

Cliënten uit Somalië, Rusland, Irak en andere verre landen worden door hulpverleners al snel als onbehandelbaar gezien. ‘Cultuurverschillen’ zouden hiervoor verantwoordelijk zijn. Hoe dan ook zal men de patiënt eerst moeten verstaan en daarvoor moet vaak een tolk worden ingeschakeld. Hanneke Bot onderzocht het verloop van zulke gesprekken: hulpverleners moeten op de hoogte zijn van wat ze van een tolk kunnen en mogen verwachten, en tolken moeten begrijpen waar de ggz voor staat.

achtergrond

P

Gespreksvoering met behulp van een tolk

Hanneke Bot

We vinden het in Nederland belangrijk dat de zorg voor alle ingezetenen gelijkmatig toegankelijk is. Al in de jaren zeventig erkende de Nederlandse overheid dat daarvoor een tolkvoorziening een noodzakelijke voorwaarde is.¹ Met veel enthousiasme en goede wil werden zes regionale tolkcentra opgericht, gefinancierd door de overheid. Deze tolkcentra bemiddelden tussen tolken en gebruikers van tolkdiensten. Voor zover de tolken werden ingezet in de sociale sector, werden de kosten door de overheid gedragen. Grote afnemers van tolkdiensten via deze centra waren de gezondheidszorg en de advocatuur. Een aantal jaren geleden werden de zes regionale centra samengevoegd tot een landelijk opererende instelling: het Tolk en Vertaal Centrum Nederland (Tvcn). Tvcn is inmiddels geprivatiseerd en sinds 1 januari 2006 in handen van een grote uitzendorganisatie.

Hulpverleners kunnen echter ook nu nog zonder directe kosten een tolkdienst inschakelen. De kosten worden gedragen door het Ministerie van vws, met uitzondering van diensten voor hulp aan asielzoekers: dan gaat de rekening naar het Ministerie van Justitie. Tvcn bemiddelt ongeveer negenhonderd tolken die honderd talen beheersen; de tolken zijn freelancers die, alvorens bij Tvcn te worden ingeschreven, getoetst zijn op talenkennis, tolkvaardigheden en tolkhouding. Ze hebben een gedragscode waar ze zich aan moeten houden en een geheimhoudingsplicht. In de gedragscode staat onder andere dat ze niet mogen tolken in gesprekken waar ze op de een of andere manier een belang bij kunnen hebben. Hun taak is ‘alles te vertalen wat de primaire sprekers zeggen’.

Professionele versus niet professionele tolken

Uit onderzoek van Hertog en Van Gucht (2003) in ziekenhuizen in een aantal grote Belgische steden, blijkt dat in ongeveer 25% van de consulten een taalprobleem aan de orde is. Slechts een zeer gering percentage hulpverleners scha-

kelt een professionele tolk in om het probleem op te lossen. Ook Meeuwesen et al. (2006) en Suurmond en Seeleman (in druk) benoemen taalbarrières als een van de belangrijkste problemen bij de hulpverlening aan allochtone patiënten, terwijl ook uit hun materiaal blijkt dat de betrokken hulpverleners niet overgaan tot het inschakelen van professionele tolken. Meestal worden vrienden of familieleden, die veelal door de patiënt voor dit doel worden meegenomen naar het consult, als ‘tolk’ ingezet, soms tweetalige medewerkers van de instelling of men communiceert met handen en voeten.

De verschillen tussen professionele en niet-professionele tolken liggen op het gebied van taakstelling, houding en kwaliteit van de vertaling. Daar komt nog bij dat er bij het inschakelen van niet-professionele tolken geen enkele kwaliteitscontrole is op hun handelen, dat ze niet onafhankelijk zijn van de patiënt voor wie ze tolken, dat privacy een probleem kan zijn en dat er geen garantie is voor verdere geheimhouding. Anderzijds wijzen Edwards et al. (2005) erop dat patiënten vaak familieleden en vrienden prefereren als tolk, juist omdat ze hen makkelijker kunnen vertrouwen dan een ‘anonieme’ professionele tolk.

Gesprekstolk

Het vak ‘gesprekstolk’ is een *emerging profession* (Mikkelson 1996).² In Nederland bestaan tolkenopleidingen op hbo-niveau in een klein aantal vreemde talen – deze tolken komen meestal in de conferentiemarkt terecht of in het bedrijfsleven. De tolken die via het Tvcn kunnen worden ingeschakeld, hebben een zeer diverse opleidingsachtergrond. Een klein aantal heeft in Nederland een opleiding op academisch niveau gevolgd in een vreemde taal, een aantal heeft een tolkopleiding gevolgd op hbo-niveau. De meesten echter (90% van het bestand) zijn afkomstig uit het buitenland; hebben zich hier het Nederlands eigen gemaakt en hebben de toetsen van het Tvcn met goed gevolg afgelegd, zonder dat zij een specifieke taal- of tolkopleiding hebben genoten. De kwaliteit van hun

beheersing van het Nederlands, uitspraak en accent loopt erg uiteen.

Tvcn houdt rekening met domeinspecificiteit. Dit houdt in dat er aandacht is voor het feit dat er in te onderscheiden werkvelden (zoals gezondheidszorg, politie, advocatuur) verschillende eisen worden gesteld aan de tolken wat betreft hun houding, vaardigheden en vertaalkwaliteiten. Vóór de privatisering verzorgde Tvcn cursussen voor 'tolken in de geestelijke gezondheidszorg'. De verwachting is dat deze cursussen in de toekomst opnieuw zullen worden aangeboden.

Net als in de gezondheidszorg, is er ook bij tolken behoefte de professionalisering verder ter hand te nemen. Deze beweging is vanuit het Ministerie van Justitie in gang gezet en het lijkt er op dat het Ministerie van vws zich hierbij aansluit. Dit houdt in dat er ook voor tolken een register komt, met eisen voor registratie en bij- en nascholing.

Weglatingen

Professionele tolken zijn er op getraind 'alles' te vertalen: vanaf het eerste moment in het gesprek stellen zij zich op als niet-gesprekspartner en vertalen wat hulpverlener en patiënt zeggen. Niet-professionele tolken hebben vaak ook een rol als gesprekspartner in het gesprek en ze blijken meestal dan ook een hybride rol te vervullen: ze zijn gesprekspartner van de hulpverlener en de patiënt, ze zijn woordvoerder voor de patiënt, ze vertalen een gedeelte van wat er wordt gezegd en geven daarnaast samenvattingen en interpretaties van wat er wordt besproken. Deze gang van zaken wordt mooi geïllustreerd door Aranguri et al. (2006) en door Mens-Verhulst en Bekker (2005) in Nederland.

Aan de hand van video-opnames van gesprekken tussen *general practitioners* en Spaanstalige patiënten in de vs laten Aranguri et al. (2006) zien dat de niet-professionele tolken in hun onderzoek bijna de helft van wat de arts zegt, *niet* vertalen. In plaats daarvan geven deze 'tolken' een samenvatting van het advies dat de dokter aan de patiënt geeft aan het eind van zijn uitleg. Ook de woorden van de patiënt worden niet volledig vertaald. Tevens vonden ze dat in de gesprekken met een niet-professionele tolk *small talk* bijna geheel ontbrak, dit in tegenstelling tot gesprekken waarin arts en patiënt dezelfde taal spraken. De auteurs zien dit als een gemis dat ze wijten aan het optreden van deze 'tolken'. Professionele tolken echter zijn er op getraind ook *small talk* te vertalen. Dus als de hulpverlener dit belangrijk vindt, moet hij zich hiervan niet door de tolk laten weerhouden.

Mens-Verhulst en Bekker (2005) geven een voorbeeld waarin de dochters van de patiënte de klachten en de levensstijl van de moeder aan de dokter beschrijven, en vertellen dat zij inmiddels het dieet dat moeder kreeg voorgeschreven, voor haar hebben vertaald. De dokter vraagt vervolgens *aan de dochters* of moeder dit dieet ook volgt. Hier zien we dat de arts de communicatie met de patiënt zelf geheel lijkt te hebben opgegeven, hiermee een aantal basale grondrechten van de patiënt schendend. Ik ken genoeg onderzoeksmateriaal op dit gebied om te weten dat dit geen uitzondering is. Het is overigens duidelijk dat een dergelijke gang van zaken niet alleen te

wijten is aan het gebrek aan professionaliteit van de tolk, maar dat de arts/hulpverlener hierin een bepalende rol speelt.

Kwaliteit van de vertaling

Wat betreft de kwaliteit van de vertaling ligt het verschil tussen professionele en niet-professionele tolken meer genuanceerd. In Hamburg (Bührig & Meyer, 2004; Kroffke & Meyer, 2005) is onderzoek gedaan naar het inschakelen van niet-professionele tolken in gesprekken ter verkrijging van *informed consent*. Een belangrijk aspect van een dergelijk gesprek is de dokter die een behandeling voorstelt die hij *zou willen* uitvoeren en waarbij hij aangeeft wat de mogelijke risico's en alternatieven zijn. In de vertalingen werd dit 'zou willen' vaak vertaald met 'zal' of 'zullen'.³ Hierdoor werd er geen keuze aan de patiënt gepresenteerd, maar een beslissing die al door de dokter was gemaakt. Bührig en Meyer schrijven: '[...] it is not language contrast or lack of linguistic proficiency that cause the change from "want" to "will", but rather a lack of awareness of such inconspicuous linguistic elements and their far-reaching institutional implications' (Bührig & Meyer, 2004, p. 7).

In mijn eigen onderzoek (Bot, 2005), waarin ik een aantal op videoband opgenomen gesprekken tussen therapeut, patiënt en professionele tolk heb geanalyseerd, blijkt dat deze tolken soms fouten maken die niet afwijken van de niet-professionele Hamburgse tolken en dat ook deze veelal terug te voeren zijn op gebrek aan kennis van het specifieke doel en de specifieke aard van het gesprek dat werd gevoerd. Zo worden vragen ('roept dit boosheid bij u op?') vaak omgezet in stellingen ('u bent hier boos over'). Hiermee wordt de therapeut die de patiënt aanspoort tot reflectie, veranderd in een deskundige die weet wat er in de patiënt omgaat. Navraag bij tolken leert dat zij zich vaak helemaal niet bewust zijn van het belang van dit soort subtiele verschillen. Scholing is dus gewenst.

Het Ministerie van vws heeft in het voorjaar van 2006 veldnormen gepubliceerd voor het werken met tolken in de gezondheidszorg en deze gestuurd aan alle Nederlandse instellingen voor gezondheidszorg.⁴ Deze veldnormen schrijven het gebruik van professionele tolken voor en dat lijkt mij ook een juiste keus. Het is echter een illusie te denken dat met de inzet van professionele tolken, alle communicatieproblemen zijn opgelost.

Theoretische achtergrond

Vertalen

In Nederland wordt door Tvcn gewerkt met *tolken*, dat wil zeggen niet met 'culturele bemiddelaars' en niet met tolken in de rol van co-hulpverlener. Een tolk heeft als taak 'alles te vertalen wat de primaire sprekers zeggen'.⁵ Deze taak is al heel ingewikkeld voor vertalers (zie bijvoorbeeld Langeveld, 1994). Er moeten altijd vertaalkeuzes worden gemaakt op basis van verschillen tussen *lexica* en *grammatica*. Daarnaast worden vertaalkeuzes gemaakt op basis van het begrip dat de vertaler heeft van de tekst en op basis van zijn persoonlijke voorkeuren. Bij het tolken, waarbij er nauwelijks bedenktijd is, valt dus te verwachten dat de weergave door de tolk van wat net

Vuistregels bij het gebruik van tolken in de ggz

1. Het inschakelen van een professionele tolk is geen vrijblijvende zaak. In de WGBO staat expliciet vermeld dat hulpverleners de plicht hebben in gesprekken met anderstaligen een tolk in te schakelen. Ook in andere wetten die de kwaliteit van de gezondheidszorg betreffen, staat vermeld dat de hulpverlener zorg moet dragen voor goede communicatie. In voorkomende gevallen impliceert dit het inschakelen van een professionele tolk. Het Ministerie van vws hecht aan dit principe en heeft veldnormen voor het gebruik van een tolk uit doen gaan (zie: www.minvws.nl).
2. Schakel een tolk in wanneer u de patiënt niet goed verstaat/begrijpt en wanneer u het gevoel heeft dat hij u niet verstaat/begrijpt. Natuurlijk is het raadzaam dit in overleg met de patiënt te doen. Uiteindelijk echter is het de *verantwoordelijkheid van de hulpverlener* om hierover te beslissen want deze moet zijn werk goed doen.
3. Om een tolk te reserveren belt u het Tvcn (074-2555233). U kunt een *ad-hoc*-tolkdienst aanvragen in een bepaalde taal (*ad hoc* wordt gebruikt in tegenstelling tot *van tevoren gereserveerd*) of een dienst reserveren voor een later moment. U kunt kiezen voor een persoonlijke dienst (de tolk komt dan persoonlijk naar u toe) of een dienst via de telefoon. Bij het reserveren wordt u gevraagd of de tolkdienst ten behoeve van een asielzoeker is. Is dit het geval, dan wordt het ZRA-nummer van de patiënt verlangd.
4. Tolken is een moeilijk vak. Dit betekent dat hoe duidelijker u zelf formuleert, hoe groter de kans is dat de tolk er een goede vertaling van maakt. Tolken zijn niet geschoold in psychologische hulpverlening en moeten uw interventie dus zonder achtergrondkennis kunnen begrijpen. Vermijd wollige taal; vermijd ingewikkelde zinsconstructies; vermijd jargon.
5. Ondanks uw inspanningen is het goed mogelijk dat de tolk uw interventie anders vertaalt dan u had bedoeld. De patiënt geeft dan misschien heel adequaat antwoord op de vraag die hij hoort, terwijl u denkt 'waarom beantwoordt deze patiënt mijn vraag niet gewoon?' Of: 'deze patiënt vermijdt mijn vragen'. Wees voorzichtig met uw oordelen, want de tolk maakt deel uit van het gesprek. De tolk verandert niet alleen van alles aan de woorden die u spreekt, maar natuurlijk ook aan die van de patiënt. Wanneer u geen rekening houdt met deze invloed van de tolk op het gesprek, doet u uw patiënt onrecht.
6. Om het contact met de patiënt goed te houden is het belangrijk dat u vaak van beurt wisselt: dus hulpverlener – tolk – patiënt – tolk. Het is belangrijk uw beurten kort te houden en die van de patiënt ook in te perken. Wanneer u een lange beurt in mootjes hakt, om het de tolk makkelijker te maken, kunt u toch gedurende lange tijd geen verbale feedback krijgen van uw patiënt. Goede concentratie en goed luisteren, ook naar de woorden in de vreemde taal, zijn heel belangrijk.
7. Een gesprek met een tolk is altijd een klein groepsgebesprek. Het is belangrijk dat u daarin de rol van voorzitter goed speelt en de beurttoewijzing en beurtwisseling goed regelt. Omdat u per definitie in een gesprek met een tolk de patiënt niet verstaat, is het onvermijdelijk dat de tolk hierin ook een rol speelt.
8. Tolken via de telefoon vereist extra vaardigheden – zowel voor u en uw patiënt, als voor de tolk. Aan het begin van het gesprek moet u in ieder geval aangeven wie er aan het gesprek deelnemen en welke talen ze spreken ('we zijn hier met z'n vieren: een Perzisch sprekend echtpaar, een Nederlands sprekende collega van me en ikzelf'). Non-verbale zaken die voor het verloop van het gesprek van belang zijn, moet u verwoorden ('ik zie dat u schrikt'). De beurtwisseling verloopt soms wat stroef omdat de tolk niet kan 'zien' of u of uw patiënt bent uitgepraat. Er valt dan even een stilte, u kunt verbaal aangeven dat de tolk nu aan de beurt is ('gaat uw gang').
9. Het inschakelen van een tolk gebeurt vanwege een taalverschil tussen hulpverlener en patiënt. Er ontstaat daarmee een gesprek met een extra dimensie. Deze dimensie valt te benutten door er op te letten hoe de patiënt zich tot de tolk verhoudt. Kan de patiënt de afhankelijkheid van de tolk verdragen? Kan de patiënt rekening houden met de tolk – door de lengte van zijn beurten aan te passen en de tolk de tijd te geven te vertalen? Kan de patiënt de ambivalentie verdragen – de tolk vertaalt niet altijd *precies* wat je wilde zeggen? Toont de patiënt een gezond wantrouwen tegen hulpverlener en tolk, of is dit paranoïde gekleurd? Wanneer u op deze manier de relatie met de tolk in de behandeling betreft, geeft het inschakelen van een tolk extra kansen om de behandeling diepgang te geven. Het is hierbij niet de bedoeling deze kwesties expliciet in de behandeling te betrekken – zo zijn tolken niet getraind en dit behoort niet tot hun taakopvatting. U kunt het echter wel observeren, betrekken bij uw diagnostische overwegingen en verwerken in interventies.

daarvoor werd gezegd, op allerlei punten daarvan zal afwijken. Dean en Pollard (2005) wijzen er op dat een eerlijke en competente tolk aan de gebruikers ('consumers') van zijn diensten het volgende zou moeten doorgeven: 'translations often do not mirror the words you say; [...] translations are based on the interpreters judgement of what consumers mean [...]; consumers respond to the interpreter's translation choices, not to the original consumer comments which influences consumers and the resulting dialogue' (p. 265).

Het is belangrijk dat hulpverleners zich dit realiseren. Het is heel goed mogelijk dat een tolk een interventie anders vertaalt dan was bedoeld. Het volgende is daarvan een mooi en eenvoudig voorbeeld.

Een Iranese patiënt heeft aan zijn therapeut vertelt dat hij zich zorgen maakt omdat zijn verblijfsvergunning nog niet is verlengd. De therapeut heeft aandacht besteed aan de reële kanten van dit probleem en is tot de conclusie gekomen dat er op dit moment geen onmiddellijke reden tot zorg is. Dan volgt deze sequentie van beurten:

Therapeut: [...] wat betekent het voor u dat u dat nog niet heeft?

Tolk: [...] *wat voor probleem veroorzaakt dat voor u?*⁶

De patiënt antwoordt hierop dat hij bang is dat hij problemen met de gemeente zal krijgen wat betreft zijn huis. De therapeut was hier op zoek naar betekenisverlening: wat roept deze situatie bij patiënt op? Heeft hij het gevoel dat niemand rekening met hem houdt? Komen er oude onzekerheden bij hem boven? Roept de afhankelijkheid van autoriteiten boosheid bij hem op? De tolk gebruikte echter een woord ('problemen') dat een veel praktischer antwoord oproept. De patiënt geeft daarmee een heel adequaat antwoord op de vraag die hij *hoort*. Wanneer de therapeut hierop zou concluderen dat de patiënt ontwijkende antwoorden geeft, doet hij de patiënt onrecht. Deze therapeut is gelukkig niet zo snel met zijn conclusies: hij vraagt door, formuleert zijn vragen telkens een beetje anders net zolang tot ze via zijn interventie 'alles is goed geregeld, maar u vertrouwt het nog niet, hè?' – en dit wordt wel goed vertaald – terecht komen bij meer fundamentele therapeutische kwesties.

In mijn eigen onderzoek (Bot, 2005) liep het percentage beurten in de gesprekken dat adequaat vertaald was, uiteen van 60-90.⁷ De aard van de afwijkingen bleek zeer divers en lag zowel op het vlak van informatie (stukken tekst die verloren gingen) maar ook op wat ik heb genoemd het 'therapeutisch perspectief'.⁸ Dit laatste hield bijvoorbeeld in dat een confronterende opmerking werd veranderd in een gesloten vraag; of een interpretatie in een herformulering waarin de nieuwe inbreng van de therapeut ontbrak, of een vraag in een stelling. Opvallend was dat de tolken relatief vaak allerlei 'inleidende woorden' zoals 'ja, dat begrijp ik heel goed, maar' weglieten, om vervolgens wel het argument dat daarop volgde te vertalen. Dit is wel een belangrijk punt omdat het me in de behandeling van asielzoekers en vluchtelingen vaak opvalt dat ze moeite hebben met het interactionele karakter van een behandeling in de ggz. Ze lijken het vaak meer te zien als iets dat

de hulpverlener hun toedient, dan als een samenwerkingsverband. Die samenwerking wordt onder andere vormgegeven door dit soort inleidende zinnestelsels. Wanneer de tolk deze niet vertaalt, is het niet verwonderlijk dat de patiënt deze samenwerking niet oppakt. Ik heb me zelf aangeleerd om dit soort zinnestelsels 'los' te zetten: dat wil zeggen dat ik daarna even stop, de tolk de ruimte geef het te vertalen, om dan pas weer door te gaan. Dan weet ik nog steeds niet zeker of het ook adequaat is vertaald, maar ik weet wel dat het aandacht heeft gekregen. Dit voorbeeld ligt op hetzelfde vlak als de aanzet tot reflectie die als stelling werd vertaald: ook daarmee gaat een belangrijk therapeutisch perspectief verloren.

Opvallend was ook dat de tolken soms moeite hadden met de aanmoedigingen van de therapeuten aan hun patiënten om met hun gezinsleden te praten over hun moeilijkheden en met het negatief beoordelen van 'beschermend' gedrag. Het kwam zelfs voor dat een dergelijke interventie in haar tegendeel werd veranderd: het is goed om te zwijgen om zo je gezinsleden te beschermen voor nare informatie. Ik had sterk de indruk dat op zo'n moment de persoonlijk opvatting van de tolk over wat een goede manier is om je te gedragen, doorklonk. Deze bevinding heeft mij er toe gebracht om in mijn therapiegesprekken met een tolk hier wat meer uitleg bij te geven. Ik zeg dan bijvoorbeeld: 'ik begrijp dat u uw kinderen niet wil belasten met al deze nare verhalen. Maar wanneer zij helemaal niet weten wat u is overkomen, kunnen ze ook niet begrijpen waarom u soms zo slecht gehumeurd bent. Misschien kunt u hun er toch iets over vertellen, zonder al te nare details.' In mijn achterhoofd weet ik dan dat ik hiermee niet alleen psycho-educatie geef aan de patiënt, maar ook aan de tolk.

Eén-, twee- of drie-personenpsychologie

Uit de bovenstaande voorbeelden blijkt al dat het werken met een tolk invloed heeft op de inhoud van het gesprek. Deze invloed is afhankelijk van de twee betrokken talen – verschillen in grammatica, lexicaal structuur en dergelijke. Maar ook de tolk zelf beïnvloedt het gesprek door zijn impliciete en expliciete normen, waarden en motivaties; daarnaast past de hulpverlener zich aan zowel zijn patiënt als aan de tolk aan. Voor een gesprek in de ggz dat met een tolk wordt gevoerd, geldt derhalve dat er sprake is van een driepersonenpsychologisch werkveld. Hierbij ga ik uit van de terminologie zoals die in het psychoanalytisch denken wordt gebruikt. Eénpersoonspsychologie staat daarin voor de opvatting dat het mogelijk is om de psychologie van de patiënt te analyseren zonder dat de psychologie van de analyticus daarbij een rol speelt, zoals in de klassieke psychoanalyse gebruikelijk was. In tweepersonenpsychologisch denken – het paradigma waarin diverse vormen van psychotherapie zich hebben ontwikkeld – wordt ervan uitgegaan dat therapeut en patiënt een gezamenlijke therapeutische realiteit vormen, waarin dus de persoon van de therapeut ook een rol speelt en waarin begrippen als 'werkrelatie' en 'match' tussen therapeut en patiënt van belang zijn (zie Gill, 1994). In het verlengde hiervan spreek ik voor het tolk-bemiddelde gesprek van een driepersonenpsychologie: de therapeutische realiteit wordt hierin gevormd in een samenspel van therapeut, patiënt en tolk.

De dynamiek van het gesprek met de hulp van een tolk

De tolk heeft invloed op de inhoud van het gesprek en heeft daarnaast door de aard van zijn taak een belangrijke en dominante invloed op de structuur van het gesprek: elke tweede beurt is een beurt voor de tolk.

In mijn onderzoek bleek dat de kwaliteit van de vertaling sterk samenhangt met de lengte van de beurt en bovendien met de wijze waarop de beurtwisseling tot stand kwam. Met name patiënten (maar zij niet alleen!) hadden de neiging erg lange beurten te maken. Wanneer de therapeut niet ingreep om de patiënt tot stoppen te manen, kon worden geobserveerd dat de tolk dit ging doen: door bijvoorbeeld diep in te ademen; al te beginnen met 'hij/zij zegt' terwijl de patiënt nog aan het woord was of door overlappend met de vorige spreker aan zijn beurt te beginnen. Overlappende spraak bleek 'dodelijk' voor de kwaliteit van de vertolking. Ook wanneer de tolk moeite had moeten doen om aan zijn beurt te komen, bleek dit samen te gaan met een slechte kwaliteit van de vertaling. Waarschijnlijk heeft dit er mee te maken dat de tolk dan energie en aandacht nodig heeft om de beurt te krijgen die ten koste gaat van de aandacht voor en concentratie op de inhoud van het gesprek. Het is dus belangrijk dat de therapeut, als gespreksleider en eindverantwoordelijke voor het gesprek, de zorg voor een goede beurtwisseling op zich neemt.

Therapeuten bleken dit volgens mijn onderzoek te kunnen doen met behulp van handgebaren en blikrichting.⁹ Omdat therapeuten echter niet kunnen verstaan wat de patiënt zegt, zijn ze hierin gehandicapt en soms toch afhankelijk van een inbreng van de tolk. Dit is een inherent probleem van tolkbemiddelde gesprekken: het is belangrijk dat de therapeut de regie van het gesprek strak in de hand houdt, tegelijkertijd heeft hij daarin beperkte middelen tot zijn beschikking. Een oplettende hulpverlener kan wel zien of de tolk aanstalten maakt om te gaan vertalen. Wanneer de patiënt dan toch doorpraat, ligt hier een taak voor de hulpverlener om de patiënt te stoppen.

Corrigerende technieken

Uit mijn onderzoek kwam echter ook naar voren dat de kwaliteit van het gesprek als geheel niet alleen afhankelijk is van het percentage beurten dat goed wordt vertaald, maar sterk samenhangt met een aantal andere factoren in de dynamiek van de gespreksvoering.

Ik gaf al aan dat tolken een eigen inbreng hebben in de inhoud van het gesprek. Het is voor de gespreksvoerders principieel onmogelijk er achter te komen, wat nu precies wordt ingebracht door hun primaire gesprekspartner en wat de inbreng van de tolk is. Er zijn twee gesprekstechnieken die kunnen helpen om misverstanden zo veel mogelijk te voorkomen: een cyclische gesprekstechniek en zorg voor feedback. Ik heb dit *corrigerende technieken* genoemd.

Een *cyclische gesprekstechniek* houdt in dat men herformuleert wat men heeft gehoord en ook terugkomt op wat men zelf net heeft gezegd. Dit hoeft niet op een schoolse en beleurende manier te gebeuren ('kunt u nu even herhalen wat ik net heb gezegd') maar kan heel natuurlijk in het gesprek worden

opgenomen ('ik probeer goed te begrijpen wat u me net heeft verteld, is het...?'). Hier is een zekere vasthoudendheid voor nodig: bij onbevredigende antwoorden (bijvoorbeeld: niet passend bij de vraag of onbegrijpelijk gezien eerdere uitlatingen van de patiënt) moet er worden doorgevraagd en moeten nieuwe formuleringen worden bedacht.

Feedback is een andere corrigerende techniek die in een tolkbemiddeld gesprek aandacht behoeft. Feedback kan pas worden gegeven nadat een beurt is vertaald. Daardoor bestaat er afstand tussen de oorspronkelijke uiting en de daarop geleverde feedback en kan het voor de spreker moeilijk zijn om in te schatten waar de feedback precies betrekking op heeft. Om er voor te zorgen dat er contact blijft bestaan door middel van feedback, is het belangrijk dat er vaak van beurt wordt gewisseld. Ook bleek het belangrijk dat de beurten kort worden gehouden. Het in mootjes hakken van lange beurten maakt het wel makkelijker voor de tolk om te vertalen, maar het lost het probleem van de uitgestelde verbale feedback niet op. De patiënt kan dan weliswaar korte *feedback tokens* geven maar bij gebrek aan een meer uitgebreide verbale reactie kan toch slecht worden gepeild of wat de patiënt heeft gehoord nog wel aansluit bij wat de hulpverlener wilde zeggen. Zonder verbale reactie is het voor de hulpverlener moeilijk in te schatten of de patiënt hem nog kan volgen, of dat misschien de tolk zijn woorden al zo heeft veranderd dat de patiënt inmiddels met iets heel anders bezig is.

In mijn onderzoek viel op dat hulpverleners die ervan uitgingen dat de tolk een eigen inbreng had (een interactieve benadering hadden van het tolkbemiddelde gesprek volgens de driepersonenpsychologie), deze corrigerende technieken veel meer gebruikten dan de hulpverlener die er van uitging dat een tolk een vertaalmachine is. Ook bleken in de interactieve gesprekken de tolken actiever in het stellen van vragen wanneer ze een uiting niet begrepen: kennelijk voelden ze zich daartoe meer uitgenodigd. In de vertaalmachineopvatting van het tolken leek de veronderstelling te zijn dat alle beurten equivalent vertolkt werden. Daardoor werd er geen aandacht besteed aan de mogelijke invloed van de tolk op de inhoud van het gesprek. Uit mijn onderzoek bleek dat een dergelijke houding de patiënt onrecht doet omdat misverstanden aan hem worden toegeschreven in plaats van aan de complexe communicatieve situatie.

Taalbeleid

De hulpverlening aan patiënten van buitenlandse origine is zo langzamerhand de kinderschoenen ontgroeid. Het wordt tijd ook de gespreksvoering met een tolk te professionaliseren. Ik onderschrijf de norm dat in gesprekken in de gezondheidszorg met professionele tolken moet worden gewerkt. Het lijkt me echter ook zinvol om naast de nadruk op een professionele omgang met professionele tolken, te onderzoeken wat er precies gebeurt in de communicatie wanneer niet-professionele tolken worden gebruikt of wanneer het gesprek zelfs zonder tolk wordt gevoerd terwijl er wel een taalprobleem bestaat. Het is dan wellicht mogelijk om de condities te bepalen waaronder

met niet-professionele tolken, of zonder tolk, op een verantwoorde wijze kan worden gewerkt. Zo kan ik me voorstellen dat het weinig kwaad kan wanneer een huisarts in een gezin dat hij al jaren kent, soms gebruik maakt van een familielid als tolk. Ook kan ik me voorstellen dat de kwaliteit van de inbreng van een niet-professionele tolk sterk kan verbeteren wanneer hij enige instructie krijgt over wat er van hem wordt verwacht.

Zelf heb ik de ervaring dat wanneer ik eens een gesprekje zonder tolk voer met een patiënt, het contact plots zeer intensieveert. De nadruk ligt dan meer op de waarde van de gezamenlijke inspanning om elkaar te begrijpen, dan op een efficiënte en adequate uitwisseling van informatie. In het kader van een langlopende behandeling kan dit een nuttige functie vervullen voor het versterken van de werkrelatie.

Het in beeld brengen van de eisen die op dit gebied aan verschillende soorten gesprekken worden gesteld, kan leiden tot de ontwikkeling van een taalbeleid in de gezondheidszorg waarin optimaal gebruik gemaakt wordt van de diensten van professionele tolken.

Ten slotte

Psychologen die in de hulpverlening werken, zullen geconfronteerd worden met, potentiële, cliënten/patiënten die het Nederlands niet of nauwelijks beheersen. Het behoort dan tot goed hulpverlenerschap om een tolk in te schakelen om op die manier te kunnen komen tot een inschatting van de problematiek, het stellen van een diagnose en uiteindelijk om de behandeling te kunnen uitvoeren. Tolken helpen mensen die elkaar anders helemaal niet zouden kunnen verstaan, met elkaar te communiceren. De gespreksvoering met een tolk kent echter haar eigen dynamiek en haar eigen problemen. Het is belangrijk daar goed op voorbereid te zijn. De vuistregels die in het kader staan weergegeven, kunnen hierbij helpen.

Mw dr.ir. H. Bot is als psychotherapeut verbonden aan de Gelderse Roos, op de afdeling Phoenix voor de behandeling van asielzoekers en vluchtelingen, Postbus 27, 6870 AA Renkum. E-mailadres: <h.bot@degelderseroos.nl>. Daarnaast geeft zij trainingen, aan tolken en hulpverleners, en advies op het gebied van de communicatie via een tolk: <hanneke.bot@wxs.nl>.

Noten

1. Het niet beheersen van de Nederlandse taal is voor ingezetenen van dit land een handicap: het leidt tot afhankelijkheid van anderen, het verhindert participatie in de maatschappij en emancipatie; het kan paranoïde fantasieën prikkelen en bijdragen aan ernstige regressie. Op het moment dat een cliënt zich meldt bij de hulpverlening, staat echter voorop dat er verbaal contact moet worden gelegd en dat een tolk moet worden ingeschakeld wanneer dat nodig is. Het aanleren van de Nederlandse taal kan echter zeker bijdragen tot het verbeteren van de geestelijke gezondheid en kan als zodanig dus een therapeutische interventie zijn. In de kliniek Phoenix, waar ik werk, is Nederlandse les een door patiënten zeer gewaardeerd onderdeel van het programma. Het is vaak verrassend te zien hoe het zich kunnen uitdrukken in het Nederlands, bijdraagt aan het genezingsproces.
2. De term 'gesprekstolk' verwijst naar een vorm van tolken tussen twee of meer personen die in direct contact met elkaar staan. Een gesprekstolk kan dus ook via de telefoon werken. De term wordt vooral gebruikt om te onderscheiden van 'conferentietolken' die in een cabine zitten in een conferentiezaal en tolken tussen een spreker en een publiek, waarbij de spreker, de tolk en het publiek via microfoons en koptelefoons met elkaar in contact staan.

3. Het vertolken van vormen die een mogelijkheid inhouden of een ambiguïteit (ook wel 'irrealis' genoemd) staat in het algemeen als moeilijk te boek (zie Bülow-Møller, 1999).
4. De tekst van deze veldnormen is te vinden op <www.minvws.nl>, via de zoektermen 'tolken veldnormen'. Via Pharos is over dit onderwerp een meer uitgebreide brochure en een bijbehorende vouwkubus te verkrijgen (www.pharos.nl)
5. 'Vertalen' staat in het algemeen voor het omzetten van schriftelijke teksten van de ene in de andere taal, terwijl 'tolken' wordt gebruikt voor het omzetten van het gesproken woord van de ene in de ander taal. Tolken doen echter meer dan alleen het omzetten van de woorden. Soms stellen ze verhelderende vragen, soms coördineren ze het gesprek door handgebaren et cetera. Ik gebruik dan soms het woord 'vertalen' om de specifieke de taak van de tolk van het 'omzetten van woorden' aan te duiden en te onderscheiden van hun andere functies en handelingen. In het Engels worden respectievelijk de woorden 'translating', 'translation' en 'interpreting', 'interpretation' gebruikt.
6. De cursieve tekst is de Nederlandse vertaling van de Perzische woorden van de tolk.
7. Daarbij had ik verandering in het perspectief van persoon van de eerste naar de derde persoon niet eens meegerekend, omdat die dermate veel voorkwam dat dan bijna geen enkele vertolkte beurt juist gerekend had kunnen worden.
8. Het therapeutisch perspectief heb ik geoperationaliseerd door gebruik te maken van het Hill Counsellor and Client Verbal Response Modes Category System dat is ontworpen voor psychotherapieonderzoek. Het is een systeem waarmee interventies van de therapeut en reacties van de patiënt kunnen worden gecategoriseerd. In mijn onderzoek heb ik de beurten van de therapeuten en de patiënten in dit systeem gecategoriseerd en vervolgens hetzelfde gedaan met de vertolkingen door de tolk. Indien de oorspronkelijke beurten en de vertolking in dezelfde categorie(en) werden gescoord, was de vertolking op dit punt in orde, indien ze verschillend werden gescoord, werd de vertolking op dit punt als 'afwijkend' gescoord.
9. Bij het tolken via de telefoon is dit nog ingewikkelder: de tolk mist alle non-verbale communicatie. Het is belangrijk om non-verbale communicatie te verwoorden, om zo de tolk beter in het gesprek te betrekken. Om momenten van beurtwisseling aan te geven volstaat een eenvoudig 'gaat uw gang' vaak heel goed. Ook is het niet erg als er even een stilte valt, voordat de tolk begrijpt dat het zijn/haar beurt is.

Literatuur

- Aranguri, C., Davidson, B. & Ramirez, R. (2006). Patterns of communication through interpreters. A detailed sociolinguistic analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 623-629.
- Bot, H. (2005). *Dialogue interpreting in mental health*. Amsterdam/New York: Rodopi Publishers.
- Bot, H. & Wadensjö, C. (2004). The presence of a third party. A dialogical view on interpreter-assisted treatment. In B. Drosdek & J. Wilson, *Broken spirits. The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims* (p. 355-378). New York: Brunner-Routledge.
- Bühlig, K. & Meyer, B. (2004). Ad-hoc interpreting and the achievement of communicative purposes in specific kinds of doctor-patient discourse. *Arbeiten zur Mehrsprachigkeit*. Folge B, Series B 57. Hamburg: Universität Hamburg.
- Bülow-Møller, A.M. (1999). Existential problems: on the processing of irrealis in simultaneous interpreting. *Interpreting*, 4, 145-168.
- Dean, R.K. & Pollard, R.Q. (2005). Consumers and service effectiveness in interpreting work. A practice profession perspective. In M. Marschark, R. Peterson & W. Winston (Eds.), *Interpreting and interpreter education. Directions for research and practice* (p. 259-282). New York: Oxford University Press.
- Edwards, R., Temple, B. & Alexander, C. (2005). User's experiences of interpreters. The critical role of trust. *Interpreting*, 7, 77-95.
- Gill, M.M. (1994). *Psychoanalysis in transition*. London: The Analytic Press.
- Hertog, E. & Gucht, J. van (2003). *Onderzoeksopdracht. Taalbijstandsbehoeften in de Belgische algemene ziekenhuizen*. Antwerpen: Lessius Hogeschool.
- Kroffke, S. & Meyer, B. (2005). Verständigungsprobleme in bilingualen Anamnesegesprächen. *Arbeiten zur Mehrsprachigkeit*. Folge B, Series B 61. Hamburg: Universität Hamburg.
- Langeveld, A. (1994). *Vertalen wat er staat*. Amsterdam/Antwerpen: Arbeiderspers.
- Meeuwesen, L., Hermens, J.A.M., Bernsen, R.M.D. & Bruijnzeels, M.A. (in druk). Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patient? *Social Science & Medicine*.
- Mens-Verhulst, J. van & Bekker, M. (2005). Gezondheidspsychologie in een pluriforme samenleving. In J. Knipscheer & R. Kleber (red.), *Psychologie en de multiculturele samenleving* (p. 118-138). Amsterdam: Boom.
- Mikkelsen, H. (1996). Community interpreting, an emerging profession. *Interpreting*, 1, 125-129.
- Suurmond, J. & Seeleman, C. (2006). Shared decisions-making in an intercultural context, barriers in the interaction between physicians and immigrant patients, *Patient Education and Counseling*, 60, 253-259.
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. London/New York: Longman.