



ΙΟΝΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΙΣΤΟΡΙΑΣ, ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ-ΔΙΕΡΜΗΝΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΞΕΝΩΝ ΓΛΩΣΣΩΝ, ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΕΡΜΗΝΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΜΕ ΘΕΜΑ:

Μετάφραση και Σχολιασμός του „Therapieangebote für psychisch traumatisierte, von Gewalt betroffene Kinder und Jugendliche in Deutschland“, σελ. 2-7

ΤΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

Μπάτρα Ευαγγελία (Ξ2013064)

Επιτροπή Εποπτείας: Αναστασία Παριανού, Σωτήρης Κεραμίδας

Μετάφραση και Σχολιασμός του „Therapieangebote für psychisch traumatisierte, von Gewalt betroffene Kinder und Jugendliche in Deutschland“, σελ. 2-7

Περιεχόμενα

Εισαγωγή	5
Πρωτότυπο	6
Μετάφρασμα	15
Κειμενική Ανάλυση	23
Μεταφραστικά προβλήματα και σχολιασμός	27
Γενικά Συμπεράσματα	33
Βιβλιογραφία	33

Ευχαριστίες

Οφείλω, πρώτα απ' όλους, να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, για την ηθική και οικονομική τους υποστήριξη και την κατανόησή τους καθ' όλη τη διάρκεια σπουδών μου. Ευχαριστώ επίσης θερμά την Καθηγήτρια Αναστασία Παριανού, η οποία μου παρείχε πολύτιμες πληροφορίες για την εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας. Ανεκτίμητη ήταν και η στήριξη της φίλης αλλά και συναδέλφου Αλεξάνδρας Κιουρτσή, η οποία, όντας μόνιμος κάτοικος πλέον της Γερμανίας με βοήθησε να δω το θέμα της εργασίας από μία δεύτερη οπτική γωνία. Φυσικά δεν θα μπορούσα να μην αναφέρω τον Δανιήλ Δανιλόπουλο, παιδοψυχολόγο, την Βικτώρια Βερέμη, ψυχολόγο στο Κέντρο Διάγνωσης και Υποστήριξης Μαγνησίας και την Αφροδίτη Γαντζού-Δραμητινού, παιδίατρο για τον χρόνο που αφιέρωσαν για τις συζητήσεις μας. Τέλος ευχαριστώ πολύ τον δικηγόρο Σπυρίδων Παπαδόπουλο για την βοήθειά του στην απόδοση των νομικών όρων στα ελληνικά και για τις συμβουλές του σε πολλά άλλα θέματα κατά την διάρκεια των σπουδών μου.

Εισαγωγή

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί το τελευταίο βήμα προς την ολοκλήρωση των σπουδών μου στο Τμήμα Ξένων Γλωσσών, Μετάφρασης και Διερμηνείας του Ιονίου Πανεπιστημίου. Η εκπόνησή της πραγματοποιήθηκε υπό την εποπτεία της Καθηγήτριας Αναστασίας Παριανού και του Επίκουρου Καθηγητή Σωτήρη Κεραμίδα κατά το έτος 2017-2018. Η πτυχιακή αυτή στάθηκε ως αφορμή για την περαιτέρω ενασχόλησή μου με θέματα που αφορούν την μετάφραση ειδικών κειμένων καθώς και τις δυσκολίες που προκύπτουν από την διαδικασία αυτή, κάτι που με ενδιέφερε από την αρχή των σπουδών μου.

Το κείμενο που επιλέχθηκε για τους σκοπούς της εργασίας είναι το «*Therapieangebote für psychisch traumatisierte, von Gewalt betroffene Kinder und Jugendliche in Deutschland*» (σελίδες 2-7). Πρόκειται για μία δημοσίευση από το ιατρικό κέντρο του πανεπιστημίου του Αμβούργου (*Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, UKE*). Όπως φαίνεται και από τον τίτλο θέμα του κειμένου είναι οι δυνατότητες περίθαλψης ανθρώπων (κυρίως παιδιών και εφήβων) με ψυχολογικές διαταραχές στην Γερμανία. Το θέμα αυτό είναι αρκετά επίκαιρο και ενδιαφέρον καθώς στην Ελλάδα η αντιμετώπιση των ψυχολογικών διαταραχών διαφέρει αρκετά από άλλα ευρωπαϊκά κράτη όπως η Γερμανία. Τα τελευταία χρόνια έχουν αρχίσει οι ψυχολογικές διαταραχές να λαμβάνονται υπόψη ως εξίσου σοβαρές ασθένειες με τις σωματικές. Παρ' όλα αυτά ο κλάδος της ψυχολογίας και κυρίως της παιδοψυχολογίας στην οποία θα εστιάσουμε δεν είναι τόσο αναπτυγμένος και οι προσφορές θεραπείας είναι περιορισμένες. Αυτό γίνεται φανερό και από την έλλειψη παρόμοιων δημοσιεύσεων από αντίστοιχους ελληνικούς φορείς υγείας. Ειδικά για τον τομέα της παιδοψυχολογίας η διαθέσιμη βιβλιογραφία είναι περιορισμένη.

Το πρωτότυπο κείμενο λοιπόν παρέχει σημαντικά δεδομένα σχετικά με την εμφάνιση και τον τρόπο αντιμετώπισης των ψυχολογικών διαταραχών. Οι συντάκτες του κειμένου, που αποτελούν και την ερευνητική ομάδα του πανεπιστημίου, επικεντρώνονται στις διαταραχές που εμφανίζονται κυρίως σε παιδιά και εφήβους, τα οποία έχουν δεχτεί σεξουαλική ή κάποιου άλλου είδους μορφή κακοποίησης. Στόχος του κειμένου είναι επίσης να αναλύσει τις επιλογές θεραπείας που έχουν τα άτομα αυτά καθώς και να αναδείξει τους φορείς υγείας της Γερμανίας, οι οποίοι προσφέρουν τις θεραπείες αυτές. Καθώς το κείμενο θεωρείται επιστημονικό για την τεκμηρίωση των δεδομένων αυτών παρατίθενται επίσης αποτελέσματα από διάφορες επιστημονικές έρευνες που έγιναν πάνω στο θέμα αυτό.

Πρωτότυπο

1 Hintergründe

1.1 Prävalenz von kindlichen Traumata und Traumafolgestörungen

Weltweit. Genaue Zahlen von Kindesmisshandlungen weltweit sind nicht bekannt und es kann generell von einer Unterschätzung ausgegangen werden (Pinheiro, 2006). Insbesondere die Dunkelziffer von Kindesmisshandlungen innerhalb der Familie ist sehr hoch (Butchart et al., 2006). Im Jahr 2000 sind 57.000 Kinder unter 15 Jahren an Kindesmisshandlungen weltweit gestorben (WHO, 2002). Kleinkinder zwischen 0 und 4 Jahren stellen die größte Risikogruppe dafür dar, vor allem in der eigenen Familie körperlichen Misshandlungen ausgesetzt zu sein (WHO, 2003). Im Alter der Pubertät und Jugend stellt sexueller Missbrauch eine hohe Gefahr dar (WHO, 2014). Die weltweit häufigste und „am wenigsten beachtete Form“ von Gewalt an Kindern stellt die Vernachlässigung dar (Kendall-Taylor, Lindland, O’Neil, 2014; Häuser et al. 2011, US Department of Health and Human Services, 2004), die zu vergleichbaren körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen wie durch körperliche Misshandlungen führen können (Egeland, 2009).

Deutschlandweit. Eine zentrale Erfassung der Fälle von Misshandlungen und Vernachlässigung über die Jugendhilfe erfolgt in Deutschland nicht (Pillhofer, Ziegenhain, Nandi, Fegert, & Goldbeck, 2011). Während die Prävalenzen für Kindesmisshandlungen und -vernachlässigung laut jährlicher Polizeilicher Kriminalstatistik entsprechend der angezeigten Straftaten mit unter 1 Promille angegeben werden, ergab die Auswertung retrospektiver Befragungen in Rahmen von Dunkelfeldstudien Lebenszeitprävalenzen von über 10% (Pillhofer, et al., 2011). In der Dunkelfeldstudie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen gaben 74,9% der 3.289 retrospektiv Befragten im Alter zwischen 16 und 59 Jahren an, in ihrer Kindheit physische Gewalt durch ihre Eltern erlebt zu haben, die in 10,8% der Fälle als Misshandlung bewertet wurde (Wetzels, 1997). Befragt zu innerfamiliären Gewalterfahrungen bis zum 12. Lebensjahr gab mehr als die Hälfte der 16.190 befragten Schüler aus der neunten und zehnten Klassenstufe an, physische Gewalt durch die Eltern erfahren zu haben; 17,1% der Jugendlichen erlebten schwere elterliche Züchtigung (Pfeiffer, Wetzels, & Enzmann, 1999).

Flüchtlinge: Von den insgesamt weltweit 51,2 Millionen Menschen auf der Flucht sind in etwa 50% Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (UNHCR, 2013). Durch die Aufnahme von insgesamt 571.700 Flüchtlingen im Jahr 2011 gehört die BRD zu den fünf größten Aufnahmeländern der Welt (UNHCR, 2012). Etwa 20% der Frauen und 5 bis 10% der Männer wurden weltweit als Kinder sexuell missbraucht (Finkelhor, 1994).

Genderaspekte: Jungen sind laut epidemiologischer Studien häufiger Opfer körperlicher Gewalt und Mädchen häufiger von sexualisierter Gewalt (Essau et al., 1999). Die

Lebenszeitprävalenz für sexuellen Missbrauch in der Kindheit liegt weltweit bei Mädchen 18% und bei Jungen 7,6% (Stoltenborgh et al., 2011).

Nicht alle Kinder und Jugendliche reagieren auf ein traumatisches Ereignis mit klinisch relevanten Symptomen (Domhardt, Münzer, Fegert & Goldbeck, 2014). Abhängig von Schutz- und Risikofaktoren zeigt sich bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen eine hohe Varianz der Traumareaktionen (Pine & Cohen, 2002), denn nicht das Erleben eines potentiell traumatischen Ereignisses entscheidet über Auswirkungen, sondern die individuelle Reaktion des Kindes auf das traumatische Ereignis.

Aber Traumata *können* zu multiplen mentalen Störungen führen (Butchart et al., 2006; Gilbert et al., 2009). Nach traumatischen Ereignissen in der Kindheit und Jugend sind neben traumaspezifischen Diagnosen klinisch relevante Störungen wie Depression (Danese et al., 2009; Chapman et al., 2004; Danielson et al., 2005; Perkonigg et al., 2000) und Angststörungen (Perkonigg et al., 2000), Substanzmittelgebrauch (Copeland et al., 2011; Perkonigg et al., 2000), Störung des Sozialverhaltens (Finkelhor et al., 2007; Copeland et al., 2007; Cicchetti & Toth 1995), Essstörungen (Moulton et al., 2015), Suizidalität (Norman et al., 2012; Herbst et al., 2009), Somatisierungsstörungen (Perkonigg et al., 2000), Borderline- Persönlichkeitsstörung (Herbst et al., 2009) erhöht (Simons & Herpertz-Dahlmann, 2008, Tagay, Repic, & Senf, 2013).

Epidemiologische Studien zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen in westlichen Gesellschaften ergaben Prävalenzen <1% bis 20% (Copeland et al., 2007; Domanskaite-Gota, Elklit, & Christiansen, 2009; Ford, Goodman, & Meltzer, 2003; Kilpatrick et al., 2003; Petersen, Elklit, & Olesen, 2010). Die Varianz der Prävalenzen sind u.a. durch Unterschiede in der Definition des traumatischen Ereignisses und methodische Unterschiede zwischen den Studien zu erklären (Tagay, et al., 2013).

Für Deutschland zeigten die repräsentativen Untersuchungen von Perkonigg et al. (2000) und Essau et al. (1999) Lebenszeitprävalenzen von 1,3% bzw. 1,6% für die PTBS im Kindes- und Jugendalter. Mädchen haben dabei insgesamt ein größeres Risiko an PTBS zu erkranken als Jungen (Breslau & Anthony, 2007; Essau, et al., 1999; Kilpatrick, et al., 2003; Perkonigg, et al., 2000).

Bei Kindern aus Kriegsgebieten wurden PTBS-Prävalenzen zwischen 22% und 73% gefunden (Bayer, Klasen, & Adam, 2007; Betancourt et al., 2012; Dyregrov, Gjestad, & Raundalen, 2002; Elbert et al., 2009; Hasanovic et al., 2006; Kohrt et al., 2008; Laor et al., 1997; Schaal & Elbert, 2006; Thabet & Vostanis, 1999, 2000).

Nachgewiesen werden konnte auch der Dosis-Wirkung-Zusammenhang zwischen Schwere der Traumatisierung und der PTBS-Symptomatik, die die Kinder und Jugendliche entwickeln (Cloitre et al., 2009; Smith et al., 2002; Thabet, Abed, & Vostanis, 2004; Weierstall et al., 2012).

1.2 Versorgung kindlicher Traumafolgestörungen

Alle Formen von Kindesmisshandlungen führen weltweit zu einem erhöhten Risiko für körperliche Verletzungen (Hermann, 2002), chronische Krankheiten (Felitti et al., 1998; Brown et al., 2009; Norman et al., 2012; Bellis et al., 2014) sowie psychische Erkrankungen bis ins Erwachsenenalter (Norman et al., 2012; Gilbert et al., 2009; Maniglio, 2009) und führen zu signifikant niedrigerer Lebenszufriedenheit im Erwachsenenalter (Corso et al., 2008). Die Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen ist häufig mit einer Beeinträchtigung der körperlichen und psychischen Gesundheit bis weit in das Erwachsenenalter verbunden (Norman et al., 2012) und bedarf der frühzeitigen adäquaten psychotherapeutischen Versorgung.

Die **ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen** mit psychischen Störungen wird in Deutschland in der Regel von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychologischen Psychotherapeuten, Allgemeinmediziner oder von Kinderärzten mit Beteiligung an der Psychosomatischen Grundversorgung geleistet. Daneben stehen im ambulanten Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrische Instituts- und Spezialambulanzen sowie Sozialpädiatrische Zentren zur Verfügung. Über diesen Bereich hinaus gibt es weitere Anlaufstellen wie psychosoziale Beratungsstellen und Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste.

Laut der kassenärztlichen Bundesvereinigung nahmen 2014 in Deutschland insgesamt 1.051 Kinder- und Jugendpsychiater und 4.648 niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung teil (KBV, 2014).

Neben der ambulanten Versorgung stehen sowohl **stationäre als auch teilstationäre Angebote** für Kinder und Jugendliche zur Verfügung. In Kliniken mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie können die Betroffenen stationär versorgt werden. Zu den teilstationären Therapiemaßnahmen zählen kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken. Es stehen bundesweit 1.145 teilstationäre Behandlungsplätze zur Verfügung (GBE, 2008).

Daten zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen weisen auf starke Stadt- Land-Unterschiede zu Ungunsten ländlicher Regionen hin (Schwarz & Kinstler, 2006). Auffällig ist der deutlich geringere Anteil an Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in der ambulanten Versorgung in den neuen Bundesländern im Vergleich zu den alten Bundesländern (GBE, 2008; Hinzpeter et al., 2014). In der stationären Versorgung unterscheidet sich dagegen das Bild: Hier liegen neben einem tendenziellen Nord-Süd-Gefälle auch Ost-West-Unterschiede vor, die durch eine doppelt so hohe Bettendichte in den neuen Bundesländern gekennzeichnet sind (Hinzpeter et al., 2014).

Barrieren der Inanspruchnahme: Die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Versorgungsangeboten ist vor dem Hintergrund erheblicher Barrieren zu betrachten (GBE, 2008). Studien zeigen, dass das Inanspruchnahmeverhalten mit der wahrgenommenen Unterstützung der Betroffenen, deren Geschlecht sowie mit der Einstellung zu und

fehlenden Kenntnissen von Psychotherapie und psychischen Erkrankungen in Zusammenhang stehen (Kowalski et al., 2012). Die KiGGS-Studie weist darauf hin, dass die Inanspruchnahme von Fachärzten in Abhängigkeit von sozialen Faktoren, ärztlichen Einstellungen und der Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten zu betrachten ist (Kamtsiuris et al., 2007).

Inanspruchnahme: Nur etwa 10% bis 30% aller Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten kommen in Kontakt mit professioneller Unterstützung (Petermann, 2005). Anhand der repräsentativen Daten der BELLA-Studie, an der insgesamt 2.863 Familien teilnahmen, konnte gezeigt werden, dass nur 5,6% der Befragten im Alter von 7 bis 17 Jahren in den letzten 12 Monaten eine psychiatrisch- psychotherapeutische Leistung in Anspruch genommen haben (Hintzpeter et al., 2014). Neben den erwähnten Barrieren der Inanspruchnahme, ist ein möglicher Grund für die geringe Inanspruchnahme, dass psychische Störungen in der Primärversorgung teilweise nicht erkannt und Patienten nicht ausreichend über Versorgungsangebote informiert und mit langen Wartezeiten konfrontiert sind (GBE, 2008).

Spezialambulanzen: Neben der Regelversorgung im ambulanten und stationären Bereich finden sich in Deutschland zunehmend Spezialambulanzen für die Versorgung von Traumafolgestörungen. In Traumaambulanzen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG-Traumaambulanzen) werden Erstgespräche zur Krisenintervention nach Gewalttaten sowie weiterer Behandlungsbedarf geprüft und gebahnt. Nach den Vorgaben des OEG tragen die Bundesländer die Kosten für drei bis fünf Termine. Bis auf Nordrhein-Westfalen sind Traumambulanzen in den anderen Bundesländern nur vereinzelt, im Aufbau oder gar nicht vorhanden (Bollmann et al., 2012). Spezialambulanzen für Flüchtlinge zeichnen sich in der psychotherapeutischen Behandlung von traumatisierten asylsuchenden Kindern und Jugendlichen besonders durch die Einbeziehung von Dolmetschern aus. In Deutschland existieren diese Spezialambulanzen jedoch bisher nur in unzureichendem Ausmaß in wenigen spezialisierten psychosozialen Behandlungszentren (BZgA, 2013).

1.3 Betroffenen Sicht

In Deutschland werden die Betroffenen sexuellen Missbrauchs seit 2013 durch den Betroffenenrat beim Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Missbrauchs vertreten. Deren Forderungen beziehen sich meist auf Erwachsene, die in der Kindheit Opfer sexueller Gewalt wurden. Einige der Forderungen lassen sich jedoch auch auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen übertragen.

Forderungen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von durch (sexualisierte) Gewalt traumatisierte Menschen des Betroffenenrats beim Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs,

06.04.2016

1. Reformbedarf bei der Bedarfsplanung der psychotherapeutischen Versorgung

Wir fordern eine flächendeckende psychotherapeutische Versorgung mit kurzen Wartezeiten und qualifizierten Behandler-innen. Die Bedarfsplanung muss sich an den tatsächlichen Prävalenzen behandlungsbedürftiger Erkrankungen und einer realistischen Behandlungsdauer orientieren. Schon heute liegen Wartezeiten im Schnitt bei drei Monaten, in ländlichen Regionen sogar deutlich höher. Komplex traumatisierte Menschen warten oft noch länger auf einen Behandlungsplatz oder werden von vornherein wegen ihres oft komplexen Krankheitsbildes abgelehnt. Auch für betroffene Kinder und Jugendliche vergehen oft Monate und Jahre bis zu einer geeigneten Therapie.

2. Verbesserung der Akutversorgung durch das neue Versorgungsstärkungsgesetz - aber nicht auf Kosten bestehender Psychotherapieplätze

Wir fordern, die Verbesserung der Akutversorgung nicht auf Kosten bestehender Therapieplätze zu realisieren. Neue Kassensitze und mehr Behandlungsplätze müssen geschaffen werden. Die Teilnahmeermächtigung von Kliniken an der ambulanten Versorgung verschlechtert längerfristig die Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten. Eine Verbesserung der Ausbildung von Hausärzte-innen als erste Ansprechpersonen mit dem Ziel der schnellen Überweisung in psychotherapeutische Behandlung ist unerlässlich. So können Chronifizierungen und langfristige Inanspruchnahme des Gesundheits- und Sozialsystems verhindert werden.

3. Verankerung traumatherapeutischer Kenntnisse in der medizinischen Ausbildung

Traumatherapeutische Grundkenntnisse sind unabdingbar für das gesamte medizinische Personal in Praxen und Kliniken, dies betrifft vor allem Hausärzte-innen, Fachärzte-innen, Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen. Ebenso unerlässlich ist aber auch eine entsprechende Weiterbildung für Krankenpfleger-innen und Heilerziehungspfleger-innen, die in der psychiatrischen Pflege tätig sind.

4. Gewährleistung flächendeckender und bedarfsgerechter Finanzierung von Fachberatungsstellen als erste Anlauf- und Unterstützungsstellen

Fachberatungsstellen haben die Expertise zum Umgang, Behandlung und Begleitung und Weitervermittlung von Betroffenen sexualisierter Gewalt. Fachberatungsstellen bieten unersetzbare niederschwellige Hilfsmöglichkeiten.

5. Flexibilisierung der Therapiekontingente insbesondere für Menschen mit

komplexen Traumafolgestörungen

Die Behandlung komplexer Traumafolgestörungen gehört zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die bisherigen Therapiekontingente reichen jedoch für die Behandlung nicht aus. Erzwungene Therapieunterbrechungen wegen erschöpfter Kontingente oder fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten schaden aber gerade durch sexualisierte Gewalt traumatisierten Menschen. Daraus resultierende Krankenhausaufenthalte, Arbeitsunfähigkeiten und vorzeitige Berentungen führen wiederum zu steigenden Kosten im Gesundheits- und Sozialsystem. In traumatherapeutischen Verfahren ausgebildete Therapeutinnen brauchen die Möglichkeit, Behandlungen kontingentunabhängig durchzuführen. Das muss in der Psychotherapierichtlinie verankert werden.

6. Wahlfreiheit komplex traumatisierter Menschen zu Art und Ort der Therapie

Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen benötigen spezialisierte Kliniken zur Vermeidung von Retraumatisierungen und zum Schutz vor erneuten (sexualisierten) Gewalterfahrungen. Gerade die Versorgung von Akutpatient-innen stellt besondere Herausforderungen an Behandlungs- und Schutzkonzepte, die in allgemeinpsychiatrischen Kliniken nicht gewährleistet werden können.

7. Beschleunigung der Aufnahme weiterer Therapieverfahren als Richtlinienverfahren

Gerade komplex traumatisierte Menschen profitieren auch in ambulanten Settings von multimodalen Therapiekonzepten – insbesondere von Verfahren, die einen nonverbalen Zugang zum Erlebten ermöglichen, wie beispielsweise systemische Therapie sowie kunst-, körper- und bewegungsorientierte Verfahren.

8. Gerechtere Verteilung von Forschungsgeldern

Bei der Verteilung von Forschungsgeldern darf nicht die Kostenersparnis im Fokus stehen: zurzeit wird vor allem die Erforschung zeitsparender Therapieverfahren gefördert. Notwendig ist eine verstärkte Erforschung von Verfahren, die Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen wirklich helfen.

9. Verbesserung der Patient-innenaufklärung

Wir fordern eine umfassende Aufklärung über Leistungen und Patient-innenrechte! Gerade bei komplex traumatisierten Menschen führen mangelnde oder falsche Informationen dazu, dass sie sich nicht oder viel zu

spät in Behandlung begeben, was enorme persönliche, wirtschaftliche und soziale Schäden erzeugt.

Positionspapier des Beirats beim Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs zu Hilfsangeboten und strafrechtlicher Fallbearbeitung bei sexuellem Missbrauch, Sept. 2016

Medizinische Abklärung und Heilbehandlung, Vernetzung der Heilberufe mit anderen Fachkräften

Noch immer fehlt es an geeigneten und schnell zugänglichen Plätzen bei spezifisch ausgebildeten Therapeuten. Trotz gesetzlich gut ausgestalteter genereller Rechtsansprüche auf Psychotherapie ist die spezifische therapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche in diesem Bereich derzeit mangelhaft. Die Indikation zur Therapie hängt eher von den lokalen Gegebenheiten und den verfügbaren Ressourcen ab als von den Bedürfnissen der Kinder.

Mitverantwortung hierfür tragen die immer noch mangelnden spezifischen Aus- und Fortbildungsinhalte für Psychotherapeuten. Vor allem in ländlichen Regionen gibt es zu wenige qualifizierte Therapeuten, die Therapien für Personen mit Traumafolgestörungen anbieten. Bei Kindern und Jugendlichen vergehen oft Monate und Jahre, bis sie eine geeignete Therapie bekommen.

Für die Suche nach geeigneten Therapiemöglichkeiten müssen niedrigschwellige Strukturen geschaffen werden. Das Beratungsangebot der Krankenkassen scheint hier nicht auszureichen, um kurzfristig geeignete Therapieangebote für von Missbrauch betroffene Kinder und Jugendliche zu finden. Es bleibt fraglich, ob diese Defizite durch die vom Gemeinsamen Bundesausschuss am 16. Juni 2016 geänderte Psychotherapie-Richtlinie ausgeglichen werden können. Zu begrüßen ist, dass die Richtlinie Evaluationen der zentralen Neuerungen vorsieht.

Beratung und Frühintervention

Im Bereich der Beratung hat sich eine differenzierte Landschaft spezifischer und allgemeiner Beratungsstellen in Deutschland entwickelt. „Vom Kind her gedacht“ sind diese Beratungsangebote zentrale Kompetenzzentren, die Betroffene und ihre Familie in einer akuten Krisensituation beraten und als zentrale Vermittler in weitere Hilfestrukturen fungieren. Nach wie vor gibt es allerdings massive Lücken in der bundesweiten Versorgung. Gerade für betroffene Jungen sowie für Kinder und Jugendliche mit Behinderung gibt es – vor allem in ländlichen Regionen – kaum Fachberatungsangebote.

Weitere Beratungsangebote entstehen im Rahmen der in Ausbau befindlichen Traumaambulanzen nach dem Opferentschädigungsrecht. Durch die Einrichtung von Traumaambulanzen im sozialen Entschädigungsrecht – zunächst vor allem in Nordrhein-Westfalen – ist eine frühzeitige psychosoziale Unterstützung und Kurzintervention bei Opfern von Straftaten in Deutschland eingeführt worden, die sich derzeit in immer mehr Ländern ausweitet.

Darüber hinaus braucht es einheitliche abgestimmte Standards für die Beratungsarbeit, die auch Kernpunkte wie beispielsweise Transparenz und Vertraulichkeit regeln. Grundlegend ist dafür aber die flächendeckende Versorgung mit Fachberatungsstellen, die dafür ausreichend von Ländern und Kommunen finanziell ausgestattet werden müssen.

2 Ziele und Fragestellung des Gutachtens

Mit der Verabschiedung der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen 1989 haben sich die unter- zeichnenden Staaten darauf geeinigt, jedem Kind die bestmögliche Entwicklung ohne Anwendung von körperlicher oder psychischer Gewalt zu gewährleisten (United Nations, 1990). Nach Schätzungen von Unicef (2010) werden weltweit drei von vier Kindern zwischen 2 und 14 Jahren durch ihre Eltern oder andere Bezugspersonen unter Einsatz von psychischer oder physischer Gewalt erzogen. In Deutschland muss aktuell von Prävalenzraten von 13,9% für emotionale Vernachlässigung, 10,2% für emotionalen Missbrauch, 12% für körperlichen Missbrauch, 48,4% für körperlichen Missbrauch und 6,2% für sexuellen Missbrauch ausgegangen werden (Iffland et al., 2013).

Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend können die optimale Entwicklung beeinträchtigen, erhöhen gesundheitliche, Verhaltens- und soziale Probleme und stellen zudem ein großes Problem für das Gesundheitswesen dar (WHO, 2002; Felitti et al., 1998; Brown et al., 2009). Kosten, die durch frühkindliche Gewalterfahrung im Verlauf des Lebens aus direkten Kosten für die medizinische Versorgung, Jugendhilfe und Justiz sowie aus indirekten Kosten aufgrund von Sonderbeschulung, eingeschränkter Produktivität sowie Erkrankungen im Erwachsenenalter entstehen, belaufen sich in den USA auf 210.012 Dollar pro Fall (Fang et al., 2012). Eltern, die selbst als Kind misshandelt wurden, zeigen darüber hinaus im Rahmen transgenerationaler Weitergabe eher missbräuchliches Verhalten ihren Kindern gegenüber (Pears & Capaldi, 2001). Es besteht daher ein großer Bedarf, posttraumatische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen möglichst frühzeitig zu identifizieren und adäquat zu behandeln.

Die Gesetzeslage nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGBV) und der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ermöglicht eine

adäquate psychotherapeutische und andere Leistung zur Krankenbehandlung für betroffene Kinder und Jugendliche. In der Praxis wird von den Betroffenen eine **inhaltliche Erweiterung der Therapieangebote** um verfahrensübergreifende traumaspezifische und nonverbale Methoden gewünscht. Es bleibt zu prüfen, ob der **Zugang für alle Betroffenen** gleichermaßen möglich ist: Berücksichtigt werden müssen beispielsweise regionale Unterschiede in der Versorgung, Unterschiede in den Regelungen zur Kostenübernahme und die Vernetzungen mit niedrigschwelligen Beratungsangeboten.

Ein wissenschaftliches Gutachten im Sinne einer Bestandsaufnahme zu den a) aktuellen Therapieangeboten für von Gewalt betroffene, psychisch traumatisierte Kindern und Jugendlichen, b) den spezifischen Zugängen und c) den Regelungen zur Kostenübernahme soll dazu beitragen, das Angebot, die Qualität und Zugangsmöglichkeiten der traumafokussierten therapeutischen Angebote in Deutschland zu verbessern.

Μετάφρασμα

1. Υπόβαθρο

1.1 Επιπολασμός παιδικών τραυμάτων και τραυματικών διαταραχών

Παγκοσμίως. Τα ακριβή ποσοστά της παιδικής κακοποίησης παγκοσμίως δεν είναι γνωστά και πιθανώς είναι γενικά αποτελέσματα υποεκτίμησης (Pinheiro, 2006). Συγκεκριμένα ο εκτιμώμενος αριθμός των μη καταγγελλθέντων περιπτώσεων παιδικής κακοποίησης μέσα στην οικογένεια είναι πολύ υψηλός (Butchart κ.ά., 2006). Το έτος 2000 απεβίωσαν 57.000 παιδιά κάτω των 15 ετών λόγω κακοποίησης (WHO, 2002). Παιδιά μικρότερης ηλικίας από 0 έως 4 ετών συνιστούν την μεγαλύτερη ομάδα κινδύνου, καθώς είναι εκτεθειμένα σε σωματική κακοποίηση κυρίως μέσα στο ίδιο το οικογενειακό περιβάλλον (WHO, 2003). Κατά την εφηβική ηλικία υψηλό κίνδυνο αποτελεί η σεξουαλική κακοποίηση (WHO, 2014). Η παγκοσμίως συχνότερη μορφή βίας όσων αφορά τα παιδιά και αυτή που λαμβάνεται λιγότερο υπόψη είναι η αμέλεια (Kendall-Taylor, Lindland, O'Neil, 2014; Häuser κ.ά., 2011, US Department of Health and Human Services, 2004) , η οποία όπως και η σωματική κακοποίηση μπορεί να οδηγήσει σε ανάλογες σωματικές και ψυχικές παρεμβολές (Egeland, 2009).

Στην Γερμανία. Στην Γερμανία δεν προκύπτει μία καθοριστική συνάθροιση των περιπτώσεων κακοποίησης και αμέλειας (Pillhofer, Ziegenhain, Nandi, Fegert, & Goldbeck, 2011). Ενώ οι επιπολασμοί της παιδικής κακοποίησης και αμέλειας ανέρχονται σύμφωνα με την ετήσια αστυνομική εγκληματολογική στατιστική σε λιγότερο από 1 επί τοις χιλίοις αντίστοιχα με τα καταγεγραμμένα εγκλήματα, η εκτίμηση αναδρομικών ερευνών στα πλαίσια του προγράμματος Dunkelfeld αποκάλυψε ισόβιους επιπολασμούς που ξεπερνάνε το 10% (Pillhofer, κ.ά., 2011). Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του προγράμματος Dunkelfeld από το εγκληματολογικό ερευνητικό ινστιτούτο της Κάτω Σαξονίας το 74,9% από τους 3.289 ερωτηθέντες ηλικίας 16 έως 59 δήλωσαν ότι έχουν δεχτεί σωματική βία από τους γονείς τους κατά την διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας. Από τις περιπτώσεις αυτές μόνο το 10% χαρακτηρίστηκε επίσημα ως κακοποίηση (Wetzels, 1997). Όταν ερωτήθηκαν μαθητές 15 και 16 ετών (τρίτη τάξη του γυμνασίου και πρώτη τάξη του λυκείου) για τις ενδοοικογενειακές εμπειρίες βίας μέχρι το 12^ο έτος της ηλικίας τους, περισσότεροι από τους μισούς από τους 16.190 δήλωσαν ότι δέχτηκαν σωματική βία από τους γονείς τους. 17.1% των εφήβων βίωσαν αυστηρές επιπλήξεις από τους γονείς (Pfeiffer, Wetzels, & Enzmann, 1999).

Πρόσφυγες. Συνολικά από τους 51,2 εκατομμύρια ανθρώπους υπό διωγμόν παγκοσμίως περίπου το 50% είναι παιδιά και έφηβοι κάτω των 18 ετών (UNHCR, 2013). Με την υποδοχή περίπου 571.700 προσφύγων το 2011, η Γερμανία ανήκει στις πέντε μεγαλύτερες χώρες υποδοχής στον κόσμο (UNHCR, 2012). Περίπου το 20% των γυναικών και το 5 έως 10% των αντρών κακοποιήθηκαν σεξουαλικά ως παιδιά (Finkelhor, 1994) .

Φυλετική διάσταση. Σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες τα αγόρια πέφτουν συχνότερα θύματα σωματικής βίας, ενώ τα κορίτσια σεξουαλικής (Essau κ.ά., 1999). Ο ισόβιος επιπολασμός για την σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία ανέρχεται παγκοσμίως στο 18% για τα κορίτσια και στο 7,6% για τα αγόρια (Stoltenborgh κ.ά., 2011).

Δεν αντιδρούν όλα τα παιδιά και οι έφηβοι με συναφή κλινικά συμπτώματα σε ένα τραυματικό γεγονός (Domhardt, Münzer, Fegert & Goldbeck, 2014). Όσον αφορά τα τραύματα τα παιδιά και οι έφηβοι εμφανίζουν μία μεγάλη ποικιλία αντιδράσεων, οι οποίες εξαρτώνται από προστατευτικούς παράγοντες και παράγοντες κινδύνου (Pine & Cohen, 2002). Αυτό συμβαίνει γιατί το βίωμα ενός πιθανού τραυματικού γεγονότος δεν είναι αυτό που αποφασίζει για τις επιπτώσεις, αλλά η μεμονωμένη αντίδραση του παιδιού στο τραυματικό αυτό γεγονός.

Τα τραύματα όμως μπορούν να οδηγήσουν σε πολλαπλές πνευματικές διαταραχές (Butchart κ.ά., 2006; Gilbert κ.ά., 2009). Πέρα από τις εξειδικευμένες τραυματικές διαγνώσεις τα τραυματικά γεγονότα στην παιδική και εφηβική ηλικία αυξάνουν συναφή κλινικές διαταραχές (Simons & Herpertz-Dahlmann, 2008, Tagay, Repic, & Senf, 2013) όπως η κατάθλιψη (Danese κ.ά., 2009; Chapman κ.ά., 2004; Danielson κ.ά., 2005; Perkonigg κ.ά., 2000) και οι αγχώδεις διαταραχές (Perkonigg κ.ά., 2000), η κατάχρηση ουσιών (Copeland κ.ά., 2011; Perkonigg κ.ά., 2000), η διαταραχή συμπεριφοράς (Finkelhor κ.ά., 2007; Copeland κ.ά. 2007; Cicchetti & Toth 1995), οι διατροφικές διαταραχές (Moulton κ.ά., 2015), οι αυτοκτονικές τάσεις (Norman κ.ά., 2012; Herbst κ.ά., 2009), οι σωματοποιητικές διαταραχές (Perkonigg κ.ά., 2000) και η οριακή διαταραχή προσωπικότητας (Herbst κ.ά., 2009).

Επιδημιολογικές έρευνες για τις μετατραυματικές αγχώδεις διαταραχές σε παιδιά και εφήβους στις δυτικές κοινωνίες παρουσίασαν επιπολασμό της τάξεως <1% έως 20% (Copeland κ.ά., 2007; Domanskaite-Gota, Elklit & Christiansen, 2009; Ford, Goodman & Meltzer, 2003; Kilpatrick κ.ά., 2003; Petersen, Elklit & Olesen, 2010). Η απόκλιση των επιπολασμών εξηγείται μέσω των διαφορών στον ορισμό του τραυματικού γεγονότος και μέσω μεθοδικών διαφορών μεταξύ των ερευνών (Tagay, κ.ά., 2013). Για την Γερμανία οι αναπαραστατικές μελέτες των Perkonigg (2000) κ.ά. και Essau (1999) κ.ά. έδειξαν ισόβιους επιπολασμούς της τάξης του 1,3% και 1,6% αντίστοιχα για τις μετατραυματικές αγχώδεις διαταραχές (PTBS) στην παιδική και εφηβική ηλικία. Γενικά τα κορίτσια κινδυνεύουν περισσότερο από τα αγόρια να αναπτύξουν μία τέτοια διαταραχή (Breslau & Anthony, 2007; Essau, κ.ά., 1999; Kilpatrick, κ.ά., 2003; Perkonigg, κ.ά., 2000).

Σε παιδιά από εμπόλεμες ζώνες παρατηρήθηκαν επιπολασμοί μετατραυματικών διαταραχών άγχους μεταξύ 22% και 73% (Bayer, Klasen, & Adam, 2007; Betancourt κ.ά., 2012; Dyregrov, Gjestad, & Raundalen, 2002; Elbert κ.ά., 2009; Hasanovic κ.ά., 2006; Kohrt κ.ά., 2008; Laor κ.ά., 1997; Schaal & Elbert, 2006; Thabet & Vostanis, 1999, 2000).

Εξακριβώθηκε επίσης ο συσχετισμός δοσολογίας-απόκρισης μεταξύ της σοβαρότητας του τραύματος και των συμπτωμάτων των διαταραχών, που παρουσιάζουν παιδιά και έφηβοι

(Cloitre κ.ά., 2009; Smith κ.ά., 2002; Thabet, Abed, & Vostanis, 2004; Weierstall κ.ά., 2012)

.

1.2 Θεραπευτική αγωγή παιδικών τραυματικών διαταραχών

Όλες οι μορφές παιδικής κακοποίησης αυξάνουν παγκοσμίως τον κίνδυνο σωματικών τραυματισμών (Hermann, 2002), χρόνιων ασθενειών (Felitti κ.ά., 1998; Brown κ.ά., 2009; Norman κ.ά., 2012; Bellis κ.ά., 2014) όπως επίσης ψυχικών ασθενειών μέχρι την ενηλικίωση (Norman κ.ά., 2012; Gilbert κ.ά., 2009; Maniglio, 2009) και οδηγούν σε σημαντικά χαμηλή ευδαιμονία στους ενήλικες (Corso κ.ά., 2008). Ο τραυματισμός παιδιών και εφήβων σχετίζεται συχνά με παρεμβολές στην σωματική και ψυχική υγεία τους μέχρι και την ενηλικίωση (Norman κ.ά., 2012) και απαιτεί άμεση ενδεδειγμένη ψυχοθεραπευτική αγωγή.

Εξειδικευμένοι ιατροί παιδικής και εφηβικής ψυχιατρικής, παιδικοί και εφηβικοί ψυχοθεραπευτές, ψυχολόγοι ψυχοθεραπευτές, παθολόγοι και παιδίατροι με συμμετοχή στην ψυχοσωματική αγωγή καθιστούν κατά κανόνα στην Γερμανία την νοσηλεία παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές σε εξωτερικά ιατρεία. Στον τομέα της εξωτερικής νοσηλείας είναι διαθέσιμα ψυχιατρικά ινστιτούτα για παιδιά και εφήβους και εξωτερικές ιατρικές κλινικές, όπως επίσης και κοινωνικά παιδιατρικά κέντρα. Πέρα από τον τομέα αυτόν υπάρχουν περαιτέρω σημεία επαφής όπως ψυχοκοινωνικά συμβουλευτικά κέντρα και ψυχιατρικές υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους.

Σύμφωνα με την συνομοσπονδία των φορέων κοινωνικής ασφάλισης συνολικά 1.051 ψυχίατροι για παιδιά και έφηβους και 4.648 αναγνωρισμένοι ψυχοθεραπευτές συμμετείχαν το 2014 στην Γερμανία στην συμβεβλημένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (KBV, 2014).

Εκτός από την περίθαλψη σε εξωτερικά ιατρεία διατίθενται επίσης νοσηλευτικές και μη ιατρικές προσφορές για παιδιά και εφήβους. Τα θύματα μπορούν να νοσηλευτούν σε κλινικές με ειδικά τμήματα ψυχιατρικής και ψυχοθεραπείας για παιδιά και έφηβους. Στον τομέα της μερικής νοσηλείας συγκαταλέγονται οι παιδοψυχιατρικές κλινικές. Διατίθενται 1.145 μερικώς νοσηλευτικά θεραπευτικά κέντρα στην Γερμανία (GBE, 2008).

Πληροφορίες για την ψυχοθεραπευτική περίθαλψη παιδιών και εφήβων υποδεικνύουν απόκλιση μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών υπέρ των αστικών περιοχών (Schwarz & Kinstler, 2006). Ευδιάκριτος είναι ο εμφανώς περιορισμένος αριθμός παιδοψυχοθεραπευτών στην περίθαλψη σε εξωτερικά ιατρεία στα καινούρια ομόσπονδα κρατίδια σε σχέση με τα παλαιότερα (GBE, 2008; Hinzpeter κ.ά., 2014). Όσον αφορά την νοσηλεία αντίθετα η εικόνα διαφέρει. Εδώ εκτός από μία δυνητική κλίση Βορρά-Νότου υπάρχει και η απόκλιση Ανατολής-Δύσης, η οποία χαρακτηρίζεται από τον διπλάσιο αριθμό νοσοκομειακών κρεβατιών στα νέα ομόσπονδα κρατίδια (Hinzpeter κ.ά., 2014).

Φραγμοί σχετικά με την αξίωση. Η αξίωση ψυχοθεραπευτικών επιλογών περίθαλψης δεν μπορεί να ληφθεί υπόψη χωρίς τους σημαντικούς φραγμούς της (GBE, 2008). Έρευνες δείχνουν ότι ο τρόπος αξίωσης σχετίζεται με την εκλαμβανόμενη στήριξη των θυμάτων, το φύλο τους, όπως επίσης και με την προσέγγιση και τις ελλειπείς γνώσεις σχετικά με την ψυχοθεραπεία και τις ψυχικές διαταραχές (Kowalski κ.ά., 2012). Η έρευνα KiGGS

υποδεικνύει ότι η αξίωση ειδικών γιατρών εξαρτάται από κοινωνικούς παράγοντες, την ιατρική απασχόληση και την διαθεσιμότητα προσφορών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Kamtsiuris κ.ά., 2007).

Αξίωση: Μόνο περίπου 10% έως 30% των παιδιών και εφήβων με ψυχικές ανωμαλίες δέχονται επαγγελματική στήριξη (Petermann, 2005). Σύμφωνα με τις χαρακτηριστικές πληροφορίες της έρευνας BELLA, στην οποία συμμετείχαν συνολικά 2.863 οικογένειες, μόνο το 5,6% των ερωτηθέντων ηλικίας 7 έως 17 χρονών έκαναν χρήση κάποιας ψυχικής ή ψυχοθεραπευτικής υπηρεσίας μέσα στους τελευταίους 12 μήνες (Hintzpeter κ.ά., 2014). Εκτός από τους προαναφερθέντες φραγμούς, ένας πιθανός λόγος για την περιορισμένη αξίωση είναι ότι οι ψυχικές διαταραχές εν μέρη δεν είναι αναγνωρισμένες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Επίσης οι ασθενείς δεν είναι επαρκώς ενημερωμένοι για τις επιλογές ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και βρίσκονται αντιμέτωποι με μεγάλο χρόνο αναμονής (GBE, 2008).

Ειδικά εξωτερικά ιατρεία. Εκτός από την τυποποιημένη περίθαλψη στον εξωτερικό και νοσηλευτικό τομέα υπάρχουν στην Γερμανία όλο και περισσότερες ειδικές εξωτερικές κλινικές για την φροντίδα τραυματικών διαταραχών. Σύμφωνα με τον νόμο περί της αποζημίωσης θυμάτων πράξεων βίας (OEG) στις εξωτερικές κλινικές τραυμάτων εξετάζονται και ανοίγονται δρόμοι για αρχικές συνεντεύξεις σχετικά με την παρέμβαση στις κρίσεις μετά από βίαιες πράξεις όπως και περαιτέρω έκκληση δράσης. Σύμφωνα με τις οδηγίες του νόμου τα ομόσπονδα κρατίδια αναλαμβάνουν το κόστος τριών έως και πέντε επισκέψεων. Μέχρι και την Βόρεια Ρηνανία-Βεστφαλία τα εξωτερικά ιατρεία απομονώνονται μόνο στα άλλα κρατίδια, βρίσκονται υπό ανάπτυξη ή δεν υπάρχουν καθόλου (Bollmann κ.ά., 2012). Ειδική φροντίδα για τους πρόσφυγες συνίσταται στην ψυχοθεραπευτική φροντίδα τραυματισμένων παιδιών και εφήβων που αναζητούν άσυλο κυρίως με την ανάμειξη διερμηνέων. Στην Γερμανία υπάρχουν βέβαια αυτές οι εξωτερικές κλινικές μόνο σε μικρό βαθμό και σε περιορισμένα ειδικευμένα ψυχοκοινωνικά κέντρα θεραπείας (BZgA, 2013).

1.3 Προοπτική των θυμάτων

Στην Γερμανία τα θύματα σεξουαλικής κακοποίησης αντιπροσωπεύονται από το συμβούλιο θυμάτων μέσω ανεξάρτητων αντιπροσώπων για ζητήματα σεξουαλικής κακοποίησης. Οι απαιτήσεις τους απευθύνονται συνήθως σε ενήλικες, οι οποίοι έπесαν θύματα σεξουαλικής βίας κατά την παιδική τους ηλικία. Κάποιες από τις αξιώσεις τους αντιστοιχούν βεβαίως στην φροντίδα παιδιών και εφήβων.

Αξιώσεις για την βελτίωση της ψυχοθεραπευτικής περίθαλψης τραυματισμένων λόγω σεξουαλικής βίας ανθρώπων από το συμβούλιο θυμάτων μέσω ανεξάρτητων αντιπροσώπων για ζητήματα σεξουαλικής κακοποίησης, 06.04.2016

1. **Ανάγκη μεταρρύθμισης στον προγραμματισμό ζήτησης της ψυχοθεραπευτικής περίθαλψης**

Απαιτούμε εκτενή ψυχοθεραπευτική περίθαλψη με μικρό χρόνο αναμονής και καταρτισμένους επαγγελματίες. Ο προγραμματισμός ζήτησης πρέπει να είναι προσανατολισμένος στον τρέχων επιπολασμό ασθενειών που χρήζουν θεραπείας και σε μία ρεαλιστική διάρκεια θεραπείας. Ήδη σήμερα ο μέσος χρόνος αναμονής ανέρχεται στους 3 μήνες, και προφανώς πολύ περισσότερο στις αγροτικές περιοχές. Άνθρωποι με πολύπλοκα τραύματα περιμένουν συχνά ακόμα περισσότερο για ένα κέντρο θεραπείας ή απορρίπτονται εκ των προτέρων λόγω της συχνά περίπλοκης κλινικής εικόνας τους. Ακόμα και για τα παιδιά και τους εφήβους περνάνε συχνά μήνες ή χρόνια μέχρι να δεχτούν κατάλληλη θεραπεία.

2. Βελτίωση της έντονης θεραπείας μέσω του νόμου ενίσχυσης της περίθαλψης- όχι όμως με το κόστος των υφιστάμενων κέντρων ψυχοθεραπείας.

Απαιτούμε να πραγματοποιηθεί η βελτίωση της έντονης θεραπείας όχι όμως με το κόστος των υφιστάμενων κέντρων θεραπείας. Πρέπει να δημιουργηθούν νέες ασφαλιστικές θέσεις και περισσότερα κέντρα θεραπείας. Η εξουσιοδοτημένη συμμετοχή των κλινικών στην νοσηλεία σε εξωτερικά ιατρεία επιδεινώνει μακροπρόθεσμα την περίθαλψη κυρίως στις αγροτικές περιοχές. Απαραίτητη είναι η βελτίωση της εκπαίδευσης των οικογενειακών γιατρών ως πρώτοι αρμόδιοι με τον στόχο του ταχέως παραπεμπτικού σε ψυχοθεραπευτική φροντίδα. Έτσι μπορούν να αποφευχθούν χρονιοποιήσεις και μακροπρόθεσμες αξιώσεις του συστήματος υγείας και του κοινωνικού συστήματος.

3. Σταθεροποίηση των θεραπευτικών γνώσεων τραυμάτων στην ιατρική εκπαίδευση

Οι βασικές θεραπευτικές γνώσεις περί τραυμάτων είναι απαραίτητες για όλο το ιατρικό προσωπικό στα ιατρεία και στις κλινικές. Αυτό αφορά κυρίως οικογενειακούς γιατρούς, εξειδικευμένους γιατρούς, ψυχολόγους ψυχοθεραπευτές και ψυχοθεραπευτές για παιδιά και εφήβους. Εξίσου απαραίτητη είναι όμως και μία κατάλληλη μετεκπαίδευση για νοσοκόμους και νοσοκόμες και θεραπευτές, οι οποίοι απασχολούνται στην ψυχιατρική φροντίδα.

4. Εγγύηση εκτενούς και επαρκούς χρηματοδότησης από συμβουλευτικά κέντρα ως πρώτα κέντρα επαφής και υποστήριξης.

Τα συμβουλευτικά κέντρα διαθέτουν την τεχνογνωσία όσον αφορά την μεταχείριση, την φροντίδα και στήριξη και την περαιτέρω μεσολάβηση των θυμάτων σεξουαλικής βίας. Προσφέρουν επίσης απαραίτητες δυνατότητες βοήθειας χαμηλού κόστους.

5. Προσαρμοστικότητα των δυνητικών θεραπειών ειδικά για ανθρώπους με πολύπλοκες τραυματικές διαταραχές.

Η φροντίδα πολύπλοκων τραυματικών διαταραχών ανήκει στον κατάλογο επιτευγμάτων της θεσμικής ιατρικής ασφάλισης (GKV). Οι μέχρι πρότινος δυνητικές θεραπείες δεν επαρκούν για την περίθαλψη. Η υποχρεωτική διακοπή της θεραπείας λόγω εξαντλημένων δυνατοτήτων ή ελλipούς χρηματοδότησης βλάπτουν άμεσα θύματα με τραύματα που προκαλούνται από σεξουαλική βία. Από το γεγονός αυτό απορρέουν συμπτώματα όπως η παραμονή στο σπίτι, η αδυναμία εργασίας και η πρώιμη σύνταξη, τα οποία με τη σειρά τους οδηγούν σε αυξημένο

κόστος του συστήματος υγείας και κοινωνίας. Στην θεραπευτική διαδικασία οι καταρτισμένοι θεραπευτές και θεραπεύτριες χρειάζονται την δυνατότητα να διεξάγουν τις περιθάλψεις ανεξάρτητα από τα ενδεχόμενα. Αυτό πρέπει λοιπόν να σταθεροποιηθεί στην γραμμή της ψυχοθεραπείας.

6. Ελευθερία επιλογής για τους ανθρώπους με περίπλοκα τραύματα σχετικά με τον τρόπο και τόπο της θεραπείας.

Οι άνθρωποι με περίπλοκες τραυματικές διαταραχές απαιτούν εξειδικευμένες κλινικές για την αποφυγή επανατραυματισμών και την προστασία από εκ νέου (σεξουαλικές) εμπειρίες βίας. Ακόμα και η περίθαλψη ανθρώπων με οξείες ασθένειες θέτει ιδιαίτερες προκλήσεις στην ιδέα της φροντίδας και στήριξης, οι οποίες δεν μπορούν να εξασφαλιστούν στις γενικές ψυχιατρικές κλινικές.

7. Επιτάχυνση της εισαγωγής της θεραπευτικής διαδικασίας ως διαδικαστική πολιτική.

Οι άνθρωποι με περίπλοκα τραύματα επωφελούνται και στο νοσηλευτικό περιβάλλον από πολύτροπες ιδέες θεραπείας- ειδικά από διαδικασίες που επιτρέπουν μία μη φραστική πρόσβαση στο συμβάν, όπως για παράδειγμα η συστημική θεραπεία και διαδικασίες με προσανατολισμό στην τέχνη, στο σώμα και στην κίνηση.

8. Δίκαιη κατανομή των ερευνητικών κονδυλίων

Κατά την κατανομή των ερευνητικών κονδυλίων δεν επιτρέπεται να βρίσκεται στο επίκεντρο η εξοικονόμηση δαπανών. Προς το παρόν προάγεται κυρίως η διερεύνηση θεραπευτικών διαδικασιών που απαιτούν λίγο χρόνο. Απαραίτητη είναι μία ενισχυμένη διερεύνηση διαδικασιών που βοηθάνε πραγματικά ανθρώπους με περίπλοκες τραυματικές διαταραχές.

9. Βελτίωση της ενημέρωσης των ασθενών

Απαιτούμε μία περιεκτική ενημέρωση σχετικά με τα επιτεύγματα και τα δικαιώματα των ασθενών. Όσον αφορά τους ανθρώπους με περίπλοκα τραύματα η ελλιπής ή λανθασμένη πληροφόρηση τους οδηγεί στο να μην μεταβούν σε περίθαλψη ή να το κάνουν πολύ αργά πράγμα που δημιουργεί προσωπικές, οικονομικές και κοινωνικές βλάβες.

Έγγραφο του συμβουλίου ανεξάρτητων αντιπροσώπων για ζητήματα παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης σχετικά με προσφορές βοήθειας και ποινική διαχείριση περιστατικών σεξουαλικής κακοποίησης.

Ιατρική αποσαφήνιση και θεραπεία, δικτύωση των θεραπευτικών επαγγελματιών με άλλες ειδικότητες.

Υπάρχει όλο και μεγαλύτερη έλλειψη κατάλληλων και γρήγορα προσβάσιμων θέσεων για ειδικά εκπαιδευμένους θεραπευτές. Η εξειδικευμένη θεραπευτική φροντίδα για παιδιά και εφήβους είναι ελλιπής σε αυτόν τον τομέα, παρά τα σωστά θεσμοθετημένα αναπτυγμένα γενικά δικαιώματα στην ψυχοθεραπεία. Η ένδειξη για θεραπεία εξαρτάται μάλλον από τις τοπικές συνθήκες και τους διαθέσιμους πόρους παρά από τις ανάγκες των παιδιών.

Συνυπεύθυνοι σε αυτό είναι το όλο ελλιπέστερο συγκεκριμένο περιεχόμενο της εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης των ψυχοθεραπευτών. Κυρίως στις αγροτικές περιοχές υπάρχουν ελάχιστοι εξειδικευμένοι θεραπευτές, που προσφέρουν θεραπεία για άτομα με τραυματικές διαταραχές. Συχνά περνάν μήνες και χρόνια μέχρι τα παιδιά και οι έφηβοι να δεχτούν κατάλληλη θεραπεία.

Για την αναζήτηση κατάλληλων θεραπευτικών δυνατοτήτων πρέπει να επιτευχθούν δομές χαμηλού κόστους. Η προσφορά συμβουλών των φορέων ασφάλισης φαίνεται να μην είναι επαρκής εδώ, ώστε να βρεθούν βραχυπρόθεσμες κατάλληλες προσφορές θεραπείας για θύματα κακοποίησης. Παραμένει αμφίβολο το εάν μπορούν να εξισορροπηθούν αυτά τα ελλείματα από τις θεραπευτικές οδηγίες που άλλαξε η Κοινή Ομοσπονδιακή Επιτροπή (*Gemeinsame Bundesausschuss*) στις 16 Ιουνίου 2016. Είναι θετικό ότι οι οδηγίες προβλέπουν αξιολόγηση των κεντρικών μεταρρυθμίσεων.

Γνωμάτευση και πρόωμη παρέμβαση

Στον τομέα της γνωμάτευσης στην Γερμανία έχει αναπτυχθεί ένα διαφοροποιημένο περιβάλλον ειδικών και γενικών συμβουλευτικών θέσεων. «Με στόχο το παιδί» οι συμβουλευτικές επιλογές αυτές παρέχονται από ιατρικά κέντρα, τα οποία συμβουλεύουν τα θύματα και τις οικογένειες τους σε σοβαρές καταστάσεις και λειτουργούν ως μεσάζοντες για περαιτέρω δομές βοήθειας. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν ακόμα κενά στην γερμανική περίθαλψη. Συγκεκριμένα για νεαρά θύματα, δηλαδή παιδιά και εφήβους με αναπηρία – κυρίως στις αγροτικές περιοχές- δεν υπάρχουν καθόλου προσφορές εξειδικευμένων συμβουλών.

Περαιτέρω συμβουλευτικές προσφορές δημιουργούνται στα πλαίσια των υπό ανάπτυξη εξωτερικών κλινικών τραυμάτων σύμφωνα με το δικαίωμα αποζημίωσης των θυμάτων πράξεων βίας. Μέσω της ίδρυσης των εξωτερικών κλινικών στο κοινωνικό δικαίωμα αποζημίωσης παρουσιάζεται μία πρόωρη ψυχοκοινωνική στήριξη και παρέμβαση κρίσεων για θύματα εγκλημάτων στην Γερμανία – πρώτα στην Βόρεια Ρηνανία-Βεστφαλία- η οποία επεκτείνεται σε όλο και περισσότερες χώρες.

Πέρα από αυτό απαραίτητα είναι επίσης σταθερά, εναρμονισμένα πρότυπα για την συμβουλευτική, τα οποία ρυθμίζουν επίσης βασικά θέματα όπως η διαφάνεια και η εμπιστευτικότητα. Βασική είναι για αυτό όμως η επαρκής οικονομική χορηγία της ευρείας περίθαλψης με εξειδικευμένες συμβουλευτικές θέσεις από τις πόλεις και τους δήμους.

2. Στόχοι και ζητήματα της αξιολόγησης

Με το τέλος του συνεδρίου για τα δικαιώματα των παιδιών των Ηνωμένων Εθνών το 1989 τα κράτη που υπέγραψαν συμφώνησαν στο να εγγυηθούν για κάθε παιδί την καλύτερη δυνατή ανάπτυξη χωρίς την εφαρμογή σωματικής ή ψυχικής βίας. (Ηνωμένα Έθνη 1990). Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της Unicef (2010) 3 στα 4 παιδιά παγκοσμίως ηλικίας 2 έως 14 χρονών αναθρέφονται από γονείς ή άλλα συγγενικά πρόσωπα με βίαιες μεθόδους. Στην Γερμανία πρέπει να προκύπτουν τρέχοντες επιπολασμοί της τάξεως 13,9% για συναισθηματική

αμέλεια, 10,2% για συναισθηματική κακοποίηση, 12% για σωματική κακοποίηση, 48,4% για σωματική κακοποίηση και 6,2% για σεξουαλική κακοποίηση. (Iffland κ.ά., 2013).

Οι τραυματισμοί στην παιδική ηλικία και εφηβεία μπορούν να βλάψουν την ιδανική ανάπτυξη, αυξάνουν προβλήματα υγείας, συμπεριφοράς και κοινωνικά και παρουσιάζουν μεγάλο πρόβλημα στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. (WHO, 2002; Felitti κ.ά., 1998; Brown κ.ά., 2009). Στις Η.Π.Α. το κόστος, το οποίο προκύπτει λόγω πρώιμων παιδικών βίαιων εμπειριών κατά την διάρκεια της ζωής ανέρχεται στα 210.012 δολάρια ανά περίπτωση (Fang κ.ά., 2012). Το ποσό αυτό περιλαμβάνει το άμεσο κόστος για την ιατρική περίθαλψη, νεανική βοήθεια και δικαιοσύνη και το έμμεσο κόστος της ειδικής εκπαίδευσης, της περιορισμένης παραγωγικότητας όπως επίσης και των ασθενειών στους ενήλικες. Οι γονείς οι οποίοι είχαν κακοποιηθεί οι ίδιοι ως παιδιά, δείχνουν με την σειρά τους βίαιη συμπεριφορά απέναντι στα παιδιά τους στα πλαίσια της διαγενεακής μεταβίβασης (Pears & Capaldi, 2001). Δημιουργείται έτσι η ανάγκη να αναγνωρίζονται όσο δυνατόν νωρίτερα οι μετατραυματικές ανωμαλίες σε παιδιά και εφήβους και να φροντίζονται καταλλήλως.

Το νομικό πλαίσιο σύμφωνα με το 5^ο βιβλίο του Κώδικα Κοινωνικής Ασφάλισης (SGBV) και την ψυχοθεραπευτική πολιτική της Κοινής Ομοσπονδιακής Επιτροπής (*Gemeinsame Bundesausschuss*) επιτρέπει την επαρκή ψυχοθεραπευτική και μη, δυνατότητα ιατρικής φροντίδας για παιδιά και εφήβους. Στην πράξη τα θύματα επιθυμούν μία ουσιώδη επέκταση των θεραπευτικών προσφορών όσον αφορά τις ολοκληρωμένες μη φραστικές μεθόδους ειδικές για τραύματα. Μένει να εξεταστεί εάν είναι δυνατή η ίση πρόσβαση για όλα τα θύματα. Προσοχή πρέπει να δοθεί για παράδειγμα στις τοπικές διαφορές στην περίθαλψη, στις διαφορές στους κανονισμούς για τον έλεγχο του κόστους και στην δικτύωση με χαμηλού κόστους συμβουλευτικές προσφορές.

Μία οικονομική εκτίμηση με την έννοια του απολογισμού όσον αφορά α) τρέχοντες θεραπευτικές προσφορές για θύματα βίας, ψυχικά τραυματισμένα παιδιά και εφήβους, β) συγκεκριμένες προσβάσεις και γ) τους κανονισμούς για τον έλεγχο του κόστους πρέπει να συμβάλλει στην βελτίωση της προσφοράς, της ποιότητας και των δυνατοτήτων πρόσβασης των θεραπευτικών προσφορών συγκεντρωμένων στα τραύματα στη Γερμανία.

Κειμενική ανάλυση

Μία από τις κύριες εκπροσώπους των λειτουργικών θεωριών που αναπτύχθηκαν κατά τις δεκαετίες του 1960 και 1970 στην Γερμανία ήταν η γλωσσολόγος και μεταφράστρια Katharina Reiss. Οι λειτουργικές θεωρίες άνοιξαν νέους δρόμους για την επιστήμη της μετάφρασης, καθώς άφησαν πίσω τους όρους όπως η ισοδυναμία και εισήγαγαν καινούριους όπως ο σκοπός. Η Reiss έβαλε στο επίκεντρο τον παράγοντα λειτουργικότητα παρουσιάζοντας ένα μοντέλο μεταφραστικής ανάλυσης προσανατολισμένο στη λειτουργία που επιτελεί το κάθε κείμενο. Έτσι διακρίνονται 3 διαφορετικοί τύποι κειμένων:

- Πληροφοριακό (*informativ*). Στην κατηγορία αυτή συγκαταλέγονται κείμενα των οποίων κύριος στόχος είναι η μετάδοση πληροφοριών, ιδεών, γνώσεων, απόψεων κ.τ.λ. και για αυτό εστιάζουν στο περιεχόμενο. Η διάσταση της γλώσσας είναι λογική ή αναφορική, ενώ η λειτουργία της είναι να αναπαριστά γεγονότα και δεδομένα. Παράδειγμα αποτελούν τα κείμενα των συμβολαίων.
- Εκφραστικό (*expressiv*). Σε αντίθεση με τα πληροφοριακά είδη κειμένων τα εκφραστικά στοχεύουν στην πρόκληση συναισθημάτων. Ο συγγραφέας εδώ δεν εστιάζει τόσο στο μήνυμα όσο στην μορφή του. Κάνει χρήση αισθητικής γλώσσας καθώς μέσω αυτής εκφράζει τη στάση του. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι τα ποιήματα.
- Λειτουργικό. (*appellativ*). Με αυτά τα κείμενα ο συγγραφέας προσπαθεί να απευθυνθεί άμεσα στο κοινό, ώστε αυτό να δράσει με ένα συγκεκριμένο τρόπο. Είναι φανερό η κλητική λειτουργία των κειμένων αυτών καθώς η γλώσσα που χρησιμοποιείται είναι διαλογική. Αντιπροσωπευτικό παράδειγμα της κατηγορίας αυτής είναι τα κείμενα των διαφημίσεων, που απευθύνονται με άμεσο τρόπο στον δέκτη τους έτσι ώστε αυτός να έχει συγκεκριμένη αντίδραση, για παράδειγμα να αγοράσει κάτι.

Η Reiss διακρίνει και ένα τέταρτο είδος που αφορά τα οπτικοακουστικά κείμενα όπως οι κινηματογραφικές ταινίες. Τα κείμενα αυτά συμπληρώνουν τα άλλα τρία είδη με οπτικές εικόνες, μουσική κ.τ.λ. Φυσικά αναγνωρίζει πως ένα κείμενο μπορεί να τελεί πάνω από μία λειτουργία. Μπορεί δηλαδή να υπάγεται σε πάνω από μία κατηγορία, αφού στην πράξη υπάρχουν αμέτρητοι μεικτοί τύποι. (Reiss, 1971:32). Το μοντέλο της Reiss

αποδείχτηκε αρκετά βοηθητικό, καθώς έθεσε ένα βασικό θεωρητικό υπόβαθρο πάνω στο οποίο οι μεταφραστές μπορούν να βασίσουν την στρατηγική τους. Με την ανάλυση του κειμένου-πηγή και την αναγνώριση της λειτουργίας του κειμένου γίνονται σαφή τα στοιχεία αυτά που θα πρέπει να διατηρηθούν ή να παραληφθούν με στόχο πάντα ένα άρτιο μετάφρασμα.

Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω θα λέγαμε ότι το κείμενο *Therapieangebote für psychisch traumatisierte, von Gewalt betroffene Kinder und Jugendliche in Deutschland* ανήκει στην πρώτη κατηγορία. Πρωταρχικός στόχος του συγγραφέα είναι να πληροφορήσει το κοινό σχετικά με την κατάσταση που επικρατεί στην Γερμανία αναφορικά με την κακοποίηση των παιδιών (*«Kleinkinder zwischen 0 und 4 Jahren stellen die größte Risikogruppe dafür dar, vor allem in der eigenen Familie körperlichen Misshandlungen ausgesetzt zu sein»*). Στην συνέχεια προσφέρει πληροφορίες χρήσιμες για άτομα -κυρίως παιδιά και εφήβους- που χρήζουν ψυχολογικής στήριξης και αναλύει τις διάφορες θεραπευτικές επιλογές που είναι διαθέσιμες (*«Neben der ambulanten Versorgung stehen sowohl stationäre als auch teilstationäre Angebote für Kinder und Jugendliche zur Verfügung»*).

Ένα άλλο θεωρητικό κίνημα που άσκησε μεγάλη επιρροή στις γερμανόφωνες χώρες είναι η θεωρία του σκοπού. Σύμφωνα με την θεωρία αυτή η μετάφραση είναι μια διαδικασία που επιτελεί ένα συγκεκριμένο σκοπό, ο οποίος εξαρτάται από το κοινό στο οποίο απευθύνεται. Έτσι έρχεται στο επίκεντρο περισσότερο το κείμενο-στόχος παρά το κείμενο-πηγή όπως τα προηγούμενα χρόνια.

Βασική υποστηρίκτρια της θεωρίας του σκοπού είναι η Christiane Nord. Εκτός από την έννοια του σκοπού η Nord παρουσιάζει και τον όρο *loyalty*, την συνέπεια δηλαδή που πρέπει να δείχνει ο μεταφραστής απέναντι στα υπόλοιπα μέλη της μεταφραστικής διαδικασίας. Τα μέλη αυτά είναι ο εμπνευστής (η εταιρία ή το άτομο που χρειάζεται τη μετάφραση), οι δέκτες και ο συντάκτης του κειμένου-πηγή, ο οποίος έχει το δικαίωμα να απαιτεί από το μεταφραστή σεβασμό στις προθέσεις του και αναμένει να υπάρξει συγκεκριμένη σχέση μεταξύ του κειμένου που συνέταξε και της μετάφρασής του (Nord 1997: 127-128). Οι όροι αυτοί αποτελούν λέξεις-κλειδιά για τις υποχρεώσεις του μεταφραστή (Nord 1993: 17, Nord 1997: 126). Έχοντας κατά νου τους δύο αυτούς όρους είναι πιο εύκολο για τον μεταφραστή να μπει στην θέση του δέκτη, να ‘μαντέψει’ τις ανάγκες και τις προσδοκίες του και να ενεργήσει ανάλογα.

Η Nord παρουσίασε επίσης ένα μοντέλο κειμενικής ανάλυσης πάνω στο οποίο οι μεταφραστές μπορούν να βασίσουν την στρατηγική τους. Η ίδια παραδέχεται ότι δεν είναι δυνατόν το μοντέλο αυτό να εφαρμόζεται κάθε φορά πριν την αρχή της μεταφραστικής διαδικασίας καθώς η ανάλυση είναι χρονοβόρα, μπορεί όμως να αποδειχτεί πολύ χρήσιμο κατά την παραγωγή του κειμένου-στόχος (Nord, 1991). Πριν περάσουμε στις μεταφραστικές δυσκολίες που παρουσιάζει το κείμενο, ας εξετάσουμε το μοντέλο κειμενικής ανάλυσης της Nord, το οποίο έχει έντονο πραγματολογικό και λειτουργικό χαρακτήρα.

Εξωκειμενικοί παράγοντες

Πομπός, δηλαδή το άτομο ή ίδρυμα που θέλει να μεταδώσει ένα συγκεκριμένο μήνυμα. Ο πομπός του κειμένου είναι το ιατρικό κέντρο του πανεπιστημίου του Αμβούργου (*Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, UKE*). Το κείμενο συνέθεσε η διεπιστημονική ερευνητική ομάδα του πανεπιστημίου, η οποία αποτελείται από τους Silke Pawils, Franka Metzner, Julia Ewen, Eva Christalle και Annet Lotzin.

Δέκτης είναι το κοινό στο οποίο απευθύνεται το μήνυμα και φυσικά εξαρτάται από τον τύπο του κειμένου. Στην συγκεκριμένη περίπτωση δέκτης θεωρείται οποιοσδήποτε ενδιαφέρεται να ενημερωθεί για το ιατροφαρμακευτικό σύστημα στην Γερμανία όσον αφορά τον τομέα των ψυχολογικών διαταραχών. Μπορεί να απευθύνεται σε οικογένειες με παιδιά που πάσχουν από κάποια ψυχολογική διαταραχή. Επίσης, εφόσον το κείμενο θεωρείται ειδικό, επαγγελματίες του κλάδου της ψυχολογίας και ψυχιατρικής μπορούν να θεωρηθούν δέκτες.

Μέσο, ο τρόπος δηλαδή με τον οποίο το κείμενο καταλήγει στον δέκτη. Το κείμενο *Therapieangebote für psychisch traumatisierte, von Gewalt betroffene Kinder und Jugendliche in Deutschland* είναι διαθέσιμο στο κοινό μέσω του διαδικτύου στην επίσημη ηλεκτρονική σελίδα του ιατρικού κέντρου του πανεπιστημίου του Αμβούργου.

(<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/gesundheit/details.html?bmg%5Bpubid%5D=3090>)

Τόπος και χρόνος, το τοπικό και χρονικό σημείο κατά το οποίο γράφτηκε ή εκδόθηκε το κείμενο. Το συγκεκριμένο κείμενο δημοσιεύτηκε τον Ιανουάριο του 2017 στην Γερμανία.

Λειτουργία. Όπως προαναφέρθηκε η λειτουργία του κειμένου είναι πληροφοριακή, αφού στόχος του είναι να ενημερώσει και να ευαισθητοποιήσει το κοινό.

Κίνητρο, δηλαδή για ποιόν λόγο γράφτηκε το κείμενο. Το κείμενο που εξετάστηκε γράφτηκε από την ερευνητική ομάδα του πανεπιστημίου του Αμβούργου, έτσι ώστε να γνωστοποιήσει τα αποτελέσματα των ερευνών της και να ευαισθητοποιήσει το κοινό σχετικά με τις ψυχολογικές διαταραχές και την θεραπεία τους.

Ενδοκειμενικοί παράγοντες

Θέμα, για τί δηλαδή μιλάει ο πομπός. Το θέμα προκύπτει συνήθως από τον τίτλο ή από το περιεχόμενο. Από τον τίτλο λοιπόν (*Therapieangebote für psychisch traumatisierte, von Gewalt betroffene Kinder und Jugendliche in Deutschland*) συμπεραίνουμε ότι το κείμενο πραγματεύεται την κατάσταση που επικρατεί στον ιατροφαρμακευτικό τομέα στην Γερμανία όσον αφορά παιδιά και εφήβους με ψυχολογικές διαταραχές που απορρέουν από την παιδική κακοποίηση. Επίσης πληροφορούμαστε για τις επιλογές θεραπείας που αυτά έχουν.

Περιεχόμενο, ή αλλιώς το είδος των πληροφοριών που περιλαμβάνονται. Πολλές φορές το περιεχόμενο συμπίπτει με το θέμα. Το κείμενο περιέχει πληροφορίες για τα θέματα που προαναφέρθηκαν και τα επαληθεύει αναλύοντας τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών πάνω στα θέματα αυτά («*Epidemiologische Studien zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen in westlichen Gesellschaften ergaben Prävalenzen <1% bis 20%»*).

Προϋποθέσεις είναι ουσιαστικά οι υποθέσεις που κάνει ο συντάκτης του κειμένου σχετικά με το γνωστικό υπόβαθρο του κοινού. Στην συγκεκριμένη περίπτωση ο συντάκτης υποθέτει πως ο αναγνώστης έχει κάποια επαφή με τους τομείς της ψυχολογίας, της ψυχιατρικής ή της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Καθώς το κείμενο θεωρείται ειδικό, δεν απευθύνεται απαραίτητα στον μέσο Γερμανό πολίτη, χωρίς αυτό να σημαίνει όμως ότι τον αποκλείει.

Δομή. Το κείμενο στο σύνολο του χωρίζεται σε πέντε κεφάλαια, το κάθε ένα σε υποκατηγορίες. Το απόσπασμα με το οποίο ασχοληθήκαμε αφορά στα τρία πρώτα κεφάλαια.

Μη λεκτικά στοιχεία. Καθώς στο κείμενο αναφέρονται πολύ συχνά τα αποτελέσματα ερευνών, αυτά συνοδεύονται από ένα πλήθος εικόνων και διαγραμμάτων.

Λεξιλόγιο. Η επιλογή του λεξιλογίου εξαρτάται από το θέμα και το περιεχόμενο αλλά και από τους εξωκειμενικούς παράγοντες. Κατά κύριο λόγο στο κείμενο γίνεται χρήση μιας ειδικής γλώσσας. Η ειδική γλώσσα μπορεί να οριστεί ως ένα κοινό σύστημα επικοινωνίας μέσα σε μία συγκεκριμένη γλωσσική κοινότητα με προαποφασισμένους κανόνες (Stolze 1992: 225 στο Κελάνδριας & Παριανού, 2001). Στο κείμενο ανιχνεύονται σύμπλοκοι όροι, δάνεια, ακρώνυμα και αρκτικόλεξα. Η χρήση τους όμως δεν περιορίζει το κείμενο σε μεγάλο βαθμό όσον αφορά στο κοινό του, καθώς η ειδική γλώσσα μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για τη μετάδοση και ανταλλαγή γνώσεων πέρα από τα όρια του συγκεκριμένου γνωστικού πεδίου. Εξάλλου το λεξιλόγιο ενός ειδικού κειμένου χωρίζεται σε ειδικό και γενικό και στο κείμενο που εξετάσαμε υπάρχει μία ισορροπία μεταξύ των δύο.

Σύνταξη. Η ειδική γλώσσα χρησιμοποιεί παρόμοιες συντακτικές δομές με την κοινή. Εφόσον πρόκειται για την παράθεση πληροφοριών, ο λόγος είναι αρκετά κοφτός και αποφεύγονται οι περίπλοκες, μακροσκελείς προτάσεις. Αυτό γίνεται ώστε ο αναγνώστης να κατανοήσει το πλήθος πληροφοριών που του προσφέρεται και να το αφομοιώσει πιο γρήγορα.

Υπερτεμαχιακά στοιχεία: το ύφος του κειμένου είναι αυστηρά πληροφοριακό και επίσημο, οπότε η χρήση των υπερτεμαχιακών στοιχείων (με εξαίρεση τα τονισμένα γράμματα των τίτλων και κεφαλαίων) είναι σχεδόν ανύπαρκτη.

Οι παράγοντες της κειμενικής ανάλυσης ολοκληρώνονται με τον ανεξάρτητο παράγοντα της «επίδρασης» (Nord, 1988:40-164). Ως επίδραση η Nord ορίζει την εντύπωση που σχηματίζεται από τον δέκτη μετά τον συσχετισμό των εξωκειμενικών και ενδοκειμενικών παραγόντων, ή πιο απλά το αποτέλεσμα της επικοινωνιακής διαδικασίας.

Η Nord δίνει επίσης μεγάλη βάση στις μεταφραστικές οδηγίες. Σύμφωνα με αυτήν οι μεταφραστικές οδηγίες είναι το σύνολο των οδηγιών που δίνονται από το άτομο που ζητά την μετάφραση στον μεταφραστή και προσδιορίζουν το είδος και τον επικοινωνιακό σκοπό αυτής. Σε καμία περίπτωση δεν υποδεικνύουν στον μεταφραστή πως να μεταφράσει, του δίνουν όμως μία βάση πάνω στην οποία μπορεί να στηρίξει την στρατηγική και την μέθοδό του. Οι μεταφραστικές οδηγίες συνήθως περιλαμβάνουν παράγοντες όπως οι λειτουργίες, οι δέκτες, ο προβλεπόμενος χώρος και χρόνος, το μέσο και το κίνητρο του κειμένου-στόχου.

Στόχος μας λοιπόν στην συγκεκριμένη περίπτωση είναι η παραγωγή ενός πληροφοριακού κειμένου που θα απευθύνεται κυρίως σε Έλληνες επαγγελματίες στους κλάδους της ψυχολογίας και ψυχιατρικής. Ως δέκτες θεωρούμε όμως και Έλληνες που διαμένουν στην Γερμανία, ή σκοπεύουν να το κάνουν και ενδιαφέρονται για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη εκεί. Το κείμενο προορίζεται να εκδοθεί στην Ελλάδα σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά την έκδοσή του στην Γερμανία. Αυτό συμβαίνει κυρίως γιατί οι ανακαλύψεις στον ιατρικό τομέα αλλάζουν ραγδαία τα τελευταία χρόνια και σκοπός είναι το κείμενο να είναι επίκαιρο. Ως μέσο μετάδοσης θα θεωρήσουμε το διαδίκτυο έτσι ώστε να αυξήσουμε τον βαθμό διαθεσιμότητας. Τέλος το κίνητρο είναι η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση του ελληνικού κοινού σχετικά με τις ψυχολογικές διαταραχές, ένα θέμα που δυστυχώς ακόμα θεωρείται μερικές φορές ταμπού και αντιμετωπίζεται με κοινωνική προκατάληψη.

Μεταφραστικά προβλήματα και σχολιασμός

Η μετάφραση δεν είναι μία απλή γλωσσική διαδικασία. Αντιθέτως είναι πολύ σύνθετη καθώς ο μεταφραστής καλείται να σπάσει το φράγμα που συνιστά η άγνοια μιας άλλης γλώσσας. Είναι αυτονόητο πλέον το ότι δεν μεταφράζουμε λέξεις αλλά νοήματα, πράγμα που γεννάει αρκετά προβλήματα. Στη συνέχεια αναλύονται κάποια από τα προβλήματα που προέκυψαν κατά την μεταφραστική διαδικασία.

Ορολογία

Σύμφωνα με την Cabre (1999: 80-81) «οι όροι, όπως και οι λέξεις του γενικού λεξιλογίου είναι διακριτά σημεία που διαθέτουν σημασία και τα οποία απαντούν στον λόγο των ειδικών γλωσσών». Ειδικές γλώσσες ή ειδικά λεξιλόγια χαρακτηρίζονται αυτά που χρησιμοποιούνται από διάφορες επαγγελματικές ομάδες (ιατρικό λεξιλόγιο από τους ιατρούς, νομικό λεξιλόγιο από τους δικηγόρους, κ.τ.λ.). Η χρήση συγκεκριμένης ορολογίας προήλθε από την ανάγκη κατασκευής μιας τεχνικής γλώσσας μέσω της οποίας κάθε επιστήμη θα έχει την δυνατότητα να αναδομήσει τη πραγματικότητα και να μετασχηματίσει την κοινή εμπειρία σε εξειδικευμένη γνώση (Halliday, 1993 στο Λέκκα, 2004: 64). Οι δυσκολίες που προκύπτουν για τον μεταφραστή σχετικά με την ορολογία οφείλονται κυρίως στο γεγονός ότι αυτή έχει

αρκετά κοινά χαρακτηριστικά με το γενικό λεξιλόγιο, π.χ. ίδιο φωνολογικό και συντακτικό σύστημα.

Το κείμενο που κλήθηκα να μεταφράσω θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ειδικό κείμενο, καθώς απευθύνεται κυρίως σε επαγγελματίες ψυχολόγους και ψυχιάτρους της Γερμανίας. Η ορολογία είναι μεν εμφανής αλλά δεν διέπει το κείμενο στο σύνολό του, έτσι ώστε να γίνεται κατανοητό και στο υπόλοιπο κοινό.

Παραδείγματα ορολογίας στο κείμενο αποτελούν οι λέξεις:

das Symptom: σύμπτωμα

mental: νοητικός

die Depression: κατάθλιψη

die Störung: διαταραχή

die Prävalenz: επιπολασμός

Διεθνισμοί

Διεθνισμός είναι η λέξη, συνήθως επιστημονικός όρος, την οποία δανείζεται μία γλώσσα επειδή υπάρχει ήδη σε πολλές άλλες με παρόμοια μορφή και σημασία.

klinisch: κλινικός

psychisch: ψυχικός

die Diagnose: διάγνωση

epidemiologisch: επιδημιολογικός

die Therapie: θεραπεία

chronisch: χρόνιος

das Trauma: τραύμα

Δάνειο

Σύμφωνα με τους Vinay και Darbelnet το δάνειο ανήκει στην κατηγορία των μεταφραστικών τεχνικών και συγκεκριμένα αποτελεί μέρος της άμεσης μετάφρασης. Πρόκειται για λεξικές μονάδες της γλώσσας-πηγή οι οποίες μεταφέρονται απευθείας στην γλώσσα-στόχος, είτε

διατηρώντας τους λατινικούς χαρακτήρες είτε με φωνητική μεταγραφή (π.χ. **stress** : στρες, **sexuell**: σεξουαλικός).

Παραδείγματα δανείων εντοπίζουμε και στο πρωτότυπο κείμενο. Οι λέξεις *settings* και *standards* για παράδειγμα έχουν περάσει από την αγγλική γλώσσα στην γερμανική. Κατά την μεταφραστική διαδικασία αποφάσισα να αποφύγω την διατήρηση τους και στα ελληνικά και να τις αποδώσω με τις λέξεις *περιβάλλον* και *πρότυπα* αντίστοιχα.

Έκτυπο

Το έκτυπο είναι ένα είδος δανείου. Στην περίπτωση αυτή γίνεται κατά λέξη μετάφραση μίας έκφρασης ή δομής της γλώσσας-πηγή.

innerfamiliär: ενδοοικογενειακός

Wartezeit: χρόνος αναμονής

Μετατόπιση

Μετατόπιση έχουμε όταν ένα μέρος του λόγου μετατρέπεται σε ένα άλλο κατά την μετάφραση.

am wenigsten beachtete Form: μορφή που λαμβάνεται λιγότερο υπόψη (επίθετο ⇒ ρήμα).

Ψευδόφιλες λέξεις

Οι ψευδόφιλες λέξεις (γαλλικά *faux amis*) πρωτοχρησιμοποιήθηκαν σαν όρος από τους Γάλλους γλωσσολόγους Koessler και Derocquiny. Πρόκειται για λέξεις διαφορετικών γλωσσών ή διαλέκτων που ενώ γράφονται ή ακούγονται περίπου ίδιες έχουν διαφορετική σημασία. Το γεγονός αυτό μπορεί να προκαλέσει σύγχυση και απαιτεί μεγάλη προσοχή κυρίως από τους μεταφραστές. Παράδειγμα ψευδόφιλης λέξης από το κείμενο είναι η γερμανική λέξη **Praxis**, της οποίας η σημασία αποδίδεται με τον ελληνικό όρο ιατρείο (και όχι π.χ. πράξη).

Συντομογραφίες

Στο πρωτότυπο κείμενο συναντάμε την συντομογραφία **BRD** που αντιστοιχεί στην φράση **Bundesrepublik Deutschland**. Η συντομογραφία αποδόθηκε απλά με την λέξη Γερμανία καθώς ο όρος Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας είναι πεπαλαιωμένος. Πολλοί είναι επίσης αυτοί που συνδέουν τον συγκεκριμένο όρο με τον κομμουνισμό και δεν τον χρησιμοποιούν πλέον.

SGB: Sozialgesetzbuch = Κώδικας Κοινωνικής Ασφάλισης

OEG: Opferentschädigungsgesetz = νόμος περί της αποζημίωσης θυμάτων πράξεων βίας

Συνωνυμίες και διπλές αποδόσεις

die Behandlung: 1. μεταχείριση, 2. αντιμετώπιση, 3. θεραπεία, 4. αγωγή

Κατά την απόδοση του όρου χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις θεραπεία, αγωγή και φροντίδα ανάλογα με το συγκεκριμένο καθώς και προς αποφυγή επανάληψης.

betroffen: 1. Αυτός τον οποίο αφορά κάτι, 2. Συγκλονισμένος, ταραγμένος

Η λέξη που χρησιμοποιήθηκε στην συγκεκριμένη περίπτωση είναι το θύμα. (von Gewalt betroffen : θύμα κακοποίησης).

Σύνθετες λέξεις

Οι σύνθετες λέξεις στα γερμανικά είναι αρκετά συχνό φαινόμενο και φυσικά αιτία σύγχυσης. Μία λέξη μπορεί να έχει παραπάνω από δύο ή τρία συνθετικά. Το φαινόμενο αυτό δεν συναντάται στην ελληνική γλώσσα. Φυσικά και υπάρχουν σύνθετες λέξεις, αυτές δημιουργούνται όμως συνήθως με την προσθήκη προθεμάτων σε ρήματα, επίθετα κ.τ.λ.. Ο μεταφραστής λοιπόν καταφεύγει αναγκαστικά σε μία περιφραστική απόδοση της εκάστοτε λέξης, πράγμα που έχει ως αποτέλεσμα την διόγκωση του ελληνικού κειμένου, καθώς κάθε σύνθετη λέξη στην γερμανική γλώσσα παράγει τουλάχιστον δύο και παραπάνω λέξεις κατά την μετάφραση.

Kassenarzt: γιατρός συμβεβλημένος με ασφαλιστικό ταμείο

Bettendichte: αριθμός ιατρικών κρεβατιών

behandlungsbedürftig: αυτός που χρήζει θεραπευτικής αγωγής

Kinderrechtskonvention: συνέδριο για τα δικαιώματα του παιδιού

Dunkelziffer: ο όρος αυτός προέρχεται από τον αγγλικό dark number ή dark figure. Χρησιμοποιείται κυρίως στον τομέα της εγκληματολογίας και περιγράφει τα ποσοστά εγκλημάτων που δεν έχουν καταγραφεί ή ανακαλυφθεί (*die Dunkelziffer von Kindesmisshandlungen innerhalb der Familie: ο εκτιμώμενος αριθμός των μη καταγγελλθέντων περιπτώσεων παιδικής κακοποίησης μέσα στην οικογένεια*).

Μη λεκτικά στοιχεία

Το πρωτότυπο κείμενο περιλαμβάνει αρκετές εικόνες, πίνακες και διαγράμματα. Τα στοιχεία αυτά λειτουργούν συμπληρωματικά στο κείμενο και βοηθάνε τον αναγνώστη να αφομοιώσει

καλύτερα και γρηγορότερα τις πληροφορίες που του προσφέρονται. Στο απόσπασμα που επιλέχθηκε δεν συναντάμε μη λεκτικά στοιχεία.

Έλλειψη ισοδυναμίας

Στο πρωτότυπο κείμενο συναντάμε την φράση «*Vom Kind her gedacht*». Η φράση αυτή χρησιμοποιείται σαν σλόγκαν των συμβουλευτικών θέσεων που υπάρχουν στην Γερμανία. Η φράση μεταφράστηκε «*με στόχο το παιδί*».

Dunkelfeld: στην Γερμανία εδώ και λίγα χρόνια ένα πρόγραμμα ψυχολογικής υποστήριξης για άτομα με παιδοφιλικές τάσεις. Το πρόγραμμα ξεκίνησε το 2005 σε διάφορες πόλεις στην Γερμανία με στόχο την ψυχολογική υποστήριξη ανθρώπων με παιδοφιλικές τάσεις και την αποφυγή σεξουαλικών εγκλημάτων. Το πρόγραμμα είναι δωρεάν, έχει εθελοντική συμμετοχή και είναι εμπιστευτικό δηλαδή ανεξάρτητο από την γερμανική αστυνομία. Εφόσον δεν υπάρχει κάτι αντίστοιχο στην Ελλάδα, διατήρησα την ονομασία του προγράμματος ως έχει έτσι ώστε να παρακινήσω τον αναγνώστη να ερευνήσει αυτός και να ενημερωθεί σχετικά. Ο ίδιος ο συντάκτης δεν επικεντρώνεται στο πρόγραμμα, το αναφέρει απλώς ως παράδειγμα. («*In der Dunkelfeldstudie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen...*»).

Πολιτισμικά στοιχεία

Σύμφωνα με τον Nida (2001) η γλώσσα και ο πολιτισμός έχουν ορισμένα κοινά και ορισμένες διαφορές. Εφόσον η γλώσσα ανήκει στον πολιτισμό είναι και αυτή φορέας του. Αυτό καθιστά την μεταφραστική διαδικασία μία διαδικασία δημιουργική κατά την οποία ο μεταφραστής «*προσπαθεί να μεταφέρει τον συγγραφέα στον κόσμο της γλώσσας-στόχος και τον αναγνώστη στον κόσμο της γλώσσας-πηγή*» (Φρειδερίκη Μπατσαλιά). Την καθιστά επίσης και μία αρκετά περίπλοκη διαδικασία καθώς ο στόχος εκτός από την απόδοση των πολιτισμικών στοιχείων είναι και μία φυσική μετάφραση αλλά πρωτίστως κατανοητή στους αποδέκτες της. Με άλλα λόγια ο παράγοντας «πολιτισμός» παίζει καθοριστικό ρόλο κατά την παραγωγή ενός κειμένου το οποίο έχει έναν συγκεκριμένο σκοπό σε ένα διαφορετικό όμως γλωσσικό περιβάλλον.

Ο Lawrence Venuti (1995) διακρίνει δύο στρατηγικές κατά την μετάφραση των πολιτισμικών στοιχείων. Η πρώτη είναι η ξενοποίηση (foreignization) η οποία αποσκοπεί στην διατήρηση της ξενικότητας και διαφορετικότητας στην μετάφραση. Οι αποδέκτες του κειμένου-στόχος έρχονται έτσι πιο κοντά στο πρωτότυπο κείμενο χωρίς να στερούνται πληροφορίες. Η δεύτερη στρατηγική ονομάζεται οικειοποίηση (domestication). Στόχος του μεταφραστή στην περίπτωση αυτή είναι η προσαρμογή των στοιχείων στα δεδομένα του πολιτισμού του κειμένου-πηγή και η επίτευξη ενός πιο οικείου συναισθήματος.

Η επιλογή είναι συνήθως υποκειμενική ή ιδεολογική. Στην συγκεκριμένη περίπτωση επέλεξα να κινηθώ κυρίως στα πλαίσια της ξενοποίησης έτσι ώστε να μην χαθούν σημαντικές πληροφορίες.

Παρατίθενται στην συνέχεια κάποια παραδείγματα από φράσεις-φορείς πολιτισμικών στοιχείων:

Hausarzt: οικογενειακός γιατρός

Ο οικογενειακός γιατρός είναι ένας θεσμός πολύ συχνός στην Γερμανία σε αντίθεση με την Ελλάδα. Κάθε γερμανική οικογένεια έχει έναν οικογενειακό γιατρό στον οποίο απευθύνεται σε περίπτωση προβλήματος υγείας. Αυτός με την σειρά του μπορεί να διαγνώσει το πρόβλημα, να προτείνει κάποια θεραπεία ή να τους παραπέμψει σε κάποιον άλλο γιατρό.

aus der neunten und zehnten Klassenstufe: της τρίτης τάξης του γυμνασίου και της πρώτης τάξης του λυκείου. (*οικειοποίηση*)

Το εκπαιδευτικό σύστημα της Γερμανίας διαφέρει από αυτό της Ελλάδας. Αρχικά τα παιδιά φοιτούν για τέσσερα χρόνια στο δημοτικό (*Grundschule*). Στην συνέχεια αποφασίζεται με βάση τις επιδόσεις και τις δυνατότητές τους σε ποιόν τύπο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης θα συνεχίσουν. Μερικοί από αυτούς τους τύπους είναι το Hauptschule (μέχρι την ένατη ή δέκατη τάξη), το Realschule (μέχρι την δέκατη τάξη) και το Gymnasium (μέχρι την δωδέκατη ή δέκατη τρίτη τάξη). Οι αντίστοιχες ελληνικές τάξεις για την ένατη και δέκατη τάξη του γερμανικού σχολείου είναι η τρίτη τάξη του γυμνασίου και η πρώτη λυκείου.

Gemeinsame Bundesausschuss: πρόκειται για διάφορους οργανισμούς υγείας στην Γερμανία, οι οποίοι έχουν ενωθεί και έχουν κοινό πρόεδρο. Το Gemeinsame Bundesausschutz είναι ανεξάρτητο από το υπουργείο Υγείας. Στην Ελλάδα δεν υπάρχει κάτι αντίστοιχο οπότε επέλεξα μία κατά λέξη μετάφραση (*Κοινή Ομοσπονδιακή Επιτροπή*).

Ονόματα

Τα κύρια ονόματα είναι ένα πολιτισμικό στοιχείο που στην αρχή μοιάζει να μη θέτει κανένα πρόβλημα στον μεταφραστή. Η μετάφραση των ονομάτων όμως δεν είναι καθόλου απλή υπόθεση, καθώς τα ονόματα εμπεριέχουν πολλές πληροφορίες (π.χ. φύλο, ηλικία, καταγωγή κ.α.) Τα κύρια ονόματα που εντοπίστηκαν στο πρωτότυπο κείμενο παρέμειναν ως έχουν (π.χ. *οι αναπαραστατικές μελέτες των Perkonigg και Essau*), καθώς αναφέρονται σε συγκεκριμένα πραγματικά πρόσωπα.

Για τις ονομασίες πόλεων και περιοχών της Γερμανίας χρησιμοποιήθηκαν οι αντίστοιχες επίσημες ελληνικές ονομασίες (π.χ. *Βόρεια Ρηνανία-Βεστφαλία, Βαυαρία, Βάδη-Βυρτεμβέργη*).

Αναγνωστικό κοινό-Ύφος

Για την επιτυχή ολοκλήρωση της μετάφρασης ενός κειμένου, είναι σημαντικό για το μεταφραστή να γνωρίζει εκ των προτέρων σε ποιον απευθύνεται η μετάφρασή του. Στόχος εξάλλου είναι πάντα διαμόρφωση ενός κειμένου το οποίο θα είναι προσαρμοσμένο στο καινούριο γλωσσικό περιβάλλον και απόλυτα κατανοητό στο κοινό του. Το ύφος λοιπόν του εκάστοτε κειμένου εμπεριέχει σημαντικές πληροφορίες καθώς ενώνει τον ομιλητή με το κοινό του και καθορίζει την σχέση τους. Στην συγκεκριμένη περίπτωση το ύφος που

χρησιμοποιείται είναι επίσημο και αυστηρό καθώς απευθύνεται κυρίως σε επαγγελματίες του χώρου της ιατρικής.

Γενικά συμπεράσματα

Βασικός στόχος ενός μεταφραστή είναι να κάνει την μετάφρασή του «αόρατη». Το κείμενο δηλαδή που θα προκύψει να είναι τόσο φυσικό στον αναγνώστη του που να μην σκεφτεί ότι πρόκειται για μετάφρασμα αλλά πρωτότυπο κείμενο. Φυσικά είναι πολύ δύσκολο να επιτευχθεί ο στόχος αυτός, ειδικά όταν ερχόμαστε αντιμέτωποι με ειδικά κείμενα. Αυτό συμβαίνει γιατί ο μεταφραστής δεν πρέπει απλά να μεταφράζει αλλά ταυτόχρονα να αποκωδικοποιεί, όχι απλά να αποδίδει όρους αλλά ταυτόχρονα να εξηγεί. Μία σφαιρική γνώση των γλωσσών εργασίας είναι μεν απαραίτητη αλλά δεν επαρκεί. Σημαντικό προσόν για έναν μεταφραστή είναι πλέον και μία πολιτισμική επάρκεια. Τέλος, κάθε μεταφραστής πρέπει να έχει μία συνολική αντίληψη των διάφορων προβλημάτων και δυσκολιών που προκύπτουν, για να διαμορφώσει την στρατηγική του και να πάρει τις σωστές αποφάσεις.

Βιβλιογραφία

Πρωτότυπο κείμενο:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/gesundheits/details.html?bmg%5Bpubid%5D=3090>

Βιβλιογραφία σχετικά με θέματα μετάφρασης:

Munday, J. (2004), *Μεταφραστικές σπουδές: Θεωρίες και πρακτικές*, Αθήνα: Εκδόσεις Μεταίχμιο, Άγγελος Φιλιππάτος

Κελάνδριας, Π. Ι. (2007), *Η Μετάφραση των οικονομικών κειμένων: μια λειτουργική προσέγγιση*, Αθήνα: Εκδόσεις Διάυλος

Κεντρωτής, Γ. (2000), *Θεωρία και πράξη της μετάφρασης*, Αθήνα: Εκδόσεις Διάυλος

Κουτσιβίτης, Β. (1994), *Θεωρία της μετάφρασης*, Αθήνα: Ελληνικές Πανεπιστημιακές Εκδόσεις

Παριανού, Α. (2004), «*Διαπολιτισμική Ειδική Επικοινωνία*» *Επιστημονική Επετηρίδα 1999-2003*, Κέρκυρα