsichtbar macht (Mendelsohn et al. 2007: 228).

4. Trauma und Sprache

“

Sein, das verstanden werden kann, ist Sprache.

*Hans-Georg Gadamer,
Hermeneutik*

”

In den vorherigen Subkapiteln wurde geschildert, wie sich Traumafolgestörungen auf Psyche und Soma auswirken können. Über die vielen Stolpersteine und Abgründe hinaus, die den Weg zur Verbalisierung des Traumas bepflastern, stellt sich die Frage, ob sich die transformative Wirkung der Sprache entfalten kann, wie es die *talking cure* behaupten mag, oder ob lediglich eine ohrenbetäubende Stille herrscht beim Versuch die traumatische Erfahrung in Worte zu kleiden¹³?

4.1. Neuropsychologische Kartographie der Sprachlosigkeit

4.1.1. Deaktivierung des Sprachzentrums

Eine der Hürden auf dem Weg zur Verbalisierung der traumatischen Erfahrung liegt in den neurobiologischen Abläufen in unserem Gehirn¹⁴. Scaer (2005: 81) konstatiert Folgendes, „[...] mental illness, psychiatric disorders, behavioral abnormalities, or whatever you call them are basically selective alterations of ‚normal‘ function in specific regions of the brain“. Die von der traumatischen Erfahrung verursachten strukturellen Veränderungen in der Gehirnaktivität – seien sie vorübergehend oder langfristig – können sich auf die Sprachproduktion auswirken (ibid.: 82). Bei der Reaktivierung von traumatischen Erinnerungen wird das expressive Sprachzentrum – das sogenannte Broca-Zentrum – abgeschaltet, was zum Verlust der Fähigkeit, seine Emotionen und Gedanken in Worte zu fassen, führt (Fischer & Riedesser 2023: 98; Möllering

¹³ Im vorliegenden Unterabschnitt wird vermehrt auf Zitate zurückgegriffen, einerseits um die Erfahrung der Betroffenen aus verschiedenen Perspektiven und durch vielfältige Stimmen schildern zu können; andererseits um die Psyche der Autorin selbst beim Versuch, Traumaüberlebenden eine Stimme zu verleihen, vor dem Verfallen in die lähmende Starre des Traumas zu bewahren.

¹⁴ In den Kapiteln „Looking into the Brain: The Neuroscience Revolution“ und „Running for Your Life: The Anatomy of Survival“ wirft Bessel van der Kolk (2015: 39–73) einen ausführlichen Blick ins Gehirn und veranschaulicht die von den Traumata in der neurologischen Landschaft hinterlassenen Spuren.

2012: 404; Resick 2001: 93). Infolge der Deaktivierung des Broca-Areals gerät die Sprache ins Stocken: Wenn Betroffene versuchen, das Unaussprechliche, den sprachlosen Terror sprachlich in Worte zu fassen, versagt das Gehirnareal, das für die motorische Sprachbildung zuständig ist (Fischer & Riedesser 2023: 98; Levine 2010: 113; van der Kolk 2014: 42ff.). Folglich verfallen die Betroffenen in eine wortlose Hilflosigkeit.

4.1.2. Kampf-oder-Flucht-Reaktion

„The past is never dead. It’s not even past.“ (Faulkner 1919: 85). Beim Versuch das Erlebte wieder in Erinnerung zu rufen, stürzen die im prozeduralen Gedächtnis gespeicherten fragmentierten Sinneseindrücke des traumatischen Geschehens mit voller Wucht auf die Traumaüberlebenden herein (Fischer & Riedesser 2023: 98). Die Betroffenen werden durch diese Reizüberflutung überwältigt und erleben die traumatische Erfahrung genauso akut wie beim ersten Mal wieder (siehe 3.4. Posttraumatische Belastungsstörung).

Die Thalamus-Region wird abgeschaltet, und damit wird die Möglichkeit des logischen Einordnens der isolierten Fragmente versperrt (Hüllemann 2019: 114f.). Konfrontiert mit der Nichterreichbarkeit des Unbegreiflichen geraten die Betroffenen in einen Teufelskreis aus Ohnmacht und Frustration. Dabei können etwa Wut, Aufregung, Entsetzung, Erstarrung ausbrechen, ohne dass sich die betroffene Person dessen bewusst ist – die Fehlfunktion der linken Gehirnhemisphäre setzt die Wahrnehmung des Selbst außer Gefecht (van der Kolk 2014: 44f.).

Aufgrund der einströmenden Sinneseindrücke reagiert unser Alarmsystem – die Mandelkernregion – auf eine von einer unsichtbaren vergangenen Gefahr verursachte Todesangst und initiiert die Ausschüttung von Stresshormonen¹⁵ (Adrenalin, Noradrenalin und Kortisol) (Carozza 2024: 238; van der Kolk 2014: 68ff.). Die traumatischen Engramme reaktivieren die Flight-or-Fight-Reaktion im Hirnstamm und im limbischen System, und der mediale Präfrontalkortex zeigt eine Hypoaktivierung und kann dementsprechend seine inhibitorische Wirkung auf den Falschalarm der Amygdala nicht mehr ausüben (Scaer 2005: 74). Darüber hinaus resultiert die dysfunktionale Aktivität des medialen Präfrontalkortex in einem Kontrollverlust über die eigenen Emotionen und Impulse (Ehring & Kunze 2020: 1173; Uhernik 2016: 31ff.). In der Folge verhalten sich die in der Kampf-oder-Flucht-Reaktion gefangenen Individuen

¹⁵ Fischer und Riedesser (2023: 124ff.) präsentieren eine detaillierte Darstellung der Hauptgehirnareale und endokrinen Drüsen, die an der mit der peritraumatischen Erfahrung assoziierten Ausschüttung von Botenstoffen beteiligt sind.

überproportional ängstlich oder aggressiv und ziehen ihre Umgebung in den Bann der traumatischen Reaktion, indem Frust oder Furcht in diesem Übererregungszustand auf das unmittelbare Umfeld ausgelassen wird. Die Wiederherstellung der Fähigkeit zur Selbstreflexion und zur Selbstwahrnehmung, welche durch die Aktivierung der exekutiven Funktionen der Frontallappen erfolgt, führt bei den Betroffenen zur Bewusstwerdung ihres irrationalen Verhaltens. In der Folge entwickeln sie Selbstwertlosigkeits-, Schuld- und Schamgefühle und erleben eine weitere Zersplitterung des Selbst (van der Kolk 2014: 45; Zöckler & Cal 2012: 109).

Angesichts des Ungleichgewichts in der neurophysiologischen Aktivität des Gehirns beim Widererleben der traumatischen Situation erscheint es wenig verwunderlich, dass Sprachmittel den Betroffenen außer Griffweite stehen. Überdies sind die Betroffenen den somatischen Manifestationen des Traumas wie Schreckreaktion, Wutausfall, Schweißausbrüche, Atemnot, Schwindel, Engegefühl, Herzrasen, angespannte Konzentration und Hypervigilanz ausgeliefert. Parallel zum Versuch der verbalen Artikulation des Erlebten spielt sich ein innerer Kampf zum Wiedererlangen der Kontrolle über die eigene Reaktion ab (Fischer & Riedesser 2023: 267; Joseph 2015: 52).

4.1.3. Freeze-Reaktion und Dissoziation

Wie im Unterabschnitt „3.2.3. Anatomie des Traumas“ dargestellt, wandelt sich die Vernichtungsangst in Schreckstarre um, wenn der Handlungsimpuls der Kampf-oder-Flucht-Reaktion nicht zur Vollendung gebracht wird (Ausweglosigkeit), oder wenn wir von den überwältigenden Eindrücken überflutet werden (Levine 2015: 40; Uhernik 2016: 82; van der Kolk 2014: 100). Diese archaische parasympathikotone Freeze-Reaktion sichert das Überleben, indem Funktionen des autonomen Nervensystems heruntergefahren werden: Abfall der Atem- und Herzfrequenz, Hypotonie, Ausdehnung der Gefäße, Verlust des Muskeltonus und Analgesie gehören zum symptomatischen Bild der körperlichen Erstarrung (Sack 2005: 49f.; Scaer 2005: 44f.; Wyvekens et al. 2020: 19).

Die Schreckstarre kann sich durch einen weiteren traumakompensatorischen Schutzmechanismus materialisieren: Um den Ansturm der Reizüberflutung und die Vernichtung des Selbst zu vermeiden, treten dissoziative Zustände ein (Bringmann & Scheuern 2020: 108). Die dissoziative Abspaltung wird durch die Distanzierung vom Selbst und vom Erlebten infolge der Dysfunktion von unterschiedlichen Funktionen des Bewusstseins gekennzeichnet (Auxéméry 2012: 307f.). Das traumatische Geschehen wird von außen erlebt, von außerhalb des Körpers

beobachtet, ein Gefühl der Entfremdung gegenüber des Körper-Ich, des Ich-Selbst breitet sich aus, die Umwelt wird als fremd, unwirklich wahrgenommen, traumaassoziierte Erinnerungen werden nicht in das Gedächtnis integriert – Dissoziation, Depersonalisation, Derealisation, dissoziative Amnesie (Hartmann-Kottek 2021: 170; Sack 2005: 15). Diese Fragmentierung des Selbst dient der Vermeidung der weiteren Fragmentierung des Selbst und des psychischen Tods angesichts einer bedrohlichen Situation (Fischer & Riedesser 2023: 416).

„Traumatic symptoms have a tendency to become disconnected from their source and to take on a life of their own.“ (Herman 1992: 49) Diese Annahme trifft insbesondere auf dissoziative Symptome zu. In der lebensbedrohlichen Situation dissoziiert sich das empirische Selbst vom Erlebniszentrum; in der posttraumatischen Phase löst die Konfrontation mit der unassimilierbaren Reizüberflutung eine weitere Erschütterung des Selbst aus und mündet in einer weiteren Stuporerfahrung und einer weiteren intrapsychischen Aufspaltung (Fischer & Riedesser 2023: 244, 401; Levine 2010: 54), „als bräche der Horror des Dort-und-Damals ungemildert im Hier-und-Jetzt über den Betroffenen herein“ (Bringmann & Scheuern 2020: 110). Die traumatische Erfahrung, das traumatisierte Ich werden als Fremdkörper vom Im-Hier-und-Jetzt weiterlebenden, selbstwahrnehmenden Ich abgekapselt, um sich vor dem Unerträglichen zu schützen (Breuer & Freud 1895: 255; Fischer & Riedesser 2023: 106). Chronifizieren sich dissoziative Schutzmechanismen über die Zeit, kommt es zu einer zunehmenden Destabilisierung des psychischen Gesamtsystems – die Dissoziation greift weiterhin destruktiv in das Erlebte und die Selbststruktur ein (Auxéméry 2021: 392).

Nicht nur bei den Kampf-oder-Flucht-Abwehrmechanismen wird der Körper zum „Feind“ (Levine 2010: 106): Wie im Unterabschnitt „3.4. Posttraumatische Belastungsstörung“ abgebildet, können externe Stimuli die im Körper eingebrannten traumatischen Engramme und die damit assoziierte Schreckerfahrung in der Gegenwart wieder aufflammen lassen. Die Erstarrung kommt wieder, die Fragmentierung des Selbst setzt sich unweigerlich weiter fort. Die Hirnregionen, die für unsere Ort- und Zeitorientierung zuständig sind, kollabieren (Hüllemann 2019: 114f.) – „the timekeeper collapses“ und hält Traumaüberlebende im zeitlosen Abgrund des hilflosen Entsetzens gefangen (van der Kolk 2014: 69). Gegenüber dieser Nicht-Zeit schwebt eine weitere Zeitlosigkeit wie ein Damoklesschwert über dem Alltag von Traumaüberlebenden. Die „Tyrannei der Vergangenheit“ (Levine 2015: xx) herrscht über die Gegenwart – mit anderen Worten: Intrusionen können in jedem Augenblick auf sie eindringen (Gildea 2018: 22; Grugger 2018: 76).

4.1.4. Periphere Struktur der Vermeidungsschemata

Nicht nur die peritraumatische Erfahrung und deren intrusive Reinszenierung verursachen eine Zäsur in den psychischen Funktionen¹⁶; nach der Traumaerfahrung wird die Psyche „Umbaumaßnahmen der seelischen Struktur“ vornehmen, um die Begegnung mit dem psychischen Tod und dem erschütterten Selbst zu vermeiden (Fischer & Riedesser 2023: 106). Bewusst oder unbewusst entwickeln sich Vermeidungsstrategien, die damit einhergehende Reorganisation bzw. Desorganisation des psychischen Apparats geht auf Kosten der Emotionsregulation und der Selbstwahrnehmung, um den Schrecken und das innere Chaos in Schach zu halten (van der Kolk 2014: 53). Diese traumakompensatorischen Mechanismen inhibieren die Entscheidungsfindung, die Orientierung und die Sinnhaftigkeit im Alltag der Betroffenen.

Diese Erkenntnis wurde in einer Studie von Bluhm et al. (2012) untermauert: Das Forschungsteam untersuchte anhand von fMRI-Scans die Gehirnaktivität von früh traumatisierten Patient:innen im Hirnruhezustand. In Abwesenheit kognitiver Aufgaben kommt das Gehirn zur „Ruhe“, in diesem Entspannungszustand wird das sogenannte Default-Mode-Network (DMN) aktiviert, das primär mit Selbstbezug und Selbstreflexion korreliert ist (Bluhm et al. 2011: 1029f.; Otti et al. 2012: 17ff.). Als die Proband:innen dazu aufgefordert wurden, an nichts Bestimmtes zu denken, konstatieren die Forschenden allerdings, dass der mediale Präfrontalkortex, das anteriore und das posteriore Cingulum, der parietale Kortex und die Insula nahezu keine Aktivität aufwiesen – jene Regionen, die für die Übermittlung von Emotionen, die Integration sensorischer Informationen, selbstreferentielles Prozessieren und die reflektiven Emotionsregulationsprozesse zuständig sind (Bluhm et al. 2012; Schäflein 2019: 33; van der Kolk 2014: 53).

Diese dem Schutz des Selbst dienende Umstrukturierung der Gehirnaktivität, sprich die Betäubung von viszerale Informationen und Emotionen, eröffnet die Möglichkeit des Funktionierens im Alltag – bis das nächste Eindringen von Flashbacks diese traumakompensatorische Struktur zu Bruch gehen lässt (Charf 2018: 27; Wiggers et al. 2020: 329). Die im Reptiliengehirn gespeicherten sensorischen Informationen überrumpeln das Somatische und das

¹⁶ „After trauma the world is experienced with a different nervous system“ (van der Kolk 2014: 53). In der wissenschaftlichen Literatur wurde dokumentiert, dass Traumata langfristige Spuren im Gehirn hinterlassen können (Krystal et al. 2017; Sack 2005: 104; Schäflein 2019; Uhernik 2016: 140; Wiggers et al. 2020: 335). Eine detaillierte Auseinandersetzung mit dieser Thematik würde jedoch den vorgegebenen Rahmen dieser Arbeit sprengen. Eine Untersuchung der von der traumatischen Erfahrung induzierten Änderungen in den Hirnregionen wurde unter anderem vom Neurologen Scaer (2005) in seinem Buch *Trauma Spectrum: Hidden Wounds and Human Resiliency* vorgenommen.

gebrochene Ich kommt wieder zum Vorschein – ein Vorgang, der als „Bottom-up Hijacking“ bezeichnet wird (Charf 2018: 170).

Rund um die traumatische Erfahrung webt sich also ein Netz aus (mal-)adaptiven Mechanismen, die auf das Vermeiden von jeglichem potenziellen Trigger, der die bedrohliche Situation – auch nur im Geringsten – evoziert, ausgelegt sind. Je mehr diese Vermeidungs- und Verdrängungsschemata die Oberhand übernehmen, desto höher ist die Vulnerabilität, von wiederkehrenden amygdaloiden Erinnerungseindrücken überwältigt zu werden (Fischer & Riedesser 2023: 105; van der Kolk 2014: 208). Je mehr man versucht, der traumatischen Realität zu entgehen, desto mehr haften die Erinnerungsfetzen an dem prozeduralen Gedächtnis, desto mehr verfängt man sich im Spinnennetz der Ohnmacht, desto stärker ist die Schwerkraft des schwarzen Loches des Traumas (Auxéméry 2021: 387; Levine 2010: 54; Roisin 2010: 23).

Über die ursprüngliche lähmende Schreckstarre hinaus erstarren im Laufe der Zeit die psychischen Funktionen infolge der stets wiederkehrenden Intrusionen des Traumatischen im Leben der Betroffenen und der Verfestigung von Vermeidungsschemata (Gayraud & Auxéméry 2022: 200). Die induzierten Veränderungen lassen sich in der Gehirnaktivität nachweisen, wie die Forschungsergebnisse von Bluhm et al. (2012) illustrieren. Die höheren Stufen der Selbstwahrnehmung sind nicht mehr zugänglich, das „Selbst kann sich nicht länger als Urheber seiner Kontrollhandlungen verstehen“ (Fischer & Riedesser 2023: 121). Die angstgesteuerten und unbewussten Traumaschemata verursachen eine Reduktion der reflektiven Prozesse und der Reagibilität: Die Betroffenen steht nur ein begrenztes Handlungsrepertoire zur Verfügung, um mit externen Stimuli klar zu kommen – innerlich und sozial (Charf 2018: 192; Wiggers et al. 2020: 329). Agieren und Interagieren in der Welt sind lediglich in geringem Umfang möglich, die Bandbreite der Handlungsmöglichkeiten wird durch das bloße „Funktionieren“ umrissen.

4.1.5. Stressschleife des Nervensystems

Neben dem intrusiven Wiedererleben des traumatischen Ereignisses verfällt der Körper in eine konstante Alarmbereitschaft, das limbische System und der Hirnstamm senden kontinuierlich Warnsignale, die das Gefühl einer weiterhin bestehenden Bedrohung erzeugen (van der Kolk 2014: 54ff., 97). Obgleich die akute Gefahr nicht länger existiert, kehrt das gesamte System nicht zu seinem basalen Ausgangszustand zurück (Ehlert 2011: 292).

Die Fixierung dieser Stressreaktion im Somatischen führt zu einem Kontinuum der Traumadynamik, die sich durch eine Daueraktivierung des Sympathikus manifestiert (Schäfflein 2019: 35f. ; Wyvekens et al. 2021: 17): „Kontrolle ist funktionell gehemmt und wird durch die Chronifizierung der Stressantwort sowie damit einhergehenden strukturellen Veränderungen wie Dendritenverlust und Kappung von axonalen Verbindungen zum EN [Exekutiv-Netzwerk] massiv gestört“ (Wiggers et al. 2020: 335). Es ist anzumerken, dass dem Exekutiv-Netzwerk eine zentrale Bedeutung im Rahmen höherer kognitiver Prozesse zukommt. Es bildet eine grundlegende neurofunktionale Instanz, die maßgeblich an der Steuerung exekutiver Funktionen beteiligt ist. Dazu zählen insbesondere die Aufmerksamkeitslenkung, Entscheidungsfindung, Handlungsplanung sowie die Problemlösung. Des Weiteren spielt das Exekutiv-Netzwerk eine entscheidende Rolle bei der „Top-down-Kontrolle“ kognitiver Inhalte, insbesondere bei der Regulation aufkommender Gedanken, Intrusionen und affektiver Reaktionen. Ebenso ist es an der Initiierung und Kontrolle situationsangemessener Verhaltensweisen beteiligt und trägt somit wesentlich zur adaptiven Handlungsregulation bei (ibid.).

Eine anhaltende Übererregbarkeit des autonomen Nervensystems (*hyperarousal*) und die damit verbundene neurobiologische Dysregulation werden bei deren Chronifizierung mit einer erhöhten pathologischen Vulnerabilität, einer Dysfunktion lebenswichtiger physiologischer Systeme sowie einer Beeinträchtigung neurophysiologischer Prozesse in Verbindung gebracht (vgl. Brückl & Binder 2017: 118f.; Charf 2018: 42; Fischer & Riedesser 2023: 44; Imtiaz et al. 2026; Hüllemann 2019: 38; Scaer 2005: 74; van der Kolk 2014: 56). Darüber hinaus ist zu konstatieren, dass beim erneuten Auftauchen traumabezogener Elemente, „the accompanying stress hormones engrave those memories ever more deeply in the mind“¹⁷ (van der Kolk 2014: 67).

Nach dem seelischen Erdbeben des „petrifying shock“ (Amfreville 2014: 5) folgt das Nachbeben der posttraumatischen Stressreaktion. Die Schockwellen des ursprünglichen Traumas haben einen residualen Stress im Körper eingraviert (van der Kolk 2014: 133). Wie seismische Wellen breiten sich unkontrollierbare Stressreaktionen im Somatischen aus – sei es in Form von Hyper- oder Hypoaktivität des autonomen Nervensystems (Charf 2018: 39ff.) – und provozieren eine weitere Erschütterung der psychischen Strukturen.

¹⁷ Neuronen, „that fire together, wire together“ (Hebb 1949; Shatz 1992: 64).

4.1.6. Somatische Entfernung und Entfremdung

Aufgrund des Konglomerats von physiologischen und psychischen Veränderungen, die von den Vermeidungsschemata induziert wird, sowie des Übererregungszustands, in dem der Körper gefangen bleibt, wird der Zugang zur somatischen Dimension erheblich erschwert. Die Wahrnehmung von Körperempfindungen, das Spüren des Selbst führt des Öfteren zur Konfrontation mit den eingefrorenen aversiven Reizen und traumaassoziierten Abwehrreaktionen (Hartmann-Kottek 2021: 21).

In der Folge kann sich bei vielen Überlebenden traumatischer Erfahrungen eine Furcht vor der Wahrnehmung eigener Affekte und Körperempfindungen ausbilden, da diese mit Kontrollverlust, Hilflosigkeit oder der Begegnung von traumatischen Erinnerungsfragmenten verbunden sind (van der Kolk 2014: 97). Wird das Tor zu den eigenen Empfindungen nur leicht geöffnet, kommt es oft zum Einströmen einer überwältigenden Flut von Sinnesinformationen, deren Ausmaß schwer zu assimilieren ist.

Der Körper ist kein Zuhause mehr und wird stattdessen zum Schauplatz der Unsicherheit – in der peritraumatischen Situation hat sich der Körper als „unzuverlässig“ erwiesen, er konnte die Betroffenen nicht vor dem Abgrund schützen; im Nachhinein wird er immer noch vom Nachbeben des Traumas erschüttert und wird durch irrational erscheinende Sensationen und Reize überflutet¹⁸ (Durban 2020: 87).

Das Ausmaß der Erschütterung bleibt den Einzelnen oft unerklärbar, sie sind somatosensorischen Reizen ausgeliefert, die traumatischen Engrammen der Vergangenheit entstammen und im gegenwärtigen Erleben unvermindert weiterwirken. „[O]ne thinks of the permanent existence of trauma and the way the most extreme forms of suffering have a way of remaining here and now in a paradoxically everlasting present.“ (Amfreville 2014: 2)

Außerdem sind die Hirnareale, die für reflexive selbstbezogene Prozesse und Selbstgewahrsein zuständig sind, wie betäubt, um das Traumaerlebnis unter Verschluss zu halten, was die Betroffenen jeglicher Verarbeitungs- bzw. Integrationsmöglichkeit des erlebten Terrors beraubt. Die persistierende Stressreaktion wird erneut durchlebt, ohne Anhaltspunkt oder Orientierung; zugleich bleibt der Zugang zur Wahrnehmung des *hic et nunc* versperrt, die ein Gefühl

¹⁸ Eine mangelnde interozeptive Wahrnehmung – mit anderen Worten: der eingeschränkte Zugang zu inneren Körperempfindungen – kann im Alltag dazu führen, dass Betroffene auf externe Reize inadäquat oder verzögert reagieren. Diese reduzierte Selbstwahrnehmung erschwert ein situationsangemessenes affektives und behaviorales Verhalten und begünstigt eine Überwältigung durch externe Stimuli. In der Folge kann sich ein Zustand anhaltender Verunsicherung verstärken, was wiederum den Teufelskreis der erlebten Hilflosigkeit erstarken lässt (Charf 2018: 190ff.; Fischer & Riedesser 2023: 62).

der Sicherheit vermitteln könnte – sofern die Lebensbedrohung in der Gegenwart nicht mehr besteht (Pausch & Matten 2018: 18).

4.1.7. Emotionale Taubheit

„Suppressing our inner cries for help does not stop our stress hormones from mobilizing the body.“ (van der Kolk 2014: 97) Parallel zur Entkopplung der körperlichen sensorischen Informationen kann sich die posttraumatische Belastungsstörung durch die Abschaltung des emotionalen Erlebens manifestieren. Ein zentrales Konstrukt in diesem Zusammenhang ist die Alexithymie, ein Phänomen, das in der Fachliteratur ebenfalls mit dem Begriff der „Gefühlsblindheit“ bezeichnet wird (Charf 2018: 199; Taylor et al. 1991: 155). Alexithymie beschreibt die eingeschränkte oder fehlende Fähigkeit, eigene Emotionen zu erkennen und sie von körperlichen Vorgängen zu unterscheiden, sowie innerliche emotionale Zustände sprachlich auszudrücken und mit anderen zu teilen (Spitzer et al. 2013: 28). Die kontinuierliche Konfrontation mit körperlichen Empfindungen bei gleichzeitiger Dissoziation von deren Ursprung stellt einen zentralen Mechanismus in der Entstehung von Alexithymie dar (van der Kolk 2014: 247).

In ihrem literarischen Werk *Mrs. Dalloway* lässt Virginia Woolf (1925) diese emotionale Taubheit ans Licht kommen, die durch die Figur eines unter „shell shock“ leidenden Kriegsveteranen zum Ausdruck gebracht wird:

„Beautiful!“ she would murmur, nudging Septimus, that he might see. But beauty was behind a pane of glass. Even taste (Rezia liked ices, chocolates, sweet things) had no relish to him. He put down his cup on the little marble table. He looked at people outside; happy they seemed, collecting in the middle of the street, shouting, laughing, squabbling over nothing. But he could not taste, he could not feel. In the tea-shop among the tables and the chattering waiters the appalling fear came over him – he could not feel. (Woolf 1925: 96)

Infolge der fehlenden Einsicht in das innere emotionale Leben und der mangelnden Interozeption breitet sich die innerliche Leere oder eine tiefe Ratlosigkeit gegenüber den eigenen viszerale Reaktionen aus – als sprächen Körper und Seele in fremden, nicht mehr zugänglichen Sprachen. Allerdings lässt sich anmerken: Die „Wahrnehmung der eigenen Emotionen und ihre Äußerung nach außen bilden ein zentrales Merkmal zwischenmenschlicher Kommunikation“ (Schiewer et al. 2022: 166). Van der Kolk (2014: 67) illustriert die Abspaltung vom eigenen Erleben anhand von Beispielen traumatisierter Personen, die bei der Geburtstagsfeier ihrer Kinder keine Freude empfinden können oder beim Abschied von einer nahestehenden Person keine

Traurigkeit verspüren. Angesichts der Unverständlichkeit des Nicht-Spürens – der Abwesenheit von emotionaler Resonanz – breitet sich bei den Betroffenen eine stille, tiefe Entfremdung aus: Der Körper ist fremd, Empfindungen sind fremd und entziehen sich dem Verstand, das Selbst verwandelt sich in eine fremde Entität (Spitzer et al. 2013: 33).

Die alexithyme Empfindungslosigkeit konfrontiert Betroffene mit einer paradoxen Erfahrung: Obwohl ihnen auf kognitiver Ebene bewusst ist, dass in bestimmten Situationen emotionale Reaktionen angebracht wären, bleibt das subjektive Gefühlserleben aus. Zwischen Frustration und Leere oszillierend, werden sie sich der Kluft zwischen dem Erwarteten und dem tatsächlichen Erleben schmerzhaft bewusst. Diese Diskrepanz zwischen dem emotionalen Soll-Zustand und der erlebten Realität, sowie die Unmöglichkeit, diese Realität zu kommunizieren, führt häufig zu sozialem Rückzug und Isolation (Wiggers et al. 2020: 329). Nicht selten entsteht das Gefühl, nicht dazuzugehören, „[it] makes them feel they don't belong to the human race“ (van der Kolk 2014: 67).

Die Diskrepanz zwischen Erlebnis und Ereignis konstituiert die Essenz des Traumas, „von Wahrnehmung und Handlung, von rezeptorischer und effektorischer Sphäre“ (Fischer & Riedesser 2023: 145). Diese Diskrepanz setzt sich in der posttraumatischen Stressreaktion und Empfindungslosigkeit fort. Das Subjekt ist von traumatischen Engrammen und Vermeidungsschemata getrieben, ohne dass es die Kontrolle über das Objekt wiedererlangen kann. Mit jeder erneuten Konfrontation mit der eigenen Ohnmacht – sei es in Alltagssituationen oder durch das Wiedererleben der Traumaerfahrung – verstärkt sich die Identifikation des Subjekts mit dem Objekt – sprich mit dem hilflosen, ausgelieferten Selbst (ibid.: 108; Levine 2010: 68). Traumaüberlebende leben mit einem neuen Selbst, einer neuen Psyche, einem neu strukturierten neurologischen System (Carozza 2024: 238; Herman 1992: 286; Intiaz et al. 2026; Scaer 2005; van der Kolk 2014: 53).

4.2. Nachhall der traumatischen Erfahrung auf den sprachlichen Ausdruck

Trotz der wachsenden Anerkennung der weitreichenden Folgen traumatischer Erfahrungen auf kognitive und emotionale Prozesse bleibt die systematische Erforschung ihrer Auswirkungen auf die sprachliche Produktion ein bislang unterrepräsentiertes Feld: Neurolinguistische und psycholinguistische Analysen von den Auswirkungen von PTBS auf die sprachliche Produktion sind marginal repräsentiert und methodologisch sehr disparat. Die Anzahl der

Publikationen begrenzt sich *bis dato* auf circa fünfzig in der englischsprachigen und französischsprachigen Literatur (Auxéméry & Gayraud 2020: 518). Der sich auf dieses Forschungsfeld beziehende Korpus an deutschsprachiger Literatur fällt noch geringer aus und wird primär von der Analyse traumatischer Diskurse in literarischen Werken und traumasensibler Sprache dominiert. Exemplarisch können an dieser Stelle Werke von Grugger 2018; Kruschwitz 2022; Poser 2016; Staiber 2005 sowie die Publikationen von Höflich 2022; Spratler 2019 angeführt werden. Hingegen bleibt die linguistische Analyse des Traumadiskurses im deutschsprachigen Raum eine noch kaum erforschte Sparte, deren Publikationslandschaft bisher nur wenige Beiträge aufweist (vgl. Günzel-Helmig 2022; Seipel 2024; Waller & Scheidt 2010).

Mit Gewissheit lässt sich aber feststellen, dass sich die in der psychischen Architektur operierte Zäsur ebenfalls auf den sprachlichen Ausdruck¹⁹ und die zwischenmenschliche Kommunikation niederschlagen kann (Carozza 2024: 229). Wenn „trauma survivors finally try to lend words to their experiences, they typically speak ‚languages of the unsayable“ (Welz 2017: 424).

4.2.1. Traumatische Spuren in der Sprechmotorik

“

*Käme,
käme ein Mensch,
käme ein Mensch zur Welt, heute, mit
dem Lichtbart der
Patriarchen: er dürfte,
spräch er von dieser
Zeit, er
dürfte
nur lallen und lallen,
immer-, immer-
zuzu.*

(Celan, *Die Niemandrose*)

”

¹⁹ Frühe Traumatisierungen im Kindesalter können sich nicht nur nachteilig auf den Spracherwerb auswirken, sondern auch die Erkennung und Verarbeitung von lautsprachlichen Informationen erschweren (End 2024: 11). Traumatisierte Kinder weisen des Öfteren Schwierigkeiten in der selektiven Aufmerksamkeit und Reizfilterung auf, was es ihnen erschwert, sprachliche Äußerungen differenziert wahrzunehmen und deren Bedeutung adäquat zu interpretieren (van der Kolk 2014: 311).

In einer neurolinguistischen Fallstudie aus dem Jahr 2014 untersuchte Bijleveld den kausalen Zusammenhang zwischen der Entstehung von Stottern und posttraumatischer Belastungsstörung. Klinische Beobachtungen belegen, dass Stottern bei PTBS-Patient:innen in der Regel nach der Diagnose und der entsprechenden Behandlung der PTBS abklingt (Bijleveld 2014: 39). Die Ergebnisse dieser Fallstudie legen jedoch nahe, dass die Anwesenheit von psychogenen Faktoren, wie beispielsweise einer posttraumatischen Belastungsstörung, sowie von minimalen zerebralen Läsionen (Schädel-Hirn-Trauma) einen beachtenswerten Einfluss auf die Entwicklung des Stotterns ausüben (ibid.: 42). Die aggravierende Wirkung von PTBS bei der Entstehung des Stotterns wurde durch eine groß angelegte quantitative Studie mit über 300.000 US-Veteranen nachgewiesen, die an den Irak- und Afghanistan-Konflikten beteiligt waren (Norman et al. 2018). Die Untersuchung ergab, dass das gleichzeitige Auftreten von PTBS und Schädel-Hirn-Trauma einen signifikanten ätiologischen Faktor für die Entwicklung des Stotterns darstellt (ibid.: 531f.; Welz 2017: 415).

Traumatische Ereignisse können sich ebenfalls auf den Stimmapparat auswirken und funktionelle Stimmstörungen, sogenannte „psychogene Dysphonien“, verursachen, die in schweren Fällen bis zur vollständigen Stimmlosigkeit – der Aphonie – führen können (Berufsverband für Hals-Nasen-Ohrenärzte 2023; End 2024: 11; o.V. 2024: 146f.).

4.2.2. Sprachliche Echos traumatischer Erinnerung

Das Traumatische hinterlässt auch Spuren in der Sprache, in Gestalt von grammatikalischen Brüchen, syntaktischen und lexikalischen „Anomalien“.

In ihrer Erforschung zur Natur des Traumas analysierten O’Kearney & Perrott (2006) 19 empirische Studien von Traumanarrativen und identifizierten die Disruption der zeitlichen Struktur als eines der zentralen linguistischen Merkmale posttraumatischer Diskurse. Das Erzählen wird beispielsweise durch den häufigen Wechsel zwischen Gegenwart und Vergangenheit charakterisiert – die Sprunghaftigkeit der Tempora, die keiner narrativen Logik folgt, offenbart die Auflösung der zeitlichen Grenzen zwischen Damals und Jetzt (Charf 2018: 187; Gildea 2018: 22; O’Kearney & Perrott 2006: 88). Der Gebrauch der Gegenwartsform dominiert das Traumanarrativ und spiegelt die stete Aktualität der traumatischen Erfahrung wider (ibid.: 88; Gindt et al. 2013). Zugleich glänzt die Zukunftsform durch ihre Abwesenheit – die Fähigkeit zur „mnestischen Projektion“ (Zukunftsprojektion und zeitliche Antizipation) ist neurokognitiv beeinträchtigt, und sprachlich nicht mehr formulierbar (Auxéméry 2021: 389;

Auxéméry & Gayraud 2020: 521). Die zeitliche Orientierungslosigkeit beim Versuch, das Erlebte in Worte zu kleiden, entspricht der Deaktivierung jener Hirnregionen, die für unsere Ort- und Zeitorientierung zuständig sind. Aufgrund dieses neurobiologischen Korrelats verfallen die Betroffenen in eine „Nicht-Zeit“, die die Kontextualisierung des Erlebten erschwert (Hüllemann 2019: 114f.; Joseph 2015: 50; Piefke & Markowitsch 2009: 14).

Widersprüchliche Annahmen sind in der Literatur zur Selbstreferenz in Traumanarrativen zu finden. Während O’Kearney & Perrott (2006: 88) eine defizitäre Verwendung der Ich-Form als Hinweis auf posttraumatische Symptome deuten, dokumentieren Rubin (2011: 863) sowie Kleim et al. (2018: 1) hingegen eine Korrelation zwischen der Überrepräsentation der ersten Person Singular und der Entwicklung von PTBS. Gayraud und Auxéméry (2022: 199) weisen darauf hin, dass eine überproportionale Verwendung der Ich-Form zwar von einigen Autoren mit vermehrtem Grübeln über das traumatisierende Ereignis, depressiven Symptomen oder negativer Selbstwahrnehmung in Verbindung gebracht wird (vgl. Edwards & Holtzman 2017; Mergenthaler & Bucci 1999), argumentieren hingegen, im Kontext traumatischer Diskurse tritt nicht eine Abundanz, sondern vielmehr ein sprachliches Verlöschen des Ichs zutage. Vielmehr dominiert der Gebrauch von generischen Pronomen – ein sprachliches Muster, das als kardinaler Marker der Depersonalisation gedeutet werden kann (Gayraud & Auxéméry 2022: 199). Die dissoziative traumakompensatorische Reaktion schlägt sich in der Sprache nieder: Das Subjekt verliert grammatisch seine Kontur. „In other words, trauma makes people feel like either some body else, or like no body.“ (van der Kolk 2014: 247)

Die Verwendung von Passivkonstruktionen konstituiert ein weiteres linguistisches Charakteristikum der traumatischen Narrative (Quillivic et al. 2024: 16; Waller & Scheidt 2010: 65). Durch die syntaktische oder grammatische Auslassung des Agens wird dem Erzählenden seine Handlungsfähigkeit (*agency*) entzogen (Auxéméry & Gayraud 2020: 521ff.).

Auf der semantischen Ebene wird das Erzählte durch körperbezogene und sensorische Lexeme geprägt (Gayraud & Auxéméry 2022; Yu et al. 2025: 10). Diese manifeste Präsenz der perzeptuellen Dimension spiegelt die Einschreibung traumatischer Engramme im Somatischen sowie deren Aktivierung in Form von Intrusionen wider. Auch Quillivic et al. (2024: 10) identifizieren in ihrer interdisziplinären Untersuchung zu linguistischen Biomarkern posttraumatischer Belastungsstörungen sensorische und körperbezogene Wahrnehmungen in Traumanarrativen als sprachliche Indikatoren für intrusive Erinnerungen und Vermeidungssymptome.

Das lexikalische Gewebe von Traumanarrativen ist durchzogen von mit dem Tod oder dem Sterben evozierenden Begriffen – Begriffe, die die Omnipräsenz der

Vernichtungserfahrung und der existenziellen Bedrohung bei der Versprachlichung der Erfahrung zutage treten lassen (Gayraud & Auxéméry 2023: 224; Kleim et al. 2018: 5; O’Kearney & Perrott 2006: 83). Nach Yu et al. (2025: 11) kann die reduzierte Verwendung todesbezogener Lexeme im narrativen Ausdruck als potenzieller linguistischer Marker für eine Verbesserung der intrusiven Symptomatik verstanden werden.

Die Tendenz, persönliche Erfahrungen durch allgemeingültige Redewendungen wie etwa durch das resignative „so ist das Leben“ zu beschreiben, kann als weiterer linguistischer Marker der PTBS betrachtet werden. Die individuelle perzeptuelle Wahrnehmung wird in den Schatten der allgemeinen Floskeln des Alltags gestellt und verliert an Kontur. Die Sprache selbst wird zur Rüstung, schützend und zugleich entfremdend, ein Medium, in dem das Erlebte weder gespürt noch ausgesprochen werden kann – ein leiser Hinweis auf die tieferen Narben traumatischer Erfahrung (Auxéméry & Gayraud 2020: 521).

Die Fragmentierung bzw. Desorganisation der Erzählstruktur wird in der Fachliteratur häufig als eines der zentralen linguistischen Merkmale posttraumatischer Reaktion betrachtet (Carozza 2024: 230; Charf 2018: 186; O’Kearney & Perrott 2006: 89; Quillivic et al. 2024: 10; van der Kolk 2014: 244; Waller & Scheidt 2010: 66; Welz 2024: 415). Auxéméry und Gayraud (2022: 199f.) kommen jedoch zu dem Schluss, dass dieses Phänomen, trotz seiner häufigen Erwähnung, durch uneinheitliche Begriffsdefinitionen sowie divergierende Bewertungskriterien charakterisiert ist²⁰. Diese methodologische Unschärfe führt zu einer begrenzten Vergleichbarkeit der Ergebnisse und kann die Inkonsistenz der empirischen Befunde zur Folge haben.

In den meisten Publikationen wird eine Dysfluenz in der Redeflüssigkeit dokumentiert: „fluency of speech remains troubled by snatches and iterative accidents“ (ibid : 209). Die Fragmentierung im Narrativ drückt sich durch syntaktische Abbrüche (*false starts*), abgebrochene Satzstrukturen und elliptische Konstruktionen, Sprechpausen, Selbstkorrekturen (*repairs*), Wiederholungen von Silben oder Wörtern, den Einsatz von Füllwörtern sowie phonologische Merkmale wie Lautverlängerungen aus (Auxéméry & Gayraud 2020: 511; Quillivic et al. 2024: 6; Waller & Scheidt 2010: 65). Der stockende Erzählstrom artikuliert sich rund um die Anomie – den Verlust oder das temporäre Aussetzen der Fähigkeit, das Erlebte über sprachliche Signifikanten zum Ausdruck zu bringen.

²⁰ Auxéméry und Gayraud (2022: 199f.) weisen unter anderem darauf hin, dass Brüche in traumabezogenen Narrativen teils als mnestiche Ellipsen, teils als abgebrochene Denkprozesse oder als narrative Diskontinuitäten im literarischen Sinn interpretiert werden. Eine konsistente oder systematisierte Bewertung sogenannter „Traumaskripte“ bleibt dabei jedoch aus (ibid.). Vielmehr verweist diese Divergenz auf ein komplexes Ineinandergreifen psychischer, kognitiver und sprachlicher Prozesse, das dem Subjekt den Zugang zur Sprache verwehrt.

Auf der semantischen Ebene manifestiert sich diese amnestische Blockade der Wortfindung in einer Form der „sprachlichen Leere“, in der Wörter fehlen oder versagen (Auxéméry & Gayraud 2020: 519; Carozza 2024: 231). Im Ringen um das verlorene Wort beginnt die Sprache zu kreisen: Die Betroffenen nähern sich dem Gesuchten über circumloquente, periphrastische Ausdrucksformen und synonymische Beschreibungen. Wo das präzise Wort verstummt, treten Metaphern oder Füllwörter ein, die die Leerstelle notdürftig füllen (Gayraud & Auxéméry 2022: 208) – „[t]hus silence can enter into speech as well“ (Welz 2017: 424).

Auxéméry (2021: 385) und Auxéméry und Gayraud (2020: 523) merken an, dass – sobald sich die traumatische Szene annähert – die traumatische Anomie das Subjekt erstarren lässt – gefangen in den diskursiven und prosodischen Markern der Wiederholung. Die Sprache kollabiert, zerfällt in Fragmente, Pausen und Brüche. Umgekehrt lässt sich konstatieren: Je weiter sich Kognition und Wahrnehmung vom Kern des Traumatischen entfernen, desto mehr beginnt die Sprache wieder zu fließen, desto stabiler wird der sprachliche Ausdruck.

Die Wortlandschaft schrumpft ebenfalls: Das traumatische Narrativ wird von einer reduzierten Anzahl von Lemmata und Sätzen gekennzeichnet, sowie von einer verminderten lexikalischen Dichte (Auxéméry & Gayraud 2020: 511; Kleim et al. 2018: 2; Waller & Scheidt 2010: 65). Durch die traumabedingte neurokognitive Dysregulation der psychischen Struktur werden das lexikalische Repertoire und die Möglichkeit des Artikulierens des Erlebten verringert.

4.2.3. Sprachliche Marker als Forschungsansatz

Die diagnostische Erfassung einer posttraumatischen Belastungsstörung erweist sich als schwierig – nicht zuletzt aufgrund der unaussprechlichen Natur des Traumas und der traumakompensatorischen Vermeidungsschemata, die sich um die zugrunde liegenden traumatischen Engramme herum bilden (Quillivic et al. 2024: 2). Zudem betont van der Kolk (2014: 43), dass „[a]ll trauma is preverbal“: Die traumatischen Spuren sind in Körper und Psyche eingeschrieben und entfalten ihre Wirkung in einem weitreichenden Netzwerk von Manifestationen. Dabei kontaminiert das Trauma die Sprache selbst – es sickert in ihre Strukturen ein und durchdringt ihre Ausdrucksformen. So wird die Sprache selbst zum Ort der Verletzung (Auxéméry 2021).

Selbst wenn der Kern des Traumas im Somatischen und psychischen Apparat wurzelt, plädieren Waller und Scheidt (2010: 70) dafür, den sichtbaren Verzweigungen seiner Auswirkungen mehr Beachtung zu schenken, insbesondere durch die Erforschung der sprachlich-

narrativen Ausdrucksformen von Traumaüberlebenden. Die Analyse linguistischer Marker in Traumanarrativen eröffnet neue Perspektiven innerhalb der Traumaforschung: Solche sprachlichen Marker offenbaren grundlegende Strukturprinzipien psychischer Prozesse und tragen somit zu einem vertieften Verständnis der Dynamik und Natur traumatischer Erlebnisse bei (O’Kearney & Perrott 2006: 91).

Ferner kann die Auseinandersetzung mit linguistischen Markern auch präventiven Zwecken dienen, da solche sprachlichen Manifestationen als Indikatoren für die Entwicklung einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) genutzt werden können (Kleim et al. 2018: 5). Insbesondere im Kontext katastrophaler Ereignisse können linguistische Hinweise entscheidend zu einer gezielteren und frühzeitigeren Krisenintervention beitragen, indem sie die rasche Identifikation von Individuen ermöglichen, die prioritär psychologische Intervention benötigen (Quillivic et al. 2024: 16).

Auxéméry und Gayraud (2020: 526) haben ein psycholinguistisches Modell namens *SPLIT – traumatic psycholinguistic syndrome (SPLIT)* – entwickelt, das eine präzisere Erfassung traumatischer Erscheinungsformen ermöglicht. Nach Ansicht der Autoren bietet das Modell eine höhere Objektivität als die herkömmliche klinische Diagnostik, die sich primär auf nosographische Kategorien, standardisierte Skalen und Fragebögen stützt und somit auf der subjektiven Einschätzung von Patient:innen oder Behandelnden beruht (Gayraud & Auxéméry 2022: 196). Die diagnostischen Kategorien des SPLIT-Modells erlauben insbesondere eine differenzierte Erfassung dissoziativer Phänomene und ihrer Subsymptome: Anhand von zehn *Items* werden linguistische Marker für Derealisation, Depersonalisation, Flashbacks sowie das Phänomen der Unaussprechlichkeit mittels psycholinguistischer Analyse identifiziert (ibid.). Das an der Schnittstelle von Psychologie und Linguistik angesiedelte SPLIT-Modell verleiht somit der Sprache eine Schlüsselrolle in der differenzierten Diagnostik und Früherkennung posttraumatischer Belastungsstörungen.

Gleichzeitig ist aus traumatheoretischer Perspektive hervorzuheben, dass jede traumatische Erfahrung in ihrer Singularität zu betrachten ist – kein traumatisches Geschehen gleicht dem anderen (Auxéméry 2021: 396). Die Fokussierung auf linguistische Marker birgt die Gefahr, dass diagnostische Verfahren einer rein symptomzentrierten Logik folgen, in der ausschließlich manifeste Ausdrucksformen berücksichtigt werden und die Tiefe des Erlebens auf das Messbare reduziert wird (Payk 2021: 43). Damit die Singularität der traumatischen Erfahrung nicht in dem Raster diagnostischer Kategorien verloren geht, sollte die psycholinguistische

Analyse in einen multidimensionalen Kontext eingebettet werden, der sowohl die intrapersonalen Dynamiken als auch die kontextuelle Ätiologie des Traumas berücksichtigt.

Die linguistische Analyse von Traumanarrativen kann darüber hinaus zur prozessbegleitenden Bewertung psychotherapeutischer Interventionen beitragen (Auxéméry & Gayraud 2020: 526; Yu et al. 2025: 11). Durch die systematische Erfassung sprachlicher Veränderungen im Therapieverlauf wird ein strukturiertes Patientenmonitoring ermöglicht, das als Grundlage für eine dynamisch adaptierte, individualisierte Behandlung dienen kann (Quillivic et al. 2024: 16).

Allerdings ist zu beachten, dass manche Traumaüberlebende im Laufe der Zeit eine „cover story“ entwickeln, ein kohärentes Narrativ, das auf mehr Akzeptanz bei ihrem Gegenüber stößt (Levine 2010: 113; van der Kolk 2014: 43). Dieses Narrativ fungiert wie ein schützender Mantel: Es bewahrt vor der erneuten Verletzung durch Unverständnis oder Ablehnung – und somit vor der Gefahr einer Retraumatisierung –, zugleich aber verschließt es den Zugang zum inneren Geschehen. Wird dieses Narrativ oft genug wiederholt, beginnt es sich in das autobiographische Gedächtnis einzuschreiben und zunehmend als eigene Wahrheit empfunden zu werden; aber der Körper erzählt eine andere Geschichte (van der Kolk 2014: 236). Dieses von der inneren Erfahrung getrennte Narrativ begegnet nicht nur im Alltag, sondern auch im therapeutischen Raum. Aufgrund der Kohärenz der Narrative entziehen sich derartige „cover stories“ dem Raster der sprachlichen Marker des Traumas – die psycholinguistische Analyse stößt an ihre Grenzen.

Die ersten Forschungsansätze zur Identifikation sprachlicher Marker traumabezogener Erfahrungen basierten vorwiegend auf der Auswertung standardisierter Fragebögen (Kleim et al. 2018: 5). Mit dem zunehmenden Interesse an linguistischen Prädiktoren psychischer Störungen innerhalb der Traumatalogie und der kontinuierlichen Weiterentwicklung der künstlichen Intelligenz wurden neue Wege beschritten. So haben Quillivic et al. (2024: 2) einen auf *Natural Language Processing* (NLP) basierenden Algorithmus zur Evaluation posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) konzipiert, der sprachliche Merkmale in Transkripten von Traumanarrativen erfasst. Insbesondere durch den Einsatz maschinellen Lernens konnte eine diagnostische Genauigkeit erreicht werden, die mit jener klinischer Fachärzt:innen vergleichbar ist (ibid.: 16). Auch Gayraud und Auxéméry (2022: 198) betonen das Potenzial psycholinguistischer Analysen für die Etablierung eines digitalen Phänotyps der PTBS. In ähnlicher Weise verweisen Yu et al. (2025: 3) auf die Anwendbarkeit quantitativer psycholinguistischer

Verfahren, die auf KI und maschinellem Lernen basieren, als niederschwellige und ökonomische Screening-Instrumente für traumaassoziierte Störungen (ibid.: 2).

Hu et al. (2024: 860) verweisen ebenfalls auf die Vorteile des Machine Learning für die Identifizierung von Biomarkern der PTBS-Symptomatik. Ausgehend von der Annahme, dass akustische Merkmale zwischen Personen mit PTBS und gesunden Kontrollpersonen systematisch Differenzen aufweisen, analysierte das Forschungsteam Audioaufnahmen von 76 Traumaüberlebenden sowie einer Kontrollgruppe von 60 Personen. Die Extrahierung und Bewertung akustischer Parameter ergab signifikante Unterschiede, darunter insbesondere eine reduzierte Stimmfrequenzbandbreite bei den Proband:innen mit posttraumatischer Belastungsstörung. Die aus dieser Studie gewonnen Erkenntnisse deuten auf spezifische, potenziell diagnostisch nutzbare akustische Marker hin, die sowohl zur Identifikation posttraumatischer Belastungsstörungen als auch zur Einschätzung des Schweregrads des Störungsbildes beitragen können (ibid.: 866).

Die obengenannten Studien stellen Pionierarbeiten an der Schnittstelle zwischen Psychologie und Linguistik dar und verdeutlichen das interdisziplinäre Potenzial sprachbasierter Analysen. Ihre Ergebnisse eröffnen vielfältige Anwendungsmöglichkeiten – etwa in der Logopädie, in der psychotraumatologischen Forschung sowie im Kontext der Krisenintervention (End 2024: 13; Quillivic et al. 2024: 3). Zugleich wird in der Mehrheit der einschlägigen Werke ein zentraler methodischer Schwachpunkt benannt: der Mangel an empirischer Fundierung sowie der Bedarf an umfangreichen, qualitativ hochwertigen Sprachkorpora (Caglar 2012: 49; End 2024: 13; Gayraud & Auxéméry 2022: 209; Hu et al. 2024: 865f.; Kleim et al. 2018: 5; Knoff et al. 2024: 8f.; O’Kearney & Perrott 2006: 90; Quillivic et al. 2024: 17; Waller & Scheidt 2010: 70; Yu et al. 2025: 11). Des Weiteren weisen Yu et al. (2025: 3) auf spezifische Herausforderungen bei der Anwendung von NLP- und KI-basierten Verfahren hin: Diese Systeme erfassen implizite emotionale Bedeutungen sowie kontextuelle Nuancen bislang nur eingeschränkt. Zudem ist die Qualität der zugrundeliegenden Transkriptionsdaten ein entscheidender Faktor für die Leistungsfähigkeit und Genauigkeit der Modelle.

Neben der existierenden Forschungslücke in diesen innovativen NLP-gestützten Verfahren ist zu bemerken, dass jedes Trauma *per se* individuell ist, und dass unter dem quantitativen Screening – ebenso wie in anderen diagnostischen Verfahren, die sich lediglich an klassifikatorischen nosographischen Modellen orientieren – die vielschichtige Dynamik traumatischer Erfahrungen verkannt zu werden droht (Hartmann-Kottek 2021: 241f.). Vor diesem

Hintergrund konstituieren psycholinguistische Charakteristika des Traumas lediglich ein weiteres Instrument, um eine qualitative Behandlung von Traumaüberlebenden zu gestalten.

„Mensch sein heißt Sinn finden“ (Frankl 2017), die Traumaerfahrung ist durch das Auftreten eines Sinn- und eines Selbstzusammenbruchs gekennzeichnet (Gayraud & Auxéméry 2023: 225). Durch die Erkundung traumabezogener Signifikanten – u.a. gekennzeichnet durch die Abwesenheit des Ichs und die vermehrte Verwendung von Passivkonstruktionen – wird versucht, den Sinn in der Sprache wieder zu rekonstruieren, das Ich in seiner Handlungsfähigkeit zu rehabilitieren, dem Subjekt wieder eine aktive Stimme zu verleihen. Angeloch (2020: 233) plädiert ebenfalls dafür, dem, „was in und mittels Sprache“ ausgedrückt wird, in dessen Mikrostrukturen und in den feinen Rissen dazwischen zu lauschen.

4.3. Stille

4.3.1. Die Sprache der Sprachlosigkeit

“ [L]autlose Erscheinungen, die zu mir sprechen
mit Blicken und Gebärden, wortlos und schweigend,
– und ihr Schweigen ist das Erschütternde.
Erich Maria Remarque
Im Westen nichts Neues ”

In der Traumaliteratur manifestiert sich eine wiederkehrende Trope: die stille Leerstelle, das Verstummen, der Mutismus, das Schweigen – polymorphe Manifestationen der Abwesenheit der Sprache (Hill-Woods 2019: 68; Langer 1993: 21; Payk 2021: 308). Werden Traumaüberlebende nach dem belastenden Ereignis über ihr Erleben befragt, treten vorwiegend Symptome des „völlig Absorbiert- und Gefangenseins in der Situation“, der Derealisierung, der Depersonalisierung und amnestische Zustände auf – sie verfallen in das Unsagbare der traumatischen Situation (Fischer & Riedesser 2023: 89; Levine 2011: 113).

In der Arbeit mit traumatisierten Menschen zeigt sich früher oder später eine Konfrontation mit „blank stares and absent minds“, sowie das Auftreten einer Sprachleere (van der Kolk 2014: 79). Diese „Sprache der Abwesenheit“ begegnete Antje Günzel-Helmig in ihrer Praxis mit einem an PTBS leidenden Patienten: „Nach und nach verstummt der Patient. Sein Verstummen mutete mutistisch an und unterschied sich von Formen des Schweigens, wie ich sie bisher

kennengelernt hatte.“ (Günzel-Helmig 2022: 64f.) Angesichts der sich breit machenden Stille bezeichnet die Behandelnde diese Form des Schweigens als „autistische Abwehrmechanismen“. Ähnlich wie bei der Untersuchung sprachlicher Merkmale traumatischer Spuren stützte sich die Forschung zunächst auf andere Störungsbilder, um die sichtbaren Folgen von Traumata zu erschließen. So wurde etwa das Krankheitsbild der Aphasie herangezogen, um die Auswirkungen einer posttraumatischen Belastungsstörung auf die Sprache zu veranschaulichen (Möllerling 2012: 397). Tatsächlich lassen sich in der Fachliteratur zu neurogenen Sprachstörungen – beispielsweise infolge von Hirnläsionen – Symptome finden, die jenen bei PTBS ähneln (Baumgärtner & Staiger 2020: 155; Schnider 2004: 36f.). Die Anlehnung an benachbarte Störungsbilder kann grundsätzlich dazu beitragen, der Symptomatik traumatischer Erfahrungen schärfere Konturen zu verleihen und sie differentialdiagnostisch einzuordnen. Dennoch bergen symptomatische Analogien die Gefahr, die intrinsische Dimension des Traumas und dessen komplexe Matrix zu negieren, sodass ein Störungsmodell entsteht, das der individuellen Vielschichtigkeit posttraumatischer Prozesse nicht gerecht wird und zu inadäquaten diagnostischen Etikettierungen führen kann. Zugleich verdeutlichen die symptomatischen Überschneidungen mit neurogenen Störungsbildern, wie schwerwiegend die Konsequenzen des Kollabierens der Psyche sein können – mit einer klinischen Tragweite, die in ihrer Intensität mit den Auswirkungen zerebraler Läsionen vergleichbar ist (ibid.).

Günzel-Helmig evoziert die Unzugänglichkeit eines Patienten, der in der Gegenübertragungsdynamik Gefühle von Belanglosigkeit und eine Erfahrung der Ich-Annihilation als psychisches Objekt hervorrief (2022: 72f.) Laut der Psychotherapeutin (ibid.: 71) operiert der Patient durch sein Verstummen einen Akt der Desobjektalisierung der therapeutischen Person, ein „autistoider Rückzug“ (ibid. 68f.), der die Etablierung einer Container-Containment-Beziehung verhindert (vgl. Bion 1970: 72). Von außen mag das Phänomen der Sprachleere in der therapeutischen Beziehung wie eine autistoide Schutzreaktion erscheinen; von der inneren Perspektive ist es vielmehr ein Ausdruck der unaussprechlichen und unverständlichen Natur des Traumas (Fischer & Riedesser 2023: 37).

In ihrer Auseinandersetzung mit dem Phänomen des Verstummens folgt Günzel-Helmig (2022: 63) der psychologischen Fachliteratur auf der Spur nach tiefergehenden Bedeutungsdimensionen, fragt sich aber ebenfalls, ob die „Qualität des Verstummens dazu dienen kann, eine unsagbare, traumatisch abgespaltene Erfahrung von psychischer Nicht-Existenz zu kommunizieren“. Sie kommt zum Schluss, dass die sich ausbreitende Sprachleere keine Abwehr gegen den Aufbau einer therapeutischen Allianz darstellt, sondern vielmehr als einzige

Kommunikationsmöglichkeit der Nicht-Ich-Erfahrung der Traumaüberlebenden zu begreifen ist (ibid.: 74). Entscheidend ist dabei die Bereitschaft der Behandelnden, gemeinsam mit den Patient:innen in den „Abgrund der Sprachlosigkeit“ hinabzusteigen – in jenes psychische Terrain, in dem Abwesenheit nicht abgewehrt wird, sondern einen Resonanzraum erhalten kann (ibid.). Erst durch dieses Mitgehen in die Leere, durch die Bereitschaft der Therapeut:innen, sich von dieser Abwesenheit „erfüllen“ zu lassen, wird ein Möglichkeitsraum eröffnet, in dem das Unsagbare allmählich Form, Sprache und Sinn gewinnen kann (ibid.: 74f.).

In der literarischen sowie in der psychologischen Auseinandersetzung mit Stille dominiert häufig ein negativ konnotiertes Wortfeld, das mit Leere, Entfremdung, Tod, Vernichtung, dem Unheimlichen und dem Unsagbaren in Verbindung gebracht wird. Eine andere Leseart ist aber möglich: Das Unausgesprochene ist nicht ausschließlich als Versagen der Sprache oder als Sprache der Dissoziation auf der symbolischen Ebene zu verstehen, positive Assoziationen können ebenfalls entstehen (Grenaudier-Klijn 2016: 24). Welz (2017: 422) berichtet etwa über therapeutische Kontexte und Gruppentherapie von Veteranen, in denen das Schweigen verbindet, und nicht trennend wirkt – ein stiller Widerhall, der Beziehung stiftet. Die seelischen Wunden sind präsent, ohne benannt zu werden, finden sie in der Stille eine Form von Resonanz.

Die Qualität dieses Resonanzraums konstituiert einen zentralen Wirkfaktor für die therapeutische Beziehung: In der Stille kann sich eine dialogische Dynamik entfalten, die als Nährboden für die Emergenz der Darstellung der inneren Realität der Patient:innen dienen kann (Günzel-Helmig 2022: 74f.). Bleibt die Resonanz aus – findet die Stille bei der behandelnden Person kein Echo –, verwandelt sich das Schweigen in ein Zeichen von Distanz, Beziehungsabbruch und Entfremdung. In dieser Konstellation steht Stille nicht mehr für ein geteiltes Verstehen, sondern für das Ausbleiben von responsiver Anerkennung (Welz 2017: 422). Eine weitgehend stabile und positiv gefärbte Übertragungsbeziehung ist in diesem Zusammenhang von wesentlicher Bedeutung (Fischer & Riedesser 2023: 304).

4.3.2. Jenseits der Repräsentierbarkeit

“

*But how is one to say, how is one to communicate
that which by its very nature defies language?*

*Elie Wiesel,
A Jew today*

”

Wie beschreibt man die Loslösung der Sprache vom Sprechenden? „[A]s trauma remains unknowable and unspeakable even to one who has lived it most fully“ (Lowenthal 2019: 78). Van der Kolk (2014: 43) berichtet, dass Opfer von Übergriffen oder Unfällen oft stumm und wie erstarrt in den Notaufnahmen sitzen – gefangen in einem Moment, der sich jeder Zeit entzieht. Traumatisierte Individuen verstummen nicht nur, sie verlieren den Zugang zur Sprache, als hätten Worte sie verlassen. Auf Fotografien aus dem Krieg blicken einem Männer mit leeren Augen entgegen – schweigend, versunken in eine Leere, die mit Sprache nicht zu erreichen ist (ibid.). Auch Augenzeugen, die selbst nicht unmittelbar traumatisiert wurden, fehlen oft die Worte, wenn sie versuchen, das Gesehene zu beschreiben. So stößt etwa der amerikanische Kriegskorrespondent Edward R. Murrow in seinem Bericht über die Befreiung des Konzentrationslagers Buchenwald am 15. April 1945 selbst an jene Grenze, an der Sprache endet. In einer seiner berühmtesten Rundfunkübertragungen schloss er mit den Worten: „I pray you to believe what I have said about Buchenwald. I reported what I saw and heard, but only part of it. For most of it, I have no words.“ (zitiert nach Rendahl 2025) Die Eindrücke lösen sich selbst für Beobachtende des Öfteren in einzelne Fragmente auf, während das vollständige Bild wie ein zerbrochener Spiegel bleibt, dessen Scherben sich nicht wieder zu einem stimmigen Ganzen zusammenfügen lassen (Herman 1992: 286). Für die Betroffenen erweist sich die Suche nach einer sprachlichen Ausdrucksform, die ihre Erfahrung artikulieren kann – nach Signifikanten, die das Fragmentierte zusammenhalten und das Erlebte in seiner Gesamtheit enthalten könnten – häufig als vergeblich (ibid.; Horowitz 1997: 101).

Körperliche Verletzungen sind dem sinnlich Wahrnehmbaren unmittelbar zugänglich – sie sind sichtbar, situierbar, greifbar. Psychische Traumatisierungen hingegen entziehen sich dieser Evidenz; sie manifestieren sich im Feld des Unsichtbaren; und doch sind sie nicht weniger real und wirksam als körperliche Läsionen (Fischer & Riedesser 2023: 25). Der Fortschritt neurowissenschaftlicher Forschung und die verstärkte Einbindung bildgebender Verfahren wie der funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRT) in die psychologische Forschung haben

es ermöglicht, die Spuren des Traumas in der neuronalen Aktivität von Menschen mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) sichtbar zu machen (Imtiaz et al. 2026; Scaer 2005: 71f.; van der Kolk 2014: 66f.). Dank dieser Einsichten wird eine Realität greifbar, die dem wissenschaftlichen Zugriff lange entzogen war – jene innere Realität, mit der das zusammengebrochene Ich zu kämpfen hat. Aber diese neuen Erkenntnisse verlassen selten das Feld der Forschung und erreichen somit selten die Betroffenen.

Außerdem wirkt sich das Trauma auf den gesamten Organismus aus und nicht zuletzt auf das vegetative Nervensystem: Dysregulationen fundamentaler körperlicher Funktionen wie Schlaf, Ernährung, Verdauung, Erregungs- und Wachsamkeitsniveau treten häufig bei einem persistierenden Zustand der Erstarrung sowie bei der Chronifizierung der Stressreaktion auf (Fischer & Riedesser 2023: 395; van der Kolk 2014: 56). Unter solchen Bedingungen wird die begrenzte verfügbare Energie primär für die Aufrechterhaltung basaler Alltagsfunktionen mobilisiert (Levine 2011: 52). Bei der Abspaltung des Selbst ringt zudem das funktionierende Ich, dissoziiert von der Traumaerfahrung, um die Bewältigung alltäglicher Anforderungen (Charf 2018: 190). Van der Kolk (2014: 233) beschreibt diesen inneren Zwiespalt pointiert: „As long as you keep secrets and suppress information, you are fundamentally at war with yourself.“ Folglich bleibt wenig Raum und Zeit für die Integration und Repräsentation des Erlebten.

In dem Moment, in dem Sprache sich dem Trauma annähern will, entzieht sich dieses jeder Artikulation – was bleibt, ist Sprachlosigkeit. Die Betroffenen verfallen in einen „sprachleeren Raum“ (Grugger 2018: 380). Sprache fällt in sich zusammen; noch schlimmer: Die Sprache scheitert an der direkten Erfahrung des Unaussprechlichen. Sie „versagt gegenüber dem Schrecken. Mehr noch: Sie wird von diesem zersetzt.“ (ibid.: 384) „There are never enough words or the right words, there is never enough time or the right time, and never enough listening or the right listening to articulate the story that cannot be fully captured in thought, memory, and speech“ (Laub 1991: 77). Viele Überlebende fühlen sich wie Tote unter den Lebenden (van der Kolk 2014: 233), „as if the person’s primal springs of vitality had dried up, as if he were empty or hollow to the core of his being“ (Murray 1967: 9), als ob ein leerer Wind durch ihre Seele wehen würde, der kein *pneuma*²¹ mehr trägt.

Das psychische Trauma birgt in seinem Kern eine Dimension, die die Grenzen der Repräsentierbarkeit sprengt (Angeloch 2020: 233; Grabska 2020: 28). Roisin (2010: 31) verleiht den Stimmen traumatisierter Menschen Nachhall und beschreibt die Traumaerfahrung nicht

²¹ Der Begriff *pneuma* verweist in diesem Kontext auf seine altgriechische Bedeutung – den Atem des Lebens, der den Körper durchdringt und beseelt.

lediglich als die Empfindung des Verlusts von Leben – die der Vorstellungskraft noch zugänglich wäre –, sondern als das Erleben der Wirklichkeit des Todes, eine Erfahrung der totalen Zerstörung, der Vernichtung des Lebens und des Seins, für die es keinerlei Repräsentanz gibt (Grabska 2020: 27 ff.). Um die Reichweite dieser existenziellen, traumainduzierten Erschütterung zu erfassen, greifen die Historikerin Fresco und der Psychologe Roisin (1984: 418; 2010: 23) zu einem Bild, das selbst an den Rand des Vorstellbaren reicht: Die traumatische Erfahrung gleiche einem schwarzen Loch, das Raum und Zeit verzerrt und dessen Gravitationsfeld das Leben der Betroffenen unwiderruflich verschlingt. Bei der Konfrontation des Traumatischen „words exhaust their possibilities“ (Langer 1993: 83).

Die Nichtrepräsentierbarkeit der traumatischen Erfahrung liegt nicht nur in der Ohnmacht der Worte gegenüber dem Schrecken (Blank 2023: 51). Die beim Auftreten des Traumatischen ins Leere verlaufende Erinnerungslücke trägt zur Unzugänglichkeit des Erlebten bei, und wenn mit Worten versucht wird, die traumatische Erfahrung zu erfassen, tappt das Gedächtnis im Dunkeln (Pausch & Matten 2018: 20). Das mnestische Vakuum, wie es sich in dissoziativen Zuständen verdichtet, stürzt die Betroffenen in eine erneute Erfahrung der lähmenden Hilflosigkeit. Die amnestische Leerstelle breitet sich aus und infiltriert die Struktur des Selbst, und zieht das Subjekt in jenes Schweigen zurück, das an das eigene Nicht-Sein rührt. Und wenn das Gedächtnis spricht, drückt es sich in Form von Erinnerungssplittern aus, die auf die Betroffenen einströmen, und die das Hier und Jetzt überfluten (Hüllemann 2019: 114f.; Levine 2015: 7; Welz 2017: 415). Traumaüberlebende befinden sich in einem Raum jenseits aller Möglichkeiten der Einordnung oder Benennung, was geschieht: „[...] defined by the occurrence of the unspeakable, the signifying chain is interrupted, broken. What remains are disconnected things, events, images, and words“ (Davoine & Gaudillière 2004: 157).

Im Zustand des Verlorenseins in den einströmenden Bruchstücken traumatischer Erinnerung verstärkt sich die Hilflosigkeit durch die Diskrepanz zwischen dem Geschehen und den begrenzten Möglichkeiten seiner Verarbeitung (Fischer & Riedesser 2023: 88). Die unverständliche Natur des Traumas und die Unmöglichkeit, das Erfahrene in das autobiographische Gedächtnis zu integrieren, führen zu einem Entfremdungserlebnis (van der Kolk 2014: 67). Wenn Traumaüberlebende beginnen, das Erlebte zu schildern, erscheinen ihnen die herauskommenen Worte häufig zunächst als ihre eigenen – und werden dann allmählich fremd, in dem Maße, wie sich das Udenkbare allmählich entfaltet. „It is not surprising to hear witnesses in oral testimonies confess that sometimes they do not believe their own stories.“ (Langer 1993: 40). Das Irreale der Situation kommt zum Vorschein, die Betroffenen werden angesichts des eigenen

Erlebens von Stupor befallen: „The one who was ‚there‘ had no speech to name what happened.“ (Welz 2017: 424) Die Sprache löst sich angesichts der erschütternden Realität des Traumatischen auf – die eigene Erfahrung erscheint wie ein Fremdkörper und kann weder als Teil des Selbst erkannt noch integriert werden (Appelfeld 1994: 16; Breuer & Freud 1895: 255; Horowitz 1997: 100) – „the silence signifies that something remains unarticulable“ (Dudai 2014: 52). Wenn die Sprache angesichts des Unsagbaren jedoch nicht stolpert, löst sich der Sprechende oft vom Erlebniszentrum; das Geschehen wird nicht mehr aus der Innenperspektive, sondern aus einer distanzierten Außenperspektive beschrieben – das ist der Beginn der sogenannten „cover story“, in der das Sagbare das Unsagbare überschreibt (Levine 2010: 113; van der Kolk 2014: 43). Der Körper erzählt aber eine andere Geschichte: Unter der Oberfläche des scheinbar kohärenten Narrativs offenbaren Laboruntersuchungen bei Traumaüberlebenden einen erhöhten Spiegel von Stresshormonen – biologische Marker, die das Unsichtbare sichtbar machen. Auch nonverbale Signale wie eine angespannte Stimmelage, ein kaum merkliches Zittern oder eine beschleunigte Atemfrequenz können auf innere Anspannung und latente Ängstlichkeit hindeuten (vgl. van der Kolk 2014: 67, 236).

Die Unmöglichkeit, traumatische Erfahrungen sprachlich – sei es präverbal oder verbal – zu repräsentieren oder mitzuteilen, verweist auf einen radikalen Einbruch in das Gefüge von Welt- und Selbstverständnis (Fischer & Riedesser 2023: 94; Grugger 2018: 58). Die Traumaforscherin Janoff-Bulman (1992: 51) formuliert die Hypothese, dass sich der Mensch in der Welt auf der Basis grundlegender Annahmen bewegt, die für das alltägliche Funktionieren unerlässlich sind. Diese „assumptive world“ ermöglicht es uns, uns an neue Situationen zu adaptieren und Sinn aus dem Erlebten zu konstruieren (ibid.: 12). Fischer und Riedesser (2023: 94) legen außerdem dar, dass ein gewisses Maß an illusionärer Sicherheit notwendig ist, um das Gefühl grundlegender Stabilität aufrechtzuerhalten. Um unser Dasein als bewohnbar zu erfahren, halten wir die Endlichkeit unserer Existenz auf Abstand, wie eine abstrakte, fernliegende Realität. Wir gehen selbstverständlich davon aus, dass wir alltägliche Situationen wie eine Busfahrt oder das Verlassen des Hauses unversehrt überstehen werden. Diese „illusion of invulnerability“ (Janoff-Bulman 1992: 51) stellt keine bloße Selbsttäuschung dar, sondern ist vielmehr die stille Voraussetzung dafür, dass wir uns eine Zukunft entwerfen, Handlungsmacht empfinden und der Welt einen sinnhaften Zusammenhang unterstellen können.

Das Traumatische erschüttert dieses grundlegende Fundament von Sicherheit, Kontinuität, Kohärenz und bewirkt eine radikale Desillusionierung des Subjekts. Die Wirklichkeit des Todes tritt ungeschützt in den Horizont der Erfahrung, und die Bruchlinie mit der Illusion

einer verlässlichen Welt ist bis ins Mark zu spüren: Angesichts der tiefgreifenden Destabilisierung der psychischen Integrität stürzt die Welt im Griff der Unsicherheit und der Vernichtungsangst zusammen (Davoine & Gaudillière 2004: 116; Roisin 2010: 31). Der ontologische Schock wirkt in der psychischen Struktur weiter, wird fortgetragen im Wiederleben des Entsetzens: Der „imprint of death“ (Janoff-Bulman 1992: 56f.) lebt in Form von Intrusionen weiter und „bleibt hartnäckig als Infiltrat gegenwärtig, [...] [e]in jederzeit wirkmächtiger Rest davon bleibt“ (Grabska 2020: 22). Die Wiederkehr des Unerträglichen durch die Reaktivierung traumatischer Engramme entzieht Traumaüberlebenden die Möglichkeit, die Todesdrohung auf Abstand zu halten, die Realität des Todes drängt sich wie ein ständiger Schatten unaufhaltsam in den innersten Erfahrungsraum des Selbst (Janoff-Bulman 1992: 61ff.). Was dem folgt, ist die Zersetzung der Grundüberzeugungen, die ehemals Welt und Selbst zusammenhielten, ein Sturz ins Offene, in dem der Abgrund des Sinnverlusts manifest wird. Das Selbst zerfällt zur Fragmentgestalt, während die Welt keinen Halt mehr bietet und brüchig geworden ist – durchzogen von einem Gefühl tiefer Erschütterung und Instabilität (Fischer & Riedesser 2023: 108).

Inmitten der Trümmer der tragenden Säulen von Sinn, Weltordnung und Selbstkonstruktion droht das sprechende Subjekt zu verschwinden – „the subject of speech may have disappeared“ (Davoine & Gaudillière 2004: xxix). Das Traumatische höhlt den *Logos* – im Sinne Lyotards verstanden als Prinzip der artikulierten Sprache und des rationalen Denkens – von innen heraus aus (Nouvet 2003: 237). Wenn die Wirklichkeit selbst jeden Sinn verweigert, ergibt sich die Frage, wie das Udenkbare eine Gestalt im Gefäß der Sprache annehmen kann, eine Form, die für die Außenwelt kommunizierbar ist (Reznik 2020: 263; van der Kolk 2014: 43).

[T]he survivor's testimony is spoken „in an alien tongue“ with an unbreakable code, offering „feeble, stammering, unfinished, incoherent attempts to describe“ what remains beyond words. Every word spoken by a Holocaust survivor „contains a hundred“; there is silence between the words; and all that is communicated is the „feeling of helplessness at not being able to communicate the experience“. (Welz 2017: 414)

Die durch das Trauma ausbrechende Sinnleere führt zu einem doppelten Bruch: Sie erschüttert die innere Struktur des Selbst und zerreißt zugleich die Verbindung des Subjekts zur sozialen Umwelt (Grugger 2018: 58): „das Schlimmste an dem Zustand waren nicht die Bilder, die ihn aus der Realität rissen – es war die Einsamkeit, diese mit keinem Maß zu messende Entfernung zwischen ihm und den anderen Menschen. [...] Er war ein Außerirdischer.“ (Held 2021: 96)

Angesichts der Todesdrohung oder der Vernichtungsangst sind die Schlüssel zu Signifikanten in der Sprache und zum Signifikat in der Welt verloren gegangen, Traumaüberlebende sind mit einer Bedeutungsanemie konfrontiert (Blank 2023: 51). Es ist die Erfahrung fundamentaler Entfremdung, eine Erfahrung der Sterblichkeit als Versagen am Leben (Grugger 2018: 341; van der Kolk 2014: 67). In dem Moment, in dem das Bewusstsein den Verlust der Verbindung zur Welt und zum eigenen Selbst erfasst, stellt sich jenes Gefühl des Fremdseins ein – ein Verschwinden des Vertrauten –, das in einen Zustand innerer Erstarrung führt (Davoine & Gaudillière 2004: xxviii):

[H]e could add up his bill; his brain was perfect; it must be the fault of the world then – that he could not feel. [...] It might be possible, Septimus thought; [...] it might be possible that the world itself is without meaning. (Woolf 1925: 96f.)

Ein Trauma kann nicht ganz erzählt werden, es wird erlebt: „Traumatisches kann man nur erfahren, und als Erfahrenes zeigt es sich“ (Angeloch 2020: 233); umso wichtiger ist es, den Residuen des Traumas zwischen den Zeilen, in den Ellipsen und Mikrorissen der Sprache zu lauschen.

One of the cruxes of the war, of course, is the collision between events and the language available – or thought appropriate – to describe them [...]. Logically there is no reason why the English language could not perfectly well render the actuality of trench warfare: it is rich in terms [...]. That is why some men, when they think about war, fall silent. The real reason [why some men, when they think about war, fall silent] is that soldiers have discovered that no one is very interested in the bad news they have to report. What listener wants to be torn and shaken when he doesn't have to be? (Fussell 1975: 169f.)

4.3.3. Zeugenschaft, zwischen Abgrund und Resonanz

4.3.3.1. Zeugenschaft, die Stille brechen und selber daran brechen?

“

*an infinite claim to speak, a duty to speak infinitely,
imposing itself with irrepressible force, and at the same
time an almost physical impossibility to speak,
a choking feeling.
Knotted words, demanded and yet forbidden [...] cause
you to suffocate, to lose your breath which asphyxiate
you, taking away the possibility
of even beginning.*

*Sarah Kofman
Smothered Words*

”

Dem Traumaerlebnis eine sprachliche Gestalt zu verleihen ist ein mühsamer Prozess, es bedarf aber einer weiteren Übersetzung, um das Ufer des Sprachlichen zu erreichen. Erst wenn das Ausgesprochene auf einen zuhörenden Anderen trifft, bricht die Stille der Sprachlosigkeit auf.

In den Narrativen von Überlebenden der Shoah wird die grundlegende Schwierigkeit besonders deutlich, die traumatische Erfahrung in ihrer ganzen Tiefe zu erfassen und mitzuteilen (Laub 1991: 77). Die Undarstellbarkeit des Erlebten offenbart sich, wenn der Raum der Sprache geöffnet wird, und erfasst sowohl die Betroffenen als auch ihre Gegenüber – „who could tell it all?“, fragt der Schriftsteller und Holocaust-Überlebende Elie Wiesel (1978: 199).

Beim Verbalisieren des Traumatischen spielt die Frage der Zeugenschaft eine zentrale Rolle. Bei „men-made disasters“ beschreibt Dori Laub (1991: 77) den inneren Drang und die moralische Verpflichtung aller Überlebenden, über das Durchschreiten des Schreckens und der Todeserfahrung zu berichten, und ein hörendes Gegenüber zu finden. Gerade in den Stimmen von Holocaust-Überlebenden tritt diese existenzielle Notwendigkeit manifest hervor, unter anderem in aus der Feder Elie Wiesels entstandenen Werken (1978: 198): „True, his survival imposes a duty on him: the duty to testify. Offered to him as a reprieve, his future must find its raison d’être as it relates to his past experience.“ Das imperative Gebot, über den Holocaust zu sprechen, kollidiert mit der strukturellen Unmöglichkeit, traumatische Erfahrungen zu artikulieren, sowie mit der epistemischen Unzugänglichkeit des Geschehens selbst (Laub 1991: 78). Holocaust-Narrativen liegt damit ein inhärenter Widerspruch zugrunde: Die Unerzählbarkeit

des Traumas steht im Spannungsverhältnis zur Notwendigkeit, Zeugnis abzulegen – sowohl aus ethischer als auch aus psychologischer Perspektive (Horowitz 1997: 16).

Nothing in the other was given him, no speech to name what happened there. Totally cut off, ignored, but also well known to everyone, sometimes uttered in history books and even advocated by the duty to remember though that made no difference, the truth was unable to be transmitted. The information has remained a dead letter, outside the field of speech. (Davoine & Gaudillière 2004: 28f.)

In der Nachkriegszeit fand das Zeugnis oft im Schweigen seinen Ausdruck (Laub 1991: 78). Aharon Appelfeld verweist in diesem Zusammenhang auf die Verdrängung der Erinnerung: Nach dem Holocaust war Erinnern kaum erträglich; das Schweigen wurde zur Überlebensbedingung.

Memory became your enemy. You worked constantly to blunt it, to divert it, and to numb it as one numbs pain. This battle lasted for years. People learned how to live without memory the way one learns to live without a limb of one's body. (Appelfeld 1994: ix)

Die in den vorangegangenen Unterabschnitten „4.1.3. Freeze-Reaktion und Dissoziation“ und „4.1.4. Periphere Struktur der Vermeidungsschemata“ geschilderten strukturellen Umbaumaßnahmen im seelischen Apparat dienen dem Schutz vor Reizüberflutung und nehmen unter anderem die Form von dissoziativer Amnesie an (Fischer & Riedesser 2023: 106; Hartmann-Kottek 2021: 170). Über diese mnestische Leerstelle hinaus greift der Selbstschutz weiter – er veranlasst die Betroffenen, sich bewusst vom Erlebten zu entfernen, es dem Vergessen zu überantworten.

In seinem Buch *L'Écriture ou la vie – Literature or Life*²² – stellt sich der Holocaust-Überlebende Jorge Semprún (1994) die existenzielle Frage, ob es ein Recht auf Vergessen gebe. Er entscheidet sich bewusst für die Einkapselung des Unerträglichen und Überwältigenden, für eine „long cure of aphasia, of voluntary amnesia, in order to survive“ (Semprún 1997: 196); „[o]nly forgetting could save me.“ (ibid.: 161). Der Versuch, das Erlebte in schriftlicher Form festzuhalten, droht sein Leben zu verzehren: „Like a luminous cancer, the account I was wrestling from my memory, bit by bit, sentence by sentence, was devouring my life“ (ibid.: 194). Infolgedessen erscheint die Verdrängung der Erinnerung als einzige Möglichkeit, um die ersehnte seelische Ruhe zu erlangen (ibid.: 161), jene von Appelfeld (1994: 17) beschriebene „marvelous oblivion“. Nach dem Grauen erscheint das Vergessen als stille Revolte gegen das

²² Übers. Linda Coverdale

Leiden und das Unfassbare – ein Akt der „Selbstermächtigung“, der aus der Passivität der Opferrolle herausführt. Zugleich wird es zu einer tiefgreifenden Form innerer Vermeidung, die es den Betroffenen ermöglicht, wieder Momente von Freiheit, Leichtigkeit und menschlicher Güte zu erleben (Appelfeld 1994: 17; Welz 2017: 418). In diesem Licht erhält Nietzsches (1893/2014: 60) Einsicht, „es ist aber ganz und gar unmöglich, ohne Vergessen überhaupt zu leben“, für Überlebende traumatischer Erfahrungen eine existenzielle Tragweite: Vergessen erscheint nicht nur als ein Mangel an Erinnerung, sondern als eine *conditio sine qua non* des Weiterlebens.

Die Vergangenheit unter Verschluss zu halten und die innere Wahrheit in Stille zu verhüllen hat jedoch einen Preis (van der Kolk 2014: 233): „a dim and dimensionless life based on a kind of fallacy“, die Existenz wird lediglich an der „surface of consciousness“ erlebt (Appelfeld 1994: 18). „It was a silence that swallowed up the past, all the past, the past before death, before destruction.“ (Fresco 1984: 419) Die Vergessenheit erlaubt den Überlebenden die Integration in die Gegenwart, vollzieht sich jedoch um den Preis einer Entfremdung von der eigenen Biografie sowie einer tiefgreifenden Entwurzelung des Subjekts (Welz 2017: 418).

Der renommierte Psychiater und Traumaforscher Dori Laub argumentiert dennoch, dass kein Schweigen zum inneren Frieden führen kann: „None find peace in silence, even when it is their choice to remain silent“ (Laub 1991: 79). Langer (1993: 34) kommt zum selben Schluss: „Who can find a proper grave for such damaged mosaics of the mind, where they may rest in pieces?“

Trotz der seligen Vergessenheit und der erdrückenden Last des Erinnerten brachen Überlebende wie Elie Wiesel, Primo Levi, Charlotte Delbo oder Jorge Semprún das Schweigen. Sie durchbrachen nicht nur eine individuelle Sprachlosigkeit, sondern öffneten einen Raum für die Artikulation des Unaussprechlichen. Wie Wiesel beschreibt, „he forced himself to relent enough to at least lift the veil“ – nicht, um sich von der Vergangenheit zu lösen, sondern um ihr gegenüber Loyalität zu bekunden (Wiesel 1978: 198). Dank ihrer Zeugnisse machten sie das Unfassbare nicht erklärbar, aber zugänglich – als Teil der individuellen und kollektiven Geschichte.

Welz (2017: 412) nennt die Rekonstruktion der Vergangenheit und die damit einhergehende ethische Verantwortung als einen der Beweggründe für den Willen, Zeugnis abzulegen. Wiesel (1978: 198) geht noch einen Schritt weiter: Erinnern wird für ihn zu einem Akt des Widerstands – gegen das Vergessen ebenso wie gegen die Narration der Geschichte durch die Täter. Zeugenschaft wird damit zu einer ethischen Verpflichtung:

The executioner often kills twice, the second time when he tries to erase the traces of his crimes. [...] The purpose must have been to expel them from history. Worse, to deprive them of their history. To prevent their lives and deaths from becoming part of human memory. (Wiesel 1978: 198f.)

Schweigen hätte bedeutet, dem Täter in die Hände zu spielen. „And so the survivor told himself that not to remember was equivalent to becoming the enemy’s accomplice: whosoever contributes to oblivion finishes the killer’s work.“ (ibid.: 199) Das Erinnern schützt Traumaüberlebende vor dem Auslöschen der Geschichte – es bewahrt die Spuren des Geschehenen und weigert sich zugleich der Preisgabe des letzten Wortes an die Täter.

Darüber hinaus wird Zeugenschaft zu einem Akt des Sprechens im Namen der Stille, „of all the silences: thousands of stifled cries“ (Semprún 1997: 137), im Namen jener Körper, die nicht heimkehrten (Horowitz 1997: 47f.). Dieses stellvertretende Sprechen, so Semprún (1994: 182), ist den Überlebenden auferlegt: „Peut-être parce que les revenants doivent parler à la place des disparus, parfois, les rescapés à la place des naufragés²³“. Zeugenschaft stiftet somit nicht nur Erinnerung, sondern wird zu einem Ort der Rückgabe von Sprache: „Speak in their name, in their silence, to give them back their power of speech.“ (Semprún 1997: 137).

Die Zeugenschaft der Holocaust-Überlebenden ist in vielerlei Hinsicht bemerkenswert – nicht zuletzt, weil keinerlei Gewissheit besteht, dass das Sprechen tatsächlich eine Befreiung bewirkt, den Weg zur Resilienz öffnet oder die Heilung der Wunden fördert (Welz 2017: 412). Für viele Überlebende wird die Auseinandersetzung mit der Frage, ob das Offenlegen der psychischen Wunden oder das Schweigen über das Erlebte besser ist, zu einer existenziellen Zerreißprobe (ibid : 414).

Das Erlebte ans Licht zu bringen, bedeutet sich der Erfahrung von psychischer Nicht-Existenz zu stellen und somit die Prägung des „grip of death“ im eigenen Leben zu spüren (Fresco 1984: 419). Das Schweigen wirkt wie eine Abwehr gegen das Unerträgliche, schafft eine Distanz zum Erlebten, und hält die Konturen des Geschehenen diffus. Wird das Schweigen gebrochen, erhält das Erlebte eine unwiderrufliche Gestalt: Durch Sprache werden die Erinnerungen real, sichtbar, unausweichlich – das Schrecken wird Teil des Autobiographischen, eine soziale Realität, mit der man „interagieren“ muss (Welz 2017: 219).

Beim Erzählen des Erlebten beschränken Shoah-Überlebende einen dornigen und verhängnisvollen Weg. In ihren Narrativen manifestiert sich schmerzhaft die Gefahr der

²³ „Vielleicht weil die Rückkehrer manchmal anstelle der Verstorbenen sprechen müssen, die Geretteten anstelle der Schiffbrüchigen sprechen müssen.“ Übers. Marie Roobaert

Retraumatisierung durch das erneute Erinnern (Rosenblum 2000a: 81). In seinem autobiographischen Werk beschreibt Semprún (1997: 161) eindrücklich: „The joy of writing, I was beginning to realize, would never dispel the sorrow of memory. Quite on the contrary: writing sharpened it, deepened it, revived it. Made it unbearable.“ Auch Wiesel (1978: 199) formuliert die Aussichtslosigkeit dieser Aufgabe unmissverständlich: „The task was arduous and unrewarding, and it led to nothing but darkness and madness.“ Zeugenschaft wird zum Paradoxon – sie bewahrt die Integrität des Selbst durch Ausdruck und verhindert zugleich die Rückkehr ins Leben. „I can live only by assuming that death through writing, but writing literally prohibits me from living.“ Mit diesem Satz verdichtet Semprún (1997: 163) die Tragik der Zeugenschaft: Nur durch Schreiben kann er überleben – und doch raubt ihm genau dieses Schreiben das Leben.

„Can one die from speaking the catastrophe?“ (Rosenblum 2000a: 82), in anderen Worten: Kann man durch die Enthüllung des Traumatischen sein Lebenslicht erlöschen? Mit dieser Frage eröffnet die Psychoanalytikerin Rosenblum eine differenzierte Analyse über die destruktiven Dimensionen von Zeugenschaft. Ausgehend von Berichten Überlebender, die sich entschieden haben, das Unaussprechliche öffentlich zu machen und in der ersten Person von der Shoah zu sprechen, stellt sie die Frage, ob der Akt der Zeugenschaft an sich zum Verhängnis wird (Rosenblum 2019a). Am Beispiel von Paul Celan, der – als einer der wenigen – eine sprachliche Form für das Unsagbare zu finden vermochte, zugleich aber an den Folgen dieses Sprechens zerbrach, indem er sich das Leben nahm, wird dieses Spannungsfeld exemplarisch deutlich²⁴ (Rosenblum 2000b: 114). Primo Levi und Sarah Kofman erlagen dem gleichen Schicksal, ihre tragischen Lebensenden konnten ebenfalls als Zweifel gegenüber dem Vertrauen in die befreiende Kraft des Sprechens interpretiert werden (ibid.: 113). Im Laufe der Zeit und im Verlauf ihrer literarischen Werke näherten sie sich dem Traumatischen an – zunächst über die Mittel des Diskurses der Philosophie, die Maske der Fiktion oder die Distanz der dritten Person und der analytischen Schreibweise; schlussendlich aber gelangen sie durch die Stimme der ersten Person in den innersten Kern des Erlebten (Rosenblum 2000b). Somit gaben sie Einblick in eine bisher unerreichte Tiefe des Schreckens, dennoch blieb die kathartische Wirkung aus. Primo Levi etwa artikulierte zunehmend Zweifel an der transformativen Kraft seines eigenen Schreibens; wie viele andere Überlebenden musste auch er einsehen, dass seine

²⁴ Celan hat den Mut aufgebracht, sein Leben und sein Wort der Welt preiszugeben – an jenem Ort äußerster Zerbrechlichkeit, den er zugleich als den Ort äußerster Wahrheit erkannte, für sich selbst und für das Jahrhundert. Er stellte sich in das Epizentrum des Traumas, in seine tiefste Erschütterung – um es umso präziser in Sprache zu fassen, auch auf die Gefahr hin, dessen Wiederkehr am eigenen Leib zu erleiden (Broda 2018).

Stimme nicht den ersehnten moralischen Widerhall fand. Dass das in Sprache Gefasste nicht die erhoffte Erschütterung in der Welt hervorzurufen vermochte, die sie überlebt hatte: „Years later [...] survivors saw all too clearly that neither those voices nor their own had the shattering effect, the moral thunder, they had expected.“ (Horowitz 1997: 101)

Vor diesem Hintergrund stellt sich wieder die Frage der letalen Wirkung der Zeu- genschaft. „One can die from the fact that certain things have never been said. But one can also die from the fact that they have been said, ‚badly‘ said, ‚badly‘ heard or ‚badly‘ received“ (Rosen- blum 2000a: 81). Auf der Suche nach Narrativen, die nicht töten, weist Rosenblum auf die Möglichkeit der „*écriture écran*“, eines abschirmenden Schreibens, das eine gewisse Distanz mit der unmittelbaren Traumaerfahrung hält und den Autor auf diese Weise vor dem Eindringen des Unerträglichen schützt – beispielweise in Form der dritten Person oder der Fiktion (Rosen- blum 2000b: 121). Demgegenüber steht eine „*écriture à visage découvert*“, ein Schreiben mit entblößtem Antlitz, das keine schützenden Umwege kennt und die Wunde nicht nur beschreibt, sondern sich ihr ausliefert (ibid.). Jedoch verlangt solches Zeugnis eine bestimmte Form des Hörens: Ein Gegenüber, das bereit ist, diese Worte nicht ins Leere verhallen zu lassen, ein Rezipient, der das Wort aufnimmt und somit die Würde des Zeugnis Ablegenden und seine Zugehörigkeit zur Welt der Lebenden wiederherstellen kann (ibid.: 133f. ; Laub 1991: 85; Levi 1998: 59; Welz 2017: 421). Nur dann kann diese Zeu- genschaft *à visage découvert* überlebbar sein, ohne zur existenziellen Bedrohung zu werden bzw. ein existentielles Entsetzen darzustel- len.

Diese Narration mit offenen Wunden oszilliert zwischen „a crisis of death and the cor- relative crisis of life“ (Caruth 1996: 7); der Erinnerungsprozess führt uns in „eine Risikozone“, in der das Unerträgliche des Erleben des traumatischen Ereignisses und das Unerträgliche des Überlebens und des Nachhalls in der Gegenwart aufeinandertreffen (ibid.; Kreuzer-Haustein 2020: 201). Die Zeugnisablage fordert das immerwährende Überschreiten und Rücküberschrei- ten dieser gefährlichen Schwelle, wo die Betroffenen die Überfahrt über den inneren Styx ohne das Boot von Charon unternehmen. Dabei drohen die Grenzen zwischen Anfang und Ende, Eingang und Ausgang zu verschwinden und die Betroffenen zum Gefangenen eines Mi- notaurus-Labyrinths zu werden, in dem der Ariadnefaden unauffindbar bleibt (Langer 1991: 40).

Jenseits des Durchschreitens jener Risikozone manifestiert sich beim Artikulieren des Erlebten – sofern es zugänglich ist (siehe 4.3.2. Jenseits der Repräsentierbarkeit) – ein

„unendliche[r] Anspruch zu sprechen, eine Pflicht zum unendlichen Sprechen“, als reichte das sprachliche Medium nicht aus, um das Unheimliche zu erfassen (Kofman 1998: 39):

[...] an infinite claim to speak, a duty to speak infinitely, imposing itself with irrepressible force, and at the same time an almost physical impossibility to speak, a choking feeling. Knotted words, demanded and yet forbidden [...] cause you to suffocate, to lose your breath which asphyxiates you, taking away the possibility of even beginning. (Kofman 1998: 39)

In Jorge Semprúns Werk begegnet uns derselbe zu ersticken drohende Sprachimpuls: Das Erzählen konstituiert einen unabschließbaren Prozess der Trauerarbeit (1997 :194). Nur ein freiwillig gewählter Tod könnte, so Semprún, diesen endlosen *danse macabre* abbilden – ihm ein letztes, endgültiges Zeichen setzen: „Only a suicide could put a signature, a voluntary end to this unfinished – this unfinishable – process of mourning.“ (ibid.)

Wenn diese Wortflut schließlich auf dem Papier eine Gestalt findet, scheint ihre ursprüngliche Intensität zu verblassen. Die Worte, einmal fixiert, erscheinen kraftlos angesichts des Gehalts, den sie zu tragen versuchen:

[A]ll seem pale in relation to their content, whose essence defies expression and remains unarticulated. What they did not say surpasses – in intensity, in truth – everything they thought themselves capable of verbalizing. To be believable, their tales had to tell less than the truth. If we were to say it all, they thought, nobody would believe us. If we told it all... But who could tell it all? (Wiesel 1978: 199)

Wenn sich das Erlebte der Repräsentation entzieht und jede sprachliche Gestalt zu überschreiten scheint, stellt sich die Frage nach der Kommunizierbarkeit der Erfahrung. Da die traumatische Realität selbst den Betroffenen oft als unreal erscheint, wird die Vermittlung an Außenstehende umso prekärer (Horowitz 1997: 100; Langer 1993: 40). Angesichts der Dekonstruktion von „psychological mimesis“ (Amfreville 2014: 6) – der Unmöglichkeit, die traumatische Realität nachzuerleben bzw. zu spiegeln – sei die traumatische Erfahrung nur in abgeschwächter Form kommunizierbar, wie Wiesel (1978: 199) es suggeriert: „To be believable, their tales had to tell less than the truth.“

Das Entsetzliche dringt sporadisch ins öffentliche Bewusstsein ein, nur um ebenso rasch wieder zu verblassen. Diese Flüchtigkeit ist kein Zufall der kollektiven Erinnerung, sondern Ausdruck eines tieferliegenden psychischen und kulturellen Mechanismus: Verleugnung, Verdrängung und Dissoziation wirken nicht nur auf individueller Ebene, sondern strukturieren auch kollektive Formen des Umgangs mit traumatischer Vergangenheit (Herman 1992: 2). Robert

Jay Lifton, ein US-amerikanischer Psychiater, beobachtete das Wirken dieses Distanzierungsphänomen am eigenen Leib, als er Interviews mit Überlebenden von Hiroshima durchführte: „I was listening to descriptions of the same horrors, but their effect upon me lessened... and while I by no means became insensitive to the suffering described.“ (Lifton 1991: 10).

Für Semprún liegt die Nicht-Kommunizierbarkeit der traumatischen Erfahrung nicht primär in der Hilflosigkeit des sprachlichen Ausdrucks gegenüber dem Schrecken; sondern vielmehr in der Unmöglichkeit, einen Adressaten im kommunikativen Akt zu finden. Er zweifelt an der Möglichkeit eines Anderen, der zu hören, zu verstehen vermag, an der prekär bleibenden Möglichkeit des Empfangs (Welz 2017: 416): „But can people hear everything, imagine everything? Will they be able to understand? Will they have the necessary patience, passion, compassion, and fortitude?“ (Semprún 1997: 14)

In der Begegnung mit drei britischen Offizieren bei der Befreiung des Konzentrationslagers Buchenwald tritt der fundamentale Riss in der Möglichkeit des Kommunizierens ans Licht, Sprache scheint auf einen Raum ohne Resonanz zu treffen:

I begin to doubt it, in that first moment, that first meeting with men from before, from the outside, emissaries from life—when I see the stunned, almost hostile, and certainly suspicious look in the eyes of the three officers. (ibid.)

Robert Antelme (vgl. 1992: 288f.). machte ebenfalls die Erfahrung des entfremdenden Blickes des Anderen bei der Befreiung des Konzentrationslagers Dachau:

Unimaginable: a word that doesn't divide, doesn't restrict. The most convenient word. When you walk around with this word as your shield, this word for emptiness, your step becomes better assured, more resolute, your conscience pulls itself together. (Antelme 1992: 289f.)

Vor dem Unnennbaren errichteten die Befreier einen Schutzschild aus leeren Signifikanten, die nicht dem Verstehen dienten, sondern der Abwehr des Unmenschlichen, das drohte, ins eigene Bewusstsein einzubrechen.

Zwischen den Befreiten und den Befreiern öffnete sich eine abgrundtiefe Kluft, als gehörten sie unterschiedlichen Spezies an, unterschiedlichen Welten, die unüberbrückbar voneinander getrennt sind (Kofman 1998: 37). Die von den amerikanischen Soldaten ausgesprochenen Wörtern wie „frightful“ or „unimaginable“ bildeten keine sprachliche Brücke zu der Realität der Überlebenden, sondern vertieften diese Kluft (Antelme 1992: 289f.). Sie suggerieren eine Form des Verstehens, als hätte man das von den Häftlingen Erlebte mit einer Handvoll

Wörter zur Gänze „erschlossen“, als ließe sich über das Unsagbare und Unbegreifbare ein definitives, beruhigendes Urteil fällen (Kofman 1998: 37): „Most consciences are satisfied quickly enough, and need only a few words in order to reach a definitive opinion of the unknowable.“ (Antelme 1992: 289)

Diese beiden Überlebensnarrative veranschaulichen die Unmöglichkeit für Außenstehende, die traumatische Realität anzunehmen, eine irrealen Realität, die sich – sowohl für Außenstehende als auch für die Betroffenen – als unerträgliches Oxymoron manifestiert. Infolgedessen droht die Zeugenschaft der Traumaüberlebenden „estranging the audience they seek to inform“ (Langer 1993: 40). Wie Welz (2017: 422) mit Blick auf Zeugnisse von Shoah-Überlebenden betont, liegt das Scheitern der Sprachwerdung des Traumas nicht allein in seiner radikalen Erfahrungsgrenze, sondern in der Wahrnehmung, dass das Gegenüber als hörende Instanz fehlt – dass die Welt, in die gesprochen wird, nicht hören will. In seinem Werk verdeutlicht Semprún das Ausbleiben eines zuhörenden Echos in der Begegnung mit der Außenwelt:

Unhappily – or at least unluckily – for me, I encountered only two kinds of reactions from people on the outside. Some avoided questioning you, treated you as though you’d returned from a banal trip abroad. Oh, so you’re back! [...] Other people asked heaps of superficial, stupid questions (of the It-was-rough-huh? type), but if you answered them, even succinctly, addressing the truest and deepest part, the opaque, unspeakable heart of the experience – they became quiet, agitated, wrung their hands, hoping to heaven they could just leave it at that. And then they’d fall silent, the way you fall into a void, a black hole, a dream. (Semprún 1997: 134)

Er musste erkennen, dass die gestellten Fragen nicht dem wirklichen Verstehen galten, sondern bloßen Höflichkeitsbemühungen entsprangen – einer sozialen Konvention, die es ermöglichte, mit der Situation umzugehen oder zumindest den Anschein von Anteilnahme zu wahren. „As soon as death turned up among the answers, they didn’t want to hear any more. They became incapable of listening any further“, schreibt er weiter (ibid.: 134f.).

Aus den Trümmern der Sprache Worte zu heben, um das Unfassbare in die Geschichte einzuschreiben, stößt des Öfteren an das Unverständnis des Gegenübers, diese fehlende Resonanz führt zur Entfremdung des Subjekts, das sich am Rande des Menschlichen wiederfindet (Davoine & Gaudillière 2004: 236; Held 2021: 96; Kofman 1998: 37; van der Kolk 2014: 67). Die Schriften Semprúns liefern in diesem Sinne einen ernüchternden literarischen Bericht über das vermeintliche „Zurück ins Leben“, das sich als illusorisch erweist, wie bereits auf den ersten Seiten von *L’écriture ou la vie* in der Begegnung des Erzählers mit drei alliierten Offizieren zu lesen ist:

These three jokers have spoiled this first morning for me. I thought I'd made it out alive [from the camp]. Made it back to life, in any case. Guess not. Imagining what my eyes must look like from what I see in theirs, I would say that I haven't left death all that far behind. (Semprún 1997: 14)

Die lang ersehnte Freiheit und das Gefühl, wieder den Lebendigen anzugehören, zerbricht, als der Blick der Außenwelt auf ihn trifft. Dieser Blick offenbart – mit unerbittlicher Klarheit – dass der Tod nicht vergangen, nicht überwunden ist, sondern fortwirkt. Des Weiteren führt dies nicht nur zur Erkenntnis, dass der Tod nicht hinter ihm liegt, sondern dass er ihm vielmehr anhaftet, ihn durchdringt, sich unauslöschlich in seine Existenz eingeschrieben hat. Er ist zu *revenant* geworden.

I have abruptly understood that these soldiers are right to be afraid, to avoid looking into my eyes. Because I have not really survived death. I have not avoided it. I have not escaped it. I have, instead, crossed through it, from one end to the other. I have wandered along its paths, losing and finding my way in this immense land streaming with absence. All things considered, I am a [revenant]²⁵. (Semprún 1997: 15)

Rückkehrer aus einem traumatischen Geschehen müssen des Öfteren nicht nur die schmerzhafteste Erfahrung machen, dass ihnen traumatische Intrusionen das Reale des Todes vergegenwärtigen, sie sehen sich zugleich mit einer weiteren Form der Entfremdung in der Welt der Lebenden konfrontiert: Die Außenwelt schweigt gegenüber ihrer Realität. So stecken sie in einem Zustand des existenziellen Dazwischen fest, sie verharren zwischen der Unfassbarkeit des erlittenen Traumas und der indifferenten Glätte gesellschaftlicher Konventionen in der Welt der Lebenden.

²⁵ In der englischen Übersetzung wurde der französische Begriff *revenant* mit „ghost“ wiedergegeben. Nach Auffassung der Autorin spiegelt diese Wortwahl die semantischen Konnotationen des Originals nicht vollständig wider; das homonymisch aus dem Französischen entlehnte Lehnwort *revenant* wäre ein präziseres Äquivalent, wenn man sowohl die Zwischenstellung zwischen Leben und Tod als auch die semantische Offenheit des Begriffs wahren möchte.

4.3.3.2. Zeugnis ablegen, Glaubwürdigkeit auf dem Prüfstand

“

Ein Teil unserer Geschichte wird erst wahr,
wenn wir sie erzählen und sie bezeugt wird.

Dami Charf,
Auch alte Wunden können heilen

”

Die Offenlegung der traumatischen Erfahrung beim Akt der Zeugenschaft, sei es in einem Gerichtsprozess oder in einer schriftlichen Publikation, stellt Traumaüberlebende vor eine weitere Herausforderung: „Those who attempt to describe the atrocities that they have witnessed also risk their own credibility.“ (Herman 1992: 1f.)

Im Kontext eines juristischen Verfahrens sehen sich Opfer häufig mit der Frage der Glaubwürdigkeit ihrer Aussagen konfrontiert (Böök 2018: 231). Im Strafprozess gilt die Unschuldsvermutung; vor diesem Hintergrund werden die Aussagen des Opfers zu einem zentralen Beweismittel im Rahmen der Wahrheitsfindung und der Feststellung des Vorliegens einer Straftat (Böök & Sachsse 2024: 119). Aufgrund der Unzugänglichkeit des Traumaerlebnisses ist die Möglichkeit für an PTBS leidende Individuen, eine umfassende „Wahrheit“ zu formulieren, abzurufen oder rekonstruieren zu können, fraglich (Grugger 2018: 74f.; Günzel-Helmig 2022: 73). Dies kann sich für die Anklageseite nachteilig auswirken, da Zweifel an der Beweislage gemäß dem Grundsatz *in dubio pro reo* in Deutschland zugunsten des Angeklagten gewertet werden (Jahl 2022: 86). Entsprechend dem Prinzip der Unschuldsvermutung – *Ei incumbit probatio qui dicit* – obliegt in den meisten europäischen Rechtssystemen die Beweislast demjenigen, der eine Behauptung aufstellt. Für eine strafrechtliche Verurteilung ist das Vorliegen hinreichender Beweise demnach eine zwingende Voraussetzung²⁶ (Europäische Kommission 2006; Nieva-Fenoll 2016: 141).

Gerade im Kontext traumatischer Erfahrungen kann diese Anforderung jedoch in ein Spannungsverhältnis zu den Bedingungen subjektiven Erinnerns treten. Die bruchstückhafte Natur traumatischer Erinnerungen, die Symptomatik posttraumatischer Reaktion, sowie die Grenzen der sprachlichen Repräsentanz schränken die Möglichkeiten ein, eine

²⁶ Analog zur medizinisch-therapeutischen Maxime *primum nil nocere* folgt auch die Justiz dem Grundsatz, im Zweifel eher einen Schuldigen nicht zu verurteilen, als das Risiko einzugehen, einen Unschuldigen zu bestrafen und damit irreparabel zu schädigen (Böök & Sachsse 2024: 7).

zusammenhängende Darstellung des Geschehenen zu liefern (siehe 3.4. Posttraumatische Belastungsstörung; 4.1.1. Deaktivierung des Sprachzentrums; 4.2.2. Sprachliche Echos traumatischer Erinnerungen; 4.3.2. Jenseits der Repräsentierbarkeit). In dieser Hinsicht entwirft Langer (1993) in seinem Werk *Holocaust Testimonies: The Ruins of Memory* ein eindringliches Bild der sprachlichen Gestalt, die das gesprochene Wort im Akt der Zeugenschaft von Überlebenden annimmt: Es offenbart ein Bild des fragmentierten Sprechens, das stets an der Schwelle des Verstummens oszilliert.

Listening to accounts of Holocaust experience, we unearth a mosaic of evidence that constantly vanishes [...] into bottomless layers of incompleteness. [...] We wrestle with the beginnings of a permanently unfinished tale, full of incomplete intervals, faced by the spectacle of a faltering witness often reduced to a distressed silence by the overwhelming solicitations of deep memory. (Langer 1993: 21)

Die juristische Forderung nach kohärenten, widerspruchsfreien Aussagen kollidiert häufig mit der durch traumatische Erfahrung bedingten Fragmentierung von Erinnerung²⁷ und Sprache (Fischer 2016: 267; Jahl 2022: 71). Die Aussagefähigkeit traumatisierter Betroffener wird dadurch nicht selten infrage gestellt; ihre Zeugnisse werden als inkonsistent oder unglaubwürdig bezeichnet oder sogar gänzlich verworfen. Exemplarisch zeigt sich dies im Strafprozess gegen Walther Becker im Jahr 1972, dem ehemaligen Chef der Sicherheitspolizei in Starachowice und Wierzbnik: Die Aussagen der Holocaust-Überlebenden wurden vom Richter als „unzuverlässig oder unglaubwürdig“ eingestuft, während die Darstellung des Angeklagten für glaubwürdig befunden wurde – mit dem Ergebnis eines Freispruchs (Stengel 2023: 474). In seiner langjährigen Erfahrung hat der Psychiater van der Kolk (2014: 244) in zahlreichen Gerichtsverfahren, sowohl im Bereich des Asylrechts als auch in Prozessen gegen Täter:innen schwerster Menschenrechtsverbrechen – etwa im Kontext des Völkermords in Ruanda – beobachtet, wie Traumatisierte während der Zeugenaussage in einen Zustand der Sprachlosigkeit geraten. Von Panik überwältigt oder in einen Zustand der Erstarrung verfallen, ist das

²⁷ Böök und Sachsse (2024: 86) merken an, dass das Gedächtnis kein neutrales Speicherorgan konstituiert, sondern ein selektives, sinnstiftendes System, vergleichbar mit der Fotografie, die einen Blickwinkel, einen Ausschnitt einer Szene darstellt, und somit eine Interpretation der Realität abliefert. In seiner grundlegendsten Funktion dient das Gedächtnis nicht der exakten Rekonstruktion der Wirklichkeit, sondern der Sicherung des Überlebens und der Zukunft: Es bewahrt selektiv das als wirksam Erfahrene und baut darauf auf (Levine 2015: 1-5; 140). Die Objektivität des deklarativen bzw. autobiographischen Gedächtnisses ist angesichts dessen ein Trugschluss; das aus prozeduralen Erinnerungen bestehende traumatische Gedächtnis erweist sich paradoxerweise als akkurater. Während die Sinneseindrücke oft unverändert gespeichert werden, verhindert jedoch die durch das Trauma bedingte Deaktivierung von Gehirnarealen – etwa im Bereich des medialen präfrontalen Kortex – die Einbettung in eine zeitlich strukturierte, sprachlich vermittelbare Narration (Scaer 2005: 39; van der Kolk 2014: 176).

Artikulieren des Erlebten kaum möglich (ibid.). Andere Betroffene versuchen, das Geschehene so zu schildern, dass sie dabei retraumatisierende Affekte vermeiden – vage Formulierungen oder Distanziertheit werden jedoch in gerichtlichen Kontexten nicht selten als Ausdruck von Unglaubwürdigkeit oder Ausweichverhalten interpretiert. In zahlreichen Fällen führte diese Diskrepanz zwischen traumatisierter Sprache und juristischer Erwartung von Kohärenz zur Ablehnung von Asylanträgen oder zur Einstellung strafrechtlicher Verfahren (ibid.).

Daraus resultiert im Gerichtssaal ein Machtgefälle, das Herman (1992: 10) als „unequal dialogue“ bezeichnet. Während die traumatisierte Person oftmals mit bruchstückhafter Erinnerung, sprachlicher Überforderung oder lähmender Erstarrung ringt, setzt der oder die Täter:in alles daran, das Geschehene dem Vergessen zuzuführen, um jegliche Verantwortungsübernahme zu vermeiden. Durch Mittel des Schweigens, Leugnens und der Diffamierung versucht der oder die Täter:in die Deutungshoheit zu beanspruchen. „Secrecy and silence are the perpetrator’s first line of defense.“ (ibid.: 10); wird diese Verteidigungslinie durchbrochen, wird versucht, das Opfer durch die Infragestellung seiner Glaubwürdigkeit oder durch den Appell an das kollektive Vergessen zum Verstummen zu bringen. „It never happened; the victim lies; the victim exaggerates; the victim brought it upon herself; and in any case it is time to forget the past and move on.“ (ibid.: 10f.) So entsteht ein „asymmetrischer Dialog“, in dem die Stimme der Überlebenden droht, unter dem Gewicht von Trauma und juristischer Anforderungen zu zerbrechen, während die Stimme der oder des Beschuldigten kohärenter und glaubwürdiger erscheint (ibid.). „The more powerful the perpetrator, the greater is his prerogative to name and define reality, and the more completely his arguments prevail.“ (ibid.: 10)

Der Zeugenstand konfrontiert traumatisierte Überlebende mit einer extremen Fragilität, weil das einer juristisch „wahrheitsgemäßen“ und „vollständigen“ Darstellung konforme autobiographische Gedächtnis durch die vom Trauma induzierten Folgen nicht zugänglich ist (Bundesministerium der Justiz 2024; Bundesministerium für Justiz 2025). In den im Werk von Stengel (2023) analysierten NS-Prozessen scheint sich eine wiederkehrende Tendenz abzuzeichnen, und zwar das Zweifeln an der Beweiskraft der Zeugenaussagen der Überlebenden. Im Rahmen dieser Prozesse forderte die prozessrationale Justiz detaillierte Schilderungen: Von Anfang an stand das Erinnerungsvermögen der Zeug:innen auf dem Prüfstand, und auf die Befragung folgte die Hinterfragung (Busch & Hermann 2019: 74; Stengel 2023: 474).

Die Unzugänglichkeit traumabezogener Inhalte resultiert aus der Disruption der Aktivität jener Gehirnareale (u.a. von Thalamus und Hippocampus), die für die Speicherung, kontextuelle Zuordnung und Integration von eingehenden Informationen als Erinnerung in das

deklarative Gedächtnissystem zuständig sind (Fischer & Riedesser 2023: 335; Menne & Frommberger 2018: 34; Scaer 2005: 42; van der Kolk 2014: 176). In manchen Fällen kommt es infolge überwältigender Lebensbedrohung sogar zu einer partiellen oder vollständigen Amnesie hinsichtlich des traumatischen Ereignisses (Pausch & Matten 2018: 4; Scaer 2005: 39). Diese dem Schutz der Integrität der Psyche dienende mnestiche Dissoziation führt zu „inkonsistenten“ Zeugenaussagen, die den Kriterien der juristischen Glaubhaftigkeitsprüfung nicht entsprechen (Fischer & Riedesser 2023: 336). Die Ereignisse geraten dabei jedoch nicht in vollständiges Vergessen, sondern leben in Form impliziter Erinnerungsfragmente fort, die intakte sensorische Wahrnehmungsspuren enthalten. Diese können bei Reaktivierung der zugrunde liegenden traumatischen Engramme erneut an die Oberfläche dringen, jedoch bleiben sie in Form von zusammenhanglosen Sinneseindrücken bestehen, ohne sich zu einem kohärenten Narrativ zu verdichten (Gildea 2018: 26). Angesichts der impliziten oder amnestischen Natur posttraumatischer Erinnerungen „hatten und haben“ die Opfer „vielfach darunter zu leiden, dass die Wahrheitsfindung von ihnen ein genaues Erinnern verlangt und sie so vor Gericht die Tat wiedererleben müssen“, konstatieren Böök & Sachsse (2024: 7).

Das Reenactment bzw. das retraumatisierende Potenzial von Gerichtsverfahren stellt eine erhebliche zusätzliche Hürde für die Zeugenaussage von Traumaüberlebenden dar. Die unmittelbare Konfrontation mit dem Täter oder die detaillierte Auseinandersetzung mit den Tatgeschehnissen kann einen Wiedererlebensprozess des Tatablaus mit retraumatisierenden Auswirkungen auslösen (Böök & Sachsse 2024: 19; Fischer & Riedesser 2023: 227). Kommt es beim Erinnerungsprozess durch die einströmenden Erinnerungsfragmente zu einer erneuten Erschütterung der Psyche, müssen die Betroffenen nicht nur darum ringen, bruchstückhafte Erinnerungssplitter zu erfassen und in Sprache zu überführen, sondern zugleich mit der drohenden Überwältigung des traumatischen Einbruchs kämpfen (Jahl 2022: 44).

Über die Gefahr der Retraumatisierung hinaus kann die Zeugenaussage im Gerichtssaal für Überlebende zu einer erneuten Erfahrung der Irrealität ihres Erlebens werden – wenn ihre Schilderungen auf den Blick Außenstehender treffen und dort häufig im Bereich des Unwirklichen oder Unglaubwürdigen verortet werden (Horowitz 1997: 100; Langer 1993: 40). In seiner Analyse der im Fortunoff Video Archive der Yale University aufgezeichneten Interviews mit Holocaust-Überlebenden beschreibt Langer die häufig anzutreffende unüberbrückbare Kluft zwischen dem Abgrund des Traumas und der Erfahrungswelt Außenstehender:

How men function under such a stress is one thing, and then how you communicate and express [to] somebody who never knew that such a degree of brutality [is] existing seems like a fantasy. (Langer 1993: 22)

Who will believe? Nobody believes it. Because I don't believe it myself. (Langer 1993: 94)

In Stengels Untersuchung der Auschwitz-Prozesse von 1950 bis 1976 sehen sich Überlebende im Gerichtssaal mit derselben Unglaublichkeit konfrontiert: „Die Geschehnisse, über die sie zu berichten hatten, waren so ungeheuerlich, dass ihnen anfangs oft nicht geglaubt wurde, sie fürchteten aber auch eine Verurteilung durch ihre Zuhörer.“ (Stengel 2023: 286).

Dieser Auszug verdeutlicht die Grenzsituation der Zeugenschaft: Die Offenlegung des Erlebten ruft einerseits bei den Rezipient:innen kognitive Dissonanz hervor, da die geschilderte Realität jenseits ihres Erfahrungshorizonts liegt; andererseits wird im Akt der Zeugenschaft der Blick des Anderen zur richtenden Instanz, die eine moralische Bewertung über die Aussagen den verhängen kann. Es ist eine schwerwiegende Last für viele Traumaüberlebende, für die das Erinnern untrennbar mit der zusätzlichen, oft unsichtbaren Bürde von Schuld, Scham oder Ärger verbunden ist (van der Kolk 2014: 13). Diese negativen Gefühle, tief in der Erfahrung der erlebten Hilflosigkeit verwurzelt, nähren sich aus der quälenden Selbstbefragung, was im Augenblick der Lebensbedrohung getan oder verhindert hätte werden können (ibid.). Besonders Überlebende von Sexualgewalt sind geplagt von Scham- und Schuldgefühlen (Jahl 2022: 32). Viele Holocaust-Überlebende sowie Überlebende wiederholter sexualisierter Gewalt werden oft von einer qualvollen Scham in Bezug auf das gepeinigt, was sie tun mussten, um ihr Überleben zu sichern (Stengel 2023: 285; van der Kolk 2014: 13; Wolff 2002: 11).

In dieser Situation äußerster Zerbrechlichkeit kann der Zweifel wie ein feiner Riss das Vertrauen in die eigene Stimme im Gerichtssaal durchdringen, da sich die prozeduralen Erinnerungen dem sprachlichen Ausdruck entziehen. In diesem „unequal dialogue“ lassen die Fragen des Gerichts wie auch die Worte des Angeklagten das Erlebte ins Wanken geraten und werfen ein destabilisierendes Spiegelbild zurück: Ein Selbst, dessen Gedächtnis versagt, dessen Erzählung ins Stocken gerät, ein dysfunktionales Ich.

Als Szmidt merkte, dass ihm entgegen seinen Erwartungen nicht oder allenfalls teilweise geglaubt wurde, dass auf jede seiner Auskünfte eine weitere, zweifelnde Nachfrage des Richters folgte, kämpfte er zunehmend verzweifelt um seine persönliche Glaubwürdigkeit und um die Wahrheit seiner Worte. (Stengel 2023: 404)

The untold events had become so distorted in her unconscious memory as to make her believe that she herself, and not the perpetrator, was responsible for the atrocities she witnessed. If she could not stop them, rescue or comfort the victims, *she* bore the responsibility for their pain. (Laub 1991: 79)

Aufgrund der Erschütterung des neurobiologischen, ontologischen und selbstreferenziellen Systems ist die Möglichkeit eingeschränkt, für sich selbst ein Zeuge der eigenen traumatischen Erfahrung zu sein (Davoine & Gaudillière 2004: xxix; Fischer & Riedesser 2023: 106; Hüllemann 2019: 114f.; Krystal et al. 2017; Laub 1991: 82; Sack 2005: 104; Scaer 2005: 74; Schäflelein 2019; Uhernik 2016: 140; van der Kolk 2014: 97; Wiggers et al. 2020: 335). Das Erlebte ist oft nur in Form von Intrusionen und körperlichen Reaktionen erfahrbare (Angeloch 2020: 233; Grabska 2020: 27; van der Kolk 2014: 43ff.); die disparaten Erinnerungsscherben in ein Narrativ mit einem Anfang und einem Ende zusammenzufügen kann zur Sisyphus-Aufgabe werden, wie die literarischen Werke von Kofman, Semprún oder Levi zeigen: „This imperative to tell and to be heard can become itself an all-consuming life task“ (Laub 1991: 77).

„Trauma overwhelms listeners as well as speakers.“ (van der Kolk 2014: 243) Wenn die Aussagen der Betroffenen kein Echo finden oder in Zweifel gezogen werden, droht die Auslöschung des Subjekts. Das Wort der Täterin oder des Täters überschreibt die eigene Erinnerung und definiert die Konturen des Erlebten neu – ein Vorgang, den Laub und Stengel in den oben angeführten Auszügen eindrücklich beschreiben. Laub argumentiert, dass die wahre Bedeutung von „annihilation“ darin liege, dass die eigene Geschichte nicht bezeugt werden kann: „for when one's history is abolished, one's identity ceases to exist“ (Laub 1991: 82).

Für Traumaüberlebende, die das „Haupt der Medusa erblickt“ haben, folgt auf den „petrifying shock“ der Traumaerfahrung potenziell eine zweite Erstarrung, wenn die Außenwelt das Schild der Gleichgültigkeit und Verleugnung gegen ihre Realität hält (Amfreville 2014: 5; Levi 1990: 83). Im Spiegelbild des abwehrenden Schildes werden Traumaüberlebende nicht nur Erzähler der Geschichte, sondern zum Darsteller des Schreckens, der sie überwältigt hat – dieser verzerrte Spiegel zeigt ihnen das Bild von Medusa, sie sind für die Außenwelt zu Medusa geworden.

Genauso wie für Semprún (1994) in *L'écriture ou la vie* kann die Begegnung mit dem Gegenüber im Gerichtsaal zu einem Entfremdungserlebnis führen. Im gerichtlichen Prozess, in dem Überlebende für die Anerkennung der Verletzung ihrer Rechte das Wort ergreifen, lauert die Gefahr der Retraumatisierung. Fischer (2016: 267) konstatiert ebenfalls, dass sich der juristische Prozess für viele Gewaltopfer als bittere Erfahrung erwies, da sie der prüfenden und

detaillierten Befragung „nicht standhalten konnten“ – die gestellten Fragen bewegten sich für das traumatische Gedächtnis an den „Grenzen des Möglichen“.

Bei der Zeugenschaft von Traumaüberlebenden trifft oft das Unsagbare an die Grenze des Vorstellbaren, und das Sagbare an die Grenze des Beweisbaren. Die Artikulation des Erlebten kann dabei einen Akt der Selbstermächtigung darstellen und zur gesellschaftlichen Anerkennung eines erlittenen „human-made disaster“ führen (Böök & Sachsse 2024: 19f.; Bromet et al. 2017: 228). Zugleich birgt das juristische Verfahren die Gefahr, zur erneuten Erfahrung des Ausgeliefertseins zu werden – insbesondere dann, wenn die Täterperspektive den Diskurs und die Wahrheitsgestaltung dominiert. Was als Schritt zur Anerkennung gedacht war, kann sich so in eine Wiederholung der Ohnmacht verkehren (Böök & Sachsse 2024: 20; Jahl 2022: 44).

Wird Opfern zudem die Anerkennung und Unterstützung verweigert, die ihrem Anspruch an Gerechtigkeit entspreche, so kann sich das durch das Trauma „erschüttet[e] Selbst- und Weltverständnis nicht regenerieren“ (Fischer & Riedesser 2023: 105). Die traumatische Erfahrung bleibt „unfasslich“, ohne Ort der Einbettung in der geteilten Wirklichkeit (ibid.). Das Entfremdungsgefühl vertieft sich: Die Betroffenen erleben sich als Fremde in einer sozialen Welt, die das erlittene Unrecht nicht als solches anerkennt, was zu einer weiteren Entwicklung ihrer Realität führt (ibid.)

Seit den 2010er-Jahren erfährt der Opferschutz auf europäischer Ebene eine deutliche Stärkung. Ein Meilenstein war das Inkrafttreten der EU-Opferschutzrichtlinie im Jahr 2015 (*Richtlinie über Mindeststandards für die Rechte, die Unterstützung und den Schutz von Opfern von Straftaten*) (EU 2012; Europäische Kommission 2023). Diese verpflichtet die Mitgliedstaaten unter anderem, „kostenlosen Zugang zu Opferunterstützungsdiensten“ zu gewährleisten, wozu auch die „emotionale Unterstützung“ zählt. In Umsetzung dieser Vorgaben haben viele Mitgliedstaaten die Hilfsangebote für Gewaltopfer ausgebaut (EU 2012; Böök 2018: 231). In Österreich und in Deutschland besteht für Opfer die Möglichkeit, im Rahmen eines Strafverfahrens psychosoziale Prozessbegleitung zu erhalten. Kostenfrei ist diese Unterstützung, wenn eine Schutzbedürftigkeit festgestellt wird oder sich begründen lässt, dass die erlittene Straftat mit einer außergewöhnlichen emotionalen Belastung einhergeht. Die Kriterien für die Inanspruchnahme der psychosozialen Prozessbegleitung variieren je nach Land (Böök & Sachsse 2024: 174; Die österreichische Justiz 2024; Jahl 2022: 51).

Wolff (2002: 11) hebt positiv hervor, dass einzelne Verwaltungsgerichte wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zu Traumafolgen in ihre Urteilsfindung einfließen lassen und den

Einfluss traumatischer Erlebnisse auf die Zeugenaussage berücksichtigen. So konstatierte das Verwaltungsgericht München, dass Folteropfer infolge des erlittenen Traumas oftmals nicht imstande seien, ihre Erlebnisse konsistent, widerspruchsfrei und folgerichtig wiederzugeben (ibid.).

Trotz dieser begrüßenswerten Entwicklungen auf der legislativen Ebene, etwa durch europäische Richtlinien und Konventionen zum Opferschutz, besteht immer noch eine erhebliche Diskrepanz zwischen juristischer Sprache und der Sprache des Traumas. In der Praxis erleben viele Betroffene Vernehmungen durch Polizei oder Justiz als von Misstrauen geprägt; einzelne Fragen werden als implizite Anklage interpretiert. Nicht selten wird das gerichtliche Umfeld daher als strukturell opferfeindlich charakterisiert (Böök & Sachsse 2024: 5). Böök und Sachsse (ibid.: 136) verweisen auf die Tatsache, dass die den Justizbeamt:innen oft vorgeworfene mangelnde Empathie und distanzierte Haltung die notwendige Unparteilichkeit bewahren, um ein gerechtes Urteil zu fällen. „Richterinnen und Richter stehen damit in einem Spannungsfeld, in dem sie den richtigen Weg des Umgangs mit traumatisierten Menschen suchen und nicht immer finden.“ (ibid.: 5f.) Die Autoren merken auch an, dass obgleich im Verständnis der traumatischen Realität vereinzelte Fortschritte zu verzeichnen sind, das juristische Curriculum weder Kurse zur zeugenschutzgerechten Befragung noch zu Opferschutzmaßnahmen oder grundlegender Psychotraumatologie für seine Absolvent:innen vorsieht, die ein vertieftes Verständnis für die Situation von Traumaüberlebenden ermöglichen würden (ibid.).

Die neu gewonnenen Erkenntnisse zu PTBS im juristischen Bereich haben nicht ausschließlich positive Konsequenzen. Zwar gilt das Phänomen verdrängter Erinnerungen bzw. dissoziativer Amnesie – gestützt durch neurowissenschaftliche Studien zur Gehirnaktivität – nicht länger als Indiz für Falschaussagen oder Konfabulationen, dennoch bleibt die Glaubwürdigkeit wiedererlangter Erinnerungen im Gerichtsverfahren häufig umstritten (vgl. Herman 1992: 357; Schellong et al. 2024: 608; van der Kolk 2014: 190f.).

Obwohl das Nichterinnern als traumatische Folge inzwischen wissenschaftlich vielfach belegt ist und auch in juristischen Kontexten zunehmend Akzeptanz findet, werden neu auftauchende Erinnerungsspuren des Öfteren als verfälscht disqualifiziert – insbesondere, wenn die Betroffenen sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden (Jahl 2022: 74ff.; Schellong et al. 2024: 611f.). Aus juristischer Sicht birgt jede therapeutische Intervention das Risiko einer Beeinflussung oder Manipulation der Erinnerungsinhalte und damit einer Entwertung der Aussage (Böök & Sachsse 2024: 101).

Van der Kolk (2014: 192) weist darauf hin, dass die mit der PTBS assoziierte Hilflosigkeit und der Schrecken nicht *de novo* erzeugt werden können; jedoch kann, wie Levine (2015: 123) in seinem Buch über traumatische Erinnerungen beschreibt, die *a posteriori* Zuschreibung der vom intensiven traumatischen Ereignis induzierten Emotionen bei der Konfrontation zu falschen Assoziationen führen. Böök & Sachsse (2024: 229) illustrieren das fortbestehende Misstrauen der Justiz gegenüber der Suggestionwirkung psychotherapeutischer Interventionen am Beispiel von Empfehlungen seitens Vernehmungsbeamten:innen, die Betroffenen rieten, vor Abschluss des Verfahrens keine psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch zu nehmen: „Dann kann nicht mehr unterschieden werden, was durch die Therapie verfälscht wurde und was Ihre genuine, reale Erinnerung ist.“ Dadurch entsteht der Eindruck, dass Betroffene implizit vor die Entscheidung gestellt werden, zwischen der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe und der Wahrung ihrer juristischen Glaubwürdigkeit wählen zu müssen (Schellong et al. 2024: 612).

Böök und Sachsse (2024: 230) verdeutlichen in einer zugespitzten Gegenüberstellung, dass diese Rechtslage *ad absurdum* führen kann: Würde eine Ermittlungsbeamtin erfahren, dass sich eine Opferzeugin in traumazentrierter Psychotherapie befindet, müsste sie – folgte man dieser Logik – ein Verfahren „wegen des Verdachtes auf wissentliche Strafvereitelung durch Vernichtung von Beweismitteln“ gegen die Therapeutin einleiten (ibid.). Das „Beweismittel“ in diesem Gedankenspiel wäre die unverfälschte Zeugenaussage, die durch therapeutische Arbeit am traumatischen Gedächtnis irreversibel verändert bzw. „vernichtet“ worden sei. Spiegelbildlich könnte eine Therapeutin, die von einer solchen Empfehlung seitens der Ermittlungsbeörden erfährt, wiederum rechtliche Schritte gegen die Beamtin wegen Körperverletzung in Betracht ziehen. Denn durch die Verhinderung der Behandlung einer schwerwiegenden, potenziell hirnschädigenden und chronischen Traumafolgestörung werde aktiv in die Gesundheit der Patientin eingegriffen (ibid.).

Jurist:innen und Psychotherapeut:innen sprechen oft unterschiedliche Sprachen (ibid.: 6). Im Sinne der Entstehung eines interdisziplinären Dialoges zwischen diesen zwei Sparten plädieren Fischer und Riedesser (2023: 336) für die Entwicklung differenzierter Kriterien der Beweiswürdigung, insbesondere bei der Bewertung von Aussagen traumatisierter Opfer. Sie weisen darauf hin, dass scheinbar inkonstante Zeugenaussagen im Aussageverlauf durchaus „zuverlässige Realitätskriterien“ enthalten, sofern die spezifische innere Struktur traumatischer Erinnerungsspuren berücksichtigt wird. Ergänzend verweist die deutsche Juristin Fischer (2016: 267) auf eine Reihe empirischer Befunde, die nahelegen, dass schwer

traumatisierte Personen im Vergleich zu psychisch gesunden Kontrollgruppen keine erhöhte Suggestibilität aufweisen.

Vor diesem Hintergrund unterstreichen Fischer und Riedesser (2023: 336) die Schlüsselrolle aussagepsychologischer Gutachter:innen an der Schnittstelle zwischen Psychologie und Recht. Ihre Vertrautheit mit der Struktur und Dynamik traumatischer Erinnerungsspuren erlaubt eine Bewertung von Zeugenaussagen, die den spezifischen sprachlichen und gedächtnisbezogenen Traumafolgen gerecht wird (Böök & Sachsse 2024: 90). Durch ihre Gutachtung leisten sie einen wesentlichen Beitrag zur Überwindung interdisziplinärer Verständigungsschwierigkeiten und zur Anerkennung der Validität traumatischer Erinnerungen im juristischen Diskurs (Fischer & Riedesser 2023: 336; Jahl 2022: 77).

„The imminent catastrophe, the announced end of the world, has already happened but could not be inscribed in the past as past, since in this respect the subject of speech was not there.“ (Davoine & Gaudillière 2004: 28) Sowohl bei individuellen als auch bei kollektiven Traumata kann der Akt der Zeugenschaft nach einer Vernichtungserfahrung einen Weg der Rehabilitation des Subjekts in das soziale Gefüge und in seine eigene Lebensgeschichte eröffnen. Sich jedoch im Kontext eines juristischen Verfahrens zu bewegen, um das Erinnern als Akt des Widerstands gegenüber dem erlittenen Schrecken zu behaupten, erweist sich oftmals als steiniger Pfad (Böök & Sachsse 2024: 20; Jahl 2022: 44; Wiesel 1978: 198). Die Nichtreprääsentierbarkeit des traumatischen Geschehens, das Einbrechen von Erinnerungslücken, Schuldgefühle, das Ausbleiben eines Resonanzraums und das damit assoziierte Entfremdungserlebnis, die Anzweiflung der Wahrnehmung der Realität – all dies kann die Stimme der Betroffenen an den Rand des Verstummens drängen (Blank 2023: 51; Davoine & Gaudillière 2004: 236; Held 2021: 96; Kofman 1998: 37; Pausch & Matten 2018: 20; van der Kolk 2014: 67). In Anbetracht dieser Umstände besteht das Risiko, dass die Täterversion der Ereignisse narrative Vorherrschaft gewinnt (Laub 1991: 79; Stengel 2023: 404). Für Betroffene kann die öffentliche Aussage infolgedessen eine Reinszenierung der ursprünglichen Erfahrung von Ohnmacht und Vernichtung bewirken (Böök & Sachsse 2024: 20; Jahl 2022: 44).

In diesem Spannungsfeld stellt sich die grundlegende Frage, ob der Schritt in die Öffentlichkeit vor Gericht für die Betroffenen mehr Schaden als Nutzen bringt, ob er ein Wiederaufflammen traumatischer Belastungen mit potenziell gravierenden gesundheitlichen Folgen bedeutet, oder ob der zu erwartende juristische Nutzen – etwa in Form einer erfolgreichen Verurteilung – überwiegt (Böök & Sachsse 2024: 6; Welz 2017: 414). Vor diesem Hintergrund ist der Prozess *Pélicot* von besonderer Brisanz.

Gisèle Pélicot wurde von ihrem Ehemann mutmaßlich über einen Zeitraum von rund zehn Jahren regelmäßig durch die heimliche Gabe sedierender Substanzen betäubt und fremden Männern zur Vergewaltigung angeboten (Le Monde & AFP 2024). Entgegen der in Verfahren zu Sexualdelikten üblichen Praxis, zum Schutz der Betroffenen hinter verschlossenen Türen zu verhandeln (Böök & Sachsse 2024: 181f.), entschied sich Gisèle Pélicot bewusst, auf ihr Recht auf Anonymität zu verzichten und sich mit ihrem Gesicht der medialen Aufmerksamkeit zu stellen (Wili 2024). Sie bat das Gericht ausdrücklich, den Prozess öffentlich zu führen, und bestand darauf, die Videoaufzeichnungen der wiederholten Missbräuche zu zeigen (ibid.). Damit stellte sie sich bewusst dem Risiko, das Herman (1992: 1 f.) als „Opferstigma“ bezeichnet, das sich an diejenigen heftet, die öffentlich von erlittenen Gräueltaten berichten. „Die Scham muss die Seite wechseln“, erklärte Gisèle Pélicot (Ulrich 2024), und machte aus dem Gerichtssaal eine Bühne des Widerstands. In dieser Haltung klingt Amérys (1977: 14) Rebellion gegen das Vergessen und die Täter-Narrative nach: „Was geschah, geschah. Aber dass es geschah, ist so einfach nicht hinzunehmen. Ich rebelliere gegen meine Vergangenheit, gegen die Geschichte [...].“

Gisèle Pélicot ist nicht dem Weg des „marvellous oblivion“ gegangen (Appelfeld 1994: 17), sondern entschied sich bewusst für die öffentliche Konfrontation mit dem traumatischen Geschehenen (Le Monde & AFP 2024). Sie trat im Namen aller von Vergewaltigung Betroffenen auf und wurde damit nicht nur zur Zeugin ihrer eigenen Geschichte, sondern auch zur Stimme aller Opfer von sexueller Gewalt (ibid.). Anders als in vielen Verfahren zu Sexualdelikten, die oftmals in einer Konstellation von Aussage gegen Aussage münden, war ihr Prozess durch eine erdrückende Beweislage gekennzeichnet, die – in Verbindung mit Pélicots außergewöhnlicher Bravour – breite Resonanz in der öffentlichen Meinung fand (Böök & Sachsse 2024: 164f.; Ulrich 2024). Der wiederkehrende Applaus bei jedem Betreten des Gerichtssaals markierte eine seltene gesellschaftliche Bestätigungs- und Unterstützungsform der Anklagenden (ibid.). Durch diesen Kraftakt trat Gisèle Pélicot aus der Opferrolle heraus und wurde sowohl in Frankreich als auch international als Heldin und Symbolfigur für den Widerstand gegen sexualisierte Gewalt gefeiert (o.V. 2024). Das Aufdecken des Traumatischen kann fatale Folgen für die Betroffenen haben, birgt zugleich aber auch die Hoffnung, einen gesellschaftlichen Paradigmenwechsel anzustoßen und die Betroffenen als legitime Protagonist:innen ihrer eigenen Geschichte zu positionieren – fernab von einer reduzierenden Zuschreibung als Opfer oder gar Mitverantwortliche der Straftat.

Seelische Wunden in Sprache zu fassen stößt bei dem Gegenüber häufig nicht nur auf Ungläubigkeit und Zweifel an der Glaubwürdigkeit, sondern auch auf mangelnde Unterstützung. Im Laufe der Geschichte wurde immer wieder die Polemik entfacht, ob unter posttraumatischen Belastungsstörungen leidende Personen Respekt und Unterstützung verdienen oder ob ihnen Misstrauen hinsichtlich der Veridikalität ihrer Symptome und des Wahrheitsgehalts ihrer Schilderungen entgegengebracht werden sollte (Herman 1992: 10f.).

Van der Kolk (2014: 244f.) berichtet über Kriegsveteranen, deren Leistungsansprüche durch die Veteranenbehörde abgewiesen wurden, da sie aufgrund der Traumafolgestörungen nicht imstande waren zu schildern, was genau ihnen passiert war. Der renommierte Psychiater führt weiter aus, dass die Überwindung der Sprachlosigkeit und der Versuch, das Traumatische in Worte zu kleiden, auch in der nahen Umgebung nicht zwangsläufig zur Stärkung oder Etablierung sozialer Gemeinschaft führen – im Gegenteil: Die Artikulation des Unsagbaren kann Brüche vertiefen, anstatt zur Heilung beizutragen (ibid.: 243f.). Das soziale Umfeld – seien es Angehörige oder Freundeskreise – reagiert oft ablehnend auf das Evozieren von Hilflosigkeits-erfahrungen oder verliert Geduld und Verständnis, wenn seelische Wunden über die Zeit fortbestehen (ibid.). Oft folgt das Erodieren des Ich beim Erzählen und die Entwicklung einer „cover story“, eines Narrativs, das Akzeptanz und Gehör beim Gegenüber findet (ibid.: 43; Levine 2010: 113).

4.3.3.3. Empathisches Gehör, sekundäre Zeugenschaft

“

What is at stake, then, is precisely the coming into being of the subject, the subject of a history not so much censored as erased, reduced to nothing, and yet somehow existing.

_____*Francoise Davoine & Jean-Max Gaudillière
History Beyond Trauma*

”

Bei kollektiven ebenso wie bei individuellen Traumata gewinnt die Zeugenschaft eine existenzielle Dimension (Welz 2017: 421). Nicht selten erweist sich der therapeutische Rahmen als der einzige Ort, an dem das Unsagbare überhaupt Ausdruck finden kann. Therapeut:innen, und im weiteren Sinne Dolmetschende, sind somit von immenser Bedeutung und werden zur sekundären Zeugin oder zum sekundären Zeugen des traumatischen Ereignisses

(Reitter 2020: 183). Während im Gerichtssaal Neutralität und Distanz als unhintergehbare Maxime der Unparteilichkeit gelten, kann ein vergleichbar „neutrales Gehör“ in der Traumatherapie bei Überlebenden von Gewaltakten Retraumatisierung nach sich ziehen (Kreuzer-Haustein 2020: 211).

Das traumatische Geschehen lässt das Ich zusammenbrechen, überwältigt die für die Einschreibung des Erlebten in das autobiographische Gedächtnis und in die autobiographische Narration verantwortlichen Mechanismen, und versperrt somit die Möglichkeit einer Selbstzeugenschaft für die Betroffenen (Kreuzer-Haustein 2018: 227; Reitter 2020: 183). Daraus resultiert die vitale Bedeutung eines Objekts der Zeugenschaft, ein Zuhörender, der sich an die Seite des Patienten stellt, das Geschehene hört und es „für *wahr nimmt*“ (Kreuzer-Haustein 2018: 227). In der Traumatherapie erfordert jede Begegnung mit Patient:innen seitens der Zuhörenden die Bereitschaft, die gewohnte Wahrnehmung von Normalität zurückzustellen und sich auf die Auseinandersetzung mit einer doppelten Realität einzulassen: Die Realität einer relativ sicheren, kohärenten, vorhersehbaren Gegenwart, die parallel zu einer traumatischen, fragmentierten, omnipräsenten, weiterwirkenden Vergangenheit existiert (van der Kolk 2014: 195).

Trauma „simultaneously defies and demands our witness“ (Caruth 1996: 5). In der therapeutischen Beziehung kann sich die Schwierigkeit des Zuhörens ebenfalls manifestieren: Trotz des bewussten Bemühens der Behandelnden, die Dynamik der Patient:innen zu verstehen, kann das Sich-Aufdrängen von traumatischen Gedächtnisspuren in der Gegenwart Psychotherapeut:innen an die Grenze des Ertragbaren bringen und ein Gefühl des Überwältigtwerdens hervorrufen (Grabska 2020: 24). „Here the problem of hearing grows most arduous, because the reality we are asked to accept is both remote and uncongenial.“ (Langer 1993: 35) Die Konfrontation mit dem unfassbaren Grauen ist bis heute von starken Abwehrmechanismen begleitet (Kreuzer-Haustein 2018: 193). Das zeigt sich exemplarisch an dem Beispiel von Holocaust-Überlebenden:

Nach der Befreiung der Konzentrationslager versuchten viele Holocaust-Überlebenden, ein neues Leben aufzubauen, ohne auf das Erlebte zurückzublicken. Die überwältigenden traumatischen Erfahrungen wurden oftmals auf Abstand gehalten, nicht zuletzt aufgrund des Ausbleibens eines zuhörenden Echos in der Begegnung mit der Außenwelt (Semprún 1997: 14). Das, was sie ertragen und erdulden mussten, und das, was sie im Schatten des Todes zu tun gezwungen waren, blieb oft unausgesprochen. Denn jedes Wort drohte das entwürdigende

Narrativ zu nähren, sie hätten sich widerstandslos, „like sheep to the slaughter“, ihrem Schicksal ergeben (Danieli 1984: 31).

Das psychotherapeutische Unterstützungsangebot in der unmittelbaren Nachkriegszeit war äußerst begrenzt; die wenigen Überlebenden, die eine Behandlung erhielten, sahen sich häufig mit dem Phänomen der Gegenübertragung konfrontiert. Damit werden die internen und externen Reaktionen der Therapeut:innen auf die Erzählung ihrer Patient:innen bezeichnet, welche aus deren eigenen psychischen Konflikten und Verletzlichkeiten resultieren (Gelso & Hayes 2007: 25ff.).

Neben dem gesprochenen Wort verrät die Körpersprache viel über die Haltung und innere Verfasstheit des Gegenübers, nonverbale Signale, die im therapeutischen Raum die therapeutische Beziehung maßgeblich gestalten und auf die Traumaüberlebende sensibel reagieren (Scaer 2005: 168). Nicht selten begegneten Überlebende der Shoah den Abwehrmechanismen ihrer Therapeut:innen: Ihre Schilderungen wurden als Übertreibungen diskreditiert, als ins Reich der Fantasie oder gar der Science-Fiction gehörend abgestempelt, die Ursachen ihrer Leiden in der frühen Kindheit statt in den im Konzentrationslager erlebten Gräueltaten verortet oder es wurde lediglich die Oberfläche der traumatischen Vergangenheit gestreift (Danieli 1988: 224ff.). Die meisten Psychiater:innen konnten – unbewusst – weder akzeptieren, dass Menschen zu derartigen Grausamkeiten fähig waren, noch das Ausmaß der verheerenden Nachwirkungen einer solch schwerwiegenden traumatischen Erfahrung auf das Leben der Überlebenden begreifen. Durch die Leugnung der Realität des Traumas trugen Behandelnde zur Aufrechterhaltung dessen bei, was Danieli (2006: 841) als „conspiracy of silence“ bezeichnete, und verschlimmerten dadurch die Isolation der Holocaust-Überlebenden.

Die negative Gegenübertragung hat die Anfangszeit der Psychiatrie geprägt (Danieli 1984: 24), denn in die Tiefe der traumatischen Erfahrung zu gehen „is a risk zone where the *Unheimlich* reigns, where the dangers have no name, where the analyst cannot go forward without anxiety about his own action“ (Baranger et al. 1988: 127). Als Zeug:innen von Berichten über unmenschliche Erlebnisse sind Therapeut:innen und Dolmetschende in der Arbeit mit traumatisierten Patient:innen der Gefahr ausgesetzt, selber von der Dynamik des Traumas erfasst zu werden (Bergunde et al. 2015: 187; Dabić 2021: 93; Pausch & Matten 2018: 101). Das Phänomen der „sekundären Traumatisierung“ – auch „stellvertretende Traumatisierung“ genannt – beschreibt das Auftreten von PTBS-Symptomen bei Zuhörenden in Folge der Schilderung einer traumatischen Situation (Maercker 20013: 172).

In der Risikozone der traumatischen Narrative laufen Therapeut:innen die Gefahr, eine Schutzwand zu errichten, indem sie den emotionalen Kontakt zu Patient:innen und sich selbst verlieren (Kreuzer-Haustein 2020: 202). Konzeptualisierungen bieten Therapeut:innen einen Anker in den tückischen Gewässern des Traumas, können aber zur gleichgültigen Festung werden, wenn die vielschichtige Dynamik traumatischer Erfahrungen verkannt wird (ibid.: 201f.; Hartmann-Kottek 2021: 241f.). Jedes Trauma ist *per se* individuell und benötigt die „naive“ Zuwendung der behandelnden Person, um in seiner Spezifität und Multidimensionalität erfasst werden zu können (Kreuzer-Haustein 2020: 202).

Die Begegnung mit dem Unheimlichen kann Sinnlosigkeit, Ohnmacht und Vergeblichkeit in der Gegenübertragungsdynamik hervorrufen (ibid.: 201); dennoch appellieren Günzel-Helmig (2022: 74f.) und Kreuzer-Haustein (2020: 210f.) daran, dass Therapeut:innen „anerkennen und sich davon erfassen lassen, dass das Grauen stattgefunden hat“, versuchen empfänglich zu bleiben und es wagen, in den traumatischen Abgrund mitzugehen.

Die Zeugenschaft in ihrer Erkundung des Geschehens ist für Traumaüberlebende ein Gang durch das Anderssein, die Ohnmacht, „the otherness of death“ (Langer 1993: 35). In dieser Grenzerfahrung von „life within death“ (ibid.) manifestiert sich eine fundamentale Einsamkeit, die einen doppelten Bruch zur Folge hat: Einerseits innerhalb des Subjekts selbst, andererseits in seiner Relation zur sozialen Umwelt (Grugger 2018: 58). Menschen sind soziale Wesen und Isolierung mündet nicht selten in die Entwicklung von zahlreichen Krankheitsbildern und eine verkürzte Lebensspanne (Scaer 2005: 278f.).

Erst wenn die Anerkennung des Traumas durch ein Gegenüber, durch eine teilnahmevolle Umwelt, die „hört und gegen alle Widerstände auch hören will“, was geschehen ist, stattgefunden hat, öffnet sich für die Betroffenen der Weg aus der Erstarrung hin zur Resilienz (Fischer & Riedesser 2023: 105; Kreuzer-Haustein 2020: 202). Für Therapeut:innen bedeutet dies, die schützende Maske der „gesunden“ Heiler:innen gegenüber den „kranken“ Patient:innen abzulegen und sich gemeinsam mit dem Gegenüber durch das Labyrinth von Abwehrformationen und Übertragungsdynamiken hindurchzuarbeiten (Kreuzer-Haustein 2020: 211; Levine 2010: 34). Indem Therapeut:innen das Unfassbare – das, was man nicht glauben will – als wirklich geschehen anerkennen, ermöglichen sie Traumaüberlebenden die Erfahrung, beim Artikulieren des Erlebten nicht länger in der Einsamkeit des erdrückenden Schreckens gefangen zu bleiben, sondern die Dunkelheit gemeinsam zu durchschreiten (Kreuzer-Haustein 2020: 211; Levine 2010: 34). Somit wird ein Objekt der Zeugenschaft gefunden, das die Integration der

Vergangenheit ermöglicht, und damit dem ausgelöschten Subjekt die Rückkehr in die eigene Existenz gewährt (Davoine & Gaudillière 2004: 47).

Jedoch erweist sich das Zurückholen des Subjekts in die Existenz als orphische Aufgabe, die darin besteht, einen Weg zu zeichnen, der es dem Sprechenden ermöglicht, aus der Dunkelheit des Totenreichs zurück ins Licht der Lebenden zu gelangen (vgl. Rosenblum 2000a: 100). Gelingt dieses von zahlreichen Hindernissen geprägte Unterfangen, entsteht die Chance, dass sowohl Patient als auch Therapeut die Wiederkehr des Traumas im Hier und Jetzt überstehen. Doch der Weg bleibt prekär, denn er führt unweigerlich an die Grenze jener mächtigen Abwehr, die nicht nur im Anderen, sondern ebenso in den Therapeut:innen selbst wirksam ist (Kreuzer-Haustein 2020: 212). Van der Kolk (2014: 244f.) und Levine (vgl. 2010: 77ff.) unterstreichen in dieser Odyssee die Notwendigkeit des Pendelns zwischen gegenwärtigen Körperwahrnehmungen und dem Traumatischen, um Inseln von Sicherheit zu etablieren. Diese „pendulation“ ermöglicht es, aus der Zeitlosigkeit und Erstarrung herauszukommen und sich dem Traumatischen *peu à peu* anzunähern, ohne das Risiko zu laufen, in dem Trauma gefangen zu bleiben (Levine 2010: 79ff.)

4.3.4. Stimme finden, Sprache werden

“

*Since then, at an uncertain hour,
That agony returns:
And till my ghastly tale is told,
This heart within me burns.*

*Samuel Coleridge,
The rime of the ancient mariner*

”

Das In-Sprache-Fassen, die Fähigkeit, zwischen der Innenwelt und der Außenwelt eine Brücke zu bauen, und somit Bedürfnisse, Wünsche, Emotionen, Interessen und Fragen zum Ausdruck zu bringen, ist ein wichtiger Bestandteil der individuellen Lebensgestaltung und bestimmt den Umfang der Möglichkeiten, in der Welt zu agieren und interagieren (Glanzer 2003: 14). In der menschlichen Stimme – die als Verkörperung des Subjekts verstanden werden kann – begegnen sich zwei Dimensionen: Die Sprache, mit ihrer unerschöpflichen semiotischen und poetischen Macht, und der Stimmapparat mit der vibrierenden Materialität des Lautes, in dem Ausdruckskraft und Affekte mitschwingen (Rosenthal 2019: 177). Durch den Akt der Versprachlichung

kann das psychische Erleben eine Gestalt finden, das Erzählte sich in das Gedächtnis einschreiben, Erinnerungen können schließlich Realität werden (ibid.; Charf 2018: 176).

Traumata lassen die Struktur der Sprache zusammenbrechen, ihre Materialität erodieren, ihre Grenze ausschöpfen (siehe 4.1.1. Deaktivierung des Sprachzentrums; 4.2. Nachhall der traumatischen Erfahrung auf den sprachlichen Ausdruck; 4.3.1. Die Sprache der Sprachlosigkeit; 4.3.2. Jenseits der Repräsentierbarkeit). Des Weiteren beeinträchtigt die durch das Trauma verursachte Erschütterung des Selbst die rezeptiven und produktiven Sprachfunktionen (Carozza 2024: 229). Damit wird nicht nur die Teilhabe am sozialen Leben erschwert, sondern auch das Gefühl der Verwurzelung in der *conditio humana* selbst aufgesprengt (van der Kolk 2014: 67). Aus der Erfahrung radikaler Entfremdung resultiert ein Zerfall der Gewissheiten, die das kommunikative Realitätsprinzip stützen, zugleich ein Bruch im Vertrauen auf die Verlässlichkeit der sozialen Welt – was in eine weitere Verfestigung der Sprachlosigkeit mündet (Fischer & Riedesser 2023: 94). Insbesondere wenn Traumata sozialer Natur sind, ist Sprache immer präsent – und sei es durch ihre Abwesenheit (Busch & Hermann 2019: 73).

Trotz der zahlreichen Hindernisse, die den Weg der Verbalisierung versperren, ist der Ausdruck der inneren Wirklichkeit mit sprachlichen Mitteln essenziell für die Verarbeitung traumatischer Erfahrung (Grugger 2018: 380; Lowenthal 2019: 78). Das Schweigen über Schrecken, Scham und Trauer kann kurzfristig die Illusion von Kontrolle erzeugen (van der Kolk 2014: 232). Doch was unausgesprochen bleibt, führt zu einer Spaltung des Selbst: ein fortwährender innerer Konflikt, der erhebliche psychophysiologische Ressourcen bindet (Charf 2018: 39ff.; Ehler 2011: 292). Der Organismus wird dauerhaft mit Stresshormonen überflutet, wodurch das Nervensystem in ständiger Alarmbereitschaft verharrt – mit weitreichenden somatischen Folgen (siehe 4.1.5. Stressschleife des Nervensystems).

„[...] but naming offers the possibility of a different kind of control.“ (van der Kolk 2014: 232). Gehört und verstanden zu werden trägt zur Regulierung der psychischen und physiologischen Systeme bei; die Möglichkeit, ein komplexes Gefühl sprachlich zu artikulieren und es als in seiner Geltung anerkannt zu erfahren, aktiviert das limbische System und ermöglicht ein „Aha-Erlebnis“ (ibid.). Umgekehrt wirkt das Erfahren von Schweigen oder Unverständnis zerstörerisch auf den inneren Zusammenhalt (Davoine & Gaudillière 2004: 236; Welz 2017: 421). In der Sprache das eigene Selbst zu entdecken, gleicht einer Offenbarungserfahrung – selbst dann, wenn das Ringen um Worte für die innere Wirklichkeit ein dorniger Weg ist, auf dem der Sprechende beinahe zu ersticken droht (van der Kolk 2014: 234; Kofman 1998: 39).

Dank des Akts der Verbalisierung kann der Ursprung der weiterhin im Körper nachhallenden Schockreaktion identifiziert und den erlittenen Symptomen eine Bedeutung zugeschrieben werden (van der Kolk 2014: 233). Erst durch die Überführung der im prozeduralen Gedächtnis eingefrorenen Erinnerungsfragmente in Sprache kann das autobiographische Selbst das Geschehene zuordnen und in einen größeren Sinnhorizont einweben (ibid.: 236). Zudem trägt das Benennen des Unfassbaren dazu bei, den Schrecken zu entschärfen und seine beängstigende Wirkung zu mindern (Charf 2018: 176). Im Teilen des Erlebten, im Erfahren von Zuhören und Resonanz, keimt die Möglichkeit auf, das erschütterte Grund- und Weltvertrauen wiederzufinden und ein Gefühl erneuter Zugehörigkeit zur menschlichen Gemeinschaft zu gewinnen (Grabska 2020: 22f.; van der Kolk 2014: 234).

Die transformative und befreiende Kraft der Sprache kann sich aber erst entfalten, wenn ein unterstützendes Gegenüber, das hören will, das Gesagte aufnehmen kann (Fischer & Riedesser 2023: 105; Kreuzer-Haustein 2020: 202). Für die Etablierung eines äußeren sicheren Raumes genügt die verbale Kommunikation allein nicht; ebenso unabdingbar ist die beruhigende Präsenz des Gegenübers. Denn trotz unseres offenkundigen Vertrauens auf elaborierte Sprache vollziehen sich viele unserer grundlegendsten Austauschakte über die „wortlose Stimme“ der Körpersprache (Blumenthal 2016: 21; Levine 2011: 11). Im Kontext der Traumatherapie wirken Therapeut:innen oder Dolmetschende bereits durch ihr Dasein auf den therapeutischen Prozess, durch die Qualität ihrer Präsenz können sie zum Halt gebenden Gegenüber werden (Bot 2021: 377). Durch den Sprachduktus, das Schwingen von Prosodie, Idiolekt, Sprachflüssigkeit und Stimmlage des Zuhörenden kann sich eine beruhigende und resilienzfördernde Wirkung entfalten (ibid.; Levine 2011: 107).

Neben der äußerlichen Sicherheit eines empathischen Gehörs ist die Etablierung innerer und körperlicher Sicherheit für Traumaüberlebende unerlässlich, um Sprachlosigkeit zu überwinden und die traumatische Dimension zu betreten (Hüllemann 2019: 40). Die Rückgewinnung der Verbindung zum Körper erweist sich dabei als zentrale Ressource auf dem Weg zur Resilienz: Über das Wiedererlernen interozeptiver Wahrnehmung – das bewusste Spüren eigener Körperempfindungen – können Traumaüberlebende Zugang zur Wahrnehmung von Sicherheit im *hic et nunc* bekommen. Zugleich aktiviert die Wiederentdeckung des Somatischen beim Subjekt die im Körper eingravierten traumatischen Spuren und die damit verbundene Ohnmacht und den Schrecken angesichts der tödlichen Bedrohung (Charf 2018: 194; Levine 2011: 76). In der therapeutischen Praxis erlaubt das Oszillieren zwischen in der Gegenwart verankerten Inseln der Sicherheit und den fragmentarischen Spuren des Traumas eine

schrittweise Erkundung des Erlebten, ohne das Risiko einer Retraumatisierung zu laufen, und konstituiert zugleich einen Prozess der Selbstregulation für die Betroffenen (ibid.). Darüber hinaus ist die Wiederherstellung der Verbindungen zwischen Bewusstsein, afferenten Signalen und inneren Reizen für das Sprachwerden der traumatischen Erfahrung vonnöten: „The full story can be told only after those structures are repaired [...]: after no body becomes some body.“ (van der Kolk 2014: 247)

Das In-Existenz-Treten des sprechenden Subjekts, das zuvor in der Sprachlosigkeit gefangen war, ist eines der beglückendsten Erlebnisse in der menschlichen Erfahrungswelt: In der Möglichkeit, Worte zu finden, wo zuvor Leere herrschte, die innere Welt mit einem zuhörenden Anderen zu teilen, liegt eine tiefe Transformationserfahrung (ibid.: 236). Diese Resonanz, in der bisher Unausgesprochenes erstmals Gestalt annimmt und von einem Anderen aufgenommen wird, ist das Durchbrechen der durch Trauma erzeugten Isolation möglich. Zugleich tritt beim Erzählen der Schatten einer Wahrheit ans Tageslicht: Das Traumatische durchbricht die Kontinuität des Seins, die Betroffenen betreten die Wirklichkeit fortan mit einem erneuerten, und doch fremd gewordenen Selbst (ibid.).

4.3.5. Dem Unsagbaren lauschen

Wenn Traumaüberlebende aus der Sprachlosigkeit herauskommen, in die Tiefe des Abgrunds blicken und die orphische Aufgabe der Übersetzung des Erlebten in die Sprache gelingt – welche Gestalt nimmt das Trauma ein (Rosenblum 2000a: 100)? „Let us listen more closely to the subtle differences in the pauses created by caesura and line breaks.“ (Schweizer 2014: 126)

Tiefinschnee,

Iefimnee,

I – i – e.

(Celan 1967: 35)

I feel so terrible.

how can I fit the kinds of abuse I'm remembering into some

kind of me

it's so much and it's so broad and it's so utterly

fantastical. I must be making it up

remember make up

re member cover up

find hide

am I finding or am I hiding?

Both. I'm hiding from what I've found.

(Lane 1995: 14)

[...] there would soon be only ice, snow, stillness, death; no more violence, no war,
no victims; nothing but frozen silence, absence of life.

(Kavan 2017: 164)

[...] no escape from the ice, from the ever-diminishing remnant of time [...].

(Kavan 2017: 182)

Ich-fremd, Fremd-Körper; Wieder und wieder, durchtrennt, Die Verbindung vom
Selbst; Verlassenes Land, In Nacht und Schatten, Versunken; Wieder, Und wieder,
Hoffnungsloses, Bemühen, Das Durchtrennte, Zu überbrücken und, wieder zu be-
leben, Das wie tot, Daliegende.

Auf immer, Verloren, Im Nirgendwo, Körperlos, Kein Halten, Kein Halt; Verloren,
Das versunkene Land, Das Sein, Fremd, Fremd-Körper; Ich-fremd.

(Gedicht einer Traumaüberlebenden; zitiert in Hüllemann 2019: 27)

Beim Evozieren der traumatischen Erfahrung spricht die „screaming silence“ der puren Vernichtungserfahrung zwischen den Zeilen, in den Leerstellen und Lücken zwischen den Zeichen (Franke 2014: 137). „[The] breakdown of the word... reaches you, attains the hearing“ (Felman & Laub 1992: 37); wenn der Klang der Stille und die Bruchstellen des Ich ans Tageslicht treten, droht dem Zuhörenden das Versinken in das Labyrinth des Traumas, er läuft Gefahr, ebenfalls von Stupor befallen zu werden (Kreuzer-Haustein 2020: 202; Langer 1991: 40). „How does one listen to what is impossible?“ (Caruth 1995: 10) Die Stimme von Traumaüberlebenden und die sich manifestierende Desartikulation der Sprache fordert das Gehör heraus, kreierte Brüche in unserem konzeptuellen Gerüst und ruft – allen unseren inneren Abwehrbewegungen zum Trotz – zu einer Lektüre auf, die neue narrative Realitätshorizonte aufnehmen kann (Franke 2014: 139; Grabska 2020: 21).

4.3.6. Metapher, eine Brücke zum Unausprechlichen

Eines der bedeutsamsten Tore zur inneren Welt eröffnet sich im Schreiben²⁸. Es gestattet es Traumaüberlebenden, in ihre Innenwelt einzutauchen und Wahrnehmungen Ausdruck zu verleihen, ohne sich zugleich dem Blick des Anderen auszusetzen (van der Kolk 2014: 238). Wenn sie versuchen, Worte für das Erlebte zu finden, geschieht dies meist in „languages of the unsayable“, jenen Zwischenräumen der Sprache, in denen das Schweigen mitschwingt (Sorsoli 2007: 138f.). Fragmentierung, Ellipsen und Leerstellen spiegeln sich bei der Übertragung ins Schriftliche wider, wie es die im vorherigen Unterabschnitt angeführten Trauma-Narrative illustrieren. Die Brüche und Widersprüche beim Erzählen der traumatischen Erinnerungsspuren fordern Darstellungsformen, die die traumatische Realität einfangen, kommunizieren können (Gildea 2018: 22; Müller 2005: 130; Waller & Scheidt 2010: 61). Das Traumatische, so Caruth, (1995: 5) verlangt eine Artikulation, die „must, indeed, also be spoken in a language that is always somehow literary“.

²⁸ Laut Gildea (2018: 24) ist „poetry therapy“ ein bedeutsamer therapeutischer Schlüssel, um die Tür zur Resilienz zu öffnen. Über den literarischen Ausdruck des Traumatischen hinaus ermöglicht Kunsttherapie eine symbolische Verarbeitung von Traumata und deren Integration in das autobiographische Gedächtnis (Gayraud & Auxéméry 2023: 225). Van der Kolk (2014: 427) und Levine (2011: 356) weisen außerdem auf die Notwendigkeit der Wiederherstellung der Verbindung zum Körper hin, die neben der sprachlichen Artikulation des Erlebten unabdingbar ist, sodass „no body becomes some body“.

Das komplexe Aggregat von traumabezogenen physiologischen und psychischen Veränderungen formt ein neues Selbst, das zugleich das Assimilieren des Erlebten und eine Orientierung in der neuen posttraumatischen Realität sucht (Davoine & Gaudillière 2004: xxviii; Gildea 2018: 27). Dennoch kristallisieren sich beim Artikulieren des Erlebten Bruchstellen und Diskontinuitäten heraus, die in Dissonanz zu der Kohäsion und Linearität konventioneller Erzählstrukturen von Selbstnarrativen stehen (Carozza 2024: 230; Charf 2018: 186f.; Gildea 2018: 27). Im literarischen bzw. poetischen Ausdruck des Erlebten ermöglichen Stilfiguren das Spiegeln der Gestalt des Traumatischen – eine *mimêsis* der traumatischen Erinnerungssplitter. Der häufig in Traumanarrativen auftretende metaphorische Diskurs eröffnet einen Raum, wo das Unaussprechliche eine Form annehmen kann (Gayraud & Auxéméry 2022: 208).

In der Anwendung von Ricœurs Theorie des metaphorischen Diskurses auf traumatische Erinnerungen verdeutlicht Gildea (2018), dass Poesie und metaphorische Sprache einen Raum schaffen, in dem die traumatische Dimension und die damit einhergehende Auflösung zeitlicher Ordnung und identitärer Kohärenz eine Sprache finden können. Die Medienwissenschaftlerin stützt sich auf das von Ricœur eingeführte Konzept der *métaphore vive* (1993: 303): Eine „lebendige Metapher“ unterscheidet sich grundlegend von lexikalisch fixierten Einheiten, wie sie zum Beispiel in Wörterbüchern erscheinen, die im Sprachgebrauch bereits eine feste Bedeutung etabliert haben (ibid.: 290). Hingegen haben „tote Metaphern“ durch den Prozess der Lexikalisierung ihre ursprüngliche Innovationskraft verloren und sind in die Polysemie eines Lemmas eingegangen. Lebendige Metaphern lassen durch einen semantischen „twist“ neue Sinnhorizonte aufkommen, die in Kollision mit der Wortwörtlichkeit des Lexems stehen (ibid.: 230; Ricœur 1972: 99).

Wie ein literarisches Werk trägt auch der Ausdruck des Traumas eine poetische Dimension in sich. In Anlehnung an Ricœurs Theorie (1993) liegt seine Referenzialität nicht in der geteilten äußeren Wirklichkeit, sondern in den Konturen und der Textur des traumatischen Diskurses selbst:

In written language reference is no longer ostensive [aspects of reality which can be shown or pointed at]: poems, essays, and fictional works speak of things, event states of affairs, characters which are evoked, but which are not there. Nevertheless, literary texts are about something. About what? About a world, which is the world of this work. Far from saying that the text is there without a world, I will now say without paradox that only man has a world, and not just a situation, *Welt* and not just an *Umwelt*. In the same manner that the text frees its meaning from the tutelage of the mental intention, it frees its reference from the limits of the ostensive reference. (Ricœur 1974: 105f.)

Traumatische Narrative haben eine „self-contained texture“, ihre Struktur beruht auf der inneren Dimension des Traumas (Ricoeur 1993: 226). Genauso wie lebendige Metaphern verlangen sie eine Loslösung von der rationalen Konzeption zugunsten der Öffnung einer anderen Verstehensart (Gildea 2018: 29). In der Prosa von Chateaubriand (1902: 88) „I heard the moonlight singing in the woods“²⁹ oder in der Poesie Rimbauds (2001: 57) „Pale on his green bed where light teems down“³⁰ wird diese Sinnverschiebung erfahrbar: Leser:innen verlassen die vertraute Ordnung der Welt, um im Gewebe des Textes eine andere Dimension des Möglichen zu betreten (Gildea 2018: 29f.). Durch die Metapher wird der Mondschein nicht nur sichtbar, sondern hörbar; das Licht wird nicht nur sichtbar, sondern als Regen auf der Haut spürbar. In der situativen Essenz von Metaphern und literarischen Texten liegt die Möglichkeit, eine andere Realität zu entwerfen und zu erfahren (Ricoeur 1972: 106f.).

Vor diesem Hintergrund bilden traumatische Narrative in ihrer „somehow literary“ Artikulation eine Brücke zur äußeren Realität (Caruth, 1995: 5). Die Übersetzung vom Ufer der Sprachlosigkeit ins Sprache-Werden lässt Narrative entstehen – Werke –, die nicht nur metaphorischer Natur sind, sondern genauso wie literarische Werke ein autonomes Ganzes mit eigener situativer Realität konstituieren (Langer 1991: 40; Ricoeur 1993: 230). Wie in literarischen Fiktionen eröffnet sich dabei den Leser:innen durch die Selbstreferentialität der Traumanarrative die Möglichkeit, sich von der inneren Dynamik des Werkes tragen zu lassen, und in eine andere Welt einzutauchen, in der die vertrauten Grundannahmen über unser Weltverständnis – unsere „assumptive world“ – außer Kraft gesetzt werden (Janoff-Bulman 1992: 51).

Durch die „possible ways of being-in-the-world“, die das Narrativ für die Lesenden eröffnet und entdeckt, kommt es zu einer Erweiterung des Erfahrungshorizonts (Ricoeur 1974: 105f.). Die Lektüre erschließt eine vom Text eröffnete Welt, die die Realität des Anderen verständlich macht, und zugleich das eigene Selbst in neuer Weise ins Licht rückt. Aus der Resonanz zwischen fremder und eigener Erfahrung ergibt sich ein „Horizontverschmelzen“, das ein vertieftes Selbstverständnis stiftet (vgl. Gildea 2018: 22; Ricoeur 1974: 106).

Auf der Metaebene eröffnen Traumanarrative, in Analogie zu lebendigen Metaphern und literarischen Werken, den Zugang zu einer anderen Wahrnehmung der Realität; auf der

²⁹ Im Original „je croyais entendre la clarté de la lune chanter dans les bois [...]“. (de Chateaubriand 1899: 119)

³⁰ Im Original „Pâle dans son lit vert où la lumière pleut.“ (Rimbaud 1922: 78)

Mikroebene hingegen erweist sich der metaphorische Diskurs als Medium, in dem die traumatische Realität Ausdruck finden kann.

Der metaphorische Ausdruck ermöglicht eine Dialektik zwischen scheinbar unvereinbaren Bedeutungen – irreal und real, zeitlich und zeitlos, sagbar und unsagbar –, die im Spannungsfeld der Metapher konvergieren können (Gildea 2018: 21). Der metaphorische Diskurs lässt ein „is“ mit einem „is not“ koexistieren (Ricoeur 1993: 224); er spannt einen Bogen, der das Reale und das Imaginäre, die äußere und die innere Welt, den sinnhaften Kosmos und den Ort des Sinnverlusts miteinander in Spannung setzt. Er überführt nicht nur das Unsagbare in das Feld des Sagbaren und damit Erfahrbaren, sondern trägt zugleich die traumatische Realität kennzeichnenden Oxymora in der erschaffenen Sinn-Arche (vgl. Gildea 2018).

Infolge des traumatischen Einbruchs und der nachwirkenden posttraumatischen Folgestörungen tritt ein tiefgreifender Sinn- und Selbstzusammenbruch auf, in dem die Betroffenen, auf den Trümmern der Sprache stehend, Worte zu bergen versuchen (Davoine & Gaudillière 2004: xxviii; Gayraud & Auxéméry 2023: 225). Die posttraumatische Erfahrung ist mit dem Erleben von antinomischen Dynamiken auf physiologischer sowie psychischer Ebene assoziiert. Diese Widersprüche schreiben sich im Körper ein: Traumaüberlebende sind unter anderem zugleich der Hyperaktivierung des Sympathikus und des Parasympathikus, amnestischer Dissoziation und intrusiven Flashbacks ausgesetzt; sie sind mit Desintegration und Integration des Erlebten konfrontiert (Charf 2018: 37f.; Fischer & Riedesser 2023: 98; Neuner et al. 2013: 340f.; Sack 2005: 47). In der Psyche sind ebenfalls widersprüchliche Bewegungen am Werk, wie etwa das Erleben einer „Nicht-Zeit“, das Paradox einer nicht ganz erfahrbaren Realität, die sich als erfahrene zeigt, und einer traumatischen Realität, die kaum greifbar ist, aber die Betroffenen fest im Griff hat (Angeloch 2020: 233; Charf 2018: 187; Gildea 2018: 22; Hüllemann 2019: 114f.; O’Kearney & Perrott 2006: 88; Pausch & Matten 2018: 18). Die Erfahrung des Traumatischen artikuliert sich um das Erleben des „Seins“ und „Nichtseins“ auf der psychischen Ebene (Hartmann-Kottek 2021: 274). Der metaphorische Diskurs ermöglicht eine *mimêsis* der inneren Bewegungen des Traumas, in dem ein „Sein“ mit einem „Nichtsein“ in dem metaphorisch gespannten Bogen in einem Spannungsverhältnis stehen können – der metaphorische Diskurs lässt ein „is“ mit einem „is not“ koexistieren (Gildea 2018: 34; Ricoeur 1993: 224). In diesem Spannungsfeld kann die Wahrnehmung des Todseins und des Lebendigseins gleichzeitig wahr sein, das Reale des Todes und das Irreale der neuen Realität unter der Lebenden können einen Weg zur Sprache finden, die Auslöschung des Subjekts und das

Ins-Dasein-Treten des Subjekts können gleichzeitig stattfinden (Davoine & Gaudillière 2004: 47; Murray 1967: 9; Roisin 2010: 31; van der Kolk 2014: 233).

Somit kristallisiert sich dank der von Metaphern errichteten Brücken eine Ausdrucksform für das heraus, was Traumaüberlebenden widerfahren ist: Nach außen spannt die Metapher eine Brücke zu einer anderen Realität, ähnlich wie der poetische Ausdruck neue Wahrnehmungshorizonte eröffnet und sich das Licht in einen auf der Haut spürbaren Regen verwandelt. Zugleich schlägt die Metapher eine weitere Brücke in das Innere der traumatischen Dimension: Sie vermag die innere Struktur der traumatischen Erfahrung mitsamt ihren Antinomien zu tragen. Mit anderen Worten: Der metaphorische Diskurs erlaubt es, ein bisschen von der Wortwörtlichkeit der traumatischen Dimension zu erfassen, ohne dass die Betroffenen ihr Erleben verformen oder an gesellschaftlich akzeptierte Ausdruckskonventionen angleichen müssen (Gildea 2018: 24).

Darüber hinaus ermöglicht die Metaphorisierung eine Erkundung des traumatischen Geschehens ohne direkte Auseinandersetzung mit der überwältigenden Unmittelbarkeit der Schreckenserfahrung (Gayraud & Auxéméry 2023: 224). Sie bietet einen Schutzschirm, der das Überschreiten und Rücküberschreiten beim Artikulieren des Erlebten ermöglicht, ohne in eine Retraumatisierung zu verfallen (ibid.: 225).

Das Hervortreten aus der Sprachlosigkeit und das Auffinden von Worten für das Unsagbare entfaltet eine befreiende und zutiefst transformative Wirkung (siehe 4.3.4. Stimme finden, Sprache werden; vgl. Welz 2017: 414). Durch das Schreiben und die von lebendigen Metaphern eröffneten Ausdrucksmöglichkeiten entsteht ein Raum, in dem die bewussten und unbewussten Spuren des Traumas – eingeschrieben in Körper und Psyche – Gestalt gewinnen können (Gildea 2018: 31). Somit können für Traumaüberlebende beim Lesen des Geschriebenen überraschende Wahrheiten ans Licht kommen, die die verborgene innere Welt erfahrbar werden lassen (van der Kolk 2014: 238). Die im Spiegel des Textes aufscheinenden neuen Einsichten in das eigene Selbst ebnen den Weg zu einem Verarbeitungs- bzw. Transformationsprozess des Erlebten (Gildea 2018: 22; Lowenthal 2019: 78).

Der Mensch sehnt sich nach Sinn, die Traumaerfahrung hingegen stürzt ihn in einen Sinn- und Selbstzusammenbruch. Die Metaphorisierung kann den Weg zur Wiedergeburt des Sinnes ebnen, einen neuen posttraumatischen Realitätshorizont eröffnen und zur Rekonstruktion eines „subject of speech“ in der Sprache führen (Davoine & Gaudillière 2004: 47; Gayraud & Auxéméry 2023: 225; Grugger 2018: 58).

Über die linguistische Funktion der Metapher als Medium hinaus, die die Konturen der traumatischen Erfahrung nachzeichnen kann, kann die Metapher eine symbolische Funktion erfüllen, die den Weg zur Resilienz einleitet (Gayraud & Auxéméry 2023: 224f.). Unter dem Schutzschirm der Metapher wird eine gewisse Distanzierung vom unmittelbaren Erleben möglich, beim Erzählen wird nicht die Wortwörtlichkeit der traumatischen Realität dargestellt, sondern das Erlebte wird durch symbolische Figuration verwandelt und wird neue Bedeutungen zugeschrieben. So erscheint das Subjekt nicht nur als Zeug:in, sondern erhebt sich zum:r schöpferischen Autor:in seines Narrativs (ibid.; Gildea 2018: 22).

Im den einströmenden impliziten Erinnerungen Ausgeliefertsein, in der Hilflosigkeit angesichts des Entfallens der Sprache, der Sprachlosigkeit vor dem Schrecken bietet die Metapher eine flexible Form, in der das Erlebte zum Ausdruck gebracht werden kann. Die Erkenntnis, dass das traumatische Gedächtnis einer anderen Logik der Erinnerung folgt, die in konventionellen Ausdrucksformen kaum Fuß fassen kann, und nicht als Resultat eines gebrochenen oder dysfunktionalen Ichs zu verstehen ist, kann einen Weg aus der Sprachlosigkeit eröffnen. Somit werden die Gedächtnislücken, in welche die Betroffenen hineinstolpern, die sich ausbreitende Leere beim Erzählen, die fragmentarische Narration von der Form des poetischen Ausdrucks aufgenommen. Des Weiteren können die oft unverständlichen Körperempfindungen ebenfalls in einer Ausdruckform Wurzeln schlagen, die im Hier und Jetzt Gestalt gewinnt, und somit eine Erkundung der unmittelbaren Wahrnehmungen ermöglicht. Durch die symbolische Figuration des Erlebten erblüht eine schöpferische Kraft aus den Trümmern der Sprache. Charf (2018: 287) stellt eine Parallele zur japanischen Kintsugi-Kunst her, in der zerbrochene Keramikteile so zusammengefügt werden, dass die Bruchstellen in Gold leuchten – die neue, rekonstruierte Keramik ist ein Symbol von Zerbrechlichkeit, Stärke und Schönheit zugleich (ibid.). Traumaüberlebende können in den Ellipsen, Oxymora und Rissen des Geschriebenen eine poetische Stimme und poetische Ausdruckskraft finden.

5. Empirischer Teil

5.1. Zielsetzung und Forschungsfragen

Das empirische Ziel der vorliegenden Masterarbeit besteht darin, die interaktionalen Dynamiken dolmetschgestützter Traumatherapie zu beleuchten. Die Ökologie der im Datenmaterial hervortretenden Aktivitäten wurde mithilfe einer konversationsanalytischen Herangehensweise untersucht. Der daraus resultierende induktive Zugang nähert sich dem Material möglichst „naiv“, um jene interaktionalen Dynamiken freizulegen, die sich in der analysierten Therapiesitzung herauskristallisieren. Ergänzend zur interaktionalen Perspektive wurde die Anwesenheit der Dolmetschperson durch das Prisma traumabezogener Erkenntnisse untersucht, insbesondere unter Rückgriff auf Translationswissenschaft, Traumaforschung und Neurolinguistik. Auf dieser Grundlage wird der Frage nachgegangen, ob Dolmetschende eine resilienzfördernde Rolle in der Traumatherapie einnehmen können, ohne dabei zu Ko-Therapeut:innen zu werden. Daran schließt sich die Frage an, inwiefern und in welcher Qualität Dolmetschende traumatherapeutische Interaktionen unterstützen können. Nach einer präliminären Analyse des Datenmaterials wurden die zwei initialen Fragen beantwortet und eine weiterführende Forschungsfrage formuliert: Wie können Dolmetschende ihre *micropower* nutzen, um eine unterstützende Präsenz zu entfalten und dadurch die Emergenz von Sprache und die Bezeugung der Realität von Traumaüberlebenden zu unterstützen?

5.2. Datenmaterial

5.2.1. Kontextuelle Informationen zum Videomaterial

Das für die Analyse herangezogene Datenmaterial besteht aus einer Videoaufnahme einer authentischen dolmetschgestützten Traumatherapiesitzung. Der therapeutische Ansatz ist körperorientiert und basiert auf dem Konzept des Somatic Experiencing (Levine, 2010). Im Unterschied zur klassischen *talking cure* steht hierbei nicht die narrative Rekonstruktion traumatischer Erfahrungen im Vordergrund, sondern die Wahrnehmung und Regulierung körperlicher Empfindungen der Patient:innen. Dementsprechend kommt nonverbalen und paralinguistischen Ausdrucksformen – etwa Stimmführung, Atemrhythmus, Körperhaltung und Gestik – eine zentrale Bedeutung im therapeutischen Prozess zu.

Die therapeutische Sitzung findet in einem mehrsprachigen Setting statt: Der Therapeut ist englischer Muttersprachler und verfügt nur über rudimentäre Kenntnisse des Französischen, während die Patientin Französisch spricht und nur über ein begrenztes Verständnis der englischen Sprache verfügt. Die Verständigung erfolgt mithilfe einer Dolmetscherin, die konsekutiv zwischen beiden Sprachen vermittelt.

Diese Videoaufnahme entstand im Mai 2015, trotz Rückfrage der Autorin dieser Arbeit konnten keine genauen Angaben zum Aufnahmeort gemacht werden; visuelle und auditive Indizien – etwa eine im Bild erkennbare Wasserflasche sowie bestimmte sprachliche Varianten – lassen jedoch auf eine Durchführung der Sitzung in Frankreich schließen. Die Gesamtdauer des untersuchten Videomaterials beträgt 20 Minuten und 48 Sekunden. Diese Sequenz bildet nicht die vollständige Therapiesitzung ab, da die ursprünglichen Autor:innen bestimmte Ausschnitte aus der Aufnahme entfernten. Die vorgenommenen Kürzungen sind darauf zurückzuführen, dass das aufgenommene Video im Rahmen von Ausbildungen im *Somatic Experiencing* eingesetzt wurde, um die Dynamik sowie zentrale Konzepte dieses therapeutischen Ansatzes zu veranschaulichen. Der Zugang zum Feld sowie die Freigabeprozesse, die die wissenschaftliche Nutzung des Videomaterials ermöglichten, werden in Abschnitt 5.2.3, „Vom Ausnahmefall zum Datenkorpus: Authentische Therapiesitzungen in der multimodalen Forschung“, detailliert erläutert.

5.2.2. Interaktionale Dynamik auf Augenhöhe

Ein weiteres interessantes Merkmal der analysierten dolmetschgestützten Therapiesitzung liegt in der Natur des Interaktionsrahmens. Das Interaktionsgeschehen findet in einer privaten Praxis statt, infolgedessen entzieht sich die Interaktion institutionellen Vorgaben und Anforderungen sowie jeglichem institutionell geprägter Habitus im Sinne Norbert Elias' (Elias 1987: 283; vgl. Mason 2023: 63ff.). Ohne institutionelle Einbettung wirken auf makrostruktureller Ebene vornehmlich feldspezifische soziale Logiken und gesellschaftlich verankerte Dynamiken.

Darüber hinaus sind die in dolmetschgestützten Therapiesitzungen häufig anzutreffenden asymmetrischen Machtverhältnisse in der vorliegenden Konstellation weniger ausgeprägt, da die Interaktion nicht zwischen einer zugewanderten Person und einer oder einem im Aufnahmeland ansässigen Therapeut:in stattfindet (vgl. Dabić 2021: 75ff.). Der aus einem englischsprachigen Kontext stammende Therapeut ist der Sprache des Landes, in dem die Sitzung stattfinden, nicht mächtig und ist folglich auf die Unterstützung der Dolmetscherin angewiesen,

um eine Therapie mit der Patientin im besuchten Land führen zu können. Die Proximität der kulturellen Hintergründe der drei Interaktant:innen begünstigt den Aufbau einer therapeutischen Allianz auf Augenhöhe: Im Unterschied zu vielen dolmetschgestützten Therapiesituationen ist die Herkunft der Klientin hier nicht mit gesellschaftlicher Prekarität verknüpft, sodass die in der Literatur häufig beschriebenen Machtkonflikte sowie daraus resultierenden statusbedingte Vertrauensprobleme nicht zum Tragen kommen (vgl. Dabić 2021: 144; Pöllabauer 2002: 197; Raval 2014: 10). Gleichwohl ist der Vulnerabilitätsgrad der Klientin, bedingt durch die Ohnmachtserfahrung und deren traumatische Konsequenzen, höher als die anderen Interaktionsteilnehmenden (siehe 3.4. Posttraumatische Belastungsstörung).

Darüber hinaus ist Somatic Experiencing als therapeutische Intervention konzipiert, die das gemeinsame Wahrnehmen, Erkunden und Regulieren somatischer Reaktionen in den Mittelpunkt stellt. Der hierbei verfolgte *bottom-up*-Ansatz trägt ebenfalls dazu bei, ein ebenes interaktionales Terrain für alle Beteiligten zu schaffen (Levine 2010: 79ff.).

Machtbezogene Aushandlungen, wie sie in anderen dolmetschgestützten Settings häufig eine Rolle spielen, treten in der vorliegenden Konstellation nicht in den Vordergrund. Somit ermöglicht es die vorliegende Analyse, die in einer dolmetschgestützten Therapiesituation wirksamen Dynamiken zu untersuchen, ohne diese durch das Prisma kultureller Differenzen zu überlagern, und den analytischen Fokus stattdessen auf das Interaktionsgeschehen selbst zu richten. Auf diese Weise können möglicherweise solche Dynamiken sichtbar gemacht werden, die für dolmetschgestützte traumatherapeutische Sitzungen generell konstitutiv sind.

5.2.3. Vom Ausnahmefall zum Datenkorpus: Authentische Therapiesitzungen in der multimodalen Forschung

Die vorliegende Videoaufnahme stellt eine besonders wertvolle empirische Quelle für das bislang schwer erschlossene Feld der dolmetschgestützten Traumatherapie dar. Die empirische Erforschung des psychotherapeutischen Bereichs unter Mitwirkung von Dolmetschenden erfolgt meistens mittels Interviews oder Umfragen; authentisches Material in Form aufgezeichneter Therapiesitzungen bleibt selten in der Translationswissenschaft – mit wenigen Ausnahmen, etwa in den Arbeiten von Wadensjö (2001b), Bot (2005) sowie jüngst Klammer und Pöchlacher (2021), Rodríguez Vicente (2021), Vranjes et al. (2019) und Vranjes & Bot (2021). Das erforschte Datenmaterial wird vom Zugang zum Feld bedingt. Der Zugang zum untersuchten Datenmaterial ist wesentlich durch die strukturellen Bedingungen des Forschungsfeldes

geprägt. Wie Felgner (2017: 251f.) in seiner Studie zur nonverbalen Kommunikation im medizinischen Setting hervorhebt, gestaltet sich die Gewinnung authentischen Videomaterials im Gesundheitsbereich als nahezu unmöglich. Anträge auf die multimodale Untersuchung gedolmetschter Situationen stoßen regelmäßig auf institutionelle Vorbehalte, da die Vertraulichkeit sensibler Patientendaten und das Risiko einer unautorisierten Weiterverbreitung der Aufzeichnungen zentrale ethische und datenschutzrechtliche Bedenken aufwerfen (ibid.).

Das Forschungsfeld der Traumatherapie gilt als besonders hermetisch. Dabić (2021: 97f.) beschreibt Traumabehandlungszentren als „hochsensible Einrichtungen“ und betont, dass ein Zugang in der Regel nur „Insider:innen“ gewährt wird, die über langjährige berufliche Kontakte und eine etablierte Vertrauensbasis verfügen. Selbst Interviews sind unter diesen Bedingungen schwer zu realisieren – die Genehmigung von Videoaufnahmen stellt eine noch größere Ausnahme dar (ibid.).

Trotz der erheblichen Schwierigkeiten, Zugang zu Videomaterial im psychotherapeutischen Bereich zu erhalten (Vranjes et al. 2019: 221), entschloss sich die Autorin, dennoch den Versuch zu unternehmen, um dieses bislang kaum erforschte Feld näher zu beleuchten. Nach der Erprobung verschiedener Zugangswege zum therapeutischen Feld gelang es der Autorin, Kontakt mit dem *Centre d'Étude et de Formation à la Résolution du Trauma* (Zentrum für Forschung und Ausbildung zur Traumabewältigung) herzustellen, das sein Interesse an einer Mitwirkung im Rahmen des Forschungsprojekts bekundete. Das Ausbildungsinstitut signalisierte seine Bereitschaft, Videoaufnahmen von Therapiesitzungen als Forschungsdatengrundlage bereitzustellen. Nach einer Aufklärung über die intendierte wissenschaftliche Nutzung der Daten wurde die Zustimmung zur Verwendung des Videomaterials zu Forschungszwecken erteilt. Die Freigabe erfolgte unter der Bedingung, dass alle personenbezogenen Angaben sowie visuell oder auditiv identifizierbare Merkmale der beteiligten Personen anonymisiert werden. Dementsprechend wurden die Gesichter der Gesprächsbeteiligten in den in der Analyse verwendeten Bildausschnitten verpixelt. Zudem wurden den drei Interaktant:innen Pseudonyme zur Wahrung der Anonymität zugewiesen; im Verlauf der Analyse werden sie als Philip (Therapeut), Brianna (Patientin) und Chloé (Dolmetscherin) referiert. Die Autorin geht von der Perspektive aus, nach der Gesprächsteilnehmende nicht nur als Repräsentant:innen sozialer Positionen agieren, sondern zugleich als situativ handelnde Individuen im kommunikativen Raum auftreten (vgl. (Wadensjö 2001a: 193)). Infolgedessen wurde bei der Verschriftlichung auf rollenspezifische Bezeichnungen verzichtet und stattdessen eine Differenzierung der Gesprächsteilnehmenden anhand individueller Namen vorgenommen.

Ein weiteres besonderes Merkmal des untersuchten Videomaterials liegt im therapeutischen Ansatz. Bot und Wadensjö (2004) verweisen in ihrer Studie zur Einbeziehung einer dritten Person in den dyadischen Therapiekontext darauf, dass sich die Forschung in der Translationswissenschaft bislang vornehmlich auf etablierte, in den Hauptströmungen der Psychotherapie verankerten Interventionen konzentriert, während emergente oder weniger konventionelle Ansätze Behandlungsansätzen wie etwa EMDR oder Kunsttherapie außerhalb des empirischen Blickfeldes geblieben sind. Die vorliegende Untersuchung widmet sich einer dolmetschgestützten Somatic-Experiencing-Sitzung und eröffnet damit empirische Einblicke in eine bislang kaum erforschte therapeutische Konstellation.

5.2.4. Limitierungen des Korpus

Die Aufzeichnung der Therapiesitzung liegt nicht in vollständiger Länge vor, somit steht der Analyse nur eine partielle Aufzeichnung zur Verfügung. Obgleich der Zugang zur vollständigen Aufnahme für die vorliegende Untersuchung zweifellos wünschenswert wäre, stellt die partielle Unvollständigkeit des Videomaterial keine Einschränkung für die Forschungsintentionen dar. Die fehlenden Ausschnitte sind von geringem Umfang, sodass der Verlauf der Sitzung in seiner Gesamtheit eindeutig rekonstruiert werden kann. Ferner bietet die Videoaufzeichnung ein hinreichend dichtes empirisches Geflecht, um eine detaillierte konversationsanalytische Auswertung zu ermöglichen.

Eine weitere durch das Videomaterial bedingte Begrenzung stellt den festgelegten Kamerawinkel, der lediglich Therapeut und Patient erfasst. Während dies die Untersuchung der therapeutischen Dyade und deren Interaktionsdynamik begünstigt, schränkt das Fehlen visueller Informationen über die dolmetschende Person den Umfang der multimodalen Analyse der dolmetscherischen Prozesse ein.

5.3. Methodik

5.3.1. Konversationsanalyse

In der Kommunikationsdynamik zeichnet sich Somatic Experiencing Sitzungen vorwiegend durch die Abundanz an non verbalen Signalen. Für die Erforschung dieser körperorientierten psychotherapeutische Situation, deren sprachlicher Kontext über die Ebene einzelner Wörter und Sätze hinausgeht, bietet sich die Konversationsanalyse als privilegierte Untersuchungsmethode an (Hale & Napier 2014: 120).

Die in den 1960er-Jahren aus der Ethnomethodologie hervorgegangene Konversationsanalyse bildet einen Forschungsansatz, der an den Schnittstellen von Soziologie und Linguistik angesiedelt ist und im Spannungsfeld beider Disziplinen operiert (Mondada 2017: 181). Diese empirische qualitative Forschungsmethode entspringt aus der ethnologischen Perspektive, die die Konstruktion der sozialen Wirklichkeit als „*ongoing accomplishment*“ (Garfinkel 1967: vii) betrachtet, das durch die Praktiken eines *ethnos* – einer Gruppe von Individuen – definiert wird (Mbiatong 2019: 219f.). Die soziale Wirklichkeit wird demgemäß nicht als statisches Gebilde, sondern als ein perpetueller Prozess der Sinnkonstitution und der situativen Hervorbringung sozialer Ordnung verstanden, der in den praktischen Handlungen der Akteurinnen und Akteure situiert ist und sich in der Interaktion stets neu realisiert (Deppermann 2010: 645; Hitzler & Messmer 2011: 307): „Soziale Wirklichkeit erhält ihren Wirklichkeitscharakter allein im Vollzug sozialer Aktivitäten und ist, ethnomethodologisch gesehen, immer eine ‚Vollzugswirklichkeit‘.“ (Bergmann & Meyer 2021: 50)

Der renommierte Soziologe Erving Goffman trug ebenfalls zur Entstehung der Konversationsanalyse bei, indem er die Interaktion als eigenständiges Forschungsfeld *sui generis* in den Mittelpunkt seiner soziologischen Überlegungen stellte (Goffman 1983: 2; Heritage & Clayman 2024: 77f.). Darüber hinaus vertritt Goffmann ebenfalls die Pionieridee, dass soziale Interaktion keine zufällige Abfolge chaotischer individueller Handlungen ist, sondern einer zugrunde liegenden strukturellen Ordnung unterliegt – die er als „Syntax“ der Interaktion bezeichnet: „I assume that the proper study of interaction is not the individual and his psychology, but rather the syntactical relations among the acts of different persons mutually present to one another.“ (Goffman 1967: 2) Die impliziten Annahmen dieser unterliegenden Syntax erlauben den Interaktant:innen das Verhalten ihres Gegenübers zu deuten, – je nachdem, welche Handlungsmöglichkeiten innerhalb des situativen Rahmens ergriffen, ausgelassen oder zurückgewiesen werden (Heritage & Clayman 2010: 9). Gleichzeitig stellt die

Interaktionssituation laut Goffman ein wichtiger Bestandteil der gesellschaftlichen moralischen Ordnung dar: In ihr entwerfen die Beteiligten ein öffentlich adressiertes Selbstbild – das *face*³¹ –, das, situativ hervorgebracht, von den Handelnden für sich beansprucht (*claim*) und zugleich auf die Anerkennung durch die Anwesenden angewiesen ist. Es kann bestätigt, infrage gestellt oder beschädigt werden (Goffman 2010: 184ff.). Somit wird Interaktion zu einem Raum, in dem Identität, soziale Erwartungen und moralische Werte sichtbar ausgehandelt werden.

Garfinkel rückt die Bedeutung des Handelns der Einzelnen ins Zentrum und betont, dass soziale Ordnung nicht deduktiv aus vorgegebenen theoretischen Modellen abgeleitet werden kann (Stevanovic et al. 2024: 2). Qualitative Sozialforschung blieb allerdings lang nach der Gründung der Ethnomethodologie innerhalb der wissenschaftlichen Landschaft ein Randphänomen; während quantitative Verfahren das Forschungsgeschehen dominierten (Hopf 2016: 13). Aus dieser ethnomethodologischen Forschungsrichtung entspringend steht die Konversationsanalyse ebenfalls im Kontrast zu experimentell geprägter Sozialpsychologie und deduktiver Sozialforschung und verfolgt strikt empirische, induktive Herangehensweise an die Analyse von Gesprächen (Haakana et al. 2009: 15). Einer ihrer Mitbegründer, Schegloff (1997: 167), übt in diesem Kontext grundlegende Kritik an den vorherrschenden etischen *top-down* Forschungspraxen in der Soziologie, die „Elfenbeinturm“-Konstrukte auf die soziale Interaktion aufzwingen und damit die Perspektiven, Orientierungen und Sinnzuschreibungen der Interagierenden außer Acht lassen:

For the events of human conduct, we are dealing with sentient beings who themselves orient to their context under some formulation or formulations; who grasp their own conduct and that of others under the jurisdictions of some relevancies and not others; who orient to some of the identities they separately and collectively embody and, at any given moment, not others. [...] [T]here is a kind of theoretical imperialism involved here, a kind of hegemony of the intellectuals, of the literati, of the academics, of the critics whose theoretical apparatus gets to stipulate the terms by reference to which the world is to be understood. (Schegloff 1997: 167)

Ausgehend von den ethnomethodologischen Prämissen beruht die Konversationsanalyse auf der Annahme, dass Gespräche als interaktionale Ko-Konstruktionen zu verstehen sind, in denen sich die Beteiligten fortwährend wechselseitig aufeinander ausrichten und kooperieren, um Sinn und Handlungskoordination herzustellen (Gavioli 2016: 186). In der Konversationsanalyse richtet sich somit der Blick primär auf die Organisation von Sprache und Handlungen

³¹ Goffman (1967: 5) definiert den Begriff *face* in seinem Werk über Interaktionsrituale folgendermaßen: „[T]he positive social value a person effectively claims for himself by the line others assume he has taken during a particular contact“.

sozialer Interaktionen in der Singularität der Gesprächssituation, wie sie sich lokal produziert und endogen entfaltet (Bergmann 1981: 12; Mondada 2017: 181f.). Auch wenn Sprache zentraler Gegenstand der konversationsanalytischen Untersuchung darstellt, wird sie dabei nicht als autonomes Objekt erforscht, sondern fungiert als Ressource, anhand welcher Interaktant:innen ihre Handlungen strukturieren, wechselseitig aufeinander beziehen und so gestalten, dass sie für andere erkennbar und verstehbar – *accountable* – werden (Bergmann & Meyer 2021: 41; Mondada 2017: 181f.; Mondada 2018: 86). Das daraus resultierende Sprachverständnis betrachtet Sprache keineswegs lediglich als formales System, sondern versteht sie als genuin praxeologisch, durch Praktiken des Handelns informiert und hervorgebracht (Mondada 2017: 183).

In den Anfängen der Konversationsanalyse lag der Schwerpunkt insbesondere auf der Sequenzialität sozialer Handlungen (Traverso 2012: 9). Maßgeblich geprägt wurde dieser Zugang durch das grundlegende Werk von Sacks, Schegloff und Jefferson (1974) – *A Simplest Systematics for the Organisation of Turn-Taking for Conversation* –, in dem das System des Sprecherwechsels (*turn-taking*) erstmals systematisch beschrieben und kodiert wurde. Gesprächspartner projizieren beim *turn-taking* mögliche Anschlussaktionen, reagieren auf Vorangegangenes und machen ihr Verstehen und Teilnahmeansprüche sichtbar (Gavioli 2016: 186). Gerade in diesem Sichtbarmachen manifestiert sich das ethnomethodologische Prinzip der Reflexivität³², wonach Handeln und Kontext nicht getrennt sind, sondern sich wechselseitig erschaffen (vgl. Bergmann & Meyer 2021: 137 f.).

Die frühe Konversationsanalyse stützte sich in erster Linie auf Tonbandaufnahmen natürlicher Gespräche. Mit der zunehmenden Verfügbarkeit neuer Datenmaterialarten weitete sich das Spektrum der methodischen Nuancierungen innerhalb dieses Forschungsfelds aus. Durch den Aufbau umfangreicher Gesprächskorpora, den Einsatz von Videoaufzeichnungen entwickelte sich eine vielfältigere Palette von Analyseinstrumenten, die anderen Aspekte der situativen Konstruktion sozialer Wirklichkeit unter die Lupe nehmen (Traverso 2012: 5). Mit

³² In der ethnomethodologischen Tradition bezeichnet Reflexivität nicht eine psychologische Selbstbezüglichkeit, sondern eine strukturelle Eigenschaft sozialen Handelns. Praktische Handeln fungieren – im phänomenologischen Sinn – als *accounting practices*, die sich im Vollzug auf sich selbst beziehen und dadurch soziale Wirklichkeit hervorbringen. Reflexivität bedeutet in diesem Sinne, dass Handlung und Sinn sich gegenseitig bedingen: Handlung wird durch den dargestellten Sinn erklärbar, während sich dieser Sinn erst im Handlungsvollzug bestätigt (Jörg Bergmann 1981: 48). Coulon (1987: 37f.) fasst dies folgendermaßen: Reflexivität bezeichnet Praktiken, die zugleich den sozialen Rahmen beschreiben und konstituieren. Diese Handlungen und ihrer Struktur sind immer kontextgebunden: Sie sind in der Situation verankert und lokal organisiert, indem sie sich an deren Bedingungen orientieren und sie zugleich – durch dieses situative Einpassen – mitgestalten und transformieren (Mondada 2017: 183). Gavioli (2016: 185f.) veranschaulicht in den ersten Seiten ihres Beitrags den fortlaufenden Prozess der Sinnhervorbringung und wechselseitigen Verständnissicherung in Interaktionssituationen.

der Verfügbarkeit visueller Daten und der Etablierung multimodaler Analyseverfahren in der Forschung wurden auch Blickverhalten, Körperhaltung und Gestik als konstitutive Ressourcen sozialer Interaktion systematisch untersucht (de Boe et al. 2021: 12; Hitzler & Messmer 2011: 308; Mondada 2017: 182). Depperman (2010: 647) fügt an, dass anders als andere verbreitete rekonstruktive Datentypen (wie Fragebögen, Interviews oder Feldnotizen) Audio- und Videoaufnahmen die Bewahrung der prozessualen Nuancen sozialen Geschehens ermöglichen.

Mittlerweile ist die Konversationsanalyse ein fester Bestandteil der linguistischen und soziologischen Methoden zur Untersuchung von Interaktionen geworden (Vetter 2009: 342). Heute ist hinreichend belegt, dass die von Rezipient:innen eines Erzählbeitrags produzierten Rückmeldesignale (Regulationssignale) – etwa in Form von „ja“, „hm“, „ach so“ sowie paraverbale Signale wie Nicken und Blickbewegungen – bei der Rezeption eines Erzählbeitrags nicht bloß als Indikatoren aktiven Zuhörens fungieren, sondern wesentlich zur ko-konstruktiven Hervorbringung der Erzählung beitragen (Traverso 2007: 23f.). Die Konversationsanalyse hat somit verdeutlicht, dass eine Vielzahl scheinbar unbedeutender Elemente der Kommunikationssituation eine erhebliche Bedeutung für die Sinnkonstitution und Koordinierung der Sprecherwechsel oder Sprecherinnenwechsel hat. So können Pausen oder das Schweigen beispielsweise auf ein Zögern des aktuellen Interaktanten/der aktuellen Interaktantin hindeuten oder den Übergang zum nächsten Redebeitrag initiieren; Regulationssignale wie „mhm“ können Aufmerksamkeit und Zustimmung bekunden und ermutigen das Gegenüber zur Fortsetzung seines Beitrags (Gavioli 2016: 187).

Trotz der beachtlichen Bandbreite potenziell relevanter Elemente für die Untersuchung interaktionaler Situationen unterliegt die Konversationsanalyse keinem (strikt) verbindlichen Regelkanon, setzt dennoch einige methodische Prämissen voraus (Ayaß 2022: 428f.). Ayaß (ibid.) zufolge bestehen diese methodologischen Grundprinzipien aus folgenden Bedingungen: Das analysierte Datenmaterial besteht aus Aufzeichnungen, sei es Ton- oder Videoaufzeichnungen; die aufgenommenen Gesprächssituationen sind natürliche Interaktionssituationen, die ohne Einwirkung des Forschenden stattgefunden hätten – im Gegensatz zu simulierten oder experimentell elizitierten Gesprächen –; die zu Analysezwecken angefertigten Transkripte zeichnen sich durch ihre feine Granularität aus und erfassen neben der lexikalischen Ebene auch prosodische und paraverbale Elemente wie etwa Pausen, Überlappungen und Blickrichtungen.

Da sich die Konversationsanalyse – ähnlich wie naturwissenschaftliche Ansätze – der sozialen Wirklichkeit in ihrer empirischen Gegebenheit zuwendet, bildet die Arbeit mit natürlich entstandenen Daten eine ihrer epistemologischen Eckpfeiler (Gavioli 2016: 190; Hopf

2016: 13; Vincent 2003: 184). Heritage und Clayman (2010) unterstreichen die Unverzichtbarkeit empirisch erhobener, „natürlich vorkommender“ Interaktionsdaten für die Untersuchung von Gesprächssituationen und bemerken mit einem Anflug von Ironie: „recorded interaction is a fundamental constraint that disciplines conclusions by making them answerable to what real people actually do, rather than what an armchair theorist – no matter how talented – might imagine they do“ (ibid.: 13).

Aus dem Natürlichkeitsprinzip folgt, dass Forschungsfragestellungen datengeleitet entwickelt werden müssen (Hitzler & Messmer 2011: 309). Die Vorausformulierung von Hypothesen über die Ökologie sozialer Aktivitäten widerspricht dieser Logik und ist dementsprechend, so Deppermann (2010: 646), *a priori* ausgeschlossen. Konversationsanalyse ist eine feldforschungsorientierte Disziplin, deren Augenmerk auf die Beobachtung von dem, was „*in vivo*“ passiert, gerichtet ist (Traverso 2007: 22). Forschungsfragestellungen und Erkenntnisse kristallisieren sich aus der unmittelbaren Auseinandersetzung mit dem empirischen Material heraus und werden nicht durch theoretische Konstrukte im Vorfeld definiert (Heritage & Clayman 2010: 14).

Bei der rekonstruktiven Analyse des sozialen Geschehens hängt die Auswahl der analysierten Ressourcen von der jeweiligen Form der Aktivität und ihrer situativen Hervorbringung durch die Interaktant:innen ab (Mondada 2018: 87). Die Qualität der Aufnahmen spielt dabei eine zentrale Rolle, denn sie bestimmt, in welcher Weise die zeitliche und räumliche Entfaltung der Handlungen der Beteiligten empirisch erfassbar wird. Die Wahl des Kamera winkels – und damit dessen Ein- und Ausschlussbereich – hat unmittelbare Konsequenzen darauf, welche Aspekte der Interaktion analytisch zugänglich sind und welche der Beobachtung entzogen bleiben (Lefebvre 2016: 168).

5.3.2. Konversationsanalytische Perspektive im Forschungsfeld des Kommunaldolmetschens

5.3.2.1. Konversationsanalyse als mikroanalytischer Zugang zur Rolle von Dolmetschenden

In den zwei letzten Jahrzehnten hat die Erforschung des interaktionalen Geschehens auch im Forschungsfeld des Kommunaldolmetschens beachtliche Resonanz gefunden (de Boe et al. 2021: 11). Im Laufe des Professionalisierungsprozesses im Bereich des Kommunaldolmetschens etablierten sich allmählich stärker soziolinguistisch und soziologisch orientierte

Ansätze, die Dolmetschpraktiken *in situ* mit qualitativen, diskursanalytischen Theorien untersuchen (Napier & Hale 2023: 23). Im Zuge dieser Entwicklung identifiziert Pöchhacker (2016: 160) drei Ebenen soziologischer Annäherungen an Dolmetschsituationen im kommunalen Bereich:

Auf der Makroebene richtet sich das Forschungsinteresse auf die Dolmetschtätigkeit als gesellschaftlich regulierte und symbolisch strukturierte Profession im breiteren sozialen Gefüge; auf der Mesoebene richtet sich das Augenmerk auf institutionell gerahmte Kommunikationsordnungen, in denen Dolmetschhandlungen eingebettet sind; während die Mikroebene die Interaktion selbst als Ort der situativen Sinn- und Bedeutungsproduktion sowie der dynamischen Aushandlung von Rollen und Identitäten erschließt. Durch ihren interaktionalen und mikroanalytischen Ansatz konstituiert die Konversationsanalyse eine hervorragende Linse zur Erforschung der Mikroebene dolmetschgestützter Interaktionen. In diesem Sinne präsentieren de Boe et al. (2021: 11) in ihrer Publikation zum Einfluss des Kontexts im Kommunaldolmetschen einen Überblick von Forschungsarbeiten im Bereich des Community Interpreting, die kontextuelle Aspekte mithilfe konversationsanalytischer Ansätze untersuchen.

5.3.2.2. Das Ideal neutraler Übertragung im therapeutischen Interaktionsgeschehen

Dolmetschende sehen sich im psychotherapeutischen Setting einem komplexen Geflecht von Erwartungshaltungen und Rollenanforderungen gegenüber. In medizinischen, juristischen und psychologischen Fachpublikationen begegnet man häufig Darstellungen der Dolmetschperson als nüchterner Übertragungsmaschine, die eine *verbatim* Wiedergabe des Gesprochenen leistet und „unsichtbar“ im Interaktionsgeschehen bleibt (Goguikian Ratcliff 2022: 42; Krystallidou & Pye 2018: 1804; Resera et al. 2014: 9; Wadensjö & Gavioli 2023: 2). Dies verweist auf die Rollenbeschreibung der Dolmetschenden als *conduit* (Reddy 1993: 170), verstanden als unidirektionaler Kanal zur Übertragung von Informationen von einer Sprache in eine andere (Gavioli 2016: 190; Wadensjö 1995: 113). Nach Wadensjö (2005: 8) unterliegt diese Auffassung einer monologischen Perspektive, in der sprachliche Produktion ausschließlich der sprechenden Person zugeschrieben wird, ohne den interaktionalen Kontext einzubeziehen – d.h. ohne dass die interpretativen und ko-konstruktiven Beiträge der Rezipient:innen berücksichtigt werden.

Bot (2021: 372) und Boivin et al. (2011: 111) berichten ebenfalls über die im Gesundheitsbereich stark vertretene Vorstellung, laut der professionelle Dolmetschende eine akribisch wortgetreue Übersetzung erbringen können. Zu einer ähnlichen Schlussfolgerung gelangen Gavioli und Merlini (2023: 195): Ein hoher Grad an Professionalität wird in den Augen vieler

Behandelnden im klinischen Bereich mit geringerer *agency* der Dolmetschenden gleichgesetzt. Eine akkurate Wiedergabe des Gesprochenen bzw. die Sprachkompetenz der Dolmetschenden konstituiert zweifelsohne einen essenziellen Bestandteil für den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Allianz, wie es aus vielen Fachpublikationen herauszulesen ist (Dabić 2021: 169, 199; Friele & Aumann 2018: 60ff.; Köllmann 2012: 23; Schriefers 2018: 101f.). Bot (2021: 372) konstatiert, dass die Vorstellung einer perfekten äquivalenten Wiedergabe einer therapeutischen Sitzung illusorisch sei. Die Forscherin stützt sich auf zahlreiche Studien im psychotherapeutischen Bereich, die belegen, dass das Produzieren von *equivalent renditions* (äquivalenten Wiedergaben des Ausgangsbeitrags) nur bis zu einer bestimmten Schwelle realisierbar ist: Demnach weisen etwa 20 bis 25 Prozent der gedolmetschten Äußerungen Abweichungen vom jeweiligen Originalbeitrag auf (ibid.). In Hinsicht auf diese Idealvorstellung seitens der Behandelnden merkt Dabić (2021: 281) an, dass es immer zu einer Annäherung einer wortgetreuen Wiedergabe des Gesagten kommen kann. Seitens der Therapeut:innen liegt der Anspruch auf der Vollständigkeit des Gesagten durch die Dolmetschenden: Im sprachlichen Ausdruck machen sich Mikrostrukturen und feine Risse bemerkbar, die Indikatoren für intrapsychische Prozesse sind, die bei Traumaüberlebenden ablaufen (vgl. 4.2.2. Sprachliche Echos traumatischer Erinnerung). In einem von Dabić geführten Interview unterstreicht ein Therapeut die zentrale Bedeutung der Mikroelemente des sprachlichen Ausdrucks der Klient:innen in der Zusammenarbeit mit Dolmetschenden: „[M]öglichst viele Informationen [...] über das, was der Klient sagt, in dem Sinne, dass ich jeden Irrtum, jeden Versprecher, jedes Stottern, jedes Zögern hören möchte“ (Dabić 2021: 220).

Obschon die *conduit*-Metapher sich als realitätsfern erweist, kann sie im Kontext der Traumatherapie einen Richtungswert für die Dolmetschsituation gewinnen. Traumüberlebende sind bei der verbalen Artikulation ihres Erlebten häufig mit Sprachlosigkeit, fragmentierten Erinnerungen, der Unmöglichkeit einer kohärenten Einordnung des Geschehenen sowie einem erschütterten Selbst konfrontiert (siehe 4. Trauma und Sprache). In diesem Setting kann das archetypische Bild der Dolmetschperson als „reines Übertragungsmedium“ insofern eine erinnernde Funktion erfüllen, als es die Aufmerksamkeit dafür verstärkt, dass jedes geäußerte Wort, jede Bruchstelle oder feine lautsprachliche Nuance von Bedeutung sein kann, um der inneren Wirklichkeit der Traumaüberlebenden im therapeutischen Dialog zu lauschen (vgl. Pöllabauer 2012: 200; Schriefers 2018: 127f.). Außerdem sehen sich Dolmetschende häufig mit vielfältigen und teils widersprüchlichen Erwartungen seitens Patient:innen und Therapeut:innen konfrontiert, die leicht zu einer Rollenüberfrachtung führen können (Pöchhacker 2016: 171). Vor

diesem Hintergrund berichten Dolmetschende im psychotherapeutischen Bereich, dass das Neutralitätsprinzip als eine Art Schutzschild fungieren kann, wenn Anforderungen oder Erwartungshaltungen an sie herangetragen werden, die über den eigentlichen Aufgabenbereich hinausgehen (Dabić 2021: 261; Friele & Aumann 2018: 70).

Seitens der Behandelnden kann die Erkenntnis, dass Dolmetschungen eine gewisse Divergenz zum Original aufweisen, die Chance eröffnen, zur besseren Gestaltung einer mehrsprachigen therapeutischen Interaktion führen. Dementsprechend können Therapeut:innen gezielt Handlungsraum für *repair mechanisms* wie *recycled questioning* sowie (schnelle) Sprecherwechsel schaffen, die Rückmeldungen und Klärungen im Interaktionsverlauf ermöglichen (Bot 2006: 169).

Zur Analyse der dialogischen Natur dolmetschgestützter Interaktion differenziert Wadensjö (1995: 113, 2005: 22ff.) zwischen den Modellen *talk-as-text* und *talk-as-activity*. Während die *talk-as-text* Perspektive auf einem monologischen Verständnis von Kommunikation basiert und der *conduit*-Metapher verpflichtet bleibt, begreift das *talk-as-activity* Konzept die Kommunikationssituation als ko-produziertes, interaktionales Geschehen. Dolmetschen als Interaktion zu begreifen erlaubt es, die Äußerungen von Dolmetschenden nicht nur textlinguistisch – als reine Übersetzungen zwischen Ausgangs- und Zieltext – zu betrachten, sondern hinsichtlich ihrer koordinierenden Funktion innerhalb der situativ hervorgebrachten Aktivität zu untersuchen (Pöchhacker 2015: 59ff.; Wadensjö & Gavioli 2023: 3). Mit ihren wegweisenden Arbeiten zur Erforschung interaktionaler Dynamiken dolmetschgestützter Settings hat Wadensjö (2005: 86) das goffmansche Konzept des *participation framework* (Goffman 1981) aufgegriffen, um die Rolle der Dolmetschenden aus einer interaktionalen Perspektive zu beleuchten. Dabei identifiziert sie zwei grundlegende Funktionen der Dolmetschtätigkeit: *translating* und *coordinating* (Wadensjö 2005: 105). Diese zwei Funktionen im Kontext des Kommunaldolmetschen sind eng miteinander verbunden und finden oft simultan statt (ibid.: 105f.).

Nach Goffman (1981: 3) ist jede Person, die sich im Wahrnehmungshorizont einer Äußerung befindet, inhärent am Interaktionsgeschehen beteiligt: „When a word is spoken, all those who happen to be in the perceptual range of the event will have some sort of participation status relative to it“. Auch Watzlawick betont die Unvermeidbarkeit kommunikativer Beteiligung: „One cannot not communicate“ (Watzlawick et al. 1980: 51). Dieses Axiom umfasst dabei sowohl verbalsprachliche (digitale Kommunikation) als auch nonverbale Manifestationen (analoge Kommunikation), denn selbst Schweigen, Gestik oder Blickverhalten das Interaktionsgeschehen wesentlich mitkonstituieren (Watzlawick et al. 1980: 60ff.). Pöchhacker (2012: 50)

überträgt dieses kommunikationswissenschaftliche Axiom auf die dolmetschgestützte Interaktion und betont, „the interpreter cannot not participate“: Dolmetschende wirken allein durch ihre Anwesenheit, ihr Verständnis des Kommunikationsprozesses, ihr nonverbales Verhalten aktiv am Gesprächsgeschehen mit (Friele & Aumann 2018: 65; Gavioli 2016: 189f.). Bot (2005: 80; 2021: 377) konstatiert ebenfalls mit Blick auf die Therapie, dass analog zu der nur begrenzt einlösbaren Abstinenzregel für Analytikerinnen und Analytiker, auch Dolmetschende nicht als völlig unsichtbare und nicht agierende „non-persons“ in der therapeutischen Triade auftreten können.

5.3.2.3. Dolmetschende im traumatherapeutischen Setting: Rollen, Erwartungen und Handlungsspielräume

Auf Grundlage dieser situativen interaktionalen Perspektive wurden Dolmetschenden im Forschungsdiskurs diverse Rollen zugewiesen, die mit variierenden Graden an *agency* verbunden sind (Delizée & Michaux 2017: 88). Pöchhacker (2016: 170) identifiziert in der einschlägigen translationswissenschaftlichen Forschungsliteratur ein breites Spektrum von Rollen, die Dolmetschende je nach institutionellem Kontext übernehmen können. Dazu zählen etwa *communication facilitator*, *culture brokers*, *patient's advocates*, sowie *intercultural agents*. Im spezifischen Kontext der dolmetschgestützten Therapie differenzieren Resera et al. (2014: 9ff.) zwischen folgenden Rollen: die von stark zurückgenommener Positionierung (*invisible translator*) über interventionistischere Formen (*active translator*, *cultural informant*) bis hin zu ko-therapeutischen Rollen (*co-constructionist/cotherapist*³³), (*almost therapist*) reichen können. Hanemann & Schriefers (2018: 141) argumentieren, dass Dolmetschende situativ als Kolleg:in, Kotherapeut:in im Kontext der Therapie fungieren können; Friele & Aumann (2018: 68) führen diesen Gedanken weiter: „Die Überlagerung der Rollen als Sprachmittler/-in und [K]o-therapeut/-in findet *de facto* permanent statt“. Am gegenüberliegenden Ende des Spektrums zum Verständnis der Dolmetschrolle als *verbatim translator* steht die Vorstellung eines:einer Ko-Therapeut:in. Diese Rolle wird jedoch in der Fachliteratur ebenso entschieden zurückgewiesen wie die *conduit*-Metapher, weil sie als gleichermaßen unrealistisch gilt (Bot 2021: 380; Dabić 2021: 89; Goguikian Ratcliff 2022: 52). Aus der Perspektive der Dolmetschenden liegt ihr eigenes Rollenverständnis in den zahlreichen Nuancen, die zwischen den beiden Extremen dieser

³³ Resera et al. (2014: 10) definieren die Rolle von Ko-Therapeut:innen als Dolmetschende, die Stellungnahmen zu den Klient:innen oder zur diagnostischen Einschätzung abgeben, während beinahe Therapeut:innen als Dolmetschende beschrieben werden, die psychologischen Beistand leisten und Patient:innen in akuten Krisensituationen beruhigen.

Pole angesiedelt sind – als *active translators*, an der therapeutischen Beziehungsgestaltung mitwirkenden Interaktant:innen innerhalb der Triade, ohne jedoch die Funktion eines Therapeuten oder einer Therapeutin übernehmen zu müssen. Aus den von Dabić (2021: 257) geführten Interviews mit Dolmetschenden, die in einem Zentrum für interkulturelle Psychotherapie oder in Einrichtungen zur Betreuung von Folter- und Kriegsüberlebenden tätig sind, geht hervor, dass Dolmetschende sich überwiegend als Brücken zwischen den Mitgliedern der therapeutischen Triade – oder auch als Brücken zwischen Kulturen – verstehen: „Ich bin diese Brücke. Und die Brücke muss auch tragen. Tragen in allen Sinnen. In allen Hinsichten.“ (ibid.)

Gleichwohl herrscht in der Forschung der Konsens, dass die Gesamtverantwortung für eine klare Rollenverteilung und den Therapieerfolg innerhalb dieses kommunikativen *pas de trois* bei den Therapeut:innen liegt (Friele & Aumann 2018: 60; Köllmann 2012: 34). Kommt es zwischen den Interaktant:innen zu divergierenden Verständnissen darüber, wie die Verantwortung für den Gesprächsverlauf und dessen inhaltliche Ausgestaltung verteilt ist oder sein sollte, wird der professionelle Handlungsspielraum der Dolmetschenden maßgeblich herausgefordert (Wadensjö 2005: 192).

Durch ihre bloße Anwesenheit im Raum beeinflussen Dolmetschende den Verlauf der Therapie: Sie gestalten unter anderem durch Prosodie (wie etwa Intonation, Redefluss), Mimik und Gestik die therapeutische Beziehungsdynamik mit (Bot 2021: 377). Folglich sind Dolmetschende in der triadischen Konstellation unvermeidlich Teil der therapeutischen Realität (Bot 2006: 165).

Nach de Boe et al. (2021: 12) und Mason (2023: 63) werden Dolmetschhandlungen durch ein Zusammenspiel makrostruktureller Vorgaben – wie berufsethischer Normen und institutioneller Praktiken – und situativer Kontextbedingungen bestimmt. Zugleich argumentieren de Boe et al. (2021: 12), dass Dolmetschende trotz dieser extern vorgegebenen Verhaltenskodizes über eine situativ wirksame „*micro power*“ innerhalb der Kommunikationssituation verfügen, mittels derer sie auf existierende Machtasymmetrien im Kommunikationsgeschehen einwirken können. Der Handlungsspielraum von Dolmetschenden ist nicht statisch, sondern situativ variabel und abhängig, sowohl von den jeweiligen institutionellen Rahmenbedingungen als auch von den fortlaufenden Handlungen der übrigen Interaktionsbeteiligten. Llewellyn-Jones und Lee (2013) haben das Konzept des *role space* entwickelt, um die prozessuale und dynamische Rollenpositionierung von Dolmetschenden jenseits normativer Rollenvorgaben zu erfassen und sichtbar zu machen.

5.3.2.4. Empathische Präsenz als Qualität des:der active translator im therapeutischen Setting

Zahlreiche Autoren verweisen auf die Notwendigkeit einer empathischen Haltung seitens der Dolmetschenden für den Aufbau eines fördernden therapeutischen Arbeitsbündnisses in dem in dolmetschgestützten Therapiesitzungen häufig anzutreffenden komplexen Rollengefüge (Blumenthal 2016: 44; Bot 2005: 86, 2006: 164; Dabić 2021: 11; Goguikian Ratcliff 2022: 51; Hanft-Robert et al. 2023: 7; Pöllabauer 2012: 199; Schriefers 2018: 121). Wie Llewellyn-Jones & Lee (2013: 56ff.) konstatieren, würde die Annahme eines:einer unsichtbaren Dolmetscher:in die Interaktion inhibieren, wohingegen die aktive Beteiligung der Dolmetschenden in Form von Rückkopplungsmechanismen bzw. *back-channelling* als inhärenter Teil der Ko-Konstruktion dolmetschgestützter Situationen zu betrachten sind. Die Kommunikationstheorie von Watzlawick (Watzlawick et al. 2017/1969: 36) untermauert ebenfalls die Zirkularität kommunikativer Prozesse. Der renommierte Psychotherapeut und Kommunikationswissenschaftler hebt zudem die fundamentale Abhängigkeit des Individuums von der bestätigenden Funktion seines Umfeldes hervor. Mit anderen Worten ist die Identitätsstiftung und Sinnkonstitution des Einzelnen grundlegend darauf angewiesen, im Spiegel der Reaktionen seiner Mitmenschen Anerkennung und Bestätigung zu erfahren (Watzlawick 1993: 20f.). Als erste Rezipient:innen der Äußerungen in der Interaktion üben Dolmetschende zwangsläufig eine Form von *recipency* aus, selbst wenn diese lediglich darin besteht, ihren Informiertheitsstatus gegenüber der informierenden Partei zu signalisieren oder kenntlich zu machen, dass sie nicht die finalen Adressat:innen des Gesagten sind (Gavioli 2012: 201; Koole & Gosen 2024: 26).

Gerade im Kontext der Traumatherapie kommt dem empathischen Zuhören sowie dem sensiblen Dekodieren und Wiedergeben des Gesagten durch Dolmetschende eine entscheidende Bedeutung zu (Blumenthal 2016: 99). Das Evozieren der Traumaerfahrung kann die Betroffenen eine Hyperaktivierung des Sympathikus hervorrufen, zu sensorischer und affektiver Reizüberflutung führen und sie erneut in einen Zustand lähmender Hilflosigkeit versetzen (siehe 3.4. Posttraumatische Belastungsstörung). In der durch das Wiedererleben von Schrecken und Hilflosigkeit induzierten Orientierungslosigkeit kann die Haltung der Interaktant:innen dazu beitragen, einen Anhaltspunkt zu bieten (vgl. Levine 2010: 98). Das therapeutische Umfeld ist ein konstitutiver Faktor für das Erleben von Sicherheit und kann im Kontext traumatherapeutischer Prozesse sowohl resilienzfördernd als auch destabilisierend wirken. In diesem Zusammenhang kommt auch Dolmetschenden eine bedeutsame Rolle zu: Durch prosodische Merkmale, Gesichtsausdruck und Blickrichtung können sie – ebenso wie Therapeut:innen

– regulierend auf die emotionale Befindlichkeit von Traumaüberlebenden einwirken und zur Wiederherstellung eines Gefühls interpersoneller Sicherheit beitragen (Levine 2010: 108; Vranjes et al. 2019).

Wenn Empathie und Einfühlungsvermögen eine zentrale Qualität im therapeutischen Kontext darstellen, wird in der Literatur im Hinblick auf Dolmetschprozesse von einer eins-zu-eins oder amplifizierenden schauspielerischen Nachahmung der Körpersprache der Patient:innen abgeraten (Blumenthal 2016: 117). Gleichwohl wenn Dolmetschende mit den im Gespräch artikulierten Emotionen in Resonanz treten, kann der Erfolg dolmetschgestützter therapeutischer Interaktion gestärkt werden. Für den Aufbau einer funktionalen therapeutischen Allianz kann es daher förderlich sein, die Ausdrucksweisen der Therapeut:innen und Patient:innen in abgeschwächter Form zu spiegeln: Entsprechend können Dolmetschende etwa auf Lachen mit einem Lächeln reagieren oder bei von Trauma Engrammen hervorgerufenen starken emotionalen Reaktion eine gedämpfte stimmliche Modulation in der Wiedergabe des Gesagten mitschwingen lassen (Bot 2021: 379).

Dabić (2021) thematisiert die delikate Gratwanderung zwischen Empathie und professioneller Abgrenzung, die Dolmetschende innerhalb der therapeutischen Triade zu bewältigen haben. Die Konfrontation mit traumatischen Erzählungen fordert das Zuhören heraus und kann sowohl Überwältigungserfahrungen als auch das Risiko sekundärer Traumatisierung mit sich bringen (Bergunde et al. 2015: 187; Dabić 2021: 93; Maercker 2013: 172; Pausch & Matten 2018: 101; Schriefers 2018: 121). Die Arbeit im traumatherapeutischen Setting erfordert die Fähigkeit zu empathischem Zuhören und damit ein gewisses Mitgehen in das Traumatische, ohne dabei selbst affektiv überwältigt zu werden (vgl. Günzel-Helmig 2022: 74f.). Die wiederholte Konfrontation mit emotional hochbelastendem Material impliziert die Notwendigkeit für Dolmetschende, über ausreichend Raum zur Verarbeitung des Gehörten zu verfügen, etwa durch Nachgespräche oder Supervision, sowie Wege zur eigenen Selbstregulation und Stabilisierung zu entwickeln (Dabić 2021: 70; Köllmann 2012: 23). Die in der Translationswissenschaft häufig verwendeten Begriffe der „Abgrenzung“ oder „Distanzierung“ im Zusammenhang mit der Bewältigung psychischer Belastung können ein bestimmtes Maß an emotionaler Verschlussenheit gegenüber Traumaüberlebenden suggerieren oder als Form von Vermeidungsverhalten in Bezug auf innerpsychische Prozesse missverstanden werden (vgl. Blumenthal 2016: 45; Dabić 2021: 70). Angesichts dessen plädiert die Autorin dafür, die genannten Termini zu ergänzen und in der Fachliteratur zur dolmetschgestützten Therapie verstärkt Begriffe wie die Aktivierung eigener Ressourcen sowie Konzepte des emotionalen Containments

und der professionellen Selbstregulation heranzuziehen. Diese Begriffe implizieren keine emotionale Abschottung, sondern verweisen vielmehr auf die Fähigkeit, empathisch präsent zu bleiben und zugleich die eigene emotionale Belastbarkeit in dolmetschgestützten psychotherapeutischen Interaktionskonstellationen zu wahren. Zudem ruft die Auseinandersetzung mit traumatischen Narrativen beim Gegenüber häufig intrapsychische Abwehrmechanismen hervor, da das Unfassbare die eigene psychische Integrität sowie grundlegende Selbst- und Weltverständnisse zu erschüttern droht (Herman 1992: 2; Kreuzer-Haustein 2020: 202). In den Unterabschnitten „4.3.3.1. Zeugenschaft, die Stille brechen und selber daran brechen?“ und „4.3.3.3. Empathisches Gehör, sekundäre Zeugenschaft“ werden die Herausforderungen des Zuhörens sowie die damit verbundenen psychischen Abwehrdynamiken näher beleuchtet. Das Bewusstsein für das Wirken dieser Schutzmechanismen innerhalb der Gegenübertragungsdynamik ist essenziell für den Aufbau eines tragfähigen therapeutischen Bündnisses in der triadischen Konstellation (vgl. Kreuzer-Haustein 2020: 202; Langer 1991: 40).

5.3.2.5. Dolmetschende als sekundäre Zeug:innen und Sprachrehabilitator:innen: Eine konzeptionelle Erweiterung

Der Einfluss von Dolmetschenden auf das therapeutische Geschehen ist unvermeidlich; Bot (2021: 377) verweist auf die Möglichkeit, diese Mitwirkung gezielt zugunsten des Therapieerfolgs einzusetzen: „Ideally, the therapist and interpreter are working together towards a common goal, i.e. understanding what the patient wants to convey, while supporting each other’s roles“ (ibid.). Diese *micropower* (De Boe et al. 2021: 12) manifestiert sich bereits in der Rolle des:der *active translator* (Hannemann & Schriefers 2018: 141), durch unter anderem die Vermittlung von metakommunitiven Elementen zur besseren Verständigung der Interaktant:innen – *alignment* –, sowie durch die Einnahme einer empathischen, nicht-wertenden, akzeptierenden und authentischen Haltung – *affiliation* –, die die therapeutische Grundhaltung widerspiegelt (Bot 2021: 371; Vranjes et al. 2019: 222). Ausgehend von neueren Erkenntnissen der Psychologie, Neurowissenschaft und Neuro- und Psycholinguistik (siehe 3. Trauma und 4. Trauma und Sprache) möchte die Verfasserin über die *bis dato* beschriebenen Rollen und Aktivitäten von Dolmetschenden hinaus zwei weitere Funktionen des:der *active translator* im Kontext von Traumatherapie ans Licht bringen: Dolmetschende als sekundäre Zeug:innen traumatischer Narrative und als „Sprachrehabilitator:innen“ für Traumaüberlebende.

5.3.2.5.1. Dolmetschende als sekundäre Zeug:innen

In der Literatur zur Traumaforschung ist die brisante Signifikanz eines hörenden Gegenübers für die Einleitung von Resilienzprozessen manifest, eines Gegenübers, das „hört und gegen alle Widerstände auch hören will“ (Fischer & Riedesser 2023: 105; Kreuzer-Haustein 2020: 202). Beim Verbalisieren traumatischer Inhalte spielt die Frage der Zeugenschaft eine zentrale Rolle (Welz 2017: 421): Traumainduzierte neurobiologische und psychische Mechanismen erschweren häufig die Einschreibung des Erlebten ins autobiografische Gedächtnis und schränken infolgedessen die Möglichkeit zur Selbstzeugenschaft bei Traumaüberlebenden ein (Kreuzer-Haustein 2018: 227; Reitter 2020: 183). Der therapeutische Rahmen erweist sich häufig als der einzige Ort, an dem das Unsagbare sprachlichen Ausdruck finden und das zuvor in Sprachlosigkeit gefangene sprechende Subjekt in Existenz treten kann (Davoine & Gaudillière 2004: 47).

Innerhalb des Wahrnehmungshorizonts traumatischer Narrative kommt allen Rezipient:innen die Rolle sekundärer Zeug:innen zu, insofern sie das Geschehene für „wahr nehmen“ (Kreuzer-Haustein 2018: 227). Als erste Rezipient:innen des Erzählten in der psychotherapeutischen Triade können Dolmetschende durch die Qualität ihres Zuhörens ebenfalls die Realität von Traumaüberlebenden für „wahr nehmen“, ohne dabei die Rolle von Ko-Therapeut:innen einzunehmen oder ihre translatorische Tätigkeit zu verändern. Indem Dolmetschende nicht als *conduit* fungieren, sondern sich vielmehr als Teil der therapeutischen Realität begreifen und wahrnehmen, dass das Hören und Aufnehmen der Worte von Traumaüberlebenden zur Anerkennung ihrer erlebten Realität beitragen können. Durch diese Dimension der Zeugenschaft seitens der Zuhörenden kann die Integration der Vergangenheit erneut ermöglicht und die Zugehörigkeit zur Welt der Lebenden wiederhergestellt werden (Davoine & Gaudillière 2004: 47; Laub 1991: 85; Levi 1998: 59; van der Kolk 2014: 67; Welz 2017: 421). Darüber hinaus können die neuen Konturen dieses Rollenverständnisses der Dolmetschperson ebenso wie ein fundiertes Wissen über den Ablauf traumainduzierter Dynamiken eine protektive Wirkung für Dolmetschende entfalten. Auf diese Weise lässt sich der Handlungsraum, innerhalb dessen Dolmetschende durch ihre *agency* bzw. *micropower* im therapeutischen Kontext zur Förderung der Resilienz agieren können, klarer konturieren. Diese neue Konturierung bietet Anhaltspunkte, um Rollenüberfrachtung (*role overload*) zu reduzieren und zugleich die Bedürfnisse der anderen Interaktionsteilnehmenden sensibel wahrzunehmen, ohne dabei die eigenen professionellen Grenzen zu überschreiten. Auf makrosozialer Ebene kann die sekundäre Zeugenschaft traumatischer Realität dazu beitragen, die von Danieli (2006: 841) als „conspiracy of silence“

bezeichnete Dynamik zu durchbrechen, denn kollektive Verdrängungs- und Abwehrmechanismen häufig den gesellschaftlichen Umgang mit traumatischen Vergangenheiten prägen³⁴ (Herman 1992: 2).

5.3.2.5.2. Dolmetschende als Sprachrehabilitator:innen

Die Autorin argumentiert, dass Dolmetschende im Rahmen der Rolle des:der *active translator* in der Traumatherapie eine weitere, resilienzfördernde Funktion übernehmen können, die im Folgenden unter dem Begriff des:der „Sprachrehabilitators:in“ konzeptualisiert wird. Bei *human-made disasters* wird das Zwischenmenschliche selbst zur Bedrohung, wobei Sprache stets eine Rolle spielt – sei es durch ihre Verwendung oder durch ihre Abwesenheit (Busch & Hermann 2019: 73). Sprache selbst wird dabei häufig zu einem Ort der Verletzung, sei es als Vehikel der traumatischen Erfahrung oder *a posteriori* durch die Reaktionen des sozialen Umfelds – wenn Sprache Ablehnung vermittelt und die Betroffenen dadurch weiter in Sprachlosigkeit gefangen hält (Nia 2020: 102). Im Rahmen dolmetschunterstützter Traumatherapie können Dolmetschende dazu beitragen, den Raum der Sprache wieder bewohnbar zu machen und ihn von seiner traumabedingten Zuschreibung als Ort der Ohnmacht zu entlasten.

Die durch das Trauma verursachte Erschütterung des Selbst beeinträchtigt die rezeptiven und produktiven Sprachfunktionen (Carozza 2024: 229): Im Moment, in dem Sprache sich dem Trauma annähern will, entzieht sich dieses jeder Artikulation (Auxéméry 2021: 385). Nicht selten sehen sich Betroffene mit der Unmöglichkeit konfrontiert, das Erlebte in Worte zu fassen oder – sofern eine Verbalisierung überhaupt gelingt – mit einer Fragmentierung des sprachlichen Ausdrucks (siehe 4.1.1. Deaktivierung des Sprachzentrums; 4.2. Nachhall der traumatischen Erfahrung auf den sprachlichen Ausdruck; 4.3.1. Die Sprache der Sprachlosigkeit; 4.3.2. Jenseits der Repräsentierbarkeit). Indem Dolmetschende die beim Erzählen traumatischer Erinnerungen sichtbar werdenden Brüche, Leerstellen und Widersprüche in ihrer sprachlichen Gestalt widerspiegeln, verleihen sie den „languages of the unsayable“ eine Stimme (Welz 2017: 424). Die präzise Übertragung der Signifikanten und prosodische Merkmale in eine andere Sprache legitimiert die beim Artikulieren des Erlebten in Erscheinung tretende Gestalt von traumatischen Narrativen, samt ihrer Diskontinuität, und nimmt das

³⁴ Das Ausbleiben eines sozialen Resonanzraums kann bei Traumaüberlebenden Entfremdungserfahrungen hervorrufen, welche die Wahrnehmung der eigenen Realität destabilisieren und die Artikulation ihrer Erfahrungen bis an die Schwelle des Verstummens marginalisieren (Blank 2023: 51; Davoine & Gaudillière 2004: 236; Held 2021: 96; Kofman 1998: 37; Pausch & Matten 2018: 20; van der Kolk 2014: 67).

Realitätshorizont der Traumaüberlebende auf. Durch das Sich-Einlassen auf die Selbstreferentialität von Traumanarrativen – die von Zuhörenden verlangen, das eigene Deutungssystem und die gewohnte Wahrnehmung der Realität zurückzustellen (van der Kolk 2014: 195) – wird eine Dolmetschung des Gesagten ermöglicht, die die Textur von Traumanarrativen reproduziert.

Neben der Legitimierung der Sprache des Unsagbaren vermag eine wortnahe Verdolmetschung der Aussagen von Traumaüberlebenden, den Aufbau von Vertrauen in der triadischen Konstellation zu fördern. Eine der Herausforderungen für Dolmetschende in der Traumatherapie besteht darin, dem interaktionalen Impuls zu widerstehen, unvollständige und von außen inkohärent erscheinende Aussagen durch Reparaturen, Ergänzungen oder Sinnzuschreibungen zu normalisieren (Schriefers 2018: 127). Gerade aus traumatherapeutischer Perspektive ist es vielmehr adäquat, die fragmentierte und diskontinuierliche Form traumatischer Äußerungen als Ausdruck der traumatischen Erfahrung anzuerkennen und in ihrer Eigenständigkeit zu bewahren. Verzerrungen, selektive Filterungen oder Glättungen im Dolmetschprozess können sich nachteilig auf das therapeutische Arbeitsbündnis auswirken, das Vertrauen der Patient:innen in die Dolmetschperson fragilisieren und die Bereitschaft mindern, das Erlebte einem anderen Menschen anzuvertrauen. Der Aufbau von Vertrauen konstituiert eine Grundvoraussetzung therapeutischer Arbeit und gewinnt eine essenzielle Bedeutung im Kontext der Traumatherapie, da das Grund- und Weltvertrauen von Traumaüberlebenden zutiefst erschüttert ist (Dabić 2021: 144; Grabska 2020: 28; Marteau-Chasserieau & Plantade-Gipch 2021: 28). Blumenthal (2016: 49f.) betont, dass sich eine unterstützende und anerkennende Haltung seitens der Therapeut:innen und Dolmetschenden positiv auf den therapeutischen Prozess auswirkt, sofern Patient:innen sich in diesem Rahmen getragen fühlen.

Durch die „wortlose Stimme“ des Körpers können Dolmetschende ebenfalls zum Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Allianz beitragen (Blumenthal 2016: 21; Levine 2011: 11). Im Rahmen der Traumatherapie können der Sprachduktus, die Stimmlage, das Blickverhalten, sowie Mimik und Gestik der Anwesenden eine regulierende Wirkung auf Traumaüberlebende haben und eine unterstützende Haltung mitschwingen lassen (siehe 4.3.4. Stimme finden, Sprache werden). Mithilfe dieser paraverbalen Ressourcen können Dolmetschende die Atmosphäre der Interaktion beeinflussen und den Wiederherstellungsprozess eines Gefühls interpersoneller Sicherheit unterstützen, was sich förderlich auf den therapeutischen Verlauf auswirken kann (Bot 2021: 377; Levine 2010: 108; Vranjes et al. 2019).

Zusammenfassend lässt sich die Funktion der Dolmetschenden als Sprachrehabilitator:innen wie folgt darstellen: Ohne die Schwelle zur Übernahme einer ko-therapeutischen

Rolle zu überschreiten, können Dolmetschende durch eine möglichst form- und originalgetreue Wiedergabe eine Annäherung an eine *mimêsis* traumatischer Narrative leisten. Auf diese Weise werden Brüche, Ellipsen und Antinomien der Traumanarrative nicht geglättet, sondern als legitime und sinntragende Formen traumabezogenen Diskurses anerkannt. Zudem kann ein formtreues Spiegeln des Erlebten das Vertrauen der Patient:innen in die Dolmetschperson stärken. Auch die Qualität der Präsenz bzw. die über paralinguistische Mittel vermittelte unterstützende Haltung der Dolmetschenden können zur Etablierung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses beitragen.

5.3.2.5.3. Neue interaktionale Perspektive über die micropower der Dolmetschende in der Traumatherapie

Die Verfasserin plädiert für ein neues Verständnis des *role space* des:der *active translator* im besonderen Kontext der Traumatherapie basierend auf neuen Erkenntnissen aus der Traumaforschung. An der Schnittstelle von Traumaforschung, Psychologie und Translationswissenschaft zielen die oben eingeführten Funktionen der Dolmetschenden als sekundäre Zeug:innen und Sprachrehabilitator:innen darauf ab, das Rollenbild von Dolmetschenden in der Traumatherapie aus einer interdisziplinären Perspektive neu zu skizzieren.

Die Verantwortung für den therapeutischen Prozess, den Erfolg der Behandlung und die psychotherapeutische Begleitung der Patient:innen liegt bei den Therapeut:innen; Dolmetschende sind hingegen für die sprachliche Vermittlung der Äußerungen verantwortlich und erfüllen situativ auch koordinierende Aufgaben im Interaktionsgeschehen, insbesondere im Hinblick auf den Sprecherwechsel/Sprecherinnenwechsel (Friele & Aumann 2018: 60; Köllmann 2012: 34; Wadensjö 2005: 105). Zugleich wirken Dolmetschende an der Beziehungsgestaltung innerhalb der therapeutischen Triade mit und verfügen über einen interaktionalen Handlungsraum (*micropower*), den sie gezielt einsetzen können, um den therapeutischen Prozess zu unterstützen und die Resilienz der Patient:innen zu fördern (vgl. De Boe et al. 2021: 12; Friele & Aumann 2018: 66).

In diesem *pas de trois* können Dolmetschende dazu beitragen, die Emergenz von Sprache zu unterstützen und damit das In-Erscheinung-Treten des sprechenden Subjekts zu ermöglichen, das zuvor in Sprachlosigkeit gefangen war (vgl. van der Kolk 2014: 236). Durch aufmerksames Zuhören und die getreue Übertragung des Gesagten leisten Dolmetschende einen Beitrag zur Anerkennung der inneren Wirklichkeit von Traumaüberlebenden und zur Bezeugung des Erlebten als real (vgl. Kreuzer-Haustein 2020: 211; Reitter 2020: 183; Welz 2017:

421). Indem Dolmetschende sich der Wirkung ihrer Präsenz und ihrer nonverbalen Ausdrucksformen bewusst sind, können sie zudem an der Ko-Konstruktion eines sicheren Raums mitwirken, der die Emergenz von Sprache begünstigt (Bot 2021: 377; Levine 2010: 108; Vranjes et al. 2019).

5.3.3. Transkription

Die Analyse einer psychotherapeutischen Sitzung unter Mitwirkung einer Dolmetschperson setzt die Verschriftlichung der Videoaufnahme voraus und damit die Überführung der Sekundärdaten in Tertiärdaten (Vetter 2009: 338). Mit dieser Datentransformation geht eine unvermeidliche Reduzierung der Komplexität der aufgezeichneten Situation einher, da sich das Geschehen nicht vollständig transkribieren lässt (Dresing & Pehl 2020: 838; Niemants 2015: 422).

Da in der Konversationsanalyse jedem Detail des Interaktionsgeschehens potenzielle Relevanz zukommt, ist idealerweise eine möglichst detailgetreue Transkription gefordert (Bergmann 1981: 10). Dieser theoretische Anspruch nach Vollständigkeit im Rekonstruktionsprozess des Geschehens steht in einem Spannungsverhältnis zur selektiven Relevanz der transkribierten Elemente für die Forschungsfrage: „So muss stets abgewogen werden, welche sprachlichen und nicht-sprachlichen Elemente erfasst werden sollen“ (Dresing & Pehl 2020: 838). Des Weiteren betont Mondada (2018: 88) die Notwendigkeit einer präliminären Analyse, die es ermöglicht, jene Ressourcen zu erfassen, die von den Interaktionsteilnehmenden *in situ* als relevant hergestellt werden und die Ökologie der Interaktion strukturieren. In diesem Kontext hebt die Sprachwissenschaftlerin die besonderen Herausforderungen von multimodalen Interaktionssituationen hervor: Verbale Transkripte bilden primär die zeitliche Entfaltung sprachlicher Äußerungen ab; während multimodale Transkripte die Komplexität der zeitlichen Dimension des Gesagten und der ko-okkurrenten Gestik sowie die räumliche Materialität des Interaktionsgeschehens erfassen (Mondada 2017: 185). Während die Verschriftlichung des sprachlichen Inhalts weitgehend standardisierten Konventionen folgt, ist die multimodale Transkription durch eine Vielfalt von Darstellungspraktiken gekennzeichnet, die sich an der situativen Relevanz der von den Teilnehmenden sichtbar gemachten Handlungen innerhalb der

Interaktionsökologie orientieren³⁵ (Mondada 2018: 88). Im Unterschied zu vordefinierten Kodierungskategorien soll „multimodale Transkription [...] das Geflecht der Relevanzen abbilden, das die verkörperte und situierte Organisation des Handelns der Teilnehmer[:innen] bestimmt“ (Mondada 2016: 115). Des Weiteren betont Mondada (2018: 88), dass in multimodalen Analysen das gewählte Transkriptionssystem die zeitliche Entfaltung vielfältiger Ressourcen abbilden sollte – sowohl sprachlicher Elemente, sofern diese relevant sind, als auch nonverbaler Handlungsformen in Situationen, in denen Sprache nicht die primäre Ressource der situativen Aktivität darstellt.

Neben analytischen Zielsetzungen erweist sich auch die Lesbarkeit als entscheidender Faktor bei der Festlegung der Granularitätsadäquatheit der Transkription (Dresing & Pehl 2020: 842f.). Wadensjö (2001a: 193) verweist ebenfalls auf das Kriterium der Lesbarkeit sowie auf den mit feinkörnigen Analysen verbundenen Arbeitsaufwand für die transkribierende Person und plädiert für eine orthographische Transkription an jenen Stellen, an denen prosodische und nonverbale Elemente keine Relevanz besitzen. Schließlich beeinflusst die Qualität der Aufnahme maßgeblich die Möglichkeiten der sprachlichen Fixierung der Interaktion und bestimmt, welche technische und softwaregestützte Lösungen für die Verschriftlichung in Betracht kommen (Traverso 2012: 7).

In der vorliegenden Arbeit erfolgte die manuelle Transkription mithilfe der Software ELAN. Diese ermöglicht eine partiturähnliche Darstellung mit mehreren Spuren und damit die Erfassung multimodaler Ressourcen, sodass verbale Beiträge und Körperbewegungen simultan dokumentiert werden können. Aufgrund der eingeschränkten akustischen Qualität der Videoaufnahme sowie parasitärer Störgeräusche war *notabene* für die Durchführung der Analyse weder eine zuverlässige automatische Transkription mittels Whisper-basierter ASR-Modelle noch eine belastbare softwaregestützte Bewegungserkennung mittels psifx möglich.

Für die vorliegende Untersuchung ist ein multimodaler Ansatz von besonderer Relevanz, da in *Somatic Experiencing* neben der sprachlichen Kommunikation vor allem körperliche Wahrnehmungsprozesse, somatische Reaktionen und deren regulatorische Einbettung in die therapeutische Interaktion eine zentrale Rolle spielen (Levine 2010: 79ff.). Des Weiteren würde eine rein orthographische Transkription des Gesprochenen der sprachlichen Anomie,

³⁵ In ihrem Beitrag über die multimodale Transkription *Zwischen Text und Bild: Multimodale Transkription* veranschaulicht Mondada (2016: 114ff.) die Unterschiede zwischen verbalen und multimodalen Transkriptionssystemen hinsichtlich der Erfassung nichtsprachlicher Ressourcen. Die renommierte Sprachwissenschaftlerin akzentuiert die Bedeutung der Erfassung der Zeitlichkeit und der sequenziellen Organisation körperlicher Handlungsdimensionen, die in konventionellen verbalen Transkriptionsverfahren häufig nur unzureichend zur Geltung kommen (ibid.: 116ff.).

den Dysfluenzen und den Leerstellen, die traumatische Narrative kennzeichnen, nicht gerecht werden (vgl. Auxéméry 2021: 385; Carozza 2024: 230; Charf 2018: 186; O’Kearney & Perrott 2006: 89; Quillivic et al. 2024: 10; van der Kolk 2014: 244; Waller & Scheidt 2010: 66; Welz 2024: 415). Deshalb kommt nonverbalen und paralinguistischen Ausdrucksformen eine zentrale Bedeutung in der Notationsweise zu.

Zur Auswertung des Videomaterials erfolgte zunächst eine vollständige Verschriftlichung des sprachlichen Inhalts in einer inhaltlich-semanticen Perspektive. In einem zweiten Schritt wurde die zeitliche Organisation der sprachlichen Äußerungen erfasst. In Orientierung an Wadensjö’s methodischem Vorgehen (2001a: 193) wurden schließlich paraverbale Elemente und Körperbewegungen entsprechend ihrer Relevanz innerhalb der Interaktionsökologie selektiv annotiert. Diese Vorgehensweise ermöglichte eine sukzessive Erfassung des Materials sowie eine schrittweise Analyse der verschiedenen Facetten der Interaktion und deren multimodaler Aspekte.

Im Verlauf der Analyse werden – abhängig von der Relevanz der in der Interaktion hervorgebrachten Ressourcen – entweder Ausschnitte aus der orthographischen Transkription herangezogen, sofern semantische Aspekte für die Forschungsfrage zentral sind, oder multimodale Transkripte verwendet, wenn paraverbale Elemente an Bedeutung gewinnen. Zu diesem Zweck werden ergänzend Bildausschnitte aus dem analysierten Videomaterial einbezogen. In der ELAN-Partitur wurden ergänzend Musiknotationen zur Erfassung der Lautstärke des Zitterns von Briannas Beinen verwendet. In der entsprechenden Spur finden sich aus der Dynamik entspringende Markierungen wie *mezzo forte* oder *crescendo*.

Zur detaillierten Annotation paraverbaler Elemente stützen sich die verwendeten Notationszeichen auf den etablierten Transkriptionssystemen von Jefferson (2004: 24ff.), HIAT (Rehbein et al. 2004) und Mondada (2018) und wurden an die Besonderheiten der vorliegenden Interaktion sowie an die linguistischen und prosodischen Eigenheiten fragmentierter Sprache adaptiert.

Transkriptionskonventionen

Symbol/Schreibweise	Bedeutung	Beispiel
(.)	kurze Pause (unter 0,2 Sek.)	ja (.) genau
(0.5)	gemessene Pause in Sekunden	ich denke (0.5) vielleicht
:	Dehnung eines Lautes	ja:::
-	Abbruch eines Wortes	ich woll- ich meinte
...	abgebrochene Äußerung	ich dachte...
↑	steigende Intonation	↑wirklich?
↓	fallende Intonation	↓okay
?	stark steigende Intonation, wie in Fragen	du kommst?
.	fallende Intonation	alles klar.
,	leicht steigende Intonation, Fortsetzung einer Äußerung	und dann,
((lacht))	Beschreibung von Verhalten, paraverbale Elemente	((hustet))
(text)	unklare oder schwer verständliche Äußerung	ich (glaube) ich weiß
‘h	kurzes hörbares Einatmen	‘h okay
,h	kurzes hörbares Ausatmen/Seufzen	,h ja
‘hh	langes hörbares Einatmen	‘hh i:::ch
,hh	langes hörbares Ausatmen/Seufzen	,hh angenehm
(h)	kurzes hörbares Atem-/Seufzen innerhalb einer Äußerung	so a(h)ngespannt
(hh)	langes hörbares Atem-/Seufzen innerhalb einer Äußerung	Es ist einfa(hh)ch
°	die folgende Aussage wird leiser gesprochen	°während
°°	die folgende Aussage wird sehr leise gesprochen	°°ich
°text°	Text zwischen den Gradzeichen ist leise gesprochen	°wirklich°

TEXT	laut / betont gesprochen	DOCH
#	Stelle im Gespräch, die visuell referenziert wird (Screenshot)	ich habe es # nicht gesehen
[	Anfang einer Überlappung	A: es war [wirklich schön] B: [ja]
]	Ende einer Überlappung	A: ich [weiß nicht] B: [mhm]

5.4. Analyse

5.4.1. Fragmentierte Sprache

In der analysierten Therapiesitzung tritt die Reaktivierung traumatischer Engramme in der Person Briannas klar hervor. Das Interaktionsgeschehen ist wesentlich um ihre somatischen Reaktionen sowie ihre körperliche und emotionale Wahrnehmung organisiert, die im Zentrum der therapeutischen Arbeit stehen. Aus translatorischer Perspektive erweisen sich die Auswirkungen posttraumatischer Reaktionen auf die Sprachproduktion als besondere Herausforderung: Traumatische Narrative sind häufig durch Dysfluenzen gekennzeichnet, die sich in syntaktischen Abbrüchen, elliptischen Konstruktionen, Wiederholungen, metaphorischen Ausdrucksformen sowie im Eintreten von Stille manifestieren (vgl. Auxéméry & Gayraud 2020: 511; Quillivic et al. 2024: 6; Waller & Scheidt 2010: 65). Des Weiteren erfordert das Dolmetschen von Traumanarrativen die Suspendierung der eigenen Weltdeutungen und Interpretationsschemata, um sich auf die Selbstreferentialität von Traumanarrativen einzulassen (vgl. Gildea 2018: 29; van der Kolk 2014: 195). Im bruchstückhaften Erzählfluss stellt sich zudem die Frage nach dem angemessenen Zeitpunkt des Eingreifens der Dolmetschperson, insbesondere im Hinblick auf das Turn-Taking. Im Kontext traumatischer Narrative orientiert sich das Turn-Taking weniger an syntaktischer Vollständigkeit als an der interaktionalen Relevanz des Gesagten. Fragmentierte sprachliche Produktionen – einschließlich Wiederholungen, Einzelwörtern und Pausen – werden nicht als Defizite, sondern als bedeutungstragende Elemente verstanden und entsprechend in ihrer Form in der Verdolmetschung wiedergegeben (vgl. Auxéméry 2021: 385; Auxéméry und Gayraud 2020: 523). Ziel ist dabei nicht die Herstellung von Kohärenz, sondern die möglichst getreue Repräsentation der sprachlichen und affektiven Struktur des Erlebens. Die Adäquatheit der Dolmetschstrategie ist kontextbedingt und wird sowohl durch den zugrunde liegenden therapeutischen Ansatz als auch durch den spezifischen Verlauf der Interaktion bestimmt. Sie basiert auf einer fortlaufenden, situativen Abstimmung auf die emergierenden kommunikativen Anforderungen.

In der Videoaufnahme wird an zahlreichen Stellen das Hervortreten des Traumatischen sowohl sichtbar als auch hörbar. Zu Beginn der Sitzung erscheint Brianna zugewandt und lächelnd. Als Philips die Frage „What would you like to have happened?“ (siehe Anhang, orthographische Transkription der analysierten Videoaufnahme: Z. 11) stellt, setzt ein Zittern ihres Beins ein, das sich über nahezu die gesamte Sitzungsdauer erstreckt. Mit der zunehmenden Annäherung an das traumatische Erleben intensiviert sich dieses Zittern und korreliert mit dem

Auftreten von Ohnmachtssituationen. Gegen Ende der Sitzung klingt das Zittern infolge der therapeutischen Intervention ab, was auf eine Transformation der somatischen Wahrnehmung bei Brianna hindeutet.

Als Brianna anfängt, das, was im Inneren geschieht, zu verbalisieren, ist die sprachliche Artikulation von Stille, Fragmentierungen, Wiederholungen und prosodischen Verlängerungen geprägt. Folgende Ausschnitte aus dem Videomaterial veranschaulichen das Heraustreten des Traumatischen in der Sprachproduktion:

Ausschnitt 1 – Fragmentierte Sprachproduktion, 02:52-03:05

	00:02:52.000	00:02:53.000	00:02:54.000	00:02:55.000	00:02:56.000	00:02:57.000	00:02:58.000
PHILIP [221]							
CHLOÉ [155]							
Chloé_de [125]							
BRIANNA [114]	Je (.) je suis (0.3)		J'ai été (.) j... (0.44)		et aujourd'hui, je:: vis encore, ce ce sentiment de victime. (1.3)		
Brianna_de [75]	Ich (.) ich bin		Ich war (.) I...		und heute erlebe i::ch es immer noch, dies dieses Gefühl, ein Opfer zu sein.		

	00:02:59.000	00:03:00.000	00:03:01.000	00:03:02.000	00:03:03.000
PHILIP [221]					
CHLOÉ [155]					
Chloé_de [125]					
BRIANNA [114]		J'ai:: (0.54)		je:: j'ai besoin (.) d'être (1.03)	
Brianna_de [75]		Ich ha::be		i::ch Ich habe (.) immer das Gefüh	

	00:03:04.000	00:03:05.000	00:03:06.000	00:03:07.000	00:03:08.000	00:03:09.000
PHILIP [221]						
CHLOÉ [155]					I (.) have bEEEn, and still have (.) this fEEling. of bein	
Chloé_de [125]						
BRIANNA [114]	en défense (.) tout le temps.					
Brianna_de [75]	mich verteidigen (.) zu müssen.					

Relativ früh in der therapeutischen Sitzung bricht die mikrostrukturelle Struktur der Sprache ab: Die Desorganisation manifestiert sich auf Satz- und Diskursebene, etwa durch

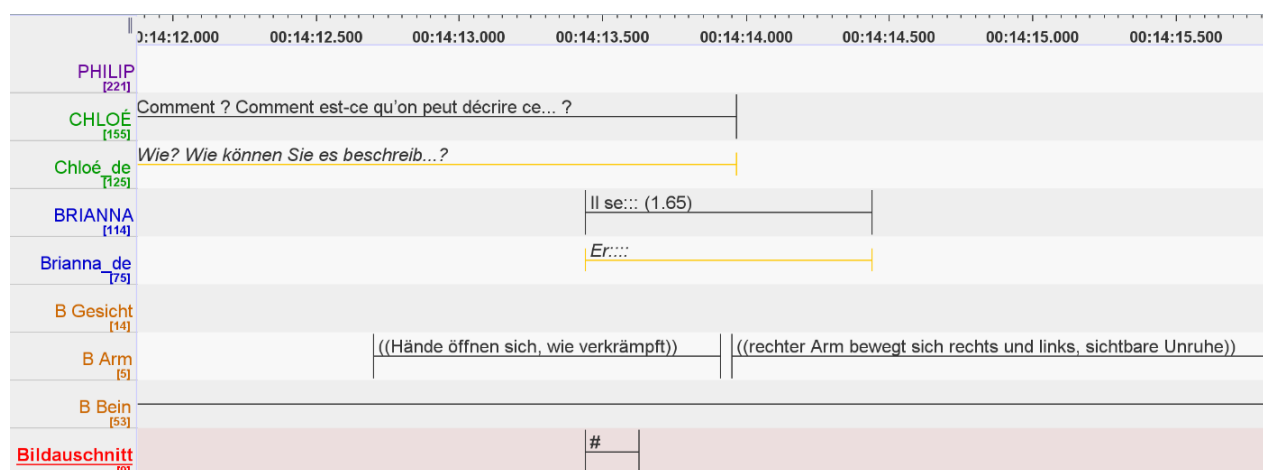
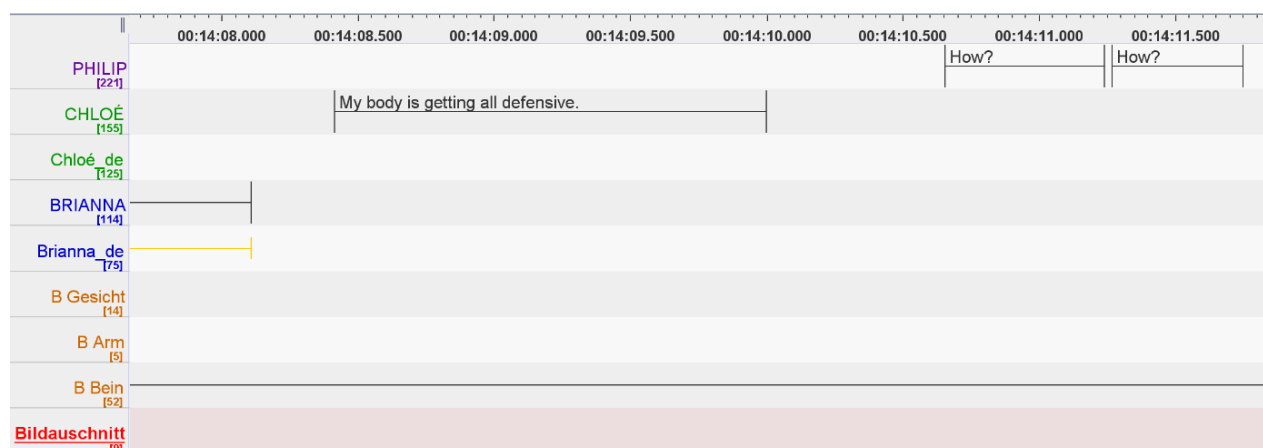
unvollständige Sätze, Wortabbrüche, *still* und *filled pauses*³⁶ sowie Dysfluenzen in Form von Wortwiederholungen (vgl. Gayraud & Auxéméry 2022; Gayraud & Auxéméry 2023: 218). Die sprachliche Produktion ist durch syntaktische Fragmentierungen und eine bruchstückhafte Wortartikulation gekennzeichnet, während prosodische Merkmale wie Tonlage und Intonation relativ konstant bleiben.

Im Verlauf der Sitzung manifestiert sich das Traumatische zunehmend nicht nur auf sprachlicher Ebene, sondern auch in prosodischen und körperlichen Ausdrucksformen. Die Bandbreite der Lexeme, die Brianna zur Verfügung stehen, scheint sich allmählich zu verengen. Die Produktion einzelner Wörter wirkt erschwert – vergleichbar mit dem mühsamen Überwinden eines kaum zu bewältigenden Hindernisses – und geht mit einer fortschreitenden Destabilisierung der Stimme einher, die leiser wird und schließlich verstummt. Parallel dazu treten verstärkt somatische Reaktionen auf: Neben dem anhaltenden Zittern des rechten Beins treten muskuläre Verkrampfungen auf, der Kopf beginnt sich zu schütteln, und auch die Hände – die zunächst über das Abstützen auf den Armlehnen eine Form körperlicher Stabilisierung ermöglichen – werden vom Zittern erfasst. Im weiteren Verlauf wird schließlich auch das linke Bein von unkontrollierten Bewegungen ergriffen. An zahlreichen Stellen gestaltet sich die Verbalisierung der Wahrnehmungen angesichts der Intensität der posttraumatischen Reaktion zunehmend schwierig, sodass sich die sprachliche Produktion auf vokale Zwischenlaute wie „hmm“ oder auf Seufzer reduziert. Im folgenden Abschnitt wird unter anderem die somatische Dimension der traumatischen Reaktion deutlich sichtbar:

Ausschnitt 2 – Fragmentierte Sprachproduktion und somatische Reaktivierung, 14:03-14:19



³⁶ *Filled pauses* (gefüllte Pausen) bezeichnen vokalisierte Verzögerungssignale wie „äh“ oder „ähm“, während stille Pausen Unterbrechungen des Redeflusses ohne Lautproduktion bezeichnen (vgl. Gayraud & Auxéméry 2022: 200).



Bildausschnitt 1: Er:::., 14:13



Bildausschnitt 2: er verkrampft sich, 14:17



Dem hier gezeigten Ausschnitt geht eine längere Phase der Stille voraus, während Briannas Bein und Hände fortwährend zittern. Im weiteren Verlauf gelingt es ihr, ihre interozeptive Wahrnehmung sprachlich zu artikulieren, allerdings in fragmentierter Weise. Die

posttraumatische Reaktion schreibt sich manifest in den Körper ein: Die Muskulatur kontrahiert, der Körper erstarrt in defensiver Spannung, und die Sprachproduktion wird von einem schmerzgeprägten Gesichtsausdruck begleitet. Brianna durchlebt die traumatische Reaktion erneut und versucht scheinbar, die damit verbundenen Empfindungen zu verbalisieren, ohne vollständig in das traumatische Erleben zurückzufallen.

Die sich in der Verbalisierung manifestierenden Brüche – etwa der Übergang von stabiler Intonation zu einem Erlöschen der Stimme sowie die Diskontinuität syntaktischer Strukturen – werden an mehreren Stellen nicht in die Verdolmetschung aufgenommen.

Ausschnitt 3 – Verdolmetschung der fragmentierten Sprache, 06:48-07:00

179	BRIANNA	Pas inconnu, mais...
180	BRIANNA	j'ai [caché,] (0.32) <i>ich habe es versteckt,</i>
181	CHLOÉ	[not...]
182	BRIANNA	j'[ai caché pendant 20 ans. (0.97) <i>ich habe es 20 Jahre lang versteckt.</i>
183	CHLOÉ	[not...]
184	BRIANNA	Donc, c'est pas facile, de...° (0.99) <i>Also ist es nicht einfach, es...°</i>
185	CHLOÉ	Not unknown, but I've been hiding it for 20 years, so it's not easy.

Die durch Abbrüche gekennzeichnete bruchhafte Syntax der Äußerung sowie die Wiederholung werden in diesem Ausschnitt nicht gedolmetscht. Zwar dürften die *staccatos* in Briannas Äußerung für den Therapeuten akustisch wahrnehmbar sein, in der Verdolmetschung wird dieses prosodische Merkmal jedoch nicht abgebildet. Die fragmentierten Äußerungsbestandteile wurden in der Wiedergabe syntaktisch geglättet und durch einen Konnektor miteinander verknüpft. In der letzten Sinneinheit lässt sich zudem eine semantische Verschiebung – *divergent rendition* (Wadensjö 2005: 107) – beobachten: „Also ist es nicht einfach, es...“ (Z. 184) wird zu „so it's not easy“ (Z. 185). Damit wird der Abbruch des letzten Satzes interaktional nicht sichtbar. Philip übernimmt daraufhin den nächsten Turn, da er Briannas Äußerung als Turn-Abschlussstelle interpretiert.

Auch im unten dargestellten Ausschnitt wird die im Zuge der Reaktivierung der traumatischen Reaktion entstehende sprachliche Fragmentierung in der Verdolmetschung nicht übertragen. Die Gestalt der sprachlichen Anomie drückt sich hier auf sprachlicher-prosodischer Ebene durch Wiederholungen (*false starts*), Wortabbrüche, Vokalverlängerungen und die mühsame Artikulation einzelner Wörter aus; in der Verdolmetschung treten diese Merkmale jedoch zugunsten einer semantisch und syntaktisch kohärenten Fassung, die sich an den Konventionen einer geordneten narrativen Struktur orientiert, zurück.

Ausschnitt 4 – Verdolmetschung der fragmentierten Sprache, 13:42-14:18

345	BRIANNA	Uh-hm. (11.29)	
346	BRIANNA	Euh. (8.65)	
347	BRIANNA	Mon corps qu...° (0.28) <i>Mein Körper, d...</i>	
348	BRIANNA	qui se met en... (1.14) <i>der geht in...</i>	
349	BRIANNA	en déf(h)ense. <i>in die Ab(h)wehr.</i>	
350	CHLOÉ	My body is getting all defensive.	
351	PHILIP	How?	
352	PHILIP	How?	
353	CHLOÉ	Comment ? Comment est-ce qu'on peut décrire ce... ? <i>Wie? Wie können Sie es beschreib-?</i>	
354	BRIANNA		[Il se::: (1.65) [Er:::
355	BRIANNA	il se crispe. <i>er verkrampft sich.</i>	
356	CHLOÉ	It's contract[ing.	
357	BRIANNA	[.hhhh.	

Die Nicht-Wiedergabe der auftretenden Ellipsen und Fragmentierung der Sprache in der Dolmetschung sowie die syntaktische Glättung der Aussagen lassen jene Form unübertragen, in

der sich das Traumatische sprachlich manifestiert, obschon der stockende Erzählstrom vermutlich für Philip akustisch wahrnehmbar bleibt. Die infolge des Traumas entstandene Erschütterung des Selbst findet auch in der Sprache Ausdruck; die linguistischen und prosodische Merkmale dieser Erschütterung der Psyche können wertvolle Informationen über das innere Erleben von Traumaüberlebenden liefern (vgl. Auxéméry & Gayraud 2020: 511; Fischer & Riedesser 2023: 98; Möllering 2012: 404; Quillivic et al. 2024: 6; Resick 2001: 93; Scaer 2005:81f.; Waller & Scheidt 2010: 65).

Im Hörradius traumatischen Erzählens werden Zuhörende mit der eigenen Deutungsbewegung konfrontiert (vgl. Frankl 2017) und dem Impuls, dem Gehörten Sinn zu verleihen, es in eine Struktur von Anfang und Ende einzubetten und ihm eine nachvollziehbare Logik zuzuschreiben (Schriefers 2018: 127). Im Umgang mit traumatischen Narrativen ist diese instinktive Neigung zur Sinngebung zu suspendieren, um sich auf die Selbstreferentialität von Traumanarrativen einzulassen (vgl. Gildea 2018: 29; van der Kolk 2014: 195). Die syntaktische und semantische Glättung in der Verdolmetschung lässt sich andererseits auch als mögliche Manifestation intrapsychischer Abwehrprozesse deuten. Angesichts der Konfrontation mit traumatischen Inhalten, die die eigene psychische Integrität sowie grundlegende Selbst- und Weltverständnisse zu erschüttern drohen, kann die Überführung des Gesagten in eine logisch zusammenhängende und stabile Gestalt das Unfassbare auf Distanz halten (vgl. Kreuzer-Haustein 2020: 202; Langer 1991: 40).

Das Bewusstsein über diese intrapsychischen Dynamiken ist essenziell für die Dolmetschung traumatischer Inhalte. Eine sich der Form und Prosodie des Originals annähernde Verdolmetschung kann für Traumaüberlebende zur Legitimierung ihrer Stimme beitragen. Das Spiegeln der Textur von Traumanarrativen durch die Dolmetschperson kann in der Tat als ratifizierende Praxis in der interaktionalen Hervorbringung sozialer Wirklichkeit innerhalb der Therapiesitzung verstanden werden: Es bestätigt die fragmentierte Gestalt des Gesagten in ihrem Dasein und macht sie als legitime Ausdrucksform traumatischen Erlebens verfügbar. Indem Traumanarrative samt ihrer Diskontinuität ein Echo finden, wird Sprache nicht mehr als Ort sprachlicher Ohnmacht erfahren, sondern als legitime und sinntragende Ausdrucksform des Erlebten anerkannt (siehe 5.3.2.5.2. Dolmetschende als Sprachrehabilitator:innen).

Die Widerspiegelung des Gesagten und dessen Aufnahme in den eigenen Realitätshorizont ermöglichen zudem die Anerkennung der inneren Wirklichkeit von Traumaüberlebenden: Wenn diese Wirklichkeit nicht relativiert oder in fremde Sinnordnungen überführt, sondern als solche wahrgenommen wird, wird das Erlebte als real bezeugt (siehe 4.3.3.3.

Empathisches Gehör, sekundäre Zeugenschaft; 5.3.2.5.2. Dolmetschende als sekundäre Zeug:innen). Durch ihre *micropower* können Dolmetschende Prozesse sprachlicher Rehabilitation unterstützen und sekundäre Zeug:innenschaft ermöglichen, und somit zum Wieder-in-Erscheinung-Treten des Subjekts in Sprache und zwischenmenschlicher Interaktion beitragen.

5.4.2. Haltgebende Präsenz im *hic et nunc*

Für die Neuverhandlung traumatischer Erfahrungen und die Einleitung von Resilienz definiert Somatic Experiencing die Etablierung einer Atmosphäre der Sicherheit als ersten Baustein des therapeutischen Prozesses (Levine 2010: 74f.). Viele Traumaüberlebende weisen eine Hyperaktivität des Sympathikus und erhöhte Vigilanz oder dissoziative Schutzmechanismen auf (siehe 4.1.2. Kampf-oder-Flucht-Reaktion; 4.1.3. Freeze-Reaktion und Dissoziation; 4.1.4. Periphere Struktur der Vermeidungsschemata). Infolge traumatischer Erfahrungen können zwischenmenschliche Begegnungen selbst als potenziell bedrohlich erlebt werden. Dementsprechend reagieren Traumaüberlebende häufig besonders sensibel auf Körpersprache, Haltung und Präsenz des Gegenübers, die im therapeutischen Raum wesentlich zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung beitragen (Scaer 2005: 168). Wird die Umgebung als sicher erlebt, können stabilisierende soziale Erfahrungen regulierend auf das Nervensystem wirken. Dadurch lässt sich möglicherweise verhindern, dass limbische Alarmreaktionen die Fähigkeit zur sozialen Interaktion dominieren und stressphysiologische Reaktionen ausgelöst werden (vgl. *ibid.*: 156; Levine 2010: 100). Die Herstellung eines sicheren Raums erweist sich darüber hinaus als *conditio sine qua non* für die Wiederherstellung des Zugangs zur interozeptiven Wahrnehmung, der im Rahmen von Selbstregulationsprozessen und der Entwicklung von Resilienz eine Schlüsselfunktion zukommt.

In diesem Sinne stellt Philip über den gesamten Verlauf der analysierten Therapiesitzung hinweg eine beruhigende und stabilisierende Präsenz her, die durch Tonfall, Sprechrhythmus und Körpersprache vermittelt wird. Diese beruhigende und regulierende Präsenz manifestiert sich auch in der sprachlichen Gestaltung der Interaktion: in der wiederholten Nutzung von Konnektoren wie „und“, „also“ und ähnlichen Verbindungselementen ebenso wie in der Verwendung des inklusiven Pronomens „wir“, das Brianna in das gemeinsame interaktionale Geschehen einbindet. Diese linguistischen Merkmale veranschaulichen die zugewandte Präsenz des Therapeuten gegenüber dem anderen. Somit zeichnet sich ein gemeinsames Erkunden der körperlichen Wahrnehmungen und ein gemeinsames Durchschreiten der traumatischen

Erfahrung in einem haltgebenden interaktionalen Rahmen³⁷. In der Verdolmetschung werden diese sprachlichen Marker nicht immer abgebildet. Trotz ihrer scheinbaren Unauffälligkeit können gerade solche Konnektoren und die Verwendung der ersten Person Plural zur Herstellung einer stützenden Beziehung zwischen Patientin und Therapeut sowie zum Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Allianz beitragen.

Ausschnitt 5 – Unterstützende Diskursmarker, 05:21-05:30

139	PHILIP	That is all we have to notice right now.
140	CHLOÉ	Il suffit d'en prendre note, de le remarquer pour l'instant. <i>Es genügt für den Moment, es zur Kenntnis zu nehmen, es zu bemerken.</i>
141	PHILIP	And stay in contact, ok?
142	CHLOÉ	Et restez en contact. <i>Und bleiben Sie in Kontakt.</i>
143	PHILIP	Ok.
144	PHILIP	So, you know that you're here.
145	CHLOÉ	Vous savez que vous êtes ici. <i>Sie wissen, dass Sie hier sind.</i>

Im oben dargestellten Ausschnitt wird die inklusive Formulierung „That's all we have to notice right now“ (Z. 139) durch eine unpersönliche Satzstruktur gedolmetscht: „Es genügt für den Moment, es zur Kenntnis zu nehmen, es zu bemerken“ (Z. 140). Dadurch tritt die gemeinschaftsstiftende Dimension der ersten Person Plural in den Hintergrund, während eine stärkere Distanz zwischen den Interaktant:innen entsteht. Ebenso bleibt die phatische Funktion des satzfinalen „ok“, das Brianna die Möglichkeit zur Zustimmung eröffnet, in der Verdolmetschung von „And stay in contact, ok?“ (Z. 141) unberücksichtigt. Am Ende dieses Ausschnitts hat Chloé weitere Diskursmarker ausgelassen: Das „ok“ in Zeile 143, das als sequenzieller Marker der Turn-Wiederaufnahme und der Projektion einer Folgeäußerung fungiert, und das „so“ in Zeile 144, das den Übergang zu einer weiteren Äußerungseinheit signalisiert, wurden nicht gedolmetscht. Diese scheinbar unbedeutsame Diskurselemente sind dennoch für die

³⁷ Der *bottom-up* von den Körperempfindungen der Patient:innen ausgehenden Ansatz des Somatic Experiencing stellt außerdem deren subjektives Erleben in den Mittelpunkt des therapeutischen Prozesses. Durch diesen körperorientierten Ansatz kann die üblicherweise bestehende asymmetrische Struktur der therapeutischen Interaktion abgeschwächt werden.

Beteiligungsstruktur der Interaktion relevant und erfüllen eine phatische und interaktional einbindende Funktion: Sie halten den Kontakt zu Brianna aufrecht, beziehen sie in das therapeutische Geschehen ein und können als Bestandteil der therapeutischen Sprache betrachtet werden. Folglich ermöglichen diese Regulationssignale die Herstellung einer stützenden Verbindung zwischen Patientin und Therapeut, die zur Herausbildung einer tragfähigen therapeutischen Allianz beiträgt.

Pausen sind ebenso konstitutiver Bestandteil des kommunikativen Geschehens wie verbale Äußerungen. In der analysierten Therapiestunde wird die regulierende Präsenz des Therapeuten durch einen langsamen, beruhigenden Redefluss und die gezielte Verwendung von Sprechpausen nach einzelnen Sinneinheiten unterstützt. Neben ihrer potenziellen Funktion für die Organisation von Turn-Übergaben eröffnen vielmehr diese Intervalle Raum für die Integration des Gesagten, für responsive Reaktionen, während der Therapeut Briannas Reaktionen wahrnimmt und sein weiteres Vorgehen daran ausrichten kann.

Das Wachrufen von traumatischen Inhalten kann Reizüberflutung, posttraumatische Stressreaktionen, immobilisierende Erstarrung oder die Aktivierung von Vermeidungsschemata auslösen. Nicht zuletzt betrifft die posttraumatische Dysregulation auch jene neuronalen Netzwerke, die an emotionaler Verarbeitung, der Integration sensorischer Informationen, selbstreferenziellen Prozessen sowie rezeptiven und produktiven Sprachfunktionen beteiligt sind (Bluhm et al. 2012; Carozza 2024: 229; Schäfflein 2019: 33; van der Kolk 2014: 53). Infolgedessen bedarf es im therapeutischen Raum einer traumasensiblen Sprache, die mnestische Leerstellen, psychische Desorganisation, somatische Reaktionen und die damit verbundenen Integrationsschwierigkeiten berücksichtigt. Angesichts dessen sind Pausen nicht nur als *turn*-relevante Stellen, sondern auch als traumasensible Ressourcen zu verstehen. Sie schaffen einen Raum, in dem das Gesagte nachhallt, körperlich-affektiv registriert und in den Wahrnehmungs- und Integrationsprozess der Betroffenen aufgenommen werden kann. Der folgende Ausschnitt macht sichtbar, wie Pausen den Redefluss des Therapeuten strukturieren und als interaktionale Ressource fungieren:

Ausschnitt 6 – Redefluss und Sprechpausen, 02:07-02:50

- 56 PHILIP This may seem, (0.37)
- 57 PHILIP a little bit, (0.29) erm, (0.69) not make sense, but it's important (0.48)
- 58 PHILIP that we really learn to distinguish (0.29)
- 59 PHILIP between sensations, feelings, emotions (0.70)
- 60 PHILIP thoughts and pictures, (0.39)
- 61 PHILIP so we know which is which.
- 62 PHILIP So when you say (0.09)
- 63 PHILIP "I'm feeling like a victim." (0.08)
- 64 BRIANNA Mhmm.
- 65 PHILIP Is there a sensation, (0.85)
- 66 PHILIP is there a thought, (0.78)
- 67 PHILIP is there a picture ?
- 68 CHLOÉ Ça va peut-être sembler bizarre, mais c'est important de faire la différence entre, ce qui est de l'ordre de la sensation, ce qui est une image et ce qui est une pensée.
Das wirkt möglicherweise etwas merkwürdig, aber es ist wichtig, zwischen Gefühlen, Bildern und Gedanken zu unterscheiden.
- 69 CHLOÉ Donc quand vous dites, que vous vous sentez une victime, qu'est-ce que c'est ?
Wenn Sie also sagen, dass Sie sich als Opfer fühlen, was ist das?
- 70 CHLOÉ Est-ce qu'il y a une image ? (0.13)
Ist das ein Bild?
- 71 CHLOÉ Est-ce qu'il y a une sensation, (0.63)
Ist das ein Gefühl,
- 72 BRIANNA u::::::::::::m
- 73 CHLOÉ ou est-ce qu'il y a une pensée ?
oder ist das ein Gedanke?

Chloés Verdolmetschung in Zeile 68 differenziert sich von Philips Ausgangsäußerung durch eine deutlich höhere Sprechgeschwindigkeit sowie durch die Verdichtung mehrerer Informationseinheiten in einem einzigen Turn (*summarizing rendition*). In den Zeilen 70 und 71 nähert

Chloé ihr Sprechtempo stärker an Philips an und strukturiert ebenfalls Sinneinheiten mit Intervallen in der Form von Pausen. Dieses angegliche Sprechtempo der Dolmetscherin an das des Therapeuten am Ende der Wiedergabe zeigt ein prosodisches *alignment* mit der therapeutischen Gesprächsdynamik. Durch den ruhigeren Sprachduktus transportiert Chloé nicht nur den propositionalen Inhalt, sondern auch die therapeutische regulatorische Wirkung der Stimmmodulation von Philip. Des Weiteren trägt die Synchronisierung des Sprechtempos zur Herstellung einer gemeinsamen interaktionalen Zeitlichkeit bei. Diese entspricht dem von Mondada (2018: 100) beschriebenen *kairos*, einer emischen Dimension der Temporalität, die aus der Interaktion selbst hervorgeht und von der externen, etisch bestimmbaren Chronologie zu unterscheiden ist. Diese sprachlich-prosodische Konvergenz unterstützt die therapeutische Allianz und eröffnet Brianna zugleich mehr Möglichkeiten zur responsiven Anschlussnahme, etwa durch Turn-Übernahme, sowie zur Verarbeitung eingehender Informationen.

Über den gesamten Therapieverlauf hinweg lässt sich eine fluktuierende prosodische Abstimmung zwischen Philip und Brianna beobachten, insbesondere hinsichtlich des Sprechtempos und der Intonation (siehe 5.4.4. Intonation und Gegenübertragung). Zu Beginn der Sitzung zeigt sich eine harmonische Synchronisierung des Sprechtempos zwischen Philip und Chloé; im weiteren Verlauf der Sitzung alternieren jedoch Phasen der Eurythmie und Arrhythmie in der prosodischen Abstimmung ab. In weiteren Passagen deutet beispielsweise Chloé Philips Redepausen wiederholt als *transition relevance places* – potenzielle Turnübergabestellen –, die von ihr initiierten Turnübernahmen werden jedoch nicht immer ratifiziert. Philip behält stellenweise das Rederecht, indem er nach einer rhetorischen Pause weiterspricht und seinen Turn erweitert. Für Patient:innen können Redepausen eine therapeutisch unterstützende Funktion erfüllen; aus dolmetscherischer Perspektive können gerade jene Pausen die Organisation des Turn-Takings erschweren, da sie möglicherweise nicht eindeutig als Turn-Abschluss oder Binnenpause interpretierbar sind.

Die haltgebende Präsenz von Philip artikuliert sich nicht nur in sprachlichen Interventionen, sondern auch in minimalen vokalen Rückmeldesignalen wie „mhm“. Gerade in Momenten längerer Stille oder traumatischer Reaktivierung markieren diese Signale eine verlässliche therapeutische Anwesenheit und laden Brianna dazu ein, mit ihren gegenwärtigen Empfindungen in Kontakt zu bleiben. Diese Rückmeldesignale bedürfen keiner Verdolmetschung: Als stimmliche Zeichen therapeutischer Präsenz sind sie für die Patientin unmittelbar wahrnehmbar.

5.4.3. Sekundäre Zeugenschaft

Wie dargestellt in den Kapiteln „3. Trauma“ und „4. Trauma und Sprache“ und insbesondere in den Unterabschnitten „4.3.2 Jenseits der Repräsentierbarkeit“ und „4.3.3. Zeugenschaft, zwischen Abgrund und Resonanz“ ist eine Selbstzeugenschaft für Traumaüberlebende nahezu unmöglich. Angesichts der Dysregulation jener Gehirnareale, die für Selbstgewahrsein zuständig sind, der Unzugänglichkeit der im prozeduralen Gedächtnis gespeicherten Erinnerungen und der Unrepräsentierbarkeit traumatischer Inhalte erweist sich sekundäre Zeugenschaft durch ein zuhörendes Gegenüber als essenziell: Erst durch die Präsenz eines Gegenübers, das das Geschehene aufnimmt und „für wahr nimmt“, kann die innere Realität des traumatischen Erlebens als wirklich erfahren werden.

Die Etablierung eines sicheren Raums für Traumaüberlebende wird durch ein Gegenüber begünstigt, das mit dem traumatisch geprägten Erleben in Resonanz tritt und innere Zustände sowie afferente Wahrnehmungen verbal oder nonverbal spiegelt und dadurch validiert. Zudem ist die Verbindung zur interozeptiven Wahrnehmung bei Traumaüberlebenden häufig durch Abwehr- und Schutzmechanismen versperrt: Die erneute Konfrontation mit der überwältigenden Reizüberflutung, den viszerale Reaktionen, den somatisch eingeschriebenen Stress- und Alarmsignalen sowie der nachfolgenden lähmenden Hilflosigkeit wird zur Wahrung der Selbstintegrität und zum Schutz vor Retraumatisierung unterdrückt (siehe 4.1.6. Somatische Entfernung und Entfremdung). Durch die *mimêsis* des Gegenübers, die die eigenen Reaktionen und innere Zustände sichtbar macht und als real bezeugt, kann der Zugang zur interozeptiven Wahrnehmung schrittweise wiedererlernt werden. Das Wahrnehmen der „unspoken voice“ des Körpers spielt eine Schlüsselrolle dabei, das limbische System wieder ins Gleichgewicht zu bringen und die ausgelösten Körperreaktionen zu modulieren und allmählich zu transformieren (Levine 2010: 9). Wie neurobildgebende Befunde nahelegen, unterstützt interpersonelle Spiegelung diesen Prozess der Selbstwahrnehmung: Die *mimêsis* innerer Zustände erzeugt auf neurophysiologischer Ebene Resonanz, etwa durch eine kurzfristige Aktivierung der Amygdala (van der Kolk 2014: 301).

Im Verlauf der Therapiesitzung validiert Philip Briannas inneres Erleben fortlaufend, indem er ihre Aussagen und Ausdrucksformen reiteriert – seien es Körperempfindungen, Gedanken oder innere Bilder:

Ausschnitt 7 – Sekundäre Zeugenschaft, 01:53-01:59

- | | | |
|----|---------|--|
| 48 | BRIANNA | Non, je sui:::s° (0.03)
<i>Nein, ich bi:::n°</i> |
| 49 | BRIANNA | j'ai... (0.43)
<i>ich war...</i> |
| 50 | BRIANNA | j'ai été victime.
<i>ich war Opfer.</i> |
| 51 | CHLOÉ | No, I have been a victim.
<i>Nein, ich war Opfer.</i> |
| 52 | PHILIP | You have been a victim. |

Brianna reagiert hier auf Philips Frage nach der Natur des Erlebens, ein Opfer gewesen zu sein und nimmt seine Frage auf. Die anschließende Nachfrage, ob es sich um einen Gedanken handle, weist sie zunächst zurück und erweitert ihren Beitrag in einem neuen Turn um die Feststellung, „ich war Opfer“ (Z. 50). Nach der Verdolmetschung dieser Aussage greift Philip Briannas Formulierung erneut auf: „You have been a victim.“ (Z. 52). Diese Reiteration erfüllt eine validierende und bezeugende Funktion: Sie nimmt Briannas inneres Erleben auf, bestätigt dessen Realität und macht es innerhalb der zwischenmenschlicher Interaktion anerkenntbar. Diese bestätigende Aussage wurde von Chloé im Anschluss nicht gedolmetscht (*zero rendition*), wodurch die bestätigende Funktion der therapeutischen Reiteration abgeschwächt wird: Die interaktionale Sichtbarmachung des inneren Erlebens sowie die Bezeugung seiner Realität bleibt teilweise aus.

Innerhalb des Wahrnehmungshorizonts traumatischer Narrative kommt allen Rezipient:innen die Rolle sekundärer Zeug:innen zu (vgl. Kreuzer-Haustein 2018: 227). Ein Verständnis der Dynamik traumatischen Erlebens ermöglicht es, scheinbar redundante Elemente in ihrer therapeutischen Relevanz zu erkennen. Auch wenn Reiterationen auf den ersten Blick keinen neuen semantischen Gehalt in die Interaktion einführen, können sie das Erleben von Traumaüberlebenden legitimieren und Prozesse der Transformation traumabezogener Empfindungen unterstützen.

Ausschnitt 9 – Sekundäre Zeugenschaft, 11:52-12:09

304	PHILIP	But now your body
305	PHILIP	is in a very different
306	PHILIP	posture.
307	BRIANNA	Mhm.
308	PHILIP	But it's not something where you said, ok, let's stand up.
309	BRIANNA	Mhm hm.
310	PHILIP	It's something
311	PHILIP	that just
312	PHILIP	happened.
313	BRIANNA	Hm.
314	CHLOÉ	Parce que c'est pas que vous vous êtes dit, ah il faut que je me tienne droite, c'est quelque chose qui vous est venu tout seul. <i>Weil Sie sich nicht gesagt haben, ah ich muss mich aufrichten, es ist ganz von selbst gekommen.</i>

Philip eröffnet die Sequenz mit einer Feststellung, die Briannas veränderte Körperhaltung als interaktional relevante Wahrnehmung markiert und den somatischen Transformationsprozess für sie erfahrbar macht: „But now your body is in a very different position“ (Z. 304). Mit Chloés Turninitiierung (Z. 314) bleibt diese körperbezogene Feststellung in der Verdolmetschung unberücksichtigt. Der in Briannas veränderter Körperhaltung sichtbar werdende Transformationsprozess wird durch die Auslassung nur teilweise an sie zurückgespiegelt. Infolgedessen wird die Wahrnehmung der somatischen Veränderung nicht vollständig unterstützt.

Die Bezeugung der körperlichen Veränderungen bei Traumaüberlebenden stellt aber ein bedeutsames Spiegelbild für das Wiedererlernen der interozeptiven Fähigkeiten. Körperliche Empfindungen sind für Traumaüberlebende häufig mit aversiven Reizen und dem Wiedererleben traumatischer Schreckerfahrungen verbunden, in der Folge greifen Schutzmechanismen, die sich in Abwehrbewegungen oder dissoziativer Abschaltung des Empfindens äußern (siehe 4.1.6. Somatische Entfernung und Entfremdung; 4.1.7. Emotionale Taubheit). Im Somatic Experiencing unterstützen Therapeut:innen eine schrittweise Abschwächung von Vermeidungsschemata, begleiten Traumaüberlebende auf dem Weg zurück zu ihren Körperempfindungen und fördern zugleich den Aufbau von Selbstregulationsfähigkeiten (siehe 4.3.4. Traumatische

Stimme finden, Sprache werden). Die erste Annäherung an die traumatische Erfahrung ist häufig vom erneuten Hervortreten jener Überlebensschutzreaktionen begleitet, die angesichts der ursprünglichen Lebensbedrohung aktiviert wurden (etwa Kampf-, Flucht- oder Freeze-Reaktionen). Durch *pendulation* – das behutsame Oszillieren zwischen traumaassoziierten Empfindungen und gegenwärtigen, ressourcenorientierten Wahrnehmungen – kann das Erlebte schrittweise wieder zugänglich werden, ohne dass die betroffene Person von der traumatischen Aktivierung überwältigt wird. Erst die Wiederherstellung des Zugangs zu somatischen Empfindungen ermöglicht es, den inneren Zwiespalt zu überwinden, den van der Kolk als „being at war with yourself“ beschreibt (2014: 233).

In diesem Ausschnitt lenkt Philip Briannas Aufmerksamkeit nach der ersten Annäherung an das traumatische Material auf die Veränderung ihrer Körperhaltung, und ermöglicht ihr, diese somatische Veränderung bewusst wahrzunehmen. Die äußerlich sichtbare Veränderung ihrer Körperhaltung deutet möglicherweise auf eine Regulation des Nervensystems. Die Wahrnehmung der körperlichen Veränderung bildet damit einen ersten Schritt in der Neuverhandlung der traumatischen Erfahrung. Durch Chloés *zero rendition* der körperbezogenen Dimension von Philips Äußerung wird die neue Körperempfindung, die nach einer ersten Exploration traumaassoziiierter Empfindungen als Entlastung wahrnehmbar werden könnte, für Brianna nur teilweise zugänglich gemacht.

Ausschnitt 10 – Sekundäre Zeugenschaft, 06:07-06:36

	00:06:07.000	00:06:07.500	00:06:08.000	00:06:08.500	00:06:09.000	00:06:09.500	00:06:10.000	00:06:10.500	00:06:11.000	00:06:11.500
PHILIP [221]	It's a little scary, yeah?					That's OK.				
CHLOÉ [155]	Ça fait un peu peur.									
Chloé_de [123]	Das macht etwas Angst.									
BRIANNA [113]	Mhm.					C'qui sort, oui.				
Brianna_de [74]						Das, was herauskommt, ja.				
B Bein [46]						((Das Zittern des rechten Beins verstärkt sich, lässt wieder nach und schwillt erneut an))				

	500	00:06:12.000	00:06:12.500	00:06:13.000	00:06:13.500	00:06:14.000	00:06:14.500	00:06:15.000	00:06:15.500	00:06:16.000	00
PHILIP [221]						A-ha. You're afraid of what's coming out.					
CHLOÉ [155]	I'm afraid of what's coming out										
Chloé_de [123]											
BRIANNA [113]											
Brianna_de [74]											
B Bein [46]						((Zittern des rechten Beins, fortwährendes Crescendo und Decrescendo))					

	00:06:17.000	00:06:17.500	00:06:18.000	00:06:18.500	00:06:19.000	00:06:19.500	00:06:20.000	00:06:20.500	00:06:21.000	00:06:21.500
PHILIP [221]	What is the fear, though				What do you fear might come out?					
CHLOÉ [155]					C'est quoi cette peur ?					
Chloé_de [123]					Was ist diese Angst ?					
BRIANNA [113]										
Brianna_de [74]										
B Bein [46]	((Zittern des rechten Beins, fortwährendes Crescendo und Decrescendo))									

	00:06:21.500	00:06:22.000	00:06:22.500	00:06:23.000	00:06:23.500	00:06:24.000	00:06:24.500	00:06:25.000	00:06:25.500	00:06:26.000
PHILIP [221]										
CHLOÉ [155]	Vous avez peu-, qu'est-ce qui? (.) pourrait (.) faire peur dans ce qui pourrait sortir.									
Chloé_de [123]	Sie haben Angs-, was (.)? an dem (.) was herauskommen könnte, könnte Angst machen.									
BRIANNA [113]										
Brianna_de [74]										
B Bein [46]	((Zittern; Crescendo und Decrescendo))				((Das Zittern des rechten Beins stabilisiert sich in seiner Intensität bei mezzo forte))					

	00	00:06:27.000	00:06:27.500	00:06:28.000	00:06:28.500	00:06:29.000	00:06:29.500	00:06:30.000	00:06:30.500	00:06:31.000
PHILIP [221]										
CHLOÉ [155]									Of my suffering.	
Chloé_de [123]										
BRIANNA [113]						°D(h)e ma souff(h)rance.°				
Brianna_de [74]						°V(h)or meinem L(h)eiden.°				
B Bein [48]	((Zittern des rechten Beins, mezzo forte))									

	31.500	00:06:32.000	00:06:32.500	00:06:33.000	00:06:33.500	00:06:34.000	00:06:34.500	00:06:35.000	00:06:35.500	00:06:36.000	00:06:36.500
PHILIP [221]		Your suffering ?					OK, and would that be a bad thing?				
CHLOÉ [155]											
Chloé_de [123]											
BRIANNA [113]											
Brianna_de [74]											
B Bein [48]	((Zittern des rechten Beins, mezzo forte))				((Crescendo, das Zittern verstärkt sich, forte))						

In diesem Abschnitt lässt Chloé erneut Philips Reiteration „your suffering?“ (06:32) aus, die als Reaktion auf Briannas Antwort „vor meinem Leiden“ (06:29) erfolgt. Diese *zero rendition* beendet die Frage-Antwort Sequenz, ohne dass die Wiederaufnahme ihre bestätigende und bezeugende Funktion entfalten kann.

Bei 06:12 erfolgt eine Sinnverschiebung (*divergent rendition*), die im späteren Interaktionsverlauf einen der sekundären Zeugenschaft entgegengesetzten Effekt hervorruft. Philip produziert mit „It’s a little scary“ (06:07) eine affektbezogene Feststellung, die Brianna interaktional einbezieht und zugleich auf ihr inneres Empfinden Bezug nimmt. Anschließend folgt das *affiliation token* „yeah?“ (06:07), das Brianna interaktional einbindet und ihre responsive Beteiligung eröffnet. Nach der Verdolmetschung antwortet Brianna daraufhin: „Das, was herauskommt, ja.“ (06:10) Damit nimmt sie die projizierte Möglichkeit zur Turnübernahme auf und signalisiert Zustimmung, begrenzt diese jedoch auf den traumatischen Inhalt. Chloé initiiert im Anschluss den Turn, um Briannas Antwort an Philip weiterzugeben. Bei der Wiedergabe der semantischen Elemente kommt es jedoch zu einer Sinnverschiebung: „I’m afraid of what’s coming out“ (6:12). Damit setzt Chloé eine affektive Lesart von Briannas Äußerung relevant, indem sie Brianna Angst zuschreibt, obwohl diese lediglich Philips Einschätzung „it’s a little scary“ ratifiziert. Brianna spricht nicht ausdrücklich von einem inneren Zustand der Angst, sondern formuliert, dass das, was „herauskommt“, als potenziell angstausslösend gilt. Die Deutung, dass Brianna selbst Angst empfindet, ist zwar möglich, bleibt jedoch lediglich eine Interpretationsmöglichkeit. Philip reagiert mit einem *acknowledgement token*, nimmt die von Chloé übermittelte Information auf, laut der Brianna Angst empfindet, und reiteriert sie als Spiegelung ihres Erlebens: „A-ha. You’re afraid of what’s coming out“ (06:14). Basierend auf dieser affektiven Zuschreibung stellt er eine Folgefrage. Im darauffolgenden Turn liefert Chloé eine *verbatim* Dolmetschung der angeblich validierenden Aussage von Philip: „Sie haben Angs-“ (06:22). Damit wird eine zuvor durch die Verdolmetschung entstandene Deutung als therapeutische Spiegelung an Brianna zurückadressiert.

Traumaüberlebende befinden sich in einem Zustand von äußerster Verletzlichkeit, wenn sie erstmals versuchen, sich ihren Körperempfindungen wieder anzunähern. Zudem erscheint oft das Erlebte selbst für den Betroffenen als unreal, was Zweifel an der Kommunizierbarkeit und Nachvollziehbarkeit ihrer Erfahrung für die Außenwelt nährt (siehe 4.3.2. Jenseits der Repräsentierbarkeit). Sie machen oft in der Begegnung mit Anderen die schmerzhafteste Erfahrung der Abwehrbewegungen, die sich bei der Konfrontation mit traumatischen Inhalten manifestieren (siehe 4.3.3.2. Zeugnis ablegen, Glaubwürdigkeit auf dem Prüfstand). Wird das traumatische Erleben interaktional nicht aufgenommen und bleibt ein unterstützender Resonanzraum aus, kann dies bestehende Ohnmachtserfahrungen vertiefen und Prozesse sozialer Isolation oder Retraumatisierung begünstigen. Aus der tiefgreifenden traumainduzierten Erschütterung des Selbst erwächst die Notwendigkeit, neue zwischenmenschliche Erfahrungen zu machen, in

denen Sicherheit und Vertrauen wieder erfahrbar sind. Bei *human-made* Traumata, bei denen das Zwischenmenschliche bereits als Ort der Bedrohung erlebt wurde, erweist sich die Wiedergewinnung interpersoneller Sicherheit als umso essenzieller. Angesichts dessen sollte der therapeutische Raum als geschützter Resonanzraum fungieren, der die Anerkennung der erlebten Realität ermöglicht und Betroffene auf ihrem Weg zur Resilienz unterstützt (siehe 3.6. Der Weg zur Resilienz; 4.3.4. Stimme finden, Sprache werden). In der posttraumatischen Erfahrung sind Traumaüberlebende von Zweifeln an ihren Wahrnehmungen, ihren Erinnerungen und sogar an der Realität des Erlebten selbst erfasst (siehe 3.4. Posttraumatische Belastungsstörung; 4.1. Neurophysiologische Kartographie der Sprachlosigkeit; 4.3.3.2. Zeugnis ablegen, Glaubwürdigkeit auf dem Prüfstand). Des Weiteren erschwert die mit dem Trauma assoziierte Sprachlosigkeit die Integration des Erlebten in das autobiographische Gedächtnis. In dieser Situation besonderer Vulnerabilität können die Worte, die der Therapeut in den therapeutischen Raum einbringt, sich in das autobiographische Gedächtnis einschreiben, die eigene Erinnerung überschreiben und die Konturen des Erlebten neu definieren.

Eine geringfügige Sinnverschiebung in Bezug auf das innere Erleben der Patient:innen durch die Dolmetschperson kann sich in deren Wahrnehmungshorizont einschreiben; in der analysierten Sequenz könnte sich die Projizierung eines Angstgefühls im Erleben der Patientin fixieren. Nimmt außerdem die Patientin oder der Patient diese Sinnverschiebung wahr, kann dies destabilisierende Auswirkungen auf das therapeutische Arbeitsbündnis haben.

Die Verzerrung des Narrativs einer traumatisierten Person kann das Vertrauen in die Dolmetschperson erschüttern, eine Zurückhaltung gegenüber weiterer Selbstoffenbarung hervorrufen, ein Gefühl von Unsicherheit erzeugen und mitunter sogar als erneute Verletzung des Vertrauens und der eigenen Erfahrungswirklichkeit erlebt werden. Wird der therapeutische Raum nicht länger als sicher erfahren, können Vermeidungsschemata und Abwehrmechanismen reaktiviert werden, die den Zugang zum eigenen Erleben erneut blockieren.

Das Zuschreiben eines inneren Zustands an die Patientin folgt außerdem einer *top-down*-Dynamik, insofern eine Deutung von außen an ihr Erleben herangetragen wird. Demgegenüber verfolgt Somatic Experiencing einen *bottom-up*-Ansatz, der von den Körperempfindungen und Wahrnehmungen der Patient:innen ausgeht. Damit verfehlt die Verdolmetschung die Funktion sekundärer Zeugenschaft: Sie validiert nicht Briannas eigenes Erleben, sondern überschreibt es durch eine projektive Bedeutungszuschreibung, die ihre innere Realität von außen definiert und potenziell verformt.

In der analysierten Therapiesitzung zeigt die Sinnverschiebung keine unmittelbar beobachtbare destabilisierende Wirkung auf die therapeutische Allianz, und der Interaktionsverlauf wird ohne Reparaturinitiierung fortgesetzt. Auch wenn sich im vorliegenden Fall keine erkennbare Destabilisierung der therapeutischen Arbeit zeigt, verdeutlicht diese Passage die Wirkmacht sprachlicher Formulierungen im therapeutischen Kontext im Hinblick auf sekundäre Zeugenschaft – je nachdem, ob sie das Erleben der Patientin aufnehmen, validieren oder verschieben, können sie stabilisierende, resilienzfördernde oder destabilisierende Effekte entfalten.

Ferner unterstreicht dieser Ausschnitt die Relevanz eines traumasensiblen Verständnisses jener intrapsychischen Dynamiken, die als Folge traumatischer Erfahrung wirksam werden. Ein solches Verständnis erlaubt es Dolmetschenden, ihre *agency* nicht lediglich als sprachmittelnde Tätigkeit, sondern als interaktional wirksame Praxis einzusetzen, durch die die innere Realität von Traumaüberlebenden anerkannt und bezeugt wird.

Ein weiteres von Brianna körperlich hervorgebrachtes Element wird in dieser Sequenz interaktional relevant: das hörbare Zittern ihres rechten Beins. Während die Bewegung über die gesamte Sequenz hinweg präsent bleibt, intensiviert sie sich unmittelbar nach Chloés Redebeitrags: „Das macht etwas Angst“ (06:08). Das Zittern klingt wieder ab und verstärkt sich wieder in einer kontinuierlichen *crescendo-decrescendo*-Dynamik. Nach Briannas Äußerung „Vor meinem Leiden“ intensiviert sich diese körperliche Reaktion abermals, wird auditiv präsenter und stabilisiert sich vorübergehend auf einem erhöhten Lautstärkeniveau. Das Hervortreten des Traumatischen in der körperlichen Reaktion der Patientin kann die Dolmetscherin affektiv erfassen und gegenübertragungsbezogene Resonanzen hervorrufen. Gelingt der Containment-Prozess der dadurch ausgelösten intrapsychischen Reaktionen nur unzureichend, kann sich dies auf die Stabilität, Präzision und Qualität der Verdolmetschung auswirken.

5.4.4. Intonation und Gegenübertragung

Im analysierten Videomaterial weist Briannas Stimme zu Beginn eine stabile Tonlage auf. Mit der Hinwendung der Interaktion zur Exploration innerer Empfindungen destabilisiert sich Briannas stimmlich-prosodische Produktion. Briannas Stimme verliert an Stabilität, wird leiser, bricht ab und ist von Seufzern, *false starts* sowie stakkatoartigen Artikulationen geprägt; die Hervorbringung einzelner Wörter erscheint sehr mühsam und die sprachliche Artikulation reduziert sich stellenweise auf minimale vokale Laute wie „hm“. Am Ende der Sitzung, nachdem

eine Transformation der somatischen Wahrnehmung stattgefunden hat, bleibt Briannas sprachliche Artikulation zwar fragmentarisch; ihre Stimme weist jedoch eine neu gewonnene Qualität auf: Die Tonlage stabilisiert sich und die Stimme wirkt voller, lauter und wärmer.

Philips Stimme bleibt im gesamten Sitzungsverlauf ruhig, beruhigend und haltgebend. In seiner Intonation schwingen Interesse, Ermutigung und die Legitimierung von Briannas Erleben. Philips Stimmführung vermittelt zudem eine freudvolle, ermutigende Resonanz, wenn sich im Verlauf der therapeutischen Arbeit positive Entwicklungen oder Schritte einer Neuverhandlung traumatischer Erfahrung abzeichnen. In seiner Stimme entfaltet sich eine regulierende Wirkung sowie eine stabilisierende therapeutische Präsenz.

In den ersten fünf Minuten zeigt Chloé eine weitgehende prosodische Abstimmung mit Brianna und Philip: Ihre Intonation spiegelt die stimmliche Dynamik der Ausgangsbeiträge relativ präzise wider. Nach einer Atemübung, die sowohl der Exploration innerer Wahrnehmungen als auch der Regulation dient³⁸, kommt es zu einer Intensivierung der posttraumatischen Aktivierung bei Brianna, die sich unter anderem in einem verstärkten Zittern ihres rechten Beins manifestiert. Ab diesem Zeitpunkt (05:18) zeigt sich in der Verdolmetschung ein fluktuierendes *alignment* in der Intonation, die zwischen Konsonanz- und Dissonanzphasen oszilliert. Am Ende der Sitzung zeigt sich nach dem Abklingen der posttraumatischen Aktivierung bei Brianna (17:03) eine erneute prosodische Konvergenz zwischen der Dolmetscherin und den anderen Interaktant:innen.

In den folgenden Ausschnitten wird die intonatorische Modulation der Stimme genauer untersucht und hinsichtlich ihrer potenziellen Wirkung auf der therapeutischen Allianz analysiert.

³⁸ Durch die Fokussierung auf somatische Empfindungen wird Brianna an ihr gegenwärtiges Körpererleben rückgebunden; zugleich kann das rhythmische Ein- und Ausatmen, als natürliche Bewegung von Expansion und Kontraktion, ein Empfinden jenseits der traumabezogenen Erstarrung ermöglichen und eine beruhigende, regulierende Wirkung auf das autonome Nervensystem entfalten (Levine 2010: 209).

Ausschnitt 11 – Intonation, 08:18-08:23

		00:08:18.000	00:08:19.000	00:08:20.000	00:08:21.000	00:08:22.000	00:08:23.000
PHILIP [221]							
CHLOÉ [155]						°I'm doing better!°!	
Chloé_de [124]							
BRIANNA [113]				Ç(h)a va m(hh)ieux.			
Brianna_de [74]				E(h)s geht mir b(hh)esser!			
B Gesicht [5]					((lächelt))		
B Bein [48]	((leises Zittern des rechten Beins, piano))						
Bildauschnitt [9]	#			#	#		

Bildauschnitt 3: Es geht mir besser, 08:19



Bildausschnitt 4: Es geht mir besser, 08:20



Bildausschnitt 5: Es geht mir besser, 08:21



Brianna initiiert die Sequenz, indem sie ihre Erleichterung verbalisiert und eine Verbesserung ihres Befindens anzeigt (08:20). Diese Veränderung wird nicht nur sprachlich, sondern auch prosodisch und mimisch hervorgebracht: Ihre Stimme trägt die Modulation der Erleichterung,

während ein Lächeln am Ende ihrer Aussage entsteht. Die Erleichterung wird zudem von einer körperlichen Bewegung begleitet: Briannas Hände öffnen und schließen sich, wie in den Bildausschnitten zu erkennen ist. Diese sichtbar werdende Gestik bringt ebenfalls Erleichterung zum Ausdruck. Daraufhin übernimmt Chloé den Turn (08:22) und überträgt Briannas Erleichterung; ihre Stimme ist leiser, während die steigende Intonation am Äußerungsende eine exklamative Färbung erzeugt.

Briannas Äußerung bleibt Philip akustisch und visuell zugänglich, wird von Chloé jedoch mit einer anderen prosodischen-phonetischen Qualität wiedergegeben. Diese Dissonanz könnte darauf hindeuten, dass eigene affektive Resonanzen der Dolmetscherin in die Verdolmetschung einfließen und auf das interaktionale Geschehen projiziert werden. Eine stärkere Synchronisierung wäre insofern förderlich, als sie verhindern würde, dass unterschiedliche akustische Signale divergierende affektive Zustände nahelegen, und es Brianna ermöglichen könnte, ihr eigenes Erleben in der Stimme der Dolmetscherin resonant gespiegelt wahrzunehmen. Bot (2021: 379) hebt unter anderem hervor, dass eine abgeschwächte Spiegelung der Ausdrucksweisen von Therapeut:innen und Patient:innen durch Dolmetschende dazu beitragen kann, Resonanz herzustellen und die Wirksamkeit dolmetschgestützter therapeutischer Interaktion zu unterstützen.

Ausschnitt 12 – Intonation, 14:50-15:05

368	PHILIP	Does it increase?
369	PHILIP	Does it decrease?
370	PHILIP	Or does it start (.) to change into something else?
371	CHLOÉ	Est-ce que ça continue à augmenter ?↑ <i>Nimmt es weiterhin zu?↑</i>
372	CHLOÉ	Est-ce que ça baisse à nouveau ?↑ <i>Nimmt es ab?↑</i>
373	CHLOÉ	Ou est-ce que ça se transforme↑ en quelque chose d'autre. <i>Oder verändert es sich↑ in etwas anderes.</i>

Im oben eingeführten Ausschnitt lässt sich in Philips Fragen (Z. 368-370) durchgehend eine ruhige und stabilisierende Stimmführung erkennen. In der darauffolgenden Dolmetschung zeigt sich neben der für Fragesätze charakteristischen final steigenden Intonation eine auffallend erhöhte Tonhöhe, die auf Unsicherheit oder erhöhte Anspannung hindeuten kann.

Soziale Interaktionen werden wesentlich durch nonverbale Dimensionen geprägt: Subtile Veränderungen in Körperhaltung, Mimik, Gestik oder Tonlage können Hinweise über die Haltung und innere Verfasstheit des Gegenübers (Carmichael & Mizrahi 2023; Sato et al. 2025). Viele unserer grundlegendsten kommunikativen Austauschakte vollziehen sich über die „wortlose Stimme“ der Körpersprache (Blumenthal 2016: 21; Levine 2011: 11) – in diesem Sinne gewinnt Watzlawicks grundlegender Annahme besondere Relevanz „[o]ne cannot not communicate“ (Watzlawick et al. 1980: 51). Der menschliche Organismus ist über das autonome Nervensystem, neurozeptive Wahrnehmungsprozesse und affektive Resonanz hochgradig für feine emotionale Veränderungen anderer empfänglich; Traumaüberlebende reagieren auf solche Signale häufig besonders sensibel, da ihre Wahrnehmung durch erhöhte Vigilanz und Schutzbereitschaft³⁹ geprägt ist (Scaer 2005: 167f.; van der Kolk 2014: 83).

Paraverbale Ressourcen wie etwa eine ruhige Stimmlage und eine sanfte Intonation können ein Gefühl von Sicherheit erzeugen. Über spiegelneuronale Resonanz werden innere Zustände des Gegenübers körperlich mitregistriert; der eigene Organismus nimmt dabei feine Anpassungen an die wahrgenommenen affektiven Signale vor. Wird in der Interaktion die Botschaft von Sicherheit vermittelt – „Du bist bei mir sicher“ –, kann dies Entspannung und Regulation begünstigen (Levine 2010: 107; van der Kolk 2014: 78). Das interaktional erzeugte Sicherheitsgefühl unterstützt die Etablierung eines therapeutischen Sicherheitsraums, der trotz traumaassoziierten Alarmsignale des limbischen Systems eine Wiederannäherung an interozeptiven Wahrnehmungen ermöglicht (vgl. Levine 2010: 178ff.).

Im analysierten Ausschnitt laden Philips Fragen zur Erkundung interozeptiver Wahrnehmungen ein und werden durch eine warme, beruhigende Stimmführung getragen, die den therapeutischen Sicherheitsraum prosodisch mitkonstituiert. In der Verdolmetschung hingegen wird in Chloés Stimme eine gewisse Anspannung wahrnehmbar, die die Konstitution dieses Sicherheitsraums potenziell fragilisieren kann.

Das Dolmetschen im traumatherapeutischen Setting ist zweifelsohne durch eine besondere Mehrfachbelastung gekennzeichnet: Dolmetschende müssen koordinierende Aufgaben im Hinblick auf der Redebeitragsorganisation erfüllen, traumatisch belastetes Material übertragen und zugleich die semantische wie formale Qualität therapeutischer Sprache wahren. Unter

³⁹ Im Somatic Experiencing bildet bewusste Selbstwahrnehmung eine zentrale Ressource, um traumainduzierte Hypervigilanz sowie die fortbestehende Alarmbereitschaft des Körpers schrittweise zu regulieren (Levine 2011: 322). Durch interozeptive Wahrnehmung wird ein Zugang zu den emotionalen Regulationssystemen möglich, bzw. zum limbischen System und zum Hirnstamm. Auf dieser Grundlage kann die Wiederherstellung basaler körperlicher Regulation und innerer Sicherheit unterstützt werden (van der Kolk 2014: 205f.).

diesen Bedingungen kann die Aufmerksamkeit für intonatorische Synchronisierung zeitweise erschwert sein. Trotz dieser facettenreichen Anforderungen sollte die Bedeutung einer unterstützenden und haltgebenden Haltung der Dolmetschperson im therapeutischen Setting nicht in Vergessenheit geraten: Wenn Klangfarbe und Satzmelodie mit der Stimmführung der Therapeut:innen in Einklang treten, können sie zur Wiederherstellung interpersoneller Sicherheit beitragen, die therapeutische Allianz stärken und den therapeutischen Prozess unterstützen.

Ausschnitt 13 – Intonation, 15:16-15:22

	00:15:16.500	00:15:17.000	00:15:17.500	00:15:18.000
PHILIP [221]				
CHLOÉ [155]		en quoi.		ça se transforme en quoi°.
Chloé de [124]		zu was.		zu was verändert es sich°.
BRIANNA [113]				
Brianna de [74]				
B Gesicht [5]				
B Bein [50]		((Beide Beine zittern, piano))		
Bildauschnitt [9]				

	00:15:18.500	00:15:19.000	00:15:19.500	00:15:20.000	00:15:20.500
PHILIP [221]					
CHLOÉ [155]		de quelle manière ?			
Chloé de [124]		auf welche Art?			
BRIANNA [113]				°(h)en pi(h)re°.	
Brianna de [74]				°(h)schlechte(h)r°.	
B Gesicht [5]		((das Gesicht verzieht sich, Schmerzausdruck))			
B Bein [51]		((Beide Beine zittern, piano))			
Bildauschnitt [9]	#				

Bildausschnitt 6: Gesicht verzieht sich, 15:18



	00:15:20.500	00:15:21.000	00:15:21.500	00:15:22.000	00:15:22.500	00
PHILIP [221]					oh, okay, so it gets worse.	
CHLOÉ [155]		WORSE.1				
Chloé_de [124]						
BRIANNA [113]						
Brianna_de [74]						
B Gesicht [5]						
B Bein [51]					((das Zittern der Beine wird deutlich stärker und unkontrolliert, forte))	
Bildausschnitt [9]		#				



Zu Beginn dieses Ausschnitts ist Chloés Stimmführung in der Verdolmetschung von Philips Redebeitrag eher direktiv und auffordernd geprägt: „Zu was, zu was verändert es sich, auf welche Art?“ (15:16). Zeitgleich mit dieser sprachlichen Hervorbringung verzieht sich Briannas Gesicht zu einem Schmerzausdruck. Dieser mimische Ausdruck lässt sich jedoch nicht als unmittelbare Reaktion auf Chloés Äußerung verstehen, sondern steht im Zusammenhang mit Philips vorausgehender Einladung, mit der eigenen Körperwahrnehmung in Kontakt zu treten, nachdem Brianna gespürt und mühsam artikuliert hatte, dass ihr Körper in eine defensive Reaktion übergeht.

Die defensive Körperhaltung kann als Ausdruck einer mobilisierten Überlebensreaktion angesichts der erlebten Lebensbedrohung interpretiert werden. Der Körper aktiviert dabei Überlebensenergie und geht in einen Zustand von Hyperarousal über, um Kampf- oder Fluchtreaktionen vorzubereiten (Levine 2010: 92). Gleichzeitig erscheint diese Hyperaktivierung nicht als willentlich steuerbare Bewegung, sondern als unkontrollierbare Reaktion, der Brianna ausgeliefert ist. Ihr Erleben scheint zwischen immobilisierender Erstarrung und übererregter Mobilisierung zu oszillieren.

Obwohl Briannas Körper im Zuge der Hyperaktivierung viszerale und stressphysiologische Prozesse zu durchlaufen scheint, bleibt Brianna sequenziell responsiv. Sie nimmt die Frage nach der Veränderung ihrer Körperwahrnehmung auf und antwortet knapp mit

„schlechter“ (15:19). Die Äußerung wird mit leiser, brüchiger Stimme hervorgebracht und von einem angestregten Seufzen begleitet; Briannas Prosodie eröffnet somit ein weiteres Fenster zu ihrem inneren Erleben.

Chloé behandelt diese Stelle als Übergaberelevanzstelle und übernimmt daraufhin den nächsten Turn. Ihre Verdolmetschung ist eng an Briannas Äußerung angeschlossen; prosodisch entsteht jedoch eine markante Dissonanz: „Worse“ (15:21) wird mit erhöhter Lautstärke, assertiver Stimmführung und exklamativer Intonation übertragen, die in starkem Kontrast zu Briannas Sprechmelodie stehen. Folglich entsteht in der Verdolmetschung eine prosodische Gestaltung, die einen gänzlich anderen affektiven Zustand nahelegt.

Zeitgleich lässt Brianna ihren Blick nach unten sinken (siehe # Bildausschnitt 7: WORSE, 15:21); während das Zittern ihrer Beine deutlich an Intensität zunimmt. Brianna scheint vollständig von der posttraumatischen Stressreaktion absorbiert zu sein; das *social-engagement-system* tritt in den Hintergrund, während limbische Aktivierung und lähmende Immobilität erneut in den Vordergrund rücken.

Als erste Rezipientin und sprachliche Vermittlerin des traumatischen Narrativs verfügt Chloé über die Möglichkeit, einen Resonanzraum für das Gesagte zu eröffnen und Briannas inneres Erleben im Sinne sekundärer Zeugenschaft als real zu bestätigen. Eine starke intonatorische Verschiebung kann von Patient:innen als fehlende Resonanz oder als Verfremdung der eigenen Stimme erlebt werden. Wird die Verdolmetschung nicht als aufnehmende Spiegelung, sondern als stärkere, zuschreibende Stimme wahrgenommen, kann dies potenziell Rückzug bei der Patientin auslösen und die Bereitschaft zur weiteren Öffnung schwächen.

Ausschnitt 14 – Intonation, 15:23-15:34

	15:23.000	00:15:23.500	00:15:24.000	00:15:24.500	00:15:25.000	00:15:25.500	00:15:26.000
PHILIP [221]		it increases.					
CHLOÉ [155]				donc, ça AUGmente.			
Chloé_de [124]				also, es Nlmmt zu.			
BRIANNA [113]						Uh hm.	
Brianna_de [74]							
B Gesicht [5]						((Nickt))	
B Bein [52]		((Beide Beine zittern, forte))					
Bildausschnitt [9]							

	00:15:26.000	00:15:26.500	00:15:27.000	00:15:27.500	00:15:28.000	00:15:28.500	00:15:29.000
PHILIP [221]		so as it increases, (0.09)					
CHLOÉ [155]							
Chloé_de [124]							
BRIANNA [113]							
Brianna_de [74]							
B Gesicht [5]					((Schüttelt den Kopf nach rechts und links))		
B Bein [52]							
Bildausschnitt [9]					#		

Bildausschnitt 8: Kopfschütteln, 15:28



	29.000	00:15:29.500	00:15:30.000	00:15:30.500	00:15:31.000	00:15:31.500
PHILIP [221]	what else (0.31)				do you notice about that?	
CHLOÉ [155]						
Chloé_de [124]						
BRIANNA [113]						
Brianna_de [74]						
B Gesicht [5]						
B Bein [52]						
<u>Bildauschnitt</u> [9]						

	00:15:32.000	00:15:32.500	00:15:33.000	00:15:33.500	00:15:34.000
PHILIP [221]					
CHLOÉ [155]	et, quand ça empire, qu'est-ce que vous remarquez d'autre ?				
Chloé_de [124]	Und, wenn es zunimmt, was können Sie noch wahrnehmen?				
BRIANNA [113]					
Brianna_de [74]					
B Gesicht [5]	((Richtet wieder den Blick zu Philip))				
B Bein [52]	((Beine zittern weiterhin, mit regelmäßigeren schnellen Intervallen, forte))				
<u>Bildauschnitt</u> [9]	#				

Bildausschnitt 9: Blick nach Philip, 15:32



Erneut scheint sich in der Verdolmetschung eine Dissonanz in der Stimmlage abzuzeichnen. Philip nimmt Briannas Formulierung auf und wiederholt sie, wodurch ihre Aussage validierend zurückgespiegelt wird (15:22). Er reformuliert Briannas Antwort anschließend mit „it increases“ (15:23), damit wird aus der statischen Bewertung „worse“ eine dynamische Beschreibung des Körpererlebens: Nicht nur eine Verschlechterung, sondern eine Bewegung im inneren Erleben wird sprachlich vermittelt und für Brianna wahrnehmbar gemacht.

Im nächsten Turn gibt Chloé den semantischen Gehalt wieder, zugleich wird eine intonatorische Dissonanz bemerkbar. Die betonte, lautere und assertiv hervorgebrachte Wiedergabe von „nimmt zu“ (15:25) wirkt weniger haltgebend oder unterstützend, sondern erhält eine präskriptive Färbung, die von Philips validierender Reformulierung abweicht.

Bei der Verdolmetschung von Philips nächster Folgefrage „Und, wenn es zunimmt, was können Sie noch wahrnehmen?“ (15:32) gewinnt Chloés Intonation wieder an Stabilität. Ihr Redefluss bleibt zwar schnell und eine Spur von Anspannung ist weiterhin hörbar, dennoch zeigt sich ein deutlich stärkeres *alignment* mit der Stimmführung des Therapeuten.

Die somatischen Manifestationen des Traumatischen bleiben weiterhin interaktional präsent in diesem Ausschnitt. Sie äußern sich unter anderem im verstärkten Zittern der Beine (15:23), im unkontrollierten Kopfschütteln nach rechts und links (siehe # Bildausschnitt 8: Kopfschütteln, 15:28) sowie in der zunehmenden Reduktion der Stimme auf ein kaum artikuliertes „uh hm“ (15:25). Die Konfrontation mit posttraumatischen Folgeerscheinungen können auch auf die Dolmetschperson affektiv einwirken und gegenübertragungsbezogene Dynamiken aktivieren. Gelingt es ihr nicht, die dadurch ausgelösten intrapsychischen Abwehrbewegungen oder potenziell Erschütterungen ihrer psychischen Integrität hinreichend zu regulieren, kann sich dies negativ auf ihre nonverbale Ausdrucksweise, ihre Stimmführung und ihre körperliche Präsenz auswirken (Herman 1992: 2; Kreuzer-Haustein 2020: 202).

Nach der dissonanten Phase in der Verdolmetschung scheinen Philips beruhigende Stimme und Präsenz ebenfalls auf Chloé stabilisierend zu wirken: Sie unterstützen die Wiederherstellung des prosodischen Gleichgewichtes in ihrer Stimme.

Am Ende der Sequenz richtet Brianna ihren Blick wieder auf Philip (# Bildausschnitt 9: Blick nach Philip, 15:32); diese erneute Blickorientierung kann als Hinweis darauf verstanden werden, dass soziale Bezogenheit und das *social engagement system* wieder zugänglich werden. Diese Entwicklung erscheint als Ergebnis einer komplexen Wechselwirkung zwischen Briannas inneren interozeptiven Prozessen, Philips haltgebender therapeutischer Begleitung und regulierenden Präsenz während der Erkundung innerer Körperwahrnehmungen. Das

prosodische *alignment* von Chloé am Ende der Sequenz kann ebenfalls zur Stabilisierung der Interaktion beigetragen haben.

Der vorliegende Abschnitt und Abschnitt „4.3.4. Stimme finden, Sprache werden“ verdeutlichen die zentrale Bedeutung der stimmlichen Klangfarbe der Beteiligten im therapeutischen Raum für die interaktionale Gestaltung und den therapeutischen Prozess. In der analysierten Interaktion entfaltet diese prosodische Ressource in der Verdolmetschung eine unterstützende Wirkung, die jedoch fluktuiert und phasenweise durch potenziell destabilisierende Dissonanzen unterbrochen wird.

Die Autorin stellt die Hypothese auf, dass Chloé die Stimmen von Philip und Brianna insbesondere dann leichter tragen kann, wenn sich die Interaktion von traumaassoziierten Eindrücken löst und wieder stärker in einen Gegenwartsbezug zurückfindet. Dies zeigt sich besonders am Ende der Sitzung, wenn sich ein therapeutisches *dénouement* vollzieht: Brianna gelingt es, den angesichts der Lebensbedrohung blockierten Handlungsimpuls nachträglich zu vollenden. Damit wird eine Kampf- oder Fluchtreaktion, die nicht ausgeführt werden konnte und sich in Körper und Nervensystem eingeschrieben hatte, in einen Prozess der Entladung und Integration überführt (vgl. Levine 2010: 179). Durch Philips therapeutische Begleitung wurde Brianna darin unterstützt, die aversiven Reize ihrer körperlichen Abwehrreaktion auszuhalten, ohne von ihnen überwältigt zu werden. Das gezielte Pendeln zwischen traumaassoziierten Spuren und gegenwärtigen angenehmen Empfindungen schuf Inseln der Sicherheit, die vor Retraumatisierung schützen und den Weg zur Interozeption wieder öffnen. Die erneut zugängliche interozeptive Wahrnehmung und der therapeutische Sicherheitsraum ermöglichten schließlich, blockierte Abwehrreaktionen wieder aufzunehmen und nachträglich zu vollenden. Auf diese Weise wird eine Befreiung aus dem Übererregungszustand möglich, indem die angesichts akuter Gefahr mobilisierte Überlebensenergie entladen und neu verteilt wird (Levine 2010: 73ff.).

Durch die Vorstellung des Laufens verschiebt sich Briannas Wahrnehmung des Zitterns: Aus einer als unsicher und unkontrollierbar erlebten Körperreaktion wird eine Bewegung, die Befreiung und Handlungsmöglichkeit eröffnet. In dieser Umdeutung vollzieht sich eine Neuverhandlung des Traumas. Nach dieser Transformation der Körperwahrnehmung zeigt sich eine erneute prosodische Konvergenz: Chloés Stimme passt sich auf natürliche Weise an die stimmliche Gestaltung von Philip und Brianna an. Die traumatischen Inhalte, deren Rezipient:innen Philip und Chloé sind, füllen den Raum der verbalen und der nonverbalen Sprache nicht mehr aus; an ihre Stelle tritt eine positive innere Empfindung, in der sich eine Regulation des autonomen Nervensystems abzeichnet. Mit dem Abklingen der traumatischen Inhalte scheint Chloé

sich von intrapsychischen Abwehrbewegungen zu lösen, die zuvor mit der Qualität ihrer Stimme in Wechselwirkung standen. Dadurch wird eine erneute prosodische Annäherung möglich: Ihre Stimme findet wieder zu einem stärkeren *alignment* mit Philip und Brianna zurück.

Chloé ist interaktional in den orphischen Prozess der Rückkehr aus dem Traumatischen in das Hier und Jetzt eingebunden (siehe 4.3.3.3. Empathisches Gehör, sekundäre Zeugeschaft): nicht als therapeutisch verantwortliche Akteurin, sondern als stimmlich präsente Teilnehmerin, die zwischen der therapeutischen Stimme des Therapeuten und der „fragmentierten Stimme“ der Patientin vermittelt. Ihre *agency* besteht nicht allein in der semantischen Übertragung, sondern auch darin, die traumatische Erfahrungswirklichkeit als real zu bezeugen und durch eine mimetisch-resonante, unterstützende Stimmführung die Emergenz von Sprache zu begünstigen. Dabei erweist sich die regulierende Wirkung der Stimme als zentrale Ressource der dolmetschgestützten therapeutischen Interaktion.

5.4.5. Selbstreparatur in der Interaktion

In der Verdolmetschung lassen sich wiederholt Selbstreparaturbewegungen beobachten, in denen Chloé ihre eigene Wortwahl nachträglich modifiziert: Ein zuvor produzierter Ausdruck wird durch einen adäquater erscheinenden ersetzt oder durch ein Synonym ergänzt, das eine semantische Präzisierung leisten soll.

Ausschnitt 15 – Selbstreparatur, 02:59-03:19

77	BRIANNA	J'ai:: (0.54) <i>Ich ha::be</i>
78	BRIANNA	je::: <i>I:::ch</i>
79	BRIANNA	j'ai besoin (.) d'être (1.03) <i>Ich habe (.) immer das Gefühl</i>
80	BRIANNA	en défense (.) tout le temps. <i>mich verteidigen (.) zu müssen.</i>
81	CHLOÉ	I (.) have bEEn, and still have (.) this fEElIng. of bein °a victim and feel, that I (.) need to be° in the defense, defensive.
82	PHILIP	Like you need to be on the defe:nse.

Die Selbstreparaturbewegung „[...] in the defense, defensive“ (Z. 81) scheint in diesem Ausschnitt keinen sichtbaren Einfluss auf den weiteren Verlauf der Interaktion zu haben. Philip nimmt die Aussage auf und spiegelt sie validierend zurück (Z. 82).

Ausschnitt 16 – Selbstreparatur, 12:29-12:45

324	PHILIP	So maybe (0.08)
325	PHILIP	e:::rm.... say (0.16)
326	PHILIP	say that.
327	CHLOÉ	Est-ce 'e vous pouvez le dire ? (1.79) <i>Können Sie 's sagen?</i>
328	BRIANNA	Je suis là ,h. (1.00) <i>Ich bin hier ,h.</i>
329	PHILIP	And maybe, one more ti::me.
330	CHLOÉ	Encor. <i>Nochma.</i>
331	BRIANNA	Je s... (0.35) <i>Ich b...</i>
332	BRIANNA	hem (0.38)
333	BRIANNA	Je s... (0.76) <i>Ich b...</i>
334	PHILIP	Take your time.
335	CHLOÉ	Prends↑ (.) prenez [votre temps. <i>Nimm↑ (.) nehmen [Sie sich Zeit.</i>
336	PHILIP	[Prends ton temps. [Nimm dir Zeit.

In diesem Ausschnitt betrifft die Selbstreparatur nicht den semantischen Gehalt, sondern die Form der Adressierung: Chloé duzt Brianna zunächst unbeabsichtigt mit „Nimm...“ (Z. 335), korrigiert sich jedoch sofort zu „nehmen Sie sich Zeit“ (Z. 335) und richtet die Verdolmetzung damit wieder auf die formelle Anrede aus. Die Selbstreparatur kann als gesichtswahrend Praxis interpretiert werden, durch die Chloé die unbeabsichtigte informelle Adressierung korrigiert und ihre professionelle Positionierung erneut stabilisiert. Die in dieser Äußerung

wahrnehmbare hohe Stimmlage vermittelt jedoch Unsicherheit. Die Selbstkorrektur bildet zusammen mit der hohen Stimmführung einen interaktional verunsichernden Riss in Chloés stabiler Intonation und flüssigem Redefluss.

Im nächsten Turn nimmt Philip Chloés Verdolmetschung auf und intensiviert seine affiliative Haltung: Er wiederholt „take your time“ (Z. 334) in Briannas Muttersprache „*Prends ton temps*“ (Z. 336) und adressiert sie damit unmittelbar und sprachlich näher. Die Wiederholung erfolgt zeitgleich mit Chloés Reparaturbewegung. Dadurch entsteht ein Moment stimmlicher Synchronisierung, in dem dieselbe Aussage von zwei Interaktant:innen gleichzeitig hervorgebracht wird; lediglich die Anredeform unterscheidet sich durch die Differenz zwischen Siezen und Duzen. Die Überlappung löst hier keine interaktionale Irritation aus, sondern trägt zur affiliativen Verstärkung der therapeutischen Botschaft bei.

Ausschnitt 17 – Selbstreparatur, 19:18-19:26

450	PHILIP	Hmmm. Feel how these hands are there.
451	CHLOÉ	↑Hm. ↑Sentez comment↓ vos mains (.) se posent là. <i>Hm. Fühlen Sie, wie Ihre Hände dort liegen.</i>
452	PHILIP	In this, very, gentle way.
453	CHLOÉ	C'est très doux. <i>Es ist sehr sanft.</i>
454	BRIANNA	Ah(h)a.
455	CHLOÉ	De manière très douce. <i>Auf eine sanfte Art.</i>

Im weiteren Verlauf der Interaktion zeigt sich ein weiterer Moment der Selbstreparatur in der Verdolmetschung, der sich für die vorliegende Analyse ebenfalls als aufschlussreich erweist. Philip eröffnet die Sequenz, indem er Briannas Aufmerksamkeit auf die körperliche Empfindung ihrer Hände auf dem Gesicht richtet: „Feel how these hands are there“ (Z. 450). Im Anschluss an die Verdolmetschung fügt er eine nähere Bestimmung der Berührungsqualität hinzu: „In this, very, gentle way“ (Z. 452). Anschließend übernimmt Chloé den Turn und gibt Philips Äußerung ins Französische mit „es ist sehr sanft“ (Z. 453) wieder. Brianna produziert daraufhin einen Zustimmungsmarker (Z. 454). Noch im Verlauf dieser Anschlussreaktion scheint Chloé die semantische Verschiebung zu bemerken: Statt die Berührung selbst als „sehr sanft“ zu

bestimmen, präzisiert sie nachträglich die Art und Weise der Wahrnehmung beziehungsweise Berührung: „auf eine sanfte Art“ (Z. 455).

In dieser Sequenz scheint die semantische Korrektur die Interaktion in keine verunsichernde Kontur zu rahmen. Nachdem Brianna den im Körper gebundenen Handlungsimpuls nachträglich vollenden konnte, tritt das Traumatische zurück und neue Empfindungen von Erleichterung und innerer Entlastung werden wahrnehmbar. Neben Briannas Erleben somatischer innerer Sicherheit bleibt Chloés Intonation stabil und frei von hörbarer Anspannung, sodass die Selbstkorrektur ihre potenziell verunsichernde Wirkung weitgehend verliert.

Diese drei Beispiele verdeutlichen, dass das Gewicht der Wörter während des Widererlebens des Traumatischen besonders schwer wiegt, während ihre potenziell destabilisierende Wirkung abnimmt, sobald innere und äußere Sicherheit für Traumaüberlebende erneut zugänglich werden. Eine semantische Selbstreparatur seitens der Dolmetschenden kann in Momenten erlebter Hilflosigkeit die haltgebende Wirkung der therapeutischen Beziehung unterbrechen und den therapeutischen Prozess fragilisieren. Des Weiteren scheint eine angespannte oder verunsichernde Stimmführung einen verstärkenden Effekt zu haben; vor diesem Hintergrund wird erneut die Bedeutung nonverbaler Kommunikation in der triadischen Konstellation besonders deutlich (siehe 5.4.2. Haltgebende Präsenz im *hic et nunc*; 5.4.4. Intonation und Gegenübertragung). Solche Korrekturen scheinen hingegen nur in geringerem Maße destabilisierend auf die Interaktion zu wirken, wenn Regulationsprozesse wirksam sind und innere Sicherheit im therapeutischen Raum wieder zugänglich ist. Angesichts der Tatsache, dass Brüche in der Verdolmetschung den therapeutischen Prozess beeinträchtigen können, bedarf es in der Traumatherapie einer situationssensiblen Abwägung: Unterstützt eine semantische Korrektur die Interaktion, oder kann sie für den:die Patient:in destabilisierend wirken?

5.4.6. Lexikalisches Feld: Interozeption

In der Traumatherapie erweist sich die Wiederherstellung der Verbindung zum Körper als zentrale Ressource auf dem Weg zur Resilienz: Durch das Wiedererlernen interozeptiver Wahrnehmung⁴⁰ können Traumaüberlebende schrittweise Zugang zu einem Gefühl von Sicherheit in der

⁴⁰ Wenn der Körper in Dissoziation gerät oder von Vermeidungsmustern und Abwehrmechanismen geprägt ist, kann das bewusste Spüren oder aktive Handeln einen Zugang zur Interozeption wiederherstellen. Durch diese somatischen Erkundungen und Regulationsprozesse wird eine Veränderung der traumaassoziierten Körpererfahrung möglich: Schreckstarre und Abwehrreaktionen können wahrgenommen, moduliert und in einen Prozess der Neuverhandlung überführt werden.

Gegenwart gewinnen (Charf 2018: 194; Levine 2011: 76). In der analysierten Videoaufnahme ist zu konstatieren, dass Philip seine Redeintention häufig darauf ausrichtet, Briannas Erleben mit einer Einladung zur körperlichen Wahrnehmung zu verbinden. Auch wenn er eine Veränderung in Briannas Körperhaltung wahrnimmt, macht er diese sprachlich verfügbar und lenkt ihre Aufmerksamkeit darauf. Somit eröffnet er ihr die Möglichkeit, diese Veränderungen selbst wahrzunehmen und zu beschreiben. Die interozeptive Aufmerksamkeit wird auch durch Atemübungen und Vokalisierungen gefördert, die Brianna dabei unterstützen, mit ihren Körperempfindungen in Kontakt zu treten. In Philips Wortwahl schlägt sich fortlaufend die interozeptive Ausrichtung der therapeutischen Arbeit nieder.

Ausschnitt 18 – Interozeption, 19:55-19:57

- | | | |
|-----|---------|--|
| 465 | PHILIP | And how did that feel? |
| 466 | CHLOÉ | Et c'était comment ?
<i>Und wie war es?</i> |
| 467 | BRIANNA | C'était...
<i>Es war...</i> |

In diesem kurzen Ausschnitt fungiert Philips Verwendung von „feel“ als sprachliche Einladung, Briannas Aufmerksamkeit auf ihr gegenwärtiges Körperempfinden zu richten (Z. 465). Im folgenden Turn bleibt Chloés Verdolmetschung semantisch an das Original angeschlossen; sie verlässt aber das lexikalische Feld der Interozeption durch die Verwendung des Verbs „sein“, das eher zum Feld der Zustandsbeschreibung gehört: „Und wie war es?“ (Z. 466). Daraufhin schließt Brianna an Chloés Verdolmetschung an und übernimmt deren zustandsbezogene lexikalische Rahmung: „Es war ...“. (Z. 467)

Ausschnitt 19 – Interozeption, 14:31-14:39

- | | | |
|-----|--------|---|
| 362 | PHILIP | And then, just noticing. |
| 363 | CHLOÉ | Et simplement↑, de la remarquer.
<i>Und nehmen Sie↑, sie einfach zur Kenntnis.</i> |
| 364 | PHILIP | What happens next. |
| 365 | CHLOÉ | Et de remarquer qu'est-ce qu'il y a, Après.
<i>Und bemerken Sie, was dAnach, passiert.</i> |

In der ersten Zeile dieser Sequenz bittet Philip Brianna darum, die Verspannung wahrzunehmen (Z. 362). Im nächsten Turn überträgt Chloé diese Aufforderung mit: „Und nehmen Sie sie einfach zur Kenntnis.“ (Z. 363) Die Wahl von „*remarquer*“ (bemerken) verschiebt die Äußerung leicht vom Feld interozeptiven Gewahrwerdens hin zu einem kognitiveren Bemerkensakt. Während „*notice*“ die unmittelbare Wahrnehmung gegenwärtiger Empfindungen nahelegt, rückt „*remarquer*“ stärker das mentale bzw. kognitives Registrieren in den Vordergrund.

Diese beiden Beispiele veranschaulichen, dass Philip seine therapeutische Sprache konsequent an einem lexikalischen Feld der Interozeption ausrichtet. Chloés Verdolmetschung bleibt semantisch zwar nah am Original, verschiebt jedoch hier die lexikalische Rahmung, so dass die Einladung zum unmittelbaren körperlichen Spüren zugunsten anderer Konnotationen, etwa Zustandsbeschreibung oder kognitives Bemerken, in den Hintergrund tritt.

Diese Beobachtung zum lexikalischen Feld mag auf den ersten Blick wie ein sprachliches Detail erscheinen. Berücksichtigt man jedoch, dass Traumafolgen rezeptive und produktive Sprachfunktionen sowie Prozesse der Selbstbezugnahme beeinträchtigen können, erscheint die Zugänglichkeit therapeutischer Formulierungen keineswegs marginal (vgl. Carozza 2024: 229). Sie stellt einen bedeutsamen Aspekt traumatherapeutischer Interaktion dar, insbesondere in Momenten des Wiedererlebens traumatischer Erfahrungen oder reaktivierter Hilflosigkeit.

„[S]ensations [is] the only language that the reptilian brain speaks.“ (Levine 2010: 113f.) Somit ist Philips konstante Orientierung an Formulierungen, die zum Spüren einladen, in der therapeutischen Sitzung kein Zufall, sondern Teil eines gezielten therapeutischen Vorgehens. Dieses zielt darauf ab, eine Kommunikation mit jenem System herzustellen, das an der Auslösung und Aufrechterhaltung primärer Abwehrreaktionen beteiligt ist. Die Übertragung des lexikalischen Feldes der Interozeption in der Verdolmetschung unterstützt Traumaüberlebende dabei, den Zugang zu sensorischen Eindrücken und Körperempfindungen wiederherzustellen.

5.4.7. Interaktionsraum und Sitzordnung

Jede Sitzordnungskonstellation initiiert eine eigene Dynamik in der Interaktion (Blumenthal 2016: 27; Kleefeldt et al. 2018: 88). Nichtsdestotrotz weil die Sitzordnung die Aufmerksamkeitsverteilung und damit das Gefühl von Einbezogenheit oder Ausgeschlossenheit der Teilnehmenden beeinflusst, wie sich aus den Ergebnissen von Dabić (2021: 228) durgeführten Interviews über dolmetschgestützte Therapiesitzungen herauskristallisiert. Des Weiteren

unterstreicht Wadensjö (2001b: 83) die Bedeutung der Sitzordnung als determinierender Faktor für die Etablierung eines kommunikativen Radius in der Interaktionssituation. Ein gemeinsamer kommunikativer Radius fördert die wechselseitige Orientierung der Beteiligten und unterstützt die sequenzielle Koordination des Interaktionsgeschehens.

In der Literatur herrscht Meinungsverschiedenheit über die optimale Sitzordnung im therapeutischen Kontext (Blumenthal 2016: 27). Diese Divergenz ist unter anderem auf unterschiedliche therapeutische Ansätze der Behandelnden sowie auf deren jeweiliges Rollenverständnis der Interaktant:innen zurückzuführen (vgl. Cagala 2008: 241; Dabić 2021: 86f.).

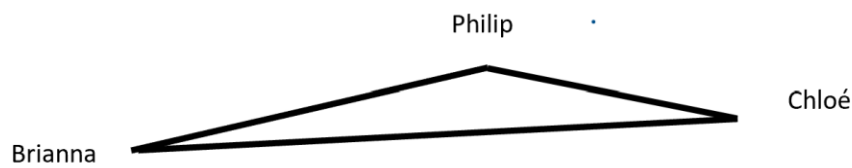
In der Fachliteratur über das psychotherapeutische Setting wird des Öfteren eine Sitzanordnung in Form eines gleichschenkligen Dreiecks empfohlen (Dabić 2021: 229; Kleefeldt et al. 2018: 88; Wiechers 2021: 21). Die daraus resultierende Äquidistanz zwischen den Gesprächsteilnehmenden ermöglicht es, dass alle Beteiligten einander gut sehen und hören können und unterstützt zugleich eine symbolisch gleichberechtigte Teilhabe an der Interaktion (Dabić 2021: 229; Kleefeldt et al. 2018: 88). Andere Autor:innen verweisen auf alternative räumliche Anordnungen, etwa eine Positionierung der Dolmetschperson leicht versetzt hinter der Patientin bzw. dem Patienten, wodurch die adressierte Rolle der behandelnden Person als primäre Ansprechperson hervorgehoben wird. Demgegenüber argumentieren andere, dass eine leicht hinter dem Therapeuten versetzte Position der Dolmetschperson eine vergleichbare funktionale Wirkung entfalten kann (Abdallah-Steinkopff 1999: 218; Wiechers 2021: 2021).

In der analysierten Situation sieht die schematische Sitzordnung folgendermaßen aus:

2. Abbildung – Sitzordnung der Interaktant:innen Bildausschnitt 10: Gesprächseröffnung, 00:08



3. Abbildung – Schematische Darstellung des räumlich-kommunikativen Dreiecks der Interaktant:innen bei der Gesprächseröffnung, 00:08



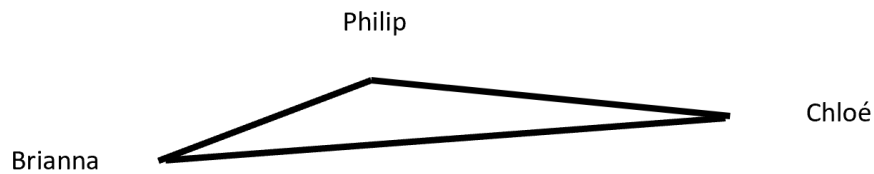
Aus der visuellen Rekonstruktion der Sitzanordnung wird deutlich, dass die räumliche Konstellation von der Idealform eines gleichschenkligen Dreiecks abweicht, da der Abstand zwischen Brianna und Chloé größer als der zwischen Philip und Brianna ist. Blumenthal (2016: 28) konstatiert, dass eine für den Aufbau einer therapeutischen Allianz adäquate räumliche Anordnung stets situationsspezifisch ist und folglich variieren kann. In der analysierten Videoaufnahme lässt sich argumentieren, dass die asymmetrische Dreiecksstruktur der behandelnden Person eine zentralere Position im Interaktionsraum verleiht, während die Dolmetscherin durch ihre leicht nach hinten versetzte Position in eine weniger gleichberechtigte, tendenziell periphere Position im Interaktionsraum gerückt wird.

Im Zuge des traumatischen Wiedererlebens der Patientin verändert sich die räumlich-körperliche Konfiguration der Interaktion: Philip rückt näher an sie heran, wodurch die Interaktionsdynamik leicht verändert wird, der Fokus verlagert sich auf die Stabilisierung von Brianna sowie auf ihre somatische Wahrnehmung im *hic et nunc*. Die Körperausrichtung von Philip richtet sich verstärkt auf die Patientin, während Chloé sich nahezu in seinem Rücken befindet.

Bildausschnitt 11: Traumatische Reaktivierung „Ok, so the shaking gets more“, 05:19



4. Abbildung – Schematische Darstellung des räumlich-kommunikativen Dreiecks der Interaktant:innen bei der ersten traumatischen Reaktivierung, 05:19



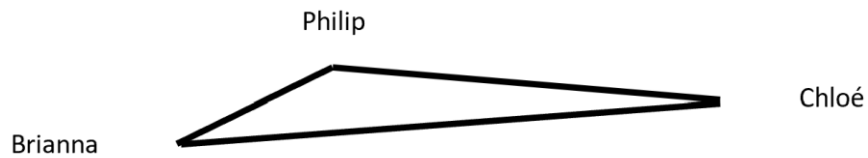
Obschon die räumliche Dreieckskonstellation *de facto* an Symmetrie verliert, ist die daraus resultierende Proximität nicht als Ausschluss Chloés aus dem kommunikativen Radius zu deuten. Vielmehr fungiert die räumliche Annäherung als Ressource zur Herstellung einer beruhigenden und stabilisierenden Präsenz, die die Materialität des *hic et nunc* akzentuiert – als einen Raum, in dem die mit dem Trauma assoziierte Lebensbedrohung nicht mehr besteht. Die neue räumliche Anordnung fördert somit die Konstitution eines Raums der Sicherheit im therapeutischen Kontext (vgl. Levine 2010: 12; van der Kolk 2014: 245ff.).

Als Brianna auf Aufforderung von Philip den Satz „*Je suis là*“ („Ich bin da“) zu artikulieren versucht, fragmentiert sich ihre sprachliche Äußerung, während sich zugleich die Stille ausdehnt (siehe Ausschnitt 16 – Selbstreparatur, 12:29-12:45). Es entsteht eine Ohnmachtserfahrung, die mit der Reaktivierung traumatischer Engramme einhergeht. Infolgedessen rückt Philip noch näher an Brianna und unterstützt durch seine regulierende Präsenz die schrittweise Auflösung des Ohnmachtzustands sowie die Wiederherstellung des Zugangs zu interozeptiven Wahrnehmungsprozessen.

Bildausschnitt 12: Traumatische Reaktivierung „Ich b...“, 12:41



4. Abbildung – Schematische Darstellung des räumlich-kommunikativen Dreiecks der Interaktant:innen, 12:41



Für Chloé bedeutet aber die neue räumliche Konstellation, dass ein direkter Blickkontakt mit Philip nur eingeschränkt möglich ist, wodurch eine zentrale interaktionale Ressource für die Gesprächssteuerung entfällt. Infolge des fehlenden Blickkontakts ist die Ausübung der koordinierenden Rolle der Dolmetscherin – insbesondere das Selegieren eines:einer Rezipienten:in als nächste sprechende Person – in der Triade erschwert (vgl. Blumenthal 2016: 85; Vranjes & Bot 2021: 103; Weiß 2020: 34). Die Interaktion ist durch zahlreiche Überlappungen gekennzeichnet, was die Hypothese nahelegt, dass die eingeschränkte Verfügbarkeit von Blickkontakt als Ressource der Turn-Koordination zwischen Philip und Chloé mit einer erhöhten Frequenz solcher Überlappungen korreliert.

5.4.8. Beteiligungsstruktur

5. Abbildung – Annotationsdichtediagramm



6. Abbildung – Tabelle zur Annotationenanzahl

Tier	Number of Annot...
PHILIP	222
CHLOÉ	155
BRIANNA	112

In dolmetschgestützten Interaktionen wird tendenziell davon ausgegangen, dass die Redezeit primär der Dolmetschperson zuteil wird, da sie die Äußerungen beider Gesprächsparteien aufnimmt und in der jeweils anderen Sprache verfügbar macht. Die Metadaten der Analyse – das Annotationsdichtediagramm sowie die Tabelle zur Anzahl der Annotationen – lassen jedoch eine andere Beteiligungsstruktur erkennen: Philip, der Therapeut, produziert die meisten annotierten Beiträge, während Chloé, die Dolmetscherin, etwa 30 % weniger Annotationen verzeichnet.

Diese Diskrepanz lässt sich teilweise durch Philips Sprachduktus erklären: Nach jeder sinntragenden Einheit setzt er eine rhetorische Pause, wodurch ein verständlicher, unterstützender und für Brianna gut verarbeitbarer Redefluss entsteht. Chloé spricht insgesamt mit höherem Tempo und produziert stellenweise zusammenfassende *renditions*, wodurch einzelne Beiträge stärker verdichtet und mehrere Informationseinheiten in einem Turn gebündelt werden. Die höhere Anzahl an Annotationen für Philip kann ferner damit zusammenhängen, dass er auch in Phasen sprachlicher Fragmentierung durch minimale vokale Rückmeldesignale interaktional präsent bleibt. In Momenten, in denen Briannas sprachliche Produktion unter dem Einfluss traumatischer Aktivierung brüchig wird, stockt oder verstummt, hält Philip den therapeutischen Kontakt durch Diskursmarker wie „mhm“ aufrecht. Diese Signale bedürfen keiner Verdolmetschung, da ihre phatische und kontaktaufrechterhaltende Funktion unmittelbar in der Interaktion wirksam wird. Somit markieren sie Philips kontinuierliche Rezipienz, sein aufmerksames Zuhören und seine therapeutische Anwesenheit. Darüber hinaus verfügen Brianna und Philip über ein elementares Verständnis der jeweils fremden Sprache, sodass direkte Kommunikation gelegentlich möglich ist. Im folgenden Ausschnitt zeigt sich, wie direkte Kommunikation zwischen Brianna und Philip punktuell möglich wird:

Ausschnitt 20 – Direkte Kommunikation, 05:38-05:55

	00:05:38.000	00:05:38.500	00:05:39.000	00:05:39.500	00:05:40.000	00:05:40.500	00:05:41.000	00:05:41.500
PHILIP [221]								
P Gestik [1]								
CHLOÉ [155]			Et que votre corps RÉpond, RÉAgit à ce qui se passe.					
Chloé de [125]			Und dass Ihr Körper antwortet, reagiert, auf das, was passiert.					
BRIANNA [114]						Uh-hm.		
B Gesicht [9]						((Nicken))		
B Bein [53]			((Rechtes Bein zittert, forte))					

	0	00:05:42.000	00:05:42.500	00:05:43.000	00:05:43.500	00:05:44.000	00:05:44.500	00:05:45
PHILIP [221]								
P Gestik [1]								
CHLOÉ [155]								
Chloé_de [125]								
BRIANNA [114]				°m 'hhh°				
B Gesicht [9]				((schluckt schwer, die Kehle wie zugeschnürt))				
B Bein [53]								

	0	00:05:45.500	00:05:46.000	00:05:46.500	00:05:47.000	00:05:47.500	00:05:48.000	00:05:48.500
PHILIP [221]				And it's ok to go inside, but I want you to come ba:ck.				
P Gestik [1]								
CHLOÉ [155]								
Chloé_de [125]								
BRIANNA [114]								
B Gesicht [9]								
B Bein [53]								

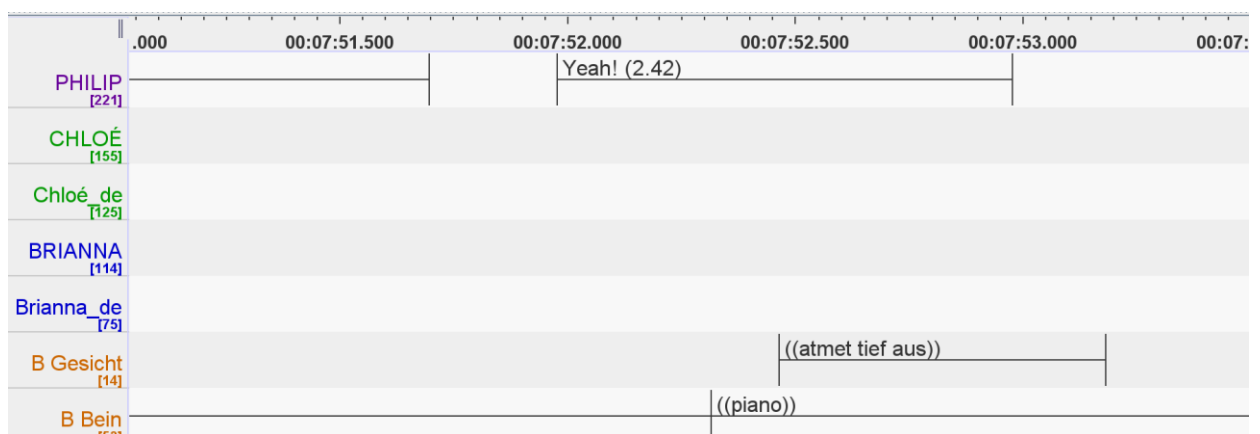
		00:05:49.000	00:05:49.500	00:05:50.000	00:05:50.500	00:05:51.000	00:05:51.500	00:05:52.0
PHILIP [221]				Come in. Come back.				
P Gestik [1]				((zeigt mit der Hand auf sich, streckt sie dann nach außen))				
CHLOÉ [155]				Et...				
Chloé_de [125]				Und...				
BRIANNA [114]								
B Gesicht [9]							((Nickt))	
B Bein [53]								

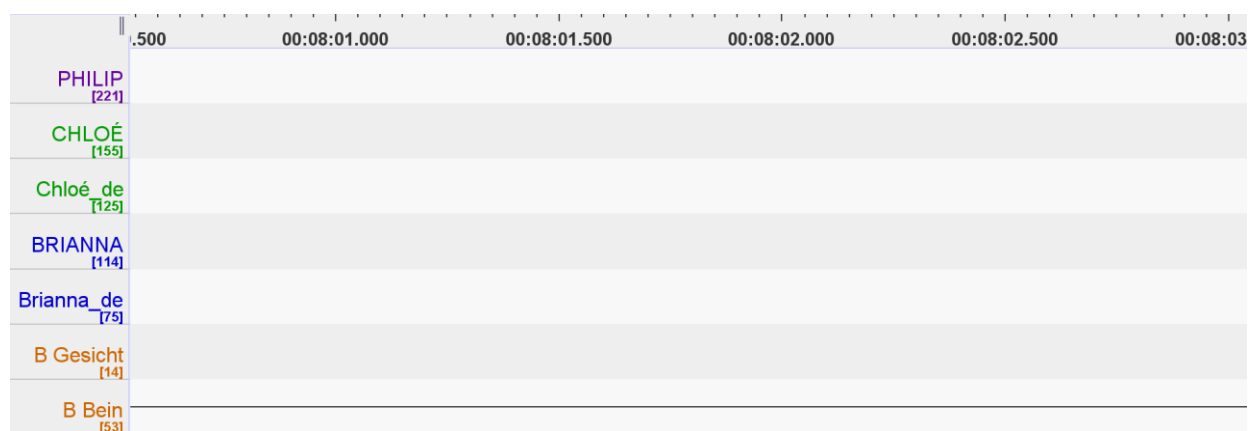
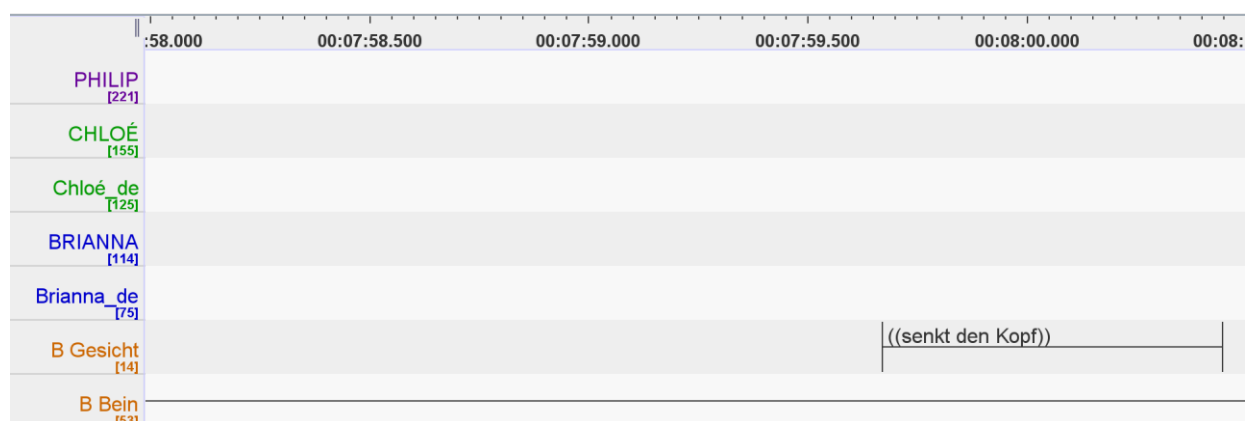
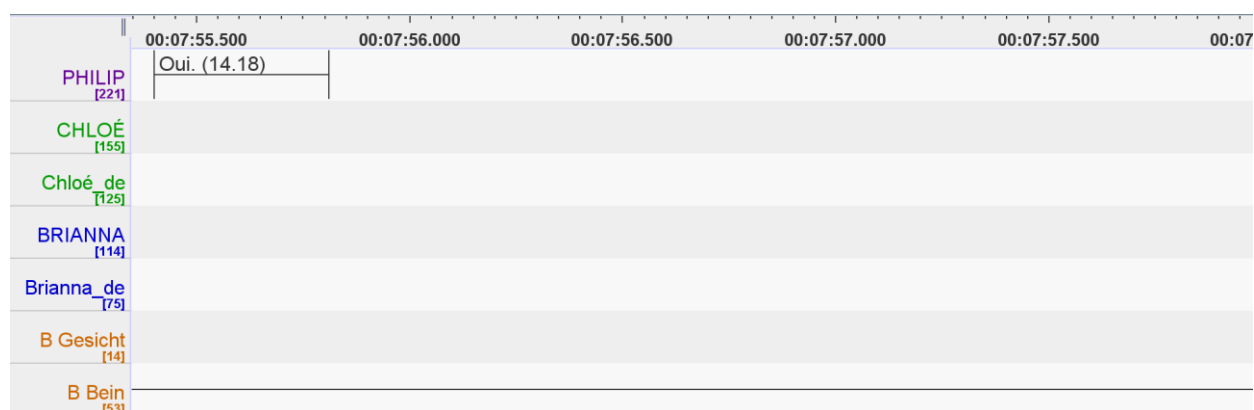
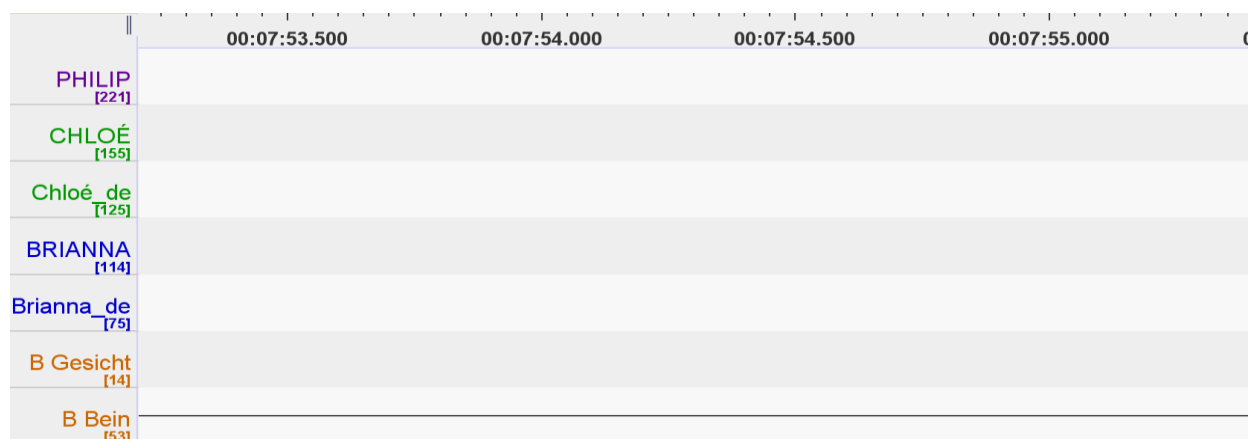
		00:05:52.500	00:05:53.000	00:05:53.500	00:05:54.000	00:05:54.500	00:05:55.000	00:05:5
PHILIP [221]				So we stay in contact.				
P Gestik [1]								
CHLOÉ [155]								
Chloé_de [125]								
BRIANNA [114]							Uh-hm	
B Gesicht [9]							((Nickt))	
B Bein [53]								

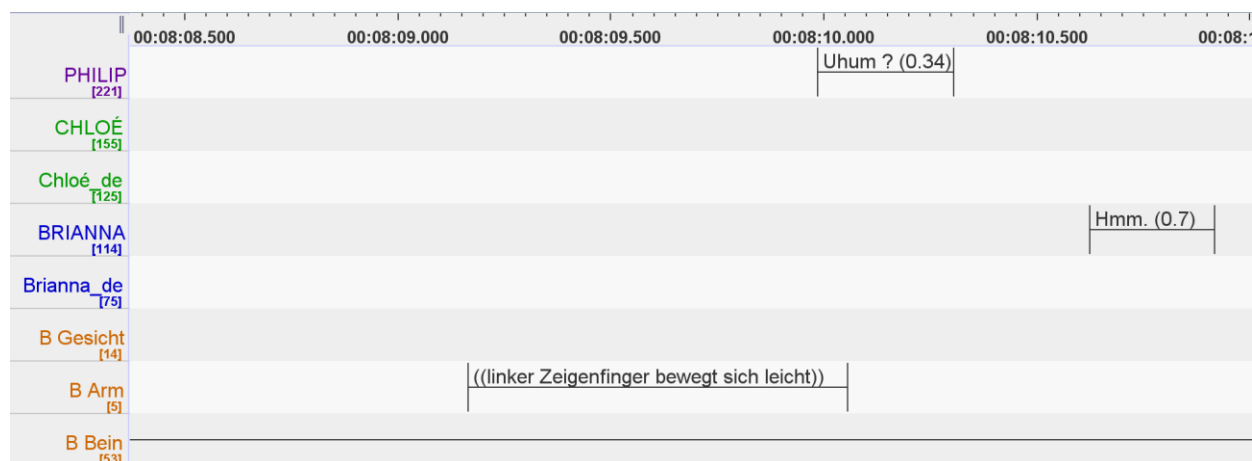
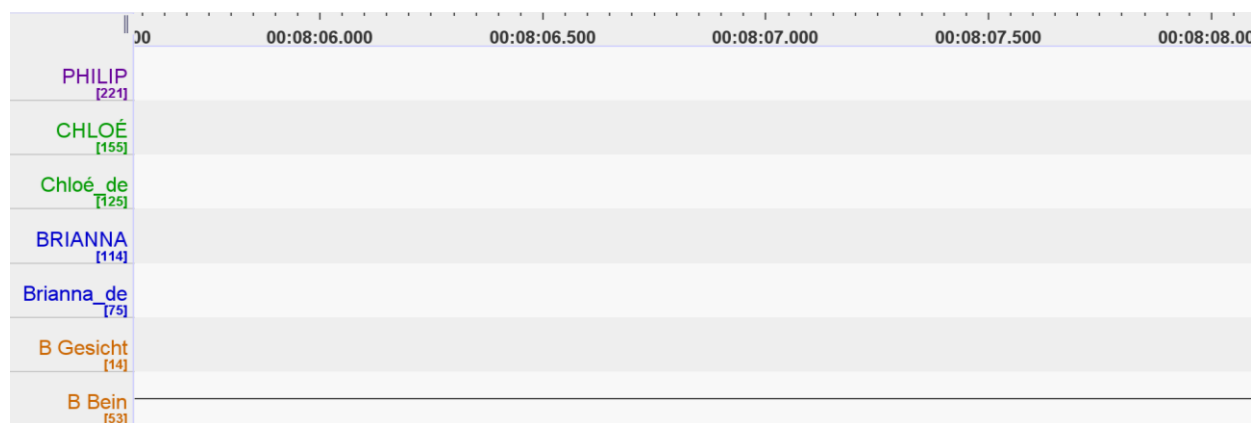
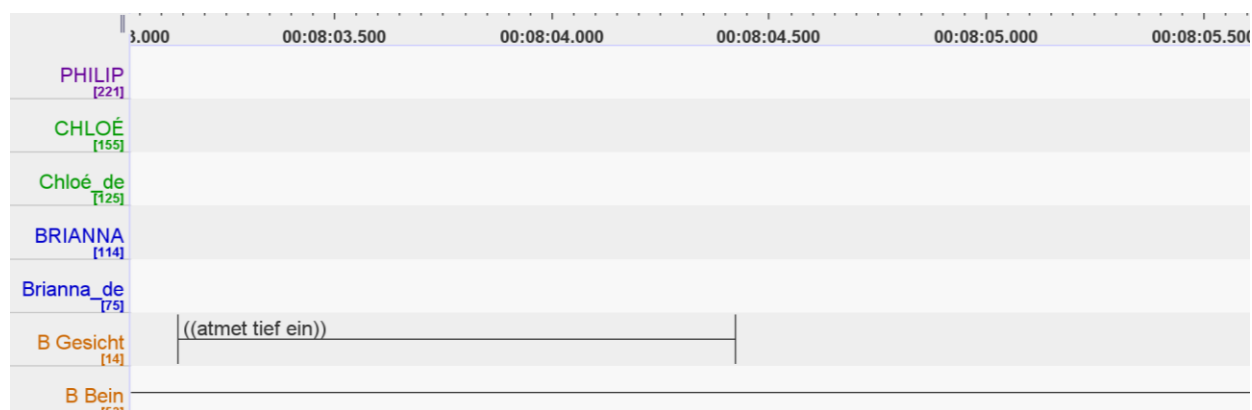
In diesem Ausschnitt lässt sich eine direkte Kommunikation zwischen Brianna und Philip beobachten. Zugleich reagiert Brianna auf die an sie adressierte Aussage lediglich mit minimalen Zustimmungsmarkern. Demnach lässt sich nicht mit Sicherheit bestimmen, in welchem Ausmaß sie das Gesagte tatsächlich verstanden hat. Chloés *zero rendition* legt nahe, dass sie die direkte Kommunikation zwischen Philip und Brianna als hinreichend erfolgreich behandelt und davon ausgeht, dass Brianna den Inhalt rezipiert hat.

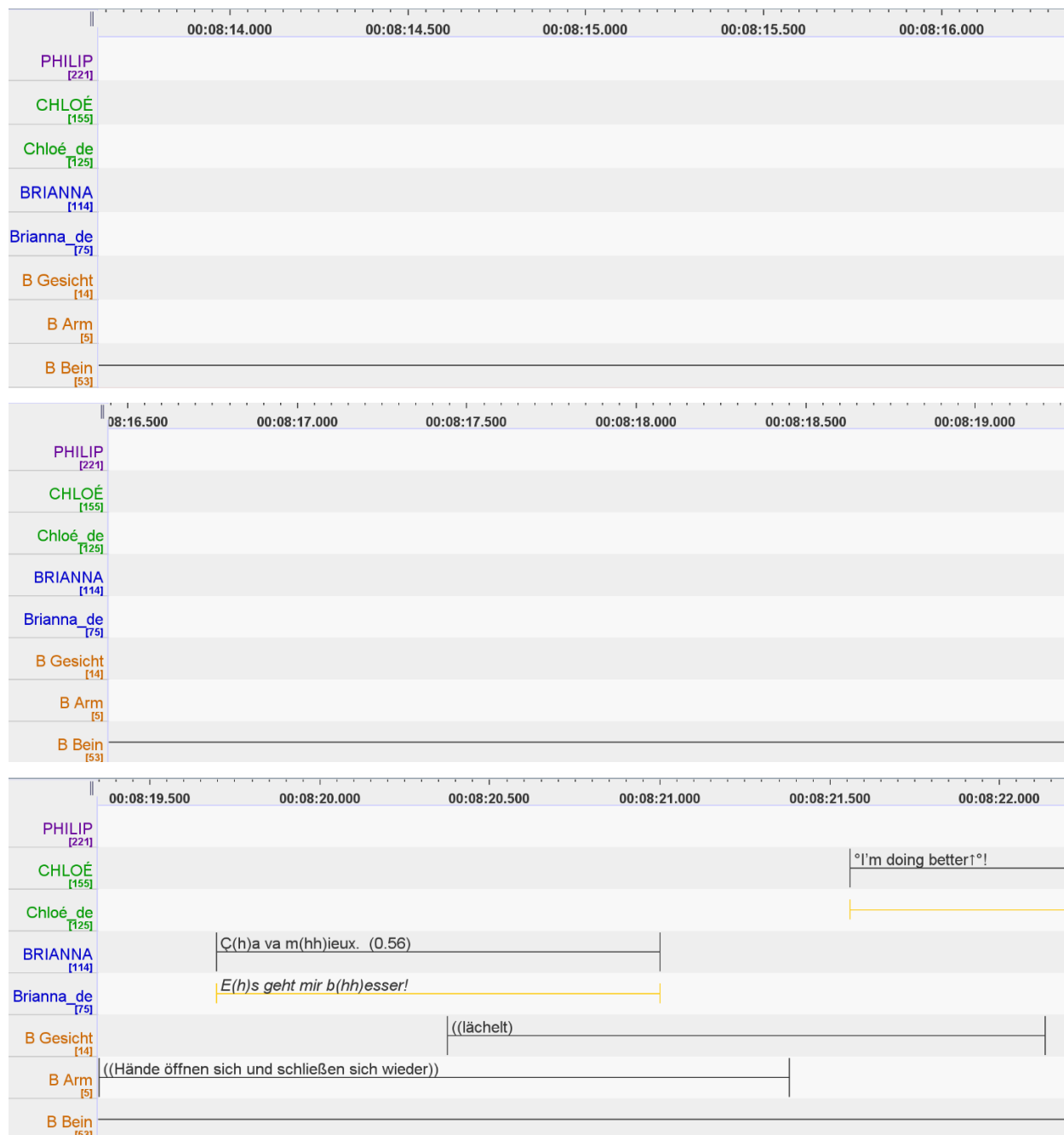
Im folgenden Ausschnitt wird exemplarisch sichtbar, dass neben den verbalen Aussagen eine direkte Kommunikation zwischen Philip und Brianna entsteht, die sich über nonverbale Ausdrucksformen vollzieht.

Ausschnitt 21 – „Die wortlose Stimme des Körpers“, 07:48-08:22









In diesem Ausschnitt wird die multimodale Dimension der Interaktion besonders greifbar. Der interaktionale Raum ist von Stille und nonverbalen Zeichen erfüllt; zugleich bleibt das Zittern von Briannas rechtem Bein, nun leiser, aber weiterhin wahrnehmbar, als körperlich-auditive Spur des Traumatischen präsent.

Vor dem hier analysierten Ausschnitt vermittelt Philip Brianna zunächst Sicherheit: Er rahmt das Geheimhalten als eine Schutzreaktion, die sie damals vor einer Überwältigung durch das Erlebte bewahrt haben konnte. Zugleich stärkt er ihre gegenwärtige Handlungsfähigkeit,

indem er betont, dass ihr heute wesentlich mehr Ressourcen und Fähigkeiten zur Verfügung stehen. Daraufhin initiiert Philip die hier anhand des ELAN-Transkripts rekonstruierte Sequenz mit dem Übergangsmarker „now“ (07:48) und bemerkt, dass das Zittern in Briannas Bein abklingt, und bringt diese körperliche Veränderung zur Sprache: „You notice, that it...“ (07:50). Philip scheint über die „wortlose Stimme“ des Körpers zu bemerken, dass Brianna die Veränderung ebenfalls wahrnimmt; ihr Atem wirkt tiefer (07:50-07:52) und verweist auf eine beginnende Regulation des autonomen Nervensystems. Er begleitet diese positive Entwicklung durch ein bestätigendes und ermutigendes Rückmeldesignal: „yeah“ (07:52). Kurz darauf wiederholt er diese bestätigende Aussage auf Französisch – „oui“ (07:55) – und verstärkt damit seine affiliative Ausrichtung, indem er Brianna unmittelbar in ihrer sprachlichen Erfahrungswelt adressiert.

All dies vollzieht sich ohne sprachliche Unterstützung von Chloé: Philip liest die „wortlose Stimme“ des Körpers und orientiert sich an jenen feinen, teilweise kaum wahrnehmbaren, in der Interaktion hervortretenden nonverbalen Zeichen, die wertvolle Einblicke in Briannas inneres Erleben liefern. Brianna ist in diesem Moment nicht verbal responsiv, sondern scheint in ihre Wahrnehmungen vertieft zu sein. Durch Briannas elementares Verständnis der englischen Sprache lässt sich möglicherweise vermuten, dass sie Philips Worte zumindest teilweise aufnimmt. Sollte die verbale Ebene in diesem Moment nicht vollständig zugänglich oder die rezeptiven Fähigkeiten eingeschränkt sein, entfaltet die prosodische Qualität von Philips Stimme dennoch eine regulierende Wirkung: Ihre beruhigende, bestätigende und ermutigende Modulation unterstützt Brianna dabei, gegenwärtige Stärke körperlich zu spüren und das Vergangene in einen Prozess der Assimilation zu überführen.

Die Stille, die sich im Anschluss ausbreitet (07:55), wirkt hier nicht als Zeichen der traumatischen Reaktivierung und Sprachlosigkeit, sondern als Möglichkeitsraum für interozeptive Wahrnehmung: Sie erlaubt Brianna, sich vorsichtig inneren Körperempfindungen und sensorischen Eindrücken zuzuwenden. In der Stille ist *notabene* das leichte Zittern von Briannas rechtem Bein hörbar.

Nach einer 14-sekündigen Stille tritt eine minimale körperliche Veränderung hervor: Briannas Zeigefinger bewegt sich leicht. Philip registriert diese minimale Bewegung im Zusammenspiel mit ihrem entspannteren Atem und produziert daraufhin ein regulierendes Rückmeldesignal, das ebenfalls als Nachfrage fungiert: „uhum“ (08:10). Daraufhin reagiert Brianna mit einem leisen „hmm“ (08:10); diese minimale Aussage signalisiert, dass sie trotz der inneren Vertiefung interaktional präsent ist. Philip konkretisiert die zuvor nur prosodisch angedeutete

Fragehaltung in einem weiteren Turn und verbalisiert die Frage: „What happened?“ (08:11). Nach Chloés Verdolmetschung der Frage entsteht erneut Stille, bis Brianna wieder das Wort ergreift. Sie bringt ihre Erleichterung und ihr verbessertes Befinden multimodal zum Ausdruck: Die Erleichterung manifestiert sich verbal in der Äußerung „es geht mir besser“ (08:20), prosodisch in Ausatmen und Seufzen, mimisch in einem Lächeln und körperlich in der Bewegung ihrer sich öffnenden und schließenden Hände (siehe # Bildausschnitt 3: Es geht mir besser, 08:19).

Dieser 30-sekündige Ausschnitt veranschaulicht, dass nonverbale Elemente einen konstitutiven Bestandteil dieser Therapiesitzung bilden. Er illustriert außerdem einen Aspekt, der der zuvor eingeführten Annotationsdichtediagramm nicht veranschaulicht: Nonverbale Zeichen treten in der Interaktion in größerer Dichte auf als verbale Beiträge. Sichtbar wird ebenfalls, dass direkte Kommunikation zwischen Brianna und Philip über die „wortlose Stimme“ des Körpers möglich ist. Philip orientiert sich an den feinen Nuancen von Briannas Körpersprache, während seine regulierende Prosodie und Tonlage seine therapeutische Präsenz und Begleitung auch jenseits des Verbalen vermitteln.

Das Annotationsdichtediagramm sowie die Tabelle zur Anzahl der Annotationen zeigen, dass Brianna deutlich weniger annotierte verbale Beiträge aufweist: Im Vergleich zu Philip entfallen auf sie nur etwa halb so viele Annotationen, im Vergleich zu Chloé 28 % weniger. In dieser Interaktion ist Briannas Ausdruck primär nonverbal, etwa durch mimische Ausdrucksformen und körperliche Reaktionen. Die somatische Dimension konstituiert eine Hauptressource dieser Therapiesitzung: Viele Austauschprozesse vollziehen sich nicht primär sprachlich, sondern über das Nonverbale. Für die Dolmetscherin kann dies eine interaktionale Herausforderung darstellen: Während viele Austauschprozesse zwischen Therapeuten und Patientin über die „wortlose Stimme“ des Körpers verlaufen, bleibt ihre dolmetscherische Tätigkeit primär an verbalisierte Inhalte gebunden. Folglich ist sie phasenweise Zeugin einer nonverbalen Kommunikation, die sie nicht unmittelbar sprachlich vermitteln kann, die aber dennoch ihre Stimmführung, Präsenz und Turn-Organisation beeinflusst. Auch wenn die Dolmetscherin in solchen Momenten keine aktive dolmetscherische Tätigkeit ausführt, bleibt sie als Anwesende weiterhin am interaktionalen Geschehen beteiligt und kann durch die Qualität ihrer Präsenz zur Etablierung eines therapeutischen Sicherheitsraums beitragen.

6. Conclusio

6.1. Zielsetzung

Die Zielsetzung des Theorieteils der vorliegenden Arbeit bestand darin, angesichts der Unausprechlichkeit traumatischer Erfahrung Traumaüberlebenden eine Stimme zu verleihen und dadurch ein vertieftes Verständnis für die Realität des Traumas zu schaffen. Anhand neuer Erkenntnisse aus Psychologie, Traumaforschung, Neurowissenschaft, Psycho- und Neurolinguistik wird die komplexe Matrix des Traumas beschrieben und damit eine Orientierung für Dolmetschende sowie Zuhörer und Zuhörerinnen in der Konfrontation mit Traumanarrativen bieten.

Der empirische Teil setzt sich zum Ziel, die interaktionalen Dynamiken einer dolmetschgestützten Traumatherapiesitzung zu untersuchen, und herauszufinden, wie Dolmetschende in diesem besonderen Rahmen unterstützend auf den Therapieprozess wirken können, ohne die Rolle von Ko-Therapeut:innen zu übernehmen. Daran schließt sich die Frage an, inwiefern und in welcher Qualität Dolmetschende traumatherapeutische Interaktionen unterstützen können. Zur Erreichung dieses Ziels wurde die Videoaufnahme einer dolmetschgestützten Traumatherapiesitzung ohne Apriori mithilfe einer konversationsanalytischen Vorgehensweise untersucht und die von den Gesprächsteilnehmenden hervorgebrachten Ressourcen analysiert. Diese induktive präliminäre Analyse des Videomaterials wurde durch theoretische Erkenntnisse aus der Traumaforschung ergänzt und führte zu einer konzeptionellen Erweiterung des Rollenverständnisses von Dolmetschenden in traumatherapeutischen Settings. Daraus ergab sich ein neuer analytischer Impuls, der in die Formulierung einer weiterführenden Forschungsfrage mündete: Wie können Dolmetschende ihre *micropower* nutzen, um eine unterstützende Präsenz zu entfalten und dadurch die Emergenz von Sprache und die Bezeugung der Realität von Traumaüberlebenden zu unterstützen?

6.2. Fazit des theoretischen Grundgerüsts

Bevor die Forschungsergebnisse weiter diskutiert werden, wird zunächst eine kurze Übersicht über die theoretischen Kapitel dieser Masterarbeit präsentiert:

Im ersten Kapitel wurde den situativen Rahmen des Dolmetschens im psychotherapeutischen Setting und dessen Einbettung in der Dolmetschwissenschaft skizziert. Die Konturen

dieses Forschungsfelds wurden im Anschluss näher betrachtet: Zum einen wurden bestehende Praxisprojekte erwähnt, zum anderen wurde den Forschungsstand im Bereich der interkulturellen Therapie abgebildet.

Das zweite Kapitel verschaffte einen kurzen Überblick über die Grundorientierungen der Psychotherapie und nahm die Frage der Wirksamkeit verschiedener, teils konkurrierender therapeutischer Interventionsformen in den Blick. Vor diesem Grund wurden ebenfalls pluralistische bzw. integrative Ansätze aufgegriffen, die auf allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie beruhen und darauf abzielen, eine auf die Bedürfnisse der Patient:innen maßgeschneiderte Therapie anzubieten. Nach der Darstellung der klassischen Grundströmungen der Psychotherapie wurde Somatic Experiencing vorgestellt, jene körperorientierte Therapieform, die in der im Rahmen der vorliegenden Arbeit analysierten Dolmetschsituation zur Anwendung kommt. Anschließend wurden die grundlegenden Prinzipien dieses Ansatzes herausgearbeitet, insbesondere im Hinblick auf die Neuverhandlung traumatischer Erfahrung und die Förderung von Resilienz.

Die zwei folgenden Kapitel „3. Trauma“ und „4. Trauma und Sprache“ bilden, über die Methodik hinaus, das Herzstück des theoretischen Grundgerüsts, um das sich die Analyse entfaltet. Sie eröffnen ein Fenster zum Erleben von Traumaüberlebenden und zeichnen nach, wie tiefgreifend die Folgen des traumatischen Einbruchs das Selbst erschüttern kann. Die Folgestörungen posttraumatischer Belastung stellen eine komplexe Architektur dar; in den beiden Kapiteln wurden verschiedene Facetten der in Psyche und Körper eingravierten traumatischen Spuren beleuchtet und damit eine Grundlage für das Verständnis des Erlebens von Traumaüberlebenden geschaffen. Das Verständnis der Multidimensionalität posttraumatischer Reaktionen ist essenziell, um sowohl das Erleben der Patientin als auch die interaktionale Dynamik in der analysierten Videoaufnahme zu verstehen.

Das vierte Kapitel ist intrinsisch mit dem dritten Kapitel verwoben und richtete den Blick auf die Auswirkungen posttraumatischer Reaktionen auf sprachlichen Ausdruck und Artikulation. Die häufig infolge traumatischer Erfahrungen auftretende Sprachlosigkeit entspringt einem komplexen Gefüge neurophysiologischer, ontologischer und sozialer Faktoren. Die zahlreichen Hindernisse, die den Weg zur Verbalisierung erschweren, wurden in diesem Kapitel dargestellt. Darüber hinaus wurde die existenzielle Bedeutung sekundärer Zeugenschaft herausgearbeitet, verstanden als Erfahrung, einem Gegenüber zu begegnen, das das traumatische Erleben aufnimmt, anerkennt und als wahr bezeugt. Diese stark verdichtete Zusammenfassung

kann die inhaltliche Komplexität und theoretische Tragweite der dritten und vierten Kapitel nur begrenzt abbilden.

Kapitel 5 widmet sich dem empirischen Teil dieser Forschungsarbeit und umfasst die methodische Vorgehensweise sowie die Analyse des Datenmaterials: Nach der Darlegung der Forschungsfragen erfolgte eine nähere Beschreibung des Datenmaterials, das der Analyse zugrunde liegt: eine Videoaufnahme einer authentischen dolmetschgestützten Traumatherapiesitzung. Das analysierte Datenmaterial zeichnete sich durch mehrere Besonderheiten aus: Die analysierte Sitzung fand außerhalb eines klassischen institutionellen Rahmens statt, folgt einem körperorientierten *bottom-up*-Ansatz und die Dolmetschsituation ist insofern untypisch, als dass nicht die Patientin, sondern der aus dem Ausland kommende Therapeut im besuchten Land auf Dolmetschung angewiesen ist, um die sprachliche Verständigung sicherzustellen. Daraus ergab sich, dass asymmetrische Machtverhältnisse in dieser Konstellation weniger stark wirksam sind. Dies erlaubte es der Verfasserin, den Fokus auf die subtilen interaktionalen Dynamiken zu legen und Merkmale zu identifizieren, die möglicherweise nicht nur für den untersuchten Einzelfall, sondern auch für dolmetschgestützte traumatherapeutische Sitzungen allgemein konstitutiv sind. Schließlich wurde der Zugang zum Forschungsfeld und der Freigabeprozess beschrieben.

Für die Analyse dieses Videos wurde die Konversationsanalyse als privilegierter methodischer Zugang gewählt, da die Interaktant:innen ihre Handlungen wesentlich über nonverbale Ressourcen organisieren. Im Zusammenhang mit der dynamischen Aushandlung von Rollen und Identitäten im Interaktionsgeschehen wurden die Rollen vorgestellt, die in Bezug auf das Dolmetschen in therapeutischen Settings in der Translationswissenschaftsliteratur vorkommen. Vor diesem Hintergrund thematisiert ein Unterabschnitt das Spannungsfeld zwischen empathischer Präsenz und professioneller Selbstregulation der Dolmetschenden, das im Kontext traumatherapeutischer Interaktionen von erheblicher Bedeutung ist. Ausgehend von de Boe et al. (2021: 12) und Bots (2021: 377) Überlegungen zur *micropower* von Dolmetschenden in der Interaktion, dem Konzept des *role space* nach Llewellyn-Jones und Lee (2013) sowie Resera et al. (2014: 9ff.) Verständnis der Dolmetschperson als *active translator*, wurde das Rollenbild der Dolmetschenden im traumatherapeutischen Setting konzeptionell erweitert. Aus der induktiven präliminären Analyse des Videomaterials und ihrer Verknüpfung mit theoretischen Erkenntnissen aus der Traumaforschung wurde eine neue Perspektive auf das Forschungsfeld entwickelt und zwei neue Funktionen des:der *active translator* ans Licht gebracht: Dolmetschende als sekundäre Zeug:innen und als Sprachrehabilitator:innen.

6.3. Forschungsergebnisse

6.3.1. Beantwortung der Forschungsfragen

Die beiden zu Beginn formulierten Forschungsfragen konnten im Zusammenspiel von empirischer Analyse und theoretischer Fundierung beantwortet werden. Zum einen, ob Dolmetschende in diesem besonderen Setting unterstützend auf den Therapieprozess wirken können, ohne die Rolle von Ko-Therapeut:innen zu übernehmen; zum anderen, inwiefern und in welcher Qualität sie traumatherapeutische Interaktionen unterstützen können. Eine präliminäre Analyse der Videoaufnahme sowie die Heranziehung von Erkenntnissen aus Psychologie, Linguistik und Translationswissenschaft führten zu folgendem Ergebnis: Dolmetschende „cannot not participate“ (Pöchlhammer 2012: 50); sie sind in der triadischen Konstellation unvermeidlich Teil der therapeutischen Realität und können diese Mitwirkung gezielt zugunsten des Therapieerfolgs einsetzen (Bot 2006: 165; Bot: 2021: 377). Durch ihre *agency* können Dolmetschende, ohne die Rolle von Ko-Therapeut:innen einzunehmen, einen fördernden Einfluss auf den therapeutischen Prozess ausüben: Im „Wahr-Nehmen“ der Realität von Traumaüberlebenden liegt eine Form sekundärer Zeugenschaft, durch die deren Erleben anerkannt und als real bezeugt wird. Eine formtreue Wiedergabe von Traumanarrativen kann darüber hinaus zur Legitimierung ihrer Stimme beitragen und Prozesse sprachlicher Emergenz ermöglichen. Die zweite Forschungsfrage wird durch eine Neukonturierung des Rollenverständnisses des:der *active translator* beantwortet, die sich im Entwurf zweier neuer Funktionen innerhalb des dynamischen *role space* des:der *active translator* in der Traumatherapie konkretisiert: Dolmetschende als sekundäre Zeug:innen und als Sprachrehabilitator:innen.

Somit richtet sich der Fokus der Analyse auf die dritte Forschungsfrage: Wie können Dolmetschende ihre *micropower* nutzen, um eine unterstützende Präsenz zu entfalten und dadurch die Emergenz von Sprache und die Bezeugung der Realität von Traumaüberlebenden zu unterstützen?

6.3.1.1. Übersicht der Analyse

Im Unterabschnitt „5.4.1. Fragmentierte Sprache“ wurde in der Videoaufnahme analysiert, wie die sprachlichen Echos traumainduzierter Erschütterung in der Verdolmetschung aufgenommen und wiedergegeben wurden. In der Wiedergabe wurden fragmentierte Syntax und Dysfluenzen in den Äußerungen der Patientin wiederholt syntaktisch geglättet und in eine semantisch kohärente Fassung überführt. Diese Tendenz zur Glättung lässt sich möglicherweise

einerseits als interaktionale Reparaturbewegung deuten, die auf Sinngebung und Kohärenzbildung ausgerichtet ist, andererseits aber auch als Ausdruck intrapsychischer Abwehrprozesse, die dem Gesagten eine stabile Form geben und das Unfassbare auf Abstand halten. Gerade die formnahe Wiedergabe der Textur von Traumanarrativen kann die Ausdrucksform traumatischen Erlebens legitimieren, sodass Sprache nicht mehr als Ort sprachlicher Ohnmacht erfahren wird.

Im nächsten Unterabschnitt (5.4.2. Haltgebende Präsenz im *hic et nunc*) wurde die Entfaltung einer haltgebenden Präsenz durch sprachliche und prosodische Ressourcen untersucht, insbesondere durch Redepausen und phatische Diskursmarker. Minimale Diskurselemente wie „ok“ wurden in der Verdolmetschung häufig ausgelassen, wobei diese im therapeutischen Gespräch eine phatische und regulierende Funktion erfüllen. Das Sprechtempo der Dolmetscherin oszilliert zwischen Phasen prosodischen *alignments* mit dem ruhigen, von Pausen strukturierten Redefluss des Therapeuten und Phasen des *disalignments*, in denen sie ein deutlich erhöhtes Redetempo zeigt. Selbst wenn die Dolmetscherin den ruhigen, pausengetragenen Redefluss des Therapeuten nicht im selben Ausmaß übernimmt, kann eine prosodische Annäherung an dessen Tempo und Pausenstruktur regulierend wirken. Sie unterstützt die Entfaltung einer haltgebenden Präsenz, die Etablierung eines Sicherheitsraums und eröffnet zugleich Raum für responsive Anschlussnahme sowie für die Verarbeitung des Gesagten.

Der nächste Punkt der Analyse (5.4.3.) widmete sich der sekundären Zeugenschaft. Im Verlauf der Therapiesitzung validiert der Therapeut das innere Erleben der Patientin fortlaufend, indem er ihre Aussagen und Ausdrucksformen reiteriert. Wird eine solche bestätigende Reiteration nicht verdolmetscht, wie es bei der Dolmetscherin in den untersuchten Passagen der Fall ist, bleibt ihre validierende Funktion für die Patientin nur eingeschränkt verfügbar. Dadurch wird jene interpersonelle Spiegelung abgeschwächt, die dazu beitragen kann, das Erlebte als real zu bezeugen und den Zugang zur Interozeption zu unterstützen.

Im weiteren Verlauf der Analyse (5.4.4.) wurde die intonatorische Modulation der Stimme genauer untersucht und im Hinblick auf ihre potenzielle Wirkung auf die therapeutische Allianz analysiert. In der Videoaufnahme alternieren Phasen stimmlicher Konsonanz und Dissonanz zwischen der Dolmetscherin und den anderen Interaktant:innen. Die Verfasserin stellte die Hypothese auf, dass intonatorische Dissonanzen je nach sequenziellem Kontext unterschiedlich motiviert sein können: durch das Einfließen eigener affektiver Resonanzen in die Verdolmetschung, durch emotionale Belastung infolge der Konfrontation mit posttraumatischen Folgeerscheinungen oder durch erschwerte koordinierende Prozesse bei der Turn-

Übernahme. Eine stärkere stimmliche Synchronisierung kann hingegen dazu beitragen, das Erleben der Patientin resonant zu spiegeln, sekundäre Zeugenschaft zu ermöglichen und eine regulierende Präsenz zu entfalten, die stabilisierend auf die therapeutische Allianz wirkt. Die Analyse machte deutlich, dass die Stimmführung in der untersuchten Therapiesitzung eine zentrale interaktionale und regulative Ressource bildet, die die anderen analysierten Elemente erheblich mitprägt.

Ein weiterer Aspekt (5.4.6.), durch den Dolmetschende in Somatic-Experiencing-Therapiesitzungen unterstützend wirken können, betrifft die möglichst präzise Wiedergabe des interozeptiven lexikalischen Feldes. In der analysierten Interaktion orientiert der Therapeut seine Sprache konsequent an sensorischen Eindrücken und Körperempfindungen und unterstützt die Patientin dabei, die Verbindung zu ihrem Körper schrittweise wiederaufzunehmen. In der Verdolmetschung treten jedoch stellenweise lexikalische Verschiebungen auf, durch die sich der Fokus von der körperlich-sensorischen Wahrnehmung hin zu anderen Konnotationsefeldern verlagert.

Der Unterabschnitt „5.4.7. Interaktionsraum und Sitzordnung“ beschäftigte sich mit der räumlich-körperlichen Konstellation. Obschon dieser Aspekt nicht unmittelbar die aktive Rolle der Dolmetscherin in der Interaktion betrifft, wurde er in die Analyse einbezogen, da er einen relevanten kontextuellen Faktor darstellt, der ihre Partizipationsmöglichkeiten sowie die interaktionale Dynamik mitprägt.

Schließlich widmet sich Abschnitt 5.4.8. der Beteiligungsstruktur der Interaktion, die anhand der in der multimodalen Transkription erhobenen Metadaten rekonstruiert wurde. Dabei tritt das Nonverbale als primäre interaktionale Ressource hervor, die dem Therapeuten und der Patientin phasenweise eine direkte Kommunikation ermöglicht. Während die Patientin verbal am wenigsten Raum einnimmt, ist ihre Beteiligung auf körperlicher, mimischer und affektiver Ebene deutlich präsent. Der Therapeut weist die höchste Annotationsdichte auf, was seine kontinuierliche regulierende Präsenz widerspiegelt. Die geringere Annotationsdichte der Dolmetscherin lässt sich unter anderem durch die Auslassungen von scheinbar redundanten Aussagen des Therapeuten, die jedoch eine validierende Funktion erfüllen, erklären, sowie durch weniger ausgeprägte Redepausen und durch Sequenzen paraverbalen Kommunikation zwischen dem Therapeuten und der Patientin. In Momenten nonverbaler Kommunikation und Stille bleibt die Dolmetscherin Zeugin des Geschehens im interaktionalen Raum und kann durch die Qualität ihrer Präsenz zur Etablierung eines therapeutischen Sicherheitsraums beitragen.

6.3.1.2. Schlussfolgerungen

In den analysierten Videoaufnahmen wird die Bedeutung des In-Resonanz-Tretens manifest – sei es in Form von *mimêsis* oder sekundären Zeugenschaft.

In den analysierten Ausschnitten lässt sich auf der verbalen Ebene feststellen, dass die Dolmetscherin den semantischen Gehalt in die andere Sprache überführt, während die bruchstückhafte Gestalt der Signifikanten und die Verarmung des lexikalischen Feldes in der Verdolmetschung nicht aufgenommen wurden. Bei der Wiedergabe der Sprache des Therapeuten zeigt sich, dass phatische minimale Diskursmarker, die zunächst scheinbar insignifikant wirken, wiederholt ausgelassen wurden. Auch die systematische Reiteration von Aussagen der Patientin durch den Therapeuten wurde größtenteils nicht gedolmetscht. In einzelnen Passagen verschob die Verdolmetschung das lexikalische Feld der Interozeption hin zu einem stärker zustandsbeschreibend konnotierten Bedeutungsfeld, wodurch der Zugang zur körperlich-sensorischen Wahrnehmung stellenweise weniger deutlich markiert wurde.

In diesen unterschiedlichen Situationen könnte eine größere Nähe zum Gesagten eine förderliche Wirkung auf den therapeutischen Prozess entfalten. In der Traumatherapie erfordert jede Begegnung mit Patient:innen seitens der Rezipient:innen die Bereitschaft, sowohl das eigene Deutungssystem und als auch die gewohnte Wahrnehmung der Realität zurückzustellen. Die Bereitschaft, sich auf eine doppelte Realität einzulassen: auf die Realität einer relativ sicheren, kohärenten und vorhersehbaren Gegenwart, die parallel zu einer traumatischen, fragmentierten, omnipräsenten, weiterwirkenden Vergangenheit existiert. Gerade in diesem Nebeneinander entzieht sich die Interaktion konventionellen Gesprächsschemata, da Traumanarrative durch fragmentierte Erzählformen, Selbstreferenzialität und körperlich-affektive Ausdrucksdimensionen geprägt sind. Der Therapeut nutzt in diesem Zusammenhang sprachliche Mittel nicht nur zur Bedeutungsvermittlung, sondern auch als regulative Ressourcen im therapeutischen Prozess. Das Bewusstsein für diese regulativen Wirkungen und ein Verständnis über die Dynamiken, die in posttraumatischen Reaktionen wirksam werden, ermöglichen es Dolmetschenden, jene Nuancen in der Verdolmetschung aufzunehmen, in denen sich die therapeutische Wirkung von Sprache entfaltet. Als *active translator* bzw. Sprachrehabilitator:in kann die Dolmetschperson zudem selbst einen positiven Einfluss auf das Interaktionsgeschehen und die therapeutische Allianz ausüben: Durch das Spiegeln der Ausdrucksformen des Erlebten werden diese als legitime und sinntragende Formen traumabezogenen Diskurses anerkannt. Somit kann ein Resonanzraum entstehen, in dem traumatisches Erleben im Sinne sekundärer Zeugenschaft

anerkannt wird, in dem die Emergenz von Sprache unterstützt wird und das Zwischenmenschliche durch therapeutische Sprache als haltgebende und fördernde Ressource erfahrbar wird.

Im Kontext der Traumatherapie wirken Therapeut:innen und Dolmetschende bereits durch ihr Dasein auf den therapeutischen Prozess: Durch die Stimmlage, das Blickverhalten, sowie Mimik und Gestik der Zuhörer und Zuhörerinnen kann sich eine beruhigende und resilienzfördernde Wirkung entfalten. In den analysierten Passagen oszilliert die Stimmführung der Dolmetscherin zwischen prosodischer Konvergenz und Divergenz gegenüber den anderen Interaktant:innen. Durch prosodische Resonanz kann die Dolmetschperson die innere Realität von Traumaüberlebenden nicht nur semantisch, sondern auch stimmlich-affektiv bezeugen. Zugleich kann eine abgestimmte Stimmführung regulierend wirken, interpersonelle Sicherheit herstellen und die Emergenz von Sprache unterstützen. Die Annäherung an das Traumatische in der Therapiesitzung scheint jedoch die Qualität der Präsenz der Dolmetscherin zu beeinflussen und die Nutzung paraverbaler Ressourcen einzuschränken.

Zusammenfassend veranschaulicht die analysierte Videoaufnahme, dass Dolmetschende im Kontext der Traumatherapie durch verbale und nonverbale Elemente dazu beitragen können, den Verbalisierungsprozess zu unterstützen und die innere Realität von Traumaüberlebenden als real zu bezeugen. Durch eine wort- und formnahe Spiegelung traumatischer Narrative kann fragmentierte Sprache aus dem Register sprachlicher Ohnmacht herausgelöst und als legitime und sinntragende Ausdrucksform des Erlebten anerkannt werden. Dadurch kann der Akt der Verbalisierung gefördert werden: Das Unsagbare findet Ausdruck in die Sprache, und das zuvor in Sprachlosigkeit gefangene Subjekt kann allmählich als sprechendes Subjekt in Existenz treten. Die Wiedergabe der Textur von Traumanarrativen und die paraverbale Haltung der Dolmetschperson tragen zudem dazu bei, das Erlebte im Sinne sekundärer Zeugenschaft als real zu bezeugen, ohne es durch ein verzerrendes Spiegelbild zu überformen. Im Teilen des Erlebten sowie in der Erfahrung von Zuhören und Resonanz eröffnet sich somit für Traumaüberlebende die Möglichkeit, erschüttertes Grund- und Weltvertrauen schrittweise wiederzugewinnen und ein Gefühl erneuter Zugehörigkeit zur menschlichen Gemeinschaft zu entwickeln.

Mit der neuen Konturierung der Rolle des:der *active translator*, nämlich die Funktionen von Sprachrehabilitator:innen und sekundären Zeug:innen wird ein Bewusstsein dafür gebildet, dass Dolmetschende ihre Handlungsspielräume im Rahmen ihrer *agency* gezielt zur Förderung von Resilienzprozessen nutzen können, ohne ihre professionelle Rolle zu überschreiten oder therapeutische Verantwortung zu übernehmen. Neben diesem Bewusstsein ist ein fundiertes

Verständnis der komplexen Dynamiken traumatischer Erfahrung im Rahmen der Traumatherapie erforderlich. Es ermöglicht Dolmetschenden, die im Kontakt mit Traumaüberlebenden wirksamen Prozesse zu erkennen, eigene affektive Resonanzen besser einzuordnen und damit einen protektiven Umgang mit Gegenübertragungsreaktionen zu entwickeln.

An dieser Stelle ist hervorzuheben, dass die Analyse keine Kritik an der Qualität der Verdolmetschung formuliert, sondern vielmehr die subtilen Dynamiken der Interaktion sowie die Möglichkeiten für die Dolmetschperson beleuchtet, den therapeutischen Prozess zu unterstützen. Die Stabilität der therapeutischen Allianz in der analysierten Therapiesitzung, die durch die Beteiligung der drei Teilnehmenden sowie die stark regulierende Präsenz des Therapeuten getragen wird, eröffnet die Möglichkeit, Nuancen und subtile Dynamiken zu untersuchen, die sonst bei grundlegenden Dissonanzen häufig in den Hintergrund treten.

Die Anerkennung der posttraumatischen Belastungsstörung war ein langer, von Abwehr und Nicht-Anerkennung geprägter Prozess, dessen Spuren bis heute nachwirken. Das Zuhören gegenüber dem Traumatischen bedeutet, sich einer kaum erträglichen Realität auszusetzen: der Desintegration des Selbst, dem Zusammenbruch von Weltvertrauen und der Erfahrung radikaler Ohnmacht. Trauma „simultaneously defies and demands our witness“ (Caruth 1996: 5). Erst wenn die Anerkennung des Traumas durch ein Gegenüber, durch eine unterstützende Umwelt, die „hört und gegen alle Widerstände auch hören will“, öffnet sich für die Betroffenen der Weg aus der Erstarrung hin zur Resilienz (Fischer & Riedesser 2023: 105; Kreuzer-Haustein 2020: 202). Resilienz stellt somit nicht nur eine individuelle, sondern eine kontextuell- und umfeldbedingte Entwicklung dar (Southwick et al. 2014: 5ff.).

Im *pas de trois* der dolmetschgestützten Traumatherapie können Dolmetschende als erste verbale Rezipient:innen traumatischer Narrative durch das „Wahrnehmen“ des Erlebten zur Anerkennung der inneren Wirklichkeit von Traumaüberlebenden beitragen. Ohne das Terrain therapeutischer Begleitung zu überschreiten, können sie als Zuhörer oder Zuhörerinnen im zwischenmenschlichen Gefüge dazu beitragen, jene Dynamik zu durchbrechen, die Danieli (2006: 841) als „conspiracy of silence“ bezeichnet. Darüber hinaus kann eine form- und stimmnahe *mimêsis* des Traumanarrativs die Rekonstruktion eines *subject of speech* in der Sprache unterstützen.

6.4. Limitationen

Zur Datenerhebung könnte bemängelt werden, dass der analysierte Korpus lediglich aus einer Videoaufnahme besteht. Der begrenzte Umfang des empirisch untersuchten Materials erwies sich dennoch als außerordentlich reichhaltig und ermöglichte eine Analyse zahlreicher interaktionaler Dynamiken. Des Weiteren war ein Mangel von Metainformationen zu verzeichnen, etwa zum Aufnahmeort der Sitzung oder dazu, ob eine Folgesitzung stattgefunden hat. Diese fehlenden Kontextdaten stellten einerseits eine Einschränkung dar, eröffneten andererseits aber auch die Möglichkeit einer möglichst induktiven Untersuchung, die sich dem Material ohne Apriori nähert.

Eine weitere Einschränkung der vorliegenden Masterarbeit ergab sich aus dem Kameratechnikwinkel, der die Dolmetscherin nicht erfasst. Ihre Teilhabe an der Interaktion konnte daher nur über prosodische und verbale Ressourcen rekonstruiert werden. Ein breiterer Bildausschnitt, der alle drei Interaktant:innen sichtbar macht, hätte eine umfassendere multimodale Analyse ermöglicht, insbesondere im Hinblick auf Blickrichtung, Körperausrichtung und räumliche Orientierung – die ebenfalls konstitutiv für die Ko-Konstruktion der Interaktion sind, unter anderem für die Koordinierung der Sprecherwechsel oder Sprecherinnenwechsel.

Die Qualität der Videoaufnahme stellte ebenfalls einen limitierenden Faktor dar. Mikroveränderungen auf körperlicher Ebene, etwa das Schließen oder Öffnen der Augen, sind nicht immer deutlich erkennbar. Eine höhere Auflösung des Videomaterials wäre wünschenswert, um die Granularität der Analyse weiter verfeinern können.

6.5. Ausblick

Die Analyse dieser Dolmetschsituation möchte empirische Einblicke in eine bislang kaum erforschte Sparte dolmetschgestützter therapeutischer Settings eröffnen. Aus der „untypischen“ Konstellation der Sitzung, in der nicht die Patientin, sondern der Therapeut im jeweiligen lokalen Kontext auf Dolmetschung angewiesen ist, sowie dem körperorientierte *bottom-up*-Ansatz des Somatic Experiencing ergibt sich eine Dolmetschsituation auf „Augenhöhe“, die möglicherweise nur schwer reproduzierbar ist. Gerade diese privilegierte Konstellation erlaubt es, subtile interaktionale, prosodische und körperlich-affektive Dynamiken in traumatherapeutischen Sitzungen zu beleuchten.

Die Forschungsergebnisse dieser Arbeit verweisen auf die zentrale Bedeutung nonverbaler Ressourcen in der Traumatherapie. Vor diesem Hintergrund wäre es wünschenswert, die vorliegende Untersuchung durch weiterführende transdisziplinäre Studien zu ergänzen, die insbesondere Blickverhalten, Körperausrichtung und räumliche Orientierung von Dolmetschenden analysieren. Dadurch ließe sich die multimodale Dimension therapeutischer Interaktion noch differenzierter erfassen und der konversationsanalytische Zugang erweitern.

Eine weitere Möglichkeit, an die Forschungsergebnisse dieser Arbeit anzuknüpfen, bestünde darin, die interaktionale Analyse durch Interviews mit den Teilnehmenden zu ergänzen. Dadurch ließe sich erfassen, wie Therapeut, Patientin und Dolmetscherin die Interaktion subjektiv erlebt und gedeutet haben. Eine solche Datentriangulation könnte die in der Interaktion sichtbar gewordenen Dynamiken mit den bewussten Wahrnehmungen der Interaktant:innen in Beziehung setzen. Weiterführend wäre auch eine Vergleichsstudie denkbar, die untersucht, ob eine gezielte Sensibilisierung von Dolmetschenden für trauma- und resilienzbegogene Aspekte die Qualität ihrer Präsenz, ihre prosodische Abstimmung, ihre Wiedergabe traumabezogener Sprache und die Dynamik der therapeutischen Interaktion verändert. Eine ergänzende Forschungsperspektive bestünde zudem in der Untersuchung verschiedener therapeutischer Interventionsformen, um die hier gewonnenen Erkenntnisse in Relation zu anderen therapeutischen Ansätzen setzen zu können.

Im Einklang mit dem deutlichen Appell der translationswissenschaftlichen Literatur plädiert die Verfasserin schließlich für eine Erweiterung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die die Vielfalt therapeutischer Settings und insbesondere traumatherapeutische Kontexte einbeziehen. Gleichzeitig sollten auch Behandelnde für die komplexen Dynamiken dolmetschgestützter Kommunikation sensibilisiert werden. Nur so kann ein gelingendes Miteinander entstehen, das die Zusammenarbeit stärkt und ein tragfähiges therapeutisches Bündnis ermöglicht.

Bibliographie

- Abdallah-Steinkopff, Barbara (1999). Psychotherapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung unter Mitwirkung von Dolmetschern. *Verhaltenstherapie* 9 (4), 211–220.
- Adam, Christophe (2012). Jalons pour une théorie critique du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). *Déviance et Société* 36 (2), 137–169.
- American Psychological Association (2015). *APA dictionary of psychology*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association.
- Améry, Jean (1977). *Jenseits von Schuld und Sühne: Bewältigungsversuche eines Überwältigten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Amfreville, Marc (2014). The Burning Book. *Journal of Literature and Trauma Studies* 2 (1–2), 1–13.
- Angelelli, Claudia & Baer, Brian James (2016). *Researching translation and interpreting*. 1st ed. London: Routledge.
- Angelelli, Claudia Viviana (2004). *Revisiting the Interpreter's Role: A study of conference, court, and medical interpreters in Canada, Mexico, and the United States*. (Benjamins Translation Library, 55). Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Angeloch, Dominic (2020). A sense of disaster, past and impending. In: Baumann, Jutta; Grabska, Klaus & Wolber, Gudrun (eds.) *Wenn Zeit nicht alle Wunden heilt: Trauma und Transformation*. 1st ed. Stuttgart: Klett-Cotta, 106–121.
- Antelme, Robert (1992). *The Human Race: Preceded by an Homage to Robert Antelme by Edgar Morin*. 1st ed. Marlboro: Marlboro Press.
- Appelfeld, Aharon (1994). *Beyond Despair: Three Lectures and a Conversation with Philip Roth*. 1st ed. New York: Fromm.
- Arendt, Hannah (1986). *Elemente und Ursprünge totaler Herrschaft: Antisemitismus. Imperialismus. Totale Herrschaft*. München/Zürich: Piper.
- Arènes, Jacques & Tarquinio, Cyril (2021). Avant-propos. In: Marie-Jo Brennstuhl & Fanny Marteau-Chasserieu (eds.) *L'alliance thérapeutique*. Paris: Dunod, XXI–XXII.
- Ataria, Yochai; Gurevitz, David; Neria, Yuval & Pedaya, Haviva (eds.) (2016). *Interdisciplinary Handbook of Trauma and Culture*. 1st ed. Cham: Springer.
- Auxéméry, Yann (2012). Les différentes « voix » de l'ESPT. Du désert langagier à la psychothérapie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 170 (5), 306–311.

- Auxéméry, Yann (2021). Le traumatisme psychique constitue une blessure du langage par atteinte des réseaux de significations. *L'Évolution Psychiatrique* 86 (2), 375–397.
- Auxéméry, Yann & Gayraud, Frédérique (2020). Le syndrome psycholinguistique traumatique (SPLIT). *L'Évolution Psychiatrique* 85 (4), 509–528.
- Ayaß, Ruth (2022). Konversationsanalyse. In: Sander, Uwe; von Gross, Friederike & Hugger, Kai-Uwe (Hg.) *Handbuch Medienpädagogik*. Wiesbaden: Springer, 427–433.
- Baigorri-Jalón, Jesús (2015). The history of the interpreting profession. In: Mikkelsen, Holly & Jourdenais, Renée (eds.) *The Routledge Handbook of Interpreting*. London: Routledge, 11–28.
- Bamford, Jordan; Abraham, Seri; Alachkar, Mustafa & Akinola, Adeola (2024). Falling on deaf ears: Interpreters as cultural brokers in mental healthcare. *BJPsych Bulletin* 48 (2), 73–77.
- Bancroft, Marjory A. (2015). Community Interpreting: A profession rooted in social justice. In: Jourdenais, Renée & Mikkelsen, Holly (eds.) *The Routledge Handbook of Interpreting*. London: Routledge, 217–235.
- Baranger, Madeleine; Baranger, Willy & Mom, Jorge Mario (1988). The Infantile Psychic Trauma from us to Freud: Pure Trauma, Retroactivity and Reconstruction. *International Journal of Psychoanalysis* 69 (1), 113–128.
- Barry, Ellen (2022). How Long Should It Take to Grieve? Psychiatry Has Come Up With an Answer. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2022/03/18/health/prolonged-grief-disorder.html> (Stand: 31.01.2025).
- Baumgärtner, Annette & Staiger, Anja (2020). Neurogene Störungen der Sprache und des Sprechens. *Neurologie up2date* 3 (2), 155–173.
- Bayerische Zentrum für Transkulturelle Medizin (o. J.). *Aktuelle Seminare Gemeindedolmetscher-Service für München*. <https://www.bayzent.de/weiterbildung/aktuelle-seminare/> (Stand: 24.07.2023).
- Béal, Arnaud & Chambon, Nicolas (2015). Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes. *Rhizome* 55 (1), 9–19.
- Benjet, Corina; Bromet, Evelyn; Karam, Elie Georges; Kessler, Ronald C.; McLaughlin, Katie A.; Ruscio, Ayelet Meron; Shahly, Victoria; Stein, Dan J.; Petukhova, Maria; Hill, Eric; Alonso, Jordi; Atwoli, Lukoye; Bunting, Brendan; Bruffaerts, Ronny; Caldas-de-Almeida, José-Miguel; de Girolamo, Giovanni; Florescu, Silvia; Gureje, Oye; Huang, Yue-qin; Lepine, Jean-Pierre; Kawakami, Norito; Kovess-Masfety, Viviane; Medina-Mora, Maria E.; Navarro-Mateu, Fernando; Piazza, Marina; Posada-Villa, Jose; Scott, Kate M.; Shalev, Avraham; Slade, Tim; Ten Have, Margreet; Torres, Yolanda; Viana, Maria Carmen; Zarkov, Zahari. & Koenen, Karestan C. (2016). The epidemiology of traumatic

- event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine* 46 (2), 327–343.
- Berger, Roni (2015). *Stress, Trauma, and Posttraumatic Growth: Social Context, Environment, and Identities*. 1st ed. New York: Routledge.
- Bergmann, Jörg (1981). Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Schröder, Peter & Steger, Hugo (Hg.) *Dialogforschung. Jahrbuch 1980 des Instituts für deutsche Sprache*. Düsseldorf: Schwann, 9–51.
- Bergmann, Jörg R. & Meyer, Christian (2021). Reflexivity, Indexicality, Accountability: Zur theoretisch-programmatischen Grundlegung der Ethnomethodologie. In: Bergmann, Jörg R. & Meyer, Christian (Hg.) *Ethnomethodologie reloaded: Neue Werkinterpretationen und Theoriebeiträge zu Harold Garfinkels Programm*. Bielefeld: transcript Verlag, 37–54.
- Bergunde, Annika; Pöllabauer, Sonja & UNHCR Österreich (Hg.) (2015): *Trainingshandbuch für DolmetscherInnen im Asylverfahren*. 1. Aufl. Linz: Trauner Verlag.
- Berking, Matthias & Rief, Winfried (2012). *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor: Band I: Grundlagen und Störungswissen Lesen, Hören, Lernen im Web*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Berufsverbandes für Hals-Nasen-Ohrenärzte (2023). *Dysphonie: Wenn die Stimme versagt*. <https://www.hno-aerzte-im-netz.de/news/hno-news/dysphonie-wenn-die-stimme-versagt.html> (Stand: 06.05.2025).
- Bijleveld, Henny-Annie (2014). Post-traumatic Stress Disorder and Stuttering: A Diagnostic Challenge in a Case Study. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 193, 37–43.
- Bion, Wilfred (1970). *Attention and Interpretation*. 1st ed. London: Tavistock Publications.
- Bioy, Antoine & Bachelart, Maximilien (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy* 49 (4), 317–326.
- Blank, Daniela (2023). *Mir Hat Niemand Zu Sagen, Wie Ich Trauern Soll! Eine Diskursanalyse der Trauer Im Kontext des DSM-5*. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer Vieweg.
- Bluhm, Robyn L.; Clark, C. Richard; McFarlane, Alexander C.; Moores, Kathryn A.; Shaw, Marnie E. & Lanius, Ruth A. (2011). Default network connectivity during a working memory task. *Human Brain Mapping* 32 (7), 1029–1035.
- Bluhm, Robyn L.; Frewen, Paul A.; Coupland, Nicholas C.; Densmore, Maria; Schore, Allan N. & Lanius, Ruth A. (2012). Neural correlates of self-reflection in post-traumatic stress disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 125 (3), 238–246.
- Blumenthal, Caroline (2016). *Das Nonverbale beim Dolmetschen im psychotherapeutischen Setting*. 1. Aufl. München: AVMpress.

- Böök, Kirsten (2018). Trauma und Recht. In: Schellong, Julia; Epple, Franziska, & Weidner, Kerstin (Hg.) *Praxisbuch Psychotraumatologie*. 1. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 231–238.
- Böök, Kirsten & Sachsse, Ulrich (2024). *Trauma und Justiz: Juristische Grundlagen für Psychotherapeuten - psychotherapeutische Grundlagen für Juristen*. Stuttgart: Schattauer.
- Bordin, Edward S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 16 (3), 252–260.
- Bot, Hanneke (2005). *Dialogue interpreting in mental health*. Amsterdam/New York: Editions Rodopi.
- Bot, Hanneke (2006). Community Interpreting in mental health: Research issues. *Linguistica Antverpiensia, New Series – Themes in Translation Studies* 5, 161–176
- Bot, Hanneke (2015a) Interpreting in Mental Health Care. In: Mikkelsen, Holly & Jourdenais, Renee (eds.) *The Routledge Handbook of Interpreting*. London: Routledge, 254–264.
- Bot, Hanneke (2015b) Psychotherapy. In: Pöchhacker, Franz; Grbić, Nadja; Mead, Peter & Setton, Robin (eds.) *The Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. London: Routledge, 332–333.
- Bot, Hanneke (2021). Dialogue interpreting in mental healthcare: Supportive interference. In: Spisiakova, Eva, & Susam-Saraeva, Sebnem (eds.) *The Routledge Handbook of Translation and Health*. Abingdon/New York: Taylor & Francis Group, 369–384.
- Bot, Hanneke & Wadensjö, Cecilia (2004) The Presence of a Third Party: A Dialogical View on Interpreter-Assisted Treatment. In: Wilson, John P. & Drozdek, Boris (eds.) *Broken spirits the treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims*. New York: Routledge, 355–378.
- Bourdieu, Pierre (1979). *La distinction : critique sociale du jugement*. Paris: Éditions de Minuit.
- Breuer, Josef & Freud, Sigmund (1895). *Studien über Hysterie*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Bringmann, Luise & Scheuern, Ralf (2020). In der Welt des stummen Traumas. In: Baumann, Jutta; Grabska, Klaus & Wolber, Gudrun (Hg.) *Wenn Zeit nicht alle Wunden heilt: Trauma und Transformation*. 1. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, 106–121.
- Brisset, Camille; Leanza, Yvan; Rosenberg, Ellen; Vissandjée, Bilkis; Kirmayer, Laurence J.; Muckle, Gina; Xenocostas, Spyridoula & Laforce, Hugues (2013). Language Barriers in Mental Health Care: A Survey of Primary Care Practitioners. *Journal of Immigrant and Minority Health* 16 (6), 1238–1246.
- Broda, Martine (2018). Paul Celan, la politique d'un poète après Auschwitz. In: Rancière, Jacques (ed.) *La politique des poètes*. Nanterre: Presses universitaires de Paris Nanterre, 177–187.

- Bromet, Evelyn J.; Atwoli, Lukoye; Kawakami, Norito; Navarro-Mateu, Fernando; Piotrowski, Patryk; King, Joseph A.; Aguilar-Gaxiola, Sergio; Alonso, Jordi; Bunting, Brendan; Demyttenaere, Koen; Florescu, Silvia; De Girolamo, Giovanni; Gluzman, Semyon; Haro, Josep Maria; de Jonge, Peter; Karam, Elie Georges; Lee, Sue; Kovess-Masfety, Viviane; Medina-Mora, Maria E.; Mneimneh, Zeina; Pennell, Beth-Ellen; Posada-Villa, Jose; Salmerón, Diego; Takeshima, Tadashi & Kessler, Ronald C. (2017). Post-traumatic stress disorder associated with natural and human-made disasters in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine* 47 (2), 227–241.
- Brückl, Tanja M. & Binder, Elisabeth B. (2017). Folgen früher Traumatisierung aus neurobiologischer Sicht. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 11 (2), 118–132.
- Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl (o. J.). *Begriffsbestimmungen*. https://www.bfa.gv.at/201/Begriffsbestimmungen/start.aspx#pk_110 (Stand: 05.10.2022).
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2025). *Merkblatt für Opfer einer Straftat*. https://www.bmjbv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Merkblatt_fuer_Opfer_einer_Straftat.pdf?__blob=publicationFile&v=9 (Stand: 04.08.2025).
- Bundesministerium für Justiz (2025). *Rechte und Pflichten im Strafverfahren für Verbrechensoffer*. https://www.oesterreich.gv.at/de/themen/hilfe_und_finanzielle_unterstuetzung_erhalten/unterstuetzungen_fuer_verbrechensopfer/3/Seite.2910420 (Stand: 04.08.2025).
- Busch, Brigitta & Hermann, Nina (2019). Worte finden für das Unsagbare: Die Bedeutung der Sprache in der Psychotherapie mit traumatisierten geflüchteten Menschen. *Zeitschrift für Beratungs- und Managementwissenschaften* 5, 72–78.
- Cagala, Elfi (2008). Eine Frage der Menschlichkeit? Psychotherapie traumatisierter Flüchtlinge mit Dolmetscherinnenbeteiligung. In: Grbić, Nadja & Pöllabauer, Sonja (Hg.) *Kommunaldolmetschen/Community Interpreting: Probleme - Perspektiven - Potenziale; Forschungsbeiträge aus Österreich*. 1. Aufl. Berlin: Frank & Timme, 221–252.
- Caglar, Leila Roskan (2012). *Traumatized Broca's Area A Linguistic Analysis of Speech in Posttraumatic Stress Disorder*. Dissertation, Utrecht University.
- Carmichael, Cheryl L. & Mizrahi, Moran (2023). Connecting cues: The role of nonverbal cues in perceived responsiveness. *Current Opinion in Psychology* 53.
- Carozza, Linda (2024). Post-Traumatic Stress Disorder and Cognitive Communication Effects. In: Hyter, Yvette D. (ed.) *Language Research in Post-Traumatic Stress*. 1st ed. New York: Routledge, 227–254.
- Carroll, Lewis (1869). *Alice's Adventures in Wonderland*. Boston: Lee and Shepard.

- Caruth, Cathy (ed.) (1995). *Trauma: Explorations in memory*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Caruth, Cathy (1996). *Unclaimed Experience: Trauma, Narrative, and History*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Celan, Paul (1963). *Die Niemandrose*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Celan, Paul (1967). *Atemwende*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Cenková, Ivana (2015). Relay Interpreting. In: Pöchhacker, Franz; Grbić, Nadja; Mead, Peter & Setton, Robin (eds.) *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. London: Routledge, 339–341.
- Charf, Dami (2018). *Auch alte Wunden können heilen: Wie Verletzungen aus der Kindheit unser Leben bestimmen und wie wir uns davon lösen können*. München: Kösel.
- Chiland, Colette (2012). Pour une méta-théorie de la psychothérapie. *Perspectives Psy* 51 (4), 356–363.
- Churchill, Winston (1951). *The Second World War: The Hinge of Fate*. 2nd ed. London: Cassell.
- Coleridge, Samuel (1876). *The rime of the ancient mariner*. London: Hamilton, Adams & Co.
- Cooper, Rachel (2018). *Diagnosing the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition*. London: Routledge.
- Cosgrove, Lisa & Krinsky, Sheldon (2012). A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists. *PLoS Medicine* 9 (3), 1-4.
- Coulon, Alain (2009). *L'ethnométhodologie*. 5th ed. Paris: Presses Universitaires de France.
- Crocq, Marc-Antoine & Crocq, Louis (2000). From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: A history of psychotraumatology. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2 (1), 47–55.
- Dabić, Mascha (2021). *Dolmetschen in der Psychotherapie: Prekäres Gleichgewicht*. Tübingen: Narr Francke Attempto.
- Daneshmayeh, Marion (2006). Eine kritische Analyse von Ausbildungsprogrammen im Bereich des Community Interpreting. In: Grbić, Nadja & Pöllabauer, Sonja (Hg.) *Ich habe mich ganz peinlich gefühlt: Forschung zum Kommundolmetschen in Österreich; Problemstellungen, Perspektiven und Potenziale*. Graz: Karl-Franzens-Universität Graz, 331–366.

- Danieli, Yael (1984). Psychotherapists' Participation in the Conspiracy of Silence About the Holocaust. *Psychoanalytic Psychology* 1 (1), 23–42.
- Danieli, Yael (1988). Confronting the Unimaginable. In: Wilson, John P., Harel, Zev & Kahana, Boaz (eds.) *Human Adaptation to Extreme Stress*. Boston: Springer, 219–238.
- Danieli, Yael (2006). Groups for Mental Health Professionals Working with Survivors. In: Schein, Leon A.; Rose, Joseph; Spitz, Henry; Burlingame, Gary & Muskin, Philip (eds.) *Psychological Effects of Catastrophic Disasters: Group Approaches to Treatment*. New York: Haworth Press, 841–876.
- Davis, Lauren C.; Diianni, Alexa T.; Drumheller, Sydney R.; Elansary, Noha N.; D'Ambrozio, Gianna N.; Herrawi, Farahdeba; Piper, Brian J. & Cosgrove, Lisa (2024). Undisclosed financial conflicts of interest in DSM-5-TR: Cross sectional analysis. *BMJ* 384, 1–7.
- Davoine, Francoise & Gaudillière, Jean-Max (2004). *History Beyond Trauma*. New York: Other Press.
- de Boe, Esther; Balogh, Katalin & Salaets, Heidi (2021). The impact of context on community interpreting research, practice and training. *Linguistica Antverpiensia, New Series – Themes in Translation Studies* 20, 1–28.
- de Chateaubriand, François-René (1899). *Mémoires d'outre-tombe*. Lyon: Librairie catholique Emmanuel Vitte.
- de Chateaubriand, François-René (1902). *The Memoirs of François René Vicomte de Chateaubriand sometime Ambassador to England*. London: Freemantle & Co.
- de Roten, Yves (2006). Ce qui agit effectivement en psychothérapie : facteurs communs ou agents spécifiques. *Bulletin de psychologie* 486 (6), 585–590.
- de Roten, Yves (2021). Qu'entend-on par rupture de l'alliance ? In: Brennstuhl, Marie-Jo & Marteau-Chasserieu, Fanny (eds.) *L'alliance thérapeutique en 66 notions*. Paris: Dunod, 163–168.
- de Roten, Yves; Plantade-Gipch, Anne & Marteau-Chasserieu, Fanny (2021). Les ruptures d'alliance : une opportunité d'évolution thérapeutique. In: Brennstuhl, Marie-Jo & Marteau-Chasserieu, Fanny (eds.) *L'alliance thérapeutique en 66 notions*. Paris: Dunod, 169–174.
- Delisle, Jean & Woodsworth, Judith (2012). *Translators through history*. Amsterdam: Benjamins.
- Delizée, Anne & Michaux, Christine (2017). Discussion critique interprétée & stratégies argumentatives et discursives : analyse du positionnement intersubjectif de l'interprète. *Dragoman. Journal for Translation Studies: Public Service Interpreting: The Interpreter's*

- discourse and its influence on the interpersonal relationship. Discursive and argumentative approaches* 5, 86–110.
- Deppermann, Arnulf (2010). Konversationsanalyse und diskursive Psychologie. In: Mey, Günter & Mruck, Katja (Hg.) *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer, 643–661.
- Deppermann, Arnulf (2020). Konversationsanalyse und diskursive Psychologie. In: Mey, Günter & Mruck, Katja (Hg.) *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer, 649–672.
- Di Vittorio, Pierangelo (2014). La psychiatrie et la santé mentale à l'épreuve du DSM. Fantômes de pureté, réalités hybrides. *Déviance et Société* 38 (1), 103–121.
- Die österreichische Justiz (2024). *Prozessbegleitung*. <https://www.justiz.gv.at/service/opferhilfe-und-prozessbegleitung/prozessbegleitung.2c94848535a081cf0135a49ef4880021.de.html> (Stand: 08.08.2025).
- Dilling, Horst & Reimer, Christian (1997). Psychotherapie. In: Dilling, Horst, & Reimer, Christian (Hg.). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin/Heidelberg: Springer, 231–250.
- Diriker, Ebru (2015). Conference Interpreting. In: Jourdenais, Renée & Mikkelsen, Holly (eds.) *The Routledge Handbook of Interpreting*. 1st ed. London: Routledge, 78–82.
- Dodman, Trevor (2015). *Shell Shock, Memory, and the Novel in the Wake of World War I*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dresing, Thorsten & Pehl, Thorsten (2020). Transkription. In: Mey, Günter, & Mruck, Katja (Hg.) *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Band 2: Designs und Verfahren*. Wiesbaden: Springer, 835–854.
- Dreßing, Harald & Foerster, Klaus (2021). Traumafolgestörungen in ICD-10, ICD-11 und DSM-5: Diagnosekriterien und ihre Bedeutung für die gutachtliche Praxis. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 15 (1), 47–53.
- Drossart, Francis (2013). Suspendre le DSM. *Topique* 123 (2), 65–70.
- Dudai, Rina (2014). “And in the Beginning There Was Oblivion”: The Role of Forgetting in Working through the Holocaust Trauma within Poetic Language. *Journal of Literature and Trauma Studies* 3 (2), 49–72.
- Dudenredaktion (o. J.) *Psyche*. Duden online. https://www.duden.de/rechtschreibung/Psyche_Seele. (Stand: 30.07.2023).
- Durban, Joshua (2020). „Dolor Perpetua“ und die Zerstörung des Jetzt: Trauma, Zeitlosigkeit und Unmögliche Objekte in der frühen Kindheit. In: Baumann, Jutta; Grabska, Klaus, & Wolber, Gudrun (Hg.) *Wenn Zeit nicht alle Wunden heilt: Trauma und Transformation*. Stuttgart: Klett-Cotta, 81–105.

- Ehlert, Ulrike (2011). Verhaltensmedizinische Grundlagen. In: Wittchen, Hans-Ulrich & Hoyer, Jürgen (Hg.) *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin/Heidelberg: Springer, 287–300.
- Ehring, Thomas & Kunze, Anna (2020). Posttraumatische Belastungsstörung. In: Hoyer, Jürgen & Knappe, Susanne (Hg.) *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin/Heidelberg: Springer, 1159–1182.
- Elghezouani, Abdelhak (2007). Professionalisation of interpreters: The case of mental health care. In: Englund Dimitrova, Birgitta; Nilson, Anna-Lena & Wadensjö, Cecilia (eds.) *The Critical Link 4: Professionalisation of interpreting in the community. Selected papers from the 4th International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Stockholm, Sweden, 20-23 May 2004* (Benjamins Translation Library 70). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 215–225.
- Elias, Norbert (1987). *Die Gesellschaft der Individuen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- End, Larissa (2024). Psychotraumata im Kindesalter: Ihre Auswirkungen auf die kognitiven und die sprachlichen Fähigkeiten. *Logopädischeschweiz* 3, 5–14.
- Ergos Institute (o. J.) *Somatic Experiencing® (SE™)*. <https://www.somaticexperiencing.com/somatic-experiencing> (Stand: 24.09.2023).
- EU (2010). *Richtlinie 2010/64/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Oktober 2010 über das Recht auf Dolmetschleistungen und Übersetzungen in Strafverfahren*. AB1 2010 L280/1.
- EU (2012). *Richtlinie 2012/29/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. Oktober 2012 über Mindeststandards für die Rechte, die Unterstützung und den Schutz von Opfern von Straftaten sowie zur Ersetzung des Rahmenbeschlusses 2001/220/JI*. AB1 2012 L315/57.
- Europäische Kommission (2006). *Grünbuch über die Unschuldsvermutung*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:52006DC0174> (Stand: 02.08.2025).
- Europäische Kommission (2023). *Kommission schlägt Stärkung der Rechte von Opfern von Straftaten vor*. https://germany.representation.ec.europa.eu/news/eu-kommission-will-rechte-von-opfern-von-straftaten-starken-2023-07-12_de (Stand: 08.08.2025).
- Farooq, Saeed & Fear, Chris (2003). Working through interpreters. *Advances in Psychiatric Treatment* 9 (2), 104–109.
- Faulkner, William (1919). *Requiem for a nun*. New York: Vintage Books.
- Feinbier, Robert J. (2015). *Psycholinguistik in der Gesprächsführung: Theorie und Praxis einer psycholinguistischen Sprechaktanalyse*. Wiesbaden: Springer.

- Felgner, Lars (2017). *Nonverbale Kommunikation beim medizinischen Dolmetschen*. Berlin: Frank & Timme.
- Felman, Shoshana & Laub, Dori (1992). *Testimony: Crises of Witnessing in Literature, Psychoanalysis, and History*. New York: Routledge.
- Figley, Charles R. (ed.) (2012). *Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide*. Los Angeles: Sage.
- Fischer, Claudia (2016). Traumafolgestörungen: Das Gehirn ist keine Wachstafel. *Deutsches Ärzteblatt PP* 15 (6), 266–267.
- Fischer, Gottfried & Riedesser, Peter (2023). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. 6. Aufl. München: UTB.
- Fletcher, John (2013). *Freud and the Scene of Trauma*. New York: Fordham University Press.
- Foucault, Michel (1988). *Naissance de la clinique*. 1st ed. Paris: PUF.
- Foucault, Michel (1989). *Les mots et les choses : une archéologie des sciences humaines*. Paris: Gallimard.
- Foucault, Michel (2016). *Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. 10. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer.
- Frances, Allen (2010). *It's not too late to save "normal"*. <https://www.latimes.com/archives/la-xpm-2010-mar-01-la-oe-frances1-2010mar01-story.html> (Stand: 28.01.2025).
- Franke, William (2014). Poetics of Silence in the Post-Holocaust Poetry of Paul Celan. *Journal of Literature and Trauma Studies* 2 (1), 137–158.
- Frankl, Viktor E. (2017). *Mensch sein heißt Sinn finden*. München/Zürich/Wien: Verlag Neue Stadt.
- Fresco, Nadine (1984). Remembering the Unknown. *International Review of Psycho-Analysis* 11 (4), 417–427.
- Freud, Sigmund (1920). *Gesammelte Werke: Chronologisch geordnet. XIII, Jenseits des Lustprinzips*. 10. Aufl. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Freud, Sigmund (1926). *Die Frage der Laienanalyse: Unterredungen mit einem Unparteiischen*. Bayer, Lothar (Hg.) Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Freud, Sigmund (1937). Psychische Behandlung (Seelenbehandlung). *Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik* 11 (2), 133–147.
- Freytag, Holger; Krahel, Gordon; Hoffmann, Reinhard & Krahel, Christina (2010). Posttraumatische Belastungsstörung. *Orthopädie und Unfallchirurgie up2date* 5 (03), 189–206.

- Friele, Boris & Aumann, Gerlinde (2018). Rollengestaltung und Beziehung von psychosozialen Fachkräften und Sprachmittlern/Sprachmittlerinnen in der Triade. In: Schriefers, Silvia & Hadzic, Elvira (Hg.) *Sprachmittlung in Psychotherapie und Beratung mit geflüchteten Menschen*. 1. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 59–78.
- Furrer, Maya & Burr, Christian (2021). Den Bewegungen folgen: Erkenntnisse aus Somatic Experiencing® für die psychiatrische Pflege. *Psychiatrische Pflege* 6 (4), 15–19.
- Fussell, Paul (1975). *The Great War and Modern Memory*. New York: Oxford University Press.
- Gadamer, Hans-Georg (1993). *Hermeneutik: Wahrheit und Methode. Ergänzungen, Register*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Garber, Nathan (2000). Community Interpretation: A Personal View. In: Roberts, Roda P.; Carr, Silvana E.; Abraham, Diana & Dufour, Aideen (eds.) *The Critical Link 2: Interpreters in the Community: Selected Papers From the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings, Vancouver, BC, Canada, 19-23 May 1998* (Benjamins Translation Library 31). Amsterdam: John Benjamins Publishing, 9–20.
- Garfinkel, Harold (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Gartner, Richard (2016). *Trauma and Countertrauma, Resilience and Counterresilience: Insights from Psychoanalysts and Trauma Experts*. New York: Routledge.
- Gaston, Louise (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 27 (2), 143–153.
- Gavioli, Laura (2012). Minimal responses in interpreter-mediated medical talk. In: Gavioli, Laura & Baraldi, Claudio (eds.) *Coordinating Participation in Dialogue Interpreting* (Benjamins Translation Library 102). Amsterdam: John Benjamins Publishing, 201–208.
- Gavioli, Laura (2016). Conversation analysis. In: Angelelli, Claudia & Baer, Brian James (eds.) *Researching translation and interpreting*. 1st ed. London: Routledge, 185–194.
- Gavioli, Laura & Merlini, Raffaella (2023). Public service interpreting in healthcare. In: Gavioli, Laura & Wadensjö, Cecilia (eds.) *The Routledge Handbook of Public Service Interpreting*. 1st ed. New York: Routledge, 192–206.
- Gayraud, Frédérique & Auxéméry, Yann (2022). Identification of the marks of psychic trauma in spoken language: Definition of the “SPLIT-10” diagnostic scale. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* 180 (3), 195–212.
- Gayraud, Frédérique & Auxéméry, Yann (2023). Le développement du discours des personnes blessées psychiques : de l’indicible à la métaphore. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 181 (3), 216–226.

- Gelso, Charles J. & Hayes, Jeffrey (2007). *Countertransference and the Therapist's Inner Experience: Perils and Possibilities*. New York: Routledge.
- Gentile, Adolfo (1997). Community Interpreting or Not? Practices, Standards and Accreditation. In: Roberts, Roda P., Carr, Silvana E., Steyn, Dini & Dufour, Aideen (eds.) *The Critical Link 2: Interpreters in the Community: Selected Papers From the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings, Vancouver, BC, Canada, 19-23 May 1998* (Benjamins Translation Library 31). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 109–118.
- Gentile, Adolfo (2015). Australia. In: Pöchhacker, Franz; Grbić, Nadja; Mead, Peter & Setton, Robin (eds.) *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. London: Routledge, 26–29.
- Geyer, Michael & Senf, Wolfgang (2020). Geschichte und Entwicklungslinien der Psychotherapie. In: Senf, Wolfgang; Broda, Michael; Voos, Dunja & Neher, Martin (Hg.) *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch*. 6. Aufl. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, 40–49.
- Gildea, Iris J. (2018). Ricoeur's Theory of Metaphor as Trauma Praxis. *Journal of Literature and Trauma Studies* 7 (2), 21–43.
- Gindt, Morgane; Mayaffre, Damon; Garcia, René & Chanquoy, Lucile (2013). Impact de l'état de stress post-traumatisme sur le discours, via une approche psycholinguistique. *European Psychiatry* 28 (S2), 48.
- Glanzer, Edith (2003). Geleitwort: Was wir dringend benötigen. In: Pöllabauer, Sonja, & Prunč, Erich (Hg.) *Brücken bauen statt Barrieren: Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Graz: Karl-Franzens-Universität Graz, 13–14.
- Goffman, Erving (1967). *Interaction ritual: Essays of face-to-face behavior*. Garden City, NY: Doubleday.
- Goffman, Erving (1981). *Forms of talk*. Oxford: Blackwell.
- Goffman, Erving (1983). The Interaction Order: American Sociological Association, 1982 Presidential Address. *American Sociological Review* 48 (1), 1–17.
- Goffman, Erving (1990). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Doubleday.
- Goffman, Erving (2010). *Relations in Public: Microstudies of the Public Order*. 1st ed. New York: Routledge.
- Goguikian Ratcliff, Betty (2022). Du bon usage de l'interprète, entre neutralité et implication émotionnelle. *Cahiers du Centre de Linguistique et des Sciences du Langage* 28, 39–56.

- Grabska, Klaus (2020). Trauma und Transformation. In: Baumann, Jutta, Grabska, Klaus & Wolber, Gudrun (Hg.) *Wenn Zeit nicht alle Wunden heilt: Trauma und Transformation*. Stuttgart: Klett-Cotta, 21–46.
- Granger, Emily & Baker, Martyn (2003). The role and experience of interpreters. In: Tribe, Rachel & Raval, Hitesh (eds.) *Working with interpreters in mental health*. Hove/New York: Brunner-Routledge, 99–121.
- Grawe, Klaus & Caspar, Franz (2012). Allgemeine Psychotherapie. In: Senf, Wolfgang & Broda, Michael (Hg.) *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch*. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme, 33–46.
- Grbić, Nadja & Pöchlhammer, Franz (2015). Community Interpreting. In: Pöchlhammer, Franz; Grbić, Nadja; Mead, Peter & Setton, Robin (eds.) *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. London: Routledge, 65–69.
- Grbić, Nadja & Pöllabauer, Sonja (2008). Counting what counts: Research on community interpreting in German-speaking countries – A scientometric study. *Target: International Journal of Translation Studies* 20 (2), 297–332.
- Grenaudier-Klijn, France (2016). An Eloquent Silence: Silent Women in Three Novels by Patrick Modiano. *Journal of Literature and Trauma Studies* 5 (2), 23–39.
- Grinberg, León; Grinberg, Rebeca & Leupold-Löwenthal, Harald (1990). *Psychoanalyse der Migration und des Exils*. München/Wien: Psychosozial-Verlag.
- Grover, Anand & Lander, Fiona (2012). Das Recht auf Gesundheit in Theorie und Praxis: Ein Rahmenübereinkommen wäre sinnvoll. *Vereinte Nationen* 60 (5), 214–218.
- Grugger, Helmut (2018). *Trauma - Literatur - Moderne: Poetische Diskurse zum Komplex des Psychotraumas seit der Spätaufklärung*. Wiesbaden: J.B. Metzler.
- Günzel-Helmig, Antje (2022). Das Phänomen des Verstummens und seine Bedeutung in einer adhäsiven Pseudo-Objekt-Übertragung. *Forum der Psychoanalyse* 38 (1), 63–76.
- Gurris, Norbert F. & Wenk-Ansohn, Mechthild (2013). Folteropfer und Opfer politischer Gewalt. In: Maercker, Andreas (Hg.) *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Berlin/Heidelberg: Springer, 525–553.
- Haakana, Markku; Laakso, Minna & Lindström, Jan (2009). Introduction: Comparative Dimensions of Talk in Interaction. In: Haakana, Markku; Laakso, Minna & Lindström, Jan (eds.) *Talk in interaction: Comparative dimensions*. Helsinki: Finnish Literature Society, 15–47.
- Hale, Sandra (2007). *Community Interpreting*. Basingstoke/Hampshire: Palgrave Macmillan.

- Hale, Sandra (2008). Controversies over the role of the court interpreter. In: Valero-Garcés, Carmen & Martin, Anne (eds.) *Crossing Borders in Community Interpreting* (Benjamins Translation Library 76). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 99–121.
- Hale, Sandra Beatriz & Napier, Jemina (2014). *Research methods in interpreting: A practical resource*. London: Bloomsbury.
- Hanft-Robert, Saskia; Lindberg, Laura Glahder; 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* 14, 1–13.
- Hannemann, Matthias & Schriefers, Silvia (2018). Ausblick und Potentiale der psychosozialen Arbeit mit Sprachmittlern/Sprachmittlerinnen. In: Schriefers, Silvia, & Hadzic, Elvira (Hg.) *Sprachmittlung in Psychotherapie und Beratung mit geflüchteten Menschen: Wege zur transkulturellen Verständigung*. 1. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 135–143.
- Harjula, Eija (2002). Trauma Lives in Speech. *International Forum of Psychoanalysis* 11 (3), 198–201.
- Harris, Brian (1997). A Landmark in the Evolution of Interpreting. In: Roberts, Roda P.; Carr, Silvana E.; Steyn, Dini & Dufour, Aideen (eds.) *The Critical Link 2: Interpreters in the Community: Selected Papers From the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings, Vancouver, BC, Canada, 19-23 May 1998* (Benjamins Translation Library 31). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 1–3.
- Hartmann-Kotte, Lotte (2021). *Allgemeine Psychotherapie: Schulenübergreifende Wirkprinzipien und gemeinsame Theorieaspekte*. Berlin /Heidelberg: Springer.
- Harvey, Mary R. (1996). An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *Journal of Traumatic Stress* 9 (1), 3–23.
- Harvey, Mary R. (2007). Towards an Ecological Understanding of Resilience in Trauma Survivors. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 14 (1-2), 9–32.
- Hausmann, Clemens (2006). *Einführung in die Psychotraumatologie*. 1. Aufl. Wien: Facultas.
- Hebb, Donald Olding (1949). *The organization of behavior: A neuropsychological theory*. 1st ed. Mahwah: L. Erlbaum Associates.
- Held, Monika (2021). *Der Schrecken verliert sich vor Ort*. Köln: Eichborn.
- Hentschel, Uwe (2005). Die Therapeutische Allianz: Teil 1: Die Entwicklungsgeschichte des Konzepts und moderne Forschungsansätze. *Psychotherapeut* 50 (5), 305–317.

- Heritage, John & Clayman, Steven (2010). *Talk in Action: Interactions, Identities, and Institutions*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Heritage, John & Clayman, Steven (2024). Goffman, face, and the interaction order. In: Mondada, Lorenza & Peräkylä, Anssi (eds.) *New Perspectives on Goffman in Language and Interaction*. New York: Routledge, 77–96.
- Herman, Judith Lewis (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. 4 Aufl. New York: Basic Books.
- Hertog, Erik & van der Veer, Bart (2006). Taking stock: Research and methodology in community interpreting. *Linguistica Antverpiensia* 5, 11–17.
- Hill-Woods, Alice (2019). Anna Kavan’s Ecologies of Trauma: Who Are You? and Ice. *Journal of Literature and Trauma Studies* 8 (2), 55–75.
- Hipp, Daniel W. (2005). *The Poetry of Shell Shock: Wartime Trauma and Healing in Wilfred Owen, Ivor Gurney and Siegfried Sassoon*. Jefferson, N.C: McFarland & Co.
- Hitzler, Sarah & Messmer, Heinz (2011). Konversationsanalyse. In: Oelerich, Gertrud & Otto, Hans-Uwe (Hg.) *Empirische Forschung und Soziale Arbeit: Ein Studienbuch*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 307–311.
- Höflich, Sabine (2022). Mit der Macht des Wortes aus der Ohnmacht: Über traumasensiblen Sprachgebrauch. *R&E-SOURCE* 18, 1–7.
- Hopf, Christel (2016). Soziologie und qualitative Sozialforschung. In: Hopf, Christel (Hg.) *Schriften zu Methodologie und Methoden qualitativer Sozialforschung: Herausgegeben von Wulf Hopf und Udo Kuckartz*. Wiesbaden: Springer, 13–45.
- Horowitz, Sara R. (1997). *Voicing the void: Muteness and memory in Holocaust fiction*. Albany: State University of New York Press.
- Howard, Jacqueline; Lorenzo-Luaces, Lorenzo; Lind, Colton; Lakhan, Prabhvir & Rutter, Lauren A. (2024). Is a Criterion A trauma necessary to elicit posttraumatic stress symptoms? *Journal of Psychiatric Research* 170, 58–64.
- Høystad, Ole Martin (2017). *Die Seele: Eine Kulturgeschichte*. Wien/Köln/Weimar: Böhlau Verlag.
- Hu, Jiawei; Zhao, Chunxiao; Shi, Congrong; Zhao, Ziyi & Ren, Zhihong (2024). Speech-based recognition and estimating severity of PTSD using machine learning. *Journal of Affective Disorders* 362, 859–868.
- Hüllemann, Brigitte (2019). *Einführung in die Traumatherapie*. 1. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag.

- Hunt, Nigel C. (2010). *Memory, war, and trauma*. Cambridge/New York: Cambridge University Press.
- Iacono, Katia (2021). Von der Theorie zur Praxis: Ausgewählte Praxisprojekte aus dem DACH-Raum. In: Pöllabauer, Sonja & Kadrić, Mira (Hg.) *Entwicklungslinien des Dolmetschens im soziokulturellen Kontext*. Tübingen: Narr Francke Attempto, 293–308.
- Imtiaz, Sarah; Panico, Francesco; Catalano, Laura; De Biase, Rosalia & Sagliano, Laura (2026). Brain network alterations in trauma and post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Academia Neuroscience and Brain Research* 2 (2), 1–18.
- Jahl, Julia (2022). *Traumatische Ereignisse als Herausforderung für die Ermittlung der materiellen Wahrheit*. Diplomarbeit, Universität Linz.
- Janoff-Bulman, Ronnie (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.
- Jefferson, Gail (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. In: Lerner, Gene H. (ed.) *Pragmatics & Beyond New Series*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 13–31.
- Jehel, Louis & Guidère, Mathieu (2022). *Psychotraumatologie: les mots du trauma*. Paris: Lavoisier-Médecine sciences.
- Jones, Franklin D.; Sparacino, Linette R.; Wilcox, Victoria L.; Rothberg, Joseph M. & Stokes, James W. (1995). *War Psychiatry*. Washington DC: Office of the Surgeon General, U.S. Army.
- Joseph, Alun E. & Kearns, Robin A. (1999). Unhealthy Acts: Interpreting narratives of community mental health care in Waikato, New Zealand. *Health & Social Care in the Community* 7 (1), 1–8.
- Joseph, Stephen (2015). *Was uns nicht umbringt: Wie es Menschen gelingt, aus Schicksalsschlägen und traumatischen Erfahrungen gestärkt hervorzugehen*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Kadrić, Mira (2021). Formung einer Translationskultur im DACH-Raum: Handlungen, Strukturen und ein Ausblick. In: Pöllabauer, Sonja & Kadrić, Mira (Hg.) *Entwicklungslinien des Dolmetschens im soziokulturellen Kontext*. Tübingen: Narr Francke Attempto, 309–330.
- Kavan, Anna (2017). *Ice*. London: Penguin Books.
- Kessler, Ronald; Sonnega, Shelby; Bromet, Evelyn J.; Hughes, Michael & Nelson, Christopher (1996). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry* 52, 1048–1060.

- Kessler, Sebastian (2017). *Die Verwaltung sozialer Benachteiligung: Zur Konstruktion sozialer Ungleichheit in der Gesundheit in Deutschland*. Wiesbaden: Springer VS.
- Kilpatrick, Dean G.; Resnick, Heidi S.; Milanak, Melissa E.; Miller, Mark W.; Keyes, Katherine M. & Friedman, Matthew J. (2013). National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-5 Criteria: DSM-5 PTSD Prevalence. *Journal of Traumatic Stress* 26 (5), 537–547.
- Klammer, Martina & Pöchlhammer, Franz (2021). Video remote interpreting in clinical communication: A multimodal analysis. *Patient Education and Counseling* 104 (12), 2867–2876.
- Kleefeldt, Esther; Zito, Dima & Hadzic, Elvira (2018). Vorgehensweisen in und aus der Praxis – eine Orientierungshilfe. In: Schriefers, Silvia & Hadzic, Elvira (Hg.) *Sprachmittlung in Psychotherapie und Beratung mit geflüchteten Menschen*. 1. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 79–99.
- Kleim, Birgit; Horn, Andrea B.; Kraehenmann, Rainer; Mehl, Matthias R. & Ehlers, Anke (2018). Early Linguistic Markers of Trauma-Specific Processing Predict Post-trauma Adjustment. *Frontiers in Psychiatry* 9, 1–7.
- Klingler, Oswald J. (2018). Belastungsreaktionen bei Soldaten: Vom Kampf gegen Simulanten und Psychopathen bis zur Einrichtung professioneller Behandlungszentren. *Österreichische Militärische Zeitschrift* 6, 718–725.
- Kluge, Ulrike; Rapp, Michael A.; Mehran, Nassim; Jumaa, Jinan & Aichberger, Marion Christina (2019). Armut, Migration und psychische Gesundheit. *Der Nervenarzt* 90 (11), 1103–1108.
- Knoff, Aubrey A.; Vasterling, Jennifer J. & Verfaellie, Mieke (2024). Beyond trauma: A review of content and linguistic characteristics of nontrauma narratives in posttraumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology* 15 (1), 1–11.
- Köhne, Julia Barbara (2015). *Militärpsychiatrie und Kriegspsychologie im Ersten Weltkrieg und das Problem der Masse*. Portal Militärgeschichte. https://www.portal-militaergeschichte.de/koehne_militaerpsychiatrie (Stand: 20.10.2023).
- Kofman, Sarah (1998). *Smothered Words*. Evanston: Northwestern University Press.
- Köllmann, Anke (2012). *Dolmetschen im psychotherapeutischen Setting: Eindrücke aus der Praxis*. München: Meidenbauer.
- Koole, Tom & Gosen, Myrte N. (2024). Scopes of reciprocity: An organization of responses to informings. *Journal of Pragmatics* 222, 25–39.
- Krennerich, Michael (2016). Das Menschenrecht auf Gesundheit: Grundzüge eines komplexen Rechts. In: Frewer, Andreas & Bielefeldt, Heiner (Hg.) *Das Menschenrecht auf Gesundheit: Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse*. Bielefeld: Transcript, 57–92.

- Kreuzer-Haustein, Ursula (2018). Geflüchtete und Traumata: Zum Artikel «Unser Verhältnis zu Flüchtlingen» von Sverre Varvin. *PSYCHE* 72 (03), 216–230.
- Kreuzer-Haustein, Ursula (2020). Trauma und die innere Arbeit des Analytikers. In: Baumann, Jutta; Grabska, Klaus & Wolber, Gudrun (Hg.) *Wenn Zeit nicht alle Wunden heilt: Trauma und Transformation*. 1. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, 191–215.
- Kriz, Jürgen (2012). Wissenschaftliche Grundlagen: Denkmodelle. In: Senf, Wolfgang & Broda, Michael (Hg.) *Praxis der Psychotherapie: ein integratives Lehrbuch*. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme, 26–32.
- Kruschwitz, Hans (2022). „Ich versuchte die Leere in mir mit Vokabeln zu füllen.“ Identität, Sprache und Trauma in Olga Grjasnowas Roman *Der Russe ist einer, der Birken liebt* (2012). *Literatur Für Leser* 45 (3), 133–144.
- Krystal, John H.; Abdallah, Chadi G.; Averill, Lynette A.; Kelmendi, Benjamin; Harpaz-Rotem, Ilan; Sanacora, Gerard; Southwick, Steven M. & Duman, Ronald S. (2017). Synaptic Loss and the Pathophysiology of PTSD: Implications for Ketamine as a Prototype Novel Therapeutic. *Current Psychiatry Reports* 19 (10), 1–11.
- Krystallidou, Demi & Pye, Peter (2018). How interpreters influence patient participation in medical consultations: The confluence of verbal and nonverbal dimensions of interpreter-mediated clinical communication. *Patient Education and Counseling* 101 (10), 1804–1813.
- Kurz, Ingrid (1986). Das Dolmetscher-Relief aus dem Grab des Haremhab in Memphis: Ein Beitrag zur Geschichte des Dolmetschens im alten Ägypten. *Babel* 32 (2), 73–77.
- Lane, Becky (1995). *Where the rivers join: A personal account of healing from ritual abuse*. 1st ed. Vancouver: Press Gang Publishers.
- Langer, Lawrence L. (1993). *Holocaust testimonies: The ruins of memory*. New Haven: Yale University Press.
- Laub, Dori (1991). Truth and Testimony The Process and the Struggle. *American Imago* 48 (1), 75–91.
- Lebigot, François (2011). *Le traumatisme psychique*. Brüssel: Fabert.
- Le Monde & AFP (2024). « Je suis une femme totalement détruite », déclare Gisèle Pelicot, au procès des viols de Mazan. *Le Monde* 23. Oktober 2024. https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/10/23/au-proces-des-viols-de-mazan-gisele-pelicot-declare-etre-une-femme-totalement-detruite_6358694_3224.html. (Stand: 14.08.2025).
- Leanza, Yvan; Brisset, Camille; Rocque, Rhéa & Boilard, Alexandra (2017). Challenges to and Recommendations for Working with a Community Interpreter in Mental Health: A Canadian Perspective. In: Jacobs, Elizabeth A. & Diamond, Lisa C. (eds.) *Providing Health*

- Care in the Context of Language Barriers*. Bristol/Blue Ridge Summit: Multilingual Matters, 56–70.
- Lefebvre, Augustin (2016). Compte-rendu de Corps en interaction : Participation, spatialité, mobilité. *Bulletin suisse de Linguistique appliquée* 103, 167–171.
- Leunen, Dorothée & Grosmaître, Catherine (2020). Du DSM-5 à la neuropsychologie : l’exploration cognitive dans le diagnostic des troubles neurodéveloppementaux. *Contraste* 51 (1), 69–90.
- Levi, Primo (1990). *Die Untergegangenen und die Geretteten*. München: Hanser.
- Levi, Primo (1998). *The Drowned and the Saved*. London: Michael Joseph.
- Levine, Peter A. (2010). *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Levine, Peter A. (2011). *Sprache ohne Worte: Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt*. München: Kösel.
- Levine, Peter A. (2015). *Trauma and memory: Brain and body in a search for the living past: A practical guide for understanding and working with traumatic memory*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Lifton, Robert Jay (1991). *Death in life: Survivors of Hiroshima*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Llewellyn-Jones, Peter & Lee, Robert G. (2013). Getting to the Core of Role: Defining Interpreters’ Role- Space. *International Journal of Interpreter Education* 5, 54–72.
- Lowenthal, Jeremy (2019). Airing Trauma on the BBC Third Programme. *Journal of Literature and Trauma Studies* 8 (2), 77–100.
- Luborsky, Lester (1975). Comparative Studies of Psychotherapies: Is It True That “Everyone Has Won and All Must Have Prizes”? *Archives of General Psychiatry* 32 (8), 995–1008.
- Luborsky, Lester; Rosenthal, Robert; Diguer, Louis; Andrusyna, Tomasz P.; Berman, Jeffrey S.; Levitt, Jill T.; Seligman, David A. & Krause, Elizabeth D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well - Mostly. *Clinical Psychology* 9 (1), 2–12.
- Lutz, Gabriel (2020). Die Macht der Narbe. In: Baumann, Jutta; Grabska, Klaus & Wolber, Gudrun (Hg.) *Wenn Zeit nicht alle Wunden heilt: Trauma und Transformation*. Stuttgart: Klett-Cotta, 252–264.
- Maderthaner, Rainer (2021). *Psychologie*. 3. Aufl. Wien: Facultas.

- Maercker, Andreas; Forstmeier, Simon; Wagner, Birgit; Glaesmer, Heide & Brähler, Elmar (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland: Ergebnisse einer gesamt-deutschen epidemiologischen Untersuchung. *Der Nervenarzt* 79 (5), 577–586.
- Maercker, Andreas (Hg.) (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Mahr, Christoph (2018). *Praxishandbuch integrative Psychotherapie: Ein methodenorientiertes und wegweisendes Grundlagenwerk*. Wiesbaden: Springer.
- Margraf, Jürgen (2018). Hintergründe und Entwicklung. In: Margraf, Jürgen & Schneider, Silvia (Hg.) *Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie*. 4. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer, 3–35.
- Marics, Alexandra (2006). „Miš fa:him walla e:?” Ein diskursanalytischer Beitrag zum Laiendolmetschen. In: Grbić, Nadja, & Pöllabauer, Sonja (Hg.) *Ich habe mich ganz peinlich gefühlt: Forschung zum Kommunaldolmetschen in Österreich; Problemstellungen, Perspektiven und Potenziale*. Graz: Karl-Franzens-Universität Graz, 65–90.
- Marics, Alexandra & Nuč, Aleksandra (2021). Der österreichische Kommunaldolmetschmarkt. In: Pöllabauer, Sonja & Kadrić, Mira (Hg.) *Entwicklungslinien des Dolmetschens im soziokulturellen Kontext*. Tübingen: Narr Francke Attempto, 249–271.
- Marteau-Chasserieau, Fanny & Plantade-Gipch, Anne (2021). L’alliance thérapeutique : une variable intégrative. In: Brennstuhl, Marie-Jo & Marteau-Chasserieau, Fanny (eds.) *L’alliance thérapeutique en 66 notions*. Paris: Dunod, 25–29.
- Martínez-Gómez, Aída (2015). Non-professional interpreters. In: Jourdenais, Renee & Mikkelsen, Holly (eds.) *The Routledge Handbook of Interpreting*. London: Routledge, 417–431.
- Mason, Ian (2023). Cultural assumptions, positioning and power. In: Gavioli, Laura & Wadensjö, Cecilia (eds.) *The Routledge Handbook of Public Service Interpreting*. 1st ed. London: Routledge, 63–75.
- Mbiatong, Jérôme (2019). Ethnométhodologie. In: Delory-Momberger, Christine (ed.) *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique*. Toulouse: érès, 219–222.
- Mehnert-Theuerkauf, Anja (2022). Migration und Gesundheit. *Forum* 37 (4), 255–257.
- Mellor, Felicity & Webster, Stephen (2016). *The Silences of Science: Gaps and Pauses in the Communication of Science*. London: Taylor and Francis.
- Mendelsohn, Michaela; Zachary, Robin S. & Harney, Patricia A. (2007). Group Therapy as an Ecological Bridge to New Community for Trauma Survivors. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 14 (1–2), 227–243.

- Menne, Brita & Frommberger, Ulrich (2018). Traumafolgen auf Körper- und Verhaltensebene. In: Schellong, Julia; Epple, Franziska & Weidner, Kerstin (Hg.) *Praxisbuch Psychotraumatologie*. 1. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 33–38.
- Mercier, Pascal (2021). *Das Gewicht der Worte: Roman*. 1. Aufl. München: btb.
- Mergenthaler, Erhard & Bucci, Wilma (1999). Linking verbal and non-verbal representations: Computer analysis of referential activity. *British Journal of Medical Psychology* 72 (3), 339–354.
- Mey, Günter & Mruck, Katja (Hg.) (2020). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie: Band 2: Designs und Verfahren*. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden Imprint.
- Mikkelsen, Holly (1999). Relay Interpreting. *The Translator* 5 (2), 361–380.
- Mikkelsen, Holly (2004). The Professionalization of Community Interpreting. *aiic.net*, 1-9. https://aiic.org/document/92/AIICBlog_Oct2004_MIKKELSON_Community_interpreting_EN.pdf (Stand: 21.01.2021)
- Moazedi, Maryam Laura (2006). Von Samurai und Samaritern: Status, Image und Persönlichkeit unterschiedlicher Dolmetschtypen. In: Grbić, Nadja & Pöllabauer, Sonja (Hg.) *Ich habe mich ganz peinlich gefühlt: Forschung zum Kommunaldolmetschen in Österreich; Problemstellungen, Perspektiven und Potenziale*. Graz: Karl-Franzens-Universität Graz, 65–90.
- Möllering, Andrea (2012). Posttraumatische Störungen. In: Senf, Wolfgang & Broda, Michael (Hg.) *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch*. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme, 397–405.
- Mondada, Lorenza (2016). Zwischen Text und Bild: Multimodale Transkription. In: Hausendorf, Heiko; Schmitt, Reinhold & Kesselheim, Wolfgang (Hg.) *Interaktionsarchitektur, Sozialtopographie und Interaktionsraum*. 1. Aufl. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag, 111–160.
- Mondada, Lorenza (2017). Nouveaux défis pour l’analyse conversationnelle : l’organisation située et systématique de l’interaction sociale. *Langage et société* 160-161 (2), 181–197.
- Mondada, Lorenza (2018). Multiple Temporalities of Language and Body in Interaction: Challenges for Transcribing Multimodality. *Research on Language and Social Interaction* 51 (1), 85–106.
- 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*. 1. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 25–38.

- Müller, Tim B. (2005). Der *linguistic turn* ins Jenseits der Sprache: Geschichtswissenschaft zwischen Theorie und Trauma: Eine Annäherung an Dominick LaCapra. In: Trabant, Jürgen (Hg.) *Sprache der Geschichte*. München: Oldenbourg, 107–132.
- Murray, Henry A. (1967). Dead to the world: The passions of Herman Melville. In: Shneidman, Edwin S. (ed.) *Essays in Self-destruction*. New York: Science House, 7–29.
- Myers, David & DeWall, Nathan (2023). Klinische Psychologie: Psychische Störungen. In: Myers, David & DeWall, Nathan (eds.) *Psychologie*. Berlin/Heidelberg: Springer, 665–717.
- Napier, Jemina & Hale, Sandra (2023). Exploring mixed methods in interpreting research: an example from a series of studies on court interpreting. In: Zwischenberger, Cornelia; Reithofer, Karin & Rennert, Sylvie (eds.) *Introducing New Hypertexts on Interpreting (Studies): A tribute to Franz Pöchhacker* (Benjamins Translation Library 160). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 22–43.
- Netzwerk für interkulturelle Psychotherapie nach Extremtraumatisierung (o. J.) *NIPE*. <http://nipe.or.at/qualitaetsstandards/> (Stand: 24.07.2023).
- Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen (o. J.) *Buchbare Fortbildungen – NTFN | Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V.* <https://www.ntfn.de/fortbildungen/> (Stand: 24.07.2023).
- Neuner, Frank; Schauer, Maggie & Elbert, Thomas (2013). Narrative Exposition. In: Maercker, Andreas (Hg.) *Posttraumatische Belastungsstörungen*. 4. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer, 327–348.
- Niemants, Natacha (2015). Transcription. In: Pöchhacker, Franz; Grbić, Nadja; Mead, Peter & Setton, Robin (eds.) *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. London: Routledge, 421–423.
- Nietzsche, Friedrich Wilhelm (2014). *Unzeitgemäße Betrachtungen*. 4. Aufl. München: Hanser.
- Nieva-Fenoll, Jordi (2016). Das Wesen der Unschuldsvermutung, ein Beitrag aus spanischer Sicht. *Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik* 2, 138–146.
- Norman, Rocío S.; Jaramillo, Carlos A.; Eapen, Blessen C.; Amuan, Megan E. & Pugh, Mary Jo (2018). Acquired Stuttering in Veterans of the Wars in Iraq and Afghanistan: The Role of Traumatic Brain Injury, Post-Traumatic Stress Disorder, and Medications. *Military Medicine* 183 (11–12), 526–534.
- North, Carol S.; Surís, Alina M.; Smith, Rebecca P. & King, Richard V. (2016). The evolution of PTSD criteria across editions of DSM. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists* 28 (3), 197–208.

- Nouvet, Claire (2003). The Inarticulate Affect: Lyotard and Psychoanalytic Testimony. *Discourse* 25 (1/2), 231–247.
- Nuč, Aleksandra (2008). Wenn Welten aufeinander treffen – Dolmetschen in der Psychotherapie. In: Grbić, Nadja & Pöllabauer, Sonja (Hg.) *Kommunaldolmetschen/Community Interpreting: Probleme - Perspektiven - Potenziale; Forschungsbeiträge aus Österreich*. Berlin: Frank & Timme, 253–288.
- Öffentliche Gesundheitsportal Österreichs (2019). *Psychotherapie*. <https://www.gesundheit.gv.at/leben/psyche-seele/krisenintervention/psychotherapie.html> (Stand: 24.09.2023).
- OHCHR & IPU (eds) (2016). *Human Rights: Handbook for Parliamentarians* n° 26. Genf.
- O’Kearney, Richard & Perrott, Kelly (2006). Trauma narratives in posttraumatic stress disorder: A review. *Journal of Traumatic Stress* 19 (1), 81–93.
- Otti, Alexander; Gündel, Harald; Wohlschläger, Afra; Zimmer, Claus; Sorg, Christian & Noll-Hussong, Michael (2012). „Default-mode“-Netzwerk des Gehirns: Neurobiologie und klinische Bedeutung. *Der Nervenarzt* 83 (1), 16–24.
- o.V. (2024). Psychogene Dysphonie – aphone Stimme ohne organischen Befund. *Sprache · Stimme · Gehör* 48 (03), 146–147.
- o.V. (2024). Urteile im Vergewaltigungsprozess: Der Fall Gisèle Pelicot. *Deutschlandfunk Kultur*. <https://www.deutschlandfunkkultur.de/urteil-vergewaltigung-prozess-frankreich-gisele-pelicot-100.html> (Stand: 15.08.2025).
- Ozolins, Uldis (2000). Communication Needs and Interpreting in Multilingual Settings: The International Spectrum of Response. In: Roberts, Roda P., Carr, Silvana E., Steyn, Dini & Dufour, Aideen (eds.) *The Critical Link 2: Interpreters in the Community: Selected Papers From the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings, Vancouver, BC, Canada, 19-23 May 1998* (Benjamins Translation Library 31). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 21–33.
- Ozolins, Uldis & Hale, Sandra Beatriz (2009). Introduction. Quality in interpreting: A shared responsibility. In: Hale, Sandra Beatriz; Ozolins, Uldis & Stern, Ludmila (eds.) *The Critical Link 5: Quality in interpreting: A shared responsibility* (Benjamins Translation Library 87). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 1–10.
- Pausch, Markus J. & Matten, Sven (2018). *Trauma und Traumafolgestörung: In Medien, Management und Öffentlichkeit*. Wiesbaden: Springer.
- Payk, Theo R. (2021). *Psychopathologie: Vom Symptom zur Diagnose*. Berlin/Heidelberg: Springer.

- Petot, Jean-Michel (2002). Les différentes méthodes de psychothérapie sont-elles également efficaces quelles que soient les différences entre les patients ? *Cahiers de psychologie clinique* 18 (1), 189–205.
- Pian, Anaïk; Hoyez, Anne-Cécile & Tersigni, Simona (2018). L'interprétariat en santé mentale : divisions sociale, morale et spatiale du travail dans les soins aux migrants. *Revue européenne des migrations internationales* 34 (2), 55–78.
- Piefke, Martina & Markowitsch, Hans J. (2009). Die Bedeutung des impliziten und expliziten Gedächtnisses in der Psychotraumatologie. In: Jacobs, Stefan (Hg.) *Neurowissenschaften und Traumatherapie: Grundlagen und Behandlungskonzepte*. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, 9–28.
- Plantade-Gipch, Anne (2021). Deux modèles pertinents de résolution des ruptures : le retrait et la confrontation. In: Brennstuhl, Marie-Jo & Marteau-Chasserieu, Fanny (eds.) *L'alliance thérapeutique en 66 notions*. Paris: Dunod, 181–185.
- Pöchhacker, Franz (1997). „Is There Anybody out There?“ Community Interpreting in Austria. In: Roberts, Roda P.; Dufour, Aideen; Carr, Silvana E. & Steyn, Dini (eds.) *The Critical Link: Interpreters in the community: Papers from the first International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings (Geneva Park, Canada, June 1-4, 1995)* (Benjamins Translation Library 19). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 215–226.
- Pöchhacker, Franz (2000). *Dolmetschen : Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Tübingen: Stauffenburg-Verlag.
- Pöchhacker, Franz (2006). Research and methodology in healthcare interpreting. *Linguistica Antverpiensia, New Series – Themes in Translation Studies* 5, 135–159.
- Pöchhacker, Franz (2007). Critical linking up: Kinship and convergence in interpreting studies. In: Wadensjö, Cecilia; Englund Dimitrova, Birgitta, & Nilsson, Anna-Lena (eds.) *Critical Link 4* (Benjamins Translation Library 70). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 11–23.
- Pöchhacker, Franz (2012). Interpreting participation: Conceptual analysis and illustration of the interpreter's role in interaction. In: Baraldi, Claudio & Gavioli, Laura (eds.) *Coordinating Participation in Dialogue Interpreting* (Benjamins Translation Library 102). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 45–70.
- Pöchhacker, Franz (2015). Evolution of interpreting research. In: Jourdenais, Renée & Mikkelson, Holly (eds.) *The Routledge Handbook of Interpreting*. London: Routledge, 62–76.
- Pöchhacker, Franz (2016). *Introducing Interpreting Studies*. 2nd ed. London/New York: Routledge.

- Pöhhacker, Franz (2021). Entwicklungslinien der Forschung in Österreich. In: Pöllabauer, Sonja & Kadrić, Mira (Hg.) *Entwicklungslinien des Dolmetschens im soziokulturellen Kontext: Translationskultur(en) im DACH-Raum*. Tübingen: Narr Francke Attempto. 127–142.
- Pöllabauer, Sonja (2005). *I don't understand your English, Miss: Dolmetschen bei Asylanhörungen*. Tübingen: Narr.
- Pöllabauer, Sonja (2012). Wenn Sprache an ihre Grenzen stößt – Community Interpreting in therapeutischen Settings. In: Ahrens, Barbara (Hg.) *Translationswissenschaftliches Kolloquium: Beiträge zur Übersetzungs- und Dolmetschwissenschaft (Köln/Germersheim)*. Frankfurt am Main/New York: Peter Lang, 191–219.
- Pöllabauer, Sonja (2021). Einleitung: Berufssoziologische Dimensionen einer Translationskultur. In: Pöllabauer, Sonja & Kadrić, Mira (Hg.) *Entwicklungslinien des Dolmetschens im soziokulturellen Kontext: Translationskultur(en) im DACH-Raum*. Tübingen: Narr Francke Attempto, 9–27.
- Pöllabauer, Sonja & Grbić, Nadja (2006). Forschung zum Community Interpreting im deutschsprachigen Raum: Entwicklung, Themen und Trends. In: Grbić, Nadja & Pöllabauer, Sonja (Hg.) *Ich habe mich ganz peinlich gefühlt: Forschung zum Kommunaldolmetschen in Österreich; Problemstellungen, Perspektiven und Potenziale*. Graz: Karl-Franzens-Universität Graz, 3–28.
- Pöllabauer, Sonja & Kadrić, Mira (2021). *Entwicklungslinien des Dolmetschens im soziokulturellen Kontext: Translationskultur(en) im DACH-Raum. Entwicklungslinien des Dolmetschens im soziokulturellen Kontext*. Tübingen: Narr Francke Attempto.
- Poser, Ruth (2016). Verlorene Sprache: Das Ezechielbuch als literarische Auseinandersetzung mit dem Trauma des babylonischen Exils. *Pastoraltheologie* 105 (3), 121–138.
- Prunč, Erich (2010). Konferenz- und Kommunaldolmetschen. In: Lee-Jahnke, Hannelore & Prunč, Erich (Hg.) *Am Schnittpunkt von Philologie und Translationswissenschaft: Festschrift zu Ehren von Martin Forstner*. Bern/Wien: Peter Lang, 259–280.
- Prunč, Erich (2012). Rights, realities and responsibilities in community interpreting. *The Interpreters' Newsletter* 17, 1–12.
- Psota, Georg (2020). *Psyche und Stigma: Psychische Erkrankungen und Vorurteile*. Wien: Picus Verlag.
- Quillivic, Robin; Gayraud, Frédérique; Auxéméry, Yann; Vanni, Laurent; Peschanski, Denis; Eustache, Francis; Dayan, Jacques & Mesmoudi, Salma (2024). Interdisciplinary approach to identify language markers for post-traumatic stress disorder using machine learning and deep learning. *Scientific Reports* 14 (1), 1–19.

- Rásky, Éva; Ressi, Gerald & Anderwald, Christine (2003). Medizinische Betreuung von Migrantinnen und Migranten und der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern in der Marien-Ambulanz. In: Pöllabauer, Sonja & Prunč, Erich (Hg.) *Brücken bauen statt Barrieren: Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Graz: Selbstverlag Institut für Translationswissenschaft, Karl-Franzens-Universität Graz, 107–126.
- Rauh, Philipp & Pruell, Livia (2015). Krank durch den Krieg? Der Umgang mit psychisch kranken Veteranen in Deutschland in der Zeit der Weltkriege. *Portal Militärgeschichte*. http://portal-militaergeschichte.de/rauh_pruell_krank.pdf (Stand: 21.10.2023).
- Raval, Hitesh (2014). An overview of the issues in the work with interpreters. In: Tribe, Rachel & Raval, Hitesh (eds.) *Working with Interpreters in Mental Health*. 1st ed. London: Routledge, 8–29.
- Razum, Oliver; Meesmann, Uta; Bredehorst, Maren; Brzoska, Patrick; Dercks, Tanja; Glodny, Susanne; Zeeb, Hajo; Schenk, Liane; Salman, Ramazan; Menkhaus, Björn; Ulrich, Ralf & Saß, Anke-Christine (2008). *Schwerpunktbericht: Migration und Gesundheit*. Berlin: Robert Koch Institut.
- Razum, Oliver & Saß, Anke-Christine (2015). Migration und Gesundheit: Interkulturelle Öffnung bleibt eine Herausforderung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 58 (6), 513–514.
- Reddy, Michael J. (1993). The conduit metaphor: A case of frame conflict in our language about language. In: Ortony, Andrew (ed.) *Metaphor and Thought*. 2nd ed. Cambridge: University Press, 164–201.
- Rehbein, Jochen; Schmidt, Thomas; Meyer, Bernd; Watzke, Franziska & Herkenrath, Annette (2004). *Handbuch für das computergestützte Transkribieren nach HIAT*. Hamburg: Universität Hamburg.
- Reinecker, Hans (2012). Verhaltenstherapie. In: Senf, Wolfgang & Broda, Michael (Hg.) *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch*. 5 Aufl. Stuttgart: Thieme, 199–243.
- Reitter, Thomas (2020). Ein anderer Blick auf die negative therapeutische Reaktion und den Wiederholungszwang – warum bessere Erfahrungen vermieden und negative wiederholt werden. In: Baumann, Jutta; Grabska, Klaus & Wolber, Gudrun (Hg.) *Wenn Zeit nicht alle Wunden heilt: Trauma und Transformation*. Stuttgart: Klett-Cotta, 173–188.
- Remarque, Erich Maria (1929). *Im Westen nichts Neues*. Berlin: Propyläen-Verlag.
- Rendahl, Lauren (2025). 80 years after Edward R. Murrow revealed the horrors of Buchenwald, the camp still has a vital story to tell. *CBS News*. <https://www.cbsnews.com/news/buchenwald-camp-liberation-wwii-edward-r-murrow-80-years-later/> (Stand: 07.06.2025).

- Resera, Elena; Tribe, Rachel & Lane, Pauline (2014). Interpreting in mental health, roles and dynamics in practice. *International Journal of Culture and Mental Health* 8 (2), 1–15.
- Resick, Patricia A. (2001). *Stress and trauma*. Philadelphia: Psychology Press.
- Reuss, Gabriella (2013). *Reverberations of Silence: Silenced Texts, Sub-Texts and Authors in Literature, Language and Translation*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Reznik, Serge (2020). *Les défaillances de la certitude : la clinique freudienne en partage*. Paris: Hermann.
- Ricœur, Paul (1972). La métaphore et le problème central de l'herméneutique. *Revue philosophique de Louvain* 70 (5), 93–112.
- Ricœur, Paul (1974). Metaphor and the Main Problem of Hermeneutics. *New Literary History* 6 (1), 95–110.
- Ricœur, Paul (1993). *The rule of metaphor: Multi-disciplinary studies of the creation of meaning in language*. Toronto: University of Toronto Press.
- Rief, Winfried & Stenzel, Nikola (2012). Diagnostik und Klassifikation. In: Berking, Matthias & Rief, Winfried (Hg.) *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor*. Berlin/Heidelberg: Springer, 9–17.
- Rimbaud, Arthur (1922). *Œuvres complètes d'Arthur Rimbaud*. Paris: Éditions de la banderole.
- Rimbaud, Arthur (2001). *Collected poems*. Oxford/New York: Oxford University Press.
- Roat, Cynthia E. & Crezee, Ineke H. M. (2015). Healthcare interpreting. In: Mikkelsen, Holly & Jourdenais, Renee (eds.) *The Routledge handbook of interpreting*. London/New York: Routledge, 236–253.
- Roberts, Roda P. (1997). Community Interpreting Today and Tomorrow. In: Roberts, Roda P.; Carr, Silvana E.; Steyn, Dini & Dufour, Aideen (eds.) *The Critical Link: Interpreters in the community: Papers from the first International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings (Geneva Park, Canada, June 1-4, 1995)* (Benjamins Translation Library 19). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 7–26.
- Rodríguez Vicente, Natalia (2021). *Dialogue interpreting in Psychological Medicine: An exploration of rapport management practices*. Dissertation, Heriot-Watt University.
- Roisin, Jacques (2010). *De la survivance à la vie : essai sur le traumatisme psychique et sa guérison*. Paris: Presses universitaires de France.
- Roisin, Jacques (2017). *Prise en charge psychodynamique des personnes en trauma* [Konferenzbeitrag]. PsychoTraumaS – Approche plurielle du psycho-traumatisme ; dimensions individuelles et collective, Brüssel.

- Rosen, Gerald M.; Spitzer, Robert L. & McHugh, Paul R. (2008). Problems with the post-traumatic stress disorder diagnosis and its future in DSM-V. *British Journal of Psychiatry* 192 (1), 3–4.
- Rosenblum, Rachel (2000a). And Till the Ghastly Tale is Told: Sarah Kofman – Primo Levi: Survivors of the Shoah and the Dangers of Testimony. *European Judaism: A Journal for the New Europe* 33 (2), 81–103.
- Rosenblum, Rachel (2000b) Peut-on mourir de dire ? Sarah Kofman, Primo Levi. *Revue française de psychanalyse* 64 (1), 113–137.
- Rosenblum, Rachel (2019). *Mourir d'écrire ? Shoah, traumas extrêmes et psychanalyse des survivants*. 1st ed. Paris: PUF.
- Rosenthal, Victor (2019). *Quelqu'un à qui parler : une histoire de la voix intérieure*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Rosenzweig, Saul (1936). Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry* 6 (3), 412–415.
- Rubin, David C. (2011). The coherence of memories for trauma: Evidence from posttraumatic stress disorder. *Consciousness and Cognition* 20 (3), 857–865.
- Sack, Martin (2005). *Der Einfluss akuter dissoziativer Symptome auf die autonom-vegetative Regulation*. Hannover: Medizinische Hochschule Hannover.
- Sack, Martin (2017). Traumafolgestörungen. In: Rudolf, Gerd & Henningsen, Peter (Hg.) *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik: Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. 8. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 244–248.
- Sacks, Harvey; Schegloff, Emanuel A. & Jefferson, Gail (1974). A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. *Language* 50 (4), 696–735.
- Safran, Jeremy D. & Muran, J. Christopher (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64 (3), 447–458.
- Salevsky, Heidemarie & Müller, Ina (2015). *Beiträge zu einer Geschichte der Translation: Vom Wirken bedeutender Dolmetscher und Übersetzer*. Frankfurt am Main/Bern/Wien: Peter Lang Edition.
- Sato, Wataru; Shimokawa, Koh & Minato, Takashi (2025). Exploration of Mehrabian's communication model with an android. *Scientific Reports* 15 (1), 1–8.
- Sauvêtre, Michel (2000). „De l'interprétariat au dialogue à trois“ : Pratiques européennes de l'interprétariat en milieu social. In: Roberts, Roda P.; Carr, Silvana E.; Abraham, Diana & Dufour, Aileen (eds.) *The Critical Link 2: Interpreters in the Community: Selected Papers From the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health, and*

- Social Service Settings, Vancouver, BC, Canada, 19-23 May 1998* (Benjamins Translation Library 31). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 35–45.
- Scaer, Robert (2005). *The trauma spectrum: Hidden wounds and human resiliency*. New York: Norton.
- Schäfflein, Eva Maria (2019). *Selbstwahrnehmung als Stressor bei Patienten mit dissoziativen Bewusstseinsstörungen*. München: Technische Universität München.
- Schegloff, Emanuel A. (1997). Whose text? Whose context? *Discourse & Society* 8 (2), 165–187.
- Schein, Leon A. (ed.) (2006). *Psychological effects of catastrophic disasters: Group approaches to treatment*. New York: Haworth Press.
- Schellong, Julia; Schellong, Anton; Gast, Ursula; Frommberger, Ulrich; Jatzko, Alexander & Schäfer, Ingo (2024). Trauma und Erinnerung – ein Beitrag zur aktuellen Debatte in Recht und Psychotherapie. *Der Nervenarzt* 95 (7), 608–615.
- Schiewer, Vera; Dietz, Thilo; Tavenrath, Sally; Öztürk-Arenz, Hülya; Jäger, Reinhold S.; Klein, Anne; Labouvie, Hildegard & Kusch, Michael (2022). Gemeinsame Grundlage von Alexithymie und expressiver Suppression: Ergebnisse einer empirischen Studie. *Psychotherapeut* 67 (2), 166–175.
- Schmidt, Sören & Petermann, Franz (2017). Psychotherapie und Migration – neue Herausforderungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 65 (3), 141–144.
- Schnider, Armin (2004). *Verhaltensneurologie: Die neurologische Seite der Neuropsychologie*. 2. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Schriefers, Silvia (2018). Spannungsfelder und Chancen in der Zusammenarbeit mit Sprachmittlern/Sprachmittlerinnen. In: Schriefers, Silvia & Hadzic, Elvira (Hg.) *Sprachmittlung in Psychotherapie und Beratung mit geflüchteten Menschen: Wege zur transkulturellen Verständigung*. 1. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 100–134.
- Schriefers, Silvia & Hadzic, Elvira (Hg.) (2018). *Sprachmittlung in Psychotherapie und Beratung mit geflüchteten Menschen: Wege zur transkulturellen Verständigung*. 1. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schweitzer, Jochen (2012). Systemische Therapie. In: Senf, Wolfgang & Broda, Michael (Hg.) *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch*. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme, 244–255.
- Schweizer, Harold (2014). To Suffer to Wait: Reading Trauma in Two Poems. *Journal of Literature and Trauma Studies* 2 (1), 123–136.
- SEGEMI (2023). *Fortbildungen für Dolmetschende*. <https://www.segemi.org/fortbildung-dolmetschende> (Stand: 24.07.2023).

- Seidler, Günther H. (2013). Einleitung: Geschichte der Psychotraumatologie. In: Maercker, Andreas (Hg.) *Posttraumatische Belastungsstörungen*. 4. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer, 3–12.
- Seipel, Sebastian (2024). *Das traumatisierte Subjekt und seine Artikulationsmöglichkeiten in Erzählungen des posttraumatischen Wachstums*. Masterarbeit, Universität Wien.
- Semprún, Jorge (1994). *L'Écriture ou la vie*. Paris: Gallimard.
- Semprún, Jorge (1997). *Literature or life*. New York: Viking.
- Senf, Wolfgang & Broda, Michael (2007). Was ist Psychotherapie. In: Senf, Wolfgang & Broda, Michael (Hg.) *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch*. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme, 1–9.
- Senf, Wolfgang & Broda, Michael (Hg.) (2012a) *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch*. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Senf, Wolfgang & Broda, Michael (2012b) Was ist Psychotherapie? In: Senf, Wolfgang & Broda, Michael (Hg.) *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch*. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme, 2–8.
- Senf, Wolfgang; Broda, Michael & Wilms, Bettina (2012). Therapeutische Beziehung. In: Senf, Wolfgang; Broda, Michael & Amann, Gabriele (Hg.) *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch*. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme, 105–111.
- Shatz, Carla J. (1992). The Developing Brain. *Scientific American* 267 (3), 60–67.
- Shay, Jonathan (1995). *Achilles in Vietnam: Combat trauma and undoing of character*. New York: Simon & Schuster.
- Siddaway, Andy P. (2024). Assessment and diagnosis of post-traumatic stress disorders (PTSDs) for medico-legal and other clinical purposes: DSM-5-TR PTSD, ICD-11 PTSD and ICD-11 complex PTSD. *BJPsych Advances* 30 (6), 383–397.
- Sorsoli, Lynn (2007). Where the Whole Thing Fell Apart: Race, Resilience, and the Complexity of Trauma. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 14 (1–2), 99–121.
- Sorsoli, Lynn (2010). “I remember”, “I thought”, “I know I didn’t say”: Silence and memory in trauma narratives. *Memory* 18 (2), 129–141.
- Southwick, Steven M.; Bonanno, George A.; Masten, Ann S.; Panter-Brick, Catherine & Yehuda, Rachel (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology* 5 (1), 1–14.
- Spíšiaková, Eva & Susam-Saraeva, Şebnem (eds.) (2021). *The Routledge Handbook of Translation and Health*. Abingdon/Oxon/New York: Taylor & Francis Group.

- Spitzer, Carsten; Schilling, Lisa; John, Ulrich; Völzke, Henry; Appel, Katja; Schulz, Andrea; Barnow, Sven; Freyberger, Harald J. & Grabe, Hans-Joergen (2013). Alexithymie, traumatischer Stress und posttraumatische Belastungsstörung – Befunde aus der Allgemeinbevölkerung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 61 (1), 27–36.
- Spratler, Katharina Maria (2019). Traumasensibel Handeln im (DaZ-)Unterricht mit potenziell traumatisierten, geflüchteten Lernenden. Masterarbeit, Universität Wien.
- Staiber, Maryse (2005). Heimat in der Sprache, Sprache in der Heimat? Zu Rose Ausländers „Bukowina“-Gedichten. *Recherches germaniques* 35, 97–112.
- Stengel, Katharina (2023). *Die Überlebenden vor Gericht: Auschwitz-Häftlinge als Zeugen in NS-Prozessen (1950-1976)*. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stevanovic, Melisa; Inglis, David; Koskinen, Emmi & Peräkylä, Anssi (2024). Editorial: Conversation analysis and sociological theory. *Frontiers in Sociology* 9, 1–6.
- Strauß, Bernhard & Wittmann, Werner W. (2012). Psychotherapieforschung: Grundlagen und Ergebnisse. In: Senf, Wolfgang & Broda, Michael (Hg.) *Praxis der Psychotherapie: ein integratives Lehrbuch*. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme, 125–145.
- Strotzka, Hans (Hg.) (1975). *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. München/Berlin/Wien: Urban und Schwarzenberg.
- Surís, Alina; Holliday, Ryan & North, Carol (2016). The Evolution of the Classification of Psychiatric Disorders. *Behavioral Sciences* 6 (1), 1–10.
- Tatu, Laurent & Bogousslavsky, Julien (2016). *War neurology*. Basel Paris: Karger.
- Taylor, Graeme; Bagby, Michael & Parker, James. (1991). The Alexithymia Construct: A Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics* 32 (2), 153–164.
- Thielemann, Kara & Cacciatore, Joanne (2014). When a Child Dies: A Critical Analysis of Grief-Related Controversies in DSM-5. *Research on Social Work Practice* 24 (1), 114–122.
- To’Meisha, Edwards & Holtzman, Nicholas S. (2017). A meta-analysis of correlations between depression and first person singular pronoun use. *Journal of Research in Personality* 68, 63–68.
- Traverso, Véronique (2007). Pratiques communicatives en situation : objets et méthode de l’analyse d’interaction. *Recherche en soins infirmiers* 89 (2), 21–32.
- Traverso, Véronique (2012). Analyses interactionnelles : repères, questions saillantes et évolution. *Langue française* 175 (3), 3–17.
- Trevisan, Amina (2020). *Depression und Biographie: Krankheitserfahrungen migrierter Frauen in der Schweiz*. Bielefeld: Transcript.

- Tribe, Rachel & Lane, Pauline (2015). Mental Health Settings. In: Pöchhacker, Franz; Grbić, Nadja; Mead, Peter & Setton, Robin (eds.) *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. London: Routledge, 254–256.
- Tribe, Rachel & Thompson, Kate (2017). *Working with Interpreters: Guidelines for Psychologists*. o. O.: The British Psychological Society.
- Tribe, Rachel & Tunariu, Aneta (2009). Mind your language: Working with interpreters in healthcare settings and therapeutic encounters. *Sexual and Relationship Therapy* 24 (1), 74–84.
- Tummala-Narra, Pratyusha (2007a). Conceptualizing Trauma and Resilience Across Diverse Contexts. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 14 (1–2), 33–53.
- Tummala-Narra, Pratyusha (2007b). Trauma and Resilience. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 14 (1–2), 205–225.
- Uhernik, Julie A. (2016). *Using Neuroscience in Trauma Therapy: Creative and Compassionate Counseling*. New York: Routledge.
- Ulrich, Bernd (2024). Gisèle Pelicot: Die Scham wechselt die Seiten. *Die Zeit*. <https://www.zeit.de/2024/54/gisele-pelicot-vergewaltigung-gerichtsverfahren-hintermaenner> (Stand: 14.08.2025).
- UN-Generalversammlung (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR)*, UNTS 993, A/RES/2200. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights> (Stand: 12.11.2022)
- UNHCR (o. J.) *Asylum and Migration*. <https://www.unhcr.org/asylum-and-migration.html> (Stand: 05.10.2022).
- Van Campenhoudt, Luc (2001). *Introduction à l'analyse des phénomènes sociaux*. Paris: Dunod.
- Van der Kolk, Bessel (2015). Foreword. In: Levine, Peter A. (ed.) *Trauma and memory: Brain and body in a search for the living past: A practical guide for understanding and working with traumatic memory*. Berkeley, California: North Atlantic Books,
- van der Kolk, Bessel A. (2002). Assessment and Treatment of Complex PTSD. In: Yehuda, Rachel (ed.) *Treating Trauma Survivors With PTSD*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 127–156.
- van der Kolk, Bessel A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*.

- van der Kolk, Bessel A.; McFarlane, Alexander C. & Weisæth, Lars (eds.) (2007). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.
- Vetter, Eva (2009). Konversationsanalyse. In: Buber, Renate & Holzmüller, Hartmut H. (Hg.) *Qualitative Marktforschung: Konzepte – Methoden – Analysen*. Wiesbaden: Gabler, 331–346.
- Vincent, Diane (2003). Les enjeux de l’analyse conversationnelle ou les enjeux de la conversation. *Revue québécoise de linguistique* 30 (1), 177–198.
- Vranjes, Jelena & Bot, Hanneke (2021). Optimizing turn-taking in interpreter-mediated therapy: On the importance of the interpreter’s speaking space. *The International Journal of Translation and Interpreting Research* 13 (1), 101–117.
- Vranjes, Jelena; Bot, Hanneke; Feyaerts, Kurt & Brône, Geert (2019). Affiliation in interpreter-mediated therapeutic talk: On the relationship between gaze and head nods. *Interpreting. International Journal of Research and Practice in Interpreting* 21 (2), 220–244.
- Wadensjö, Cecilia (2001a). Approaching interpreting through discourse analysis. In: Gile, Daniel; Dam, Helle V.; Dubslaff, Friedel; Martinsen, Bodil & Schjoldager, Anne (eds.) *Getting Started in Interpreting Research: Methodological reflections, personal accounts and advice for beginners* (Benjamins Translation Library 33). Amsterdam: John Benjamins, 185–198.
- Wadensjö, Cecilia (2001b). Interpreting in Crisis: The Interpreter’s Position in Therapeutic Encounters. In: Mason, Ian (ed.) *Triadic exchanges: Studies in dialogue interpreting*. Manchester: St. Jerome Publishing, 71–85.
- Wadensjö, Cecilia (2005). *Interpreting as interaction*. 2nd ed. London: Longman.
- Wadensjö, Cecilia & Gavioli, Laura (2023). Introduction. In: Gavioli, Laura & Wadensjö, Cecilia (eds.) *The Routledge Handbook of Public Service Interpreting*. 1st ed. London: Routledge, 1–14.
- Waller, Nicola & Scheidt, Carl Eduard (2010). Erzählen als Prozess der (Wieder-) Herstellung von Selbstkohärenz. Überlegungen zur Verarbeitung traumatischer Erfahrungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 56 (1), 56–73.
- Watzlawick, Paul (1993). *Vom Unsinn des Sinns oder vom Sinn des Unsinns*. 2. Aufl. Wien: Picus Verlag.
- Watzlawick, Paul; Bavelas, Janet Beavin & Jackson, Don D. (1980). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: Norton.

- Watzlawick, Paul; Bavelas, Janet Beavin & Jackson, Don D. (2017). *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien*. 13. Aufl. Bern: Hogrefe.
- Weierstall-Pust, Roland & Pust, Gesa (2020). Einführung in die methodischen und klinischen Aspekte der transkulturellen Psychotraumatologie. In: Schnell, Thomas & Schnell, Knut (Hg.) *Handbuch Klinische Psychologie*. Berlin/Heidelberg: Springer, 1–19.
- Weiß, Clarissa (2020). *Blick und Turn-Taking in Face-to-Face-Interaktionen: Multimodale Interaktionsanalysen triadischer Gesprächssituationen mit Hilfe von Eye-Tracking*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- Welz, Claudia (2017). A Voice Crying out from the Wound – with or without Words: On Trauma, Speech, and Silence. *Dialog* 56 (4), 412–427.
- Wickert, Nadine & Mayrhofer, David (2021). Trauma – Unterschätzte Verbreitung und Langzeitfolgen. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie* 20 (1), 1–7.
- Wiechers, Maren; Strupf, Michael; Sarwary, Brishna; Übleis, Aline & Padberg, Frank (2021). Dritte im Bunde – Psychotherapie unter Einsatz von SprachmittlerInnen. *Zeitschrift für Komplementärmedizin* 13 (1), 20–22.
- Wiesel, Elie (1978). *A Jew today*. New York: Random House.
- Wiggers, Andreas; Stierle, Christian & Rolvering-Dijkstra, Maria (2020). Alles Trauma? – Ein aktueller Blick auf die „Posttraumatische Belastungsstörung“. *PSYCH up2date* 14, 327–343.
- Wili, Ruth (2024). Fall Pelicot: «Nun müssen Männer Schuld und Scham auf sich nehmen». *Schweizer Radio und Fernsehen (SRF)*. <https://www.srf.ch/kultur/gesellschaft-religion/der-fall-pelicot-jetzt-muessen-die-maenner-schuld-und-scham-auf-sich-nehmen> (Stand: 14.08.2025).
- Wittchen, Hans-Ulrich & Hoyer, Jürgen (Hg.) (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. 2. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Wolfe, Barry E. & Goldfried, Marvin R. (1988). Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56 (3), 448–451.
- Wolff, Theresia (2002). Glaubwürdigkeitsbeurteilung bei traumatisierten Flüchtlingen. *Asylmagazin* 7–8, 11–15.
- Wöller, Wolfgang & Kruse, Johannes (2012). Psychodynamische Psychotherapieverfahren. In: Senf, Wolfgang & Broda, Michael (Hg.) *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch*. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme, 191–198.
- Woolf, Virginia (1925). *Mrs. Dalloway*. London: Penguin Books.

- Wulfman, Clifford (1999). *Telling encounters: Disrupted memory and fragmented narration in the works of William Faulkner and Virginia Woolf*. Dissertation, Yale University.
- Wurm, Carmen (1996). *Doña Marina, la Malinche: Eine historische Figur und ihre literarische Rezeption*. Frankfurt am Main/Madrid: Iberoamericana Vervuert.
- Wyvekens, Jérôme; Wyvekens, Marc & Hirth, Thomas (2020). Abwehrreaktionen aus Sicht der viszeralen Osteopathie – Teil 1: Die sechs Abwehrreaktionen Freeze, Flight, Fight, Fright, Flag und Faint. *Osteopathische Medizin* 21 (4), 14–20.
- Wyvekens, Jérôme; Wyvekens, Marc & Hirth, Thomas (2021). Abwehrreaktionen aus Sicht der viszeralen Osteopathie – Teil 2. Diskussion und Implikationen für die viszerale Osteopathie. *Osteopathische Medizin* 22 (1), 16–20.
- Yehuda, Rachel (2002). *Treating trauma survivors with PTSD*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Yu, Zhenyuan; Gu, Zixin; Shen, Yonghong & Lu, Jingbo (2025). The relationship between language features and PTSD symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry* 16, 1–13.
- Zarbock, Gerhard; Wilckens, Paula-Sophie & Semmler, Nicolai (2022). *Biografisch-Systemische Verhaltenstherapie: Tools für die psychotherapeutische Praxis*. Berlin/Heidelberg: Springer, 7–20.
- Zeira, Anna (2022). Mental Health Challenges Related to Neoliberal Capitalism in the United States. *Community Mental Health Journal* 58 (2), 205–212.
- Zöckler, Natalie & Cal, Yasemin (2012). Posttraumatische Belastungsstörung. In: Berking, Matthias & Rief, Winfried (Hg.) *Grundlagen und Störungswissen: Lesen, Hören, Lernen im Web: mit 18 Abbildungen und 37 Tabellen*. Berlin: Springer, 105–112.

Anhang

Orthographische Transkription der analysierten Videoaufnahme

Die analysierte Interaktion erfolgt zwischen folgenden Interaktant:innen:

- Philip (Thérapeute)
- Brianna (Patientin)
- Chloé (Dolmetscherin)

1	PHILIP	It's ok ?
2	BRIANNA	Hmm.
3	PHILIP	Voulez-vous... Erm... Do you want to have Chloé sitting here ? <i>Möchten Sie...</i>
4	BRIANNA	Oui. <i>Ja.</i>
5	PHILIP	Ok.
6	PHILIP	Sorry, I don't have your name...
7	BRIANNA	Brianna.
8	PHILIP	Brianna, ok.
9	PHILIP	So, now that you're here.
10	CHLOÉ	Maintenant que vous êtes là. <i>Jetzt, dass Sie hier sind</i>
11	PHILIP	What would you like to have happened?
12	CHLOÉ	Qu'est-ce que vous aimeriez qu'il se passe ? <i>Was möchten Sie, das passiert?</i>
13	BRIANNA	Hh-mh.
14	BRIANNA	Eeeuh.
15	BRIANNA	J'aimerais euh... Comprendre... <i>Ich würde gerne äh... verstehen...</i>
16	CHLOÉ	I would like to understand.
17	BRIANNA	Ce qu'il se passe à l'intérieur. <i>Was im Inneren vorgeht.</i>

- 18 CHLOÉ What's happening inside me.
- 19 PHILIP What's happening inside you... When you say that, you point to here.
- 20 BRIANNA Oui.
Ja.
- 21 CHLOÉ Quand tu dis ça, tu montres ici.
Wenn du das sagst, zeigst du hierhin.
- 22 PHILIP So, maybe let's just start here.
- 23 CHLOÉ Et si on commençait à cet endroit.
Beginnen wir an dieser Stelle.
- 24 PHILIP And explore together.
- 25 CHLOÉ Uh-hm et on explorait ensemble.
Äh-hm und erkunden wir sie gemeinsam.
- 26 PHILIP What's going on...
- 27 CHLOÉ Qu'est-ce qui se passe.
Was passiert.
- 28 PHILIP ...in here?
- 29 CHLOÉ Qu'est-ce qui se passe là ?
Was passiert dort?
- 30 PHILIP What kind of sensations?
- 31 PHILIP Feelings.
- 32 PHILIP Pictures.
- 33 PHILIP Thoughts.
- 34 PHILIP Whatever.
- 35 PHILIP Whatever is in this space.
- 36 PHILIP Here.
- 37 CHLOÉ Tout ce qui se passe là, à l'intérieur :
Alles, was dort passiert, im Inneren:
- 38 CHLOÉ les sentiments, les images,
Gefühle, Bilder;
- 39 CHLOÉ les émotions.
Emotionen.

- 40 BRIANNA Alors...
Also...
- 41 BRIANNA les émotions...
Emotionen...
- 42 BRIANNA un sentiment d'être une victime.
ein Gefühl, ein Opfer zu sein.
- 43 CHLOÉ Feeling of being a victim.
- 44 PHILIP Feeling of being a victim?
- 45 BRIANNA Mhm.
- 46 PHILIP Now, is it a thought?
- 47 CHLOÉ Est-ce que c'est une pensée ?
Ist das ein Gedanke?
- 48 BRIANNA Non, je suis,
Nein, ich bin,
- 49 BRIANNA j'ai....
ich war...
- 50 BRIANNA j'ai été victime.
ich war Opfer.
- 51 CHLOÉ No, I have been a victim.
Nein, ich war Opfer.
- 52 PHILIP You have been a victim.
- 53 CHLOÉ Tu l'as été.
Du warst es.
- 54 PHILIP So that's a statement.
- 55 CHLOÉ Ça, c'est une affirmation.
Das ist eine Aussage.
- 56 PHILIP This may seem...
- 57 PHILIP a little bit, erm... not make sense, but it's important
- 58 PHILIP that we really learn to distinguish
- 59 PHILIP between sensations, feelings, emotions,
- 60 PHILIP thoughts and pictures,

- 61 PHILIP so we know which is which.
- 62 PHILIP So when you say,
- 63 PHILIP “I’m feeling like a victim.”
- 64 BRIANNA Mhmm.
- 65 PHILIP Is there a sensation,
- 66 PHILIP is there a thought,
- 67 PHILIP is there a picture ?
- 68 CHLOÉ Ça va peut-être sembler bizarre, mais c’est important de faire la différence entre, ce qui est de l’ordre de la sensation, ce qui est une image et ce qui est une pensée.
Das wirkt möglicherweise etwas merkwürdig, aber es ist wichtig, zwischen Gefühlen, Bildern und Gedanken zu unterscheiden
- 69 CHLOÉ Donc quand vous dites, que vous vous sentez une victime, qu’est-ce que c’est ?
Wenn Sie also sagen, dass Sie sich als Opfer fühlen, was ist das?
- 70 CHLOÉ Est-ce qu’il y a une image ?
Ist das ein Bild?
- 71 CHLOÉ Est-ce qu’il y a une sensation,
Ist das ein Gefühl,
- 72 BRIANNA uuuuum
- 73 CHLOÉ ou est-ce qu’il y a une pensée ?
oder ist das ein Gedanke?
- 74 BRIANNA Je, je suis...
Ich, ich bin...
- 75 BRIANNA J’ai été... j-
Ich war...I-
- 76 BRIANNA et aujourd’hui, je vis encore, ce sentiment de victime.
und heute erlebe ich es immer noch, dieses Gefühl, ein Opfer zu sein.
- 77 BRIANNA J’ai...
Ich habe...
- 78 BRIANNA je...
ich...
- 79 BRIANNA j’ai besoin d’être
Ich habe immer das Gefühl,

- 80 BRIANNA en défense tout le temps.
mich verteidigen zu müssen.
- 81 CHLOÉ I have been, and still have this feeling of being a victim and feel that I need to be in the defense, defensive.
- 82 PHILIP Like you need to be on the defense.
- 83 CHLOÉ Le sentiment de devoir être sur la défensive.
Ein Gefühl, in der Defensive zu sein.
- 84 PHILIP Right now?
- 85 CHLOÉ Maintenant ?
Jetzt?
- 86 BRIANNA Oui, un peu !
Ja, ein bisschen!
- 87 CHLOÉ A little bit.
- 88 PHILIP It's okay!
- 89 PHILIP It's important to be able to defend ourselves.
- 90 CHLOÉ C'est important ça,
Das ist wichtig,
- 91 BRIANNA Oui.
Ja.
- 92 CHLOÉ C'est important d'être capable de se défendre.
Es ist wichtig, sich verteidigen zu können.
- 93 BRIANNA Mais, je sais pas,
Aber ich kann nicht,
- 94 BRIANNA je...
ich...
- 95 BRIANNA j'ai pas su, par le passé, me défendre.
ich konnte mich, in der Vergangenheit, nicht verteidigen.
- 96 CHLOÉ But in the past I haven't been able to,
- 97 CHLOÉ I didn't know how to.
- 98 PHILIP Right.
- 99 PHILIP That's right.
- 100 CHLOÉ Oui, c'est vrai.
Ja, das ist richtig.

- 101 PHILIP That's...
- 102 PHILIP I think that's really exactly, what's important.
- 103 CHLOÉ Je crois que c'est exactement ça qui est important.
Ich denke, genau das ist wichtig.
- 104 PHILIP In the past you weren't able to defend yourself.
- 105 CHLOÉ C'est que par le passé vous n'avez pas pu.
Sie konnten es in der Vergangenheit nicht.
- 106 PHILIP You were overwhelmed.
- 107 CHLOÉ Vous
Sie
- 108 CHLOÉ Vous avez été dépassée, submergée.
Sie waren überfordert, überwältigt.
- 109 BRIANNA Uh-Hmm.
- 110 PHILIP So... finding ways that you can defend yourself
- 111 CHLOÉ C'est pour ça que trouver des manières dont vous pouvez maintenant vous défendre
Aus diesem Grund ist Möglichkeiten zu finden, wie Sie sich jetzt verteidigen können.
- 112 PHILIP Is really, is really important.
- 113 CHLOÉ C'est très important,
Es ist sehr wichtig,
- 114 CHLOÉ très important.
sehr wichtig.
- 115 BRIANNA C'est pour ça que...
Deshalb...
- 116 BRIANNA je recherche à l'intérieur,
suche ich im Inneren,
- 117 PHILIP Ah!
- 118 BRIANNA Les forces pour pouvoir maintenant,
Die Kraft, mich jetzt
- 119 BRIANNA me défendre.
verteidigen zu können.
- 120 CHLOÉ That's why I'm looking... inside, for the strength to defend myself now.

- 121 PHILIP Yeah. I mean, interesting,
 122 PHILIP but when you said,
 123 PHILIP to find myself, now,
 124 PHILIP you pointed here.
 125 CHLOÉ C'est intéressant parce que quand vous avez parlé de vous trouver
 montré ici.
*Das ist interessant, denn als Sie davon gesprochen haben, sich jetzt zu
 finden, haben Sie hierhin gezeigt*
 126 PHILIP So, let's do a little exercise.
 127 CHLOÉ On va faire un petit exercice.
Machen wir eine kleine Übung.
 128 PHILIP Ok.

[Schnitt / Cut]

- 129 CHLOÉ Vous êtes d'accord ? Essayez de faire ce son, je sais pas ici, mais en tout cas
 sur le lac de Lucerne les bateaux font comme ça.
*Versuchen Sie, diesen Klang zu erzeugen; ich weiß nicht, wie es hier ist,
 aber auf dem Luzerner See machen die Boote dieses Geräusch.*
 130 CHLOÉ Laissez tout l'air sortir,
Lassen Sie die Luft aus,
 131 CHLOÉ jusqu'à ce que la respiration suivante vous vienne d'elle-même.
bis die nächste Einatmung von selbst kommt.
 132 PHILIP Would you like me to do that with you ?
 133 CHLOÉ Vous aimeriez qu'on le fasse ensemble ?
Möchten Sie, dass wir es gemeinsam machen?
 134 BRIANNA Oui.
Ja.
 135 PHILIP Ok.
 136 BRIANNA Hum.
 137 PHILIP Ok, so the shaking gets more.
 138 CHLOÉ Le tremblement s'intensifie.
Das Zittern verstärkt sich.
 139 PHILIP That is all we have to notice right now.

140 CHLOÉ Il suffit d'en prendre note, de le remarquer pour l'instant.
Es genügt für den Moment, es zur Kenntnis zu nehmen, es zu bemerken.

141 PHILIP And stay in contact, ok?

142 CHLOÉ Et restez en contact.
Und bleiben Sie in Kontakt.

143 PHILIP Ok.

144 PHILIP So, you know that you're here.

145 CHLOÉ Vous savez que vous êtes ici.
Sie wissen, dass Sie hier sind.

146 PHILIP And your body is having a... response, a reaction.

147 CHLOÉ Et que votre corps répond, réagit à ce qui se passe.
Und dass Ihr Körper antwortet, reagiert, auf das, was passiert.

148 BRIANNA Uh-hm.

149 PHILIP And it's ok to go inside but I want you to come back.

150 PHILIP Come in, come back.

151 CHLOÉ Et
Und

152 PHILIP So we stay in contact.

153 BRIANNA Uh-hm

154 CHLOÉ Et ce que je vais vous demander c'est de...
Und ich bitte Sie, ...

155 PHILIP So let's just see if we can do this once or twice, ok?

156 PHILIP I know it's not so easy, just thinking about it...

157 BRIANNA Non !
Nein!

158 PHILIP It's a little scary, yeah?

159 BRIANNA Mhm.

160 CHLOÉ Ça fait un peu peur.
Das macht etwas Angst.

161 PHILIP That's okay.

- 162 BRIANNA Ce qui sort, oui.
Das, was herauskommt, ja.
- 163 CHLOÉ I'm afraid of what's coming out.
- 164 PHILIP A-ha. You're afraid of what's coming out.
- 165 PHILIP What is the fear, though
- 166 CHLOÉ C'est quoi cette peur ?
Was ist diese Angst ?
- 167 PHILIP What do you fear might come out?
- 168 CHLOÉ Vous avez peur, qu'est-ce qui... pourrait faire peur dans ce qui pourrait sortir ?
Sie haben Angst, was... an dem, was herauskommen könnte, könnte Angst machen?
- 169 BRIANNA De ma souffrance.
Vor meinem Leiden.
- 170 CHLOÉ Of my suffering.
- 171 PHILIP Your suffering ?
- 172 PHILIP Ok, and would that be a bad thing?
- 173 PHILIP Or maybe a good thing
- 174 PHILIP Or maybe unknown?
- 175 CHLOÉ Est-ce
Wäre das
- 176 CHLOÉ Est-ce que ça serait quelque chose de...,
Wäre das etwas...,
- 177 CHLOÉ de bien...
Gutes...
- 178 CHLOÉ ou peut-être de mauvais ou peut-être d'inconnu ?
oder vielleicht etwas Schlechtes oder vielleicht etwas Unbekanntes?
- 179 BRIANNA Pas inconnu, mais...
Nicht unbekannt, aber...
- 180 BRIANNA j'ai caché,
ich habe es versteckt,
- 181 CHLOÉ Not...
- 182 BRIANNA j'ai caché pendant 20 ans.
ich habe es 20 Jahre lang versteckt.

183 CHLOÉ Not...

184 BRIANNA Donc c'est pas facile de...
Also ist es nicht einfach, es...

185 CHLOÉ Not unknown, but I've been hiding it for 20 years, so it's not easy.

186 PHILIP Ok.

187 PHILIP Ok.

188 PHILIP So, so this is something you've been hiding.

189 CHLOÉ C'est quelque chose que vous avez caché.
Es ist etwas, dass Sie versteckt haben.

190 PHILIP And so it's a choice... how much, you allow to...

191 PHILIP come out.

192 CHLOÉ Donc, il s'agit de choisir combien vous allez laisser sortir.
Daher müssen Sie entscheiden, wieviel Sie herauslassen.

193 PHILIP Right. That's a way of protecting yourself.

194 CHLOÉ C'est une manière de se protéger.
Das ist eine Art, sich zu schützen...

195 BRIANNA Hmm.

196 PHILIP That's something that would have been overwhelming...

197 CHLOÉ Contre quelque chose qui aurait été trop fort...
Vor etwas, das zu schlimm gewesen wäre...

198 PHILIP When you were young.

199 CHLOÉ Quand vous étiez jeune.
Als Sie jung waren.

200 PHILIP But you have many more

201 PHILIP capabilities

202 PHILIP now.

203 CHLOÉ Maintenant.
Jetzt.

204 CHLOÉ Mais maintenant vous avez beaucoup plus de capacités.
Aber jetzt haben Sie viel mehr Fähigkeiten.

205 PHILIP And it's important that you make that connection.

206 CHLOÉ C'est important de pouvoir faire cette connexion.
Es ist wichtig, diese Verbindung machen zu können.

207 PHILIP Ok?

208 BRIANNA Uh-Hmm.

209 PHILIP Now,

210 PHILIP you notice that it...

211 PHILIP Yeah.

212 PHILIP Oui.
Ja.

213 PHILIP Uhum?

214 BRIANNA Hmm.

215 PHILIP What happened?

216 CHLOÉ Qu'est-ce qui s'est passé ?
Was ist passiert?

217 BRIANNA Ça va mieux !
Es geht mir besser!

218 CHLOÉ I'm doing better!

219 PHILIP Interesting, huh?

220 BRIANNA hh.

221 PHILIP Because what you feared what happened, ...happened.

222 CHLOÉ Parce que, ce dont vous aviez peur qu'ça se produise s'est produit.
Weil genau das, wovor Sie Angst hatten, geschehen ist.

223 BRIANNA Hmm.

224 PHILIP But,

225 BRIANNA Mhm.

226 PHILIP instead of feeling worse –

227 CHLOÉ Mais,

228 PHILIP I mean it felt worse for a little bit, right.

229 PHILIP Now it feels better.

266

250	PHILIP	Oui. <i>Ja.</i>
251	PHILIP	And just rest.
252	CHLOÉ	Vous pouvez arrêter. <i>Sie können aufhören</i>
253	PHILIP	And feel again what's inside you.
254	CHLOÉ	Et sentir ce qui se passe à l'intérieur.
255	PHILIP	Hmm.
256	PHILIP	What is it that you notice now?
257	CHLOÉ	Qu'est ce que vous remarquez maintenant ? <i>Was bemerken Sie jetzt?</i>
258	BRIANNA	Ça chauffe là. <i>Es wird warm hier.</i>
259	CHLOÉ	It heats here.
260	PHILIP	That's?
261	CHLOÉ	Heat.
262	PHILIP	Heat!
263	BRIANNA	Et c'est plus... <i>Und es ist mehr...</i>
264	PHILIP	Great.
265	CHLOÉ	And more
266	BRIANNA	détendu. <i>entspannter.</i>
267	CHLOÉ	relaxness.
268	PHILIP	Wonderful!
269	BRIANNA	Uhum.
270	PHILIP	Wonderful!
271	CHLOÉ	Merveilleux ! <i>Wunderbar!</i>
272	PHILIP	So again.

273 PHILIP You experienced something that you were frightened of.

274 CHLOÉ À nouveau, vous avez expérimenté quelque chose qui vous fait peur.
Und wieder haben Sie etwas erlebt, das Ihnen Angst macht.

275 PHILIP And not only did it,

276 PHILIP and not only did it not kill you...

277 BRIANNA Hahahaha

278 CHLOÉ Et non seulement vous n'en êtes pas morte...
Und Sie haben es nicht nur überlebt...

279 PHILIP Right?

280 PHILIP But, again it felt better.

281 CHLOÉ Mais, à nouveau,
Aber, wieder,

282 CHLOÉ vous vous sentez mieux.
fühlen sie sich besser.

283 PHILIP Now I want you to notice your spine.

284 CHLOÉ Maintenant, remarquez ce qui se passe dans votre colonne.
Und jetzt merken Sie, was in Ihrer Wirbelsäule passiert.

285 PHILIP And how much taller, how much more length in your spine.
(Kirchenglocken läuten im Hintergrund))

286 CHLOÉ Et que vous avez grandi, que vous avez plus de longueur.
Und wie Sie gewachsen sind, wie viel länger Sie geworden sind.

287 BRIANNA Oui,
Ja,

288 BRIANNA oui.
ja.

289 PHILIP And...

290 PHILIP peut-être
vielleicht

291 PHILIP the bells are doing that to remind us!

292 BRIANNA Merci !
Danke!

293 PHILIP Oui, oui.
Ja, ja.

294 PHILIP Merci.
Danke.

295 PHILIP Haha.

296 PHILIP Bien.
Gut.

297 PHILIP Because there's a whole, you know, lifting up of your body.

298 CHLOÉ Il y a toute une élévation du corps.
Es gibt eine Anhebung des ganzen Körpers.

299 PHILIP Before, it was more like...

300 CHLOÉ Avant vous étiez plus comme ça...
Vorher waren Sie eher so...

301 PHILIP When you said: I felt helpless

302 CHLOÉ Vous aviez l'impression de vous sentir sans défense.
Sie hatten den Eindruck, sich hilflos zu fühlen.

303 BRIANNA Oui.
Ja.

304 PHILIP But now your body

305 PHILIP is in a very different

306 PHILIP posture.

307 BRIANNA Mhm.

308 PHILIP But it's not something where you said, ok, let's stand up,

309 BRIANNA Mhm hm.

310 PHILIP It's something

311 PHILIP that just

312 PHILIP happened.

313 BRIANNA Hm.

314 CHLOÉ Parce que c'est pas que vous vous êtes dit, ah il faut que je me tienne droite, c'est quelque chose qui vous est venu tout seul.
Weil Sie sich nicht gesagt haben, ah ich muss mich aufrichten, es ist ganz von selbst gekommen.

315 PHILIP And, it's really, in a way, the opposite of feeling helpless and a victim.

- 316 CHLOÉ Quelque part, c'est l'exact opposé de ce sentiment de se sentir impuissant, victime.
Irgendwie, es ist genau das Gegenteil von dem Gefühl, sich hilflos, als Opfer zu fühlen.
- 317 PHILIP It's more like,
- 318 PHILIP here I am.
- 319 CHLOÉ C'est quelque chose qui est plus de l'ordre de : voilà, je suis là.
Es ist eher so etwas wie: ok, hier bin ich.
- 320 PHILIP How would you say that in French?
- 321 CHLOÉ Je suis là.
Ich bin hier.
- 322 PHILIP Je suis là.
Ich bin hier.
- 323 PHILIP Ah okay, yeah, yeah.
- 324 PHILIP So maybe
- 325 PHILIP erm.... say
- 326 PHILIP say that.
- 327 CHLOÉ Est-ce que vous pouvez le dire ?
Können Sie das sagen?
- 328 BRIANNA Je suis là.
Ich bin hier.
- 329 PHILIP And maybe, one more time..
- 330 CHLOÉ Encore.
Nochmal.
- 331 BRIANNA Je s...
Ich b...
- 332 BRIANNA hem
- 333 BRIANNA Je s...
Ich b...
- 334 PHILIP Take your time.
- 335 CHLOÉ Prends... prenez votre temps.
Nimm... nehmen Sie sich Zeit.

336 PHILIP Prends ton temps.
 Nimm dir Zeit.

[Schnitt / Cut]

337 PHILIP What do you feel in your right arm?

338 CHLOÉ Qu'est ce que vous sentez dans votre bras droit?
 Was fühlen Sie in Ihrem rechten Arm?

339 PHILIP In your hand?

340 CHLOÉ Et dans la main ?
 Und in der Hand?

341 BRIANNA C'est...
 Es ist...

342 BRIANNA c'...c'est ma connexion avec vous.
 Es...es ist meine Verbindung mit Ihnen.

343 CHLOÉ It's my connection to you.

344 PHILIP Really?

[Schnitt / Cut]

345 BRIANNA Uh-hm.

346 BRIANNA Euh...

347 BRIANNA Mon corps qu...
 Mein Körper, d...

348 BRIANNA qui se met en...
 der geht in...

349 BRIANNA en défense.
 in die Abwehr.

350 CHLOÉ My body is getting all defensive.

351 PHILIP How?

352 PHILIP How?

- 353 CHLOÉ Comment ? Comment est-ce qu'on peut décrire ce ?
Wie? Wie können Sie es beschreib?
- 354 BRIANNA Il se...
Er...
- 355 BRIANNA il se crispe.
er verkrampft sich.
- 356 CHLOÉ It's contracting.
- 357 PHILIP Aha.
- 358 PHILIP So, feeling the contraction...
- 359 CHLOÉ Essayez de sentir cette
Versuchen Sie, diese
- 360 CHLOÉ crispation,
Verkrampfung
- 361 CHLOÉ contraction...
Anspannung zu fühlen...
- 362 PHILIP And then, just noticing.
- 363 CHLOÉ Et simplement de la remarquer.
Und nehmen Sie sie einfach zur Kenntnis.
- 364 PHILIP What happens next.
- 365 CHLOÉ Et de remarquer qu'est-ce qu'il y a après.
Und bemerken Sie, was danach passiert.
- 366 BRIANNA Uhm.
- 367 BRIANNA hh.
- 368 PHILIP Does it increase?
- 369 PHILIP Does it decrease?
- 370 PHILIP Or does it start to change into something else?
- 371 CHLOÉ Est-ce que ça continue à augmenter ?
Nimmt es weiterhin zu?
- 372 CHLOÉ Est-ce que ça baisse à nouveau ?
Nimmt es ab?
- 373 CHLOÉ Ou est-ce que ça se transforme en quelque chose d'autre ?
Oder verändert es sich in etwas anderes?

374 BRIANNA Ça s'trans...
Es veränd...

375 CHLOÉ It transforms.

376 PHILIP It transforms?

377 PHILIP Ok!

378 PHILIP In, in what way

379 PHILIP does it transform? Into what?

380 CHLOÉ En quoi,
Zu was,

381 CHLOÉ ça se transforme en quoi,
zu was verändert es sich,

382 CHLOÉ de quelle manière ?
auf welche Art?

383 BRIANNA En pire.
Schlechter.

384 CHLOÉ Worse.

385 PHILIP Oh, okay, so it gets worse.

386 PHILIP It increases.

387 CHLOÉ Ça augmente.
Es nimmt zu.

388 BRIANNA Hmm.

389 PHILIP So as it increases,

390 PHILIP what else...

391 PHILIP do you notice about that?

392 CHLOÉ Et, quand ça empire, qu'est-ce que vous remarquez d'autre ?
Und, wenn es zunimmt, was können Sie noch wahrnehmen?

393 PHILIP It looks almost like your legs are trying to run.

394 CHLOÉ On dirait que vos jambes essaient de courir.
Es wirkt, als versuchten Ihre Beine zu laufen.

395 BRIANNA Oui!
Ja!

396 PHILIP Can you feel that?

397 BRIANNA Uh-Hmm.

398 CHLOÉ Et vous pouvez le sentir ?
Können Sie es fühlen?

399 PHILIP Ok, now I want you to do this: feel your legs running

400 PHILIP and I want you to imagine running

401 PHILIP in your favourite place.

402 BRIANNA Aaaaaah, hm.

403 CHLOÉ Ce que je vais vous demander c'est de sentir vos jambes qui courent
Ich werde Sie jetzt bitten, zu fühlen, wie Ihre Beine laufen

404 PHILIP By a lake,

405 PHILIP in a park,

406 PHILIP in the mountains,

407 CHLOÉ et de vous imaginer en train de courir dans un de vos endroits préférés,
Und sich vorzustellen, wie Sie an einem Ihrer liebsten Orte laufen,

408 PHILIP on the beach...

409 PHILIP Wherever you'd like to run.

410 CHLOÉ Au bord du lac ou à la montagne, la plage, un endroit...
entlang eines Sees oder in den Bergen, am Strand, an einem Ort...

411 PHILIP Feel your

412 PHILIP whole body running,

413 PHILIP your entire body.

414 CHLOÉ Et sentir tout votre corps qui court.
Und fühlen Sie, wie Ihr ganzer Körper läuft.

415 PHILIP Feel the power.

416 CHLOÉ Et sentir toute la puissance.
Fühlen Sie die ganze Kraft.

417 PHILIP In your legs...

418 CHLOÉ Qu'il y a dans ces jambes, dans vos jambes...
in diesen Beinen, in Ihren Beinen...

419 PHILIP In your arms...

420 CHLOÉ Dans vos bras...
In Ihren Armen...

421 PHILIP Feel the...

422 PHILIP yes...

423 PHILIP the breeze on your face.

424 CHLOÉ Sentir le vent sur votre visage,
Den Wind auf Ihrem Gesicht spüren,

425 CHLOÉ en vacances.
im Urlaub.

426 PHILIP Hmm.

427 PHILIP Uh-Hmm.

428 PHILIP Uh-Hmm.

429 PHILIP Hm.

430 PHILIP Hello!

431 BRIANNA Hmm.

432 PHILIP What happens now?

433 CHLOÉ Qu'est-ce qui se passe maintenant ?
Was passiert gerade?

434 BRIANNA Hah.

435 BRIANNA C'est...
Es ist...

436 PHILIP You look a bit surprised.

437 CHLOÉ Vous avez l'air un peu surprise.
Sie wirken etwas überrascht.

438 BRIANNA Hh Oui.
Hh Ja.

439 PHILIP Mhm..

440 BRIANNA Je sais pas,
Ich weiß nicht,

- 441 BRIANNA c'est bizarre. C'est...
es ist komisch. Es...
- 442 CHLOÉ I don't know, it's strange.
- 443 PHILIP Ok.
- 444 PHILIP Strange in what way?
- 445 CHLOÉ C'est bizarre de quelle manière ?
Wie, komisch?
- 446 PHILIP I see you're touching your face.
- 447 CHLOÉ Je remarque que vous vous touchez la figure.
Ich sehe, dass Sie Ihr Gesicht berühren.
- 448 BRIANNA Oui.
Ja.
- 449 BRIANNA C'est...
Es ist...
- 450 PHILIP Hmm. Feel how these hands are there...
- 451 CHLOÉ Hm. Sentez comment vos mains se posent là...
Hm. Fühlen Sie, wie Ihre Hände dort liegen.
- 452 PHILIP In this very gentle way.
- 453 CHLOÉ C'est très doux.
Es ist sehr sanft.
- 454 BRIANNA Aha.
- 455 CHLOÉ De manière très douce.
Auf eine sanfte Art.
- 456 BRIANNA C'est...
Es ist...
- 457 BRIANNA c'est...
es ist...
- 458 BRIANNA waouh !
wow!
- 459 BRIANNA Aaaaah
- 460 PHILIP Wow!
- 461 BRIANNA Hahahaha.

462 BRIANNA J'ai vraiment l'impression d'avoir couru.
Es fühlt sich wirklich so an, als wäre ich gelaufen.

463 CHLOÉ It feels like I was really running.

464 PHILIP Yeah.

465 PHILIP And how did that feel?

466 CHLOÉ Et c'était comment ?
Und wie war es?

467 BRIANNA C'était...
Es war...

468 BRIANNA c'est trop bien !
es ist genial!

469 PHILIP Great!

470 CHLOÉ It's brilliant!

471 PHILIP Great.

472 BRIANNA J'ai...
Ich...

473 BRIANNA j'ai l'impression d'avoir couru
ich fühle mich, als wäre ich gelaufen.

474 CHLOÉ It really feels like I've been running, even my heart.

475 BRIANNA Même mon cœur.
sogar mein Herz.

476 BRIANNA Ça fait longtemps que j'ai pas couru.
Ich bin schon lange nicht mehr gelaufen.

477 CHLOÉ It's been a long time I haven't run.

478 PHILIP Hmm.

479 PHILIP Hmmm.

480 BRIANNA Ça fait du bien.
Das tut gut.

481 CHLOÉ It feels good.

482 PHILIP Oui.
Ja.

483 PHILIP Just enjoy.

- 484 BRIANNA Hmm.
- 485 CHLOÉ Profitez.
Genießen Sie es
- 486 CHLOÉ Savourez.
kosten Sie es aus.

Zusammenfassung

Diese Masterarbeit widmet sich dem Dolmetschen im therapeutischen Setting und richtet ihren Fokus auf den Bereich der Traumatherapie. Durch ihre pluridisziplinäre Ausrichtung an der Schnittstelle von Dolmetschwissenschaft, Psychologie, Traumaforschung und Linguistik möchte sie einen Beitrag dazu leisten, Dolmetschwissenschaft und Psychologie in ein engeres Miteinander-Sprechen zu bringen – im Sinne einer *working alliance*.

Der theoretische Teil gewährt Einblicke in das komplexe Gefüge posttraumatischer Realität und deren Auswirkungen auf Sprachproduktion. Somit soll ein tieferes Verständnis der posttraumatischen Dynamiken, die in der analysierten therapeutischen Sitzung zum Vorschein kommen, und über den Rahmen der Analyse hinaus dazu beitragen eine Stimme Traumaüberlebende zu verleihen.

Anhand der Analyse einer authentischen Videoaufnahme einer Somatic-Experiencing-Therapiesitzung geht die vorliegende Arbeit der Frage nach, inwiefern Dolmetschende in der Traumatherapie eine resilienzfördernde Rolle einnehmen können, ohne dabei zu Ko-Therapeut:innen zu werden. Zu diesem Zweck wird eine konzeptionelle Erweiterung des Rollenbilds des *active translator* im Sinne von Bot (2005) und Resera et al. (2014) für das therapeutische Setting vorgenommen. Es wird argumentiert, dass Dolmetschende innerhalb der Konturierung ihrer professionellen Tätigkeit sekundäre Zeugenschaft leisten sowie die Emergenz von Sprache unterstützen können. Durch das Spiegeln – *mimêsis* – traumatischer Narrative in der Verdolmetschung kann einerseits die innere Realität von Traumaüberlebenden bezeugt werden; andererseits ermöglicht eine formnahe Wiedergabe, fragmentierte Sprache nicht als Ausdruck eines dysfunktionalen Ichs, sondern als legitime Ausdrucksform traumatischer Erfahrung anzuerkennen und damit dazu beitragen, einen Weg aus der Sprachlosigkeit zu ebnen.

In der analysierten Therapiesitzung wird die Ökologie der interaktionalen Aktivitäten anhand einer konversationsanalytischen Herangehensweise untersucht. Im Fokus stehen dabei die verbalen und nonverbalen Beiträge der Dolmetschperson, die im Hinblick auf ihre potenziell fördernde oder destabilisierende Wirkung auf den therapeutischen Prozess beleuchtet werden. Die Analyse macht die *micropower* sichtbar, über die Dolmetschende im Rahmen der Traumatherapie verfügen, um die Emergenz von Sprache zu unterstützen und die therapeutische Allianz zu stärken.

Schlüsselwörter: Dolmetschgestützte Traumatherapie, Dolmetschen im therapeutischen Setting, Somatic Experiencing, Emergenz von Sprache, sekundäre Zeugenschaft, Sprachlosigkeit, authentische Videoaufnahme, Trauma und Sprache, Konversationsanalyse, Posttraumatische Belastungsstörung, fragmentierte Sprache, Traumanarrativen, Rolle der dolmetschenden Person in der Traumatherapie.

Abstract

This master thesis explores the field of interpreter-mediated psychotherapy, focusing specifically on trauma therapy. Situated at the intersection of interpreting studies, psychology, psychotraumatology, and linguistics, it adopts an interdisciplinary approach that aims to foster the dialogue between interpreting studies and psychology and thus strengthen a *working alliance* across disciplinary borders.

The theoretical part sheds light on the complex matrix of post-traumatic stress and its repercussions on language production. These insights establish a framework for understanding the post-traumatic dynamics that become visible in the analyzed therapeutic session, and, beyond the scope of the empirical analysis, seek to give voice to the often unspeakable reality of trauma survivors.

Based on the analysis of a video-recorded Somatic Experiencing therapy session, the empirical part of this study investigates the extent to which interpreters can support the therapeutic process in trauma therapy without assuming the role of co-therapists. To this end, it proposes a conceptual extension of the role of the *active translator*, as defined by Bot (2005) and Resera et al. (2014) in the context of mental health care. The thesis argues that, within the boundaries of their professional role, interpreters can engage in bearing witness to trauma narratives and support the emergence of language. Through a faithful rendition, the interpreter offers a mirror – *mimêsis* – to the narratives of trauma survivors and thus contributes to the acknowledgement of their inner reality. Furthermore, by preserving the texture of these narratives, the interpreter legitimizes fragmented language as a meaningful form of traumatic expression, rather than as a sign of a dysfunctional self. This, in turn, may support the emergence of language.

The ecology of interactional activities in the recording of the therapeutic session was examined through the lens of conversational analysis. The analysis examines the interpreter's verbal and nonverbal contributions and their potentially supportive or destabilizing effects on the therapeutic process. In this regard, the study highlights the *micropower* available to interpreters in trauma therapy, through which they can support the emergence of language and strengthen the therapeutic alliance.

Keywords: Interpreter-mediated trauma therapy, Somatic Experiencing, emergence of language, secondary witnessing, unsayable reality, interpreting in mental health, trauma and

language, authentic video-recording, conversational analysis, posttraumatic stress disorder, fragmented speech, trauma narratives, interpreter's role in trauma therapy.