

Regula Weiss<sup>1</sup>, Rahel Stuker<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zürich

<sup>2</sup> Bern

## Wenn PatientInnen und Behandelnde nicht dieselbe Sprache sprechen ... – Konzepte zur Übersetzungspraxis

### Zusammenfassung

Die Zusammenarbeit mit einer Übersetzerin oder einem Übersetzer in der Behandlung von fremdsprachigen PatientInnen im schweizerischen Gesundheitssystem nimmt in der Praxis zu. Die theoretischen und konzeptionellen Grundlagen sind allerdings noch zu wenig aufbereitet worden. Mit der Anwesenheit einer dritten übersetzenden Person ergibt sich für die Behandlung eine neue Situation. In der Triade können sich die Verständigungsmöglichkeiten erweitern und vertiefen, aber auch komplexe Situationen und Erschwernisse der Kommunikation ergeben. Der vorliegende Artikel geht einigen dieser neuen Perspektiven bei der Behandlung von fremdsprachigen PatientInnen nach. Dazu werden vier idealtypische Rollenmodelle für ÜbersetzerInnen im medizinischen Bereich definiert und deren potentielle Vor- und Nachteile diskutiert. Es handelt sich um die Rollenkonzepte der wortwörtlichen Übersetzung, der kulturellen Vermittlung, der Patienten-Fürsprache und der Co-Therapie. In der konkreten Übersetzungssituation kommen diese Rollen je nach institutionellem Rahmen, Behandlungssituation und unmittelbarer Gesprächssituation unterschiedlich zum Tragen, was anhand von empirischen Fallbeispielen aus aufgezeichneten und rückübersetzten Übersetzungsgesprächen exemplarisch dargestellt wird.

Rund ein Fünftel der ständigen Wohnbevölkerung in der Schweiz sind AusländerInnen. Die Herkunft der MigrantInnen hat sich in den letzten Jahren verändert. MigrantInnen kommen immer seltener aus den Nachbarländern der Schweiz sondern zunehmend aus anderen Ländern Südeuropas, zum Beispiel aus Ex-Jugoslawien und der Türkei, sowie aus den sogenannten Entwicklungsländern

des Südens und Ostens. 43% der MigrantInnen sprechen heute keine der offiziellen vier Landessprachen der Schweiz. Anfang der sechziger Jahre waren es erst 10%. Heute sind slawische Sprachen, Albanisch, Türkisch, Portugiesisch u.a.m. zunehmend stark vertreten.<sup>1</sup>

Aus dieser Tatsache können sich Interaktionsprobleme zwischen fremdsprachigen PatientInnen und

VertreterInnen des Gesundheitssystems ergeben. Die Möglichkeiten, in dieser Situation professionelle ÜbersetzerInnen beizuziehen, sind in der Schweiz momentan noch ungenügend und deren Finanzierung strukturell zu wenig verankert. Die aktuelle Praxis zeigt, dass ÜbersetzerInnen trotzdem immer häufiger eingesetzt werden. Bei diesen Personen handelt es sich bisher meistens um Familienmitglieder und Bekannte der PatientInnen, zweisprachiges Spitalpersonal oder im besten Fall externe LaienübersetzerInnen. Sie sind mit der Situation der Übersetzung oft überfordert und können deren Möglichkeiten nicht ausschöpfen, weil sie in der Regel über keine entsprechende Ausbildung verfügen.<sup>2</sup>

Wir möchten mit diesem Beitrag einige Aspekte der Behandlung mit Übersetzung aufzeigen und sie in ihren Kontext stellen. Dafür werden wir verschiedene Konzepte zur Übersetzungspraxis analysieren.

### Der Dialog zu dritt

Wenn ÜbersetzerInnen am ärztlichen Gespräch teilnehmen, ergibt sich in jedem Fall eine ungewohnte und veränderte Behandlungssitua-

tion. Der Dialog zu dritt ist für alle Beteiligten eine Herausforderung: Einerseits verbessert er die Verständigung, andererseits wird die Kommunikation indirekt und damit komplizierter. Hardt<sup>3</sup> fasst die Rolle der übersetzenden Person folgendermassen zusammen: „[T]he third person may facilitate or inhibit the development and maintenance of a trusting physician-patient relationship; the third person will probably play multiple roles during the visit depending, for example, upon the duration of the encounter and the particular content of the interaction; and no matter how minor the involvement of the third person in the actual talk of the visit, his or her presence significantly changes the basic doctor-patient relationship.“

Auch strukturelle Faktoren beeinflussen die Zusammenarbeit mit ÜbersetzerInnen: Institutionelle Rahmenbedingungen prägen die Ansprüche an die Übersetzung. Es macht einen Unterschied, ob in einer Akutsituation oder einer längerfristigen Betreuung, in einem Spital oder in einer Praxis mit ÜbersetzerInnen gearbeitet wird. Aber auch die Anstellungsbedingungen der Übersetzenden sowie deren persönliche fachliche Voraussetzungen bestimmen die Zusammenarbeit und die Übersetzung massgeblich mit.

Für die Beschreibung der triadischen Situation konzentrieren wir uns im folgenden auf neue formale und inhaltliche Aspekte, die sich in der Behandlungssituation mit ÜbersetzerInnen ergeben. Es geht uns dabei darum, neue Perspektiven in der Behandlung von fremdsprachigen Patienten aufzuzeigen und damit verbundene konzeptionelle Möglichkeiten zu diskutieren.

### Verschiedene Rollen für ÜbersetzerInnen

Im Dialog zu dritt ergeben sich für ÜbersetzerInnen verschiedene

Rollenkonzepte. Im folgenden werden vier idealtypische Rollen definiert, welche sich inhaltlich und formal unterscheiden: die *wortwörtliche Übersetzung*, die *kulturelle Vermittlung*, die *PatientInnen-Fürsprache* und die *Co-Therapie*.<sup>4–6</sup> Diese Idealtypen abstrahieren von realen komplexen Situationen. In der Praxis sind sie nicht getrennt voneinander sichtbar, sondern treten in Kombination miteinander auf. Es ist darum auch kaum sinnvoll, diese Idealtypen einzelnen Anwendungsbereichen zuzuordnen. Aber ihre Einzelbetrachtung und Diskussion ermöglicht eine differenzierte Analyse der Strukturen und Prozesse in der Triade.

Die vier Rollentypen werden zunächst einzeln dargestellt. Anschliessend gehen wir auf ihre Vor- und Nachteile ein.

#### Wortwörtliche Übersetzung

Die wortwörtliche Übersetzung<sup>4,5,7,8</sup> folgt eng dem gesprochen Text, es werden keine Erläuterungen und Erklärungen angefügt. Diese Rolle ist neutral, eher passiv, die übersetzende Person wird als Hilfsmittel wahrgenommen und geht scheinbar „vergessen“.<sup>9–11</sup> Die wortwörtliche Übersetzung entspricht der am meisten verbreiteten Vorstellung guten Übersetzens.

#### Kulturelle Vermittlung

Beim Idealtyp der kulturellen Vermittlung<sup>12–16</sup> schliesst das Übersetzen jene sozialen und kulturellen Hintergründe ein, welche die Interaktion zwischen PatientInnen und Behandelnden beeinflussen. Die Kulturelle Vermittlung entspricht damit einer sprachlich freieren Übersetzung und lässt Erläuterungen zu. Die kulturelle Vermittlung richtet den Blick auf unterschiedliche Krankheitskon-

zepte von PatientInnen und Behandelnden sowie deren strukturelle Repräsentationen.

#### PatientInnen-Fürsprache

Im Rollenkonzept der PatientInnen-Fürsprache<sup>6,17–19</sup> dient Übersetzung der argumentativen Verstärkung der PatientInnen mit dem Ziel, deren Bedürfnisse zu vertreten. Die ÜbersetzerInnen unterstützen die PatientInnen durch eigene Interventionen oder sprechen sogar an ihrer Stelle. Die Übersetzung erfolgt dabei sehr frei, die Rolle ist aktiv und parteinehmend. Hintergrund dieses Übersetzungskonzeptes ist die Überzeugung, dass MigrantInnen als benachteiligte Gruppe im Gesundheitssystem aktiv unterstützt werden müssen.

#### Co-Therapie

Der vierte Idealtypus definiert Übersetzung als Form der Co-Therapie.<sup>20–23</sup>

Die übersetzende Person übernimmt also therapeutische Mitverantwortung, gestaltet das Behandlungskonzept mit und macht eigene therapeutische Interventionen. Die Übersetzung ist frei, das Gesprochene und die Interaktion werden interpretiert. Zu dieser Rolle gehört eine therapeutisch ausgewiesene Position. Dieser Idealtypus beschreibt eine sehr spezifische Übersetzungsrolle, der ein entsprechendes Behandlungskonzept entspricht (Mehr-TherapeutInnen-System<sup>24</sup>). Übersetzung als Co-Therapie wird in der Literatur gerne zitiert, aber konzeptionell nicht klar definiert.<sup>20,23</sup>

Die sehr schematisch dargestellten Idealtypen werden nun anhand möglicher Vor- und Nachteile tabellarisch zusammengefasst:

**Vorteile**

- Überschaubarkeit, Strukturiertheit des Gesagten
- Beschränkung auf explizite Aussagen
- Erkennbarkeit von psychiatrischen Pathologien (mnestische Fähigkeiten, Denkstörungen)

**Nachteile**

- Vernachlässigung soziokultureller Aspekte der Kommunikation
- Beschränkung auf explizite Kommunikation
- Vernachlässigung von Assoziationen und Bedeutungen
- Verzicht auf andere als sprachliche Ressourcen der übersetzenden Person
- fragliche Übersetzbarkeit von Metaphern

**Wortwörtliche Übersetzung****Kulturelle Vermittlung**

- Zugang zu soziokulturellen Hintergründen des Gesagten
- Erklärung impliziter Bedeutungen
- Nutzung der Ressourcen der übersetzenden Person
- Fokus auf migrationsspezifische Aspekte des Krankseins
- Belastung der übersetzenden Person aufgrund vielseitiger, verantwortungsvoller Aufgaben
- Gefahr der Kulturalisierung (Überbetonung von kulturellen gegenüber individuellen, sozialen und strukturellen Aspekten)
- Loyalitätskonflikte der übersetzenden Person

**PatientInnen-Fürsprache**

- Stärkung und Unterstützung der PatientInnen
- Fokus auf migrationsspezifische Aspekte des Krankseins
- Einbezug gesellschaftspolitischer Perspektiven auf die Arzt-Patienten-Interaktion
- Undurchsichtigkeit der Übersetzung (unklare Trennung der Aussagen von ÜbersetzerInnen sowie PatientInnen/Behandelnden)
- Subjektivität der Übersetzung (Einbringen eigener Anliegen der übersetzenden Person, ev. nicht im Sinne der PatientInnen/Behandelnden)
- Gefahr der Entmündigung der PatientInnen
- konfliktive Beziehung zu Behandelnden
- Belastung der therapeutischen Situation

**Co-Therapie**

- möglicher Einbezug anderer, z. B. kulturell angepasster Behandlungskonzepte
- fachlich gut abgestimmte Zusammenarbeit
- Vermischung von Übersetzungs- und therapeutischen Aufgaben
- sehr anspruchsvolle Zusammenarbeit
- tendenzieller Verlust an triadischen Vorteilen

**Table 1.** Vor- und Nachteile der idealtypischen Übersetzungskonzepte.

Von den Idealtypen zurück zur realen Situation: Im folgenden wird anhand von zwei *Fallbeispielen* aus Übersetzungsgesprächen illustriert, wie in der Praxis übersetzt wird. Die Fallbeispiele stammen aus Konsultationen mit fremdsprachigen PatientInnen, die unter Ein-

bezug nicht speziell ausgebildeter ÜbersetzerInnen durchgeführt worden sind. Die Gespräche wurden auf Tonband aufgenommen, transkribiert und rückübersetzt. Sie fanden auf der medizinischen Abteilung C.L. Lory-Spital des Inselspitals in Bern statt und bilden

Teil einer Studie, in der Übersetzungsgespräche u.a. auf unterschiedliche Übersetzungsarten hin untersucht worden sind.<sup>25</sup> Das erste Fallbeispiel zeigt eine Passage aus einem Übersetzungsgespräch das gesamthaft sowohl für die Ärztin als auch für Patient

und Übersetzerin aufgrund der vorliegenden Problematik und der besprochenen Themen schwierig und belastend war.\*

A: Die Schmerzen werden nicht besser, wenn man nicht die Depression behandelt.

Ü: *Wenn die Depression – verstehst du das Wort Depression?*

P: –

Ü: *Wenn du das nicht verstehst, kann ich es dir erklären.*

P: *Ja, wenn man traurig ist.*

Ü: *Genau, wenn du traurig bist. Wenn du mit den Leuten nicht darüber redest, mit der Schwester, mit den Bekannten, ihnen das Herz nicht öffnest, sagt sie [die Ärztin], können die Schmerzen nicht besser werden. Die einzige Möglichkeit ist, dass du mit jemanden zusammen das Schlechte aus dem Bauch wegzunehmen versuchst, wenn du mehr darüber redest.*

Dieser Gesprächsausschnitt repräsentiert ein Beispiel kultureller Vermittlung für den Patienten. Die Übersetzerin versucht den von der Ärztin verwendeten Fachausdruck *Depression* für den Patienten in anderen Worten zu umschreiben. Die vom Patienten vorgebrachte Interpretation von Depression als Traurigkeit wird von der Übersetzerin bestätigt und mit der Umschreibung „das Schlechte im Bauch“ ergänzt. Zusätzlich kann in diesem Beispiel auch von einer therapeutischen Intervention der Übersetzerin gesprochen werden: Sie schlägt dem Patienten aus ihrer Perspektive einen möglichen Umgang mit der Krankheit Depression vor, nämlich mit Freunden „darüber zu reden“ und ihnen „das Herz zu öffnen“. Anzumerken ist ferner, dass die Übersetzerin hier frühere, gescheiterte Versuche der

Ärztin wiederaufnimmt, den Patienten mit der Depression und deren Behandlung zu konfrontieren. Die Übersetzerin beteiligt sich hier also aktiv an den therapeutischen Bemühungen der Ärztin.

Das zweite Fallbeispiel stammt aus einer Gesprächspassage, wo der Arzt den Patienten zum Thema der Migration und der damit verbundenen ökonomischen Situation befragt.

A: Haben Sie Geld nach Hause geschickt?

Ü: *Hast du nachher Geld nach Hause geschickt?*

P: *Ein junger Mann war anders damals.*

Ü: *Wie bitte?*

P: *Ein junger Mann hat immer Geld ausgegeben.*

Ü: *Hast du es ausgegeben oder nach Hause geschickt?*

P: *Ich war jung, ich möchte dich nicht anlügen, ich habe es ausgegeben, ich war 22 Jahre alt.*

Ü: *Ich war 22 Jahre jung – und ich habe auch für mich etwas – Geld gebraucht.*

Dieser Gesprächsausschnitt zeigt eine unangenehme Situation für die Übersetzerin, wie auch für den Patienten. Die Übersetzerin spürt das Unbehagen des Patienten gegenüber den Fragen des Arztes und unterstützt ihn, indem sie die Aussage des Patienten in der Übersetzung leicht modifiziert: Der Frage des Arztes, ob der Patient seine Familie im Herkunftsland mit Geld unterstützt habe, weicht der Patient zunächst aus. Nach mehrmaligem Nachfragen der Übersetzerin weicht der Patient diese schliesslich in die Sachlage ein – „Ich möchte dich nicht anlügen, ich habe es ausgegeben“. Dieses ‚Geständnis‘ bringt die Übersetzerin in einen Loyalitätskonflikt: Einerseits hat der Patient ihr persönlich etwas anvertraut und sie will ihn nicht verraten, andererseits wartet der Arzt auf eine Antwort des Patienten. Die Übersetzerin löst das Dilemma,

indem sie ungenau übersetzt, damit den Patienten zu schützen versucht und sich an seiner Stelle rechtfertigt: „(...) und ich habe auch für mich etwas – Geld gebraucht“. Insofern hat die Übersetzerin eine schamhafte Situation entschärft. Allerdings ist für den Arzt damit ein wichtiger Teil des Gesprächs nicht zugänglich und Konflikte, die er allenfalls therapeutisch bearbeiten wollte, bleiben verborgen.

Die vorgestellten Übersetzungskonzepte sind idealtypischer Natur. In der konkreten Übersetzungssituation kommen sie – wie eben illustriert – abwechslungsweise und miteinander zum Zuge. Es ist anspruchsvoll, mit dieser komplexen Situation umzugehen und die verschiedenen Möglichkeiten sinnvoll zu nutzen. ÜbersetzerInnen und Behandelnde müssen die vielschichtige Dynamik wahrnehmen und über die entsprechenden Rollenkonzepte verfügen können. Für die triadische Interaktion stellen sie hilfreiche Modelle dar, an denen sich Übersetzende und Behandelnde orientieren können. Allerdings ist dabei unabdingbar, dass diese Konzepte definiert, transparent und eingeübt sind.

## Diskussion

Die Zusammenarbeit mit ÜbersetzerInnen im ärztlichen Gespräch bringt insgesamt Chancen und Schwierigkeiten mit sich:

*Chancen* ergeben sich aus der Zusammenarbeit mit ÜbersetzerInnen, indem das beidseitige Verstehen von PatientInnen und Behandelnden verbessert wird. Individuelle und soziokulturelle Erklärungsmodelle zum Gesund- und Kranksein können ausgehandelt und für die Anamnese und das therapeutische Prozedere nutzbar gemacht werden. Der Zugang zum migrationsspezifischen Kontext wird erleichtert. Jede triadische Situation und vor allem auch eine

\* A = Arzt/Ärztin, Ü = ÜbersetzerIn, P = PatientIn.  
Kursive Schrift bezeichnet den fremdsprachigen Dialog.

**Chancen**

- erweiterte Verständigungsmöglichkeiten
- verbesserter Konsens
- verbesserte Kooperation
- Zusammenarbeit, Entlastung
- ökonomische Vorteile?

**Schwierigkeiten**

- neue Situation für Behandelnde u. PatientInnen
- Komplexität
- Konflikthaftigkeit
- zeitlicher, organisatorischer Mehraufwand
- ökonomische Nachteile?

**Tabelle 2.** Chancen und Schwierigkeiten des übersetzten ärztlichen Gesprächs.

therapeutische, bietet ausserdem die Möglichkeit, sich vorübergehend verschiedenen Personen zuzuwenden, Nähe und Distanz zu regulieren und damit Konflikte allenfalls besser zu bewältigen. Insgesamt erhöhen sich im übersetzten ärztlichen Gespräch die Chancen für einen Konsens und damit für den Erfolg therapeutischer Bemühungen. Ausserdem ermöglicht oft erst eine Übersetzung die notwendige Aufklärung und das Einholen des Einverständnisses für die Behandlung.

*Potentielle Schwierigkeiten* im übersetzten Gespräch betreffen u. a. das Gefühl der Behandelnden, ihre Kompetenz werde beeinträchtigt und ihre Kontrolle über die Kommunikation eingeschränkt. Besonders bei mangelnder Erfahrung kann die Anwesenheit einer übersetzenden Person als störend empfunden werden. Die Kommunikation in der Triade ist zudem indirekt und komplizierter. Drei unterschiedliche Meinungen und Verhaltensweisen treffen aufeinander und können zu Loyalitäts- und Rollenkonflikten führen. Ferner ergibt sich aus der Komplexität der Kommunikation wahrscheinlich ein zeitlicher und organisatorischer Mehraufwand. Ob Behandlungskosten im Gesundheitswesen durch Übersetzung reduziert oder erhöht werden, konnte bis anhin international noch nicht belegt werden. Ohne ausreichende Verständigungsmöglichkeiten besteht aber die Gefahr von Diagnose- und Behandlungsfehlern sowie von sogenanntem *doctor-shopping*.

Übersetzung wird durch den Kontext geprägt, in dem sie stattfindet und wirkt auf diesen zurück. Welche Übersetzungsart sinnvoll ist, hängt von den aktuellen Erwartungen aller Beteiligten und der Gesprächsentwicklung ab. Sollen verschiedene Übersetzungsmodelle sinnvoll eingesetzt werden, ist der Einfluss von *institutionellen Rahmenbedingungen*, der *Behandlungssituation* sowie der *unmittelbaren Gesprächssituation* zu beachten:

Auf Notfall- oder Intensivstationen können Situationen entstehen, die ein rasches Handeln und die Konzentration der Kommunikation auf Lebensnotwendiges verlangen. Das geht in der Regel mit einer inhaltlichen Reduktion des Gesprächs einher, die auch die Übersetzung betrifft: Sie beschränkt sich auf das Hier und Jetzt und bezieht Hintergrundfakten kaum ein. Zugleich prägt allenfalls eine hektisch-angespannte Atmosphäre die Stimmung und Konflikte, z. B. um den Einbezug von Familienangehörigen, können auftauchen. Die Übersetzenden müssen also sowohl rasch, reduktiv und doch präzise übersetzen als auch in einer dynamisch schwierigen Situation vermitteln können.

Ganz anders in der allgemeinärztlichen Praxis: Hier bestimmen flexiblere strukturelle Bedingungen und Erwartungen die Übersetzung: Patientinnen, Behandelnde und Übersetzende sind mit Erkrankungen und Unfällen verschiedenster Art konfrontiert. Einerseits müssen ÜbersetzerInnen also in Fragen der gesamten präventiven,

kurativen und palliativen Medizin übersetzen. Andererseits haben sie allenfalls sozial folgenreiche und belastende Inhalte zu vermitteln. Schliesslich sollen sie die PatientInnen und ÄrztInnen dabei unterstützen, kompatible Gesundheits- und Krankheitskonzepte auszuhandeln. Diese Vielseitigkeit ist sehr anspruchsvoll und verlangt nach einer eingespielten Zusammenarbeit mit den Behandelnden. In der Psychiatrie und vor allem in psychotherapeutischen Behandlungssituationen geht es in der Regel darum, mittels Übersetzung diagnostische Abklärungen zu ermöglichen sowie einen therapeutischen Prozess in Gang zu bringen. Ausreichend zur Verfügung stehende Zeit gehört dabei zu Rahmenbedingungen, die institutionell und strukturell geschützt werden (wenn sie heutzutage auch aufgrund ökonomischer Priorisierungen in Bedrängnis geraten sind). Trotzdem sind die Kommunikationsbedingungen für die Übersetzung schwierig: Die Methoden der Gesprächsführung sind anspruchsvoll und therapeutische Erfolge eng mit der Dynamik der Interaktion verknüpft. Die Behandlung baut auf der Kontinuität einer therapeutischen Beziehung auf, welche Übersetzende emotional stark involviert. Die organisatorischen und fachlichen Anforderungen an die Übersetzung sind darum gross. Was in diesem Beitrag kompliziert und aufwendig klingt, ist mit einer geeigneten *Vorbereitung* durchaus umsetzbar. Auch Übersetzung, in welcher der spielerische Umgang

mit verschiedenen Konzepten noch nicht möglich ist, kann die Kommunikation zwischen Behandelnden und PatientInnen stark verbessern: Nur schon das Wissen um verschiedene Rollen und Funktionen ist für die Übersetzungssi-

tuation hilfreich, ein Anfang für einen professionellen Umgang damit. Wichtig ist auch, dass Behandelnde und ÜbersetzerInnen in Vor- und Nachgesprächen die Übersetzungssituation gemeinsam bearbeiten. Aus einer längerfristi-

gen Perspektive wäre es ferner nötig, sowohl ÜbersetzerInnen als auch Behandelnden Aus- und Weiterbildungskurse anzubieten. Dazu muss das heute in der Schweiz vorhandene Angebot an Ausbildungsstrukturen ausgebaut werden.

### Summary

#### **When patients and doctors don't speak the same language... – concepts in interpreter's praxis**

*In the Swiss Health Care System, working with an interpreter while medically treating migrants speaking a foreign language has become a common practice. However, the theoretical and conceptual framework of this practice has not yet been sufficiently elaborated. Specifically, the presence of an interpreter leads to a triadic interviewing situation that has implications for the medical treatment. Though an interpreter can improve and deepen the understanding between patient and physician, the communication can also become more complex and difficult with his or her presence. The article sheds light on the perspectives that arise from this situation by defining different role models for medical interpreters and discussing their advantages and disadvantages. The discussion focuses on the four following ideal types: word-for-word translation, cultural mediation, patient advocacy and co-therapy. The choice of interpreter's role is influenced by the institutional setting, the kind of treatment chosen as well as by the concrete interaction. To illustrate the different roles as they manifest in the therapeutic situation, examples from taped and retranslated interviews are presented. Doctor-patient interviews will illustrate the different roles interpreters take over while interpreting medical interviews with migrant patients speaking a foreign language.*

### Résumé

#### **Lorsque les patients et les soignants ne parlent pas la même langue... – conceptualisations de la pratique des interprètes**

*La collaboration avec un/le interprète lors de consultations avec un/le patient/e de langue étrangère est de plus en plus pratiquée. Toutefois, les bases théoriques ainsi que conceptionnelles de cette consultation restent peu élaborées. La présence d'une tierce personne modifie la consultation et une situation fondamentalement différente se présente. La triade peut faciliter une compréhension approfondie, mais aussi amener des situations complexes et d'obstacles dans la communication. Cet article traite quelques perspectives nouvelles dans la consultation avec des patients/les de langue étrangère. Sont discutés quatre types idéaux d'interprétariat dans le domaines des soins ainsi que ses avantages et désavantages, notamment la traduction mot-à-mot, la médiation culturelle, le rôle d'avocat du/de la patient/e et la co-thérapie. Dans la situation concrète de l'interprétariat ces modèles de rôle sont appliqués de manière différente et combinée selon le contexte institutionnelle, thérapeutique et interactif. Quelques vignettes de consultations enregistrées et retraduites viennent illustrer la mise en pratique des différents rôles.*

### Literaturverzeichnis

- 1 Haug W. Vom Einwanderungsland zur multikulturellen Gesellschaft. Grundlagen für eine schweizerische Migrationspolitik. Bern: Bundesamt für Statistik; 1995.
- 2 Weiss R, Stuker R. Übersetzung und kulturelle Mediation im Gesundheitssystem. Grundlagenbericht. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrationsstudien; 1998a. Forschungsbericht Nr. 10.
- 3 Hardt EJ. The Bilingual Medical Interview I. The Bilingual Medical Interview II: The Geriatric Interview. Medical Interviewing Across Language Barriers. Boston: Boston Department of Health and Hospitals; 1991: 48.
- 4 Bloom M, Hanson H, Frires G et al. The Use of Interpreters in Interviewing. Mental Hygiene 1966; 50: 214–217.
- 5 Hardt EJ. The Bilingual Interview and Medical Interpretation. In: Lipkin M, Putnam SM et al., editors. The Medical Interview. Clinical Care, Education, and Research. New York. Berlin: Springer-Verlag; 1994: p. 172–177.
- 6 Kaufert JM, Koolage WW. Role conflict among "Culture Brokers": The Experience of Native Canadian Medical Interpreters. Soc Sci Med 1984; 18: 283–286.
- 7 Faust S, Drickey R. Working with Interpreters. The Journal of Family Practice 1986; 22/2: 131–138.
- 8 Phelan M, Parkman S. Work with an Interpreter. BMJ 1995; 311: 555–557.
- 9 Sluzki CE. The Patient-Provider-Translator Triad: A Note for Pro-

- viders. *Family Systems Medicine* 1984; 2/4: 397–400.
- 10 *Dhawan S* et al. Der Dolmetscher als Brücke zwischen den Kulturen und Sprachen. In: Peltzer K, Abduljawad A, Bittenbinder E, editors. *Gewalt und Trauma: Psychopathologie und Behandlung im Kontext von Flüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt*. Frankfurt a.M.: Verlag für interkulturelle Kommunikation, 1995: p. 178–192.
  - 11 *Lindbom-Jakobson M*. Working with Interpreters in Treatment of Tortured Refugees. The Red Cross Center for Tortured Refugees Sweden; 1992.
  - 12 *Freimanis C*. Training Bilinguals to Interpret in the Community. In: Brislin RW, Yoshida T, editors. *Improving Intercultural Interactions. Modules for Cross-Cultural Training Programs*. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications, 1994: p. 313–341.
  - 13 *Kaufert JM*. Sociological and Anthropological Perspectives on the Impact of Interpreters on Clinician/Client Communication. *Santé-Culture-Health* 1990; VIII/2–3: 209–235.
  - 14 *Mirdal GM*. The Interpreter in Cross-Cultural Therapy. *Quarterly Review of the Intergovernmental Committee for Migration* 1988; XXVII/3: 327–334.
  - 15 *Putsch RW*. Cross-Cultural Communication. The Special Case of Interpreters in Health Care. *JAMA* 1985; 254/23: 3344–3348.
  - 16 *Roberts RP*. Community interpreting in North America. In: Picken C, editor. *Translation – the vital link*. Proceedings of the XIIIth World Congress of FIT. London: Institute for Translation and Interpreting, 1993: p. 139–252.
  - 17 *Kaufert JM, Leyland Kaufert P, O'Neill JD* et al. Advocacy, Media and Native Medical Interpreters. In: Paine R, editor. *Advocacy and Anthropology. First Encounters*. Institute of Social and Economic Research. Memorial University of Newfoundland, 1986: p. 98–115.
  - 18 *Kaufert JM, O'Neill JD*. Cultural Mediation of Dying and Grieving Among Native Canadian Patients in Urban Hospitals. In: DeSpelder LA, Strickland AL, editors. *The path ahead: readings in death and dying*. Mountain View, California: Mayfield Publishing Company, 1995: p. 59–75.
  - 19 *O'Neill JD*. The Cultural and Political Context of Patient Dissatisfaction in Cross-Cultural Clinical Encounters: A Canadian Inuit Study. *Medical Anthropology Quarterly* 1989; 3/4: 325–344.
  - 20 *Leyer EM*. Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1991.
  - 21 *Alvir S, Métraux J-C*. Complémentarité entre thérapeute de famille et interprète comme médiateur dans les interventions transculturelles. Lausanne: Appartenances, 1997.
  - 22 *Métraux J-C*. Amélioration de l'accès aux „soins“ des populations migrantes. Un droit: s'exprimer dans sa propre langue. Lausanne, Appartenances, 1995.
  - 23 *Rendon M*. Discussion of „Some Problems of cross-cultural Psychotherapy with Refugees seeking Treatment“, by Carl-Ivar Dahl. *The American Journal of Psychoanalysis* 1989; 49/1: 45–50.
  - 24 *Auckenthaler A*. Klientenzentrierte Psychotherapie mit Paaren. Stuttgart: Kohlhammer, 1983.
  - 25 *Stuker R*. ÜbersetzerInnen im Gesundheitsbereich; Das medizinische Anamnesegespräch im Migrationskontext. [Lizentiatsarbeit.] Institut für Ethnologie der Universität Bern; 1998.

---

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Regula Weiss  
 FMH Psychiatrie & Psychotherapie  
 Kanzleistrasse 53  
 CH-8004 Zürich  
 Fax ++41-1-291 40 04  
 regula.weiss@access.ch