

Migration, Kultur und seelische Gesundheit

Prof.Dr.med. Wielant Machleidt, Hannover

E2-Vorlesung, 23. - 27. April 2007, im Rahmen der
57. Lindauer Psychotherapiewochen 2007 (www.Lptw.de)

Vortragsthemen – Gliederung

- Die „Kulturelle Adoleszenz“ im Migrationsprozess (Montag 23.4.2007)
- Kränkung und psychische Krankheit (Dienstag 24.4.2007)
- Körpermetaphorik und kulturelle Symbole (Mittwoch 25.4.2007)
- Schamanismus und Psychotherapie - (Donnerstag 26.4.2007)
Back to the Roots
- Interkulturelle Psychotherapie (Freitag 27.4.2007)

Literatur

Die „Kulturelle Adoleszenz“ als Integrationsleistung im Migrationsprozess

Montag, 23. April 2007

Abstract

Die Psychotherapie mit Migranten ist eine große Herausforderung in verschiedenen europäischen psychotherapeutischen Methoden. Es geht dabei letztlich um nichts Geringeres als den Nachweis ihrer kulturübergreifenden Anwendbarkeit und Wirksamkeit. Während in der Literatur zahlreiche Erfahrungsberichte und Kasuistiken diese mit spezifischer und individuell modifizierter Technik zu bestätigen scheinen, lassen Studien, die diese zentrale Frage zu beantworten suchen, auf sich warten.

Was psychische Krankheit im Kontext einer Migration bedeutet, ist eine Schlüsselfrage, die auch Antworten über das „Wie“ und das „Was“ der psychotherapeutischen Arbeit erlaubt. Begreift man Migration als dritte Individuationsphase oder „kulturelle Adoleszenz“, so ist das nach vorliegenden Hinweisen erhöhte Auftreten psychischer Störungen mit der damit einhergehenden Vulnerabilität zu verstehen. Soziale Isolations- und Ausschließungsprozesse durch die aufnehmende Gesellschaft sind als Stressfaktoren wirksam und können psychische Störungen bahnen oder verstärken. Gleichzeitig ist eine psychische Störung ein Alarmsignal für einen vom Scheitern bedrohten Integrationsprozess in der Phase der „Kritischen Integration“. Die therapeutische Arbeit ist damit zugleich Integrationshilfe als auch Konfliktlösungsstrategie. Die notwendige kulturelle Verflüssigung von Identität und Ich-Struktur im Rahmen der Migration lässt sich als Chance begreifen, um zum einen unerledigte frühere Konflikte zu lösen und zum anderen sich subjektives Neuland in der Aufnahmegesellschaft zu erschließen. Die psychotherapeutische Arbeit fokussiert sich wesentlich auf die Auseinandersetzung mit den familiären Beziehungsmustern und Kräfteverhältnissen, der narzisstischen Restitution zur Kompensation eigener Unzulänglichkeiten, der Bildung neuer Wertesysteme, der Übernahme neuer Rollen, der Realitätsprüfung in Verbindung mit den realen Fähigkeiten und Möglichkeiten in der Aufnahmegesellschaft und stellt eine neue „Runde“ der Individuation und Loslösung in der Individualentwicklung dar (kulturelle Adoleszenz). All dies geschieht letztlich mit dem Ziel der Bildung eines neuen integrierten bikulturellen Selbst. Die psychotherapeutische Methodik bei der Behandlung von Migranten muss alle Elemente einer Kultur- und schulenübergreifenden umfassenden psychotherapeutischen Methodik enthalten, um erfolgreich zu sein.

Einleitung

Lassen Sie mich einleitend zwei Bemerkungen machen: eine zum Weltbürgertum und eine zweite zur ethnografischen Distanz zu unserem Fach.

Weltbürgertum

Immanuel Kant hat vor dem historischen Hintergrund der Französischen Revolution zur Wirtbarkeit in der Fremde in seinem dritten Definitivartikel „Zum ewigen Frieden“ erschienen 1795 in Königsberg bei Friedrich Nikolovius das Folgende geschrieben: „Das Weltbürgerrecht soll auf Bedingungen der allgemeinen Hospitalität eingeschränkt sein. Es ist hier wie in den vorigen Artikeln, nicht von Philanthropie, sondern von Recht die Rede, und da bedeutet Hospitalität (Wirtbarkeit) das Recht eines Fremdlings, seine Ankunft auf dem Boden eines anderen wegen, von diesem nicht feindselig behandelt zu werden. Dieser kann ihn abweisen, wenn es ohne seinen Untergang geschehen kann; solange er aber auf seinem Platz sich friedlich verhält, ihm nicht feindlich begegnen. Es ist kein Gastrecht, worauf dieser Anspruch machen kann (wozu ein besonderer wohlthätiger Vertrag erfordert werden würde, ihn auf eine gewisse Zeit zum Hausgenossen zu machen) sondern ein Besuchsrecht, welches allen Menschen zusteht, sich zur Gesellschaft anzubieten, vermöge des Rechts des gemeinschaftlichen Besitzes der Oberfläche der Erde, auf der, als Kugelfläche, sie sich nicht ins unendliche zerstreuen können, sondern endlich sich doch nebeneinander dulden müssen, ursprüng-

lich aber niemand an einem Ort der Erde zu sein mehr Recht hat als der Andere“ (Kant, 1964, zitiert nach Novikov, 2006, S.191).

Die ethnographische Distanz zur eigenen Professionalität

Als ich nach Abschluss meiner psychiatrisch / psychotherapeutischen und psychoanalytischen Ausbildung das westliche Schulwissen in unserem Fach sattsam kannte, ging ich für einen Perspektivenwechsel zu Feldforschungen für einige Monate nach SO-Afrika. Dort diente ich mich Medizinern bei der Behandlung psychisch Kranker als Zauberehring an. Als ich nach Deutschland zurückkam, hatte sich mein Blick auf unser Fach verändert. Mit Brecht konnte ich sagen: „Es geht auch anders, aber so geht es auch.“ Ich hatte i.S.e. kulturellen Verfremdung eine ethnographische Distanz zu unserem Fach gewonnen, die ich nicht mehr missen wollte z.B. in Hinblick auf die Diagnostik. Es ist wohl eher ein Glücksfall, dass sich das seelische Erleben in seiner kulturellen Vielfalt und seinen Grenzbereichen nur in seinen extremen Zuspitzungen oberflächlich klassifikatorisch erfassen lässt. Tobie Nathan (2006) sagt es pointiert so: „Die (psychopathologische) Realität hat sich ...immer der der Beharrlichkeit der Klassifikatoren entzogen.“ Das DSM-IV sei deshalb auch ein Ergebnis dieses Scheiterns, weil es den strukturell klassifikatorischen Ansatz durch einen Konsens der Kollegen unserer Disziplin ersetzt. Konsense unterliegen dem Zeitgeist. In der Beschäftigung mit „Mental Health“ im Kulturvergleich setzt man sein professionelles Denken dem Risiko aus neue Wesenheiten zu entdecken und alte Konsense in Frage zu stellen.

Wer ist Migrant?

Migranten sind Überschreiter von Kulturgrenzen und Wanderer zwischen ethnischen Welten. Migranten sind die Symbolfiguren des Fremden schlechthin. Was aber ist Migration und wer ist ein Migrant? Wir kennen die Definition schon lange: Migration bedeutet die Verlagerung des ständigen Aufenthaltsortes für lange Zeit oder auf Dauer in eine andere Kultur. Migration geht mit dem Verlassen der Ursprungskultur und dem prozessualen Hineinwachsen in die Aufnahmekultur einher. Migranten sind demnach alle Personen, die ihren Wohnsitz freiwillig oder unter Zwang in ein anderes Land verlegen wie Aus-, Zu-, Abwanderer, Arbeitsmigranten (Gastarbeiter), (Spät-) Aussiedler, Exilanten, Vertriebene, Kriegsflüchtlinge, Kontingentflüchtlinge, Asylsuchende, politisch Verfolgte, illegale Zuwanderer und Remigranten (Machleidt und Calliess, 2004; Machleidt 2005). Etwa 1 / 5 (18%) aller Menschen in Deutschland haben einen Migrationshintergrund. Dabei sind auch all diejenigen berücksichtigt, die schon heute einen deutschen Pass haben. Der Begriff Migrant lässt sich aber noch auf andere Weise relativieren. Wenn wir die zeitliche Dimension etwas dehnen und über die dritte Migrantengeneration hinaus blicken, dann gibt es viele, die aus anderen Kulturen in den deutschen Kulturraum eingewandert sind, wie z.B. Polen zu Beginn der Industrialisierung Mitte des 19.Jhdts ins Ruhrgebiet. Die meisten sind inzwischen gut integriert und oft gibt nur noch der Familienname Auskunft über die kulturelle Herkunft.

Was ist das Fremde?

Aber was ist das (der / die) Fremde? Das Fremde lässt sich mit einer Metapher Freuds als das „innere Ausland“ – das Fremde im Selbst – verstehen. Das Fremde steht hier für das Unbewusste, das nur um den Preis der Überwindung der Abwehr für das Bewusste verfügbar wird. In dem emotionalen Prozess beginnend mit der Neugier auf die Bewusstwerdung und der Angst vor der Bewusstwerdung kommt es bei der Überwindung einer nicht überstark ausgeprägten Angstabwehr zur Bewusstwerdung. Dies ist gleichbedeutend mit dem Beginn der Transformation eines Fremden in ein Eigenes, ein Vertrautes. Bei der Annäherung an einen Fremden, zum Beispiel einen Migranten, findet dieser Vorgang externalisiert statt. Die Ambivalenzphase bei der Annäherung ist geprägt durch die „Neugier auf“ und „Angst vor“. Wenn es zur „Auseinandersetzung / Begegnung mit“ dem fremdem Anderen kommt, beginnt bereits die Integration des Fremden in das Eigene. Je größer die Faszination und die Exotik des Fremden ist, umso dynamischer gestaltet sich der Transformationsprozess. Dieser erfolgt nicht linear, sondern zyklisch. Es werden die Annäherungsgefühle immer wieder durchlaufen beim Oszillieren zwischen dem Eigenen und dem Fremden. Eine Analogie zwischen

dem Bewussten und dem Unbewussten und dem Fremden und dem Eigenen ist unübersehbar (s. auch Erdheim, 1982, 1992). Das Unbewusste ist nur so lange unbewusst, wie es nicht in der bewussten Wahrnehmung erscheint, und das Fremde ist nicht länger fremd, wenn es zur Aneignung, zur "Zueigenmachung" und Integration in das Eigene, also zu einer Ent-fremdung des Fremden kommt.

Von dem Gegenteil, einer Verfremdung des Fremden i.S. einer Steigerung, wurden wir Zeuge, als wir ein Gespräch zwischen Asterix und Obelix unfreiwillig mit anhörten. Asterix dachte sich wohl nichts dabei, es sprach eher das Unbewusste aus ihm als er beiläufig sagte: „Ich habe nichts gegen Fremde, aber diese Fremden sind nicht von hier.“

Das Gegenstück zu solchen Aussprüchen liefert Karl Valentin, mit der Entdeckung des Fremden in der eigenen Kultur und dessen humorvoller Ver- und Entfremdung. Diese kleine Kostbarkeit ist inszeniert als ein Lehrer-Schüler-Dialog und er entfaltet sich so:

"Ja, ein Fremder ist nicht immer ein Fremder. - Wieso? - Fremd ist der Fremde nur in der Fremde. - Das ist nicht unrichtig. - Und warum fühlt sich ein Fremder nur in der Fremde fremd? - Weil jeder Fremde, der sich fremd fühlt, ein Fremder ist, und zwar so lange, bis er sich nicht mehr fremd fühlt, dann ist er kein Fremder mehr. -

Sehr richtig! - Wenn aber ein Fremder schon lange in der Fremde ist, bleibt er dann immer ein Fremder? -

Nein. Der ist nur so lange ein Fremder, bis er alles kennt und gesehen hat, denn dann ist ihm nichts mehr fremd. -

Es kann aber auch einem Einheimischen etwas fremd sein! -

Gewiss, manchem Deutschen ist zum Beispiel die Bildzeitung nicht fremd, während ihm Tucholsky, Morgenstern, Rilke und so weiter fremd sind. -

Damit wollen Sie uns also sagen, dass der Einheimische in mancher Hinsicht in seinem eigenen Land zugleich noch ein Fremder sein kann." (Karl Valentin "Die Fremden")

Das „Bild“ vom Fremden

Die Geburt ist die erste Konfrontation des Kindes mit den Fremden, das identisch ist mit den extra-uterinen Wirklichkeiten. Diese primäre Begegnung verläuft bekanntlich unter der ihr eigenen Dramatik und alle späteren Begegnungen mit dem Fremden enthalten potentiell diese Dramaturgie in ihrem Kern. Die primäre Begegnung mit dem Fremden geht allerdings auf der S. der Sicherheiten Hand in Hand mit der Annäherung an die Mutter oder eine andere primäre Bezugsperson. Allerdings muss diese das Kind annehmen, und das Kind muss diese Person annehmen. Die geglückte primäre oder Mutter-Kind-Beziehung ist die ursprünglichste Form der Entfremdung des Fremden und kann als prägend für alle vertrauensbildenden Prozesse verstanden werden. Auf einer sekundären Stufe ist das Fremde dann die „Nicht-Mutter“ (Erdheim, 1992). Ihre Abwesenheit macht existenzielle Ängste oder aggressive Gefühle, ggf. auch depressive Trauer frei. Es käme zu einer Fixierung auf die primäre Bezugsperson als Sicherheit gebendes Objekt, wäre da nicht die Neugier auf und die Faszination am Fremden. Ohne diese gäbe es keine Erweiterung der Eigenwelten des Kindes durch das Fremde. Die Zuwendung des Kindes zu fremden Objekten seiner Wahrnehmung aber bietet die Chance zur Öffnung und Diversifikation der primären Beziehung. Dabei bildet sich im Oszillieren zwischen primärer Bezugsperson und Fremden ein affektiv geprägtes Bild vom Fremden aus. Erdheim (1992) sagt: „Das Bild des Fremden bietet eine Alternative an, in dem es dem Kind ermöglicht, eine Beziehung zu der Person aufzunehmen, die nicht seine Mutter ist.“ Symbolisch sind in dem Bild vom Fremden die Begegnungen mit allen Fremden, denen es begegnet ist, nicht etwa konkret - aber ggf. durch konkrete Erinnerung -, sondern in seiner emotionalen Bewertung als Erfahrung enthalten. Die Summe dieser Erfahrungen prägt das Bild vom Fremden, die „Fremden-Repräsentanz“. Diese hat deshalb mindestens zwei wichtige normalpsychologische Funktionen für das Kind, nämlich zum einen bietet sie die Chance der Erweiterung seiner Eigenwelten um alle als gut erlebten Fremdwelten und zum anderen die des Schutzes seiner seelischen

und körperlichen Integrität durch präventorische Abwehr des antizipatorisch als destruktiv wahrgenommenen Fremden.

Es gibt darüber hinaus eine dritte Bedeutung der Fremden-Repräsentanz, die der Projektion auf das Fremde als Böses (Erdheim 1992). Dabei kommt es zur übermäßigen Idealisierung des Eigenen und einer Dämonisierung des Fremden. Die inkriminierten Eigenschaften werden dann nicht im Eigenen (der Familie, der Gruppe, der Gesellschaft), sondern im Fremden lokalisiert und dort bekämpft. Eine so beschaffene Fremden-Repräsentanz entwickelt sich „zu einer Art Monsterkabinett des verpönten Eigenen“, wie Erdheim (1992) treffend bemerkte. Die polarisierende Spaltung zwischen dem eigenen Guten und dem fremden Bösen ist damit vollzogen. Diese Projektion braucht das Fremde, um sich nicht mit dem Eigenen beschäftigen zu müssen, und – dies vor allem – sich nicht verändern zu müssen. Jede Veränderung macht Angst. Aber Nicht-Veränderung bedeutet Stillstand. Der Kampf gegen das Fremde ist somit zweifach determiniert, einmal um sich nicht verändern zu müssen und zum zweiten, um den Stillstand nicht ertragen zu müssen. Es resultiert eine Gesellschaft der Spießbürger, die durch Leere und Erstarrung geprägt ist.

Verstehensmodelle des Migrationsprozesses

Migranten wechseln von einer relativ eindeutigen Wirklichkeit ihrer Ursprungskultur unter Loslassen eingeschliffener vorhandener Verhaltens- und Erlebnismuster in eine relativ mehrdeutige Wirklichkeit mit der Notwendigkeit des Erwerbs neuer Verhaltensmuster. Diese „Transitionsphase“ (van Bekkum, i.D.) verändert die Identität der betroffenen Individuen selbst und geht einher mit einer Entwicklungsphase, die sich als die dritte Individuation im Leben eines Menschen bezeichnen lässt (Machleidt, 2004). Mit diesem Begriff ist bewusst eine besondere Reifungsstufe impliziert, die Nicht-Migranten so nicht erleben und bewältigen müssen. Die Analogie verweist also auf eine besondere Fähigkeit der Migranten und grenzt sich bewusst von allen Versuchen ab, nicht-europäische Kulturen als kindlich oder primitiv zu missdeuten (Heinz, 2002).

Mit „Identität“ wird hier in Anlehnung an Erdheim (1992) eine psychische Struktur bezeichnet, „die Orientierungshilfen anbietet, indem sie die Kategorien des Eigenen und des Fremden in ein Verhältnis zueinander bringt... und zur Orientierung innerhalb sozialer Beziehungen eingesetzt wird.“ Ethnien grenzen sich typischerweise zur Wahrung ihrer eigenen Identität von der Nachbarkultur ab und werten stereotyp die Angehörigen der eigenen Bezugsgruppe auf und die der fremden Nachbar-ethnie ab (Volkan, 1988). Dies gilt innerhalb wie außerhalb von Nationalstaaten (s. Witzkultur über Ostfriesen, Bayern, Sachsen etc. in Deutschland). Ethnien bilden so Vorstellungen oder Vorurteile gegenüber dem Eigenen (Stichwort „Selbsthethnisierung“) wie dem Fremden heraus und entwerfen Handlungsanweisungen für den Umgang mit dem / den Fremden. Von besonderem Interesse ist für die folgenden Überlegungen die Frage, wie Menschen die Aneignungsprozesse des Fremden bewältigen und welchen Wandlungen sie dabei selbst unterworfen sind.

Migration als dritte Individuation: Die interkulturelle Geburt

„Metaphorisch können wir die Entwicklung eines Menschenlebens als eine Abfolge von „Migrationen“ betrachten, durch die der Mensch sich fortschreitend von seinen Primärobjekten entfernt“ (Grinberg und Grinberg, 1990). Die biographische Wanderungsbewegung eines Menschen durchläuft entwicklungspsychologisch zwei Individuationsphasen, nämlich die Geburt und die Adoleszenz (Blos, 1973). Diese sind die beiden großen Individuationsschritte. Davon zu unterscheiden sind häufig auch als kritisch erlebte Übergänge in der Individualentwicklung - in der frühen Kindheit die Entwöhnung, das Laufen und Sprechen lernen, die sog. ödipale Phase, die Eingliederung in den Kindergarten, die Einschulung etc.. Im Erwachsenenalter sind es z.B. das Verlassen des Elternhauses, Beginn oder / und Abschluss der Berufsausbildung, Berufsbeginn, feste Partnerbindung, Geburt eigener Kinder, Übernahme leitender Funktionen im Beruf, Tod der Eltern etc.. Diese Schritte lassen sich als „Binnenmigration“ verstehen. Das Gemeinsame der beiden großen Individuationsphasen und der Übergangssituationen ist die Anforderung an das Individuum, sich von sei-

nen ursprünglichen Primärobjecten schrittweise zu entfernen und so zunehmend zu verselbständigen. Jeder einzelne dieser beiden Individuationsschritte erfordert eine Ablösung und bietet einen Zugewinn an Freiheitsgraden. Wie ist dies bei der Migration zu verstehen, wenn sie als dritte Individuation, als „Geburt als Weltbürger“ interpretiert wird, die der „Geburt als Individuum“ und der „Geburt als Erwachsener“ folgt? Was kommt hinzu, um die Migration, also das Verlassen der Ursprungskultur und die Integration in eine fremde Kultur, als die dritte Individuationsphase oder als „Kulturelle Adoleszenz“ im Leben eines Menschen bezeichnen zu können?

Die Entfernung von den Primärobjecten nimmt bei der Migration in eine fremde Kultur dramatisch und häufig unumkehrbar zu. Das Verlassen des eigenen Kulturraumes erfordert ähnlich wie in der Adoleszenz die Ablösung von den kulturtypischen Beziehungsobjekten, die als mütterlich / väterliche Ersatzobjekte (z.B. Muttersprache, Vaterland) Surrogatcharakter haben. Die kulturtypischen Elternsurrogate müssen durch Kulturfremde ersetzt werden. Die kulturtypischen Bezugsobjekte sind Repräsentanten des eigenen nationalen kulturellen Universums, das ein mehr oder minder geschlossener Raum ist, in dem das Individuum bisher Geborgenheit, Vertrautheit, Sicherheit, Befriedigung etc. erfahren hat. Das Verlassen dieses Raumes durch Migration ist eine Grenzüberschreitung in ein fremdes, unbekanntes Terrain, vergleichbar dem Verlassen des familiären Raumes in der Adoleszenz oder des Uterus unter der Geburt. Die je spezifischen Unterschiede der Grenzüberschreitung oder Schwellensituation sind entwicklungspsychologisch determiniert und kennzeichnen einen Übergang von einem „Dinnen“ zu einem „Draußen“. Bei der Geburt wird das „Dinnen“ des Uterus verlassen und „draußen“ erfolgt die Aufnahme in die Familie, in der Adoleszenz wird das „Dinnen“ der Familie verlassen und „draußen“ erfolgt die Aufnahme in die Gesellschaft. Bei der Migration wird das „Dinnen“ der Ursprungsgesellschaft verlassen und „draußen“ erfolgt die Aufnahme in (eine) andere (Welt)Kultur(en). Die Bewältigung jeder der drei Individuationsphasen ist so etwas wie eine Geburt bzw. eine Art Wiedergeburt. Die innere Bewältigung und Entwicklung des Gegensatzpaares „Dinnen-Draußen“ kennzeichnet den Prozess und die Überwindung des ihm innewohnenden Antagonismus zwischen Familie, Gesellschaft und Kultur. (Abb. 1)

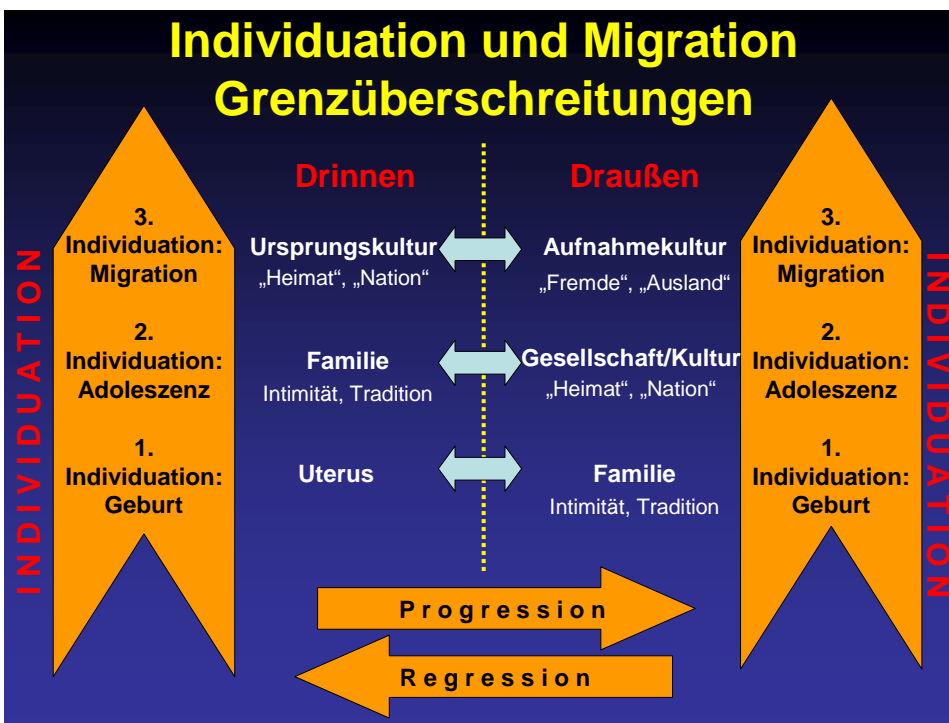


Abb.1: Individuation und Migration. Die spezifischen Unterschiede bei den Grenzüberschreitungen bei Geburt, Adoleszenz und Migration als „Kultureller Adoleszenz“ sind entwicklungspsychologisch und kulturell determiniert.

Auf diesen Antagonismus zwischen Familie und Kultur wies Freud in „Das Unbehagen in der Kultur“ (1930) hin. Dort heißt es, dass die Familie das Individuum aber nicht freigeben will. Sie macht es den Adoleszenten besonders schwer durch einen innigen Zusammenhalt der Familienmitglieder untereinander in den „größeren Lebenskreis“, Gesellschaft und Kultur, einzutreten.

Erdheim fasst die Antagonismus von Familie und Kultur wie folgt zusammen: „Die Familie ist der Ort des Aufwachsens, der Tradition, der Intimität im Guten und im Bösen, der Pietät und der Verfemung. Die Kultur hingegen ist der Ort der Innovation, der Revolution, der Öffentlichkeit und der Vernunft... Der Antagonismus schafft den objektiven Raum, in welchen die Adoleszenz sich erfüllen kann. Der zweite Trieb Schub ist eine der Voraussetzungen für den Kulturwandel: Eben weil das Individuum nicht in dem aufgeht, was die Familie ihm vorgegeben hat, ist ein Wandel möglich,“ (1992).

Der Individuationsschritt der Migration findet auf einer abstrakteren symbolischen Ebene des erwünschten Fremden statt, mit der Konsequenz der Ablösung von der Ursprungskultur wie der Muttersprache, dem Vaterland und dem Verlassen des primären kulturellen Raumes. Denn nicht jedes Individuum findet ausreichende Erfüllung in dem, was die eigene Kultur ihm vorgibt, wie z.B. den kulturellen Gütern und Errungenschaften, Exotischem etc.. Die zurückgelassenen Symbole der Ursprungskultur wie Sprache, soziale Interaktionsmuster, Religion, Geschichte, Politik, Alltagsrituale etc. werden in ihrer Geltung eingeschränkt. Dies gilt umso mehr, je kleiner die am Ziel der Reise angetroffene Community aus dem jeweiligen Heimatland ist, in der sich Migranten ohne notwendiges Erlernen der Sprache(n) und kulturellen Codes des Migrationslandes erfolgreich bewegen können. Sinn und Bedeutung der Symbole des neuen Kulturraumes müssen erlernt und in ihrem Gebrauch erprobt werden. Dies bedeutet einen Neuanfang auf der Grundlage der bisher erreichten Individuation unter Verflüssigung der Struktur des Selbst und die Entstehung von etwas, dass ein höheres Integrations- und Individuationsniveau erfordert als das zuvor erreichte.

Die Analogie zur Adoleszenz besteht in der Erweiterung des psychischen und sozialen Erfahrungshorizontes und dem damit verknüpften Zugewinn. Allerdings im Unterschied zur Adoleszenz ohne die bekannten biologischen Veränderungen. Die „Kulturelle Adoleszenz“ kann als Metapher für die mentalen und sozialen Veränderungen bei der Migration verstanden werden. Sie besagt aber auch, dass Migration nicht nur ein Dazulernen ist, sondern einen Entwicklungsschritt für die Betroffenen darstellt.

Die Bedeutung der Adoleszenz in der Psychoanalytischen Kulturtheorie

Ich sprach von der „Kulturellen Adoleszenz“ als Metapher, als ein Bild zur Veranschaulichung für den eigentlichen Vorgang des sich kritisch entwickelnden Migrationsprozesses. Die Adoleszenz wird hier als ein Begriff für die psychischen und sozialen Umbrüche als Folge der körperlichen und sexuellen Entwicklung während der Pubertät verstanden. Ich möchte im Folgenden kurz die wesentlichen Elemente der Psychoanalytischen Kulturtheorie skizzieren die für die Hypothese von der „Kulturellen Adoleszenz“ hilfreich sind und die Gemeinsamkeiten zwischen den kritisch verlaufenden adoleszenten und migratorischen Entwicklungsprozessen herausarbeiten.

Die Psychoanalytische Kulturtheorie hebt die Rolle der Adoleszenz für die Kulturentwicklung und den Kulturwandel hervor. Sie liefert gute Argumente für den Kulturwandel in einer Einwanderungsgesellschaft durch die Migrationsprozesse der Einwanderer. Die psychoanalytische Kulturtheorie fußt auf 2 Annahmen:

1. Der zweizeitigen Sexualentwicklung geteilt in ödipale Entwicklung und Pubertät und
2. dem Antagonismus zwischen Familie und Gesellschaft (nach Erdheim 1997, S. 272-368 „Adoleszenz und Kulturentwicklung“)

Die mit dem Ausklang der ödipalen Phase verdrängten Wünsche gegenüber den Elternfiguren kehren in ihrer Dreieckskonstellierung in der Pubertät / Adoleszenz wieder, allerdings unter dem kulturellen Diktat des Inzesttabus in gewandelter Form als Dreieck Individuum, Familie, Kultur. Dies gilt in ausgeprägter Form in mitteleuropäischen Gesellschaften in abgeschwächter Form in anderen wie z.B. orientalischen Gesellschaften. In der Folge erzwingt dies die Loslösung von den ersten Liebesobjekten und die Zuwendung zu außerfamiliären Liebespartnern, zur Exogamie. Bei diesem Entwicklungsprozess gehen die Fähigkeiten zur Zärtlichkeit und zur Sinnlichkeit eine Synthese ein, sofern es sich um eine geglückte Adoleszenzentwicklung handelt. Dies bedeutet, dass Sublimierung und Triebverzicht am Anfang von Kultur und Gesellschaft stehen. Dieses ist eine der wesentlichen Erkenntnisse der psychoanalytischen Kulturtheorie. Da aber aus der Kindheit unzählige Wünsche im Unbewussten präsent sind bzw. das Unbewusste ein unerschöpfliches Wunschreservoir darstellt, dass nach Erfüllung drängt, wird die Kultur vor immer neue Aufgaben gestellt. „Die Möglichkeiten diese Wünsche durch Kreativität umzusetzen und mit ihnen in der Realität umgehen zu können, wird wesentlich durch den Verlauf der Adoleszenz mitbedingt“ (aaO. S. 275). Diese Disposition „scheint eine der Bedingungen für die Eignung des Menschen zur Entwicklung einer höheren Kultur,...“ zu sein (Freud 1905 b: 135 zitiert aaO. S. 275).

Die Erfahrungen der frühen Kindheit sind für die familiäre Entwicklung natürlich von großer Bedeutung. Für die Kulturentwicklung sind sie jedoch nicht so ausschlaggebend, wie früher angenommen wurde. Vielmehr leistet „die Dynamik der Adoleszenz einen entscheidenden Beitrag zur Möglichkeit des Kulturwandels (aaO., S. 276). Die Adoleszenz lockert die familiären Strukturen und schafft die Voraussetzung für eine Neustrukturierung der Persönlichkeit und die Eröffnung neuer Erfahrungshorizonte. „Vielleicht kann man diesen Prozess mit einer Verflüssigung vergleichen. Gewiss sind beim Pubertierenden auch regressiv Züge zu beobachten, ich ziehe es aber vor, dass freiwerden von Kräften, die an Strukturen gebunden waren, und die darauf folgende Reorganisation in der Form der Identifizierung und der Besetzung neuer Objekte hervorzuheben“ (Eißler 1958: 869, zit. aaO., S. 277).“Betrachtet man Lernprozesse als die Grundlage der Kulturentwicklung, so können wir nun annehmen, dass es die während der Adoleszenz eingeleiteten Lernprozesse sind, die die Einstellung des Individuums zur Kultur bestimmen werden. Die Verflüssigung der in der Familie angeeigneten psychischen Strukturen ermöglicht es dem Menschen, neue Anpassungs- und Kulturformen zu entwickeln, die nicht auf die Familie zurückführbar sind“ (aaO., S. 277). Bernfeld (1923, zit. n aaO. S. 277) sagt: „Das Kulturgebiet an dem [der Adoleszent] beteiligt ist, war nicht zu allen Zeiten das gleiche: Religion, Politik, Kunst, Wissenschaft, geselliges Leben, Sport und dergleichen mehr (...) mögen abwechselnd oder gleichzeitig davon betroffen sein (...). Häufig ist die Form dieser kulturellen Erscheinung der (gestreckten) Pubertät die Gleiche. Sie wirkt in irgendeinem Sinne revolutionär, d. h. sie erhebt Forderungen, vertritt Inhalte, Anschauungen, die denen der jeweiligen Erwachsenen widersprechen, also relativ neu sind.“ „Der Zusammenhang zwischen der Dynamik der Adoleszenz und dem Wandel der Kultur ist so offensichtlich, dass es einen erstaunt, das er nicht schon früher als Ansatz gewählt wurde, um die Psychologie der Adoleszenz besser zu verstehen. Der Antrieb, Kultur zu *verändern* muss im Menschen ebenso angelegt sein wie seine Fähigkeit, sie sich anzueignen und zu bewahren. Beide Momente spielen in der Adoleszenz eine entscheidende Rolle. Die Adoleszenz treibt den Menschen einerseits dazu, das Überlieferte in Zweifel zu ziehen, zu verunsichern und neue Perspektiven zu suchen, und andererseits stellt sie ihn vor die Aufgabe, sich nicht zu verlieren und die Kontinuität zu wahren“ (aaO., S. 296). Vor diesem Hintergrund des psychoanalytischen Adoleszenzverständnisses ist es leichter zu fassen, was ich mit dem Begriff der „Kulturellen Adoleszenz“ im Migrationsprozess sagen möchte.

Das zweite Element der Kulturentwicklung ist das folgende: Freud geht davon aus, dass Familie und Kultur antagonistisch zueinander stehen. Zitat aus seiner Arbeit „Unbehagen in der Kultur“: „Wir haben bereits erraten, dass es eine der Hauptbestrebungen der Kultur ist, die Menschen zu großen Einheiten zusammenzuballen. Die Familie will aber das Individuum nicht freigeben. Je in- niger der Zusammenhalt der Familienmitglieder ist, desto mehr sind sie oft geneigt, sich von den

anderen abzuschließen, desto schwieriger wird ihnen der Eintritt in den größeren Lebenskreis. Die phylogenetisch Ältere, in der Kindheit allein bestehende Weise des Zusammenlebens wehrt sich, von der später erworbenen kulturellen abgelöst zu werden. Die Ablösung von der Familie wird für jeden Jugendlichen zu einer Aufgabe, bei deren Lösung ihn die Gesellschaft oft durch Pubertäts- und Aufnahmearten unterstützt“ (aaO., S. 277). „Die Kultur sei ein besonderer Prozess ... der einzelne menschliche Individuen, später Familien, dann Stämme, Völker Nationen zu einer großen Einheit, der Menschheit zusammenfassen wolle. Warum das geschehen müsse, wissen wir nicht; (Freud 1997, S. 481).

Die Adoleszenz ist die Zeit des Ausbruchs aus der Enge familiärer Strukturen und die Anpassung an und die Gestaltung einer dynamischen expansiven Kulturstruktur unter Bildung neuer Gruppierungen. Das Aufbegehren gegen das Überkommene, tradierte, die Rebellion und die Innovation stehen im Vordergrund. Die gilt in besonderer und subtiler Weise für kollektivistische Kulturen, in denen das adoleszente Individuum weniger konfrontativ aber auf seine Weise einen eigenen Weg in der Großfamilie sucht. Das Spannungsverhältnis des Antagonismus zwischen Familie und Kultur führt auch dazu, eine der Hauptbestrebungen der Kultur, „die Menschen zu großen Einheiten zusammenzuballen (Blos 2001) zu verwirklichen. D.h. an der Bildung von Gruppen, Vereinen, Gemeinden, Parteien, Regionen, Staaten und Staatsverbänden aktiv mitzuwirken und damit die Strukturen der Gesellschaft nachhaltig zu verändern. Die türkischen Migranten haben sich auf solche Strukturbildungen in Deutschland besonders gut verstanden, weniger gut aber inzwischen zunehmend auch die Migranten aus Osteuropa.

Die oben skizzierte Adoleszenzentwicklung orientiert sich daran, wie sie sich in „heißen Gesellschaften“ also in den westlichen Industriegesellschaften mit ihrem „gierigen Bedürfnis nach Veränderung“ (aaO., S. 289) vollzieht. Für „kalte Gesellschaften“, dies sind traditionelle Gesellschaften mit kaum merklichen sozialen Veränderungen, gilt das Ziel der Nicht-Veränderung auch für die Adoleszenzentwicklung, d.h. das oberste Gebot bleibt die Wahrung und Pflege der Traditionen. Der Anthropologe Levi Strauß (1960: 39), von dem diese beiden Unterscheidungen stammen, sagt, kalte Gesellschaften seien darum bemüht, gegen „jede Veränderung ihrer Struktur, die ein Eindringen der Geschichte ermöglichen würde, verzweifelt Widerstand zu leisten“. Diese Gesellschaften versuchen also alle Unterschiede insbesondere auch die generationalen zu neutralisieren (aaO., S. 288).

Analogien zwischen den Krisen des Adoleszenzprozesses und des Migrationsprozesses

Die Metapher von der „kulturellen Adoleszenz“ geht von der Hypothese aus, dass die Krisen der Adoleszenz in vielfacher Hinsicht den Krisen gleichen, die die Migrationsprozesse auslösen. Es besteht eine Analogie zwischen den Entwicklungsleistungen die Migranten und die Adoleszenten bei der Integration in die Kultur bzw. Aufnahmekultur erbringen müssen.

Für Migranten wie Adoleszenten bedeutet der kritische Veränderungsprozess die Außerkraftsetzung des Wiederholungszwangs, dem alles Leben unterworfen ist und der die Voraussetzung dafür ist, das zu wagen, was man einen Neubeginn nennen kann. In der Phantasie von Adoleszenten und Migranten taucht das Wort Neubeginn regelmäßig auf. Inwieweit Adoleszenz und Migration psychologisch als so etwas wie ein Neubeginn verstanden werden kann, lässt sich anhand einiger typischer Charakteristiker darstellen.

Während der Adoleszente sich aus den Beziehungen bzw. Verstrickungen seiner Ursprungsfamilie lösen muss, muss sich der Migrant aus den Beziehungen und Verstrickungen in seine Ursprungsgesellschaft ablösen. Beide sind darauf angewiesen, neue Partner bzw. neue Freunde außerhalb von Familie bzw. Heimat zu gewinnen. Sie haben auch die Chance, die sonst kaum ein anderer Biographieabschnitt bietet, die eigene Vergangenheit und Zukunft aus einer neuen Individualdistanz bzw. einer kulturellen Neuorientierung heraus zu bewerten und frühere Sinnstiftungen und Bedeutungen zu revidieren. Dabei ergibt sich aus adoleszenter wie aus kulturvergleichender Sicht z.B. aus einem

religiösen oder säkularisierten Blickwinkel ein radikaler Bedeutungswandel in Bezug z.B. auf die Sexualität, auf Beziehungen, auf Gender (männlich / weiblich) und Arbeit, um nur diese zu nennen. Der adoleszente Drang Grenzen zu verschieben und zu überschreiten hat etwas Rebellisches, „Wildes“, Unbeständiges, Unberechenbares und Innovatives. Dem ähnelt der „Kulturelle Adoleszent“, der Migrant in seiner Faszination am Fremden und dem Drang es sich auf für ihn kulturell möglichst bekömmliche Art und Weise einzuverleiben, indem er es umstrukturiert, ändert, kritisiert, ablehnt, bekämpft oder eben neu erschafft. Für beide, Adoleszenten wie Migranten, entsteht an der Grenze zwischen dem Eigenen und dem Fremden das Neue, das Kultur zu einer lebendigen, dynamischen Inszenierung macht. Eingeräumt werden muss, dass für beide die Spannung zwischen dem Eigenen und dem Fremden nicht leicht auszuhalten ist. Diese Spannung ruft Stress als Herausforderung und Bewältigungsanreiz, Akkulturationsstress als Eu-Stress hervor oder aber eine Blockade der Akkulturation durch diesen Stress. Es treten „große Gefühle und Affekte“ auf und müssen bei Adoleszenten wie bei Migranten ausgehalten werden, wie das Begehren und die Unersättlichkeit auf das Neue und die Faszination und die Euphorie an dem Neuen. Aber nicht nur die positiven „großen Gefühle und Affekte“ sind es, die ausgehalten und bewältigt werden müssen, auch die negativen sind es gerade wie z.B. existenzielle Ängste vor dem Scheitern. Es sind auch die Schmerzen bei der Trennung von den psychischen und sozialen Räumen der Kindheit bzw. der Heimat. Adoleszenten erleben so etwas wie Weltschmerz und tiefe Trauer beim Zurücklassen der Welt ihrer Kindheit und Migranten beschreiben häufig einen geradezu als physisch empfundenen Schmerz, der auch ein „Wachstumsschmerz“ genannt werden kann beim Verlassen ihrer Heimat und eine lange währende tiefe Trauer - manchmal lebenslang - um das Zurückgelassene.

Neue reale und imaginäre Beziehungen eröffnen in der Adoleszenz größere außerfamiliäre Handlungsspielräume, die zum Entwurf eines neuen Selbstbildes bei beiden Geschlechtern mit neuen Rollen beitragen. In der Migration kommt es zu Erschütterungen des alten und zur Neuformierung eines neuen bi-kulturellen Selbstbildes. Für die Familienväter sind eine Veränderung ihrer sozialen und beruflichen Aufgaben und eine Änderung ihres Lebensentwurfs sowie ihre sich wandelnde Rolle in der Familie eine besonders große Herausforderung z.B. bei Aussiedlern und eine Erschütterung ihrer traditionellen unangefochtenen Stellung als Familienoberhaupt wie z.B. bei muslimischen Migranten. Die Väter sind bei der Wandlung ihres Selbstbildes besonders gefordert, denn da geht es um Einbußen an Macht. Für Frauen bieten sich neue Möglichkeiten z.B. zu mehr Teilhabe an der Macht, verbunden aber mit der Angst um die Bewältigung von Brüchen mit der Herkunftskultur, z.B. bei dem Versuch einen selbstbestimmten Lebensstil jenseits der Ursprungsfamilie zu führen etc. (siehe auch sog. „Ehrenmorde“).

Omnipotenzphantasien kehren in der Adoleszenz wieder, verknüpft mit dem aggressiven Drang nach Verwirklichung, nicht nur in der Phantasie sondern eben auch in der Realität stärker, schöner und klüger zu sein als andere. Diese Allmachtswünsche kehren in der Migration auch wieder, vorhanden mit dem Drang der realen Umsetzung im Sinne eines Neubeginns in der neuen Kultur. Sehnsüchte und Wünsche nach eigener Größe und Einmaligkeit kommen an die Oberfläche und drängen nach Verwirklichung. Beim Adoleszenten und Migranten sind diese Omnipotenzphantasien auch als Abwehr gegenüber Versagensängsten, möglichem Scheitern, inhärenten Enttäuschungen, Selbstwerteinbußen etc. zu verstehen und können als wichtiges narzisstisches Regulativ in einer psychisch besonders vulnerablen Lebensphase angesehen werden. In dieser vollzieht sich bei beiden, bei Adoleszenten wie bei Migranten eine klarere Abgrenzung zwischen Phantasie und Realität mit der Chance zunehmender Selbstreflektion d.h. der Möglichkeit phantasievollen Durchspielens unterschiedlicher sozialer und kultureller Szenarien im Zusammenhang mit sexuellen Beziehungen, neuen Rollen, erweiterten Handlungsspielräumen, sozialer Macht in der Peer Group, am Arbeitsplatz etc.. Diese Entwicklungen und Fähigkeiten tragen bei Migranten und Adoleszenten in ähnlicher Weise zu mehr Kongruenz zwischen Alltagsphantasien und Realitätsbewältigung bei und eröffnen den Betroffenen mehr Ansätze für größere Befriedigung in den neuen sozialen und kulturellen Wirklichkeiten.

Zu der Adoleszenz als Triebkraft für den Kulturwandel tritt der schon oben erwähnte Antagonismus zwischen Familie und Gesellschaft bzw. Kultur. Man kann Familie und Kultur als zwei weitgehende eigenständige Systeme verstehen, die eigenen Regulativen folgen und im Widerspruch zueinander stehen. Hierin liegt ein zentraler Konflikt in allen Kulturen für die Entwicklung seiner Mitglieder. Der Adoleszent verlässt, wie wir oben sagten, die Ursprungsfamilie und tritt in die Kultur ein, der Migrant verlässt seine Heimat bzw. Ursprungskultur und tritt in eine fremde Kultur ein. In beiden „rites des passages“ wird dem Betroffenen etwas Neues zivilisatorisch Differenzierteres abverlangt. Daraus resultiert auch die Schwierigkeit, mit beiden Systemen zugleich zurechtzukommen. Eine Verflüssigung der alten psychischen Strukturen und eine Neuformierung des adoleszenten Selbst bzw. eines bi-kulturellen Selbst schafft günstigere Voraussetzungen für individuelle Formen des Grenzgängertums bzw. des Hin- und Herpendelns zwischen Familie und Kultur bzw. Heimatkultur und neuer Aufnahmekultur. So wie das viele alteingesessene Migranten bei uns gekonnt praktizieren. Wie bei jedem antizipierten Neuanfang ergibt sich damit die expansive Nutzung gegebener Chancen und Möglichkeiten, das in der Kultur zu korrigieren, was in der Familie fehlgeschlagen ist bzw. das zu korrigieren, was in der Heimatkultur misslang und zu einem Erfolg in der Aufnahmekultur zu machen. Umgekehrt können in der Familie Erfahrungen aus der Kultur relativiert oder kompensiert werden bzw. Erfahrungen aus der fremden Kultur in der Heimatkultur in ein besseres Verhältnis gesetzt werden. Diese Chance eröffnet sich denjenigen, die im ursprünglich Eigenen wie im Fremden die Herausforderungen der Akkulturation angenommen und zu einem guten Stück haben bewältigen können. Die Krise der Adoleszenz und der „Kulturellen Adoleszenz“ im Migrationsprozess eröffnen die Chance dazu.

Bei den Krisen in den Prozessverläufen der Adoleszenz und der Migration die ich in Vergleich gesetzt habe, geht es um eine Analogie (griechisch. Übereinstimmung). Beide Vorgänge entsprechen sich bzw. stehen in einem Verhältnis der Entsprechung zueinander und sind in bestimmten Elementen ähnliche aber nicht identische Vorgänge.

Die bleibenden Unterschiede, die zwischen Migranten und Adoleszenten bestehen, sind die biologische pubertäre Sexualentwicklung die ältere Migranten schon durchlaufen haben, die Sesshaftigkeit, das spezielle Lebensalter, die ethnische Herkunft und der breite Erfahrungshorizont der Migranten bzw. deren „Weltläufigkeit“ im Sinne einer bi-kulturellen oder mehrkulturellen Orientierung als zivilisatorischer Vorteil bei einer zunehmend größeren kulturellen Vielfalt in den Weltkulturen.

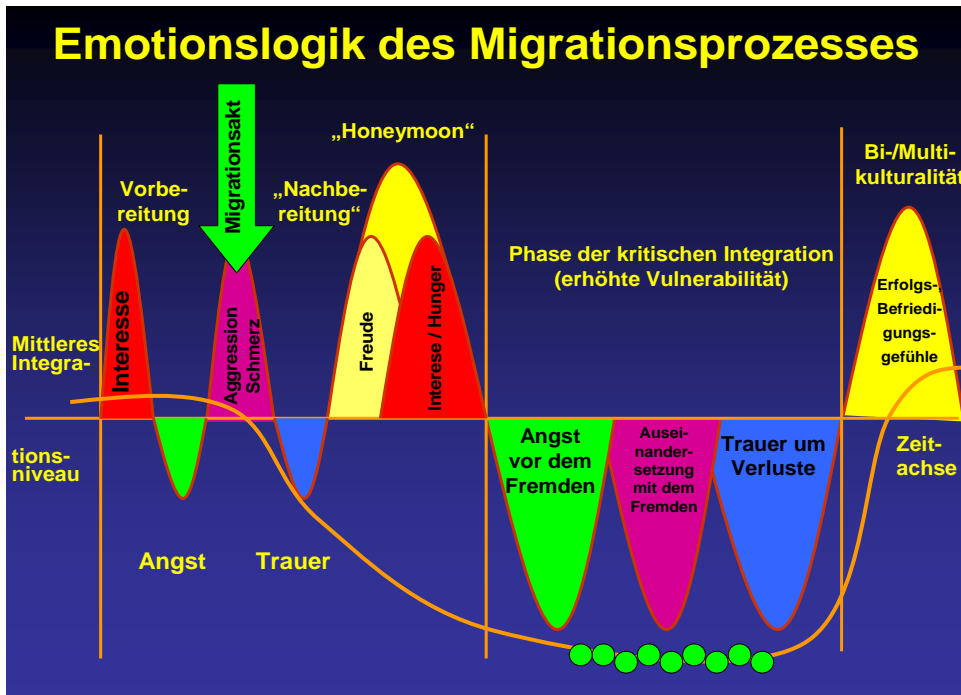
Krönkung und psychische Krankheit in der Fremde

Dienstag, 24. April 2007

Ablösung von der Ursprungskultur

Jeder freiwilligen Migration geht die Neugier auf das neue Unbekannte voraus, verbunden mit der Faszination an den Wandlungsprozessen und Metamorphosen, die durchlaufen werden, und den Errungenschaften und „ungeahnten Möglichkeiten“, die sich eröffnen. Das Erleben in dieser Phase des Migrationsprozesses ist von dem Primärgefühl der Neugier und Vorfreude auf das Neue, Unbekannte geprägt. „Die Betrachtung der Migration als Unglück oder auch die dramatisierende Betonung der GefahrenS. muss wohl als individuelle Angst bzw. Abwehr vor den Verführungen die von der Migration ausgehen gedeutet werden. Denn die ambivalente Haltung vieler Menschen gegenüber Sesshaftigkeit und gleichförmiger Stabilität sowie die Ambivalenz gegenüber der eigenen Kultur wegen der durch sie auferlegten Verzichte und Sublimierungen im Sinne beengender sozialer Spielregeln wird häufig gar nicht in Betracht gezogen“ (Erdheim 2003). Migration löst entgegen diesen Annahmen nicht nur Ängste und Verzweiflung aus, sondern „vielmehr Hoffnungen auf ein anderes und besseres Leben“ und zwar auch dann, wenn die Migration eine durch Krieg und Vertreibung erzwungene war. „Die Hoffnungen richten sich auf ein Leben in denen das realisierbar wird, worauf bisher verzichtet werden musste.“ Die Migration hat häufig dieses „utopische Moment“. Man hofft auf einen radikalen Neuanfang des eigenen Lebens und möchte auch „den Verstrickungen in die Geschichte der eigenen Kultur“ zu entkommen (Erdheim 2003) – wie z.B. die nach dem 2. Weltkrieg in die USA emigrierten deutschen Immigranten. Positive Erwartungen unterschiedlichster Art sind ganz typisch mit dem Auftakt eines Migrationsprozesses verknüpft. Nicht übersehen werden darf, dass die weitaus meisten Migrationsgeschichten Erfolgsgeschichten sind bzw. die Migration ganz gut bewältigt wird. Dies muss einer häufig anzutreffenden Dramatisierung, die Abwehrcharakter hat, entgegengehalten werden. Migration war und ist ein normalpsychologisches anthropologisches Phänomen, das global an Häufigkeit in Zukunft erheblich zunehmen wird.

Das zweite Grundgefühl aber ist die unvermeidliche Angst vor dem Unbekannten. Diese Angst hat als eine normalpsychologische „Signalangst“ die Funktion der realitätsbezogenen Bewertung und Planung, der Abwägung von Chancen und Risiken und der antizipatorischen Absicherung. Ihre Überwindung geht dem schmerzhaften Handlungsschritt der Trennung und Ablösung als eine Art Vorbereitungsgefühl voraus. Die Entdämonisierung und Entdramatisierung dieser Angst vor dem fremden Unbekannten ist eine notwendige Voraussetzung bei der Verwirklichung einer Migration. Ohne diese wird der Schritt einer freiwilligen Migration nicht getan. Beim Akt der Migration kommt es zum Trennungsschmerz. Der Trennungsschmerz ist ein Primärgefühl, das tief empfunden wird von allen Menschen, die fortgehen und Kulturgrenzen unwiderruflich überschreiten. Man kann diesen ganz ursprünglichen Schmerz einen Schmerz nennen, der Wachstum ermöglicht, also einen „Wachstumsschmerz“ nennen (Grinberg u. Grinberg, 1990). Dieser Schmerz ist Schmerz als psychische Qualität und weder Angst noch Trauer. Aber er kann mit beiden assoziiert sein. Erst nach diesem vollzogenen Akt der Trennung erfolgt der Rückblick auf das Zurückgelassene und die Trauer um die erlittenen Verluste. Diese Abschiedstrauer wird von Elias als ein Gefühl des sozialen oder „kollektiven Sterbens“ (Elias, 1976) bezeichnet, verknüpft mit der Aufgabe der gewohnten sozialen Rollen und der Alltagsrituale. Bei der glücklichen Ankunft in der Aufnahmekultur treten freudige Gefühle auf. Die Begegnung mit der neuen Kultur ist eine Art „Honeymoon“, bei der sich Triumph- und Erfolgsgefühle über die gelungene Ankunft und die Faszination bei der Begegnung mit der Aufnahmekultur zu einem Hochgefühl steigern (Machleidt u. Calliess 2004)



(Abb. 1) Emotionslogik des Migrationsprozesses mit der Ablösung von der Heimatkultur und der Integration in die Aufnahmekultur.

Die aufgezeigte Emotionslogik beim Migrationsakt hat zyklischen Charakter. Das heißt, die Gefühlsqualitäten Neugier, Angst, Schmerz, Trauer und Freude werden im Wachen, in Träumen und in Tagträumen immer wieder durchlaufen und dadurch mehr und mehr bewältigt. Diese Gefühle begleiten den Aufbruch in die Aufnahmekultur und münden idealerweise in die Annährungs- und die Integrationsphase nach der Ankunft ein. Während bei freiwilligen Migranten in der Aufbruchsphase im Heimatland und einem Überwechseln in die Aufnahmekultur im Allgemeinen keine psychischen Störungen auftreten, ist dies in der Integrationsphase häufig der Fall (Kleinmann, 2004; Machleidt u. Calliess, 2005; Cantor-Graae u. Selten, 2005).

Integration in die Aufnahmekultur

„Alle Emigranten haben dieselbe Grundgeschichte zu erzählen. Zunächst ein kleines Sterben, wenn sie ihre Heimat verlassen, dann kurzlebige Euphorie, wenn es so aussieht, als wäre ihnen die Chance geschenkt worden, ihr Lebensmanuskript in einer freien Gesellschaft umzuschreiben, und dann lebenslange Traurigkeit, sobald ihnen klar wird, dass sie die unwiderrufliche Wahl getroffen haben, sich von ihren Wurzeln abzuschneiden“ (Lappin, „Fremde Bräute“ 1999, zitiert nach Novikov 2006, S. 186).

Der Prozess der Integration in die Aufnahmekultur erfolgt genauso wie die Ablösung einer zyklischen Emotionslogik, allerdings mit anderen Akzentuierungen (Machleidt u. Calliess 2004; siehe auch Sluzki, 2001). Die hochgefühlige Ankunftsphase ist mit einem enormen Objekt-Hunger auf die noch unbekanntere faszinierende Kultur verknüpft sowie einer großen Auf- und Übernahmefähigkeit erwünschter kultureller Elemente verbunden mit einem hohen Integrationsbemühen. Nach Ablauf von ein bis zwei Jahren folgt dann eine anhaltende Periode des Ringens um die Absicherung der Existenz in den Bereichen Arbeit und Wohnen, des Erhaltes der Kontinuität der Familie und der Gewinnung einer neuen bi-kulturellen Identität. Dies ist die Phase der dritten Individuation „kultureller Adoleszenz“, die mit einer erhöhten Vulnerabilität einhergeht und in der typischerweise psychische Störungen auftreten können.

Besonders beeinträchtigt gestaltet sich dieser Prozess, wenn bereits bei der Ankunft im Migrationsland Diskriminierung und Prozesse der sozialen Ausschließung und Isolation greifen. Für den Anthropologen Blakey (1994) gehören soziale Ausschließungsprozesse zu den belastendsten Erlebnissen beim Menschen wie übrigens bei allen sozial lebenden Lebewesen. Bei ausgegrenzten Minoritäten führt die soziale Ausschließung aber zu einer chronisch erhöhten Stressbelastung, die sich negativ auf den Gesundheitszustand auswirken kann. Tatsächlich finden sich neurobiologisch messbare Veränderungen beispielsweise im Gleichgewicht von Hirnbotschaften bei sozial isoliert aufwachsenden Primaten, die zu affektiven Störungen und Suchtmittelkonsum disponieren können (Heinz et al., 1999). Drogenabhängige Migranten beschrieben Erfahrungen sozialer Diskriminierung und Ausgrenzung als wesentliche Faktoren, die ihren Drogenkonsum begünstigten (Hunner et al., 2001), und arbeitslose drogenabhängige Migranten wiesen höhere Raten an Depressionen und weiteren psychischen Störungen auf als Migranten, die eine bezahlte Tätigkeit ausüben konnten (Grüsser et al., 2005). Diese empirischen Befunde bestätigen den Zusammenhang zwischen den psychischen Störungen und Ausgrenzungsprozessen.

Im Zusammenhang mit den psychischen und sozialen Beanspruchungen treten überstarke Ängste, Frustration, Aggression, Trennungsschmerz und Verlusttrauergefühle auf. Es tritt mit der Zunahme negativer Gefühlsenerlebnisse nach der anfänglichen Euphorie eine Ernüchterung im Kampf um die Lebens- und Überlebensgrundlagen ein und die Infragestellung der alten und die Suche nach einer neuen Identität. Die Konfrontation mit dem Fremden und sozialen Ausschließungsprozessen verursacht Ängste und Aggressionen, aber auch Ambivalenzen und die Neugier sowie den Wunsch nach Anpassung und Übernahme neuer kultureller Angebote. Es geht um das Abschiednehmen bzw. das Bewahren von kulturellen Traditionen oder die Übernahme des neuen kulturellen Zugewinns. Dabei kann eine zu bereitwillige kontraphobische Übernahme kultureller Objekte und Verhaltensmuster unter Verleugnung der eigenen Herkunft im Sinne einer zu schnellen Progression oder das Gegenteil, eine Regression in die Familie geschehen.

Die Familie ist der Ort der Tradition im Sinne der Elterngeneration und des Schutzes vor dem kulturellen "Draußen". Die Familienspielregeln des Umgangs miteinander und auch zwischen den Generationen aber ändern sich und stellen die alte familiäre Identität in Frage, die sich in ihren hergebrachten Gewohnheiten und Ritualen bestätigt sah. Eine Gefahr für Partnerschaften ist eine polarisierende männlich-weibliche Rollenaufteilung, nämlich wenn der Mann gegenwarts- und zukunftsorientierte (instrumentelle) Aktivitäten nach außen entfaltet, wie die Sicherung von Arbeit, Wohnen und Sozialkontakten, die Frau dagegen aber die affektiven gegenwarts- und vergangenheitsorientierten innerfamiliären Aktivitäten übernimmt (Verbindung zur Heimat, Trauerarbeit). Dies führt zur Polarisierung der Partnerschaft in einen autonomiefähigen und autonomieunfähigen Partner. Es steht die familiäre und individuelle „alte“ Identität in Frage, und eine neue „bi-kulturelle“ oder „mehrkulturelle“ Identität ist noch nicht gefunden. Dies ist eine Art „kultureller Obdachlosigkeit“ wo das alte Haus nicht mehr und das neue noch nicht zur Verfügung steht und die Betroffenen den Unbilden der sozialen Witterung ungeschützt ausgesetzt sind. Diese Phase ist deshalb die Konflikt- und Problemphase, in der Mitglieder der Migrationsfamilie Symptome entwickeln und typischerweise Hilfe aufsuchen. Die Vulnerabilität für Stresskrankheiten, z.B. funktionelle und psychosomatische Störungen und Suchtverhalten (s. o.), ist besonders hoch. Je größer die Schwierigkeiten sind, unter denen die notwendigen Anpassungsprozesse erbracht werden mussten, umso größer ist die gesundheitliche Gefährdung.

Eine Flucht in die Religiosität oder eine von den Migranten mitgetragene Gettoisierung kann Schutzzonen eröffnen, die aber letztlich die Isolation verstärken. Das Entstehen psychischer Symptome muss als ein Alarmsignal für die Gefahr des möglichen Scheiterns eines Migrationsprozesses verstanden werden mit der Folge, dass die Integration in die Aufnahmegesellschaft nicht gelingt. Eine psychische Störung kann den Integrationsprozess blockieren. Der Betroffene ist häufig überfordert von den neuen Erfahrungen und Belastungen. Die psychische Störung kann z.B. als Versuch

gedeutet werden, sich selbst vor diesen neuen Erfahrungen und Belastungen zu schützen. Die Vermeidung aber der „kulturellen Adoleszenz“ und der Integrationsaufgabe im Rahmen des Migrationsprozesses oder dessen Abbruch z.B. durch psychische Erkrankung oder Überforderung führt zur Isolierung in der Aufnahmegesellschaft und in einer größeren sozialen Dimension gesehen, zu dem was als Parallelgesellschaften, Gettoisierung, Gesellschaft in der Gesellschaft und anderem gemeinhin verstanden wird. Vertraute kommunikative Orte, die Integration fördern, sind „ethnische Kolonien“ auf Zeit, die als Sprungbrett für den Integrationsprozess verstanden, im Sinne von Begleiten und Loslassen fungieren.

Regressive Abschottungsprozesse gehen häufig einher mit heftiger Idealisierung bzw. Abwertung der Herkunfts- oder Aufnahmekultur im Sinne einer Spaltung. Es kann zu einer empfindlichen Störung des narzisstischen Gleichgewichts durch Gratifikationsdefizite kommen, weil die Bestätigung und Spiegelung durch das psychosoziale kulturelle Umfeld weitgehend wegfällt. Dies führt zu Identifikationsunsicherheiten und zur kompensatorischen Überidentifikation oder Ausgrenzung von Identifikationsfiguren wie z.B. des Familienvaters oder von Autoritätspersonen der Aufnahmekultur wie Lehrer etc.. Insbesondere in dieser Zeit kann eine hochgradige Emotionalisierung verbunden mit heftigen emotionellen Wechselbädern auftreten. Je mehr „Stress“ nicht mehr als Herausforderung erlebt wird oder aufgrund der Ausschließungsprozesse der Aufnahmekultur erlebt werden kann, sondern als Bedrohung, umso leichter entstehen Stresssymptome. Diese Phase ist verbunden mit einer erhöhten Vulnerabilität für psychische Fehlverarbeitungen und Traumatisierungen sowie für die Aktualisierung latenter neurotischer oder psychotischer Persönlichkeitsanteile. Die Resilienz als flexible Widerstandskraft wird beim Entstehen von Stresssymptomen überfordert (Mooz, 2004). Die Spur des Affektiven führt dann hinein ins Somatische.

Schließlich geht es in der Phase der Trauer um den Verlust der Werte der Heimatkultur und der vertrauten kulturellen Einbettung, der verarbeitet werden muss. Das erfolgreiche Betrauern von dem, was zurückgelassen wurde, führt zur Erlangung einer neuen bi-kulturellen Identität, die aus einer Mischung von alten und neuen Spielregeln und Gewohnheiten besteht. Solche Identität nach erfolgter Integration alter und neuer Regeln wird als gestärkte Identität erlebt. Besteht aber eine Unfähigkeit, das, was in der Heimat zurückgelassen werden musste, als Verlust zu betrauern, wird dieses im Sinne reaktiver Ethnizität „zunehmend idealisiert (was die Anpassung erschwert) oder verleugnet (was die Trauer und die Verarbeitung des Verlustes erschwert)“ (Sluzki 2001). Bei sehr erfolgreicher Migration tun einige Familienmitglieder so, als gäbe es nichts zu betrauern, weil im Heimatland sowieso alles schlechter war. Diejenigen Familienmitglieder, die dennoch trauern, sind die „Miesmacher“ und „Sündenböcke“, die aus der Trauerverweigerungsfront ausbrechen und an die die Trauerarbeit, die die Familie zu leisten hat, delegiert wird. Diese setzen sich dann stellvertretend für die anderen Familienmitglieder mit den kulturellen Verlusten auseinander. Das Gegenteil dazu sind Familien, die sich mit der Erfahrung existenzieller Bedrohungen, derer sie durch Migration entkommen sind, immer wieder auseinandersetzen und sich von dieser nicht lösen können. Sie verharren in einer kollektiven Trauer, die zur Haltung gerinnt. Wer daraus ausbricht, ist der „Verräter“, der sich auf die neue Realität einlässt, während die Ankläger Verantwortung für das Vergangene tragen. Tatsächlich ist für erfolgreiche Migrationsprozesse sowohl das eine wie das andere notwendig (Sluzki 2001).

Die Phase der kritischen Integration ist eine Zeit des "Zwischen" den Kulturen verknüpft mit den Kernproblemen des Migrationsprozesses: der Gewinnung einer neuen Identität, der Bewältigung der Abschieds- und Verlusttrauer und der interkulturellen Ambivalenz.

Dazwischen

Ich ändere mich und bleibe doch gleich
und weiß nicht mehr, wer ich bin.

Jeden Tag ist das Heimweh unwiderstehlicher,
aber die neue Heimat hält mich fest
Tag für Tag noch stärker.

Und jeden Tag fahre ich zweitausend Kilometer
in einem imaginären Zug hin und her,
unentschlossen zwischen dem Kleiderschrank und dem Koffer,
und dazwischen ist meine Welt.

Alev Tekinay

Schließlich werden in der Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse die tradierten und familientypischen Stile, Regeln, Sitten, Werte und Mythen, die von der Generation der Einwanderer gepflegt werden, von der nachfolgenden Generation, die im Aufnahmeland aufwächst, in Frage gestellt und verändert. Dies findet in Form von Generationskonflikten seinen Ausdruck. Generationskonflikte sind notwendige Auseinandersetzungen, um Anpassungsprozesse in Migrantenfamilien voranzubringen und sich den erforderlichen Adaptions- und Akkulturationsprozessen zu stellen und ihnen letztendlich gerecht zu werden.

Psychische Belastungen (Kränkungen) bei russischen Migranten jüdischer Glaubenszugehörigkeit

Im Folgenden sollen die besonderen psychischen und sozialen Probleme von Aussiedlern jüdischer Religionszugehörigkeit aus den Gebieten der ehemaligen Sowjetunion in den Blick genommen werden, als anschauliches Beispiel für die Alltagsprobleme im Verlauf der „Kulturellen Adoleszenz“ in der Phase der „kritischen Integration“. Ich gehe auf diese Gruppe näher ein, weil ich neu-lich zu einer Tagung der jüdischen Gemeinde Frankfurt eingeladen war, wo dies zum Thema gemacht wurde (siehe Tagungsprotokoll von Heike von Bassewitz 2004 auf das ich im Folgenden Bezug nehme). In Hannover habe ich bei jüdischen Freunden die Problematiken jüdischer Zuwanderer für die jüdische Gemeinde aus der Nähe miterleben können und es begaben sich auch Pat. jüdischer Glaubenszugehörigkeit in meine Behandlung. So ist mir die Problematik vertraut.

Bei dieser Zuwanderergruppe fallen besonders die Kränkungen im Integrationsprozess auf, wie sie in den großen jüdischen Gemeinden in Berlin, Frankfurt, Hannover u.a. wahrgenommen werden und auch Ergebnis von Umfragen und Interviews geworden sind. Dabei lassen sich drei große Bereiche für die Ursachen von Kränkungen unterscheiden:

- die beruflich sozialen Wirklichkeiten, vor allem die Hindernisse für diese Migrantengruppe in Deutschland,
- die Aufnahme durch die Glaubensbrüder und
- die familiären Veränderungen, insbesondere die, die mit der Entfremdung von den Kindern einhergehen.

Die sozialen Kränkungen durch den deutschen Arbeitsmarkt umfassen die Arbeitslosigkeit, die Berufsanerkennungsforderung für Staatsexamina, was zusammen mit dem eher hohen Lebensalter der Betroffenen die Arbeitssuche erschwert und das Vorliebnehmen mit geringerwertigen Jobs, erzwingt. Im Unterschied zu südosteuropäischen Zuwanderern haben die jüdischen Aussiedler, aus

den Gebieten der ehemaligen Sowjetunion, eine völlig andere Bildungsstruktur, 2 / 3 von Ihnen sind Akademiker darunter viele Künstler, Schriftsteller, Musiker usw., Frauen wie Männer hatten befriedigende Beschäftigungen verbunden mit einem hohen Sozialstatus. Wegen des sowjetischen Antisemitismus zogen die sowjetischen Juden ihre positiven Selbstwertgefühle, ihre gesellschaftliche Akzeptanz und ihre Autonomie aus ihren hervorragenden beruflichen Leistungen, als vorbildliche Werktätige, erfolgreiche Künstler und hoch dekorierte Kriegsteilnehmer etc. Sie mussten erfahren, dass dieses alles hier nicht zählt und sich niemand für ihre Narrative interessiert. Dieselben großen Erwartungen nach hohen Ausbildungszielen und klassischer Bildung, die sie an sich selbst gestellt hatten, stellten sie mit Erfolg an ihre Kinder. Als elementare Kränkungen und als beschämend und demütigend erlebt, wurden der Sozialstatusverlust und das fehlende Sozialprestige, d.h. um die Früchte, der in der Herkunftskultur erbrachten Lebensleistung gebracht zu sein. Die Arbeitslosigkeit und das Angewiesensein auf Sozialhilfeempfang wurden als „Betteln“ erlebt, das Angewiesensein auf unterprivilegierte Arbeitsplätze als Herabwürdigung.

Ein Zitat Judith Kesslers von der jüdischen Gemeinde Berlin fasst die Situation der jüdischen Zuwanderer zusammen: „Bei jüdischen Migranten kommen einige erschwerende Besonderheiten hinzu: Aufgrund ihres früheren Sozialprestiges, ihrer hohen Bildung, der Zugehörigkeit zur „Intelligenzija“ und zum „Bürgertum“, aber auch zur einzigen Sieger- und Weltmacht Sowjetunion wirkt sich der mit Arbeitslosigkeit oder fehlender Anerkennung verbundene Statusverlust für sie besonders eklatant aus, zumal wenn sie sich hier eher als Bettler denn als Gewinner vorkommen.“

Wie lassen sich diese sozialen und individuellen Kränkungssituationen verstehen? Die Umorientierungsleistung, die ich als „kulturelle Adoleszenz“ im Rahmen des Migrationsprozesses bezeichnet habe, wurde mit der Erwartung ausgeblendet, es würde bei den antizipierten gesellschaftlichen Ähnlichkeiten zwischen Deutschland und den Ländern der Sowjetunion, und ganz besonders in einem reichen und weltoffenen Land wie Deutschland, keine Probleme geben. Die Einsicht in die Verleugnung der eigentlichen bevorstehenden Akkulturationsleistung bedeutete für viele die eigentliche Kränkung, weil sie selbst Opfer ihrer Selbsttäuschungen und Wunschbilder geworden waren. Das narzisstische Regulativ der Omnipotenzphantasien gegen Angst vor dem Scheitern und Enttäuschung hatte, nach Ankunft im Aufnahmeland und dem Abklingen der ersten Euphorie seine Aufgabe erfüllt, aber auch seine Funktion als stabilisierendes Element verloren.

Hinzu kamen die familiären Veränderungen, wie die Auflösung der seit Generationen funktionierenden Großfamilien verbunden mit autoritären Rollenverlusten, insbesondere was die „apostolische Position“ des Vaters anging. Verbunden mit einer Entfremdung von den Kindern und eskalierenden Generationskonflikten kam es zu einem Orientierungsverlust für die Kinder an den „arbeitslosen“ und im doppelten Sinne „sprachlosen“ Eltern. Brüche im Elternbild waren unabwendbar. Infolge der schnelleren Akkulturation der Kinder und ihres Auftretens als kulturelle Mediatoren und Dolmetscher gegenüber ihren Eltern, kam es zu einer Umkehr der Eltern-Kind-Rollen was nicht zuletzt zu prekären innerfamiliären Machtverhältnissen beitrug. Eine besonders bittere Erfahrung war es, von den alteingesessenen jüdischen Gemeindegliedern, den Glaubensbrüdern, nicht anerkannt zu werden. Diese bittere Erfahrung artikuliert sich in dem Vorwurf der Alteingesessenen, warum die „Neuen“ z.B. nach Deutschland statt nach Israel ausgewandert zu seien, dass sie „Russen“ und „nicht jüdisch“ seien, dass sie säkularisiert oder atheistisch seien, ohne inneren Bezug zum jüdischen Glauben und Leben usw. Das unvermittelte Aufeinandertreffen von Ost- (Ashkenasi) und Westjuden (Sefarden) gestaltete sich nicht Kränkungsreicher als das von Ost- und Westdeutschen. Was sich „Deutsche“, „Israelis“, „Polen“, „Russen“, „Litauer“, „Ukrainer“ etc., fast identisch lautend als Juden vorwarfen war: „Frechheit, Überheblichkeit, Bürokratie, Unfreundlichkeit, Inkompetenz etc.“ Auffallend waren die Heftigkeit der Vorwürfe und das Fehlen von positiven Beurteilungen, von Empathie und von Selbstkritik. Wie ist dies zu erklären?

Es kommt offenbar nach dem Abklingen der Euphorie, nach Ankunft im Aufnahmeland in der Phase der kritischen Integration mit seinen erhöhten seelischen Verletzlichkeiten, zu regressiven Prozessen bei den Betroffenen, die mit einer erhöhten Spaltungsbereitschaft einhergehen und mit der Projektion des „Bösen“, „Kränkenden“ etc. auf Andersartige. Etwas spezifisch Russisches aus der Zeit der Sowjetunion kommt hinzu: Die russischen Zuwanderer jüdischen Glaubens sind der Auseinandersetzung mit der Autorität und den Demütigungen des alten Systems, durch Auswanderung „aus dem Feld“, gegangen. Die erlittenen alten Aggressionen und Schmerzen sind noch da, wie auch Verbitterung und Misstrauen. Aber auch ein Teil ihrer positiven alltäglichen Orientierungen und Lebensgeschichte ist ihnen für wertlos erklärt worden und seit dem Ende des Sowjetsystems unwiederbringlich verloren gegangen. Die Anerkennung für ihre Lebensleistungen in diesem System werden vorenthalten bzw. fehlen und damit ein wichtiges lebensbestimmendes narzisstisches Regulativ. Es wird so verständlicher, dass sie die um vieles schwerere Trauerarbeit um die erlittenen Verluste, aber auch den „Verrat“ an der Heimat als Emigranten, die nicht mehr mögliche Wiedergutmachung erlittener Demütigungen, die schmerzlichen Trennungen von Vertrautem und die Lösung aus den alten Verstrickungen ins sowjetische System lange verweigerten und sich sozusagen vorläufig nur auf oberflächliche Adaptation und nur sehr zögerlich auf Integration einließen.

Die Aufnahme von Neuem als Integrationsleistung erfordert dass schrittweise Loslassen von Altem und Vertrautem. Existentielle Ängste, Aggression als Reaktion auf Kränkung, Nichtloslassenkönnen durch die Unfähigkeit zu trauern, wirken als Blockade. Zu einem Teil geht es dabei auch, so betonen jüdische Psychiater, um die Fixierung auf das eigene Leid, das unbewusste Bedürfnis „immer und ewig Opfer sein zu wollen“ („Was willst du? Du warst doch nur in Mittelasien. Ich war im KZ!“) und aus dieser Position die Herausforderungen einer „kulturellen Adoleszenz“ als Integrationsleistung schwer annehmen und sich darauf einlassen zu können. Dafür bedarf es dem inneren Bedürfnis nach Veränderung z.B. in der Außerkraftsetzung von Wiederholungszwängen. D.h. der Anerkennung der Tatsache, dass das was dort gut und richtig war hier nicht zu gelten braucht und in Frage gestellt werden kann. Dazu gehört spezifisch für osteuropäische Aussiedler den Wunsch „der Staat soll machen, ich halte mich raus“ zu ersetzen durch „ich mache es selbst“. Die Loslösung aus den Verstrickungen der Ursprungsgesellschaft ist unter diesem Aspekt der Aufgabe einer passiven Versorgungshaltung besonders schmerzlich. Der dort verpönte Individualismus ist hier gefragt und bindet Mengen an psychischen Energien, die nicht jeder aufzubringen im Stande ist.

Die Utopien und Visionen vom Neubeginn sind unter dem Gebot der Realitätsprüfung bis zur Unkenntlichkeit geschrumpft, insbesondere unter dem Zwang eine doppelte Integrationsleistung zu erbringen, einmal an die deutsche Kultur und zum anderen an die deutsch-jüdische Kultur in den jüdischen Gemeinden. Die großen Gefühle und Affekte existentielle Ängste, Kränkungsschmerz, Aggression, depressive Trauer etc. müssen in einer Situation „doppelter Sprachlosigkeit“ ausgehalten werden. Das Selbstwertgefühl der Elterngeneration ist tief erschüttert angesichts der Auflösung der traditionellen Großfamilien und der Entfremdung von den Kindern. Die Familie bietet so keinen Ort mehr für Geborgenheit, Sicherheit und Rückzug. Die schon beschriebene Fixierung auf das eigene Leid und das Anrecht auf die Opferrolle blockiert expansive und kreative Kräfte, sich mit den Chancen und Herausforderungen, die die Aufnahmegesellschaft bietet auseinanderzusetzen.

Diese seelischen Belastungen und Herausforderungen der russischen Aussiedler jüdischer Glaubenszugehörigkeit sind trotz ihrer besonderen Konflikthaftigkeit ein „natürliches Durchgangsstadium“ im Migrationsprozess. Sie stimulieren auch protektive salutogenetische Kräfte in den Betroffenen und führen wahrscheinlich nur zu einem geringfügig höheren Prozentsatz zu psychisch behandlungsbedürftigen Störungen als in der Aufnahmegesellschaft.

Interviewausschnitte zugewanderter jüdischer Gemeindemitglieder aus dem GUS-Staaten, ausgewählt unter dem Stichwort „Kränkung“

Einsamkeit

„Es hat sich viel geändert. Tagelang sehen wir niemanden. In Moskau hatten wir ein offenes Haus ... Bei den Deutschen muss man sich anmelden, am besten zwei Wochen im Voraus. Meine Kinder haben das schon übernommen. Sie haben auch keine Zeit ...“ (Rentner, 75 Jahre).

Entfremdung der Kinder

„Boris hört mir überhaupt nicht mehr zu. Früher war er ... doch ein guter Schüler ... Er wird immer frecher und kauft sich extra zerrissene Hosen, aber das interessiert die Lehrer gar nicht.“ (Rentnerin, 63 Jahre).

Abwertung

„Keiner schaut dich an oder sagt Guten Tag, nur: Was willst du hier, geh zurück nach Russland ... Wir sind für die Abschaum. Ich schlafe tagelang nicht, wenn ich dahin [zum Sozialamt] muss.“ (Restauratorin, 45 Jahre).

Differenzwahrnehmung

„Die Deutschen sind anders als wir. Sie denken, sie sind besser, dabei fehlt ihnen die Seele. Sie sind verkniffen, kalt ... Sie verstehen unsere Kultur nicht. ... So wie die sind, will ich nicht sein.“ (Dreher, 52 Jahre).

Selbstwerteinbußen

„Ich habe gearbeitet, bis zuletzt. Alle haben mich geachtet zu Hause und als Ärztin ... und jetzt weiß ich nicht mal, welche Äpfel am besten schmecken ... Ich bin wie ein Kind manchmal, falle auf alles herein. Als der Mann mir die ganzen Versicherungen verkauft hat ... Ich bin ein Nichts. Dabei habe ich immer gearbeitet, den Krieg überlebt. Dafür, das ich jetzt beim Sozialamt betteln gehen muss. Wer versteht schon wie ich mich fühle, wenn sie mich wie einen Parasiten behandeln.“ (Rentnerin, 68 Jahre).

Somatisierung

„Ich kann nicht schlafen, hab dauernd Kopfschmerzen ... Ohne Arbeit ist mein ganzes Leben sinnlos. Ich würde alles machen, ich bin geschickt. Aber niemand nimmt mich.“ (Goldschmied, 52 Jahre).

Heimatlosigkeit

„... Die Menschen haben doch keine Heimat, sie sind krank in ihrer Seele ... Auch wenn sie zurückgehen würden nach Odessa oder Moskau, das wäre nicht mehr die Stadt, die sie verlassen haben.“ (Rentnerin, 68 Jahre).

Symptomkonstellierungen bei jüdischen Aussiedlern

In den Behandlungen der Psychiater, Psychotherapeuten und Nervenärzte tauchen ganz überwiegend die 20-40jährigen auf mit psychosomatischen Beschwerden, wie z.B. Schmerzen in der Brust, im Rücken, im Bauch, Hypertonie, Schwindel, Atemnot, Müdigkeit sowie ängstlichen und depressiven Syndromen. Diese Symptomkonstellierungen sind einerseits assoziiert mit einer ausgesprochenen Abneigung negative Gefühle auszudrücken und einer Verleugnung zwischenmenschlicher Konflikte, andererseits mit einer Höchstbewertung von Selbstbeherrschung, Sich-Zusammenreißen und einem geradezu ideologisierten Glauben an die eigenen Willenskraft zur Bewältigung von Krankheiten, wie z.B. Alkoholismus, Körperbeschwerden u.a.. Die unerschütterliche omnipotente Willenskraft war nicht zuletzt vor dem historischen Hintergrund der erfolgreichen Oktoberrevoluti-

on eine hoch gelobte sowjetische Tugend mit populären Vorbildern. Die Äußerung von Ärger, Feindseligkeit waren verpönt und mussten zugunsten gemeinsamer sozialer Ziele und kollektiver Gratifikationen verdrängt werden. Unübersehbar ist hier die tiefe narzisstische Kränkung durch fehlende Anerkennung, das Gefühl von Desinteresse ihrer Person gegenüber im Aufnahmeland und das Gefühl unnütz zu sein, durch fehlende als sinnvoll erlebte Aufgaben. Die allgegenwärtige staatliche Kontrolle wird auch hier antizipiert und ist gegenwärtig in Symptombildungen von überwertigem Misstrauen im Sinne eines sensitiven Beziehungswahns mit den Inhalten z.B. von Geheimdienst, Nachbarn etc. ausspioniert, beobachtet oder beschattet zu werden. Darüber hinaus ist die Unfähigkeit zu trauern häufig Ursache für die Entstehung chronifizierender depressiver Syndrome ängstlicher Färbung, mit einer Disposition zum Alkoholmissbrauch.

Die Emigranten aus Russland jüdischer Glaubenszugehörigkeit (jüdische Kontingent Flüchtlinge) hatten im Aufnahmeland in den jüdischen Gemeinden die besondere Schwierigkeit zu bewältigen, dass sie in der „Adoleszenz“ ihres Migrationsprozesses bei den Alteingesessenen, in der deutschen Kultur kundigen Glaubensgenossen, nicht die Ersatzeltern, die Elternsurrogatfiguren, fanden, mit deren Unterstützung sie ihre Energien hätten bündeln können, sondern die sich ihnen gegenüber nicht weniger adoleszent, konkurrierend und zum Teil ablehnend begegneten, wie viele in der Aufnahmegesellschaft auch.

Polski Tango

Im Folgenden wird die „Integration“ Polen-stämmiger Migranten am Beispiel eines Kapitelausschnitts aus dem Buch „Polski Tango“ von Adam Soboczynski (Kiepenheuer, S. 28-31) lebendig. Er kam 6jährig Anfang der 80er Jahre mit seinen Eltern nach Deutschland. Er schreibt pointiert und ironisch:

„Derzeit wird heftig über Integration gestritten....Hatte man nicht über Jahrzehnte wider besseres Wissen geleugnet, dass Deutschland schleichend zum Einwanderungsland mutiert war?

Die Polen kommen in dieser Debatte kaum vor, denn sie haben integrationstechnisch einen dritten Weg gewählt. Weder haben sie sich integriert, noch kann man sagen, dass sie sich nicht integriert hätten. Sie haben sich einfach unsichtbar gemacht.

Nur zur Begriffsklärung: Nennen wir diejenigen, die aus blutsverwandtschaftlichen Rechtsgründen sogleich einen deutschen Pass bekamen, wie auch diejenigen, die im Kalten Krieg flohen, der Einfachheit halber: die Polen. Denn zumeist waren die Gründe für eine Ausreise identisch. Aussiedler hatten in den seltensten Fällen einen innigeren Bezug zu Deutschland als die Polen, die mit polnischem Pass geduldet wurden. Beide trieben das kommunistische Regime und Versorgungsengpässe aus dem Land.

Man sprach bei Aussiedlern von deutschen Minderheiten in Ostpreußen oder Schlesien, die endlich in ihr ersehntes Mutterland zurückgefunden hätten. Die Realität sah anders aus. Die meisten gingen, weil sie durften. In zweiter oder dritter Generation waren ihrer deutschen Wurzeln bis zur Unkennlichkeit verstümmelt. Sie sprachen polnisch, nicht deutsch; sie tranken Wodka, nicht Bier; sie gingen putzen und wurden selten Ingenieure. Sie waren Ausländer mit deutschem Pass.

Meine Eltern fanden Arbeit: Meine Mutter wurde Putzfrau, mein Vater arbeitete weiterhin als Maschinenbautechniker. Nur deutsche Freunde haben sie nicht gefunden, sie sind bis heute weder im Kegel- noch im Gesangsverein. Sie camouflierten ihre Herkunft, sie verkleideten sich (sehr verhalten: Vater mit Clownsnase, Mutter mit Kopfschmuck beim rheinischen Karneval), um ihre vermeintlich erfolgreiche Integration zur Schau zu stellen. Sie wollten dazugehören und gleichzeitig abseits bleiben.

Um nicht aufzufallen, lebten sie wie Chamäleons, die ihre Farbe dem Gestein anpassen, auf dem sie sitzen. Aus Angst, erkannt zu werden. Und manchmal scheint es mir, als sei dies bereits mehr, als man von Migranten erwarten kann.

Frage ich meinen Vater, weshalb er keine Deutschen kennt, sagt er, er hätte immer soviel arbeiten müssen, da habe man keine Zeit für soziale Experimente gehabt. Frage ich Mutter, dann sagt sie, sie hätte Angst gehabt, eine nur schwer zu beschreibende Scham, die ihr eigen ist. Früher in Polen,

obgleich sie nur gebrochen Deutsch sprach, sei die die >>Hilterowka<< ihres Heimatortes gewesen, jetzt sei sie die Polin in Deutschland. Für immer. So sei das. Und das sei eigentlich sehr einfach. Kürzlich kauften sich meine Eltern eine Wohnung an der masurischen Seenplatte, unweit der Dörfer, in denen sie aufwuchsen. Sie werden nach Polen zurückkehren. In ein paar Jahren, als Rentner. Vermutlich werden sie dann gegenüber ihren neuen Nachbarn verbergen, dass sie jemals in Deutschland gelebt haben. Und womöglich wird es kaum jemand merken. Die Verstellungskunst beherrschen sie meisterhaft.“

Körpermetaphorik und kulturelle Symbole

Mittwoch, 25. April 2007

Kulturbedingte Vorstellungen in der Medizin

Seelische Belastungen, wie sie in der Phase der „kritischen Integration“ im Migrationsprozeß auftreten, haben neben der psychisch artikulierfähigen Komponente häufig eine nicht artikulierfähige. Die Spur des Affektiven führt dann ins Somatische zu einem Prädilektionsort, der individuellen aber auch kulturellen „Vorlieben“ folgt. Dieses Phänomen gibt es auch bei den Einheimischen in den Aufnahmegesellschaften. Auf diese wollen wir zunächst einen Blick werfen, bevor wir uns den Migranten zuwenden.

Es gibt keine internationale Medizin. Die scheinbar wissenschaftliche Medizin ist an kulturgebundenen Vorstellungen ausgerichtet. So haben „andere Länder, andere Leiden“, wie Lynn Payer (1993) in einer Untersuchung herausgefunden. In den vier Ländern England, Frankreich, den USA und Deutschland gibt es unterschiedliche Vorlieben seelisches Leid auf bestimmte Organe zu projizieren. Ich gebe ihre Ergebnisse verkürzt und pointiert wieder – aus didaktischen Gründen, wie Sie sehen werden. In Frankreich ist es die Leber, in Deutschland das Herz, in England der Darm und in den USA das Virus. Trotz einer sich weltweit über Kulturgrenzen hinweg immer mehr standardisierenden wissenschaftlichen Medizin frönen wir hartnäckig jeweils unseren Kultur bedingten Vorlieben. Dieses deutet auf die „kulturelle Begrenztheit unseres Horizonts“ hin.

In Frankreich ist das bevorzugte Projektionsorgan die Leber. La crise de foie, die Leberstörung oder die Gefährdung und Anfälligkeit der Leber wird für unterschiedlichste seelische Beschwerden verantwortlich gemacht: zu 80% z.B. für Migräne, für Menstruationsbeschwerden, Blässe, allgemeine Müdigkeit, aber auch depressive Neurose, Schlaflosigkeit, Ohnmachtsanfälle, niedriger Blutdruck und v. a. m. Der Bezug zur Leber wird über die exzellente französische Küche als Sinnbild für den Stolz der Franzosen hergestellt. Die SchattenS. dieses Stolzes und der damit verknüpften LustS. ist Schuld und Reue projiziert auf die Leber als Anfälligkeit und Gefährdung. „Avoir les foies“ wird aus dem Französischen ins Deutsche mit „Angst haben“ übersetzt. Im statistischen Spiegel des Medikamentenverbrauches liegen die Franzosen bei Lebermitteln doppelt so hoch wie die Amerikaner.

Es wird dem anhaltenden Einfluss der Romantik zugeschrieben, dass der bevorzugte Projektionsort für seelische Befindlichkeiten für die Deutschen das Herz ist. In „Die Leiden des jungen Werther“ lässt Goethe den Protagonisten den folgenden Ausspruch tun:

„Auch schätzt er meinen Verstand und meine Talente mehr als dies Herz, das doch mein einziger Stolz ist, das ganz allein die Quelle von allem ist, aller Kraft, aller Seeligkeit und allen Elendes. Ach, was ich weiß, kann jeder wissen – mein Herz habe ich allein.“

Novalis sagt: „Das Herz ist der Schlüssel zur Welt.“

Das Herz ist der Sitz der Gefühle und der Liebe. Das Herz ist froh, kraftvoll, traurig, elend, stolz, selig, gehoben oder krank. Eine geliebte Person wird zärtlich „mein Herz“ genannt, und ein Brief schließt nur in Deutschland mit herzlichem Gruß etc. - Leber und Niere kommen in dieser Organmetaphorik in Deutschland nicht vor. Leicht wird in Deutschland die Diagnose Herzschwäche bzw. Herzinsuffizienz gestellt oder Engegefühle am Herzen, „Angina pectoris“, diagnostiziert. Im Spiegel der Arzneimittelstatistik nehmen Deutsche sechs Mal mehr Medikamente für das Herz ein als Engländer und Amerikaner. In der Statistik der Herzkrankheiten lagen die drei Länder Frankreich, England und USA in den 80er und 90er Jahren mit Deutschland etwa gleich auf.

In England, wie Payer sagt, dem Land der „Xenophobie“ des Körpers, dem Land des Zähne-Zusammenbeißen, Haltung-Bewahrens und der Verleugnung des Körpers, sind die Verdauungsorgane vorrangige Projektionsflächen für die seelische Gesamtbefindlichkeit. Die Beschäftigung mit

dem Körper ist dort verpönt, um ja kein „morbides“ Interesse am Körper zu wecken und nicht den Boden für „schädliche“ Vorstellungen zu bereiten „Die Engländer ... denken an nichts anderes als an ihre Verdauung. Wenn ein Engländer über „Obstipation“ klagt, kann das alles Mögliche bedeuten – dass er eine unregelmäßige Verdauung hat, abgespannt ist, Kopfschmerzen hat oder deprimiert ist.“ (Payer 1993, S. 125). Beim Arzneimittelverbrauch ist ein im Vergleich zu anderen Ländern relativ hoher Konsum von Abführmitteln festzustellen.

In den USA hat die Vorstellung vom Körper als einer Maschine, gepaart mit der Einstellung, dass man „durch entschlossenes Handeln praktisch alles erreichen“ kann, zu einer aus europäischer Sicht aggressiven Medizin beigetragen. Sie projiziert auf den Aggressor als Störenfried im sonst wie geschmiert laufenden Maschinenkörper mit seiner Herzpumpe, auf den Aggressor Virus. Der Körper selbst ist xenophob besetzt. Das „Zauberwort“ zur Kausalattribution für Befindlichkeitsstörungen heißt Virus: „Alle leidenden Menschen benutzen es, ob sie nun ihren Schnupfen oder ihre Abgespanntheit damit erklären wollen ...“ „Amerika hat eine Virusmentalität.“ So hat jedes Volk seine eigenen vermeintlich böswilligen dämonischen Kräfte gegen die es Schutzmechanismen entwickelt, wie z.B. Virustatika etc.

Verständniszugänge zur Somatisierung aus kultureller Sicht.

Im Euroamerikanischen Kulturraum gibt es, wie wir sahen, übliche und typische Körperorganmetaphorik für psychische Belastungszustände und Befindlichkeitsstörungen. Wenn man dies so sagt, besteht dabei die Gefahr einer kulturellen Stereotypisierung, d.h. die Individualität des Einzelnen findet dabei nicht genügend Berücksichtigung. Unter diesem Vorbehalt werden diese Ausführungen hier natürlich gemacht. Unter globalen Bedingungen allerdings wird der kulturelle Charakter einer solchen als „typisch“ gesehene Körperorganbezogenheit zunehmend verwischt und geringer. Trotzdem gibt es so etwas wie eine historisch gewachsene kulturtypische Organmetaphorik auch in westlichen Ländern, die in ihren subtileren Ausprägungen auch in Kunst und Literatur heute noch nachweisbar ist. Der Körper dient als Austragungsort für seelische Vorgänge und die metaphorische Sprache erleichtert durch ihre Bildhaftigkeit den interpersonellen Austausch darüber.

Auch in außereuropäischen Ländern ist die Körpermetaphorik sehr verbreitet. So werden bei ängstlich-depressiven Syndromen von türkischen Patienten häufig in den Gastrointestinaltrakt projiziert, bei Spaniern und Latinos Störungen der „nerves“ oder Kopfschmerzen beklagt, in arabischen Kulturen Beschwerden des Herzens, bei Chinesen wegen der antizipierten Ying-Yang-Imbalance Schwäche, Müdigkeit und Kraftlosigkeit. Diese Phänomene sind prinzipiell in allen Kulturen zu finden allerdings mit großen Unterschieden hinsichtlich des Sinns und der Bedeutung der Symbolik der Körpersprache. Darauf möchte ich im Folgenden eingehen.

Aus westlicher Sicht wird die kartesianische Körper- versus Geist-Dichotomie in der psychodynamischen Theoriebildung funktionalisiert. Übrigens werden in der kartesianischen Körper-Geist-Philosophie die Affekte, die Passiones, in die Glandula Pinealis, die Hirnanhangsdrüse, verschoben und damit im Körperlichen verdinglicht, - den Affekten wird eine Existenzberechtigung zuerkannt, aber damit werden zu zugleich auch im „Appendix des Gehirns“ neutralisiert bzw. entmachtet. Die Gefühle und Affekte blicken in der abendländischen Kulturgeschichte auf eine lange Leidensgeschichte zurück - ähnlich wie die Zuwanderer. Bei beiden geht es um die Integration des Fremden. Aber zurück zur modernen Sicht. Die Verschiebung affektiv-emotionaler Befindlichkeiten vom Körper in die psychische Dimension und Wahrnehmung wird im Sinne einer „De-Somatisierung“, als ein wichtiger und notwendiger Schritt für die normalpsychologische Persönlichkeitsentwicklung betrachtet. Wird diese Entwicklungsleistung nicht nachhaltig genug vollzogen und kehrt die Somatisierung wieder bzw. persistiert in einer somatoformen Störung, so wird eine Störung der affektiven und der Ich-Entwicklung postuliert, wie z.B. in dem Alexithymiekonzept von Alexander. In neueren Auffassungen über somatoforme Störungen von Rief und Henningsen (2004) allerdings wird die Dichotomie von Körper und Psyche nicht mehr wie zuvor als theoriebildendes Element

verwandt. Die Unterscheidung von körperlichen und psychischen Symptomen wird beibehalten allerdings werden beide Symptomarten im Sinne einer „Zugleichheit“ ihres Auftretens nebeneinander gestellt: „Dass körperliche Beschwerden im Sinne einer „Somatisierung“ statt psychischer Beschwerden auftreten, wird empirisch angesichts der engen linear positiven Korrelation zwischen somatoformen, angst- und depressiven Beschwerden nicht bestätigt.“ Theoretisch wurden in transkulturellen Diskursen mit der Somatisierungs- bzw. Psychologisierungsneigung Annahmen zum Akkulturationsgrad ethnischer Gruppen insbesondere auch von Migranten verbunden: Wer psychologisiert ist höher akkulturiert. Diese Hypothese hat sich als falsch erwiesen. Beides Somatisierung und Psychologisierung geschehen nebeneinander i.S. eines sowohl als auch bei demselben Patienten, wie Rief und Henningsen oben bestätigten und das in westlichen wie in anderen Weltkulturen. In der WHO-Studie von 1997 wurde dies bestätigt. Es gab beim Vergleich von 14 Ländern auf 5 Kontinenten keine also weltweit geographisch oder wirtschaftlich bedingten kulturellen Unterschiede zur Somatisierung. Pat. mit somatoformer Störung hatten allerdings mehr gesundheitliche Probleme und eine Komorbidität mit Depression und Angststörung.

Aufschlussreich waren die Ergebnisse dieser internationalen Multicenterstudie hinsichtlich der Somatisierungs-Psychologisierung- Diskussion. Wie oben wurde auf fünf Kontinenten und in vierzehn Ländern der Zusammenhang zwischen einer Episode einer Majordepression und somatischen Symptomen, die ja laut DSM IV und ICD-10 nicht zu den Kernsymptomen der depressiven Episode zählen, geprüft bei Patienten, die einen allgemeinen medizinischen Dienst (Primary Care Center) aufsuchten. Überraschend waren die Schlussfolgerungen, die aus den Ergebnissen der Studie (Simon et al., 1999) gezogen werden konnten. Mehr als auf die kulturelle und sozioökonomische Herkunft der Patienten, wiesen die Studienergebnisse auf die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung hin. Die Somatisierungs- oder Psychologisierungsneigung der Patienten mit depressiven Syndromen hing von der Vertrautheit der Arzt-Patient-Beziehung ab. Je größer die Vertrautheit, umso geringer die Somatisierungsneigung bei den Patienten. Es scheint also so zu sein, dass Patienten beim Aufsuchen eines ihnen unbekanntes Arztes in einem allgemeinmedizinischen Dienst glauben, somatische Symptome präsentieren zu müssen. Diese Art „Fakultativer Somatisierung“ kann als „Eintrittskarte“ und „Eröffnungszug“ der Arzt-Patient-Beziehung in einem allgemeinmedizinischen Dienst über Kulturgrenzen und sozioökonomische Statusunterschiede hinweg verstanden werden. Je besser die Vertrauensbildung in einer Arzt-Patient-Beziehung ist, umso mehr kann die formale Zutrittsberechtigung der Somatisierung entfallen. Somatisierungsneigung kann deshalb auch als Indikator für die Vertrautheit der Arzt-Patient-Beziehung gelten sowohl im euroamerikanischen Bereich als auch in anderen Weltkulturen. „Somatisierung“, diesem schillernden Wort, können mit gültigen Methoden evaluiert und damit empirisch fundiert (und damit auch säkularisiert) transkulturell die folgenden 10 Bedeutungen zugeschrieben werden:

- Somatisierung bei Depression ist ubiquitär und Teil der depressiven Kernsymptomatik
- Es bestehen keine interkulturellen urbanen Unterschiede
- Somatisierung ist eine „somatosensorische Verstärkung“ bei „Abwehr“ gegen, alternativer Ausdruck von und symbolische Körpersprache bei psychischer Belastung
- Sie ist die „Eintrittskarte“ („fakultative Somatisierung“) in das medizinische Versorgungssystem
- Es besteht eine Korrelation zwischen Arzt-Patient-Beziehung und Somatisierung
- Es besteht kein Zusammenhang zwischen Somatisierung und Akkulturation

„Somatosensorische Verstärkung“ und soziale Belastung

Ich möchte im Folgenden auf die somatosensorische Verstärkung eingehen und ein Fallbeispiel geben. In einer experimentellen Studie von Eisenberger et al. (2006) konnte ein Zusammenhang zwischen physischen Schmerzerleben und sozialer Zurückweisung festgestellt werden. Es zeigte sich, dass eine größere Schmerzempfindlichkeit besteht bei Leid und Sorgen aufgrund sozialer Ausschlussbedingungen. Wer die sozialen Ausschlussprozesse besonders leidvoll erlebt hatte, erlebte Schmerzreize besonders intensiv und unerfreulich. Unschöne Gefühle, die sozial oder durch

Schmerzreize hervorgerufen werden, haben offensichtlich das Gleiche oder überschneidende neurokognitive Substrate. Im Schmerzsystem tragen negative Gefühle, die durch soziale Ausschließungsprozesse hervorgerufen werden zur Schwellenerniedrigung für Schmerzempfindungen bei. D.h. dass die Sensitivität des einen negativen Erlebnisses zu der Sensitivität des anderen Erlebnisses in einem Verhältnis steht. Die Prozesse, die die Wahrnehmung von Schmerz und sozialem Leid medieren entsprechen sich. Wer positive soziale Gefühle erlebte hatte keine erhöhte Schmerzwahrnehmung. Weitere Experimente zeigten, dass Menschen mit sozialer Unterstützung eine geringere Schmerzwahrnehmung haben als andere. Für die Schmerzbehandlung heißt dies, dass man statt der direkten Behandlung der Schmerzsymptome die sozialen Stressoren, die damit einhergehen und sie verstärken, erfolgreich behandeln könnte, um den Schmerz zu lindern.

Fallbeispiel für ein somatoformes Schmerzsyndrom

Sozialrechtliche Begutachtung von Frau R. Z., 50 Jahre, aus Bosnien, Muttersprache serbokroatisch, Analphabetin, zur Arbeitsfähigkeit, nachdem sie als unschuldiges Opfer eines Autounfalls mit Bagatellverletzungen (Prellungen des linken Armes und der linken ThoraxS. bei Schrittempo) ein chronisches Schmerzsyndrom entwickelte. Erfolgreiche Bewältigung des Migrationsprozesses bis zum Autounfall; Auswanderung nach Deutschland 22-jährig mit ihrer Schwester; Heirat eines deutschen Mannes; Scheitern der Ehe wegen Alkoholismus des Ehemannes; 1 gemeinsame Tochter. Erfolgreiche Arbeit in einer Textilfabrik und als Raumpflegerin und Küchenhilfe in einer Bank bis zum Unfall.

Unsere Beurteilung zur Entstehung und Unterhaltung (Chronifizierung) des somatoformen Schmerzsyndroms: „Die Entstehung des Schmerzsyndroms wird begünstigt durch die Sozialisation der Patientin als einer einfachen Frau ohne Schulbildung, die nicht über verfeinerte verbale Ausdrucksmöglichkeiten verfügt und die üblichen Kulturtechniken wie Schreiben und Lesen nur unzureichend beherrscht. Es ist erwiesen, dass bei solchen Menschen in Konflikt- und schweren Belastungssituationen die Somatisierung einen Weg der Bewältigung / Kompensation innerseelischer Belastungen darstellt. Es ist davon auszugehen, dass dieser Kompensationsmechanismus bei Frau Z. zu einer Manifestation des psychosomatischen Schmerzsyndroms geführt hat. Das beruflich-soziale System der Frau Z. funktionierte bis zu dem Unfall zur Bewältigung aller mit der Migration einhergehenden psychischen Belastungen und sozialen Konflikte ausreichend gut. Den Belastungen durch den Unfall war Frau Z. individuell und in ihrer beruflich-sozialen Bewältigungskompetenz nicht gewachsen. Sie wurde „aus der Bahn geworfen“. Insofern kann das Schmerzsyndrom auch als Ausdruck der Dekompensation ihres bis dahin funktionierenden psychosozialen Systems angesehen werden. In ihrem subjektiven Erleben spiegelt sich die existentielle Gefährdung ihrer Person durch den Unfall wieder und darüber hinaus die Kränkung, als Unschuldige durch den Unfall körperliche Verletzungen (Bagatellverletzungen) erlitten zu haben und darüber hinaus persistierende Schmerzen, für die sie aus ihrer Sicht bis heute keine angemessene Wiedergutmachung erhalten hat. In das Gefühl der Kränkung unschuldig verletzt aber nicht hinreichend entschädigt zu sein, gehen darüber hinaus auch Benachteiligungserlebnisse gegenüber deutschen Patienten während ihrer Krankenhausaufenthalte nach dem Unfall ein. Der Schlüssel zum psychologischen Verständnis des Schmerzsyndroms ist aus unserer Sicht wie folgt: Die Kränkung als erfolgreiche Migrantin unschuldig durch einen Deutschen in einen folgenreichen Unfall verwickelt worden zu sein mit der Folge des Verlustes ihrer sozialen Existenz. Als unschuldiges Opfer steht die Forderung nach Wiedergutmachung auch stellvertretend für viele Kränkungen, Benachteiligungen und abwertende Behandlungen, die sie als Migrantin in Deutschland erlitten hat, jetzt umso entschiedener für dies was durch den Unfall geschah. Ihre subjektive Haltung findet ihren körperlichen Ausdruck in einer somatoformen Schmerzstörung, die die Konversion der psychischen Störung auf die somatische Ebene darstellt. Die Patientin erwartet unbewusst von einer Wiedergutmachung die Wiederherstellung ihrer körperlichen Integrität und ihrer ausgewogenen psychosozialen Situation wie sie vor dem Unfall war. D.h., unbewusst erwartet sie, dass die Wiedergutmachung ihr ihre Unversehrtheit wieder-

gibt und es ihr dadurch erspart bleibt, sich mit den bestehenden Realitäten als Folgen des Unfalls auseinanderzusetzen.“

Das Schmerzsyndrom unterliegt der „somatosensorischen Verstärkung“ durch die Vernichtung psychosozialer Existenz der Patientin.

Psychische Störungen bei Migranten

- „Psychoreaktive“ Störungen (Neurosen)
 - Angststörungen
 - Akute Belastungsreaktionen
 - Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
 - Anpassungsstörungen
 - Dissoziative Störungen
 - Somatoforme Störungen
- Affektive Störungen
 - Depressive Episode
 - Dysthymia
- Alkohol- und Drogenabhängigkeit
- Funktionelle Psychosen
 - Vorübergehende akute psychotische Störungen
 - Wahnhafte Störungen, Schizophrenie



(Abb. 1) Psychische Störungen bei Migranten sind überwiegend depressive Syndrome, „psychoreaktive Störungen, insbesondere solche mit körperlichen Symptomen, Abhängigkeitserkrankungen und funktionelle Psychosen.

Depressive Zustandsbilder und Symptomkonstellationen in anderen Kulturen

Wenn auch der depressive Affekt transkulturell universell zu sein scheint, so bestehen kulturelle Unterschiede hinsichtlich der Symptomkonstellationen mit denen er artikuliert wird. Typisch depressive Symptome sind z.B. bei Türken Interesseverlust, Schlafstörungen und Vergesslichkeit aber auch Symptome, die aus unserer deutschen Sicht nicht so „typisch für depressive Syndrome sind wie dissoziative Symptome und impulsive Verhaltensmuster. Hinzu kommen unterschiedliche somatische Beschwerden wie Schwindel, Schwitzen, Kopfschmerzen, u.a. (Koch u. Kraus 2005).

Aber kehren wir zurück zu den Menschen, die aus anderen Kulturen in unser Land kommen. Nach Enttäuschungen und zusätzlichen Verlusten in der Aufnahmekultur sowie rassistischer Abwertung und dem Verlust der alten Identität können depressive Syndrome entstehen. Depressive Syndrome sind bei Migranten im Euroamerikanischen-Raum sehr verbreitet. Der Wegbereiter der Migrationsforschung, Arthur Kleinmann (2004), schätzt, dass wenigstens 50% der Emigranten und Mitglieder ethnischer Minoritäten in den USA an einer klinischen Depression leiden. Ein bedeutsamer Anteil depressiver Störungen bei Migranten und ethnischen Minoritäten konnte in der Tat in mehreren Studien nachgewiesen werden. Beim Vergleich zweier Gruppen weißer und schwarzer spanischer Einwanderer in Los Angeles sowie bei Migranten aus Mexiko wurde die Lebenszeithäufigkeit von depressiven Episoden (Majordepressionen) untersucht. Es zeigte sich, dass in der Gruppe der weißen Einwanderer und der aus Puerto Rico stammenden die höchsten Depressionsraten gefunden wurden. Bei den Puerto-Ricanern verknüpft mit einer erhöhten Lebenszeitprävalenz für Suizidversuche (Okuendo et al., 2004). In einer europäischen Studie über die Häufigkeit und die Risikofaktoren für eine depressive Erkrankung bei älteren türkischen und marokkanischen Migranten in den

Niederlanden, zeigte sich ähnliches wie in den USA. Die Prävalenz depressiver Symptome war bei älteren Migranten aus Marokko doppelt so hoch (33,6%) und bei älteren Migranten aus der Türkei vier Mal so hoch (61,5%) als bei eingeborenen Niederländern (14,5%) (Wurff et al., 2004). Der Faktor „ethnische Herkunft“ war allein für sich mit dem Vorliegen klinisch bedeutsamer depressiver Symptome assoziiert. Ethnizität war also ein starker unabhängiger Risikofaktor für depressive Symptome mit klinischer Relevanz. Migranten aus außereuropäischen Kulturen sind offenbar in Europa und den USA besonders gefährdet an depressiven Syndromen zu erkranken. Die symptomatische Ausgestaltung solcher depressiver Syndrome folgt durchaus kulturellen Mustern, bei denen der depressive Affekt das Symptomenspektrum kulturspezifisch moduliert unter Einbeziehung somatischer Symptome.

„Idioms of Distress“

Hervorgehoben wird von Rief und Henningsen, dass ätiologisch „nicht nur individuelle genetische, biographische und psychobiologische Faktoren ... hier [bei der Somatisierung] eine Rolle spielen, sondern auch übergeordnete kulturelle Einflüsse auf Wahrnehmungs- und Äußerungsformen von Distress sowie soziale und sozialpolitische Faktoren wie sekundärer Krankheitsgewinn / Gratifikation von Krankheitsverhalten, Behandlerverhalten und Trends der Medikalisierung sozialer Phänomene ...“.

In diesem Zusammenhang soll hier besonders auf das „Wie“, auf die „übergeordneten kulturellen Einflüsse auf die Wahrnehmungs- und Äußerungsformen von Distress“ (seelisches Leid, Kummer, Sorge, Beanspruchung) eingegangen werden. Denn „kulturtypische Belastungssyndrome“, „culture-bound-syndroms“, oder so genannte „idioms of distress“, wechseln ihre Physiognomie, ihren Ausdruck, wenn man den euroamerikanischen Kulturraum verlässt ganz erheblich und muten für uns beinahe „exotisch“ an. Für diesen besonderen Ausdruck spielt das kulturelle Konzept von Persönlichkeit, spielen die körperliche Ausdruckform und die Folgen für die Interaktion, auch in therapeutischer Hinsicht eine große Rolle. Für die Symptompräsentation heißt dies, dass psycho-soziale Belastung und körperlicher Ausdruck, zusammen mit den Befindlichkeitswahrnehmungen, in den meisten Weltkulturen als eine unauflösbare, „ganzheitliche“ Einheit erlebt werden. Dies hat eine kulturell bedingte Wahrnehmungsfokussierung bei den Beschwerden zur Folge, mit daraus resultierenden kulturell präformierten Narrativen. In diesen wird nicht, wie im euroamerikanischen Bereich eine Betonung auf die psychischen Befindlichkeitsstörungen gelegt, sondern auf Körper und Psyche Bezug genommen. Kraus (2006) fand eine einleuchtende Definitionen für kulturelle „Idioms of distress“: „Beklagte Symptome sind in keinem Fall ausschließlich Indikatoren „tatsächlicher“ oder „somatisierter“ Krankheiten, sondern immer auch als Botschaften zu verstehen. Dieser interpersonelle Bedeutungsgehalt wird besonders in kulturell determinierten Beschwerdemustern deutlich. Dabei wählen verschiedene Kulturen aus der Bandbreite, beispielsweise depressiver Symptome mitunter sehr unterschiedliche Schlüsselbeschwerden aus, die dann in typischer Weise vorgebracht und mit spezifischer Bedeutung verknüpft werden“.

„Idioms of distress“ oder „culture bound syndroms“ sind kulturspezifische Belastungssyndrome mit häufig lokal geprägten Ausdrucksmustern von unerträglicher Belastung und ein nachhaltiger metaphorischer Ausdruck gestörter individueller und sozialer Befindlichkeit. Dabei kommt es zu einer Transformation von dysfunktionalen Gefühlen und Affekten in Symptome, die öffentlich in ihrer Symbolik und Bedeutung für jeden verstanden werden können. Die Bedeutung dieser impliziten Botschaften kann mit den Betroffenen und ihren Angehörigen entschlüsselt werden. Jede Kultur versteht die Symbolik ihrer kulturtypischen Belastungssyndrome und deren Ausdrucksformen. In der westlichen Welt wird durchaus verstanden welche *interpersonellen Bedeutungen* ihren „Idioms of distress“ wie z.B. der „Hysterie“, der „Anorexia Nervosa“, einer „Dissoziativen Störung“ oder der „Migräne“ u. a. zugeordnet werden können. Dies gehört zum kulturellen Wissen einer Zeit und ist vielen ihrer Repräsentanten sattem bekannt.

Diese interpersonellen Bedeutungen „zur Erklärung der Disposition zu somatoformen Störungen unter psychodynamischen Gesichtspunkten“ wird neuerlich hervorgehoben (Rief und Henningsen 2004). Demnach wird von einer Körperbeziehungsstörung ausgegangen, „also von Maladaptiven Körperumgangserfahrungen in der frühen Mutter-Kind-Beziehung oder auch später ...“ Durch diese Erfahrungen wird „dispositionell“ die Wahrscheinlichkeit zu negativ getönten Körpererfahrungen in Verbindung mit einer Beziehungsstörung ...“ erhöht. „Psychobiologisch werden somatoforme Störungen in diesem Zusammenhang eher als Störungen des „Körper im Kopf“, also der sensorischen Verbindung mit der affektiven und kognitiven Körperrepräsentanz konzeptualisiert – erste Ergebnisse funktioneller Bildgebung des Gehirns bei somatoformer Störung unterstützen dies Konzept.“ Aus europäischer Perspektive lässt sich dieses so schlüssig formulieren und verstehen. Aus kultureller Sicht kommt noch eine andere Bewertung hinzu.

In den Kulturen, die die Körper-Geist-(Psyche-)Dichotomie gar nicht kennen, die „leibhaftiger“ erleben und in denen der Körper eine sehr viel selbstverständlichere, weniger kulturell abgewertete Repräsentanz „im Kopf“ hat, sind körperlich-vegetative-Symptome als primäre (und nicht als sekundäre) anzusehen, genauso wie heftige Angst oder Trauer. Die Abläufe des Körpers und die Befindlichkeiten sind bewusstseinsnäher und alltagssprachlich besser integriert. Den somatischen Symptomen darf deshalb nicht der Krankheitswert zugeordnet werden, wie dies in westlichen Gesellschaften geschieht z.B. als gestörte Affektentwicklung und Ich-Störung. Dass Körpermissempfindungen ein genuiner Bestandteil des menschlichen Lebens sind und als solche auch zu tolerieren sind, müssen vielleicht eher Euroamerikaner neu lernen als z.B. Afrikaner. Körpermissempfindungen sind in afrikanischen Kulturen als Signal für einen psychosozialen Konflikt zu verstehen und haben eher flüchtigeren Charakter, vielleicht auch weil sie von ihrer Botschaft her kulturell eher auf Verständnis treffen. Aus kultureller Sicht ist das interpersonell angelegte Verständnismodell somatoformer Störungen als Körperbeziehungsstörung, leichter therapeutisch zu handhaben. Es lässt sich mit den an die Körperbeschwerden geknüpften Beziehungserfahrungen arbeiten. Und dies ist insbesondere in asiatischen und orientalischen Kulturen sinnvoll, wegen der schamhaft abgewehrten inneren Gefühle und Konfliktdynamiken. Türkische Patienten in unserer Tagesklinik waren z.B. für beziehungsorientierte Therapien in der Gruppe und für Körpertherapien, wie die konzentrierte Bewegungstherapie, am besten zu motivieren und am wenigsten zu einer eher introspektiven Maltherapie. Gerade in seiner relativen Allgemeinheit kann das interpersonelle Behandlungsmodell gut an die speziellen kulturellen, sozialen und individuellen Bedingungen der Betroffenen angepasst werden.

An den beiden folgenden Beispielen für „Idioms of distress“ lässt sich der wörtliche wie auch symbolische Ausdruck im Körpersymptom nachvollziehen und die Bedeutung der interaktiven Komponente bei einer möglichen Psychotherapie.

Brain-fag-Syndrom

Der Begriff dient als Bezeichnung für eine Störung, die als „Überforderung oder Übermüdung des Gehirns“ bekannt ist und von Prince (1989, 1957) bei High-school- und Universitätsstudenten in Nigeria erstmals beschrieben wurde. Bei den Betroffenen findet man eine körperbetonte Symptomatik, bei der der Kopf der vorrangige Ausdrucksort ist.

Symptomatik: Die Betroffenen berichten über Kopfdruck, -schmerz, Hitzegefühl, Brennen und Mißempfindungen mit „Krabbeln und Bohren wie von Würmern“, darüber hinaus über Augenschmerzen und verschwommenes Sehen. Hinzu kommen psychische Beeinträchtigungen kognitiver Art wie Schwierigkeiten beim Erinnern, Denken und der Konzentration. Die Betroffenen befinden sich in einem Spannungszustand ängstlich-depressiver Tönung.

Ätiologie: Ätiologisch wird eine „Gehirnermüdung“ und Erschöpfung von „zuviel Denken“ angenommen. Nach traditioneller Auffassung der Yoruba in Nigeria ist der Kopf der wichtigste Teil des Körpers und „Essenz der Persönlichkeit“.

Auftreten: Das Syndrom wird überwiegend bei hoch motivierten Studierenden mit guter Begabung aus den weniger akkulturierten Bevölkerungsschichten gefunden. Es überwiegen die Männer, bei Frauen fand Peltzer (1995) ein Gender-Identitätsproblem in Bezug auf die Übernahme weiblichen Rollenverhaltens. Der zugrunde liegende Konflikt besteht in der Erwartung und Verpflichtung zu besten Leistungen und Schuldgefühlen, die mit dem Überflügeln des elterlichen und traditionellen dörflichen Milieus und Niveaus auf intellektuellem und sozialem Gebiet verknüpft ist. Das Syndrom kommt im Zusammenhang mit gehobenen Ausbildungsansprüchen bei jungen Menschen im ganzen afrikanischen Kulturraum südlich der Sahara unter leichten Variationen der Symptomatik vor und wahrscheinlich auch in anderen Entwicklungsländern.

Therapie: Die Entpflichtung von den Belastungen durch das Studium wird kulturell akzeptiert. Behandlungen mit westlich orientierten psychotherapeutischen Verfahren waren bei Universitätsstudenten in Nigeria erfolgreich (Peltzer 1995).

Klassifikation. Die diagnostische Zuordnung als „Erschöpfungssyndrom“ entspricht den Leitlinien der Neurastheme (ICD-10 F48.0). Das Syndrom kann auch als Anpassungsstörung (F43.2) in Erscheinung treten. Differentialdiagnostisch wäre eine Angststörung, eine depressive Störung oder eine somatoforme Störung abzugrenzen. Die Symptomkonstellation „passt“ typischer Weise nicht in westliche Klassifikationsschemata.

Susto

In vielen Kulturen ist die Vorstellung zu finden, dass Schreck zu akuter oder chronischer Erkrankung führen kann. In lateinamerikanischen Ländern ist Susto (spanisch „Schreck“) eine Volkskrankheit, die auch unter den Bezeichnungen Espanto, Pasma, Tripa Ida, Perdida del alma (Verlust der Seele) und Chibih bekannt ist. Das Syndrom wird von den Betroffenen auf ein akutes, erschreckendes, gegenwärtiges oder in der Vergangenheit liegendes Erlebnis zurückgeführt.

Symptomatik: Eine ganze Anzahl von Symptomen werden auch retrospektiv, offenbar zur Befriedigung eines Kausalbedürfnisses, Susto zugeordnet. Relativ typisch scheinen Schwächegefühl, Appetitverlust, Gewichtsverlust, Schlafstörungen, schlechte Träume, gedrückte Stimmung, mangelnde Motivation, geringes Selbstwertgefühl sowie Anfallserscheinungen zu sein. Somatische Begleitsymptome sind Schmerzen in den Muskeln, in Kopf und Magen sowie Diarrhöen.

Ätiologie: Das ätiologische Laienmodell besagt, dass die Seele aufgrund des Schreckerlebnisses den Körper verlässt. Dieser Seelenverlust führt zu psychischer Beeinträchtigung und zu Krankheit. Ganz ähnliche ätiologische Überzeugungen und Symptomkonstellationen finden sich in den verschiedensten Kulturräumen.

Auftreten: Bei der indianischen Bevölkerung in den Südstaaten der USA, in Südamerika und bei Latinos in Mexiko wurde Susto überwiegend im Zusammenhang mit psychogen überlagerten körperlichen Erkrankungen und bei sehr ungünstigen sozialen Umständen gefunden. In ihren Sozialfunktionen erlebten an Susto Erkrankte häufig erhebliche Spannungen, indem sie sich zentralen Lebensaufgaben nicht gewachsen fühlten. Diesen Menschen eröffnete das Leiden an einer sozial akzeptierten Volkskrankheit wie Susto einen kulturellen Freiraum zu Rückzug und Unterstützung im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinnes.

Therapie: Mit einem traditionellen indianischen Heilungsritual wird das Ziel verfolgt, die Seele, die nach indianischer Auffassung von den Geistern des Wassers, der Luft und der Erde in Besitz ge-

nommen wurde, wieder zu finden und in den Körper des Betroffenen zurück zu bringen. Dazu werden die Geister durch die Opfer des Heilkundigen freundlich gestimmt (Klammer 1997). Darüber hinaus geht es um die Reinigung des Betroffenen und die Wiederherstellung des „geistigen und körperlichen Gleichgewichts“.

Klassifikation: Diagnostisch stimmt das Syndrom weitgehend mit der posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) oder auch mit der Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) überein. Es bestehen aber auch Bezüge zur somatoformen Störung (ICD-10 F45), zu depressiven Episoden (ICD-10 F32) und zur generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1).

„Idioms of Distress“ in Japan

In den fernöstlichen Kulturen Japan und China, in denen das Selbst in seinen Beziehungen zu anderen definiert wird, werden Gefühle und Affekte verdeckt präsentiert, insbesondere auch deshalb, um nicht gegen das soziale Gebot der Harmonie zu verstoßen. „Beim interdependenten Entwicklungsweg wird lebenslange Harmonie zwischen den Generationen angestrebt. Hierzu gehören eher Gehorsam als persönliche Wahl und explorative Erfahrungssuche. Bescheidenheit und gutes Benehmen wie Höflichkeit, Respekt vor Älteren und Loyalität zur Familie werden hoch geschätzt“ (Zaumseil 2006). Es wird aber auch von Fremden in der sozialen Kommunikation erwartet, dass subtile Gefühlsäußerungen, die in Sprach- und Verhaltensnuancen zum Ausdruck kommen, feinsinnig wahrgenommen werden und darauf in interpersonellen Interaktionsmustern angemessen reagiert wird. Ein koreanischer Ausdruck bringt diese Art kultureller Interaktion auf den Punkt. „Noonchi“ heißt soviel wie: „Mit den Augen den Geist lesen“. Durch von Kindheit an eingeübte subtile Gefühlswahrnehmungen kennt man die kulturell üblichen verdeckten Gefühle des Anderen und reagiert auf sie, aber es wäre hochgradig taktlos, diese zu benennen, insbesondere wenn diese dysfunktional sind und die Harmonie beeinträchtigen könnten. In Japan ist dies schon im alltäglichen Verhalten wahrnehmbar. Man sagt z.B. nicht zu einem Freund oder Bekannten „Wollen wir eine Tasse Tee trinken?“ sondern vielmehr „Einen Tee trinken, vielleicht?“ Dem Gegenüber bleibt so jede mögliche Wahl offen und ein Nichteingehen auf die Offerte bedeutet keine möglicherweise Kränkung oder etwa Gesichtsverlust auslösende Ablehnung. Dadurch bleibt die Harmonie unbeeinträchtigt.

Der sozialen Interaktion im Sinne gestörter Harmonie und dem gestörten Körperausdruck wird der Vorrang bei der Präsentation psychischer Symptome gegeben, ein Phänomen, für das von Kirmayer (2001) der Begriff „Soziosomatik“ statt „Psychosomatik“ gewählt wurde – eine passende Bezeichnung für symbolische Botschaften von Menschen, die in ihrer Selbstdefinition auf das Kollektiv Bezug nehmen. Dazu ein Beispiel: Als interpersonelle Störung stellt sich z.B. die japanische Variante der sozialen Phobie dar, die den Namen Taijin Kyofu trägt. Diese japanische Form der sozialen Phobie präsentiert ihre Symptome als soziale Interaktionsstörung. Die phobische Angst entsteht nicht, wie bei der sozialen Phobie „West“, wenn der / die Betroffene im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht. Anders als in westlichen Kulturen ist derjenige nicht den prüfenden Blicken „Anderer“ ausgesetzt, weil dies in Japan zutiefst unhöflich ist, sondern spezifisch anders. Der / die Betroffene befürchtet phobisch der eigene Körper, Teile von ihm oder bestimmte Verhaltensweisen könnten den Ärger einer anderen Person erregen oder diese stören. Insbesondere könnten einer anderen Person das eigene Erscheinungsbild, der Gesichtsausdruck, die natürlichen Bewegungsabläufe oder etwa auch der Körpergeruch, der Augenkontakt oder das Erröten unangenehm sein. Befürchtet wird dadurch eine Störung der harmonischen Interaktion als zentralem Konflikt der Phobie. Man könnte vielleicht sagen, dass die westliche Variante dieser Störung die „egozentrische“, die japanische dagegen die „altruistische“ ist.

Bei der sozialen Phobie „West“ wäre die Deutung: „Meine Angst schützt mich davor, mich Euch zu zeigen, mich zu „entblößen“, mich zu „exhibitionieren““ u.a., wobei die eigene mögliche Größe

oder Nichtswürdigkeit ambivalent erlebt wird. Dies als Ausdruck einer individualistischen, „ego-zentrischen“ Variante in einer individualistisch geprägten Kultur.

Bei der sozialen Phobie „Fernost“ Taijin Kyofu wäre die Deutung des Symptoms: „Meine Angst erspart es Euch mich Euch zu zeigen, denn dadurch wird die Harmonie unserer sozialen Beziehungen gewahrt.“ Der Betroffene fühlt sich der Gruppe verpflichtet. Dies als Ausdruck einer kollektivistischen, „altruistischen“ Variante in einer kollektivistisch geprägten Kultur.

Funktionelle Psychosen

Lassen Sie mich abschließend zum Auftreten von Psychosen kommen. Bei diesen geht es weniger um körperliche als um kognitive Metaphorik. Ein Kohärenzverlust des Ich durch schizoide Ängste macht es vulnerabel für Fragmentierungsprozesse und psychotische Dekompensationen. Hier können erlebnisreaktive Störungen und ihre kulturspezifische Interpretation beispielsweise als Besessenheit durch traditionelle Heiler als schizophrene Psychosen verkannt werden, die zur langfristigen aber unnötigen und nutzlosen Neuroleptikatherapie führen können (Wohlfart u. Özbek, 2006). Ebenso darf der Hinweis eines Afrikaners, er kommuniziere täglich mit seinen Vorfahren und bekomme von ihnen Rat und Hilfe nicht als eine Paranoide Psychose missverstanden werden. Dabei handelt es sich um eine das Ich stärkende Selbstvergewisserung. Die größere Nähe von Menschen aus anderen Kulturen zu animistischen und magischen Erklärungsmustern und Weltansichten muss Berücksichtigung finden und - dies vor allem - respektiert werden. Aber das Problem der symbolischen Bedeutung von kulturellen Denkmustern und seelischer Gesundheit in Zusammenhang mit Psychosen ist nur das Eine. Ein Zweites ist die Ätiologie und die Häufigkeit von Schizophrenien bei Menschen mit Migrationshintergrund.

Der Zusammenhang zwischen Migration und Schizophreniehäufigkeit hat in den letzten Jahren besonderes wissenschaftliches Interesse gefunden (Hutchinson u. Haasen, 2004). In einer Metaanalyse (Cantor-Graae u. Selten, 2005) wurden Studien zum Thema Schizophrenie und Migration aus den Jahren 1977 – 2003 ausgewertet. Die Ergebnisse dieser Metaanalyse zeigen, dass Migranten der ersten und zweiten Generation unterschiedlicher Herkunft im Durchschnitt ein 2,9-fach erhöhtes Schizophrenieerkrankungsrisiko haben. Das Erkrankungsrisiko der ersten Generation ist jedoch nur etwa halb so hoch (2,7-fach erhöht) als das der zweiten Generation (4,5-fach erhöht). Wurden die Daten nach ökonomischen Gesichtspunkten, Hautfarbe und Geschlecht aufgeschlüsselt, so zeigte sich, dass Migranten aus sich entwickelnden Ländern ein höheres Erkrankungsrisiko haben (3,6-fach) als Migranten aus gut entwickelten Ökonomien wie z.B. Westeuropa (2,0-fach). Der höchste Risikofaktor für einen Migranten war allerdings die Hautfarbe. Migranten mit schwarzer Hautfarbe hatten ein etwa doppelt so hohes Erkrankungsrisiko wie Weiße oder Migranten, die weder der weißen noch der schwarzen Hautfarbe zuzurechnen sind wie z.B. Inder (2,2-fach). Als einziger schwer beweisbarer aber plausibler Faktor für das höhere Erkrankungsrisiko schwarzer Migranten wurde eine Trias sozialer Faktoren identifiziert, nämlich Diskriminierung, eingeschränkte Lebensgestaltung und soziale Gratifikationsdefizite und Niederlagen (Social Defeat). Die sozioemotionalen Belastungen während des Migrationsprozesses führen nicht nur in der ersten sondern insbesondere in der zweiten Migrantengeneration zu einer erhöhten Schizophrenieerkrankungsrate, mit einer Effektgröße, die höher liegt, als diejenigen durch Cannabis Missbrauch, Geburtskomplikationen oder Wintergeburt. Urbanisation ist der einzige Risikofaktor, der in seiner Effektstärke an den der Migration heranreicht (2,4-2,7-fach). Diese Effektstärke entspricht dem Erkrankungsrisiko der ersten Migrantengeneration, liegt aber bei etwa der Hälfte des Erkrankungsrisikos der zweiten Generation (4,5-fach).

Diese Ergebnisse werfen ein Licht auf die der „Kulturellen Adoleszenz“ im Migrationsprozess innewohnende psychische Dramatik für die erste Generation insbesondere aber für die zweite Generation. Für die erste Migrantengeneration kann der „healthy migrant effect“, d.h. die Erfahrungstatsache, dass besonders gesunde widerstandsfähige Menschen emigrieren, gelten, als protektiver Faktor

hinsichtlich einer Schizophrenieerkrankung. Für die zweite Generation gilt dies nicht. Die Kinder der Zuwanderer werden meist ungefragt mitgenommen oder in die Migrationssituation hineingebo- ren. Schizophrene Psychosen manifestieren sich ja typischer Weise in der Adoleszenz, also in einer Lebensphase mit erhöhter Vulnerabilität für seelische Erkrankungen generell. Migranten in der Adoleszenz erleben in der Aufnahmegesellschaft so etwas wie eine doppelte Vulnerabilität zum Einen hinsichtlich ihres normalen seelischen Reifungsprozesses, zum anderen aber, und dies kommt erschwerend hinzu, durch den Migrationsprozess im Sinne der „kulturellen Adoleszenz“. Es ist aus meiner Sicht die doppelte psychische Belastung die durch eine Überlagerung dieser beiden die Vul- nerabilität verstärkenden Prozesse zu einer erhöhten Schizophrenieerkrankungsrate beiträgt. Und dies in besonderem Ausmaß bei der am meisten diskriminierten Migrantengruppe, den schwarzen Einwanderern.

Auch von anderen psychischen Erkrankungen wie den „Psychoreaktiven Störungen“ werden erhöh- te Erkrankungsrisiken berichtet (Machleidt u. Calliess, 2004). Bei den Suchterkrankungen (Salman, 1999) gleichen sich die Inzidenzen bei den Muslimen denen der Aufnahmegesellschaft an.

Schamanismus und Psychotherapie

Donnerstag, 26. April 2007

Die wissenschaftliche Psychotherapie ist in einem schnellen Wandel begriffen. Die im euro-amerikanischen Kulturkreis entstandenen psychotherapeutischen Schulen, in denen die psychotherapeutischen Systeme und Methodiken, wie Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, systemische Familientherapie und viele andere mehr, entwickelt wurden, werden bei diesem Paradigmenwechsel ihre alte Identität verlieren. Ihre Erkenntnisse fließen in eine umfassendere wissenschaftlich empirisch fundierte sowohl „Störungsspezifische“ als auch „Allgemeine Psychotherapie“ ein. Eine Psychotherapie dieser Prägung verfolgt das Ziel, in ihrer Methodik alle identifizierbaren Wirkfaktoren der psychotherapeutischen Wissenschaft zur Anwendung zu bringen und darüber hinaus in spezifisch angepasster Form nicht nur Patienten aus dem euro-amerikanischen Kulturraum, sondern auch Migranten, Asylsuchende und Flüchtlinge aus unterschiedlichen Kulturen und Mitglieder ethnischer Minoritäten angemessen und wirkungsvoll behandeln zu können. So etwa ließe sich der Anspruch einer modernen wissenschaftlich fundierten Psychotherapie formulieren.

Es kann fruchtbar sein, wenn eine Wissenschaft, die zu neuen Zielen aufbricht, sich ihrer Wurzeln versichert. Nicht nur aus Nostalgie, sondern aus einem kulturellen Grund. Denn es besteht die Gefahr, dass die im euro-amerikanischen Kulturraum entwickelten psychotherapeutischen Methoden - unabhängig von ihrer Kulturgebundenheit und Wirksamkeit für westliche Mittelschichtpatienten - über Kulturgrenzen hinweg als universell gültig propagiert werden. Dieser Universalanspruch euro-amerikanischer Therapiemethoden bedarf der Relativierung.

Die Chilopa-Zeremonie – Ein Opferritual zur Behandlung psychisch kranker Patienten in einem traditionellen Heilungszentrum in Malawi / Afrika (Machleidt und Peltzer 1996)

Hier wird ein ca. 12 Min. dauernder Ausschnitt aus einem Video über ein schamanistisches Opferritual auf Likoma Island (Malawisee) Malawi, Afrika von Werner Schellenberg (1986) gezeigt, das der Autor bei Feldforschungen dort 1988 kennen lernte: Die Chilopa-Zeremonie. Sinn und Bedeutung des Rituals werden erläutert, seine therapeutischen „Wirkfaktoren“ analysiert und in Bezug zu westlichen Therapieverfahren gesetzt.

Ursprünge der Psychotherapie

Der Schamanismus ist der Ursprung aller Psychotherapien in den Weltkulturen. Warum ist diese Tatsache uns so wenig vertraut? Die moderne naturwissenschaftliche Medizin vom cartesianischen Denken und dem abendländischen Rationalismus geprägt, grenzte sich als objektivierende Methode radikal vom Schamanismus ab. Seine Weltansichten und Strömungen, seine Heilmethoden und deren Begründer, „die Ahnen der dynamischen Psychotherapie“ (Ellenberger 1985), gerieten in Vergessenheit. Für die aufkommende naturwissenschaftliche Medizin verkörperte der Mediziner / Schamane die negative Symbolfigur unaufgeklärten Denkens und den natürlichen Gegenpol zum naturwissenschaftlich-rationalen Heiler / Arzt. Die methodischen und weltanschaulichen Gegensätze waren unüberwindbar groß, so dass eine Integration der Jahrtausende alten psychotherapeutisch zu nennenden schamanistischen Wissensbestände insbesondere für die Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in die naturwissenschaftliche Medizin nicht möglich war.

Erst Anfang des 20. Jahrhunderts wurde die Schamanismus-Forschung von einer Beschreibung der Faszination am Exotischen zu einer Wissenschaft für Anthropologen, Ethnologen, Ethnopsychiater und –analytiker und Theologen. Forscher wie Lévi-Strauss, Devereux, Eliade, Nathan, Ellenberger und viele andere analysierten den Schamanismus in Stammesgesellschaften.

Diese Forschungen trugen dazu bei, den Europäern diese durch die Aufklärung gerissene stammesgeschichtliche Lücke in ihrem Psychotherapieverständnis zu schließen, allerdings im Rekurs auf nicht europäische indigene Kulturen. Inwiefern die Schamanismusforschung Sinn macht, sagt Ellenberger (1985): „Manche Lehren der Medizin oder der Philosophie und manche Heilmethoden früherer Zeit lassen erstaunlich viel Einsicht in Zusammenhänge erkennen, die man gewöhnlich als die neuesten Erkenntnisse im Bereich des menschlichen Seelenlebens ansieht.“ Und er sagt (1985, S. 21): „Inzwischen hat die historische und anthropologische Forschung wichtige Beweisstücke zu Tage gefördert und erwiesen, dass bei primitiven und frühgeschichtlichen Völkern viele der Methoden gebräuchlich waren, die die moderne Psychotherapie heute auch benützt, wenn auch in anderer Form.“ Ihre Heilrituale sind zugleich mehr als „nur“ Psychotherapie. Sie sind als „gelebte Mythen“ zu verstehen und dieser Gehalt ist eher mit hermeneutischen als mit vergleichenden wissenschaftlichen Methoden erfassbar.

„Das Studium primitiver Heilmethoden ist ... die Grundlage ... der vergleichenden Psychotherapie“ (Ellenberger, 1996). Um diese vergleichende Psychotherapie muss es uns gehen, zum einen, um das methodische Spektrum einer allgemeinen Psychotherapie so zu erweitern, dass Patienten mit unbefriedigendem Therapieergebnis in Europa wirkungsvoller behandelt werden können, und zum anderen, um Patienten aus anderen Kulturen in den europäischen Aufnahmeländern therapeutisch besser zu erreichen. Es geht um neue methodische Errungenschaften, wie sie z.B. durch Akupunktur, Meditation etc. aus fernöstlichen Kulturen realisiert wurden.



Traditionelles Heilungsritual in Malawi / Afrika

Was ist Schamanismus?

Lassen Sie mich zunächst eine Begriffsbestimmung des Schamanismus vorausschicken. Der Schamanismus ist ein ubiquitäres Phänomen. Über seine Funktion sagt Eliade (1985): „In diesem ganzen riesigen Bereich Zentral- und Nordasiens hat das magisch-religiöse Leben seinen Mittelpunkt im Schamanen. „ ... der Schamane (bleibt) die beherrschende Gestalt, denn in dem ganzen Bereich, wo

das ekstatische Erlebnis für das religiöse Erlebnis schlechthin gehalten wird, ist der Schamane, und nur er, der große Meister der Ekstase“ (Eliade, 1985, S. 14). „Eine allererste Definition dieses komplexen Phänomens, ..., wäre: *Schamanismus gleich Technik der Ekstase*“ (Eliade, 1975, S. 14).

„Der Schamane ist der Spezialist einer Trance, in der seine Seele den Körper zu Himmel- und Höhlenfahrten verläßt“ (Eliade, 1975, S. 15). Er kann darüber hinaus auch Magier und Mediziner sein,...“ Einem Schamanen wird im Allgemeinen die Fähigkeit zum ärztlichen Heilen und zum Wundertun zuerkannt, und er ist „Psychologe, Seelengeleiter ins Jenseits, Priester, Dichter und Mystiker“ (Eliade, 1975, S. 13).

Die Kernelemente des Schamanismus sind (nach Eliade, 1975):

- Spezifische Beziehungen zu den Geistern
- Ekstatische Fähigkeiten zum magischen Flug
 - zur Himmelfahrt
 - zum Abstieg in die Unterwelt
- Meisterschaft über das Feuer
- Integration in eine besondere Ideologie (Kosmologie)
- Spezifische Heiltechniken

Ich verzichte im folgenden auf eine Darstellung der Initiation des Schamanen in dessen Verlauf er die Schamanenkraft gewinnt, auf eine Darstellung seiner Ausbildung und auf das gut untersuchte und kontrovers diskutierte Problem der Schamanenkrankheit.

Mit welchen Heilmethoden arbeitet ein Schamane?

Der Schamane ist als „Meister der Ekstase“ ein „Bewusstseinskundiger“ (Scharfetter, 1999). Er setzt seine Fähigkeit zu selbstinduzierten veränderten Bewusstseinszuständen in therapeutischen Ritualen ein. Er wird so zum Mittler zwischen der bewussten Alltagswelt und der übernatürlichen Welt. Er erfüllt damit sowohl im individualpsychologischen, im sozialen als auch darüber hinausgehend im kosmologisch-weltanschaulichen Bereich eine Ordnungsfunktion. Als Heiler steht seine kurative Funktion neben der der Herbalisten, der Knochen- und Organspezialisten und der der Hebammen. Die schamanistischen Heilmethoden haben eine große Vielfalt ihrer speziellen Techniken, wie zum Beispiel Massieren, Herausaugen einer Krankheit verursachenden Objekts, Berührungen, Extraktionen, Beschwörungen, Tänze und Gesänge, Gebrauch psychoaktiver Substanzen u.v.a.m.. Heilungen durch das Wort und bestimmte Anwendungen finden sich in großem Variantenreichtum Kultur übergreifend in psychiatrisch / psychotherapeutischen Behandlungskontexten, nicht jedoch die Technik der Ekstase bzw. Trance-Besessenheit, der in der professionellen westlichen Psychotherapie nichts Vergleichbares gegenübersteht.

Welche Funktion haben Trance-Zustände im Heilungsprozeß?

Offenkundig ist, dass die Schamanen selber die Überzeugung hegen, dass sie im Trancezustand über besondere diagnostische und therapeutische Fähigkeiten verfügen. Nimmt man diese Tatsache, so bleibt zu fragen, inwieweit die psychische Verfassung in Trancezuständen dazu beiträgt. Ein Faktum erscheint mir, dass veränderte Bewusstseinszustände eine Steigerung der emotionalen Wahrnehmungsfähigkeit bewirken. Als adaptiver Dissoziationszustand in Heilsituationen eingesetzt, verfeinert und differenziert Trance möglicherweise die Wahrnehmungsbilder des Schamanen von der Gesamtverfassung seines Patienten und versetzt ihn in die Lage, sich ohne so genanntes „Faktenwissen“ orientieren zu können. Im Trancezustand ist der Schamane intensiv und eindeutig auf das Subjekt bezogen. Diese intensive Bezogenheit impliziert, dass alle Phantasien und rituellen therapeutischen Handlungsanweisungen als individuell auf den Patienten bezogen verstanden werden müssen. Das affektiv-kognitive Beziehungsgefüge zwischen Heiler und Patient gibt dem Diagnose- und Heilungsprozeß in den jeweiligen kulturellen Rahmenbedingungen sein spezifisches Gepräge. Diese Zentrierung der Heilungszeremonie auf den *einen* Patienten ist gerade das, was mich

an den traditionellen Heilungszeremonien der südost-afrikanischen Schamanen am meisten beeindruckt hat. Trance ließe sich als feinsinniges Instrument zur Institutionalisierung einer kreativen Affektbeziehung zwischen Heiler und Patient verstehen - auf einem erweiterten und überhöhten, eben „spirituellen“, Bewusstseinsniveau. In der kreativen Affektbeziehung kann ihre therapeutische Wirkung gesehen werden. Vertiefte Übertragungsbeziehungen korrelieren in der westlichen Psychotherapie bekanntlich mit einem guten Therapieerfolg.

Die therapeutisch instrumentalisierbare Tranceverfassung vermittelt bei der Erfassung der Patientensituation die Gewissheiten und Sicherheiten, die womöglich nur Trancezustände vermitteln können. Das Ritual hat ja bekanntlich am Anfang eine Sequenz, bei der der Heiler sich in Trance seiner Hilfsgeister versichert, deren Gegenwart dann angenommen wird, wenn sie „aus ihm sprechen“. Darüber hinaus evoziert Trance hedonistische Affekte, die die Selbstkohärenz verstärken. Trance enthält also therapeutische Elemente, die Selbstkohärenz fördern und eine „traumhafte Sicherheit“ vermitteln. In der westlichen Psychotherapie gilt ein sicherer Psychotherapeut als ein guter Therapeut. Bei „schwierigen Fällen“ versichert er sich seiner therapeutischen Methodik, liest Literatur nach, befragt seinen Supervisor bzw. erinnert sich seiner Empfehlungen etc., weiß also „alle guten Geister“ bei sich. Hierin lassen sich Analogien der Vermittlung von Selbstgewissheit zwischen beiden Methoden sehen.

Trance könnte der spirituelle Zugang zur Erfassung der Gesamtwirklichkeit des Patienten und seines antizipierten Genesungsweges sein, wie die Übertragung, das „szenische Verstehen“, die „freischwebende Aufmerksamkeit“ und die Intuition das wissenschaftliche Instrumentarium und als Gegenstück dazu in der westlichen Psychotherapie. Eine offene Frage ist, inwieweit der Ideentransfer an psychotherapeutischer Methodik zwischen den Kulturen auch zu einem professionellen Gebrauch außergewöhnlicher Bewusstseinszustände in westlichen Psychotherapien führen könnte. Vom Nachweis einer spezifischen Wirksamkeit der Trancetechniken würde ein Ideentransfer maßgeblich abhängen. Dieser Wirksamkeitsnachweis bedürfte für außergewöhnliche Bewusstseinszustände, trotz einiger vielversprechender Bemühungen, noch weiterer systematischer empirischer Fundierung.

Mittlerfunktion und Sinnstiftung

Tobie Nathan, französischer Ethnopsychiater, hat auf viele Gemeinsamkeiten von Psychoanalyse und Schamanismus hingewiesen (1986, S. 139 ff). Er betont u.a. die Mittlerfunktion vom Psychoanalytiker und Schamanen. Wie der Schamane der Mittler zwischen dem Kranken und der Geisterwelt ist, wie er die Beziehung ordnet, Konflikte entaktualisiert und harmonisiert, so ist der Psychoanalytiker der Mittler zwischen dem Bewussten und dem Unbewussten seines Patienten. Und in diesem Sinne ist „nur die Psychoanalyse mit dem schamanistischen System vergleichbar.“

Sinnstiftung

Eine weitere Gemeinsamkeit sieht Nathan darin (1986), dass die schamanistische und die psychoanalytische Methode ganz zentral und wirksam mit dem Wort arbeiten. Dies ist nicht selbstverständlich bei therapeutischen Methoden, die in ganz unterschiedlichen Kulturepochen entstanden sind. Es scheint gleichgültig zu sein, ob eine Methode, wie zum Beispiel die schamanistische, die als eine primitive bezeichnet wird oder eine andere als „wissenschaftlich“. Der therapeutische Erfolg wird zum entscheidenden Kriterium, nicht die Wirkvorstellungen. Auch aus der Erfolgsbilanz anderer therapeutischer Methoden lässt sich sagen, dass eine Psychotherapie scheinbar dann erfolgreich ist, wenn die Erklärungsmodelle und Behandlungsschritte des Therapeuten / Heilers für das subjektive und kulturelle Weltverständnis des Patienten plausibel und nachvollziehbar sind. Und dies ist ganz unabhängig von seinem Akkulturationsniveau und von der Tatsache, ob Dritte das benutzte Erklärungsmodell und die Behandlungsschritte als „objektiv“ bzw. im Sinne wissenschaftlicher Erkenntnis, für richtig beurteilen. Es kommt auf die Stimmigkeit der Weltbezüge und Weltansichten an denen Pat. und Therapeut gemeinsam teilhaben an. Auch in der Behandlungspraxis des Schamanismus

lässt sich das Konstrukt eines sinnstiftenden Zusammenhangs zwischen einem Symptom und seiner Diagnose, seiner Ätiologie und der angewandten therapeutischen Methode finden. Zum Beispiel führt die Begegnung mit einer Schlange im Urwald zu einem Schreckerlebnis, das als Seelenverlust (Susto) diagnostiziert wird und den Schamanen veranlasst, für den Patienten ein Heilritual zum Zurückholen der Seele abzuhalten. Eine analoge sinnstiftende Logik ist in der westlichen Psychiatrie / Psychotherapie / Psychoanalyse auszumachen. Generell spielt die Symptomatik für die deskriptive Diagnostik zweifellos eine herausragende Rolle, für die Psychotherapie ist sie jedoch mit einem dynamischen Verstehenszugang vor dem Hintergrund der individuellen Lebensgeschichte zu verknüpfen. Der so ergründete Sinn des Symptoms, zum Beispiel einer Schlangenphobie, führt zu einem bestimmten therapeutischen Vorgehen, das innerhalb des Verstehensmodells der Störung für den Patienten plausibel und Erfolg versprechend ist.

Sinnstiftende Modelle dieses Typs zeichnen sich über die Kulturgrenzen hinweg ubiquitär durch ihre innere Schlüssigkeit aus, unabhängig davon, aus welchem kulturellen Welt- oder Wissenschaftsverständnis sie entstanden sind. Das subjektive Erlebnis der inneren Stimmigkeit des Erklärungsmodells, das von Patient und Therapeut geteilt wird, trägt zur Entstehung eines kohärenten Bewusstseins von sich selbst bei und darin liegt die „bedeutsamste kulturelle Funktion von Psychotherapie als eine Form praktizierter Psychologie über ihren heilenden Zweck im engeren Sinne hinaus „ (Grawe, 1995, S. 762).

Transkulturelle Wirkfaktoren

Die offenkundige Parallelität zwischen den Behandlungsmethoden von Medizinern und Schamanen und westlicher Psychotherapie führte F. Torrey 1972 (1986) bei kulturvergleichenden Psychotherapiestudien zu dem Ergebnis, dass vier Grundelemente in allen Psychotherapiemethoden, die diesen Namen verdienen, vorhanden sind (Basic Components of Psychotherapy):

- **Ein gemeinsames Erklärungssystem (A shared world view)**
- **Die persönliche Qualifikation des Therapeuten**
(The personal qualities of the therapist)
- Die Erwartungen des Klienten / Patienten
(The expectations of the client)
- Die Bewältigungsstrategie
(An emerging sense of mastery)

Aus Torreys Sicht nutzen Therapeuten aus der ganzen Welt diese vier Grundelemente von Psychotherapie und verstärken einzelne dieser Grundelemente durch Gebrauch spezieller Techniken. Man hat diese als die unspezifischen Wirkfaktoren bezeichnet.

Wirkfaktoren einer Allgemeinen Psychotherapie

Die moderne vergleichende Psychotherapieforschung (Grawe, 1995, 1998) erlaubt Schlußfolgerungen bezüglich der Wirkungsweisen unterschiedlicher westlicher Psychotherapiemethoden über die Schulengrenzen hinweg. Vier Wirkfaktoren wurden identifiziert, die als Einflußgrößen einer Allgemeinen Psychotherapie Gültigkeit beanspruchen:

- Ressourcenaktivierung
(Activation of positive resources)
- Problemaktualisierung
(Actualisation of what is to be changed)
- Aktuelle Hilfe zur Problembewältigung
(Active help for coping with the problem)
- Motivationale Klärung
(Motivational clarification)

Unter **Ressourcenaktivierung** werden die von Torrey beschriebenen so bezeichneten „unspezifischen Wirkfaktoren“ subsummiert. Darunter versteht man die Schaffung einer guten Therapiebeziehung, sei es mit oder ohne Trancetechnik, die Erweckung positiver Erwartungen beim Patienten auf Hilfe vom Therapeuten, den Entwurf eines plausiblen Erklärungsmodells und eine Bewältigungsperspektive für die bestehenden Probleme. Bei der Ressourcenaktivierung hat der Schamanismus zweifellos einen Wirkungsschwerpunkt.

Die Nähe der schamanistischen Methodik zur psychoanalytischen Technik liegt in der Vermittlung zwischen bewusster und unbewusster Welt und einer Harmonisierung beider bei konflikthafteren Zu- spitzungen. Die Analogie zwischen beiden Therapiemethoden betrifft den Bereich der Klärung **un- bewusster Motivationen** und damit den Kernbereich, in dem die Psychoanalyse ihren spezifischen therapeutischen Schwerpunkt hat.

Bei der **Problemaktualisierung** geht es um das „Prinzip der realen Erfahrung“. Wenn eine Reakti- onsweise verändert werden soll, so muss sie in der Therapie lebensnah wiedererlebt werden (durch Übertragung, Konfrontation etc.). Auch hier gibt es Analogien zu schamanistischen Ritualen. Ein Teil des Rituals besteht häufig darin, die Auslösesituation der psychischen Störung dramatisch nachzugestalten. Dabei kommt es zur Reaktualisierung der damit verknüpften Gefühle. An diesen setzt die therapeutische Arbeit an. Diese dramatische Technik ist in der westlichen Psychotherapie die des Psychodramas.

Darüber hinaus bietet der Schamanismus **pädagogische** und **verhaltensanleitende (behaviouristi- sche) Methoden** sowie den **Gebrauch psychisch wirksamer Substanzen**.

Kulturübergreifende Wirkfaktoren

Es stellt sich an dieser Stelle die Frage nach den gemeinsamen kulturübergreifenden Wirkfaktoren („common factors“) bei den verschiedensten psychotherapeutischen Heilverfahren. Die Ergebnisse verschiedener europäischer und transkultureller Studien lassen die Identifikation der in der Über- sicht zusammengestellten allgemeinen Wirkfaktoren zu (s. auch Frank, 1961; Torrey, 1972; Dittrich u. Scharfetter, 1987; Grawe et al., 1995). (Tab. 5)

Wirkfaktoren einer Allgemeinen interkulturellen Psychotherapie (Machleidt u. Calliess 2007)

(Tab. 1)

Aktivierung gesunder Persönlichkeitsanteile (Ressourcenaktivierung, Empowerment, Saluto- genese)
Erarbeitung von Problemlösungen (Emotiv-kognitive Korrektive)
Wiederbelebung der konfliktuösen Gefühle und Kognitionen (Konfliktaktualisierung, Konf- rontation, Problemvergegenwärtigung)
Analyse der emotionalen Dynamik im biographischen Zusammenhang (Motivklärung, Deu- tungen, Symbolverständnis)

Alle Verfahren also, die emotionelle Abläufe analysieren, wie die tiefenpsychologischen, und Ver- fahren, die Verhalten einüben und Kognitionen analysieren, müssten in Verknüpfung mit den jewei- ligen kulturellen Kontexten transkulturell anwendbar sein, nicht zuletzt auch deshalb, weil basale Emotionen und damit assoziierte kulturelle Handlungsmuster und Kognitionen universell in allen Menschen angelegt sind.

Zusammenfassung

Die Kernelemente schamanistischer Therapie sind bis in die Gegenwart gültig. Sie liegen unter dem Blickwinkel der Wirkfaktoren einer allgemeinen Psychotherapie auf dem Gebiet der Ressourcenaktivierung und der motivationalen Klärung. Es gibt über den Schamanismus im engeren Sinne hinausgehend eine große Vielfalt von Therapiemethoden aus nicht-europäischen Kulturen, die älter als die westlichen sind und über Jahrhunderte praktiziert wurden. Sie sind offenkundig wirksam, auch wenn wir die kulturellen Wirktheorien nicht anerkennen. Eine weiterentwickelte allgemeine Psychotherapie ist auf die Erfahrungswelten und das therapeutische Spektrum psychotherapeutischer Verfahren, die in Kulturen außerhalb des euro-amerikanischen Kulturkreises entwickelt worden sind, angewiesen. Nicht nur um Migranten aus diesen Kulturen angemessener behandeln zu können, sondern auch und besonders um das eigene therapeutische Spektrum durch diese Verfahren kreativ erweitern zu können mit dem Ziel einer verbesserten Differentialindikation therapeutischer Methodik für spezifische Störungsbilder und Patientengruppen.

Psychotherapie über die Grenzen von Sozialstatus, Kultur und Schulbildung hinweg ist nicht nur eine faszinierende Herausforderung, sondern auch eine befreiende Erfahrung. Natürlich ist dies heute noch eine schöne Utopie. Utopien sind aber nicht zu selten vorweg genommene Wirklichkeiten. In diesem Sinne wünsche ich mir, dass diese Utopie zukünftige Wirklichkeit in Wissenschaft und Praxis einer transkulturellen Psychotherapie wird.

Die Literatur kann beim Autor angefordert werden.

Interkulturelle Psychotherapie

Freitag, 27. April 2007

Psychotherapeutische Arbeit mit Migranten

Die psychotherapeutische Arbeit mit Migranten stellt die angewandten Methoden in theoretischer und praktischer Hinsicht auf den Prüfstand. Es ist zu fragen, haben die psychotherapeutischen Methoden ein theoretisches Modell, mit dem sie versuchen die anthropologischen Phänomene der Migration und ihre pathologischen Ausformungen, in einen plausiblen Erklärungsrahmen zu stellen? Die Beantwortung dieser Frage ist umso bedeutsamer, als ein Konzept über das Wesen der Migration am ehesten auch Leitideen für eine schlüssige therapeutische Praxis entwickeln kann. Interkulturalität ist bei der Theoriebildung und Methodik in der Psychotherapie eher ein Novum – abgesehen von der Ethnopschoanalyse. Die aktuell in der internationalen Psychotherapie gültigen theoretischen Konzepte und Methoden sind in Europa und Nordamerika entwickelt worden und in ihrer Anwendung in diesem Kulturbereich erfolgreich, aber in diesem Sinne zweifellos ethnozentristische Entwürfe. Bei einer Weiterung des kulturellen Horizontes wird eine zweite Weiterung, nämlich zu schulübergreifenden Konzepten ohne Zweifel die Folge sein müssen. Die Kulturgeschichte der Psychotherapie zeigt (Ellenberger, 1996) die Wirksamkeit indigener „Psychotherapie“ auf und die Entwicklung ähnlicher Interventionsmethoden in verschiedenen Kulturen zu unterschiedlichen Zeiten, insbesondere auch vor der Entwicklung der modernen Psychotherapie am Ende des 19. Jahrhunderts in Europa. Die weltweite Mehrkulturalität bietet für die Psychotherapie Herausforderung und Chance zugleich Konzepte und Methoden zu entwickeln, die über Schulengrenzen und über Kulturgrenzen hinweg verständlich und wirksam sind. Diese Herausforderung wird die Psychotherapie in Theorie und Praxis nachhaltig verändern, z.B. im Sinne in einer größeren Vielfalt der Interventionsformen und der Integration „kulturfremder“ Elemente. Es bedarf auf einem empirisch wissenschaftlichen Evidenzniveau der Beantwortung der Frage, welche Kernelemente einer Psychotherapie über Kulturgrenzen hinweg als „wirksam“ eingestuft werden können. Dies ist ein anspruchsvolles Ziel auf einem Wege zu einer interkulturellen Psychotherapie. Heute können auf diese Frage nur vorläufige Antworten gegeben werden.

Wichtige Voraussetzungen und Erfordernisse für interkulturelle Psychotherapie sind im Folgenden

(Tab. 1):

Ausreichende sprachliche Verständigung
Erläuterung der psychotherapeutischen Methode
Welche(r) Konflikt / Störung liegt vor?
Wie verlief die Migration?
Akkulturation in der Aufnahmekultur (Bi- / Multikulturalität)
Kenntnisse über die Herkunftskultur
Vormigratorische Biographie

Der „Dritte im Raum“ - Sprachliche Verständigung in der interkulturellen Psychotherapie (Kluge u. Kassim 2006)

Bei meiner Arbeit mit Dolmetschern ist mir, bevor ich ihn als Partner in einer Triangulierungssituation wahrgenommen hatte, zweierlei aufgefallen. Zum einen wie viel Energie es mich kostete, die dem Dolmetscher verordnete „Neutralität“ zu gewährleisten und zum anderen, mich in diesem Dreieck häufig als der Fremde zu fühlen. Ich hielt deshalb unsere Auffassungen von der Funktion des Dolmetschers in diagnostisch / therapeutischen Settings für überprüfungsbedürftig.

In einer qualitativen Studie mit dem Titel „Der dritte Raum“ hat Kluge (2005) die Dolmetscherposition in psychotherapeutischen Settings feinsinnig analysiert und ist zu neuen Erkenntnissen gekommen. Konzeptionell geht sie statt von einer Dyade von einer Beziehungstriade aus. Die „neutrale“ Positionierung der Sprach- und Kulturvermittler, so ihre Hypothese, folgt offenbar dem Wunsch, die Komplexität der vielen möglichen Beziehungskonstellationen unter Kontrolle zu halten. Die Frage scheint vielmehr dabei zu sein, „ob damit nicht vielmehr ein „blinder Fleck“ erzeugt wird, der die vielfältigen Einflüsse der Sprach- und Kulturvermittler zu negieren versucht, anstatt diesen Einflüssen die entsprechende Aufmerksamkeit zu gewähren, sie konzeptionell zu integrieren, als fruchtbare Realität anzuerkennen und sie in die therapeutische Arbeit einzubeziehen.“ Die schlichte Bezeichnung Dolmetscher verkürzt seine Funktion auf wörtliches Übersetzen, was es bekanntlich nicht gibt. Die erforderlichen Funktionen sind viel weitergehende. Es geht darum, die kulturellen Barrieren abzubauen, das Wissen über kulturelle Bedeutungszusammenhänge zur Verfügung zu stellen und transkulturelles Verstehen zu fördern. Es besteht die Notwendigkeit für eine Mittlerfunktion, die weit über das rein Sprachliche hinausgeht. Es geht darum, die Kulturdifferenz, die der Sprachdifferenz innewohnt zu bearbeiten. „Das...schließt ein, dass Sprach- und Kulturmittler über ein kulturelles Wissen verfügen, welches sie in ein interkulturelles Setting einbringen und somit auftretende kulturelle Differenzen und daraus resultierende Missverständnisse zugänglich machen können.“

Die drei Akteure im Raum müssen als Kleinstgruppe mit den entsprechenden Dynamiken verstanden werden. Dies sollte schon in ihrer Sitzordnung zum Ausdruck kommen. Diese sollte wie ein gleichschenkliges Dreieck aussehen. Wenn man bei dieser Sitzordnung Pat. und Therapeut als gegenüber ansieht, käme dem Dolmetscher als Repräsentant der Herkunftskultur die Position des „Dazwischen“ zu, - weder hinter dem Pat. noch neben dem Therapeuten. Auch der Pat. befindet sich in einem „Dazwischen“, nämlich zwischen dem Repräsentanten der Aufnahmekultur, dem Therapeuten und dem Repräsentanten der Herkunftskultur, dem Dolmetscher. Und nicht zuletzt ist der Therapeut als „Fremder“ im „Dazwischen“ als therapeutischer Mittler zwischen Aufnahme- und Herkunftskultur von Pat. und Therapeut. So gesehen befinden sich alle 3 in ihrer jeweiligen ethnischen Situation und professionellen Aufgabe als Beziehungspartner im „Dazwischen“ eines therapeutischen Aushandlungs- und Transformationsprozesses.

Versteht man in Analogie zur frühen Triangulierung so steht aus der Pat. / Kind Sicht der Dolmetscher für das „Eigene / Vertraute“ als eine Art Muttersurrogat und der Therapeut für das „Andere / Fremde“ das Neue als eine Art Vatersurrogat. Wie das in Dreierkonstellationen ja nun mal so ist, kann sich jeder mit jedem solidarisieren, identifizieren oder koalieren. Geht der Pat. z.B. gegen das Neue in den Widerstand, versucht er vielleicht mit dem Dolmetscher zu koalieren. Ähnlich wie bei der Arbeit mit muttersprachlichen Therapeuten besteht die Gefahr einer „kulturellen Symbiose“. Der bedrohlichen bikulturellen Weite wird die „monokulturelle“ Enge vorgezogen mit der Folge, dass z.B. kulturelle Tabus unangetastet bleiben. An diesem Widerstand liesse sich dann fruchtbar arbeiten, wenn auch der Dolmetscher in die Prinzipien der psychotherapeutischen Methode eingeweiht ist und erfassen kann, worauf es im therapeutischen Prozess ankommt - ebenso wie die gewählte Sprache von Belang ist. Es ist ein großer Unterschied, ob er den vom Therapeuten bevorzugten Konjunktiv überträgt oder diesen in konkrete Handlungsaufforderungen oder Belehrungen verwandelt.

Die Subjekthaftigkeit des Dolmetschers hat Einfluss auf seine Translationstätigkeit. In der Studie von Kluge (2005, Kluge u. Kassim 2006) wurde deutlich, „dass neben der Persönlichkeit und dem Selbstbild der Dolmetscher, ihre Moralvorstellungen und Wertesysteme, ihre Vorstellung von ihrer Aufgabe und ihre jeweils subjektive Deutung des therapeutischen Vorgehens und der Zielsetzung der Einrichtung ihre Arbeit maßgeblich beeinflussen.“ Dazu ein Beispiel: Ein Dolmetscher sprach beim Übersetzen auffallend eindringlich auf einen alkoholabhängigen Pat. ein. Es stellte sich heraus, dass in seiner eigenen Familie ein Fall von Alkoholismus aufgetreten war. In einem anderen

Fall diene die Dolmetscherin als Hilfs-Ich. Es fiel auf, dass eine Pat. in Anwesenheit der Dolmetscherin sehr viel leichter über kulturell verpönte ambivalente und aggressive Gefühle, die sie ihrem Mann gegenüber hegte, sprechen konnte. Sie begründete dass mit der Wiederholung alles gesagten durch die Dolmetscherin. So sei sie es nicht alleine, die darüber spreche und das nehme ihren Aussagen etwas von ihrer Bedrohlichkeit (Kluge u. Kassim 2006).

Wie muss das Setting gestaltet sein? Zu verstehen ist es als Kleinstgruppe mit 3 Akteuren, eine Triade mit komplexen Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellationen. Ausbildung als Sprach- und Kulturmediator in psychotherapeutischen Kontexten wäre optimal, im Übrigen ist Gender, Herkunft und Kontinuität nicht weniger wichtig als beim Therapeuten. Der Ablauf des Dolmetschereinsatzes hat fünf Phasen nach Salman (2001): Planung, Vorgespräch mit dem Dolmetscher, Übersetzungsgespräch, Nachgespräch mit dem Dolmetscher und Auswertung des Dolmetschereinsatzes. Der Erstkontakt kann auch ohne Dolmetscher stattfinden und erlaubt dann eine Abschätzung der Sprachkenntnisse bei dem Pat. und eine Entscheidung ggf. für einen Dolmetschereinsatz in weiteren Gesprächen. Der Dolmetscher sollte keine Gespräche mit dem Pat. außerhalb der Therapiesitzungen haben. Es bestände die Gefahr, dass die wesentlichen Konflikte nicht in die Therapie eingebracht würden bzw. der Therapeut auf diese Weise ausgeschlossen würde. Im Übrigen werden gute Erfahrungen mit Dolmetschereinsätzen in der Psychotherapie gemacht.

Neugier beim Therapeuten auf die kulturelle Herkunft des Migranten ist eine gute Voraussetzung für interkulturelle Psychotherapien. Es müssen viele Verständnisfragen Beantwortung finden, da sich das Fremde nicht aus dem Eigenen erschließen lässt. Die Herstellung sprachlicher Verständigung macht ggf. eine Hinzuziehung von Dolmetschern notwendig. Auf die ganz eigene Problematik der Dolmetschertätigkeit als Übersetzer und Kulturmediatoren kann hier nicht näher eingegangen werden (s. Salman, 2001; Machleidt, 2002; Machleidt et al., 2005). Der Psychotherapeut sollte nicht voraussetzen, dass die psychotherapeutische Methodik und deren Wirkungsweisen dem Migranten hinreichend klar sind. Er muss sie erläutern. Besondere Sorgfalt ist auf die diagnostische Identifikation der zugrunde liegenden Störungen zu legen. Wichtig sind Informationen über den Verlauf der Migration und die anschließende Akkulturationsbereitschaft und der Akkulturationsfortschritt in der Aufnahmekultur, wobei nicht zuletzt die Sprachfertigkeiten große Bedeutung haben. Auch spielt die vormigratorische Biographie eine Rolle bei der Beurteilung der Ätiologie der Störung. In diesem Zusammenhang sind die kulturellen Erklärungsmodelle von Belang, wie etwa „böser Blick“, Besessenheit, Zauber, Schuld u.a.. Die Behandlungs- und Beratungsansätze traditioneller Heiler sollten mit in die interkulturelle Psychotherapie mit einbezogen werden.

Krankheitskonzepte

Das Krankheitsverständnis von Migranten ist keineswegs statisch, sondern in der ständigen Auseinandersetzung mit der Aufnahmekultur einem häufig nachhaltigen Wandel unterworfen. Ist die Akkulturation an die aufnehmende Kultur bereits fortgeschritten, so findet man bei Migranten in Deutschland und bei deren größter Gruppe, den Türken, Elemente medizinisch-naturwissenschaftlicher Verstehensmodelle neben den traditionellen religiösen und magischen Sichtweisen. Individuell erfolgen ganz unterschiedliche Verknüpfungen traditioneller und moderner Vorstellungen von Krankheit miteinander. Eine Tendenz lässt sich jedoch festhalten: Die Elterngeneration, die noch im Heimatland aufgewachsen ist, fühlt sich mehr den traditionellen Erklärungsmodellen verbunden als die Angehörigen der zweiten und dritten Migrantengeneration. Die Generationen, aber auch die Individuen und Angehörige kultureller Minoritäten vertreten verschieden stark variierende und sich überschneidende Modelle hinsichtlich der Krankheitsursachen. Traditionelle (aber auch alle anderen) Krankheitskonzepte beeinflussen die Erwartungen, die an die Therapie gestellt werden:

- Wird der religiöse Verständniszugang gewählt, so wird Krankheit als Strafe von einer höheren Instanz wie Gott, den Ahnen, Dämonen oder Geistern für menschliches Fehlverhalten

verstanden. Therapie hat dann die Funktion der Sühne, Medikamentengabe die Funktion der Linderung von Strafe.

- In magischen Sichtweisen werden Krankheiten als Störung der sozialen Interaktion interpretiert und den negativen Einwirkungen von Mitmenschen oder Verstorbenen zugeschrieben. In den Heilungsprozess müssen folgerichtig die Mitglieder der sozialen Gruppe des Betroffenen bzw. die Großfamilie mit einbezogen werden.

Diese Beispiele machen deutlich, dass insbesondere bei psychischen Erkrankungen eine Therapie gewählt werden muss, die von den individuellen Krankheitstheorien und Erwartungen des Betroffenen und seiner Angehörigen ausgeht und eine Methode zur Anwendung kommt, von der der Behandelte und seine Bezugsgruppe sich einen Erfolg versprechen. Dies erfordert von den Behandlern eine Offenheit für transkulturelle Sichtweisen von Krankheit und Genesung und ein hohes Maß an therapeutischer Flexibilität.

Für Krankheitsvorstellungen von Migranten gilt im übrigen: Je weniger überzeugend die Therapieerfolge der westlichen naturwissenschaftlichen Medizin sind, z.B. bei chronifizierenden Krankheitsverläufen, um so eher besteht bei Migranten die Neigung, auf traditionelle Erklärungsmodelle aus ihrer Ursprungskultur zurückzugreifen (Salman 1998).

Gegensätzliche Einstellungen und Erwartungen von Migranten und einheimischen Therapeuten

Bei den Elementen interkultureller Psychotherapie spielt die Haltung des Therapeuten gegenüber dem Patienten eine ausschlaggebende Rolle. Bei Migranten aus ländlichen Kulturen des vorderen Orients wird der Arzt als väterlicher Freund der Familie im Sinne einer paternalistischen Figur und eines so gearteten Autoritätsverständnisses aufgefasst. Diese Orientierung des Patienten bedarf auf S.n des Therapeuten eines aktiven wissenden und beratenden Umgangs in dem Sinne, dass dieser „schon weiß“, was für den Patienten gut ist (Acba, 1993; Pfeiffer 1995).

Gegensätzliche Einstellungen und Erwartungen von Migranten und Therapeuten (Pfeiffer 1995).

(Tab. 2)

-	Patient (Migrant)	Therapeut
Befriedigung des Hilfsbedürfnisses	Umgehende Hilfe durch die Autorität	Aufschieben, Mobilisieren des eigenen Potentials
Beziehung zu Gruppe	Gruppe als Ort der Identität und Bewertung, Verhaltensregulierung durch Ansehen in der Gruppe	Autonomie, Selbstverantwortlichkeit, innerer Ort der Bewertung
Beziehung zum Therapeuten	Familiäres Autoritätsverhältnis	Sachliche oder kameradschaftliche Arbeitsbeziehung, „Übertragung“, personale Beziehung
Lokalisation von Problemen und Konflikten	Im äußeren Raum, besonders in den zwischenmenschlichen Beziehungen	In der eigenen Person, Introspektion
Verhältnis zum Körper	Erleben und Ausdruck körperbetont	Körper Ich-fern, beherrscht, ausdrucksarm

Eine Beziehung demokratischer Art „auf Augenhöhe“ kann dagegen zu erheblicher Verunsicherung führen (Gaitanides, 1999), während genauso die oftmals sachlich distanzierte Haltung des Therapeuten ein Gefühl von entgegengebrachter Ablehnung bei Patienten bewirken kann (Domberg et al.,

1997). Die Patienten aus kollektivistischen Gesellschaften werden häufig von Familienmitgliedern begleitet. Die Gespräche werden also auch im Beisein von Familienmitgliedern geführt. Dies gibt den Familien die Möglichkeit, die Tabuzonen der konfliktuösen Bereiche schützend auszusparen und den Therapeuten nicht „hineinzulassen“ bzw. in die Irre zu führen. Dies muss er ertragen und als kulturtypische Widerstandsarbeit verstehen, die nur schrittweise vorangehen kann und längere Wegstrecken erfordert (Hegemann, 2001).

Elemente interkultureller Psychotherapie (Tab. 3)

Kulturangemessene reflektierte therapeutische Haltung (paternalistisch vs. demokratisch)
Kulturangemessenes therapeutisches Setting (kollektivistisch vs. individualistisch)
Sorgfältige Wahrnehmung der Übertragung (Idealisierung, Abwertung, Vorurteile, kollektive Übertragung, etc.)
Sorgfältige Wahrnehmung der Gegenübertragung (Rassismus, Religiosität, Ethnie, kulturelle Werte, Gender, kollektive Gegenübertragung, etc.)
„Kampf der Kulturen“ im sozialen Mikrokosmos des therapeutischen Raumes vs. Transformation des Fremden zum Eigenen
Empathie (Perspektiveninduktion und –übernahme)
Kultursensibilität und –kompetenz (Sinn und Bedeutung des Fremden lassen sich nicht aus dem Eigenen erraten)

Übertragungsaspekte in der interkulturellen Psychotherapie

Die Differenzierung von kulturtypischen und pathogenen interaktiven und familiären Dynamiken und Mechanismen erfordert einer große Kultursensibilität und Kulturkompetenz (Erim u. Senf, 2002). In der Übertragung und Gegenübertragung werden in mikrosozial verdichteter Form die Belastungen und Probleme der Migranten in der Aufnahmegesellschaft, insbesondere, wenn der Psychotherapeut dieser angehört, wieder belebt. In der Gegenübertragung spielen rassistische Elemente, Abwertung, Ausblendung kulturtypischer Haltungen und Werte wie zum Beispiel religiöse Bindungen, die Einstellung zu Sexualität und Partnerbeziehungen, die Rolle der Frau bzw. des Mannes in der Familie und Gesellschaft, Schamgefühle gegenüber Gefühlsäußerungen und psychischen Störungen u.v.a.m. eine wichtige Rolle. Eine wache kultursensible und besonders sorgfältige Wahrnehmung und Hinterfragung der Übertragungsgefühle ist erforderlich, um im therapeutischen Raum eine modellhafte neue Wirklichkeit der Auseinandersetzung im „Kampf der Kulturen“ für den Patienten zu schaffen und die Option für die Transformation des Fremden in das Eigene zu eröffnen. Die Übertragung des Therapeuten aus der Aufnahmegesellschaft ist wie ein Spiegel für alle gesellschaftlichen Vorurteile und Haltungen gegenüber Migranten, die in verdichteter Form im sozialen Mikrokosmos der therapeutischen Beziehung auftauchen und unkontrolliert destruktiv wirksam werden können.

Die hier dargestellten Übertragungen spricht Erim (2004) als kollektive Übertragungen an. Darunter versteht sie Übertragungen, die ethnisch geprägt sind (Eigenübertragungen) und „auf kollektive Erfahrungen der betreffenden ethnisch-kulturellen Gruppen nämlich die der Migranten und der Einheimischen zurückzuführen“ sind. „Da es sich um kollektive Übertragungen handelt, macht die interkulturelle psychotherapeutische Arbeit eine über die übliche Selbsterfahrung hinausgehende Auseinandersetzung des Therapeuten mit der eigenen ethnischen Zugehörigkeit erforderlich.“ Es können sonst die Gefahren entstehen, wie ich sie oben bei der Fremdenrepräsentanz beschrieben habe, im Sinne einer projektiven kollektiven Abwehr, d. h. der Projektion von allem Verpönten auf das Fremde und der Projektion von allem Erwünschten auf die eigene Kultur im Sinne einer Spaltung. Die Auseinandersetzung des Therapeuten mit der Normativität der eigenen Kultur, die Einnahme einer konstruktiven ambivalenten Haltung zu ihr, wie Freud sie beschrieben hat, und eine Infragestellung ihrer Werte ist förderlich für die interkulturelle Psychotherapie.

Zu den unbewussten Konfliktdynamiken in ethnisch gemischten therapeutischen Beziehungen gehören zwei Themen, so Erim (2004), das der Überlegenheit bzw. Dominanz und das der gerechten Versorgung der Benachteiligten. Letztere, die Benachteiligung ist der Migration inhärent zum einen als Motivation für die Emigration und zum anderen nach der Ankunft in der Aufnahmegesellschaft, wo die Nicht-Benachteiligung bzw. die Gleichstellung erst gegen Widerstände erarbeitet werden will und muss u.a. als eigene Integrationsleistung. Die Einheimischen können der Rolle der Dominanz aus der Perspektive der Migranten gar nicht entgehen. Diese ist janusköpfig in der Wahrnehmung der Migranten. Im Blick auf sich selbst ist sie die erstrebte Rolle. Im Blick auf die Einheimischen ist sie die gefürchtete Rolle, wegen der Gefahr des gegen sie selbst gerichteten Missbrauchs. In der therapeutischen Interaktion geht es insofern immer um die Frage der Dominanz. Wer bestimmt die kulturellen Spielregeln? Eine Rivalität um die kulturellen Werte, die sozialen und religiösen Normen u.s.w. entsteht. In der türkisch-deutschen Interaktion wird diese Rivalität an dem Thema Individualismus / Kollektivismus ausgetragen. Es geht also um die unterschiedlichen Bewertungen von Autonomie und Getrenntheit gegenüber einer traditionellen Lebensform der Bezo-genheit und der Integration in Gruppen. In negativen Gegenübertragungen würde der Therapeut aus türkischer Sicht als individualistisch / egoistisch, der Patient aus deutscher therapeutischer Sicht als unselbstständig / unemanzipiert antizipiert.

Zur kollektiven Gegenübertragung des *einheimischen* Therapeuten, und von diesem soll jetzt die Rede sein, zählt in kulturell gemischten Settings u.a. die „Gleichbehandlungsmaxime“. Es geht dabei, um das Bemühen zwischen einheimischen und ausländischen Patienten, keine Bevorzugungen oder Benachteiligungen entstehen zu lassen. Dass trotzdem ausländische Patienten in der Therapie faktisch benachteiligt sind, hat viele Gründe, wie z.B. den der sprachlichen Verständigung, der größeren Aufwendigkeit der Behandlungen u.a.. Das hat vermutlich aber noch einen zentralen Grund, der in der Abwehr kollektiver historischer Schuld in Deutschland vor dem Hintergrund des Holocaust gesehen werden kann. Es wird von Erim (2004) die schuldhaft erlebte Dominanzposition, insbesondere in der Begegnung von Deutschen und Juden, hervorgehoben. Es geht dabei um die Angst des Therapeuten, sich seinem der jüdischen oder auch anderen Kulturen entstammenden Patienten etwas zu Schulden kommen zu lassen. Dies trägt zu Übervorsichtigkeit und Rückzug gegenüber solchen therapeutischen Herausforderungen bei vor dem Hintergrund eines unbewussten bzw. uneingestandenem Ohnmachtgefühls. Nicht zuletzt geht es um die dann fehlende Bereitschaft, sich mit den ethnischen Besonderheiten dieser Patienten auseinander zu setzen und mit diesem kulturellen Verständniszugang über einen weiteren Schlüssel, - neben dem, den die Übertragung bietet, - für die kultursensible Deutung der therapeutischen Interaktion zu verfügen.

Die Umkehrung der „Gleichbehandlungsmaxime“ und ihrer unbewussten individuellen und kollektiven Abwehr bestände „in der Überidentifikation des Therapeuten mit der fanatisierten Benachteiligung der Migranten und anschließender positiver Diskriminierung durch eine überbehütende und aggressionsvermeidende therapeutische Haltung. Hier kann der therapeutische Diskurs durch gemeinsame Idealisierungen, gemeinsame sozialpolitische Ziele geprägt sein“ (Erim 2004).

Fasst man die Übertragungsbereitschaften und Verständigungsprobleme vom *einheimischen* Therapeuten auf den Migranten zusammen, so besteht der zentrale Konflikt in der Unterwerfung bzw. Kontrolle des Patienten. Die Thematik wäre die Gleichbehandlungsmaxime versus Überlegenheit und Dominanz. Die innere Formel hieße: „Ich habe den Patienten nicht unterworfen, habe ihn nicht ausgenommen, besiegt, vernachlässigt etc.“. Die abgewehrten Affekte sind Schuldangst und Ohnmacht. Die Abwehr erfolgt durch Verleugnung, Projektion, nicht annehmen von ethnischen Patienten, Überidentifikation mit der fanatisierten Benachteiligung der Migranten und positive Diskriminierung. Ein hilfreiches Vorgehen in der Therapie wäre Flexibilität, Neugierde, Offenheit, Benennung der ethnisch-kulturellen Unterschiede, Einholung von Informationen über die Kultur des Patienten und die schrittweise Gewinnung eines kulturellen Kompetenzgefühls.

Bei den Übertragungsbereitschaften *ethnischer* Patienten auf den einheimischen Therapeuten geht es um den Autonomie-Abhängigkeitskonflikt in Partnerschaft oder Familie. Die Patienten erleben sich selbst als illoyal, aggressiv und beschämend, weil „der familiäre Verbund und das gemeinsame Glück der Familie in der Herkunftskultur türkischer Migranten höher bewertet wird als Getrenntheit und Individualismus.“ Die innere Formel würde lauten: „Ich kann mich nicht mit dem fremden (deutschen) Therapeuten verbinden und meine Familie verraten.“ Die abgewehrten Affekte sind aggressive Impulse, Wut, Schuld und Scham. Die Abwehr wird durch Verleugnung eigener aggressiver Abgrenzungswünsche geprägt und die Trennungsimpulse können auf den Therapeuten projiziert werden: „Der Therapeut will, dass ich mich von meiner Familie trenne.“ Wegen der damit verbundenen großen Schuld- und Schamgefühle kann diese Übertragung ausagiert werden, so dass die Trennung statt vom Partner vom Therapeuten erfolgt. Hilfreiches therapeutisches Vorgehen wäre die Berücksichtigung der kohäsiven familiären Strukturen und die Bearbeitung des Autonomie-Abhängigkeitskonfliktes vor Trennungsempfehlungen durch den Therapeuten. Es ließen sich noch weitere Konstellationen durchspielen z.B. die ethnische/r Therapeut und Migrant und die dabei auftretenden Übertragungsbereitschaften und Verständigungsprobleme herausarbeiten. Dabei ginge es um Narzisstisches. Die innere Formel hieße: „Ich bin die einzige der sie / ihn verstehen und ihr / ihm helfen kann. Ich werde ihm / ihr die Unterstützung geben, die ich selbst nie bekam.“ Hierin liegen Gefahren zu großer Nähe oder „kultureller Symbiose“. Die weitere Ausformulierung möchte ich ihrer eigenen Phantasie und therapeutischen Intuition überlassen und empfehle dazu die Arbeit von Frau Erim (2004).

Im positiven Fall bietet die Bearbeitung der Übertragung und Gegenübertragung die Chance der Entstehung eines interkulturellen Dialogs im psychotherapeutischen Raum. Die Ausformung einer neuen interkulturellen Identität ist ein wichtiges Instrument, um über Kulturgrenzen hinweg emotionelles Erleben einfühlsam nachvollziehen zu können. Allerdings reicht dies allein nicht aus um fremde Kulturen zu verstehen. Denn Sinn und Bedeutung des Fremden lassen sich nicht aus dem Eigenen erraten. Vielmehr kann auch das Wissen über eine Kultur zur Entschlüsselung des Fremden beitragen (Erim u. Senf, 2002).

Kulturelles Wissen in der Psychotherapie

Dieses Wissen sollte jedoch nicht nur als objektivierbares Wissen verstanden werden. Wissen über die Kultur der Patienten wird zwar von Professionellen häufig als relevantes Hilfsmittel im Sinne von interkultureller Kompetenz verstanden (Wohlfart et al., 2006), doch erworbene Kenntnisse hinsichtlich „einer Kultur“ können genauso wie Unwissenheit zu Schubladendenken, Pauschalisierung und Stereotypisierung führen, wenn existierende regionale, religiöse, alters-, geschlechts-, schichtspezifische etc. Unterschiede des Herkunftslandes der Migranten außer Acht gelassen werden und unberücksichtigt bleiben. Auch kommt es häufig einer Überforderung gleich, sich dieses Wissen vor dem Hintergrund der Vielzahl an Herkunftskulturen der Migranten aneignen zu wollen. Eine gerechte, qualitativ hochwertige Versorgung aller Migrantengruppen in einer Institution kann hierdurch nicht gewährleistet werden. Stattdessen werden Mitarbeiter zu „Experten“ für bestimmte Kulturen und Einrichtungen und verfolgen erneut einen nationalitätenspezifischen Ansatz. Dies wurde bereits in der Vergangenheit bezüglich der Versorgung von Migranten häufig kritisiert, denn es läuft der heutzutage erwarteten interkulturellen Öffnung aller Regelversorgungsangebote zuwider (vgl. Penka, 2004). Kulturkompetenz bildet sich zwar bis zu einem gewissen Grad aus kulturspezifischen Kenntnissen, jedoch werden hierfür insbesondere eine Haltung von teilnehmender, wohlwollender Neugier gefordert (Cecchin 1988 zit. von Pavcovic, 1999: 57) sowie die Bildung multiethnischer Teams, Supervisionen, Fallbesprechungen, interkulturelle / antirassistische Praxisreflektion etc. (Pavcovic, 1999; Salman, 1999). So ließe sich kulturspezifisch einfühlsam bzw. kulturell kompetent arbeiten. Neben Sach-Wissen über Kulturen sollte ein Bewusstsein für kulturelle Einflüsse und Unterschiede gefördert werden. Um eine adäquate Behandlung aller Migranten gewährleisten zu können, ist daher die Herstellung einer jeweiligen gemeinsamen Wirklichkeit von

Nöten, die weniger durch Wissen als durch eine bestimmte Haltung und Reflexion unbewusster eigener kultureller Bezüge hergestellt wird (Wohlfart und Özbek, 2006). (Tab.3 bitte hier einsetzen)

„Kulturelle Adoleszenz“ und Themen psychotherapeutischer Arbeit mit Migranten

(Tab. 4)

Neuformierung einer bi-, mehrkulturellen Identität (kulturelle und psychische „Verflüssigung“ als Chance)
Auseinandersetzung mit den familiären Beziehungsmustern, Kräfteverhältnissen und Verstrickungen
Erneute „Runde“ der „Individuation und Loslösung“ (Bindung und Bezogenheit vs. Autonomie)
Narzisstische Regulative (Omnipotenzphantasien, Gratifikationen) zur Kompensation eigener Unzulänglichkeit (Scham, Schuld, Ohnmacht)
Bildung neuer Wertesysteme und Bedeutungswandel von Beziehungen
Neudefinition von Rollen und Handlungsspielräumen Aushalten und Bewältigung grosser Affekte und der Differenz zwischen dem Eigenen und dem Fremden („Stress“)
Realitätsprüfung und Verbindung zu den realen Fähigkeiten und Möglichkeiten herstellen (Abgrenzung zwischen Phantasie und Realität)
Bildung eines neuen integrierten Selbstgefühls

Der psychotherapeutischen Arbeit mit Migranten bieten sich die unterschiedlichsten Anknüpfungspunkte und Problemfelder (s. Tab. 4). Die kulturelle Verflüssigung von Identität und Ich-Struktur, die mit einer erhöhten Vulnerabilität für psychische Erkrankungen einhergehen, lassen sich als Chance begreifen, zum einen um unerledigte frühere Konflikte zu lösen, zum anderen um sich subjektives Neuland zu erschließen. Die Lösung aus alten familiären Bindungen, die Neuordnung der familiären Beziehungsmuster und Kräfteverhältnisse schafft größere Freiheitsgrade insbesondere für die Söhne und Töchter, während hingegen häufig die Väter Einbußen bei ihrer im Heimatland unangefochtenen Funktion als Familienoberhaupt hinnehmen müssen. Die Scham vor der eigenen Unzulänglichkeit beim sozialen Funktionieren in der Aufnahmekultur wird häufig durch überwertige Größenphantasien kompensiert. Eine Realitätsprüfung mit einem Bezug zu den realen Fähigkeiten und Möglichkeiten ist hilfreich und kann Korrektive geben (Streck-Fischer, 2004). All dies sowie die Ausbildung neuer Wertesysteme und die Übernahme von neuen Rollen in der sozialen Umgebung tragen zur Bildung eines integrierten bikulturellen Selbstgefühls bei. (Tab. 4 bitte hier einsetzen)

Der „Transkulturelle Übergangsraum“

Wie können sich die emanzipatorischen Aufgaben in der „kulturellen Adoleszenz“ entfalten, wenn es in dieser vulnerablen Phase der Migration zu psychischen Symptomen kommt? Psychische Symptome, wie Angst vor dem Neuen oder Nicht-Loslassens-Können von Altem, können die „kulturelle Adoleszenz“ erheblich verzögern oder sogar blockieren. Die therapeutische Aufgabe besteht dann darin, einen intermediären Raum ein „Zwischen“ zu schaffen, indem die innere Realität und äußere Wirklichkeit virtuell entkoppelt, getrennt wahrgenommen werden können und der reflektierten Betrachtung in der therapeutischen Situation zugänglich werden.

Für dieses „Zwischen“ (In-Between) haben Özbek und Wohlfart (2006) die Metapher des „transkulturellen Übergangsraums“ geschaffen, in Anlehnung an Winnicotts „intermediären Bereich (Potential Space) von Erfahrung“. In diesem Bereich, den Übergangsraum oder den Möglichkeitsraum, fließen innere Realität und äußeres Leben gleichsam ein. Winnicott betrachtet ihn als eine Sphäre, „in der das Individuum ausruhen darf von der lebenslangen, menschlichen Aufgabe, innere und äußere Realität voneinander getrennt und doch in wechselseitiger Verbindung zu halten“ (Winnicott 1971, S. 11, zitiert nach Özbek u. Wohlfart 2006). Dies ist ein virtueller Raum, verstanden als ein

psychischer Raum, indem sich die Individuation und Loslösung in der frühen Phase der Mutter-Kind-Interaktion vollzieht und in der sich, und dies ist das Besondere, „scheinbar Unvereinbares, wie Getrenntsein und Verschmolzensein“ in einer Beziehung zugleich erlebt werden kann. In dieser Phase der frühen Individuation werden in diesem Raum Symbole gebildet, und innere Entwicklung und psychische Reifung möglich. Dies ist auch der Zwischenbereich der sich entwickelnden kulturellen Erfahrungsbildung. Dieser Bereich bleibt lebenslang als schöpferischer Bereich erhalten und erhält in den späteren Individuationsphasen, wie z.B. der Adoleszenz und in Analogie dazu auch der „kulturellen Adoleszenz“ im Migrationsprozess, wieder eine besondere Aktualität und Bedeutung. Auf einem jetzt allerdings höheren Entwicklungsniveau der Individuen gilt es ähnliche emanzipatorische Aufgaben im Sinne von Ablösungs- und Individuationsprozessen zu bewältigen.

Auch die therapeutische Beziehung kann nach Winnicott „als ein intermediärer Bereich – ein Übergangsraum – verstanden werden, „indem sich Kreativität, Symbole und Differenz, also Kultur und kulturelle Bedeutung entwickeln können“. In der interkulturellen Psychotherapie, dient dieser Raum als Reflektionsraum, der Herstellung von Bedeutungszusammenhängen, der Verortung des Eigenen und des Fremden, der Entlastung von Illoyalitäts- und Schuldgefühlen gegenüber der ethnischen Bezugsgruppe und anderem. „Es ist ein Raum in dem unterschiedliche kulturelle Zugehörigkeiten und Bedeutungszuschreibungen präsent sind und gleichzeitig im Verständigungsprozess neu erschaffen und mit kultureller Bedeutung versehen werden können.“ Und in diesem Sinne entfaltet der transkulturelle Übergangsraum seine therapeutische Funktion in der Begegnung und Interaktion der Akteure, der Patienten und Behandler. Er ist in idealer Weise weder im Innen oder Außen, der eigenen oder fremden Kultur verortet und damit ein Raum, in dem Eigenes und Fremdes „Losgelöst und Schwebend“ reflektiert und diskursiv ein gemeinsames Alltagswissen erarbeitet werden kann (Özbeck u. Wohlfart 2006).

Die psychotherapeutischen Möglichkeiten in dem transkulturellen Übergangsraum und in der in ihm möglichen therapeutischen Begegnung gestatten häufig erstes „inneres Gewährwerden der Trennung vom Mutterland“ und des Verlustes der realen sozialen Gruppe, die nur noch symbolisch präsent ist, da sie ein Teil der eigenen Identität ist. Hier wird auch die Erfahrung möglich, dass Migranten zwar äußerlich angekommen sind und in einer neuen sozialen Umwelt leben, aber innerlich den Wechsel und die Trennung erst ganz allmählich erfassen. „Die therapeutische Beziehung bietet einen Rahmen, in dem die Spannung des durch die Migration hervorgerufenen Gefühls der Haltlosigkeit (aus)gehalten werden kann. Sie öffnet einen Raum, in dem es möglich wird, innere und äußere Erfahrungen wieder so miteinander in Beziehung zu setzen, dass ein Neusymbolisierung und Neuverortung des Individuums möglich wird. In diesem Sinne ist der Behandler auch Übergangsobjekt bzw. eine Art Hilfs-Ich. Er „hilft“ dem Subjekt den gleichzeitig erlebten Übergang von Innen nach Außen, vom Eigenen zum Fremden zu bewältigen, indem er durch seine reflexive Haltung diverse Bedeutungsmöglichkeiten zulässt, die erst im und durch den Prozess Bedeutung erlangen.“ In diesem Raum werden idealerweise keine der gegebenen kulturellen Bedeutungen favorisiert. Es wird im Gegenteil eine Dekonstruktion und Hinterfragung der kulturellen Bedeutung kulturspezifischer Unterschiede gefördert „ohne sie über- oder unterschätzend mit dem aktuellen kulturellen Milieu in Beziehung zu setzen.“ „Kulturelle Bedeutungen werden in den therapeutischen Gesprächen „ausgehandelt“, wodurch subjektive Erfahrungen und kulturelle Bezüge einfließen.“ Der transkulturelle Übergangsraum ist ein Raum indem sich Therapeuten, Patienten und Dolmetscher in einem Zwischenstadium (In-Between) befinden. Der allen Beteiligten gemeinsam ermöglicht Bedeutung und Symbolbildung auf die neue Kultur anzustoßen. Die kulturelle Differenz erfährt so eine Reflektion, die innere Spannung wird aushaltbar und es werden neue Bereiche des Verstehens und Verhaltens erarbeitet, die der neuen sozialen Umwelt gerechter werden.“ Die gewährende und annehmende gleichzeitig nicht bewertende Haltung des Therapeuten macht diesen idealtypischen symbolischen „Freiraum“ als Übergangsraum in einer Phase des kulturellen Übergangs möglich. Er wird durch die Metapher des „transkulturellen Übergangsraums“ in Anlehnung an Winnicott durch seine die Individuation fördernde Kraft und seine Schutzfunktion begreifbar (Özbeck u. Wohlfart

2006). In diesem „Freiraum“ kann all das heranreifen, was wir unter dem Begriff und der Metapher der „kulturellen Adoleszenz“ verstanden haben.

„Kultursensitive“ Interventionen

Die Erweiterung der westlichen Psychotherapie durch „kultursensitive“ Interventionen, d.h. Interventionen und Rituale aus anderen Ethnien, ist eine offene Option im „kasuistisch – experimentellen“ Stadium der interkulturellen Psychotherapieforschung. In Einzelfallberichten werden Heilungserfolge geschildert z.B. durch Trancesitzungen (Scotten et al., 1996), Reinheitsrituale (Schreiber, 1995), Trauerrituale, Kultursensitives Reframing (Yilmaz, 2001), religiöse Heiler u.a. Erforderlich ist die Integration der Intervention, die ja meist durch einen kundigen traditionellen Heiler erfolgt, in den Therapieplan durch den meist westlichen Therapeuten und die begründete Aussicht auf eine Förderung des Therapieprozesses. Die Erforschung nichtwestlicher Psychotherapiemethoden hat ja das erklärte viel versprechende Ziel, das herkömmliche Methodeninventar, um indigene Verfahren und Interventionsformen zu vervielfältigen und zu bereichern. „Wenn wir uns der Methodenvielfalt in der [interkulturellen] Psychotherapie stellen, bedeutet dies, dass eine unserer Aufgaben darin besteht, immer wieder die Kohärenz unserer Theorien und Befundinterpretationen über die Methodenebenen herzustellen“ (Mundt u. Backenstrass, 2001).

Interkulturelle Psychotherapie oder die Entfremdung des Fremden

Die Entfremdung des Fremden und seine Verinnerlichung ins Selbst ist ein Prozess, dessen schrittweiser Vollzug beim Patienten und Therapeuten den interkulturellen Fortschritt in der therapeutischen Arbeit ausmacht. Dabei wandelt sich das kulturfremde Selbst im geschützten therapeutischen Raum zu einem neuen Selbst, wie sich seinerzeit in der Kindheit und Adoleszenz im geschützten mütterlich / elterlichen und gesellschaftlichen Raum das Selbst in der Interaktion mit seinen bedeutenden Beziehungspersonen formierte. In der interkulturellen Psychotherapie geschieht dies in einer modellhaften interkulturellen therapeutischen Situation in der Beziehung zu dem Therapeuten. Das Selbst erhält dadurch Impulse zur Ausbildung eines höheren Individuations- und Integrationsniveaus und die Entstehung einer bi- oder multikulturellen Identität kann sich ohne Kohärenzeinbußen vollziehen. Es wäre dann das psychotherapeutische Ziel erreicht, dass der Fremde in der Fremde nicht mehr fremd ist, denn fremd ist der Fremde nur in der Fremde.

Kontakt

Prof.Dr.med. Wielant Machleidt
Medizinische Hochschule Hannover
Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

Literatur

- Acba, N. (1993): Psychische Gesundheit und soziales Wohlbefinden von Migranten: Lebensbedingungen, Versorgung und migrantenspezifische Psychotherapie. In: Nestmann F., Niepel T. (Hg.): Beratung von Migranten. Neue Wege der psychosozialen Versorgung, Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin. 45-61
- Bekku, van D.H.J.: Paradigmenwechsel und Kulturkritik - Transkulturelle Psychiatrie im 21. Jahrhundert: Zehn Handlungspunkte aus dem Manifest 2000 der IGGZ in den Niederlanden. In: Machleidt W., Salman R., Calliess I.T. (Hg.): Die Sonnenberger Leitlinien. VWB, Berlin i.D.
- Blakey M. (1994): Psychophysiological stress and disorders of industrial society: a critical theoretical formulation for biocultural research. In: Forman S: Diagnosing America. Anthropology and public engagement. 149-192, Ann Arbor, University of Michigan Press.
- Blos P. (1973): Adoleszenz. Eine psychoanalytische Interpretation. 7.Aufl., Klett-Cotta, Stuttgart.
- Cantor-Graae E. u. J.P. Selten (2005): Schizophrenia and Migration. In: Meta-Analysis and Review. Am J Psychiatry. 162: 12-24.
- Casas J.M. (1995): Counseling and psychotherapy with racial/ethnic minority groups in theory and practice. In: Bongar B, Beutler LE (eds): Comprehensive textbook of psychotherapy. Oxford University Press, New York Oxford. 311-335.
- Dittrich A. u. C. Scharfetter (Hg.) (1987): Ethnopsychotherapie. Enke, Stuttgart.
- Domberg H., D. Nadalian u. A. Dunker (1997): Suchtpräventive Drogenarbeit mit Jugendlichen ausländischer Herkunft. In: Bossong H., Götz J., Stöver H. (Hg.): Leitfaden Drogentherapie. Campus Verlag, Frankfurt/M. 245-265.
- Elias N. (1976): Über den Prozess der Zivilisation. Wandlungen des Verhaltens in den weltlichen Oberschichten des Abendlandes. Bd 1. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Ellenberger H.F. (1996): Die Entdeckung des Unbewussten. Diogenes Verlag, Zürich.
- Erdheim M. (1992): Das Eigene und das Fremde. Über ethnische Identität. Psyche, 46: 730-744.
- Erdheim M. (1982): Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Erim Y. (2004): Interkulturelle Aspekte der therapeutischen Beziehung. Psychotherapie im Dialog, 368-373.
- Erim Y. u. Senf F.W. (2002): Psychotherapie mit Migranten. Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie. Psychotherapeut, 6: 336-346.
- Frank J.D. (1961): Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy. Johns Hopkins Univ Press, Baltimore London.
- Freud S. (1976): Das Unbehagen in der Kultur. Gesammelte Werke. Band XIV. 5.Aufl. Fischer, Frankfurt/M. 419-506.

- Gaitanides S. (1999): Zugangsbarrieren von MigrantInnen zu den sozialen und psychosozialen Diensten und Strategien interkultureller Öffnung. In: IZA- Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit. 3-4: 41-45.
- Grawe K., R. Donati u. R. Bernauer (1995): Psychotherapie im Wandel, 4.Aufl. Hogrefe, Göttingen.
- Grinberg L. u. R. Grinberg (1990): Psychoanalyse der Migration und des Exils. Verlag Int. Psychoanalyse München und Wien.
- Grüsser S.M., K. Wolfling, C.P. Morsen, U. Albrecht u. A. Heinz (2005): Immigration-associated variables and substance dependence. J Stud Alcohol. 66: 98-104.
- Hegemann T.H. (2001): Transkulturelle Kommunikation und Beratung. Die Kompetenz über kulturelle Grenzen hinweg zu kommunizieren. In: Hegemann T.H., Salman R. (Hg.): Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie Verlag, Bonn. 116-129.
- Heinz A. u. A. Payne-Jackson (1998): Blood terms and concepts in Jamaicans and Jamaican Americans – acculturation of explanatory models. MACLAS Lat Am Ess XI. 19-28.
- Heinz A. (1999): Serotonerge Dysfunktion als Folge sozialer Isolation - Bedeutung für die Entstehung von Aggression und Alkoholabhängigkeit. Nervenarzt. 70: 780-789.
- Heinz A. (2002): Anthropologische und evolutionäre Modelle der Schizophrenieforschung. In: Heise T., Schuler J. (Hg): Das transkulturelle Psychoforum. Band 9. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin.
- Heise T. (Hg) (1998): Transkulturelle Psychotherapie. Hilfen im ärztlichen und therapeutischen Umgang mit ausländischen Mitbürgern. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin.
- Hunner C., S. Penka u. A. Heinz (2001): Latente Ausschließung. Migranten und Drogenhilfe. Kriminologisches Journal. 33: 216-224.
- Kleinmann A. (2004): Culture and Depression. N Engl J Med. 351: 951-953.
- Koch E. u. M. Kraus: Andere Kulturen – Anders Depressiv. Ärztl. Praxis Neurologie Psychiatrie 3: 12-14.
- Kraus M. (2006): Somatisierung im kulturellen Kontext. In: Wolfahrt E., Zaumseil M., (Hg.): Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Springer. 363-376.
- Hutchenson G. u. C. Haasen (2004): Migration and Schizophrenia – The Challenges for European Psychiatry and Implications for the Future. Soc Psychiatr. Psychiatr Epidemiol. 39: 350-55.
- Lappin, E. (1999): Fremde Bräute. Kiepenheuer und Witsch. Köln.
- Machleidt W. u. I.T. Calliess (2004): Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Migranten und transkulturelle Psychiatrie. Berger (Hg.), 2. Aufl.. Elsevier GmbH. 1161-1183.
- Machleidt W. (2005): Migration, Integration und psychische Gesundheit. Psychiatr Prax. 32: 55-57.

- Machleidt W. (2004): Das Fremde im Ich – das Ich in der Fremde. Psychotherapie mit Migranten. In: Gunkel S., Kruse G.: Salutogenese, Resilienz und Psychotherapie. Reihe: Impulse für die Psychotherapie. Bd. 9. Hannoversche Ärzte Verlags-Union. 295-308.
- Machleidt W. (2002): Die 12 Sonnenberger Leitlinien. Nervenarzt. 73: 1208-1209.
- Machleidt W. u. I.T. Calliess (2005): Transkulturelle Psychiatrie und Migration – Psychische Erkrankungen aus ethnischer Sicht. Die Psychiatrie. 2: 77-84.
- Machleidt W. u. I.T. Calliess: Transkulturelle Aspekte psychischer Erkrankungen und Migration. In: Möller H.-J., Laux G., Kapfhammer H.-P. (Hg.): Psychiatrie und Psychotherapie. 3.Aufl.. Springer, Berlin, Heidelberg, New York i.D.
- Machleidt W., P. Garlipp u. I.T. Calliess (2005): Die 12 Sonnenberger Leitlinien – Handlungsimpulse für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Migranten. In: Assion H-J (Hg.): Migration und seelische Gesundheit. Springer, Heidelberg. 215-230.
- Machleidt W., D. Grieger, A. Kimil, B. Menkhaus u. R. Salman (2006): Psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Hilfen für ältere Migranten – ein Überblick. Psychotherapie im Alter. 3: 9-30.
- Mundt C. u. M. Backenstraß (2001): Perspektiven der Psychotherapieforschung. Nervenarzt. 71: 11-19.
- Mooz B. (2004): Salutogenese - Die Entwicklungsgeschichte einer Idee und ihre Anwendung in Medizin und Psychotherapie. In: Gunkel S., Kruse G. (Hg.): Salutogenese und Resilienz und Psychotherapie. Reihe: Impulse für die Psychotherapie. Bd. 9. Hannoversche Ärzte-Verlags-Union. 69-98.
- Novikov J. (2006): Makrosoziale, Psychologosche und Psychiatrische Teilaspekte der Emigration und das Problem der Integration von Migranten aus der GUS. In: Machleidt W., Salman R., Calliess I.T. (Hg.): Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Forum Migration, Gesundheit, Integration, Band 4. VWB. 183-191.
- Özbek T. u. E. Wohlfart (2006): Der transkulturelle Übergangsraum – ein Theorem und seine Funktion in der transkulturellen Psychotherapie am ZIPP. In: Wohlfart E., Zaumseil M. (Hg.): Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Springer-Verlag, Berlin. 169-176
- Okuendo M.A.et al. (2004): Rates of Life Time Suicide of Ettempted and Rates of Life Time Mayor Depression in Different Ethnic Coups in the United States. Acta Psychiatr Scand. 110: 446-451.
- Pavcovic G. (1999): Interkulturelle Kompetenz und Qualität in der Suchtkrankenhilfe. In: Salman R., Tuna S., Lessing A. (Hg.): Handbuch Interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Psychosozial-Verlag, Gießen. 56-63.
- Payer L. (1993): Andere Länder, andere Leiden. Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und Hierzulande. Campus Frankfurt/M.
- Peltzer K. (1995): Psychology and health in African cultures. Niko Verlag für interkulturelle Kommunikation, Frankfurt/M.

- Penka S., S. Krieg, C. Hunner u. A. Heinz (2003): Unterschiedliche Erklärungsmodelle für abhängiges Verhalten bei türkischen und deutschen Jugendlichen – Bedeutung für Prävention und Behandlungsangebote. *Nervenarzt*. 74: 581-586.
- Penka S. (2004): Migration und Sucht- Notwendigkeit einer „Interkulturellen Suchthilfe“? Leipziger Universitätsverlag, Leipzig.
- Pfeiffer W.M. (1995): Kulturpsychiatrische Aspekte der Migration. In: Koch E., Özek M., Pfeiffer W.M. (Hg.): *Psychologie und Pathologie der Migration. Deutsch-türkische Perspektiven*. Lambertus, Freiburg i. Br. 17-30.
- Volkan, V.D. (1988): *The Need to have Enemies and Allies. From Clinical Practice to International Relationships*. Yason Aronson, New York.
- Schreiber S. (1995): Migration, Traumabereavement and Transculturell Aspects of Psychological Healing: Los and Greeve of Refugee Women from Begamedar Country in Ethiopia. *Br J Med Psychol*. 68: 135-142.
- Salman R. (2001): Sprach- und Kulturvermittlung. Konzepte und Methoden der Arbeit mit Dolmetschern in therapeutischen Prozessen. In: Hagemann Th., Salman R. (Hg): *Transkulturelle Psychiatrie*. Psychiatrie Verlag, Bonn. 169-190.
- Salman R. (1999): Stand und Perspektiven interkultureller Suchthilfe. In: Salman R., Tuna S., Lesing A. (Hg.): *Handbuch Interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie*. Psychosozial-Verlag, Gießen. 11-29.
- Simon G.E. et al.(1999): An International Study of the Relation between Somatic Symptoms and Depression. *N Engl. J Med*. 341: 1329-1335.
- Sluzki C.E. (2001): Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Hegemann, T.R., Salman R. (Hg.): *Transkulturelle Psychiatrie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn. 101-115.
- Streeck-Fischer A. (2004): Selbst- und Fremddestruktives Verhalten in der Andoleszenz – Folgen von Traumatisierung in der Entwicklung. In: Streeck-Fischer (Hg.): *Adoleszenz, Bindung, Destruktivität*. Klett-Cotta, Stuttgart. 9-42.
- Scotton B.W., Chinen, A.B., Battista, J.R. (eds.) (1996): *Textbook of Transpersonal Psychiatry and Psychotherapy*. Basic Books, New York.
- Torrey E.T. (1972): *The mind game: Witch doctors and psychiatrists*. Emerson Hall, New York.
- Wohlfart E. u. M. Zaumseil (Hg.) (2006): *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie*. Springer Verlag, Berlin.
- Wohlfart E. u. T. Özbek (2006): Die Suche nach den offenen Türen. Eine ethnopsycho-analytische Kasuistik über das Phänomen der Besessenheit. *Psyche*. 60 (2): 118-130.
- Wohlfart E., S. Hodzic u. T. Özbek (2006): Transkulturelles Denken und transkulturelle Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie. In: Wohlfart E., Zaumseil M. (Hg.): *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie*. Springer Verlag, Berlin. 139-163.

Wurff van der F.B. et al. (2004): Prevalence and Riskfactors for Depression in Elderly Turkish and Moroccan Migrants in the Netherlands. *J Affective Disorders*. 83: 33-41.

Yilmaz A.T. (2001): Cultural reframing: Clinical Case Study. In: Yilmaz A.T., Weiss M.G., Riecher-Rössler (Eds.): *Cultural Psychiatry: Euro International Prospectives*. Bibl Psychiatr. Karger, Basel. 169: 1-10.

Sämtliche Veröffentlichungen im Rahmen der Transkulturellen Psychiatrie Prof. Machleidt (2002 – 2006)

Machleidt W. (2002) Referat für Transkulturelle Psychiatrie: Ziele und Aktivitäten. *Der Nervenarzt*. 5: 485-486.

Machleidt W. (2002): Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. *Der Nervenarzt*. 73: 1208-1209

Seidler K.P. et al. (2002): Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis in der psychiatrischen Tagesklinik: Aspekte einer differenziellen Behandlungspraxis. *Nervenheilkunde*. 21: 311-9.

Machleidt W. (2002): Ethnizität und transkulturelle Phänomenologie psychischer Erkrankungen. In: Dettmers C., Albrecht N.J., Weiller C., (Hg): *Gesundheit, Migration, Krankheit*. Hippocampus-Verlag, Bad Honnef. 90-109.

Calliess I.T. u. W. Machleidt (2003): Transkulturelle Aspekte bei Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen*. 7: 117-133

Dech H., Ndetei D.M., Machleidt W. (2003): Social Change, Globalization and Transcultural Psychiatry – Some Considerations from a study on women and depression. *Psychiatria et Neurologia Japonica*. 105 (1): 17-27

Garlipp P., Machleidt W. (2003): Koro - Erörterung eines transkulturellen psychotherapeutischen Phänomens. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 71: 103-7

Machleidt W. (2003): Cultural Psychotherapy – are there Common Factors?. *Psychiatria et Neurologia Japonica*. 105 (5): 561-566

Machleidt W. (2003): Integration psychisch kranker Migranten gefordert. Wissenschaftler verfassen „12 Sonnenberger Leitlinien“. *Konturen. Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen*. 1: 27

Machleidt W. (2003): Sonnenberger Leitlinien. *Soziale Psychiatrie*. 2: 40-41

Machleidt W. u. R. Salman (2003): Mit Hilfe transkultureller Psychiatrie Ethnozentrizität überwinden. *Kerbe*. 4: 4-8

Watanabe N. u. W. Machleidt (2003): Morita-Therapie. Eine originär japanische Therapieform zur Behandlung neurotischer Angststörungen. *Nervenarzt*. 11: 1020-1024

Machleidt W. (2003): Transkulturelle Aspekte psychiatrischer Erkrankungen. In: Möller H.-J., Laux G., Kapfhammer H.-P. (Hg.): *Psychiatrie & Psychotherapie*, 2. Aufl., Springer Berlin, Heidelberg, New York. 281-302

- Machleidt W. (2003): Krisenbewältigung als Kunst der Begleitung in Schamanismus und Psychotherapie. In: Höffer-Mehlmer M. (Hg.): Bildung: Wege zum Subjekt, Grundlagen der Berufs- und Erwachsenenbildung, Band 36, Schneider Verlag Hohengehren, Baltmannsweiler, 172-180
- Ayan S.J. u. I.T. Calliess (2004): Multikulti der Seelennöte. Gehirn & Geist, 2: 16-19.
- Machleidt W. (2004): Migration und Psychische Belastungen. In: Dokumentation der Fachtagung Kränkung und Krankheit vom 08.-09.12.2003 in Frankfurt. Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V. Selbstverlag, 17-28.
- Machleidt W. (2004): Das Fremde im Ich – das Ich in der Fremde. Psychotherapie mit Migranten. In: Gunkel, Kruse G. (Hg.): Salutogenese, Resilienz und Psychotherapie: Was hält gesund? – Was bewirkt Heilung? Hannoversche Ärzte-Verlags-Union, 295-308.
- Machleidt W. (2004): Psiquiatría transcultural. In: Machleidt W., López-Ibor Alino J., Bauer M., Lamprecht F., Rose H.K., Rohde-Dachser C. (Hg.): Psiquiatría, trastornos psicósomáticos y psicoterapia. Barcelona: Masson, S.A., 24-31.
- Machleidt W. (2004): Transkulturelle Psychiatrie. In: Machleidt W., Bauer M., Lamprecht F., Rose H.K., Rohde-Dachser C. (Hg.): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 7.Aufl.. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York. 21-28.
- Machleidt W. u. I.T. Calliess (2004): Migration und Transkulturelle Psychiatrie. In: Berger, M. (Hg.): Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie. Urban & Fischer, München, Jena. 1161-1183.
- Machleidt W., P. Garlipp u. I.T. Calliess (2004): Die 12 Sonnenberger Leitlinien - Handlungsimpulse für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Migranten. In: Werkstattgespräch Psychiatrische Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Nordrhein-Westfalen. Veranstaltungsdokumentation 1. April 2003. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie, 77-93.
- Machleidt W. u. I.T. Calliess (2005): Transkulturelle Psychiatrie und Migration – Psychische Erkrankungen aus ethnischer Sicht. Die Psychiatrie, 2: 77-84.
- Machleidt W. (2005): Migration, Integration und psychische Gesundheit. Psychiatrische Praxis, 32: 55-57.
- Machleidt W. (2005): Polen, Deutsche, Kulturwandel und mehrkulturelle Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen, 1: 43-48.
- Calliess I.T. u. W. Machleidt (2005): Transkulturelle Aspekte schizophrener Erkrankungen. In: Schmauß M. (editor): Schizophrenie – Pathogenese, Diagnostik und Therapie. 2.Aufl.. Bremen: UNI-MED Verlag, 386-397.
- Machleidt W. (2005): Kulturwandel oder multikulturelle Psychiatrie? In: Deutsch-Polnische Gesellschaft für Seelische Gesundheit e.V. (editors). Fremdheit und Vertrautheit. v. Bodelschwinghsche Anstalten Bethel, Bielefeld. 154-161.

- Machleidt W., P. Garlipp u. I.T. Calliess (2005): Die 12 Sonnenberger Leitlinien - Handlungsimpulse für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von MigrantInnen. In: Assion HJ (editors). Migration und seelische Gesundheit. Springer, Heidelberg. 215-30.
- Salman R. (2005): Migration und Gesundheit – Prävention und Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten als Beitrag des Gesundheitswesens zur „gesunden Integration“. In: BBAG e.V. (editors). Equal-Koordinierungsstelle Inklusion Konferenzdokumentation „4. Brandenburger Migrantentreffen – Gesundheit und Migration“. 6-11.
- Bondar A. u. W. Machleidt (2006): Prävention von Suchterkrankungen bei russisch-sprachigen Migranten. Der Nervenarzt. 77(3): 432.
- Bondar A., Machleidt W. (2006): Preventive health behaviour of migrants. Eur Psychiatry. 1:203.
- Machleidt W. et al. (2006): Psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Hilfen für ältere Migranten – ein Überblick. Windel, K., v. d. Stein, B.: Psychotherapie im Alter: Psychische Folgen der Migration Heft 3(1): 9-30.
- Calliess I.T. (2006): Fort- und Weiterbildung in Transkultureller Psychiatrie: Ergebnisse einer Umfrage zum Weiterbildungsbedarf. In: Machleidt W., Salman R., Calliess I.T. (Hg.): Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin. 126-141.
- Calliess I.T. u. W. Machleidt (2006): Transkulturelle Aspekte schizophrener Erkrankungen. In: Schmauß M (Hg.). Schizophrenie – Pathogenese, Diagnostik und Therapie. 2.Aufl. UNI-MED Verlag, Bremen. 394-405.
- Machleidt W. u. M. Ziegenbein (2006): Kompetenzzentrum für „Transkulturelle Begutachtung“ in der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg.). Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Berlin. 54-61.
- Machleidt W., P. Garlipp u. I.T. Calliess (2006): Die Sonnenberger Leitlinien - Programmatik und Handlungsimpulse für eine bessere psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Migranten. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg.). Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Berlin. 182-189.
- Machleidt W., R. Salman u. I.T. Calliess (Hg.) (2006): Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin.
- Machleidt W. (2006): Perspektiven transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland – Die Sonnenberger Leitlinien. In: Machleidt W., Salman R., Calliess I.T. (Hg.): Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin. 12-24.