

Nichtverstehen als Chance? Psychotherapeutisches Verständnis in der interkulturellen Begegnung

PD Dr. (TR) Yesim Erim

Vortrag am 17. April im Rahmen der
59. Lindauer Psychotherapiewochen 2009 (www.Lptw.de)

- I. Einleitung**
- II. Hermeneutik des psychotherapeutischen und interkulturellen Verstehens**
- III. Grundsätzliche Instrumente der psychotherapeutischen Erkenntnisgewinnung im interkulturellen psychotherapeutischen Kontext**
 - 1. Sprache**
 - 2. Empathie**
 - 3. Kollektive Übertragungsbereitschaften**
 - 4. Entwicklungspsychologisches Verstehen**
- IV. Zusätzliche Wissensinhalte in der interkulturellen Psychotherapie**
 - 1. Lebenssituation der Migranten**
 - 2. Die bilingual muttersprachliche Psychotherapie, „Ethnic matching“**
- V. Schlussfolgerungen und Ausblick**

I. Einleitung

Fremdvertrautheit oder Nichtverstehen?

Das Thema meines Vortrags ist das Nichtverstehen. Kann das Nichtverstehen eine Chance in der Psychotherapie sein, wenn Therapeut und Patient einander mit begrenzten Kenntnissen der jeweiligen Sprache und Kultur begegnen? Ergibt sich in dieser Situation eine besondere Chance authentischen Verständnisses, wenn der Therapeut nicht auf Vorannahmen zurückgreifen kann? Ich werde die Fragestellung untersuchen, welche zusätzlichen psychotherapeutischen Verstehensansätze und Instrumente die interkulturelle Begegnung benötigt.

In der Diskussion über die oben beschriebene Situation werden oft die deutsch-jüdischen Psychoanalytiker genannt, die nach ihrer Flucht in die USA dort sehr erfolgreiche Analysen durchgeführt haben. Dieser Erfolg wurde mit dem Umstand erklärt, dass diese Therapeuten nur geringe Kenntnisse über die Lebenssituation ihrer Patienten hatten und sich umso mehr auf deren individuelle Konfliktodynamik fokussieren konnten.

Ein Gegenbeispiel bildet sich in der bekanntlich schlechten psychotherapeutischen Versorgung von Migranten ab. Migranten werden signifikant seltener psychotherapeutisch behandelt als einheimische Hilfesuchende. Das ist ein aus allen Einwanderungsländern bekanntes Problem. Nachdem in den ersten Jahren der interkulturellen psychotherapeutisch-psychiatrischen Forschung Zugangsbarrieren zu psychosozialen Hilfen auf der Seite von Migranten beschrieben wurden, sind in den letzten Jahren auch Arbeiten (Gün 2007, Schepker & Toker 2009) publiziert worden, die interkulturelle Missverständnisse als ein Ergebnis der Interaktion zwischen Migranten und einheimischen Psychotherapeuten beschreiben. Diese Arbeiten betonen, dass ungenügende Kenntnis der Kultur und der Lebensbedingungen der Migranten durchaus die Effektivität oder das Zustandekommen der therapeutischen Beziehung beeinträchtigen.

II. Hermeneutik des psychotherapeutischen und interkulturellen Verstehens: Offenheit, Wertschätzung des Anderen und Praxiserfahrung

Um mich der oben beschriebenen Situation des Nichtverstehens anzunähern, habe ich mir zuerst die Frage gestellt, wie wir als Psychotherapeuten zu einem Verständnis des Erlebens unserer Patienten kommen. Wie können die Erfahrungsdimensionen der therapeutischen Beziehung gewürdigt und verstanden werden, ohne subjektiven Vorurteilen Vorschub zu leisten? Hier bedient sich die moderne Psychotherapie u.a. der Hermeneutik, der Wissenschaft des Verstehens und der Interpretation. Hermeneutik bietet in diesem psychotherapeutischen Zusammenhang einerseits eine Methodologie der Interpretation und andererseits eine Anleitung für das Verständnis dafür, wie subjektives Erleben gestaltet wird (Holm-Hodulla 1997).

Holm-Hodulla führt aus: „Menschen müssen Geschehnisse verarbeiten, damit diese zu Erfahrungen werden ... Jede wichtige Beziehung hat, hermeneutisch betrachtet, die Funktion, Sinn und Bedeutung zu erzeugen.“ Er sieht in der Untersuchung der biographischen Anamnese und in dem Verstehensprozess eine Ergänzung der persönlichen Wirklichkeit der Patienten. Das Verstehen des Therapeuten ist dabei eine existenzielle Dimension des therapeutischen Prozesses. Der Therapeut stellt sich dem Patienten zur Verfügung, während er dessen Biographie untersucht und aus einer neuen Perspektive versteht.

Für die meisten Therapeuten ist ihr Erleben, ihre Erfahrung wegweisend für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Der Verstehensprozess entwickelt sich in einer reflexiven Beziehung, in dem Therapeut und Patient unentwegt aufeinander Einfluss nehmen. Sie bringen ihr vorgefertigtes Wissen in diese Beziehung ein und versuchen, neue Perspektiven, vielleicht eine neue

Lebensanschauung zu entwickeln; in diesem Prozess geben sie alte „Vorannahmen“ und „Verständnisse“ auf oder korrigieren diese.

Verschiedene Autoren, die sich mit der interkulturellen psychotherapeutischen Begegnung befasst haben, (z.B. Christopher 2001, Qureshi 2005) schlagen die Hermeneutik Gadamer und den von ihm definierten Begriff der „Horizontverschmelzung“ als eine hilfreiche Grundlage zur Erläuterung der Verständigung zwischen verschiedenen Kulturen vor. Die Metapher des Horizonts weist dabei auf die Begrenzungen des menschlichen Verstehens hin. Nach Gadamer beruht das menschliche Wissen immer auf Vorurteilen, ist immer perspektivisch, partiell, (teilweise) fehlerhaft und ist immer in einen historischen und gesellschaftlichen Kontext eingebettet. Das Verstehen entsteht immer in den Grenzen eines Horizonts. Dieser Horizont beinhaltet alles, was von einem Standpunkt aus gesehen werden kann. Unser Horizont ist nicht abgeschlossen. Er entwickelt sich mit dem Dialog, den wir mit anderen führen. Die Horizontverschmelzung, die Gadamer beschreibt, entsteht, wenn wir uns bemühen, den Anderen zu verstehen, ein gemeinsames Verständnis zu entwickeln. Nach Gadamer ist die Voraussetzung für diesen Dialog, die Perspektive des Anderen ernst zu nehmen, davon auszugehen, dass der Andere potenziell wahre und wichtige Dinge zu sagen hat. Die Voraussetzungen für den Dialog sind also Offenheit, Respekt und Toleranz, die Bereitschaft, unsere eigene Sichtweise zu verändern. Ein gemeinsames Verständnis zu entwickeln heißt in diesem Zusammenhang, dass unsere Vorannahmen sich verändern und unser Vorverständnis nicht mehr das einzig mögliche ist, sondern eines unter anderen möglichen werden kann (Christopher 2001).

Nach Gadamer (1960) ist eine weitere Voraussetzung für den interkulturellen Dialog die Anwendung. Anwendung ist die kritische Prüfung des neuen Wissens, das durch die Offenheit im Dialog gewonnen wurde. Das neue Wissen, so Gadamer, wird nach kritischer Überprüfung in unseren konkreten Lebensumständen und vor unserem geschichtlichen Hintergrund meistens eine Veränderung, eine Modifizierung erfahren.

Das Entstehen des Verständnisses ist kein rein kognitiver Akt, es handelt sich auch nicht um eine lineare Entwicklung. Der Prozess des Verstehens ist immer wieder durch Phasen begleitet, in denen ein geringeres Verstehen oder Nichtverstehen vorherrscht. Das Verstehen ist eine gemeinsame Anstrengung von Patient und Therapeut. Nach der hermeneutischen Sichtweise ist der Prozess des Verstehens nie abgeschlossen, sondern kann unter Einschluss verschiedener Perspektiven, sogenannter verschiedener Geschichtlichkeiten, fortgesetzt und vertieft werden.

So viel zu diesem wissenschaftstheoretischen Hintergrund, der mir sehr hilfreich erscheint. Der besondere Vorteil des hermeneutischen Zugangs liegt meines Erachtens in der Betonung der Einbettung des Individuums in die Kultur. Unser Verstehen wird begrenzt durch unseren „Horizont“, durch unseren Standpunkt, durch die Gesamtheit der Vorannahmen, durch die Kultur, in die wir hineingeboren wurden, und ihre Kontexte.

Zusammenfassend formuliert, unterstreicht die hermeneutische Sichtweise den kulturellen Aspekt unseres Daseins. **Wir können nur mit dem Blick unserer Kultur, durch unseren Horizont verstehen. Mehr Verständnis erreichen wir immer in der interkulturellen Annäherung, die durch Offenheit, Wertschätzung des Anderen und Praxiserfahrung geprägt sein muss.**

III. Grundsätzliche Instrumente der psychotherapeutischen Erkenntnisgewinnung im interkulturellen psychotherapeutischen Kontext

Im Folgenden werde ich die Instrumente der psychotherapeutischen Erkenntnisgewinnung, nämlich die Sprache, die Empathie, Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene und entwicklungstheoretische Vorannahmen im Kontext der interkulturellen therapeutischen Beziehung untersuchen.

III.1. Sprache

Die Sprache ist in der therapeutischen Begegnung nicht nur ein Träger von Informationen, sondern auch von Symbolen und Metaphern, der Kultur. Je deutlicher sich Therapeut und Patient in einer bestimmten Sprache heimisch fühlen, desto mehr werden sie sich auch der kulturellen Vorannahmen dieser Sprache bedienen. Je dürftiger die Kenntnisse einer Sprache sind, desto enger werden die sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten bleiben. Die Sprache wird eventuell mit weniger Symbolen und Metaphern auskommen müssen. Andererseits wird vielleicht die begrenzte Kenntnis der Sprache dazu führen, dass existenzielle Themen ohne Umschweife benannt werden.

Grundsätzlich werden fehlende Kenntnisse der neuen Sprache von Migranten als ein Hindernis wahrgenommen, sich bei einheimischen Therapeuten in Behandlung zu begeben, weil sie befürchten, dass sie sich nicht ausreichend mitteilen können. Mit dem sprachlichen Verständnis eng verknüpft ist die Einfühlung in den anderen, die Empathie, hierzu gehört auch die Ansteckung durch Affekte.

Der US-amerikanische Analytiker Salman Akhtar (1995, 2007) beschreibt die Relevanz des Erwerbs neuer sprachlicher Fähigkeiten in der Migration. Durch Verbindungen zu frühen Mutterrepräsentanzen bleibe die Muttersprache zuerst idealisiert, in der Wahrnehmung des Migranten der neuen Sprache „überlegen“. Die neue Sprache werde als schwach und unverständlich entwertet. Eine echte Bilingualität, bei der beide Sprachen gleichberechtigt benutzt werden können, entstehe erst spät, könne aber als ein Indiz für eine weit gediehene Identitätsentwicklung in der Migration angesehen werden. Akhtar verweist auch darauf, dass unterschiedliche Repräsentationen des Selbst an den Gebrauch unterschiedlicher Sprachen gekoppelt sein können. In Anlehnung an Amati-Mehler (1993) wird verdeutlicht, dass die Bilingualität eine Bereicherung sein, eine neue Sprache neue Möglichkeiten der „inneren Welt des Selbst“ eröffnen kann. Die Zweisprachigkeit eröffne aber auch Möglichkeiten des Widerstands in der Therapie und biete Möglichkeiten für Spaltungen der Selbstrepräsentanzen an. Auf den Zusammenhang zwischen Zweisprachigkeit und Bikulturalität werde ich später noch eingehen.

Die Berliner Analytikerin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Kohte-Meyer (2009) führt aus, dass in einer Umgebung, in der nicht die Muttersprache gesprochen wird, bestimmte Anteile der Persönlichkeit, die durch frühe Lebensereignisse geprägt und im Vokabular der Muttersprache repräsentiert sind, nicht aktiviert werden: „Sprache ist nicht nur der Mittler kognitiver Prozesse. Sprache ist Träger und Vermittler von Riten, Bräuchen, vermittelt Zugehörigkeit. Sprachlich werden früheste Rollenmuster und Identifizierungen internalisiert, die in Familie und sozialer Gruppe angeboten werden. Sprache, Muttersprache, ist Zugangsweg zu Phantasien und Symbolen. Erleben und Reflexion sind an Sprache gebunden“.

Durch die Entkoppelung von den emotionalen Reizen der Muttersprache, durch den Wechsel von Sprache und Kultur könne eine *transkulturell bedingte Form von Unbewusstheit* (in Anlehnung an Mario Erdheims Konzept der ‘Gesellschaftlichen Produktion von Unbewusstheit’, 1984) entstehen, eine innere Stummheit für emotionale und affektive Vorgänge. Kohte-Meyer (2009) behauptet: „In der Psychotherapie können die nicht zur Verfügung stehenden Bewusstseinsinhalte mit denen der alten Sprache und den alten kulturellen Normen in Beziehung gebracht und das Ich des Patienten zu Integration und neuen Syntheseleistungen befähigt werden“. Exemplarisch beschreibt sie einen

Therapieverlauf, bei dem die einheimische Psychotherapeutin versucht, durch das Aufschlagen eines Wörterbuchs in der Therapiestunde und das Auffinden des zentralen Begriffs, in diesem Falle „Kränkung“ in der Muttersprache des Patienten, das gemeinsame Verstehen weiterzuentwickeln. In diesem Fall macht das Benennen des Konfliktes in der Muttersprache eine Symbolisierung und Bewusstmachung von Erlebnisgehalten und Affekten möglich und beschleunigt den therapeutischen Prozess auf besondere Art und Weise.

In der Behandlung von Migranten bietet das Code-Switching (Tuna 1999), der Übergang von der einen in die andere Sprache, oft eine gute Möglichkeit, Themen der Bikulturalität und Ambivalenzen gegenüber der Ursprungs- oder der Aufnahmekultur aufzudecken. Beim Code-Switching hat der Patient das Gefühl, dass emotionale Inhalte entweder nur in der Muttersprache oder nur in der Sprache der Aufnahmekultur „richtig“ benannt werden können, dass nur die Worte der einen Sprache für die Beschreibung einer Emotionalität ausreichend und passend sind. Es wird zum Beispiel das türkische Wort „seref“ für die Ehrbarkeit der Familie benannt, die deutsche Übersetzung scheint nicht auszureichen, nicht genug Konnotationen zu bieten. Ähnlich ist es mit dem Wort „hüzün“, das eine tiefe Traurigkeit, eine melancholische Stimmung ausdrückt. Patienten können auch Metaphern und Sprichwörter in die Therapiesprache übersetzen, wenn sie meinen, ein bestimmtes Lebensgefühl, eine bestimmte Wahrnehmung nur in einer Sprache benennen zu können. Türkische Patienten übersetzen in der muttersprachlichen Therapie oft den Ausdruck „auf eigenen Beinen stehen“ „kendi ayaklarinin üzerinde durabilmek“ als eine Beschreibung einer autonomen Haltung wörtlich ins Türkische.

Die Sprache ist sicher das Medium, das in der Therapie die gemeinsame Basis für das Verständnis schafft. Man könnte meinen, dass die Therapie umso mehr Impulse für den Patienten und umso mehr Veränderungsmöglichkeiten birgt, je reicher der sprachliche Ausdruck von Patient und Therapeut ist. Andererseits kann auch eine therapeutische Situation, in der die sprachliche Kommunikation kärglich ist, fruchtbar werden, wenn wie in dem angeführten Beispiel von Kohte-Meyer ein grundsätzliches Vertrauen zwischen Patient und Therapeutin entsteht und beide sich um das Verstehen bemühen. In diesem Beispiel kann sich die Therapeutin sehr gut auf die anfängliche Szene, die der Patient anbietet, einlassen, und das szenische Verständnis, bestätigt von dem Patienten, bringt sie beide im Prozess weiter. Es ist sicher auch nicht zufällig, dass die Therapeutin ein türkisch-deutsches Wörterbuch besitzt. Ihre Neugierde und Bereitschaft, zusätzliche Instrumente bei der Behandlung eines Migranten einzusetzen, tragen zum Gelingen des Verständnisses bei. Nach dem oben beschriebenen Gadamer'schen Prinzip des interkulturellen Dialogs kommen hier Offenheit und die „Anwendung“ zum Tragen.

III.2. Empathie

Empathie entsteht nach Mertens (2009) durch drei wichtige Aspekte. Durch die **Empfänglichkeit** des Therapeuten für die im Bericht des Patienten auftauchenden Gefühlsäußerungen und die affektive Resonanz des Therapeuten hierfür. Ein weiterer Aspekt ist die **Perspektivenübernahme**, die kognitive Vorstellung darüber, was der Andere erlebt, denkt, welche Absichten er verfolgt. Hierzu werden eigene Beziehungserfahrungen aktiviert, um auf diese Weise sich mit einfühlsamer Empfänglichkeit die Perspektive des Gegenübers vergegenwärtigen zu können. Anschließend entfernt sich der Therapeut von eigenen Erfahrungen und versucht, die Welt des Anderen möglichst mit dessen Augen zu sehen. Schließlich findet ein **Abgleich** der eigenen kognitiven und gefühlsmäßigen Komponenten mit denjenigen des Patienten statt.

Wenn die Lebenswelt des Patienten fremd ist, wenn die kognitive Vorstellung der Lebenswelt, die Perspektivenübernahme zu viel Energie erfordert oder eine affektive Hemmung durch Gegenübertragungs- oder Eigenübertragungsprobleme entsteht, kann es schwierig werden, sich in den Patienten einzufühlen. Mangelnde Möglichkeit des Perspektivenwechsels hat eine mangelnde Gefühlsresonanz zur Folge.

Ich möchte dieses am folgenden kasuistischen Beispiel verdeutlichen. Hier geht es um kulturelle Unterschiede zwischen mir und einer religiösen türkischstämmigen Patientin:

Die Patientin, die an unserer muttersprachlichen Frauengruppe teilnehmen sollte, eine 44-jährige Frau, die mit depressiven Symptomen, besonders wegen ihrer Vergesslichkeit und eines Putzzwangs zur Behandlung kam, begann nach der Scheidung von ihrem Ehemann ein Kopftuch zu tragen. In der Ehe war sie durch ihren Mann, der als Heiratsmigrant aus der Türkei kam und unter Migrationsbedingungen überfordert war, emotional und körperlich misshandelt worden. Nach der Scheidung, die die Patientin nach jahrelanger unglücklicher Ehe initiierte, behauptete der Ehemann – vermutlich, um sich eine bessere Stellung in der Beziehung zu seiner Ursprungsfamilie und seinen Kindern zu verschaffen –, seine Frau sei während der Ehe fremdgegangen, da sonst ihre Scheidungsinitiative nicht zu verstehen sei. Dieser Vorwurf war auch in der „Community“ bekannt geworden. Mit der Bedeckung durch einen langen Mantel (pardesü) und ein Kopftuch wollte die Patientin nun ein Zeichen für ihre „absolute Integrität“ setzen. Das alles hatten meine Kollegin und ich verstanden, als wir die Patientin für die Gruppentherapie vorbereiteten. In diesen Gesprächen hatte ich Sorge darum, ob die Patientin überhaupt die Möglichkeit haben würde, „Neues“ zuzulassen, da sie durch ihr Äußeres und ihren Sprachgebrauch viel „Konservatismus“ zeigte. Sie sprach mit Idiomen wie „das ist Gott gegeben“, „da muss man Geduld haben“, „das Schicksal kann man nicht verändern“.

In den Gruppensitzungen hielt sie Hasstiraden über Frauen, die einen Ehebruch begehen können. Eine Frau, die nicht integer (namuslu) sei, habe kein Recht zu leben. Junge Mädchen dürften vor der Ehe keine sexuellen Erfahrungen haben, nicht ausziehen usw. Offenbar war sie mit dem Aggressor, dem Ehemann, aber auch den einschränkenden sozialen Rollenerwartungen identifiziert. In der Gruppe ließ sie keine Vertiefung der Themen zu und unterbrach die anderen Teilnehmerinnen. Meine Interventionen für eine Beschäftigung mit ihren Affekten, der Not, die ich irgendwie wahrnahm, prallten an ihr ab. Ich fühlte in mir Unbehagen und Wut aufsteigen und konnte mir einigermaßen damit helfen, dass ich herausarbeitete, dass ich ihrer Kopf-Bedeckung und dem „Konservatismus“ gegenüber bestimmte „Eigenübertragungsbereitschaften“ habe.

Es kam zu einem Schlüsselerlebnis im Außenfeld und die Patientin entdeckte ihre schwache Seite, wie sie jahrelang gequält und geschlagen wurde und keine Liebe von ihrem Mann erfahren hatte. Sie erinnerte, dass nach einer solchen Schlägerei der Ringfinger ihrer linken Hand gebrochen und ohne ärztliche Behandlung fehlerhaft verheilt war. Ich hatte die ausholende Gestik, aber nicht den verletzten Finger gesehen. Nach dieser „Entdeckung“ konnte ich Empathie im Sinne eines Mitgefühls für die Patientin entwickeln. Zu einer wesentlichen Veränderung in meiner Wahrnehmung kam es aber, als sie ein Mal berichtete, wie ihr ein Nachbar mitteilte, dass ihre Wohnung „stinke“. Dabei hatte die Patientin eine feuchte Wand in der Wohnung und verhandelte mit der Vermieterfirma über die notwendigen Sanierungen. Sie war wütend geworden, hatte den Nachbarn angeschrien und dann an allen Türen geklingelt und andere Nachbarn gefragt, ob sie auch meinten, dass sie stinke. Ich verstand ihre Empörung, ihre Suche nach Solidarität, vor allem aber das Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins. Zu diesem Zeitpunkt fühlte ich mich nämlich in unserer Hausgemeinschaft missverstanden. Nach diesem Bericht der Patientin konnte ich mich in ihr Bedürfnis einfühlen, sich zu wehren und habe erkannt, dass ihre Abwehrhaltung in der Gruppe auch durch ihre Wehrhaftigkeit bedingt war, die ihr früher in der Beziehung zu ihrem Mann und jetzt in der sozialen Umgebung das „Überleben“ sicherte. Die affektive Einfühlung gelang mir, nachdem ich eine ähnliche Szene in meinem eigenen Erfahrungs-Repertoire entdeckt hatte. Meine Vorannahmen über ihren „Konservatismus“, durchaus kultureller Natur und durch meine Geschichtlichkeit bedingt, hatten eventuell die Perspektivenübernahme und das Entstehen einer affektiven Resonanz gegenüber der Patientin verzögert.

Empathie bedeutet zwar von den Gefühlen angesteckt zu werden, man sollte aber nicht von ihnen überschwemmt werden. Eine affektive Überschwemmung und Affekt-Ansteckung passierte mir oft in einer anderen sonderbaren Situation. Eine Flüchtlingsberatungsstelle stellte unserer Ambulanz Frauen vor, deren Familien nach langjähriger Duldung vor einer Abschiebung standen. Da die Reiseuntauglichkeit und Behandlungsbedürftigkeit der Patientinnen von den Gerichten als ein Argument gegen die Abschiebung anerkannt wurde, wurden die Patientinnen von ihren Beraterinnen zu einer Untersuchung bei uns motiviert. In diesem Zusammenhang eröffneten die Betroffenen ihre Erfahrungen sexueller Gewalt durch ihre politischen Verfolger mir gegenüber in einer großen Deutlichkeit. Die Szenen, die geschildert wurden, und die emotionale Dichte des Berichts gingen für mich mit so viel „affektiver Ansteckung“ einher und riefen so viele Bilder in mir wach, dass es für mich kaum möglich war, eine Distanz zum Erleben der Patientinnen herzustellen. In diesem Zusammenhang habe ich oft gedacht, dass gern weniger Verstehen, weniger Einfühlung in die Patientinnen entstehen lassen würde.

III.3. Kollektive Übertragungsbereitschaften Übertragung – Gegenübertragung

Die psychoanalytischen Konzepte der Übertragung, der Gegenübertragung und des „Enactment“ lassen keinen Zweifel daran, dass weder die Wahrnehmung des Analytikers noch die des Analysanden „objektiv“, sondern nur perspektivisch sein können, dass in der therapeutischen Beziehung regelhaft Verwicklungen in Handlungen oder in Beziehungserwartungen auftreten, dass gerade die Analyse dieser Verwicklungen zum produktivsten Erkenntnisgewinn führt.

Von den Missverständnissen in der Begegnung von zwei Gruppen, nämlich von Therapeuten und von älteren Patienten ausgehend beschreibt Heuft (1990) die „Eigenübertragung“. Bei Patienten im fortgeschrittenen Alter werde sehr selten eine Psychotherapieindikation gestellt. Therapien für diese älteren Patienten kämen nicht zustande. Er definiert als Eigenübertragung alle innerseelischen Konflikte des Behandlers, die ihn nachhaltig daran hindern, die Gegenübertragungsabbildungen im Dienste des therapeutischen Prozesses zu analysieren. In der interkulturellen Psychotherapie scheinen mir solche Gegenübertragungsphänomene, die nicht verstanden werden, eine wichtige Rolle zu spielen. Da diese Phänomene in der Begegnung von zwei kulturell unterschiedlichen Gruppen, den Einheimischen und den Migranten entstehen, spreche ich gerne von kollektiven Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen.

Um solche kulturell geprägten kollektiven Gegenübertragungen aufzudecken, scheint mir für die interkulturelle psychotherapeutische Arbeit eine über die übliche Selbsterfahrung hinausgehende Auseinandersetzung des Therapeuten mit der eigenen ethnischen Zugehörigkeit notwendig zu sein. Da die interkulturelle Psychotherapie und das gemeinsame Verständnis in der interkulturellen Begegnung aus meiner Sicht am meisten unter diesen kollektiven Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen leiden, möchte ich sie gerne ausführlicher darstellen (Erim 2004, Erim 2009).

Unbewusste Konfliktdynamik der ethnisch gemischten therapeutischen Beziehung

In der Diskussion über die interkulturelle Psychotherapie tauchen regelmäßig zwei Themenkomplexe auf. Das Thema der Überlegenheit (Dominanz) und das Thema der gerechten Versorgung der Benachteiligten. Wie hängen diese Themenkomplexe zusammen? Wenn wir voraussetzen, dass jede Form der Migrationsbewegung darauf zurückgeht, dass die Migranten mit ihrem ursprünglichen Platz, ihrer Heimat nicht zufrieden waren und in wirtschaftlicher, politischer oder sozialer Hinsicht einen besseren Platz für sich gesucht haben, wird das Auftauchen des Benachteiligungsthemas in interkulturellen Therapien nachvollziehbar. Die erste ursprüngliche Lebensumwelt wurde als nicht ausreichend fördernd erlebt. Nach dieser Hypothese spielt in der

Biographie eines jeden Migranten die Benachteiligung im Zusammenhang mit Versorgungskonflikten eine mehr oder minder wichtige Rolle.

Auf Seiten der Einheimischen ergibt sich hieraus das Thema der Überlegenheit und Dominanz. Alteingesessene verfügen über die Ressourcen der neuen Heimat und haben hiermit die Möglichkeit, die Migranten, die Hinzuziehenden zu kontrollieren, diese zu dominieren. Sie sind diejenigen, die die Gebote der neuen Heimat aufstellen und für Struktur sorgen. In der Rolle der „Gründer“ werden sie als fürsorglich erlebt. Andererseits bekommen sie in dieser Überlegenheitsposition eine zu hinterfragende Rolle, weil sie ihre Macht gegen die Migranten ausnützen können. In der Dominanzposition sind die Einheimischen auch Furcht erregend.

Aufgrund der inneren Logik der Migration, wonach das Aufnahmeland die bessere Umwelt darstellt, sieht es auch in der therapeutischen Begegnung zuerst einmal so aus, als verfügten die einheimischen Therapeuten über die besseren Ressourcen. Relativ rasch wird aber eine Konkurrenz zwischen Therapeut und ausländischem Patienten deutlich, was die Regeln der Interaktion betrifft. Hier handelt es sich um die Konkurrenz der ethnischen Zugehörigkeiten, der Kulturen.

Da sich in der Migration meistens Zugehörige der westlichen Länder mit Zugehörigen der traditionellen Gesellschaften treffen, ist ein Thema, an dem diese Konkurrenz der Zugehörigkeiten ausgetragen wird, oft der Individualismus gegenüber dem Kollektivismus. Hierbei geht es um die unterschiedliche Bewertung der Autonomie und Getrenntheit des Individuums in unterschiedlichen Kulturkreisen. Dem westlichen Individualismus werden Kollektivismus und eine Kultur der Bezogenheit in traditionellen Gesellschaften gegenübergestellt (Erim & Senf 2002). Im Erleben der türkischen Patienten sind die deutschen Behandler individualistisch oder gar egoistisch. Die einheimischen Behandler werfen den Migranten fehlende Selbstständigkeit vor.

Kollektive Gegenübertragungen der einheimischen Therapeuten

Unterhält man sich mit einheimischen Behandlern über das kulturell gemischte Setting, stößt man oft auf eine „Gleichbehandlungsmaxime“. Einheimische Therapeuten beschreiben, dass sie keinen Unterschied zwischen deutschen und ausländischen Patienten machen, dass sie z.B. Migranten und Einheimischen mit gleicher Aufgeschlossenheit einen Therapieplatz anbieten, sie gleichermaßen mit Psychotherapie oder Medikamenten behandeln usw. Diese Gleichbehandlungsmaxime sowie die Angst der Therapeuten, sich etwas zuschulden kommen zu lassen, gehen meines Erachtens auf die kollektiven Erfahrungen unter dem Naziregime zurück. Damals hat die Gruppe der Einheimischen einer ethnischen Gruppe gegenüber ihre Dominanzposition missbraucht.

Rommelspacher (2000) hat eindrücklich beschrieben, dass die Dominanzposition für Einheimische schuldhaft besetzt sei und aus diesem Grund vermieden werde. Schuldgefühle spielten in der Begegnung von Deutschen mit Juden eine Rolle. In dieser Begegnung erlebten sich die Angehörigen beider Gruppen betont mit ihrer ethnischen Zugehörigkeit und die Geschichte des Holocaust scheinbar trennend zwischen ihnen zu stehen. Sicher führen auch Ohnmachtsgefühle, die durch die erschwerte sprachliche oder kulturelle Verständigung entstehen, zu einer Vermeidung von interkulturellen therapeutischen Behandlungen. Oft werden diagnostische Kontakte ohne konkrete Therapieempfehlung abgebrochen.

Kommt es zur Behandlung eines Migranten durch einen einheimischen Therapeuten, kann diesen neben Schuldängsten auch der Konflikt der Unterwerfung und Kontrolle an seiner Arbeit hindern. Der einheimische Therapeut bemüht sich, sich entsprechend den Wertvorstellungen des Migranten zu verhalten, die ihm nur wenig bekannt sind, und fühlt sich in dieser Ungewissheit vom Patienten kontrolliert. Um diese Hilflosigkeit gegenüber den kulturellen Besonderheiten des Patienten zu überwinden, müsste er sich konkret mit der ethnischen Besonderheit des Patienten befassen. Diese Beschäftigung ist jedoch verpönt aufgrund der kollektiven Erinnerung an eine Zeit, in der ethnische Zugehörigkeit fatale Folgen hatte. Es wird vermieden, sich z.B. an ethnokulturellen Leitfäden zu orientieren und sich über soziokulturelle Besonderheiten der ethnischen Gruppen zu informieren

(Leyer 1995). Solche Leitfäden, die in der englischsprachigen Literatur zur interkulturellen Psychotherapie einen großen Raum einnehmen, sind im Deutschen noch nicht vorhanden. Damit bleiben die Therapeuten vielfach in der ohnmächtigen Position verhaftet. In diesem Sinne bedeutet die Gleichbehandlungsmaxime oft: „Ich habe den Patienten nicht unterworfen, habe ihn nicht ausgenommen, besiegt, vernachlässigt.“ Leider wird aber die Auseinandersetzung mit dem Patienten zu schnell aufgegeben. Der als schwierig erlebte Patient wird weiter- oder weggeschickt (vgl. Erim 2004, Gün 2007).

Eine weitere Möglichkeit, die Schuldangst abzuwehren, besteht in der Überidentifikation des Therapeuten mit der phantasierten Benachteiligung der Migranten und anschließender positiver Diskriminierung durch überbehütende und aggressionsvermeidende therapeutische Haltung. Hier kann der therapeutische Diskurs durch gemeinsame Idealisierungen, gemeinsame sozialpolitische Ziele geprägt sein (Bianchi-Schäffer 1996, Eberding 1998). In diesem Zusammenhang ist es zu empfehlen, emanzipatorische Therapieziele auf ihre Umsetzbarkeit in der ethnischen Gruppe zu überprüfen und mögliche gemeinsame Aggressionsvermeidung von Patient und Therapeut nicht außer Acht zu lassen.

Übertragungsbereitschaft der ethnischen Patienten

Autonomie-Abhängigkeitskonflikt/Abwehr durch projektive Mechanismen

In der Übertragung des Migranten auf den einheimischen Therapeuten spielen vielfach projektive Mechanismen eine Rolle. Genauso wie die Einheimischen projizieren auch Migranten Impulse, die sie als konflikthaft oder nicht zu sich gehörig erleben, auf die „fremden“, in diesem Fall auf die einheimischen (deutschen) Psychotherapeuten. Vielfach geht es hierbei um Individuations- und Abgrenzungswünsche der Migranten in Partnerschaft oder Familie, die diese selbst als aggressiv oder beschämend erleben. Die innere Formel der Betroffenen ist: „Ich kann und darf meine Familie, meinen Partner usw. nicht verraten.“ Autonomie-Abhängigkeitskonflikte bieten sich für diese Verwicklungen auch aus dem Grunde an, weil, wie zuvor beschrieben, der familiäre Verbund und das geteilte Glück der Familie in der Herkunftskultur der Migranten höher bewertet werden als Getrenntheit und Individualismus (Erim & Senf 2002). Die intrapsychischen Trennungs- und Separationsimpulse werden auf den Therapeuten projiziert, und dieser wird als jemand erlebt, der die Patienten mit Nachdruck zu einer Trennung vom Partner oder von der Familie überreden möchte. Oft entsteht hier tatsächlich eine Dynamik, bei der die Therapeuten vor der psychischen Separation und Individuation eine örtliche Trennung anstreben. In der Folge werden die Schuld- und Schamgefühle der Patienten so groß, dass die aggressiv erlebten Trennungsimpulse auf den Therapeuten projiziert werden und dieser in der Umkehrung als Aggressor erlebt wird. Schließlich wird die Therapie abgebrochen. Die inneren Spannungen der Patienten werden auf diese Weise auf der äußeren interaktionellen Bühne agierend bewältigt (vgl. Erim 2009).

III.4. Entwicklungspsychologisches Verstehen

Psychoanalytische Theoriebildung, Metapsychologie, Entwicklungstheorie

Wenn wir unseren Patienten begegnen, tragen wir das ganze Gerüst der psychoanalytischen und/oder verhaltenstherapeutischen Theoriebildung mit uns. Auch in der psychoanalytischen therapeutischen Situation, die die frei schwebende Aufmerksamkeit von dem Therapeuten erfordert, hören wir den Patienten unentwegt durch einen Filter unseres entwicklungstheoretischen Wissens zu. Psychotherapeuten werden sowohl in ihrem Verständnis als auch in ihren Interventionen von ihrem theoretischen Wissen geleitet.

Gibt es besondere entwicklungspsychologische Aspekte in der Migration?

Die Identitätsentwicklung in der Migration beschreibt Akhtar (1995, 2007) als eine dritte Individuation nach den Phasen der Separation-Individuation (Mahler et al. 1975) und dem zweiten Individuationsprozess während der Adoleszenz (Blos 1967). Er verdeutlicht, dass es hier nur um eine phänomenologische Ähnlichkeit beider Prozesse geht und die Migranten natürlich wesentliche Schritte ihrer psychischen Entwicklung abgeschlossen haben, wenn sie ins Aufnahmeland kommen. Der Terminus „dritte Individuation“ beziehe sich auf eine Reorganisation der Identität im Erwachsenenalter. Er beschreibt, dass der Migrant, der in eine kulturell unterschiedliche Umgebung kommt, verschiedenen psychischen Belastungen in den neuen Objektbeziehungen ausgesetzt sein wird. Ein Migrant aus einer individualistischen Heimatkultur könnte sich z.B. in einer Umgebung wie Japan, in der die Gruppenzugehörigkeit groß geschrieben wird, unter Druck gesetzt fühlen. Männliche Migranten aus einer „sexuell repressiven“ Kultur, z.B. aus einem arabischen Land, könnten in einem westlichen Land im Kontakt zu zugewandte freundlichen Frauen unter Triebdruck geraten. Alle beschriebenen Situationen würden die psychische Stabilität oder die Ich-Stärke der Migranten auf den Prüfstand stellen. Akhtar beschreibt, dass in diesem Zustand der Destabilisierung nach der Begegnung mit der neuen Kultur eine Auseinandersetzung mit der Heimat- und der Aufnahmekultur, mit alten wie neuen Objekten beginnt, wobei auf diese Objekte Elternimages übertragen werden. In dieser Phase werden das mütterliche und das väterliche Objekt, d.h. das Heimat- und das Aufnahmeland, abwechselnd idealisiert, bis schließlich die Idealisierung zurückgenommen und eine realistische, in diesem Sinne ambivalente Haltung gegenüber beiden Objekten entwickelt wird.

Ähnlich untersuchte auch Kohte-Meyer (2009) die Über-Ich-Anforderungen in einer neuen kulturellen Umgebung. Trimborn (1979) beschreibt das soziale Über-Ich als einen Teil der Über-Ich-Struktur, die Triebbefriedigung nach den Regeln der Gruppe gestattet.

Die Triebbefriedigung an die neuen Über-Ich-Anforderungen anzupassen, ist auch meiner Meinung nach die zentrale Entwicklungsaufgabe in der Migration. Die Differenzen zwischen den Kulturen werden oft an dem Aspekt der Repressivität versus Triebfreundlichkeit der Kulturen deutlich. Auch für die hier geborenen Migranten und Migrantinnen ist die Regulierung der Über-Ich-Gebote eine wichtige psychische Entwicklungsaufgabe. In diesem Zusammenhang erleben viele Migrantinnen den Konflikt zwischen Triebwunsch, Triebverbot und den ethnischen Wertvorstellungen. Die Über-Ich-Gebote der Aufnahme- und der Herkunftskultur weisen deutliche Unterschiede auf und die Patientinnen können sich im Sinne der Triebabwehr mit der weniger permissiven Kultur verbünden

Eine besondere Abwehrform: Identifikation mit der restriktiven Kultur

Ich begegne vielen Patientinnen, die sich als Frauen benachteiligt fühlen, ihre eigene Kraft übersehen, sich von ihrer Familie nicht lösen können und deren hohe Bindung an die Primärfamilie die Bindung und Hingabe in einer Partnerschaft verunmöglicht. Patientinnen fühlen sich zwar zurückgesetzt, unzufrieden und benachteiligt, entwickeln somatoforme Symptome, bleiben aber in ihrem Erleben im Einklang mit ihrer Herkunftskultur, d.h. sie entsprechen den Geboten und Verboten ihres Über-Ich's.

Könnte es kulturelle Besonderheiten im türkischen oder islamischen Kulturkreis geben, die die Trennung von der Mutter besonders erschweren?

Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive berichten zeitgenössische Soziologinnen wie Berktaş (1995) oder Mernissi (2004), dass der Frau in jeder der drei monotheistischen Religionen eine große Macht zugeschrieben wird. Im Islam werde die Einflussnahme der weiblichen sexuellen Anziehungskraft auf den Mann und dessen Kontrolle hierdurch oft beschrieben und gefürchtet (vgl. auch Mernissi 2004). Diese Macht der Frau wird durch Gebote kontrolliert, die alle darauf abzielen, eine tiefer gehende emotionale Bindung des Mannes an seine Partnerin zu verunmöglichen: das Gebot des Ausschlusses der Frau von der Öffentlichkeit ist unter diesen Geboten dasjenige, das uns

im Zusammenhang mit der Kopftuchdebatte am meisten bekannt ist. Durch diese Gebote und Verbote entsteht ein triebfeindliches kulturelles Milieu. Frauen können sich zu traditionellen restriktiven Werten bekennen und auf diese Weise ihre ödipalen und ihre Über-Ich-Konflikte verdrängen und bewältigen (vgl. Erim 2009).

IV. Zusätzliche Wissensinhalte in der interkulturellen Psychotherapie

IV.1. Lebenssituation der Migranten, schichtspezifische Probleme, „Double neediness“ - „Doppelte Bedürftigkeit“

In der Begegnung mit Migranten darf nicht außer Acht gelassen werden, dass Migranten, auch wenn sie wegen psychischer Probleme Rat suchen, oft soziale und wirtschaftliche Probleme haben. Sie weisen eine psychische und eine soziale, also eine doppelte Bedürftigkeit (Englisch: double neediness) auf (Acosta et al. 1982). Diese doppelte Benachteiligung kann Modifikationen in der psychotherapeutischen Methode erforderlich machen, wie z.B. einen flexiblen Umgang mit der Abstinenzregel etc.

Für das Verständnis der Lebenssituation der Migranten ist es wichtig zu bemerken, dass Migranten häufig von Arbeitslosigkeit und aufenthaltsrechtlichen Einschränkungen sowie von schichtspezifischen Problemen (geringer Bildungsstand, geringe Teilhabe am Wohlstand) betroffen sind. Andererseits sind sie regelmäßig alltäglichen Kränkungen seitens der Aufnahmegesellschaft in Schule, Verwaltung, bei der Arbeitssuche ausgesetzt. Die aktuelle „Sinusstudie“ der Antidiskriminierungsbehörde der Bundesregierung stellte fest, dass gegenüber Migranten in vielen unterschiedlichen sozialen Milieus starke, emotional getragene Vorbehalte zutage treten. Diese äußerten sich in: „Unbehagen, Misstrauen und irrationalen Ängsten ebenso wie in den bekannten ressentimentgeladenen Negativklischees“.

Schließlich können psychische Belastungen durch Realangst und reelle Bedrohung in der Beziehung zum Ursprungsland begründet sein. Dies gilt für Flüchtlinge, die in ihrer Heimat politisch verfolgt werden, oder z.B. für Arbeitsmigranten, die ihre zurückgelassenen Angehörigen finanziell unterstützen und dadurch belastet sind.

Politische Flüchtlinge erleben selbst oder bei Mitgliedern ihrer Familie politische Verfolgung, Verhöre, körperliche Misshandlungen, Folter, unrechtmäßige Inhaftierungen unter menschenunwürdigen Bedingungen. Die Flucht ist von vielen Nöten und Leiden wie Hunger, Kälte, Hitze, dem Fehlen angemessener Behausungen (besser: Unterkünfte?) bestimmt und erstreckt sich in manchen Fällen über Jahre. Nach der Ankunft im Aufnahmeland werden die Flüchtlinge meistens durch polizeiliche Maßnahmen erneut belastet, die denen im Heimatland ähneln. Nach Silove (1999) erfahren die Betroffenen eine Verletzung ihres Gefühls für persönliche Sicherheit, ihrer persönlichen Bindungen, ihres Gerechtigkeitsgefühls, ihrer Identität und ihres Rollenbildes sowie der wahrgenommenen Bedeutung ihrer Existenz. Es bedarf keiner besonderen Erklärung, dass die Prävalenz posttraumatischer Belastungsstörungen bei Flüchtlingen besonders hoch ist (vgl. auch Erim 2009).

IV.2. Ethnic matching: Verstehen sich Migrant und ethnischer Therapeut besser?

Mc Goldrick, langjährige Herausgeberin des Werkes „Ethnicity and family therapy“ schreibt, dass ethnische Wertvorstellungen bewusste und unbewusste Prozesse steuern, die das tiefe Verlangen des Individuums nach Identität und historischer Kontinuität erfüllen. Die ethnische Gruppe bestehe aus Personen, die sich aufgrund ihrer gemeinsamen, realen oder fiktiven Abstammung ähnlich erleben und von Außenstehenden ebenso wahrgenommen werden.

Tataki (1993, 2002), ein US-amerikanischer Trainer für interkulturelle Kompetenzen, behauptet, dass Migranten, die ihr ursprüngliches kulturelles Erbe, ihren ursprünglichen Reichtum nicht

kennen, „heimatlos“ blieben. Ethnische Zugehörigkeit bedeutet in diesem Zusammenhang auch die Gesamtheit eigener wertgeschätzter Traditionen und Ressourcen, die unter anderem zur Ausprägung des Selbstwertgefühls beitragen. Diese „ethnischen“ Faktoren spielen bei der Beratung und psychotherapeutischen Behandlung eines Migranten durch einen anderen Migranten eine wichtige Rolle. Die Vermutung, dass der Therapeut als Migrant ähnliche Erfahrungen gemacht haben oder mit einer bestimmten Lebenssituation vertraut sein könnte, gibt dem Patienten in vielerlei Hinsicht Zuversicht und Mut. Politische Urteile, von denen der Migrant betroffen ist, Beziehungsstrukturen, Rituale, kulturbezogene Erwartungen müssen nicht weiter erklärt werden. In der angelsächsischen Literatur wird dieser Aspekt unter dem Stichwort „**disclosure**“ zusammengefasst. Disclosure, die Eröffnung, ist die Bereitschaft, den Therapeuten in wichtige Themen einzuweihen. Der muttersprachliche Therapeut kann aufgrund der eigenen Betroffenheit manche Gefühle besser bei sich selbst abbilden und ist manchmal aus diesem Grunde ein guter Gesprächspartner.

Tantam (2007) führt als relevantes Argument für muttersprachliche oder „ethnisch passende“ (Englisch: ethnic matching) Psychotherapeuten an, dass durch ihren Einsatz eine höhere Inanspruchnahme der Institutionen durch Migranten und bessere Therapiemotivation und Compliance der Migranten erreicht werden. Die Mindernutzung der psychosozialen Versorgung durch ethnische Minoritäten ist nicht nur ein deutsches, sondern ein weltweit bekanntes Problem (vgl. Beckmann 2009). Diese geringe Inanspruchnahme ließ sich in Studien nicht dadurch erklären, dass Migranten etwa einen höheren Grad der psychischen Gesundheit aufweisen. Die Inanspruchnahme psychosozialer Einrichtungen korreliert nicht mit der Dauer des Aufenthaltes im Aufnahmeland und lässt sich auch nicht durch einen sozioökonomischen Vergleich auflösen. Tantam untersuchte sogenannte „no-show“-Patienten, die zu ihren Erstuntersuchungsterminen nicht erschienen sind, und kam zu dem Ergebnis, dass ein Teil dieser Patienten in der Institution war und sich dort emotional nicht gut aufgehoben fühlte; die Institution kam ihnen „unbekannt“, „wenig einladend“ vor, daraufhin gingen sie weg, ohne die Beratung in Anspruch genommen zu haben.

Tatsächlich ist auch in Deutschland eine der wichtigsten Erfahrungen in der Versorgung von Migranten die Feststellung gewesen, dass die Inanspruchnahme durch Migranten nach der Etablierung muttersprachlicher Angebote, z.B. sogenannter „Migrantenambulanzen“, rasch und deutlich zunahm (Erim & Senf 2001, Erim-Frodermann et al. 2000). Unserer Erfahrung nach wird die Präferenz der Patienten für muttersprachliche Therapeuten vor allem durch ihre fehlenden Sprachkenntnisse gesteuert. In der Praxis findet die Betreuung insbesondere von Migranten, die geringe Sprachkenntnisse haben, vorwiegend durch muttersprachliche Psychotherapeuten und durch Migrantenambulanzen statt. Die muttersprachlichen Therapeuten fühlen sich durch diese Inanspruchnahme überlastet. Einerseits versuchen sie, ihren Verpflichtungsgefühlen der eigenen ethnischen Gruppe gegenüber gerecht zu werden, auf der anderen Seite aber fühlen sie sich gefährdet, ihre integrative Identität im einseitig monokulturellen Kontakt zu verlieren.

In katamnestic Studien konnte festgestellt werden, dass Angehörige von Minderheiten nach einer stationären oder ambulanten Behandlung seltener ein Psychotherapieangebot bekamen als einheimische Patienten (Lorion & Parron 1985, Sue & Zane 1987). Bei Behandlungen durch einen sprachlich oder ethnisch passenden Therapeuten konnte die Therapie-Abbruchrate reduziert werden (Flaskerud & Liu 1991). Die ethnische Passung führte auch zu einer Verlängerung der Therapiedauer (Sue et al. 1991). Für mexikanischstämmige und asiatisch-amerikanische Patienten, insbesondere wenn sie einen niedrigen Akkulturationsgrad aufwiesen, stellte die ethnische Passung einen Prädiktor für gutes Therapieoutcome dar (Sue et al. 1991). Insgesamt kam es in diesen Studien zu einer regelmäßigeren Teilnahme an Therapiesitzungen und zu einem Rückgang von Abbrüchen. Nach einer ethnisch passenden stationären Therapie hatten asiatisch- und lateinamerikanisch-stämmige Patienten eine größere Bereitschaft, die Behandlung ambulant fortzusetzen (Mathews et al. 2002).

Die Behandlung durch ethnische bilinguale Therapeuten sollte eine kulturelle Verankerung in der Aufnahmekultur haben, z.B. durch Intervision, Supervision oder die Ansiedlung an einer Regelversorgungseinrichtung. Die muttersprachliche Behandlung der Migranten hat einen Laborcharakter, bedeutet nicht den Rückzug aus der deutschen Umgebung, sondern hat inhaltlich auch immer die Funktion, durch die Öffnung eines interkulturellen Raums die „zweite Individuation“ der Migranten und den soziokulturellen Zugang zur Aufnahmekultur zu fördern. Aus diesem Grunde sind die Erfahrungen der bikulturellen muttersprachlichen Therapeuten, ihr Wissen über kulturelle Rituale, Stereotypen und Mythen und dessen Transfer ins allgemeine psychotherapeutische Repertoire wichtig.

V. Schlussfolgerungen und Ausblick

Wie ist nun das eingangs beschriebene Paradoxon zu erklären, dass die jüdisch-deutschen Analytiker in den USA. als Psychotherapeuten erfolgreich waren und viele Patienten fanden, also ein interkulturelles Verständnis hier problemlos entstand, die Migranten in den industrialisierten westlichen Migrationsländern jedoch in psychotherapeutischer Hinsicht unterversorgt sind? Die Erklärung dieser widersprüchlichen Phänomene ist einerseits in den kollektiven Übertragungsmechanismen und andererseits den schichtbezogenen Unterschieden zu suchen. Die Sprache scheint hier ein überwindbares Problem zu sein.

Der jüdische Analytiker und der US-amerikanische Oberschichtpatient mögen sich in einer weitaus mehr gleichberechtigten Position gegenübergestanden haben. Die kollektiven Übertragungsbereitschaften waren vielleicht von der Akzeptanz der gegenseitigen kulturellen Besonderheit geprägt. Die Unterschiedlichkeit erfuhr eine hohe Wertschätzung. Der Analytiker wurde in seiner beruflichen Kompetenz geschätzt und schätzte den Patienten als einen Angehörigen der Gesellschaft, die ihn aufnahm und ihm Freiheit verschaffte. Im Gegensatz zu der Begegnung der Migranten aus den traditionellen Kulturen der dritten Welt, die kollektivistische Wertvorstellungen präferieren, standen sich vielleicht zwei Individualisten gegenüber. Nicht zuletzt mag eine gemeinsame durch Schul- und Religionsbildung geprägte Kultur die beiden zusammengeführt haben. In dieser Konstellation gab es offensichtlich seltener „interkulturelle Missverständnisse“, die die therapeutische Beziehung gefährdeten.

Die kollektiven Übertragungsphänomene zwischen Migranten aus der dritten Welt und den westlichen Psychotherapeuten, wie sie oben skizziert wurden, führen, wenn sie unbearbeitet bleiben, weitaus häufiger zum „Nichtverstehen“.

Das Nichtverstehen ist eine Chance in der interkulturellen Begegnung, sofern sie den Beginn einer neugierigen, respektvollen und offenen Begegnung markiert. Aus meiner Sicht sind die Erweiterungen des therapeutischen Wissens, die in der interkulturellen Psychotherapie notwendig sind, alle durch die Instrumente unseres üblichen therapeutischen Repertoires definierbar.

Aufgrund der uns bekannten Bevölkerungsentwicklung wird die Beschäftigung mit interkulturellen Aspekten und interkultureller Beziehungsdynamik in der Zukunft für Psychotherapeuten unumgänglich sein und in der Ausbildung einen wichtigen Platz einnehmen. Diese Auseinandersetzung gibt uns Psychotherapeuten die Möglichkeit, einen Beitrag für eine Gesellschaft zu leisten, in der Heterogenität begrüßt und Solidarität gelebt wird.

Literatur

- Acosta, F.X., Yamamoto J., Leonard A.E., Wilcox S.A. (1982): Effective Psychotherapy for Low-Income and Minority Patients. In: Acosta FX, Yamamoto J, Leonard AE (Eds.) Effective Psychotherapy for Low-Income and Minority Patients. New York: Plenum Press. 1-29.
- Akhtar S. (1995): A Third Individuation: Immigration, Identity, And The Psychoanalytic Process. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 43 (4): 1051-1084.
- Akhtar S. (2007): Immigration und Identität. Psychosoziale Aspekte und kulturübergreifende Therapie. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Amati-Mehler J., Argentieri S., Canestri J. (1993): The Babel of the Unconscious: Mother Tongue and Foreign Languages in the Psychoanalytic Dimension. Madison, CT: Int. Univ. Press.
- Beckmann M. (2009): die transkulturelle Adaptation. Eine Methode zur Entwicklung kulturspezifischer psychometrischer Messverfahren. In Erim Y. (Hg.): *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehrbuch.* Kohlhammer Verlag. Stuttgart. 299-312
- Christopher J.Ch. (2001): Culture and Psychotherapy: Toward a Hermeneutic Approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 115-128.
- Erim Y., Senf W. (2002): Psychotherapie mit Migranten. *Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie. Psychotherapeut* 47: 336-346.
- Erim Y. (2004): Interkulturelle Aspekte der therapeutischen Beziehung. *Kollektive Übertragungsphänomene. PID* 5: 368-374.
- Erim Y. (2009): Posttraumatische Belastungsstörung im Kontext der Migration. In Erim Y (Hg.): *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehrbuch.* Kohlhammer Verlag. Stuttgart. 91-101.
- Erim Y. (2009): Psychotherapie mit Migranten-Interkulturelle Aspekte in Psychotherapie. In Erim Y. (Hg.): *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehrbuch.* Kohlhammer Verlag. Stuttgart. 17-57
- Erim Y. (2009): Bikulturalität und Abwehr. In Erim Y. (Hg.): *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehrbuch.* Kohlhammer Verlag. Stuttgart. 241-251.
- Flaskerud J.H., Liu P.Y. (1991): Effects of an Asian client-therapist language, ethnicity and gender match on utilization and outcome of therapy. *Community Mental Health Journal*, 27, 31-42.
- Gadamer, H.-G. (1960): *Wahrheit und Methode.*
- Gün A.K. (2007): *Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie. Gegenseitiges Verstehen zwischen einheimischen Therapeuten und türkeistämmigen Klienten.* Freiburg: Lambertus.
- Heuft G. (1990): Bedarf es eines Konzeptes der Eigenübertragung? *Forum der Psychoanalyse* 6: 299-315.
- Holm-Hodulla R.M. (2005): Die therapeutische Beziehung. In: Senf W., Broda M. (Hg.): *Praxis der Psychotherapie.* 97-102. Thieme Verlag, Stuttgart.

<http://www.antidiskriminierungsstelle.de/bmfsfj/generator/ADS/root,did=121488.html>

- Karlsson R. (2005): Ethnic Matching Between Therapist and Patient in Psychotherapy: An Overview of Findings, Together With Methodological and Conceptual Issues. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* Vol. 11, 2, 113-129
- Kohte-Meyer I. (2009): Funktionsstörungen des Ich und die Neuorientierung der Ich-Identität im Migrationsprozess. In: Erim Y. (Hg.): *Klinische Interkulturelle Psychotherapie ein Lehr- und Praxisbuch*.
- Leyer E.M. (1995): Zur Rolle kulturspezifischer Kenntnisse in der therapeutischen Arbeit mit Migranten. In: Kiesel D., Kriechhammer-Yagmur S., Lüpke v. H. (Hg.): *Bittersüße Herkunft*. Frankfurt a.M.: Haag und Herchen. 25-37.
- Lorion R.P., Parron D.L. (1985): Countering the countertransference: A strategy for treating the untreatable. In P. Pedersen (Ed.) *Handbook of cross-cultural counselling and therapy* (79-86) Westport, CT: Greenwood Press.
- Mathews C.A., Glidden D., Murray S., Forster P., Hargreaves W.A. (2002): The effect on treatment outcomes of assigning patients to ethnically focused inpatient psychiatric units. *Psychiatric services*, 53, 830-835.
- Mc Goldrick M. (1982): Ethnicity and Family Therapy: an Overview. In: Mc Goldrick M, Pearce JK, Giordano J (Eds.) *Ethnicity and Family Therapy*. New York, London: The Guilford Press. 3-30.
- Mertens M. (2009): *Psychoanalytische Erkenntnishaltungen und Interventionen* Kohlhammer Verlag Stuttgart.
- Qureshi A. (2005): Dialogical relationship and cultural imagination: a hermeneutic approach to intercultural psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 59, 119-135.
- Silove D. (1999): The psychosocial effects of torture, mass human rights violations and refugee trauma: toward an integrated conceptual framework. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 187: 200–207.
- Sue S., Zane N., Young K. (1994): Research on psychotherapy with culturally diverse populations. In A. E. Bergin & SL Gerfield (Eds) *Handbook of psychotherapy an behavioural change*. New York. Wiley. 783-820.
- Sue S., Fujino D.C., Hu L., Takeuchi D.T., Zane N.W.S. (1991): Community mental health services for ethnic minority groups: A test of cultural responsiveness hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59, 533-540.
- Tantam D. (2007): Therapist-patient interactions and expectations. In: Bhugra D, Bhui K (Eds.) *Textbook of Cultural Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press. 379-387.
- Tataki R. (1993): *A different mirror: A history of multicultural America*. Boston: Little Brown.
- Tataki R. (2002): *Debating diversity: Clashing perspectives on race and ethnicity in America*. 3rd editon. New York: Oxford.

Trimborn W. (1979) Der progressive Abwehrcharakter des Über-Ich. In: Cremerius J, Hoffmann SO, Trimborn W (Hrsg.) Über-Ich und soziale Schicht. München: Kindler. 97–143.

Tuna, S. (1999): Die Bedeutung der Sprache in der interkulturellen Suchttherapie. In: Salman R., Tuna S., Lessing A. (Hg.) Handbuch Interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze in der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen: Psychosozial. 46-57.

Kontakt:

PD Dr. (TR) Yesim Erim
Rhein. Kliniken Essen
Klinik f. Psychosom. Medizin u. Psychotherapie
Virchowstr. 174, 45147 Essen