

Akustische Phänomene im dolmetscherunterstützten psychiatrischen und psychotherapeutischen Gespräch

Leona Van Vaerenbergh (Antwerpen)

Abstract

The aim of this paper is to investigate interpreter mediated communication in psychiatric and psychotherapeutic conversations, in which acoustic voice and speech characteristics play a very important role. The key question is if and how an interpreter can and should render the paraverbal aspects of these conversations. The paper includes an overview of the research literature and a case study.

The overview of the research literature takes into account studies with a psychiatric and psychotherapeutic approach as well as interpreting research studies. Studies with a psychiatric approach particularly investigate acoustic voice and speech characteristics of the patients such as fundamental frequency, pitch variability and pauses as indicators of specific disorders. Psychotherapeutic communication-oriented studies not only investigate voice and speech characteristics of the patients but also those of the therapists. The focus is on the paraverbal communication between the patient and the therapist who both are senders as well as recipients of paraverbal signals. In interpreting studies, there has as far been little research on the interpretation of paraverbal characteristics in general, and in a psychiatric or psychotherapeutic setting in particular. The question whether interpreters have to render the emotions of the speaker, and if so, how they should do it, has not been answered clearly. Neither the codes of ethics nor the international standard (ISO 13611) include guidelines in this regard. The research literature provides different opinions, and it can be concluded that it is extremely important that interpreters have learned to take in whatever setting decisions based on ethical values and quality-related principles.

Against the background of the existing research literature, the case study presented in this paper aims to gain better insight in the work context of an interpreter and in the requirements, she must fulfil. The fundamental question is: How do the paraverbal signals of the patient and the therapist impact on the interpreter and how does the paralinguistic of the interpreter impact on the patient, the therapist, and the therapeutic relationship?

The analysis is based on the transcription of an audio and video recorded interpreter mediated psychotherapeutic consultation. It differs from previous studies in two respects. First of all, the transcribed consultation is a complex one because other than the patient and the psychologist, also the father and stepmother of the patient participate, and they do so via skype instead of live. Second, a series of turns has been analysed by means of the speech analysis software program *Praat* that already has been used in psychiatric research and in simultaneous interpreting studies (e.g. Barbara Ahrens), but to my knowledge not in bilateral community interpreting studies.

The analysis first deals with the acoustic phenomena of the consultation, such as pauses, (un)intelligibility, and overlap but also disturbing noise. Thereafter, the focus is on the verbal and paraverbal performance of the interpreter. The *Praat*-spectrograms show how different emotions of the patient are reflected in voice features. The spectrograms also allow to compare the paraverbal features of an interpretation with those of the original utterance of the patient and the psychologist. In this case study, the comparison leads to the conclusion that the interpreter adapts voice and speech to the emotional and linguistic situation. Working with speech analysis software opens new research perspectives that may contribute to lay down criteria for the training of interpreters and therapists.

Keywords Therapeutic conversation, paraverbal communication, interpreting, voice and speech features, speech analysis software

1. Einführung

Dieser Beitrag ist im Rahmen einer Tagung zum Thema *The Noise of Medicine* entstanden. Bei diesem Thema denkt man sofort an das Summen von Apparaten, die Geräusche im Operationssaal, den Lärm von MRT- und anderen Radiologiegeräten, das Rauschen von Beatmungsgeräten. Es gibt in Arztpraxen und Krankenhäusern aber auch andere Laute, die Laute der menschlichen Kommunikation: Stimmen, Lachen, Weinen, Schreien, Seufzen – und das Schweigen. Die Forschergruppe um Paul Watzlawick, einen Psychopathologen und Psychotherapeuten, hat aus Untersuchungen psychopathologischer Kommunikation und bestehendem Fallmaterial fünf Grundeigenschaften menschlicher Kommunikation gewonnen, die im Werk als Axiome bezeichnet werden. Das erste lautet: „Man kann nicht nicht kommunizieren.“¹ Auch Schweigen hat Bedeutung und gehört zur Kommunikation.

Gegenstand des vorliegenden Beitrags ist die dolmetscherunterstützte² Kommunikation im psychiatrischen und psychotherapeutischen Kontext, in dem akustische Merkmale eine besondere Rolle spielen. Vorerst werden Einsichten aus der bisherigen Forschung zusammengefasst (Abschnitt 2). Daraufhin folgt eine Fallstudie, die in drei Abschnitte eingeteilt wird: Beschreibung des Kasus und der Untersuchungsmethode (Abschnitt 3), Analyse der akustischen Merkmale (Abschnitt 4) und der Arbeit der Dolmetscherin (Abschnitt 5).

2. Stand der Forschung

Dem Überblick über den Stand der Forschung möchte ich einige terminologische Überlegungen vorausschicken. Das Buch von Donovan et al. hat den Untertitel *Beyond the words*.³ Alles, was über das Wort hinausgeht, nennen die Autoren ‚paraverbal‘ oder ‚extraverbal‘. Dazu gehören sowohl akustische Merkmale als auch nonverbale Merkmale wie Mimik und Gesten. Es gibt aber Unterschiede im Gebrauch der Terminologie: Während Donovan et al. ‚paraverbale Kommunikation‘ als Oberbegriff auffassen, verwendet Blumenthal das ‚Nonverbale‘ als Oberbegriff für Parasprache (paralinguistische

1 Paul Watzlawick, Janet H. Beavin, Don D. Jackson: *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. 13. unveränderte Auflage. Bern 2017, 60; Herv. i. O.

2 Um die Lesbarkeit des Textes nicht zu sehr zu beeinträchtigen, verwende ich überall das generische Maskulinum, wobei ich immer auch alle geschlechtlichen Identitäten meine. Das gilt selbstverständlich nicht für die Personen in der Fallstudie, deren geschlechtliche Identität bekannt ist.

3 James M. Donovan, Kristin A. R. Osborn, Susan Rice: *Paraverbal Communication in Psychotherapy. Beyond the Words*. New York et al. 2017.

Ausdrucksmittel) und andere Formen nonverbaler Kommunikation wie Blickverhalten, Gestik, Mimik.⁴ Auch Kalverkämper und Felgner verwenden die Bezeichnung ‚nonverbale Kommunikation‘ als Oberbegriff. Kalverkämper teilt die nonverbale Kommunikation in ‚nicht-vokal‘ (dazu hauptsächlich die Körpersprache) und ‚vokal‘ (parasprachlich) auf.⁵ Felgner teilt sie aufgrund der Übertragungskanäle in visuelle und auditive Kommunikationsformen auf.⁶ Im vorliegenden Beitrag verwende ich für den Oberbegriff den Terminus ‚extraverbal‘ in der breiten Bedeutung aller Kommunikation, die nicht in Worten stattfindet. Die ‚extraverbale Kommunikation‘ umfasst paraverbale (vokale, auditive) sowie nonverbale (nicht-vokale, visuelle) Erscheinungsformen.⁷

Dass Stimmungen und Emotionen nicht nur in Worten, sondern auch in extraverbalen Kennzeichen, d.h. in paraverbalen Kennzeichen wie z.B. Sprechtempo, Sprechrhythmus und Stimme, und in nonverbalen Kennzeichen wie z.B. Gesichtsausdruck, Gesten und Körperhaltung, zum Ausdruck kommen, ist wohl jedem bekannt. In wissenschaftlichen Studien hat man außerdem versucht nachzuweisen, an welchen Kennzeichen bestimmte Gefühlszustände, wie z.B. Traurigkeit, Wut, Frustration, Angst abzulesen sind.⁸ Über einen festen Zusammenhang zwischen einem emotionalen Status und spezifischen extraverbalen Kennzeichen sind sich aber nicht alle Wissenschaftler einig.⁹

Der vorliegende Beitrag fokussiert die paraverbalen Merkmale sowohl im Literaturüberblick als auch in der Fallstudie. Als Hintergrund für die Fallstudie gebe ich einen Einblick in die Forschung aus dem psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich sowie in die Literatur zur dolmetscherunterstützten psychiatrischen und psychotherapeutischen Kommunikation.

4 Vgl. Caroline Blumenthal: *Das Nonverbale beim Dolmetschen im psychotherapeutischen Setting*. München 2016, 82-91.

5 Vgl. Hartwig Kalverkämper: Nonverbale Kommunikation. In: Gert Ueding (Hg.): *Historisches Wörterbuch der Rhetorik*. Bd 6. Tübingen 2003, 306-337.

6 Vgl. Lars Felgner: *Nonverbale Kommunikation beim medizinischen Dolmetschen*. Berlin 2017, 56-65.

7 Barbara den Ouden bezeichnet die Erscheinungsformen der Parasprache als „verbalisierungsbegleitende Phänomene“, siehe Barbara den Ouden: *Translation und Emotion: Untersuchung einer besonderen Komponente des Dolmetschens*. Berlin 2017, 121-122.

8 Vgl. Alisa Shugaley et al.: Klang der Depression. Zusammenhang zwischen Depressivität und paraverbalen Merkmalen während der Anamnese. In: *Psychotherapeut* 67 (2022), 158-165, 163; Wiesław Sikorski: Paralinguistic communication in the therapeutic relationship. In: *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 1 (2012), 49-54, 52.

9 Vgl. Klaus R. Scherer: Vocal markers of emotion: Comparing induction and acting elicitation. In: *Computer Speech and Language* 27 (2013), 40-58, 40-41; Caroline Blumenthal: *Das Nonverbale beim Dolmetschen im psychotherapeutischen Setting*, 86-87.

2.1 Literatur aus dem Forschungsbereich der Psychiatrie und Psychotherapie

In der psychiatrischen und psychotherapeutischen Forschung hat man für verschiedene psychische Störungen versucht, die Bedeutung paraverbaler Signale zu ergründen. Vor allem in der Forschung zur Depression wird den paraverbalen Signalen viel Aufmerksamkeit gewidmet, doch auch in Zusammenhang mit anderen Störungen, wie Ängstlichkeit, sozialer Angststörung und Schizophrenie sind paraverbale Eigenschaften untersucht worden.¹⁰

Viele Studien zur Depression untersuchen die Bedeutung paraverbaler Merkmale als Indikatoren bei der Diagnose einer Depression, bei der Feststellung des Schweregrades,¹¹ dem Krankheitsverlauf und der Bewertung der Therapie.¹² Fast alle vorliegenden Studien untersuchen die Grundfrequenz der Stimme (=F0), die Tonhöhe und/oder die Spannweite der Grundfrequenz; viele richten ihr Augenmerk auch auf die Sprechgeschwindigkeit und/oder die Lautstärke. Neben diesen akustischen Merkmalen der Stimme bilden auch die akustischen Merkmale der Rede ein wichtiges Thema. Dazu gehören die Anzahl und die Länge der Pausen – Pausen innerhalb der Rede und beim Sprecherwechsel – sowie die Dauer der Sprechzeit und das Verhältnis zwischen Sprechzeit und Pausen. Für die einzelnen paraverbalen Merkmale seien hier einige Ergebnisse aus der Forschung zitiert:

10 Vgl. z.B.: Justin W. Weeks et al.: „The Sound of Fear“: Assessing vocal fundamental frequency as a physiological indicator of social anxiety disorder. In: *Journal of Anxiety Disorders* 26 (2012), 811-822; Manas K. Mandal, P. Srivastava, Shyam K. Singh: Paralinguistic characteristics of speech in schizophrenics and depressives. In: *Journal of psychiatric Research* 24 (1990), 191-196; Sikorski, Paralinguistic communication in the therapeutic relationship, 49-54.

11 Über paraverbale Indikatoren bei der Diagnose und der Feststellung des Ernstes vgl. Antoinette L. Bouhuys, Wilhelmina R.E.H. Mulder-Hajonides van der Meulen: Speech timing measures of severity, psychomotor retardation, and agitation in endogenously depressed patients. In: *Journal of Communication Disorders* 17 (1984), 277-288; Michael Cannizzaro et al.: Voice acoustical measurement of the severity of major depression. In: *Brain and cognition* 56 (2004), 30-35; Jeffrey F. Cohn et al.: *Detecting Depression from Facial Actions and Vocal Prosody*. IEEE 2009, DOI: 10.1109/ACII.2009.5349358; Rachele Horwitz et al.: *On the relative importance of vocal source, system, and prosody in human depression*. IEEE 2013. DOI: 10.1109/BSN.2013.6575522; James C. Mundt et al.: Voice acoustic measures of depression severity and treatment response collected via interactive voice response (IVR) technology. In: *Journal of Neurolinguistics* 20 (2007), 50-64; Shugaley et al., Klang der Depression, 158-165; Weeks et al., „The Sound of Fear“, 811-822; Ying Yang, Catherine Fairbairn, Jeffrey F. Cohn: Detecting depression severity from vocal prosody. In: *IEEE transactions on affective computing* 4 (2013), 142-150.

12 Über paraverbale Indikatoren für Krankheitsverlauf und Therapieevaluation vgl.: Murray Alpert, Enrique R. Pouget, Paul R. Silva: Reflection of depression in acoustic measures of the patient's speech. In: *Journal of Affective Disorders* 66 (2001), 59-69; John K. Darby, Nina Simmons, Philip A. Berger: Speech and voice parameters of depression: A pilot study. In: *Journal of Communication Disorders* 17 (1984), 75-85; Heiner Ellgring, Klaus R. Scherer: Vocal indicators of mood in depression. In: *Journal of Nonverbal Behaviour* 20 (1996), 83-110; Heide Klumpp, Patricia Deldin: Review of brain functioning in depression for semantic processing and verbal fluency. In: *International Journal of Psychophysiology* 75 (2010), 77-85.

The relationship between vocal pitch and social anxiety disorder (SAD) has been examined with encouraging initial results, highlighting *increased fundamental frequency (F0)* as a physiological indicator of SAD.¹³

Several voice acoustic measures correlated significantly with depression severity. Patients responding to treatment had significantly *greater pitch variability, paused less* while speaking, and *spoke faster* than at baseline.¹⁴

Sprechgeschwindigkeit, Pausenlänge und Spannweite der Grundfrequenz scheinen relevante Indikatoren für Depressivität/ggf. Ängstlichkeit zu sein. Die Spannweite der Grundfrequenz ist eher depressionsspezifisch, während Pausenlänge und Sprechgeschwindigkeit mit Depressivität und Ängstlichkeit assoziiert sind.¹⁵

Einige neuere Entwicklungen in der Forschung möchte ich noch beleuchten: zwei neue methodische Ansätze und die Erkenntnis, dass die Bedeutung akustischer Signale multilateral ist.

Damit man verlässliche Daten bekommt, ist es erforderlich, dass Eigenschaften von Stimme und Rede nicht nur in laborähnlichen, experimentellen Situationen mit kontrollierten Aufgaben wie Lesen und Zählen, sondern auch in einem natürlichen Setting wie beim diagnostischen Interview analysiert werden.¹⁶ Dies ist wichtig, weil beim freien Sprechen andere kognitive Aktivitäten gebraucht werden (Alpert et al.), andere Hirnregionen aktiviert werden (Horwitz et al.).¹⁷ Einen weiteren Fortschritt in der Forschung bringt der Einsatz von Sprachtechnologie. Komplementär zur klinischen Beobachtung streben Wissenschaftler immer häufiger eine genaue Messung akustischer Phänomene

13 Weeks et al., „The Sound of Fear“, 811; Herv. L.V.V.

14 Mundt et al., Voice acoustic measures of depression severity and treatment response collected via interactive voice response (IVR) technology, 50, Herv. L.V.V.

15 Shugaley et al., Klang der Depression, 158, Herv. L.V.V.

16 Vgl. dazu u.a. Bouhuys, Mulder-Hajonides van der Meulen, Speech timing measures of severity, psychomotor retardation, and agitation in endogenously depressed patients, 278, 286; Sanne M. A. Lamers et al.: Applying prosodic speech features in mental health care: An exploratory study in a life-review intervention for depression. In: *Proceedings of the Workshop on Computational Linguistics and Clinical Psychology: From Linguistic Signal to Clinical Reality*. Baltimore 2014, 61-68, 66; Weeks et al., „The Sound of Fear“, 812.

17 Vgl. Alpert et al., Reflection of depression in acoustic measures of the patient's speech, 59; Horwitz et al., On the relative importance of vocal source, system, and prosody in human depression, 1.

an und verwenden dazu Sprachanalysesoftware wie *Praat*, das *Giessen Speech Analysis System (GISYS)*, *Voxcom*, *Sphinx* und *Kay Elemetrics*.¹⁸

Während in den bisher besprochenen Studien vor allem die Diagnose im Vordergrund stand und also die Patienten den Fokus darstellten, entwickelt sich vor allem aus therapeutischer Sicht auch die Erkenntnis, dass nicht nur akustische Merkmale in der Rede des Patienten wichtig sind, sondern dass auch die Stimme und die Redeweise des Kliniklers/Therapeuten wissenschaftliches Interesse verdienen. Lamers et al. und Yang et al. ist in ihrer Studie aufgefallen, dass die Stimme und die Redeweise der teilnehmenden Patienten und des Interviewers einander wechselseitig beeinflussen. Lamers et al. haben festgestellt, dass Patienten bestimmte Änderungen in der Redeweise des Interviewers, wie eine höhere Grundfrequenz und eine größere Spannweite der Grundfrequenz, unbewusst übernehmen.¹⁹ Yang et al. haben auch Einflüsse des Patienten auf den Interviewer wahrgenommen. Ihr Befund ist nicht, dass sich die paraverbalen Merkmale angleichen, sondern dass sie sich umgekehrt zueinander verhalten: Je depressiver, und damit je weniger expressiv ein Patient, desto expressiver drückt sich der Interviewer aus.²⁰ Vor allem in Studien über das Kommunikationsverhalten in der Therapie wird hervorgehoben, dass auch die Parasprache des Therapeuten eine bedeutende Rolle spielt. Der Therapeut ist nicht nur Empfänger, sondern auch Sender von paraverbalen Signalen. Seine Parasprache könne zum Vertrauen des Patienten beitragen und die therapeutische Beziehung verstärken, schreibt Sikorski. Die Bedeutung von paraverbalen Signalen sei multilateral.²¹ Donovan et al. analysieren anhand von Videoaufnahmen die extraverbalen, d.h. die paraverbalen und nonverbalen Kommunikationsmerkmale des Therapeuten und des Patienten, wie sie zur wechselseitigen Übertragung von Affekten, Erinnerungen und

18 *Praat* wird verwendet in: Cohn et al., Detecting Depression from Facial Actions and Vocal Prosody; Horwitz et al., On the relative importance of vocal source, system, and prosody in human depression; Lamers et al., Applying prosodic speech features in mental health care, 61-68; Mundt et al., Voice acoustic measures of depression severity and treatment response collected via interactive voice response (IVR) technology, 50-64; Shugaley et al., Klang der Depression, 158-165. Das *Giessen Speech Analysis System (GISYS)* wird verwendet in: Ellgring, Scherer, Vocal indicators of mood in depression, 83-110. *Voxcom* wird verwendet in: Alpert, Pouget, Silva, Reflection of depression in acoustic measures of the patient's speech, 59-69. *Sphinx* wird verwendet in: Yang, Fairbairn, Cohn, Detecting depression severity from vocal prosody, 142-150. *Kay Elemetrics* wird verwendet in: Cannizzaro et al., Voice acoustical measurement of the severity of major depression, 30-35; Mundt et al., Voice acoustic measures of depression severity and treatment response collected via interactive voice response (IVR) technology, 50-64; Weeks et al., „The Sound of Fear“, 811-822.

19 Vgl. Lamers et al., Applying prosodic speech features in mental health care, 66.

20 Vgl. Yang, Fairbairn, Cohn, Detecting depression severity from vocal prosody, 148.

21 Vgl. Sikorski, Paralinguistic communication in the therapeutic relationship, 52-53.

Assoziationen („transference“ und „counter-transference“) beitragen,²² und zu Momenten der Begegnung („now moments“, „moments of meeting“) führen.²³ Gegenstand der beiden letztgenannten Studien ist die ‚paraverbale Kommunikation‘ zwischen Patienten und Therapeuten. Hier schließt sich die Frage an, wie sich die Kommunikation entwickelt, wenn im dolmetscherunterstützten Gespräch eine weitere Person – der Dolmetscher – hinzukommt.

Was wird vom Dolmetscher erwartet? Inwiefern ist er auch Empfänger und Sender von paraverbalen Signalen? In welchem Maße wird er durch die paraverbalen Signale des Patienten und des Therapeuten beeinflusst und in welchem Maße beeinflusst seine Parapsprache das Verhalten des Patienten und des Therapeuten sowie die therapeutische Beziehung? Diese Fragen leiten zum nächsten Abschnitt über die dolmetscherunterstützte Kommunikation über und werden in der Fallstudie als Forschungsfragen umformuliert (siehe Abschnitt 5).

2.2 Literatur zur dolmetscherunterstützten Kommunikation

Für die Antwort auf die obigen Fragen beschränke ich mich auf die Literatur zum Dolmetschen psychiatrischer und psychotherapeutischer Gespräche. Der Umgang des Dolmetschers mit paraverbalen Merkmalen beim Kommunaldolmetschen im Allgemeinen und im psychotherapeutischen Setting im Besonderen ist ein Thema, das bisher nur in geringem Maße erforscht worden ist.

Die bestehende Forschungsliteratur bezieht sich vor allem auf die Rolle(n) des Dolmetschers und sein Verhalten gegenüber Emotionen – denen der anderen und den eigenen. Mit der Rolle, die dem Dolmetscher zugeteilt wird und mit dem erwünschten Verhalten gegenüber Emotionen sind Überlegungen über den Umgang mit paraverbalen Merkmalen sowie über den Einfluss des paraverbalen Verhaltens des Dolmetschers auf den Patienten, den Therapeuten und die therapeutische Beziehung und Interaktion aufs Engste verbunden. Einige für die Analyse wichtige Einsichten werden im Folgenden zusammengefasst.

Blumenthal gibt einen Überblick über die sehr unterschiedlichen Rollen, die in wissenschaftlichen Studien dem Dolmetscher im psychotherapeutischen Setting zugeschrieben werden: die Rolle als „Sprachumwandler“, als „Kulturmittler“ und als „dritte aktive

22 Donovan, Osborn, Rice, Paraverbal Communication in Psychotherapy, 54.

23 Ebd., 42.

Partei“.²⁴ Innerhalb der letztgenannten Rolle kann der Dolmetscher als Gesprächsmanger, als Co-Therapeut oder als Patientenfürsprecher auftreten.²⁵ Bot sowie Hsieh und Nicodemus beschreiben die Rolle des Dolmetschers auf eine nuancierte Weise.²⁶ Für Bot ist es wichtig, dass der Dolmetscher eine konstruktive Rolle einnimmt, dass das Verhalten des Therapeuten, Dolmetschers und Patienten gut aufeinander abgestimmt ist, dass die drei eine Art ‚Arbeitsgruppe‘ bilden.²⁷ Sie spricht in diesem Zusammenhang vom ‚interaktiven Dolmetscher‘.²⁸ Hsieh und Nicodemus betonen, wie Dolmetscher zur vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Therapeut beitragen können. Dennoch verzichten Dolmetscher oft auf ein aktives Auftreten aufgrund ihres Berufskodex, der Neutralität vorschreibt.²⁹ Bot ist wie Hsieh und Nicodemus der Meinung, dass Dolmetscher gelegentlich ihre neutrale Rolle aufgeben müssen, um den Gesprächsverlauf zu unterstützen.³⁰ Es kann notwendig sein, dass Dolmetscher von ihrer neutralen Haltung abweichen, um die Haltung des Therapeuten widerzuspiegeln und auf diese Weise eine günstige therapeutische Beziehung zu schaffen.³¹

Die Haltung eines Therapeuten soll empathisch und unvoreingenommen sein, und Empathie- und Einfühlungsvermögen sind auch wichtige Voraussetzungen für das Dolmetschen im psychiatrischen und psychotherapeutischen Gespräch.³² Ein empathisches Verhältnis zum Patienten und Therapeuten ist erforderlich.³³ Searight und Searight betonen, dass Dolmetscher gerade durch die Vermittlung von Empathie und Wärme Vertrauen gewinnen.³⁴ Trotzdem – so stellen Hsieh und Nicodemus fest – gibt es nur wenige Studien

24 Blumenthal, Das Nonverbale beim Dolmetschen im psychotherapeutischen Setting, 35-43.

25 Vgl. ebd., 40-43.

26 Vgl. Hanneke Bot: Dialogue interpreting in mental healthcare. Supportive interference. In: Şebnem Susam-Saraeva, Eva Spišiaková (Hg.): *The Routledge Handbook of Translation and Health*. London et al. 2021, 369-384; Hanneke Bot: Interpreting in mental health, anything special? In: Izabel E. T. de V. Souza, Effrossyni Fragkou (Hg.): *Handbook of research on medical interpreting*. Hershey PA 2020, 210-226; Elaine Hsieh, Brenda Nicodemus: Conceptualizing emotion in healthcare interpreting: a normative approach to interpreters' emotion work. In: *Patient Education and Counseling* 98 (2015), 1474-1481.

27 Vgl. Bot, Interpreting in mental health, anything special?, 214.

28 Vgl. Bot, Dialogue interpreting in mental healthcare. Supportive interference, 378.

29 Vgl. Hsieh, Nicodemus, Conceptualizing emotion in healthcare interpreting, 1477.

30 Vgl. Bot, Interpreting in mental health, anything special?, 214.

31 Vgl. Bot, Dialogue interpreting in mental healthcare. Supportive interference, 371.

32 Vgl. Blumenthal, Das Nonverbale beim Dolmetschen im psychotherapeutischen Setting, 44.

33 Vgl. Bot, Interpreting in mental health, anything special?, 218.

34 Vgl. H. Russell Searight, Barbara K. Searight: Working with foreign language interpreters: recommendations for psychological practice. In: *Professional Psychology: Research and Practice* 40 (2009), 444-451, 447.

zum Thema ‚Empathie und Emotionen beim Dolmetschen im Gesundheitswesen.‘³⁵ Auch für das psychiatrische und psychotherapeutische Gespräch, in dem doch ganz besonders Gefühle und Emotionen zum Ausdruck gebracht werden, ist das Thema ‚Empathie beim Dolmetschen‘ wenig erforscht worden. Für den vorliegenden Beitrag ist es aber bedeutend, dass die vorhandenen Studien bestätigen, dass Empathie und Emotionen nicht nur in Worten, sondern vorwiegend in nonverbalen und paraverbalen Zeichen vermittelt werden.³⁶

Das führt zur Frage, ob Dolmetscher die Emotionen der Sprecher ausdrücken sollen, und wenn ja, wie sie das tun sollen. Über die Zuständigkeit der Dolmetscher für die Wiedergabe von Emotionen, und damit extraveraler (nonverbaler und paraverbaler) Zeichen, gehen die Meinungen weit auseinander.³⁷ Manche sind der Meinung, dass Dolmetscher nur für die verbale Kommunikation zuständig seien und sich emotional distanziert verhalten sollten. Sie argumentieren, dass extraverbale Ausdruckselemente von den Gesprächsteilnehmern (Therapeuten und Patienten) wahrnehmbar seien. Andere sind der Meinung, dass Dolmetscher auch „Verantwortung für die bewusste Rezeption und den angemessenen Umgang mit dem Nonverbalen tragen“³⁸. Doch was ist unter einem ‚angemessenen Umgang‘ zu verstehen? Auch diese Frage ist umstritten. Soll der Dolmetscher die extraverbale Merkmale einfach übernehmen, nachahmen oder vielmehr intersemiotisch übersetzen? Im Rahmen dieses Beitrags heißt die Frage konkret: Soll der Dolmetscher die oben beschriebenen paraverbalen Merkmale der Sprecher übernehmen?

Die Frage ist bisher wenig erforscht worden, und es gibt keine praktische Anleitung für Dolmetscher im Gesundheitswesen, insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit. In einem von mir zusammengesetzten Korpus von zwanzig Ethikkodizes findet sich nur einer, der eine Instruktion für das Verhalten des Dolmetschers in Bezug auf paraverbale, akustische Eigenschaften enthält. Es ist der Ethikkode des flämischen Dolmetscherdienstes, der für Kommunaldolmetscher in allen Bereichen gilt. Dort heißt es: „Der Dolmetscher verwendet dieselbe Intonation wie der Sprecher.“³⁹ Zwei andere

35 Vgl. Hsieh, Nicodemus, Conceptualizing emotion in healthcare interpreting, 1475.

36 Vgl. Blumenthal, Das Nonverbale beim Dolmetschen im psychotherapeutischen Setting, 76, 79, 86; Bot, Interpreting in mental health, anything special?, 217; Bot, Dialogue interpreting in mental healthcare. Supportive interference, 370.

37 Vgl. Blumenthal, Das Nonverbale beim Dolmetschen im psychotherapeutischen Setting, 114-121; vgl. auch Hsieh, Nicodemus, Conceptualizing emotion in healthcare interpreting, 1478.

38 Blumenthal, Das Nonverbale beim Dolmetschen im psychotherapeutischen Setting, 116.

39 Agentschap Integratie en Inburgering: Deontologische code van de sociaal tolk (2017). <https://www.integratie-inburgering.be/nl/de-deontologische-code-voor-sociaal-tolken> (09.06.2022); Übersetzung aus dem Niederländischen durch L.V.V.

Kodizes bleiben vage, indem sie mit dem englischen Verb „convey“ erwähnen, dass paraverbale Merkmale vermittelt werden sollten.⁴⁰ Auch der internationale Standard (ISO 13611) enthält keine Richtlinien für den Umgang mit extraverbalen, insb. paraverbalen Elementen.⁴¹

Was ist der Fachliteratur dann doch zu entnehmen? Es herrscht durchaus Übereinstimmung darüber, dass die Anwesenheit eines Dolmetschers Einfluss auf das therapeutische Verhältnis und die Interaktion zwischen Patient und Therapeut hat. Bot führt an, dass unter anderem die Prosodie, die Redeflüssigkeit und die Tonhöhe des Dolmetschers die Atmosphäre und sogar den Erfolg einer Sitzung entscheidend beeinflussen können. In der Patientenbefragung zum Beispiel, über die Costa und Briggs berichten, erwähnte eine Teilnehmerin, wie sie sich an einer unangemessenen Reaktion der Dolmetscherin gestört hat: Die Dolmetscherin habe gelacht, während sie über etwas Ernsthaftes gesprochen habe. Sie drückte auch ihre Enttäuschung über die Haltung des Therapeuten aus, der darauf nicht reagiert habe.⁴²

Da die Inhalte und Kontexte psychiatrischer und psychotherapeutischer Gespräche sehr unterschiedlich sind, ist es wichtig, dass Dolmetscher gelernt haben, aufgrund von Werten und Prinzipien zu entscheiden. Hsieh und Nicodemus nennen „quality and equality in care (QEC)“ als Leitprinzip.⁴³ Dolmetscher sollten dafür sorgen, dass ihr Einfluss, und damit ihre Entscheidungen der Therapie zugutekommen, formuliert Bot.⁴⁴ Für Blumenthal steht „die Frage nach therapiefördernden und selbstschützenden Vorgehensweisen“ im Vordergrund.⁴⁵ Durch die Erwähnung des Selbstschutzes erweitert sie das Prinzip des Nicht-Schadens, indem sie es auch auf die Person des Dolmetschers anwen-

40 California Healthcare Interpreters Association (CHIA): *California Standards for Healthcare Interpreters. Ethical Principles, Protocols and Guidance on Roles & Intervention. Funded by a grant from the California Endowment*. California 2002, 30. http://www.chiaonline.org/Resources/Documents/CHIA%20Standards/standards_chia.pdf (10.11.2022); The National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC): *A National Code of Ethics for Interpreters in Health Care. The National Council on Interpreting in Health Care Working Papers Series*. Washington 2004, 13. <https://www.ncihc.org/assets/documents/publications/NCIHC%20National%20Code%20of%20Ethics.pdf> (10.11.2022). Für weitere Informationen über die Ethikkodizes siehe Leona Van Vaerenbergh: Ethics and good practices in interpreting multimodal communication in (mental) healthcare. In: Christiane Hohenstein, Magdalène Lévy-Tödter (Hg.): *Multilingual healthcare. A global view on communicative challenges*. Wiesbaden 2020, 311-331.

41 Vgl. ISO 13611: *Interpreting – Guidelines for community interpreting*. Genf 2014.

42 Vgl. Beverley Costa, Stephen Briggs: Service-users' experiences of interpreters in psychological therapy: a pilot study. In: *International Journal of Migration, Health and Social Care* 10 (2014), 231-244, 239.

43 Hsieh, Nicodemus, Conceptualizing emotion in healthcare interpreting, 1478.

44 Vgl. Bot, Dialogue interpreting in mental healthcare. Supportive interference, 377.

45 Blumenthal, Das Nonverbale beim Dolmetschen im psychotherapeutischen Setting, 119.

det. Damit spricht sie die Gefahr des empathischen Stresses an, der durch das Nachahmen extravertierter Merkmale des Patienten ausgelöst werden kann.

Diesen allgemeinen Prinzipien Rechnung tragend formuliert Bot doch einige praktische Empfehlungen für den Umgang mit paraverbalen Merkmalen. Eine erste Empfehlung betrifft die Intonation. Es ist kennzeichnend für ein psychotherapeutisches Gespräch, dass der Therapeut Fragen stellt, um den Patienten zum Sprechen zu ermutigen. Deshalb soll der Dolmetscher darauf achten, dass er bei der Verdolmetschung die Fragen mit der richtigen Frageintonation wiedergibt, denn kleine Änderungen in der Intonation können eine Frage, die nicht durch Inversion, sondern durch Intonation markiert wird, in eine Aussage umwandeln.⁴⁶ Die zweite Empfehlung betrifft den Umgang mit Gefühlsausdrücken wie Lachen und Schreien. Bot rät dem Dolmetscher, bis zu einem gewissen Grad der Ausdrucksweise des Therapeuten – und auch des Patienten – zu folgen, und gibt für beide Fälle ein Beispiel. So heißt es: „when the therapist laughs about something the patient said, the interpreter will smile“; nicht zu lächeln aufgrund der Neutralität könnte als mangelndes Interesse oder sogar als herablassende Haltung interpretiert werden.⁴⁷ Und: „when the patient shouts, the interpreter may also raise their voice, but to a lower level.“⁴⁸ Bot nennt dieses Verfahren *shadowing*, d. h. dass der Dolmetscher eine gleiche Haltung zeigt, aber etwas sanfter: „following and remaining a little behind the emotions expressed in the session“⁴⁹. *Shadowing* unterscheidet sich somit von der Nachahmung, dem *Reenactment*, das in bestimmten Kontexten nicht angemessen ist und für den Dolmetscher die Gefahr einer sekundären Traumatisierung erhöht.⁵⁰

Die genannten Empfehlungen geben zwar eine Richtung vor, ersetzen aber keineswegs eine gediegene Ausbildung und Vorbereitung der Dolmetscher für ihre Aufgaben im Bereich der psychischen Gesundheit. Dabei verdient der Umgang des Dolmetschers mit dem Paraverbalen und Nonverbalen, der sich nicht in allgemeingültige Regeln fassen lässt, größere Aufmerksamkeit als bisher der Fall ist.

46 Vgl. Bot, *Interpreting in mental health, anything special?*, 221; Bot, *Dialogue interpreting in mental healthcare. Supportive interference*, 375.

47 Bot, *Interpreting in mental health, anything special?*, 218; Bot, *Dialogue interpreting in mental healthcare. Supportive interference*, 378, 379.

48 Bot, *Dialogue interpreting in mental healthcare. Supportive interference*, 379.

49 Ebd., 382.

50 Über das *Reenactment* und das Risiko einer sekundären Traumatisierung vgl. Hsieh, Nicodemus, *Conceptualizing emotion in healthcare interpreting*, 1476 bzw. 1477.

Vor dem Hintergrund der dargestellten Forschungserkenntnisse wird in den nun folgenden Abschnitten ein dolmetscherunterstütztes therapeutisches Gespräch analysiert. Den Fokus bilden die akustischen Phänomene und die Arbeit der Dolmetscherin als Empfängerin und Senderin akustischer Signale. Die Studie beschreibt und interpretiert und hat keine normativen Absichten.

3. Beschreibung eines komplexen Falles und Untersuchungsmethode

3.1 *Der Fall*

Die meisten Studien über das Dolmetschen im Gesundheitswesen, einschließlich der psychischen Gesundheit, gehen von der Annahme aus, dass eine dolmetscherunterstützte Konsultation eine triadische Kommunikation zwischen einem Gesundheitsdienstleister (im Bereich der psychischen Gesundheit: einem Psychiater, Psychologen oder Psychotherapeuten), einem Patienten und einem Dolmetscher als Vermittler ist. Feldforschung am UPC KU Leuven (*Universitäres psychiatrisches Zentrum KU Leuven*) hat zu der Erkenntnis geführt, dass es dabei aber auch viel komplexere Settings gibt. Sowohl auf der Seite der Patienten als auf der Seite der Dienstleister besteht die Möglichkeit, dass mehrere Personen am Gespräch teilnehmen. In der Kinder- und Jugendabteilung nehmen oft Eltern und manchmal auch Erziehungs- und Bildungsberater an der Konsultation teil. Auf der Seite der Dienstleister können mehrere Mitglieder des Abteilungsteams involviert sein. Wenn man wie Goguikian-Rathcliff und Pereira⁵¹ eine Triade als ein System von drei Dyaden auffasst, so multipliziert sich die Anzahl der Dyaden mit jeder zusätzlichen Person, die an der Konsultation teilnimmt.

Die Komplexität, die durch die Zusammensetzung der Gesprächsrunde entsteht, erhöht sich noch, wenn nicht alle Teilnehmer im Konsultationsraum in Präsenz anwesend sind, sondern einer oder mehrere über ein digitales Medium teilnehmen. Die Anzahl der Teilnehmer und die hybride Form der Kommunikation können leicht dazu führen, dass das Gespräch nicht nach einer festgelegten Struktur verläuft.

Im Fall, der Gegenstand dieses Beitrags ist, handelt es sich um ein fast anderthalb Stunden dauerndes (und 842 Redebeiträge [Turns] zählendes) Gespräch bei einem

51 Vgl. Betty Goguikian Ratcliff, Catarina Pereira: L'alliance thérapeutique triadique dans une psychothérapie avec un interprète: un concept en quête de validation. In: *Pratiques psychologiques* 25 (2019), 63-77, 69-72.

Psychologen.⁵² Die Patientin ist eine Jugendliche, deren Eltern, beide Deutsche, geschieden sind. Sie lebt nun mit ihrer Mutter und Schwester in Belgien, während ihr Vater weiterhin in Deutschland lebt. Im Gesprächsraum befinden sich von vorn nach hinten: der Psychologe, die Patientin, und eine von der flämischen Dienststelle für Integration und Einbürgerung (*Agentschap Integratie en Inburgering*) zertifizierte Kommunaldolmetscherin. Der Vater und die Stiefmutter beteiligen sich am Gespräch über Skype und sind über den Bildschirm anwesend (siehe Abb. 1). Rechts vom Psychologen, aber nicht im Bild, sitzt eine Praktikantin, die nur beobachtet.



Abb. 1: Sitzordnung im Konsultationsraum

Die grundlegende therapeutische Kommunikation umfasst folgende vier Dyaden: Patientin und Vater, Patientin und Stiefmutter, Psychologe und Vater/Stiefmutter, Psychologe und Patientin.⁵³ Dazu kommen die Dyaden der Dolmetscherin mit dem Vater, der Stiefmutter, der Patientin und dem Psychologen.

Obwohl die Patientin nicht über die Vergangenheit sprechen möchte und der Psychologe ein Gespräch ankündigt, das dazu beitragen soll, dass sich die Patientin in Zukunft beim Vater besser zu Hause fühlen kann, bestimmt die Vergangenheit doch sehr stark den Inhalt des Gesprächs. Die wichtigsten Themen sind das Verhältnis der Patientin zu ihrem Vater und der Stiefmutter und die Scheidung der Eltern. Einige Aussagen des Vaters aus der Vergangenheit machen der Patientin zu schaffen, und in Bezug auf das Ver-

⁵² Die Turns sind wie folgt auf die Gesprächsteilnehmer verteilt: Psychiater 270 Turns, Patientin 199 Turns, Vater 156 Turns, Stiefmutter 57 Turns, Dolmetscherin 171 Turns. Die Summe dieser Zahlen stimmt nicht mit der Gesamtzahl 842 überein, da ab und zu zwei Beteiligte gleichzeitig – wie aus einem Munde – sprechen. Das ist vor allem der Fall mit Vater und Stiefmutter.

⁵³ Kurze Austausche zwischen dem Vater und der Stiefmutter sind nicht mitgerechnet. Vgl. die Gesprächsstränge in Abschnitt 5.1.

hältnis zur Stiefmutter kommen zwei Vorfälle mit deren Sohn zur Sprache. Im Bereich der Scheidung beschäftigt die Patientin vor allem die Frage, warum die Mutter weggegangen ist. Auch macht sie sich Vorwürfe über die von ihr getroffene Entscheidung, zur Mutter nach Belgien zu ziehen.

Es ist ein Fortschritt in der Therapie, dass die Patientin ihre Emotionen äußert: ihre Ängste, ihre Scham, das Gefühl, dass andere denken, dass etwas mit ihr nicht stimmt, ihre Schuldgefühle, ihre Trauer. Die Emotionen äußern sich nicht nur in Worten, sondern auch in Weinen, Schluchzen und Schweigen. Akustische Phänomene sind in diesem Gespräch nicht nur Kontextfaktoren und Form- bzw. Stileigenschaften, sondern sie gehören mit zum Inhalt. Auch in diesem Fall enthalten paraverbale Phänomene Informationen und senden Signale.⁵⁴

3.2 Die Untersuchungsmethode

Das Gespräch dauert insgesamt 1:24:34 und ist Audio- und Video-aufgezeichnet worden. Alle Beteiligten haben dazu eine informierte Einwilligung unterschrieben. Für die Audioaufnahme wurde ein IC Recorder Sony ICD-PX470, für die Videoaufnahme eine digitale Kamera Sony HDR-AS200V verwendet. Der Recorder und die Kamera wurden vom Therapeuten ein- und ausgeschaltet; ich selbst war nicht im Konsultationsraum anwesend. Das aufgezeichnete Gespräch wurde manuell nach den Konventionen der Konversationsanalyse transkribiert.⁵⁵ Die Transkription setzt sich aus 842 Redebeiträgen (Turns) zusammen. Zur konversationsanalytischen Transkription gehören Symbole für paraverbale Merkmale wie Pausen (0.0), unverständliche Stellen ((xxx)), Sprecherüberlappungen [xxx] und Nachdruck xxx. Außerdem sind in die Transkription auch Annotationen zu weiteren paraverbalen Merkmalen wie Weinen und Schluchzen und anderen nicht zur Parasprache gehörigen akustischen Phänomenen wie Husten und Stühlerücken eingefügt worden. Die Übersetzungen aus dem Niederländischen sind von mir angefertigt worden.

Für die Analyse des Gesprächs wurden verschiedene Softwareprogramme benutzt: *Audacity* zur Feststellung der Pausendauer, *Excel* zur Aufzählung der Pausendauer und um den Redeanteil der einzelnen Gesprächsteilnehmer zu berechnen sowie *Praat* zur

54 Vgl. Shugaley et al., Klang der Depression, 159; Sikorski, Paralinguistic communication in the therapeutic relationship, 52-53.

55 Vgl. Gail Jefferson: Glossary of transcript symbols with an introduction. In: Gene H. Lerner (Hg.): *Conversation analysis. Studies from the first generation*. Amsterdam 2004, 13-31.

Analyse von Tonhöhe (Grundfrequenz) und Lautstärke einiger Turns.⁵⁶ Die letztgenannte Software wird auch in der psychiatrischen Forschung verwendet (siehe 2.1), ist auch schon in Studien über Simultandolmetschen eingesetzt worden (siehe z. B. Ahrens), doch meines Wissens noch nicht in Studien über bilaterales Kommunaldolmetschen.⁵⁷

4. Akustische Phänomene im therapeutischen Gespräch

Dieser Abschnitt fokussiert einige für das aufgezeichnete Gespräch bedeutende akustische Phänomene, sowohl paraverbale Merkmale als auch andere nicht der Parasprache zugehörige akustische Erscheinungen. Im Vordergrund der Analyse stehen die Pausen und das Weinen (4.1), die akustische (Un-)Verständlichkeit (4.2) sowie Sprecherwechsel und Sprecherüberlappungen (4.3). Die in diesem Abschnitt beschriebenen akustischen Phänomene stellen die Situation dar, in der die Dolmetscherin ihre Aufgabe erfüllen muss (siehe dazu Abschnitt 5).

4.1 Pausen und Weinen

Es fällt auf, dass im Laufe dieses Gesprächs viel geschwiegen wird und dieses Schweigen gehört, wie sich zeigen wird, zur Kommunikation. Das gesamte Gespräch zählt mehr als 9 Minuten Pause (543,20"). Inkludiert sind alle Pausen von über einer Sekunde, Pausen innerhalb der Redebeiträge (243,20") und Pausen beim Sprecherwechsel (*switching pauses*) (300,00"). Die Pausen innerhalb von Redebeiträgen treten am häufigsten in der Rede des Psychologen auf, der seine Worte wohl überlegt und der Patientin Zeit gibt. In den kürzeren Redebeiträgen treten sie oft nach einer bejahenden Partikel (*ja, tja, o.k.*), nach einem Verzögerungslaut (*mhm, ähm*) oder in Zusammenhang mit einem anregenden Imperativ (*zeg es – sag mal*) auf.⁵⁸

387 – PS: Mhm (4.4) Ben je bang voor iets? Hm?

Mhm (4.4) Hast du Angst vor etwas? Hm?

56 Mein besonderer Dank gilt Dr. Sofie Van de Geuchte, die die Transkription gründlich und kritisch überprüft, die Pausen berechnet und die Spektrogramme erstellt hat.

57 Barbara Ahrens: Prosodic phenomena in simultaneous interpreting. A conceptual approach and its practical application. In: *Interpreting* 7 (2005), 51-76.

58 Die Zahl in diesen und den weiteren Beispielen verweist auf die Nummer des Redebeitrags (des Turns). Die Abkürzung ‚PS‘ steht für den Psychologen. Abkürzungen, die in weiteren Beispielen vorkommen, sind: ‚V‘ (Vater), ‚SM‘ (Stiefmutter), ‚L‘ (Vorname der Patientin) und ‚D‘ (Dolmetscherin).

487 – **PS:** Ja (6.6) Zou je nog graag iets anders bespreken over iets anders hebben of gewoon verder gaan? Of wat? Wat zou je graag willen?

Ja (6.6) Möchtest du noch gern etwas anderes besprechen über etwas anderes reden oder einfach weitergehen? Oder was? Was möchtest du?

516 – **PS:** Das heel belangrijk voor jou heel belangrijk (34.0) Zeg es (4.3) Wa zou je nu aan je papa willen zeggen?

Dasis sehr wichtig für dich (34.0) Sag mal (4.3) Was möchtest du nun deinem Papa sagen?

Die Analyse der *switching pauses* zeigt, dass sich nur an wenigen Stellen die Reaktion der Patientin verzögert; die meisten Pausen finden sich, bevor der Psychologe oder der Vater das Wort ergreifen. Während die Pausen vor einem Redebeitrag des Vaters teilweise durch die Skype-Verbindung zu erklären sind, gehören sie beim Psychologen zu seiner Arbeitsstrategie. Er möchte die Patientin zum Reden ermutigen und wägt seine Worte, sowohl, wenn er sich an die Patientin als auch, wenn er sich an den Vater und die Stiefmutter richtet, bewusst ab.

530 – **PS:** (24.0) Wil je nog iets zeggen, wil je ook iets aan je stiefmoeder zeggen?

(24.0) Möchtest du noch etwas sagen, möchtest du auch deiner Stiefmutter etwas sagen?

533 – **PS:** (4.7) Nog niet?

(4.7) Noch nicht?

Manche Pausen – sowohl Pausen innerhalb von Redebeiträgen als auch beim Sprecherwechsel – fallen mit Momenten zusammen, in denen die Patientin weint. Sowohl der Psychologe als auch der Vater zeigen Respekt vor dem Weinen und Schluchzen, vor den Emotionen der Patientin. Das Weinen wird auch über mehrere Redebeiträge thematisiert (Turn 524 bis 580). Der Vater sagt unter anderem:

525 – **V:** Nein, wenn man weint, ist man nie lächerlich [...] Das ist ja auch nichts Schlechtes L, das ist vielleicht auch bitter, bitter nötig.

529 – **V:** Genau da braucht man sich nicht zu schämen L. Ganz im Gegenteil. Weinen gehört im Leben dazu.

Der Vater zeigt Verständnis, versucht das Weinen zu deuten und die Tochter zu trösten. Auch die Dolmetscherin drückt in ihrer Mimik und Körperhaltung Verständnis aus.

4.2 Akustische (Un-)Verständlichkeit

Stimm- und Redemerkmale

Die Begegnung mit ihrem Vater und der Stiefmutter sowie die Fragen und Anregungen des Psychologen lösen bei der Patientin wechselnde Emotionen aus: Trauer und Schuldgefühle, aber auch Aufregung. Diese Emotionen prägen den Klang ihrer Stimme und den Fluss ihrer Rede und somit auch die (Un-)Verständlichkeit des Gesagten.

Zur Überprüfung und Objektivierung der wahrgenommenen paraverbalen Merkmale sind einige ausgewählte Redebeiträge in die Software *Praat*⁵⁹ eingegeben worden. Ein Vergleich von drei Spektrogrammen zeigt, wie die unterschiedlichen Gemütsverfassungen in den paraverbalen Merkmalen Grundfrequenz, Spannweite der Grundfrequenz (Tonhöhenvariation) und Lautstärke zum Ausdruck kommen. Es handelt sich um folgende Redebeiträge:

116 – L: Nee, aber dann hast du am Ende des Streits denn du hattest dann mit Streit, und am Ende dieses Streits hast du zu mir gesagt von ja du L nun hast du dafür gesorgt, dass ich meinen Bruder nicht mehr sehen kann.

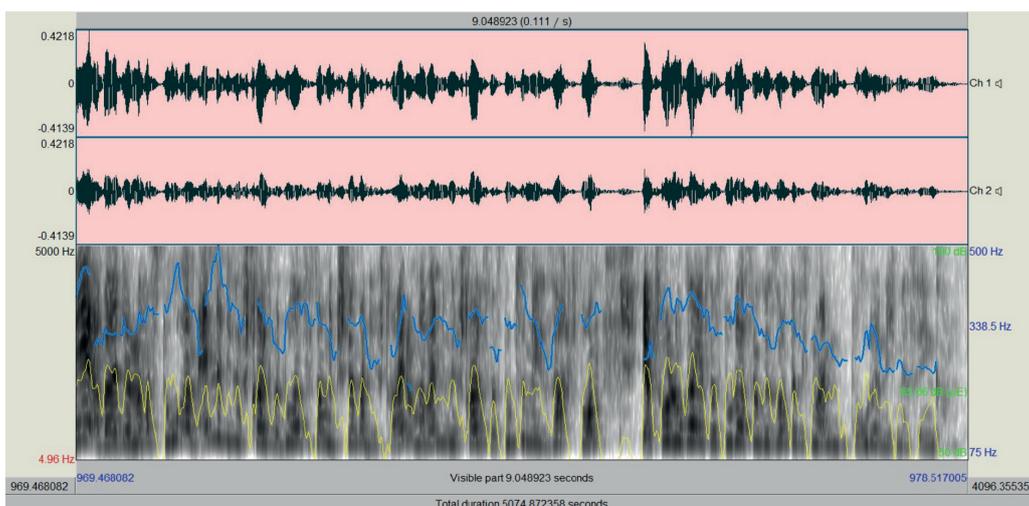


Fig. 1: Turn 116

59 Vgl. Paul Boersma, David Weeninck: *PRAAT doing phonetics by computer. Version 6.1.47*. [Computer software]. Amsterdam (ohne Datum). <https://www.fon.hum.uva.nl/praat/> (10.11.2022).

411 – L: Ja ja ich verstehe das ja

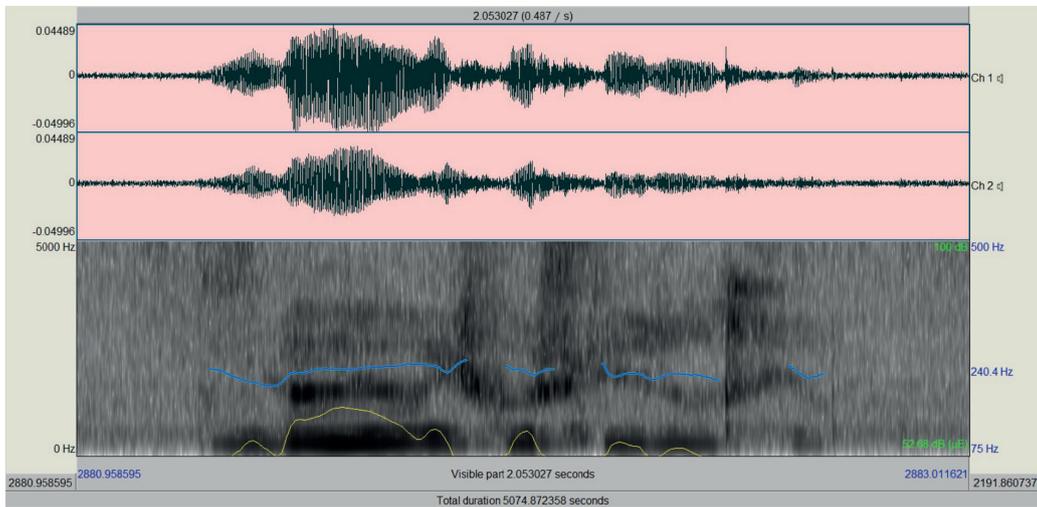


Fig. 2: Turn 411

448 – L: Ja (1.3) ((xxx)) ich hör es ja

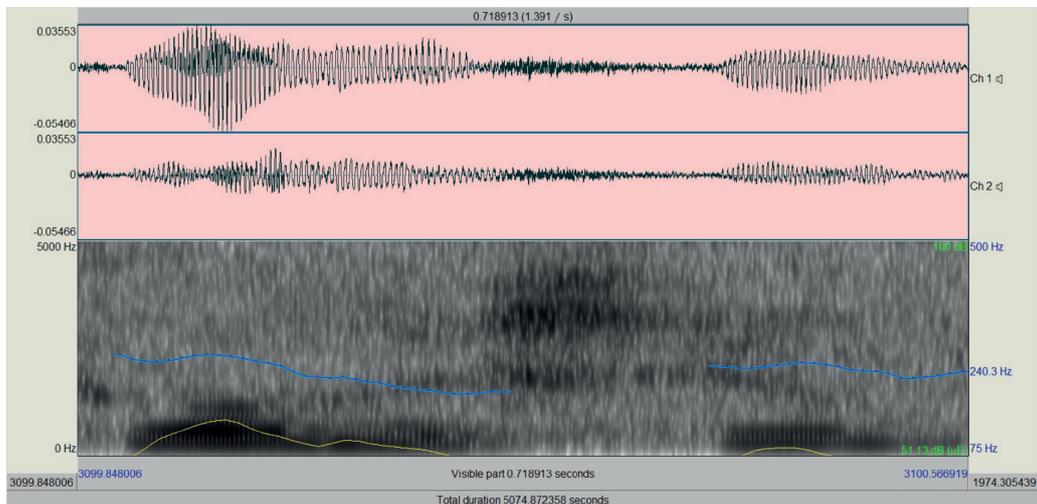


Fig. 3: Turn 448

In den drei Spektrogrammen gibt die blaue Linie, in Hz ausgedrückt, die Grundfrequenz an, die gelbe Linie gibt, in Db ausgedrückt, die Lautstärke an. Das erste Spektrogramm (Fig. 1) zeigt die Aufregung der Patientin in der hohen Grundfrequenz und der großen Tonhöhenvariation; im Vergleich zu den anderen zitierten Redebeiträgen spricht sie auch laut. Im zweiten und dritten Spektrogramm (Fig. 2 und 3) ist die Grundfrequenz deutlich niedriger und es gibt kaum Variation, was sich in der fast flachen blauen Linie wider-

spiegelt. Auch die Lautstärke ist besonders niedrig. Nicht nur hört man eine monotone Stimme, die Patientin ist auch kaum hörbar und verständlich. In Fig. 3 wird auch die unverständliche Stelle von Turn 448 ((xxx)) sichtbar: Sowohl die blaue als auch die gelbe Linie sind unterbrochen.

Das Problem der mangelnden Verständlichkeit wird auch an verschiedenen Stellen des Gesprächs thematisiert. Ein erstes Mal macht die Stiefmutter darauf aufmerksam:

247 – **SM**: Nee L. L. spricht so nach unten wir können sie auch gar nicht richtig verstehen [...]

Etwas später spricht auch der Vater seine Tochter auf ihre Körperhaltung an:

362 – **V**: Ja, wir haben aber nur noch ((Haar)).



Abb. 2: Die Tochter bei Turn 263

Abbildung 2 zeigt die Tochter in der Mitte im Augenblick dieser Aussage.

Da die Anmerkungen nicht direkt zu einer Änderung der Körperhaltung führen, wird das undeutliche Sprechen ein drittes Mal thematisiert:

497 – **V**: [Bitte was

498 – **SM**: Du musst] 'was deutlicher sprechen.

499 – **V**: Was mach mach mal bitte die Haare vor deinen schönen Augen weg und dann sprich mal richtig, guck mal hier zur Kamera. Komm bitte.

[...]

509 – **V**: Guck mal, viel besser

Diesmal streicht die Patientin die Haare zurück und zeigt ihr Gesicht (Abb. 3).



Abb. 3: Die Tochter bei Turn 509

Aus der Analyse ist zu schließen, dass sich Emotionen in paraverbalen und nonverbalen Merkmalen ausdrücken und dass nonverbale und paraverbale Merkmale, in diesem Fall nach unten schauen und unverständlich sprechen, zusammengehen können. Es wird somit auch klar, dass paraverbale und nonverbale Phänomene mit zum Inhalt des therapeutischen Gesprächs werden.

Andere akustische Phänomene

Neben den paraverbalen Merkmalen mit informativer Bedeutung gibt es auch akustische Phänomene, die nicht zur Parasprache gehören, aber dennoch den Verlauf des Gesprächs und die Verständlichkeit beeinflussen: das Husten des Psychologen, das Stühlerücken und Störungen in der Internetverbindung. Einmal bricht die Verbindung während eines Redebeitrags des Vaters auch ab:

167 - V: ich hab auch mit ihr oft das damals (*störender Lärm*) ((xxx)) hab ich nicht das Gefühl gehabt, dass wir irgendwie nicht eine Einheit eine Gruppe waren, es war doch also für mich war's denn schön ((es trägt dazu bei, dass war das vielleicht trotz nicht)) (*Verbindung bricht ab*)

Durch die Geräusche in der Verbindung wird die Kommunikation gestört und sind bestimmte Teile des Redebeitrags nicht oder nur schlecht verständlich.

4.3 Sprecherwechsel und Sprecherüberlappungen

Die emotionelle Spannung sowie die Tele-Teilnahme des Vaters und der Stiefmutter führen gelegentlich zu überlappendem Sprechen, was das Verstehen beeinträchtigen kann. Neben manchen sehr langen Redebeiträgen von 120 bis 220 Wörtern gibt es auch sehr kurze Turns mit schnellem Sprecherwechsel. Vor allem in diesen Teilen finden Überlappungen statt. Aus einer Analyse geht hervor, dass der Vater und die Stiefmutter wiederholt gleichzeitig reden, dass sich Aussagen des Psychologen und der Stiefmutter überschneiden und dass auch Überlappungen mit der Übersetzung der Dolmetscherin vorkommen.

667 – **SM**: Aber da ist dir auch keiner, es ist [keiner böse

668 – **V**: Es ist auch nie einer böse] gewesen.

636 – **SM**: [((xxx))

637 – **PS**: Ik denk dat we daar] van mening verschillen [...]

Ich denke, dass wir da] unterschiedlicher Meinung sind [...]

In Turn 667 und 668 reden der Vater und die Stiefmutter wie aus einem Mund; in Turn 636 und 637 reden die Stiefmutter und der Psychologe gleichzeitig, wodurch die Worte der Stiefmutter nicht mehr verständlich sind.

401 – **PS**: Is het? Klopt het?

Ist es? Stimmt es?

402 – **D**: [Stimmt das?

403 – **V**: ((ja das stimmt ja xxx)) aber]

516 – **PS**: [...] Wa zou je nu aan je papa willen zeggen?

Was möchtest du nun deinem Papa sagen?

517 – **D**: Was möchtest du gerne [deinem Vater

518 – **L**: ich weiß nich] ((irgendwie)) schäm ich mich auch

In Turn 403 wartet der Vater mit seiner Antwort nicht auf die Übersetzung; in Turn 518 wartet die Patientin nicht auf die Übersetzung. Damit stellt sich die Frage nach der Rolle der Dolmetscherin und der Verdolmetschung.

5. Die Arbeit der Dolmetscherin: verbale und paraverbale Leistung

Wie aus der Beschreibung des vorliegenden Falles (Abschnitt 3.1) und der Analyse der akustischen Phänomene (Abschnitt 4) hervorgegangen ist, findet die Arbeit der Dolmetscherin in einer komplexen Situation statt und kann als eine Herausforderung betrachtet werden, zumal die Konsultation fast anderthalb Stunden dauert. Die folgenden drei Forschungsfragen stehen in diesem Abschnitt im Mittelpunkt: 1) Welche Rolle hat und erhält die Dolmetscherin in diesem Gespräch? 2) Wie beeinflussen die beschriebenen akustischen Phänomene ihre Leistung? 3) Wie geht die Dolmetscherin mit den bedeutungstragenden paraverbalen Merkmalen um?

5.1 Die Rolle der Dolmetscherin

Innerhalb der therapeutischen Kommunikation entwickeln sich verschiedene Gesprächsstränge, die sich ablösen und miteinander verwoben sind.⁶⁰ Die drei wichtigsten sind:

- Das Gespräch zwischen dem Psychologen (Sprache: Niederländisch) und dem Vater/der Stiefmutter (Sprache: Deutsch),
- Das Gespräch zwischen der Patientin und dem Vater/der Stiefmutter (Sprache: Deutsch),
- Das Gespräch zwischen dem Psychologen (Sprache: Niederländisch) und der Patientin (Sprache: Niederländisch 50% / Deutsch 50%).

Dem soll hinzugefügt werden, dass sich manche Redebeiträge gleichzeitig an mehrere Teilnehmer richten und dass es auch kurze Gedankenaustausche zwischen dem Vater und der Stiefmutter und zwischen dem Psychologen und der Dolmetscherin gibt; ein paar Mal tauschen sich die Patientin und die Dolmetscherin auch kurz über die richtige Übersetzung aus.

Die Rolle der Dolmetscherin in dieser Konsultation besteht darin, im konsekutiven Modus sprachliche Unterstützung zu bieten. Da die einzelnen Teilnehmer über unterschiedliche Kenntnisse des Deutschen bzw. des Niederländischen verfügen, soll sich die Dolmetscherin im Laufe des Gesprächs jeweils entscheiden, welche Äußerungen gedolmetscht werden müssen und welche nicht. Der Psychologe hilft der Dolmetscherin bei ihrer Entscheidung, indem er sie ab und zu am Ende einer Äußerung dazu auffordert, das

⁶⁰ Vgl. die Dyaden in Abschnitt 3.1.

Gesagte für den Vater und die Stiefmutter zu übersetzen:

- 77 – **PS:** [...] ja misschien moet je 't effe vertalen
Ja vielleicht solltest du mal übersetzen
- 206 – **PS:** [...] Misschien effen zeggen
Vielleicht mal sagen
- 300 – **PS:** [...] Is wel belangrijk om da juist te vertalen
Ist wohl wichtig dies richtig zu übersetzen

Genauso bittet der Psychologe ab und zu für sich selbst um eine Übersetzung:

- 537 – **L:** Nein, ich ich hab da nichts weiter sagen ich möchte nur nicht, ja ich weiß nicht ((warum man denkt)), dass dass irgendetwas nicht mit mir stimmt
- 538 – **PS:** (zu D) Wat?
Was?
- 659 – **SM:** Lassen wir sie gehen oder nicht, aber wir hatten keine Chance
- 660 – **PS:** (zu D) Ze hadden geen?
Sie hatten keine?

Die Analyse zeigt, dass die Dolmetscherin vorwiegend ins Deutsche dolmetscht: für den Vater und die Stiefmutter, die kein Niederländisch können und in geringerem Maße für die Patientin, die schon eine Zeit lang in Belgien lebt und Niederländisch gelernt hat. Ins Niederländische dolmetscht sie gewisse an den Psychologen gerichtete Turns des Vaters oder der Stiefmutter (20 von 90) und etwas mehr als die Hälfte der Deutsch gesprochenen, an den Psychologen gerichteten Turns der Patientin (33 von 61).

Da der Psychologe Deutsch versteht, entsteht der Bedarf an einer Übersetzung vorwiegend wegen einer mangelnden akustischen Verständlichkeit – durch undeutliche Sprechweise oder schlechte Internetverbindung. Diese akustischen Phänomene bestimmen somit auch die Aufgabe der Dolmetscherin.

5.2 Einfluss akustischer Phänomene auf die Arbeit der Dolmetscherin

Die komplexe kommunikative Situation, in der die einzelnen Gesprächsteilnehmer einen unterschiedlichen Bedarf an sprachlicher Unterstützung haben, zwingt die Dolmetscherin zum ständigen Überdenken ihrer Rolle. Gleichzeitig ist sie Zeugin emotionaler Zustände und Empfängerin der mit diesen verbundenen paraverbalen Signale. Sie sieht und hört, wie die Patientin weint, schluchzt und sich schnäuzt, sie wartet und schaut in- zwischen mal vor sich hin, mal nach unten, ab und zu richtet sie den Blick empathisch auf die Patientin. Durch Stimm- und Redemerkmale oder sonstige akustische Phänomene wird sie auch Teil überlappender Gespräche, wie aus folgendem Beispiel hervorgeht:

196 - L: Nein, ich habe eigentlich nur noch Erinnerungen wie zum Beispiel Papa zu mir gesagt hat, dass ich kein Herz habe oder

197 - V: Das hab ich nicht gesagt L. was erzählst (((xxx)))

198 - PS: Wat?

Was?

199 - D: Als ik denk aan mijn herinnering dat mijn papa gezegd heeft dat ik geen hart had]

Wenn ich an meine Erinnerung denke, dass mein Papa gesagt hat dass ich kein Herz habe

200 - L: Das hast du gesagt, nachdem wir Streit haben. Das hast du gesagt.

Die undeutliche Redeweise der Patientin in Turn 196 führt dazu, dass der Psychologe sie nicht versteht und die Dolmetscherin um eine Übersetzung bittet. Das Gespräch zwischen der Patientin und ihrem Vater ist aber emotional so angespannt, dass sie einfach weiterreden und nicht darauf warten, dass für den Psychologen die Äußerung übersetzt wird. Auf diese Weise überlagern sich zwei Gesprächsstränge: Vater-Tochter und Psychologe-Dolmetscherin, mit der Folge, dass die Äußerung des Vaters (Turn 197) zum Teil nicht verständlich ist, was wiederum die Arbeit der Dolmetscherin beeinträchtigt.

5.3 Die Übertragung paraverbalen Merkmale

Es stellt sich nicht nur die Frage, *ob* gedolmetscht wird und *welche* Äußerungen gedolmetscht werden, sondern auch *wie* sie gedolmetscht werden. Über diese letzte Frage gibt es in der Forschungsliteratur eine Vielfalt an Meinungen. Dass Schweigen respektiert und Schluchzen nicht nachgeahmt wird, darüber ist man sich mittlerweile einig. Doch wie geht man als Dolmetscher mit paraverbalen Merkmalen wie Tonhöhe und Lautstärke um? Die Literatur zur dolmetscherunterstützten Kommunikation befasst sich fast aus-

schließlich mit der Verdolmetschung der Patientenäußerungen. Der Übertragung der Parasprache des Therapeuten, die nach Studien über das Kommunikationsverhalten in der Therapie sehr bedeutungsvoll ist, wird kaum Beachtung geschenkt.⁶¹

In diesem Abschnitt wird gezeigt, wie sich die Parasprache der Dolmetscherin einerseits zu der der Patientin und andererseits zu der des Psychologen an den Stellen verhält, an denen er sich mit leiser Stimme an die Patientin wendet. Aufgrund der auditiven Beobachtung ist eine Reihe von Äußerungen ausgewählt und zur Objektivierung in die Analysesoftware *Praat* eingegeben worden: Äußerungen der Patientin und ihre Verdolmetschung (Deutsch-Niederländisch) sowie Äußerungen des Psychologen mit ihrer Verdolmetschung (Niederländisch-Deutsch). Für beide Übersetzungsrichtungen wird jeweils ein repräsentatives Beispiel gegeben.

Die Dolmetscherin übersetzt folgende Äußerung der Patientin für den Psychologen:

186 – L: ((in der Tat damals mehr Gefühl als dass es eigentlich im realistischen Sinne war was)) sind einfach so viele Erinnerungen, die noch weh tun (Fig. 4a)

188 – D: Ik heb eigenlijk nog zoveel herinneringen die mij pijn doen en dat is hetgeen waar ik (Fig. 4b)

Ich habe eigentlich noch so viel Erinnerungen, die mir weh tun und das ist dasjenige wo ich

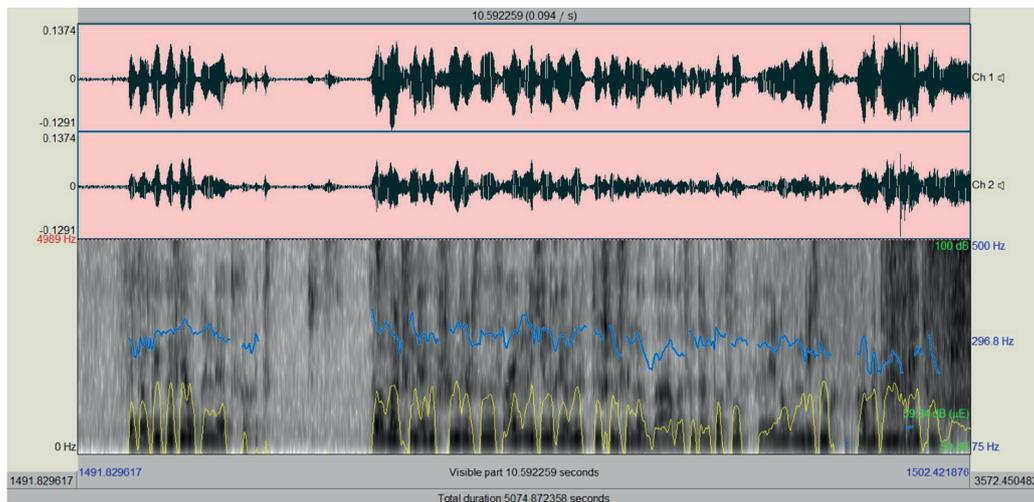


Fig. 4a: Turn 186

61 Über die Bedeutung paraverbaler Kommunikation in der Therapie vgl. Donovan, Osborn, Rice, Paraverbal Communication in Psychotherapy; Sikorski, Paralinguistic communication in the therapeutic relationship, 52-53.

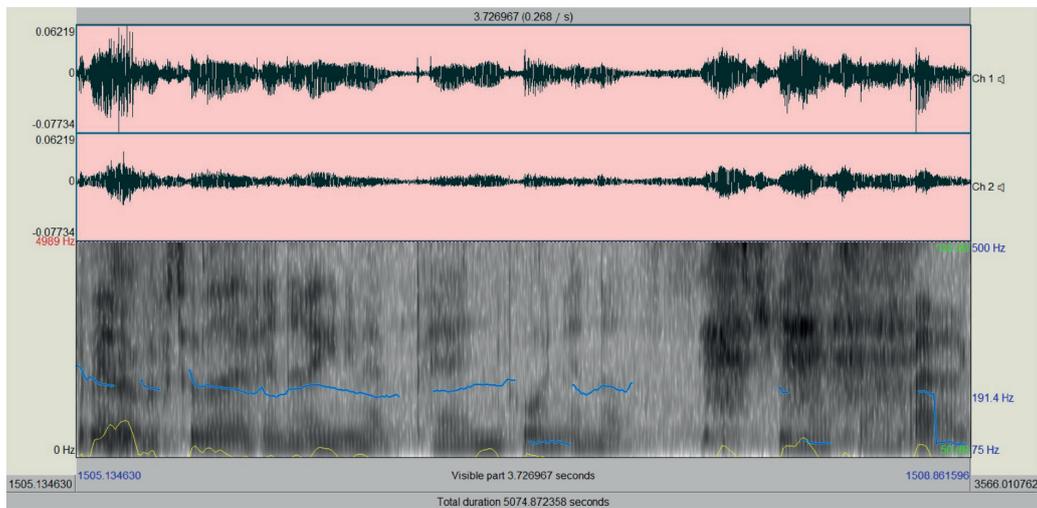


Fig 4b: Turn 188

Ein Vergleich der beiden Spektrogramme zeigt, dass in der Übertragung der Dolmetscherin die Tonhöhe (blaue Linie) und die Lautstärke (gelbe Linie) *niedriger* sind als in der ursprünglichen Äußerung der Patientin.

Das Umgekehrte ist festzustellen, wenn die Dolmetscherin eine Äußerung des Psychologen für die Patientin übersetzt:

458 – **PS:** [...] En vind je 't belangrijk dat dat je die gevoelens ook aan je papa en je stiefmoeder kan da ze da kunnen (2.4) kunnen horen kunnen voelen?

Und findest du's wichtig dass dass du diese Gefühle auch deinem Papa und deiner Stiefmutter kannst dass sie das können (2.4) hören können fühlen können?

459 – **D:** Und findest du das jetzt wichtig, dass auch der Vater und die Stiefmutter diese Gefühle euh fühlen können und?

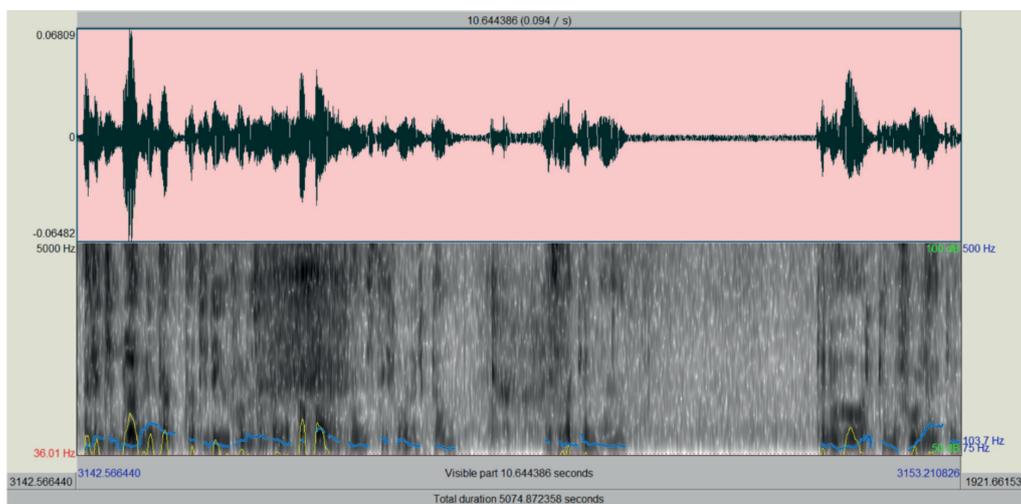


Fig 5a: Turn 458

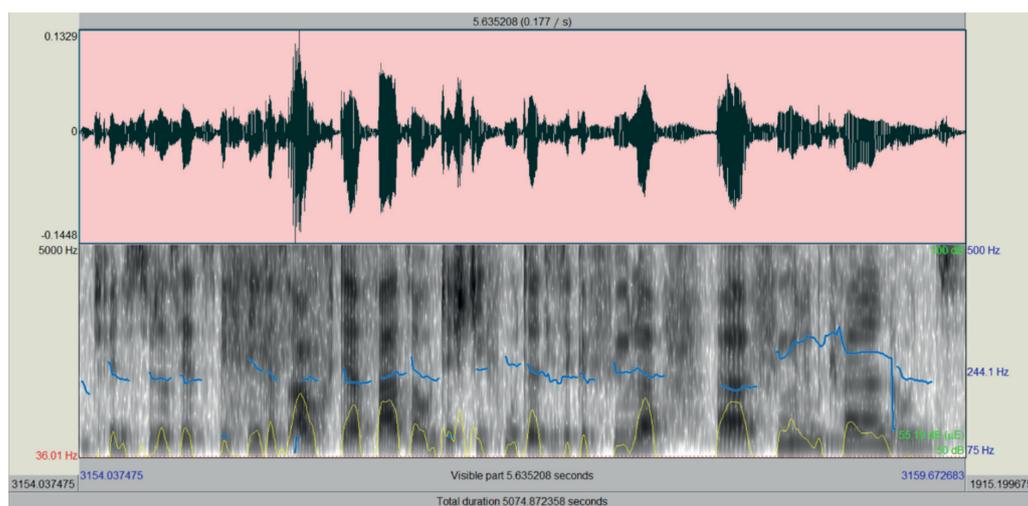


Fig. 5b: Turn 459

Ein Vergleich der beiden Spektrogramme zeigt, dass in der Übertragung der Dolmetscherin die Tonhöhe (blaue Linie) und die Lautstärke (gelbe Linie) *höher* sind als in der ursprünglichen Äußerung des Psychologen.

Die vergleichende Analyse der Spektrogramme ermöglicht eine vorsichtige Interpretation. Wenn die Dolmetscherin für den Psychologen dolmetscht, spricht sie fast flüsternd. Mit dieser leisen Sprechart bleiben die paraverbale Merkmale des Gedolmetschten hinter denen der ursprünglichen Rede der Patientin zurück. Man erkennt sozusagen das von Bot empfohlene *Shadowing* (siehe Abschnitt 2.2). Die Dolmetscherin folgt damit auch der Sprechweise des Psychologen, der sich in leisem Ton und mit niedriger Tonhöhe an die Patientin richtet. Doch wenn sie die Worte des Psychologen für die Patientin dolmetscht,

folgt sie der Ausdrucksweise des Psychologen nicht, sondern sie spricht dann in höherer Tonlage, und vor allem lauter als er. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass sie die Worte des Psychologen ins Deutsche dolmetscht und davon ausgeht, dass sie dann nicht nur für die Patientin, sondern gleichzeitig auch für den Vater und die Stiefmutter dolmetscht. Das könnte bedeuten, dass sich die Dolmetscherin spontan sowohl der emotionalen als der sprachlichen Situation anpasst: Die Verdolmetschung ins Niederländische ist nur für den Psychologen bestimmt, die Verdolmetschung ins Deutsche hat mehrere Empfänger: die Patientin, den Vater und die Stiefmutter. Dies zeigt, wie viele Faktoren allein in Bezug auf das Paraverbale ein Dolmetscher bei seiner Arbeit zu beachten hat.

6. Fazit

In einem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Gespräch sind paraverbale Eigenschaften von besonderer Bedeutung, sowohl für die Diagnose als auch für die Therapie. In psychiatrischen Studien werden vor allem paraverbale Merkmale der Stimme und der Rede des Patienten als Indikatoren bestimmter Erkrankungen untersucht. Aus dolmetschwissenschaftlicher Perspektive ist der Umgang des Dolmetschers mit akustischen Phänomenen und Parasprache, insbesondere im psychiatrischen und psychotherapeutischen Setting, bisher wenig erforscht worden. Klar ist, dass auch der Dolmetscher Empfänger und Sender von paraverbalen Signalen ist. Über die Angemessenheit und die Möglichkeiten einer Verdolmetschung der empfangenen Signale gehen die Meinungen auseinander.

Im analysierten Kasus befindet sich die Dolmetscherin in einer bisher kaum untersuchten komplexen Situation: Sie sitzt nicht einfach in einer Triade mit der Patientin und dem Psychologen, sondern auch der Vater und die Stiefmutter der Patientin nehmen über den Bildschirm an dem Gespräch teil, was im Hinblick auf akustische Phänomene eine zusätzliche Herausforderung darstellt.

Bei der Analyse der akustischen Phänomene sind vor allem diejenigen paraverbalen Merkmale hervorgehoben worden, die Einfluss auf die Verständlichkeit haben und somit direkt oder indirekt die Arbeit der Dolmetscherin erschweren. Die subjektiven Wahrnehmungen von Stimm- und Redemerkmale sind durch eine Analyse mit dem Softwareprogramm *Praat* objektiviert worden. Die *Praat*-Spektrogramme zeigen die unterschiedlichen Emotionen der Patientin und die paraverbale Leistung der Dolmetscherin, die sich sowohl, wenn sie Beiträge der Patientin für den Psychologen ins Niederländische

dolmetscht als auch, wenn sie Beiträge des Psychologen für die Patientin ins Deutsche dolmetscht, der Situation anpasst.

Obwohl die Zusammenarbeit zwischen dem Psychologen und der Dolmetscherin respektvoll verläuft und die Dolmetscherin bemüht ist, sich der Situation anzupassen, könnten ein geeignetes Training und ein vorbereitendes Gespräch zwischen dem Psychologen und der Dolmetscherin den Verlauf begünstigen. Es gibt einen Bedarf an weiteren analysierenden Studien von Gesprächen in einem realistischen Setting, aus denen weitere Kriterien für die Ausbildung und das Training von Dolmetschern und Therapeuten abgeleitet werden können. Ausbildung und Training sollten den Dolmetschern einen Halt bieten für das Treffen richtiger Entscheidungen und den Therapeuten die Arbeit mit Dolmetschern erleichtern.

Drei Punkte, die mir für die Ausbildung wesentlich erscheinen, möchte ich abschließend hervorheben. Erstens sollten Dolmetscher im Bereich der psychischen Gesundheit ein Grundwissen über häufig auftretende geistige Störungen, ihre Behandlung und den Verlauf eines psychiatrischen und psychotherapeutischen Gesprächs erwerben. Zweitens sollte den künftigen Dolmetschern bewusst gemacht werden, dass sie eine konstruktive Rolle zu erfüllen haben, dass eine gute Zusammenarbeit mit dem Therapeuten den Erfolg einer Therapie mitbestimmen kann. Die beste Vorbereitung auf diese Zusammenarbeit sind Ausbildungskurse und Übungen, an denen auch Fachleute, d. h. in diesem Fall Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten teilnehmen, sowie auch Praktika in psychiatrischen Kliniken und Praxen. Auf diese Weise können auch die Erwartungen in Bezug auf den Umgang mit paraverbalen und nonverbalen Elementen von zwei Perspektiven aus betrachtet und besprochen werden. Ein dritter wesentlicher Punkt ist nämlich, dass dem Extraverbalen, d. h. der Parasprache und der Körpersprache in der Ausbildung von Dolmetschern, insbesondere für diesen Bereich, größere Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte.⁶²

Korrespondenzadresse

Leona Van Vaerenbergh

Department of Translators and Interpreters

University of Antwerp

Email: leona.vanvaerenbergh@uantwerpen.be

⁶² Vgl. dazu Şebnem Bahadır: „Dolmetschen als Inszenierung“: Eine körper- und handlungszentrierte Ausbildung von Dolmetschern und Dolmetscherinnen im Grenzbereich anderer Berufe. In: Marie-Theres Moritz (Hg.): *Employability als Ziel universitärer Lehre. Innovative Lehrprojekte and der JGU*. Bielefeld 2015, 47-57.