

# Transkulturelles Denken und transkulturelle Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie

*Ernestine Wohlfart, Sanja Hodzic, Tülay Özbek*

<b>10.1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>– 144</b>
<b>10.2</b>	<b>Psychiatrische Kategorien, Diagnosemanuale und kultureller Kontext</b>	<b>– 144</b>
<b>10.3</b>	<b>Zur Schwierigkeit interkultureller Kommunikation im psychiatrischen Feld</b>	<b>– 146</b>
10.3.1	Erfahrungen mit Patienten aus anderen kulturellen Kontexten	– 147
10.3.2	Gefühle bei Erfahrungen mit Patienten aus anderen kulturellen Kontexten	– 147
10.3.3	Interkulturelle Kompetenzen im Arbeitsalltag	– 148
<b>10.4</b>	<b>Wege zu einer transkulturellen Theorie und Praxis in der Psychiatrie</b>	<b>– 149</b>
10.4.1	Die westliche Psychiatrie- Reflexion des historischen Eingebundenseins und kulturimplizite Vorannahmen	– 149
10.4.2	Diversität, kulturelle Identität, transkulturelle Konflikte	– 152
<b>10.5</b>	<b>Ethnopsychiatrische Diagnostik und Behandlung</b>	<b>– 154</b>
10.5.1	Erkennen – Verstehen – Reflektieren kultureller Diversität und transkultureller Konflikte im diagnostischen und therapeutischen Prozess. Kasuistiken	– 155
10.5.2	Abschließende Bemerkungen zu den Falldarstellungen	– 166
	<b>Literatur</b>	<b>– 166</b>

## 10.1 Einleitung

In Zeiten weltweiter Migrationsbewegungen spielt Transkulturalität in der interdisziplinären Forschung wie auch im therapeutischen Praxisalltag eine immer bedeutendere Rolle. Der folgende Beitrag ist ein Diskurs über die Notwendigkeit, transkulturelle Behandlungsansätze im psychiatrischen Feld anzusiedeln. Er geht der Frage nach, welche theoretischen Implikationen benötigt werden und zeigt anhand von Kasuistiken wie es möglich werden kann, diese in die Praxis umzusetzen.

Der erste Teil dieses Beitrages beschäftigt sich mit dem Versuch, die geltenden internationalen Diagnosemanuale DSM-IV und ICD-10 um eine »Kulturachse« zu erweitern, nachdem anhand von »verwirrenden Ergebnissen« in internationalen Studien deutlich geworden war, dass eine Differenzierung vonnöten ist.

Der zweite Teil beleuchtet die Perspektive der Experten (Psychiater, Psychologen), fokussiert auf die Kommunikation mit einem »kulturell fremden Patienten« und die damit verbundenen Schwierigkeiten.

Der dritte Teil reflektiert den kulturellen Hintergrund einer westlichen Psychiatrie und hinterfragt die kulturimpliziten Grundeinstellungen, auf denen Diagnosestellung und Behandlung üblicherweise basieren.

Abschließend wird gezeigt, wie über eine ethnopsychiatrische Befunderhebung und ein modifiziertes Setting transkulturelles Denken in die Diagnosefindung und Behandlung eingeführt werden kann. Welche weiteren zusätzlichen Kompetenzen sind nötig – z. B. die Hinzuziehung von Sprach- und Kulturmittlern –, um einen Abbau kultureller Barrieren und eine verbesserte Regelversorgung auch einer internationalen Klientel zu erreichen? Welche besonderen Schwierigkeiten und Anforderungen an die Beteiligten Individuen entstehen im Rahmen von Migration und globalisierten Welten? Welche besonderen psychischen Störungen können daraus entstehen und wie vielfältig stellen sich Überforderungen und eine Dekompensation des Individuums, des psychischen Apparates dar?

Fallbeispiele zu verschiedenen Phänomenen und Störungen, die uns in der Psychiatrie begegnen, veranschaulichen, wie Prämissen einer transkulturellen/ethnopsychiatrischen Praxis Fehldia-

gnosen verringern helfen (Ndoyé ► Kap. 9), die Compliance des Patienten erhöht werden und es zu einer befriedigenderen therapeutischen Beziehung kommen kann.

Der »kulturell fremde Patient« ist ein Mensch, dessen Alltag und Biographie nicht mit wenigen Fragen umrissen werden kann, da er einen anderen kulturellen Hintergrund hat. Es handelt sich um einen Patienten,

- der vielleicht noch nicht in der Lage ist, sich sprachlich ausreichend gut zu verständigen,
- von dem nicht ohne weiteres angenommen werden kann, dass er ähnliche Wertvorstellungen hat, die auf der gleichen Historizität oder Religion basieren wie der des Behandlers,
- mit dem es keine geteilte Lebens- und Alltagswirklichkeit gibt,
- dessen Krankheitsverständnis und Krankheitsausdruck, gerade bei psychischen Erkrankungen völlig anders sein kann,
- der in seinem Heimatland andere therapeutische Systeme – z. B. traditionelle Rituale und Heiler – aufsuchen würde,
- dessen reale Welt möglicherweise bereits vor der psychischen Störung die Welt der Geister einschloss.

Nach den universell gültigen Kategorien im euro-amerikanischen Raum – den Diagnosemanualen ICD-10 oder DSM-IV – für die psychiatrische Diagnostik und Behandlung dürfte eine interkulturelle Begegnung in der psychiatrischen Praxis kein besonderes Problem darstellen. Dennoch entstehen mit der zunehmenden Internationalisierung der zu behandelnden Klientel Schwierigkeiten, die eigene Professionalität zu bewahren.

## 10.2 Psychiatrische Kategorien, Diagnosemanuale und kultureller Kontext

Im westlichen Behandlungskontext erarbeitete Diagnosemanuale erheben einen Universalitätsanspruch, der, trotz späterer Aufnahme »kulturgebundener Syndrome« (culture-bound syndroms), angesichts zunehmender Internationalisierung der zu behandelnden Klientel heute grundsätzlich hinterfragt werden muss.

Eine der größten Langzeitstudien, die »International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS)«, die 1966 von der Weltgesundheitsorganisation begonnen und in einer 1. Fassung 1974 veröffentlicht wurde, umfasst den Krankheitsverlauf über Follow-up-Erhebungen nach zwei und fünf Jahren und die Konkordanz der Symptomatologie in neun Studienländern bei 811 Patienten. Die Studienländer waren China, Kolumbien, die Tschechoslowakei, Dänemark, Indien, Nigeria, die Sowjetunion, Großbritannien und die USA. Zur Differenzierung der Länder wurde eine Unterscheidung in Entwicklungsländer und in entwickelte Länder vorgenommen. Das Ergebnis der Follow-up-Studien offenbarte einen eindeutig besseren Verlauf bzw. eine stärkere Besserungsquote bei Patienten aus Entwicklungsländern als bei Patienten aus den Industrienationen. Das erscheint bei der Annahme von besseren Behandlungsmöglichkeiten in den Industrienationen paradox. Hieran wird jedoch deutlich, dass westliche standardisierte Verfahren, die zur Erhebung dienten, einige Komplexitäten und Prozesse, wie sie in diversen kulturellen Zusammenhängen existieren, nicht erfassen konnten. Auf die methodischen Mängel weist auch H.B.M. Murphy (1982) hin.

Als Antwort auf diese Mängel wurden in den 80-iger Jahren die Klassifikation kulturgebundener Syndrome eingeführt, welche die alten Termini wie »exotische Psychosen«, »atypische Psychosen« oder »Volkskrankheiten«, um nur einige zu nennen, ablöste (van Quekelberghe, 1991). Mit Aufnahme dieser »Culture-Bound Syndroms« in die geltenden psychiatrischen Diagnosemanuale wie das DSM-IV und das ICD-10 wurde jedoch nicht von der universalistischen Sichtweise westlich bestimmter Forschung abgerückt. Eine ethnozentrische und statische Sichtweise des Kulturbegriffs in kulturbezogener psychiatrischer Forschung war auch nach Entwicklung eines Leitfadens noch offenkundig.

Der Leitfaden zur Beurteilung kultureller Einflussfaktoren im Anhang F des DSM-IV ist das Ergebnis einer vom US-amerikanischen National Institute of Mental Health gegründeten Task-Force »Culture and Diagnosis«, geleitet von J. Mezzich. An dieser Task-Force waren auch Medizinanthropologen der Harvard-Universität, wie Byron Good und Arthur Kleinmann, beteiligt. Kleinman (1980)

traf in diesem Zusammenhang auch die bedeutsame Unterscheidung zwischen »illness« und »disease«. Er grenzte den biomedizinischen Krankheitsbegriff »disease« (Krankheit, pathologische organische Zustände) von dem Begriff »illness« ab, der mit »Kranksein« übersetzt werden kann. Kranksein/»illness« ist subjektives, auf der Basis kultureller Bedeutungen und Praktiken erfahrbares Erleben »gestörter Zustände«, die nicht auf Krankheit/»disease« zu reduzieren sind, da sie auch Störungen des sozialen Gefüges bezeichnen können.

Mit dem Leitfaden zur Beurteilung kultureller Einflussfaktoren sollte diesen eine zentralere Position in der Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen im DSM-IV eingeräumt werden. Der Kommentar des Leitfadens enthält eine zusammenfassende Einschätzung, »in welcher Art und Weise kulturelle Aspekte die umfassende Diagnose und Behandlung im einzelnen beeinflussen« (Saß et al. 1998).

Entgegen den Empfehlungen der Arbeitsgruppe, die DSM-Achsen: I-V um eine sechste Kulturachse zu ergänzen sowie den Leitfaden wahrnehmungsstrukturierend für alle Achsen an den Beginn des diagnostischen Prozesses zu stellen, wurde er in den Anhang des DSM-IV verbannt (Good 1996 u. Lewis-Fernandez 1996). Lewis-Fernandez sieht die Ignorierung und Simplifizierung der Vorschläge der Arbeitsgruppe in der von den Herausgebern des DSM-IV selbst zugegebenen »konservativen Strategie begründet, die universalistische Position des DSM-IV nicht zu gefährden« (Lewis-Fernandez 1996). Das »Glossar kulturabhängiger Syndrome«, ebenfalls Teil des Anhangs F, reduziert Kultur auf das Exotische und konstruiert vor allem die westlich biomedizinisch begründete Psychiatrie als »kulturfrei«. So fehlt bspw. die Diagnose Anorexie, die nachweislich am häufigsten in westeuropäischen Ländern anzutreffen ist.

Universell gedachte Diagnosemanuale bieten aufgrund ihrer mangelnden Diversifizierung keine ausreichende Möglichkeit, psychische Erkrankungen bei Menschen unterschiedlicher Herkunft im jeweiligen kulturellen Kontext zu verstehen und angemessen zu behandeln (vgl. Lee 2002). Auf die Problematik einer »Objektivierungssucht« der medizinischen Wissenschaften gerade im Bereich der Psychiatrie und der psychischen Erkrankungen weist Finzen in seinem Vorwort des Buches *Ver-*

rückte Entwürfe (Angermeyer u. Zaubseil 1997) hin:

Die Identifikation mit den subjektiven Sichtweisen der Kranken fällt gerade geisteswissenschaftlichen Disziplinen leichter als uns Medizinern, die wir gelernt haben, zu objektivieren, um handeln zu können.

Er plädiert dafür, beides gelten zu lassen:

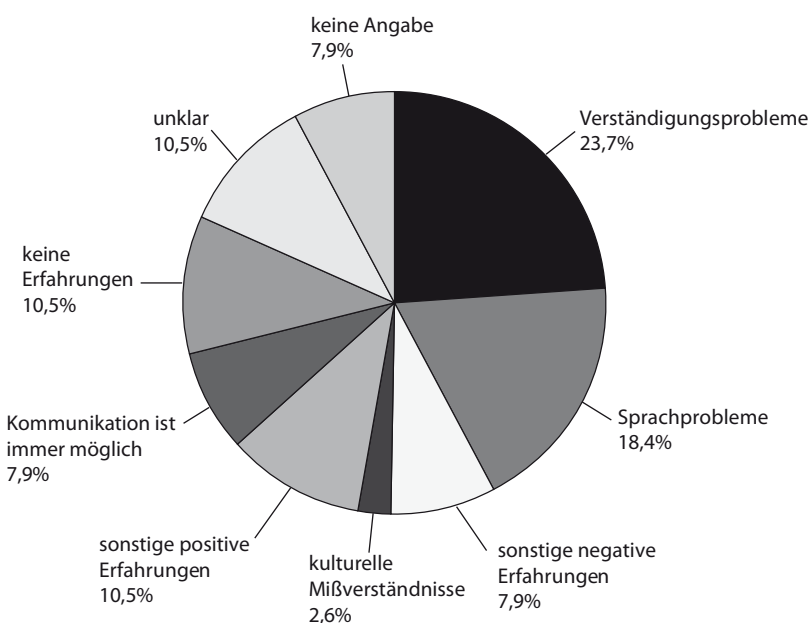
Wissenschaftliche Disziplin ohne Objektivierung und Abstraktion verbietet sich. Aber Psychiatrie ohne Respektierung und ohne Verstehen der Subjektivität der kranken Menschen in ihrer sozialen Welt ist nicht menschlich.

### 10.3 Zur Schwierigkeit interkultureller Kommunikation im psychiatrischen Feld

Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten und anderes klinisches Personal sind immer häufiger konfrontiert mit Patienten aus aller Welt. Globali-

sierung und Migration bringen eine Veränderung in der Zusammensetzung der Nationalgesellschaften mit sich (vgl. Gupta 1992). Wie zu Beginn bereits aufgezeigt, sehen wir uns in den bestehenden Settings und Räumen »fremden Patienten« gegenüber. Die Behandlungssituation wird komplexer, ein Einordnen des vom Patienten vorgetragenen Leidens und eine Diagnosestellung sind erschwert (Buchholz 1993). Denn nach Buchholz kommt es in der Begegnung mit dem »fremden Patienten« nicht selten zu falschen Pathologisierungen, Fehldiagnosen und zu Unsicherheit und Hilflosigkeit. Dass es sprachliche und kulturelle Barrieren gibt, die gerade beim Personal in psychiatrischen Institutionen Unsicherheit, Hilflosigkeit und eine Unzufriedenheit mit der eigenen professionellen Qualität mit sich bringen, hat eine erste Pilotstudie der Charité Berlin 2004 gezeigt. Im Rahmen der Befragung wurden 38 Mitarbeiter aus fünf Berufsgruppen einer psychiatrischen Abteilung zu Kommunikation, subjektivem Erleben und Interaktion mit Patienten aus anderen kulturellen Kontexten befragt. Inhalte des Fragebogens mit überwiegend offenem Antwortformat waren:

- Erfahrungen und Gefühle in der Begegnung mit dem »fremden Patienten«,
- Vertrautheit mit anderen Kulturen,



■ Abb. 10.1. Erfahrungen mit Patienten aus anderen kulturellen Kontexten

- Persönliches Verständnis von interkultureller Kompetenz und den dafür erforderlichen Arbeitskompetenzen,
- Selbsteinschätzung der eigenen interkulturellen Kompetenz und,
- Fortbildungswünsche.

### 10.3.1 Erfahrungen mit Patienten aus anderen kulturellen Kontexten

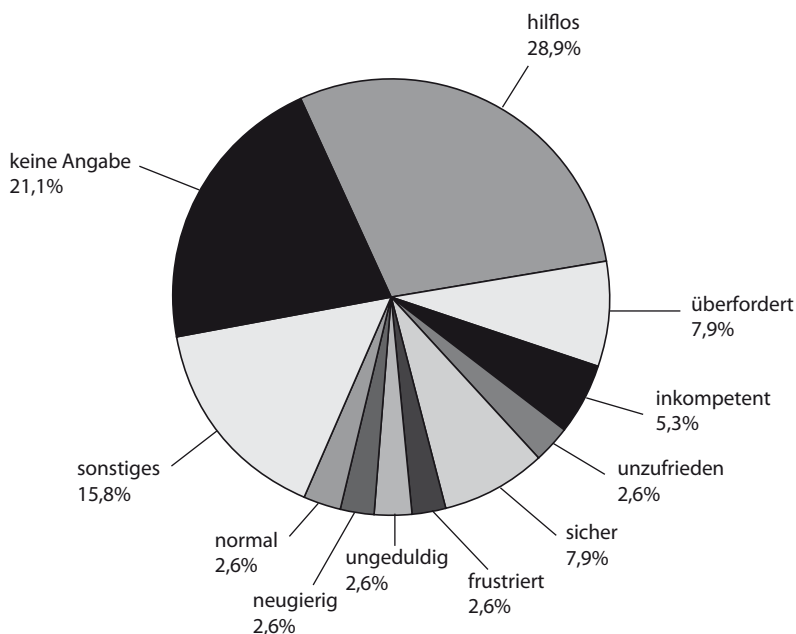
Für rund die Hälfte der Befragten waren Kommunikations- und Verständigungsprobleme kennzeichnend für ihre Erfahrungen mit Patienten aus anderen kulturellen Kontexten. Allein 42,1% berichteten über unmittelbare Verständigungsschwierigkeiten aufgrund der Sprache (■ Abb. 10.1). Ein weiteres Kommunikationshindernis stellten für 2,6% »kulturelle Missverständnisse« dar. Darüber hinaus beschrieben 7,9% weitere »negative Erfahrungen« in der interkulturellen Begegnung. Nur 18,4% der Befragten sind sich sicher, Kommunikationsbarrieren überwinden zu können. 10,5% schildern »positive Erfahrungen«. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass ein hoher Anteil der Befragten diesen Punkt unbeantwortet (7,9%) ließ. 10,5% gaben an, keine Erfahrungen mit Pati-

enten aus anderen kulturellen Kontexten gemacht zu haben, und bei weiteren 10,5% blieben die Antworten unklar. Möglicherweise deutet dieses Antwortverhalten auf die Schwierigkeit hin, die Erfahrungen in der Kommunikation mit dem »fremden Patienten« auf einer bewussten Ebene zu reflektieren. Gleichzeitig könnte das Antwortmuster auch auf die große Bedeutung des nichtsprachlichen Verhaltens als Mittel der Kommunikation verweisen, welches zum größten Teil dem unbewussten Einfluss der Kultur unterliegt (Hall 1990).

Die beschriebenen Barrieren verweisen auf die Begrenztheit unserer gewohnten Kommunikationspraktiken, Verständigungsstrategien, Verhaltensformen und Sichtweisen, die den komplexen und dynamischen Prozessen in der interkulturellen Begegnung nicht mehr gerecht werden können.

### 10.3.2 Gefühle bei Erfahrungen mit Patienten aus anderen kulturellen Kontexten

Die Kommunikationsbarrieren spiegeln sich auch auf der Ebene der Gefühle wider, die der Kontakt mit dem »anderen Patienten« auslöst (■ Abb. 10.2). Die größte Gruppe gab an, sich hilflos und über-



■ Abb. 10.2. Gefühle bei Erfahrungen mit Patienten aus anderen kulturellen Kontexten

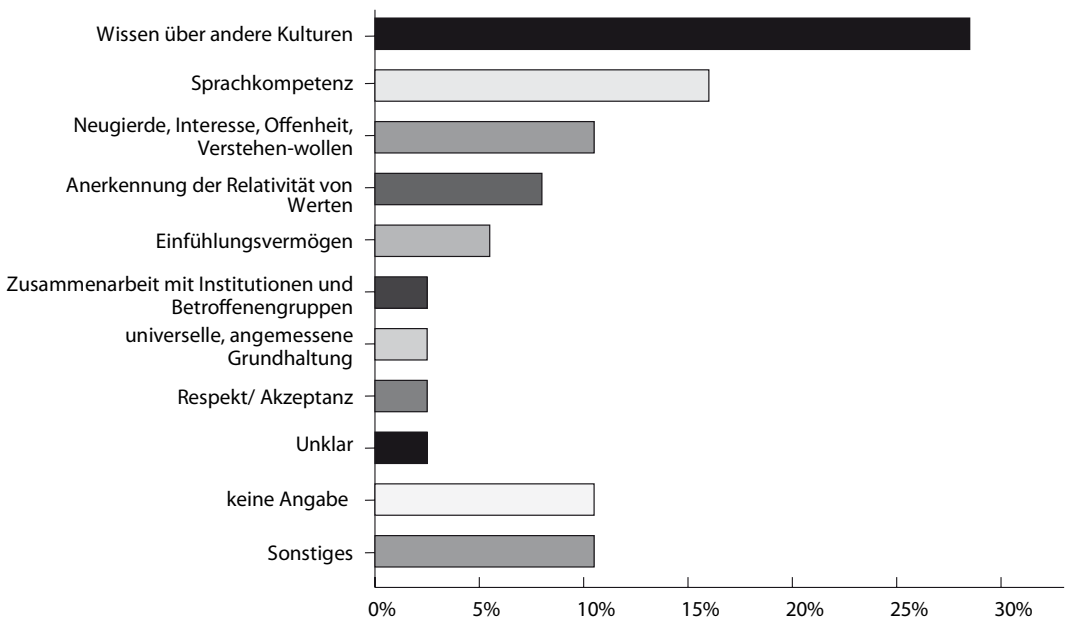
fordert zu fühlen (36,8%). 15,8% der Befragten vermieden eine emotionale Reflexion mit Antworten, die wenig über ihre Gefühle aussagten, und ein auffallend großer Teil der Befragten (21,1%) ließ diese Frage gänzlich unbeantwortet. Für 44,6% löste die Begegnung mit dem »fremden Patienten« negative Gefühle aus (Frustration, Ungeduld und Unzufriedenheit). In diesem Zusammenhang erlebten sich 5,3% der Befragten als »inkompetent«. Im Vergleich dazu blieben positive Gefühle (10,5%) wie z. B. »Sicherheit« oder »Neugier« im Hintergrund. Die Antworten zeigen deutlich, wie bei der interkulturellen Begegnung Gefühle mobilisiert werden, die, wenn sie unverstanden bleiben, zu Irritationen und Abwehrmechanismen (Rationalisierung, Spaltung) führen können (Devereux 1973). Dadurch wird der Beziehungsaufbau erschwert.

### 10.3.3 Interkulturelle Kompetenzen im Arbeitsalltag

Auf die Frage nach notwendigen interkulturellen Kompetenzen für den Arbeitsalltag nannten 28,9% überwiegend das Wissen über andere Kulturen (■ Abb. 10.3). In Entsprechung zu den Kommunikationsbarrieren in der interkulturellen Begegnung

stand für 15,8% der Befragten die Sprachkompetenz an erster Stelle. Zusammengenommen 17,1% bezeichnen als Kompetenz eine innere und äußere Haltung (»angemessene Grundhaltung«: 2,6%) gegenüber dem »fremden Patienten«, die von Neugierde, Interesse und Verstehen-Wollen (10,5%), von Einfühlungsvermögen (5,3%), Respekt und Akzeptanz (2,6%) bestimmt ist. 7,9% sehen in der »Anerkennung der Relativität von Werten« eine wichtige Kompetenz für ihren Arbeitsalltag. Die »Zusammenarbeit mit Institutionen« ist für weitere 2,6% bedeutsam. Auch hier machte ein Teil der Mitarbeiter keine (10,5%) oder nur unklare Angaben (2,4%).

Die Tatsache, dass das Wissen über andere Kulturen als wichtige interkulturelle Kompetenz so häufig genannt wurde, ist nicht weiter verwunderlich. In den westeuropäischen Ländern dient Wissen dazu, sich abzugrenzen, sich sicher zu fühlen, und es ist ein gesamtgesellschaftlich anerkanntes Ziel, objektivierbares Wissen anzuhäufen (Haufe ► Kap. 15). Im Fall einer interkulturellen Behandlungssituation wird es jedoch wenig helfen, wenn wir alle zu ethnologischen Experten werden und z. B. über die Essgewohnheiten unserer Patienten Bescheid wissen. Auch wäre es eine Überforderung, sich dieses ethnologische Wissen aneignen



■ Abb. 10.3. Kulturelle Kompetenzen im Arbeitsalltag

zu wollen oder verschiedenste Sprachen zu sprechen. Denn die Anwendung objektivierbaren Wissens kann die beschriebenen irritierenden oder sogar bedrohlichen Gefühle, die im Kontakt mit dem »fremden Patienten« entstehen, nicht immer verstehbar machen.

Viel wesentlicher für die interkulturelle Behandlungssituation ist die Herstellung einer gemeinsamen Wirklichkeit. Dazu ist weniger »Wissen« notwendig, als vielmehr ein »emotionaler« Erfahrungsraum, der erst über eine bestimmte Haltung und Reflexion der unbewussten eigenen kulturellen Bezüge entstehen kann. Erst dieser Raum, den wir »transkultureller Übergangsraum« nennen (Özbek u. Wohlfart ► **Kap. 11**), kann neue Handlungsspielräume und Zugänge in der interkulturellen Situation ermöglichen.

Vor dem Hintergrund der negativen Gefühle in der interkulturellen Begegnung ist es erstaunlich, dass sich die Mehrheit der Mitarbeiter dennoch als kompetent einschätzte (► **Tab. 10.1**), insbesondere die Mitarbeiter mit Migrationshintergrund. Für 28,9% war »interkulturelle Kompetenz« gleichbedeutend mit dem »Wissen über andere Kulturen« (► **Abb. 10.3**). Kognitive und emotionale Kompetenzen wie Neugier oder Offenheit wurden erst an zweiter Stelle genannt. Offenbar gibt es die Vorstellung, dass man den Gefühlen von Hilflosigkeit und Überforderung mit einem Set von feststehenden Vorannahmen (Wissen) über die »andere Kultur« begegnen könne. Allzu leicht läuft man damit jedoch Gefahr, dem Anderen dieses Wissen »überzustülpen« (Foucault 1993).

Das Bemühen um ein »Verstehenwollen« ohne vorgefasste Wissenskategorien wird dadurch erschwert. Unbeabsichtigt wird statt dem Aufbau einer Beziehung zum »fremden Patienten« der Ausschluss des Anderen praktiziert. Die interkulturelle Begegnung kann damit nicht mehr als offener dynamischer Austauschprozess verstanden werden (Nadig 2002).

In Übereinstimmung zu den Gefühlen von Hilflosigkeit und Überforderung schätzt sich die zweitgrößte Gruppe der Mitarbeiter als »kaum« kompetent ein (► **Tab. 10.1**). Hieran werden nicht nur die Schwierigkeiten der interkulturellen Begegnung im psychiatrischen Feld deutlich, sondern auch die Notwendigkeit, neue Wege für ein transkulturelles Denken und Handeln zu beschreiten.

■ **Tab. 10.1.** Selbsteinschätzung der interkulturellen Kompetenz

Selbsteinschätzung	%
Fehlend	8
Gar nicht (kompetent)	3
Kaum	37
Kompetent	39
Ziemlich	11
Sehr kompetent	3

## 10.4 Wege zu einer transkulturellen Theorie und Praxis in der Psychiatrie

### 10.4.1 Die westliche Psychiatrie-Reflexion des historischen Eingebundenseins und kulturimplizite Vorannahmen

Das Referenzsystem der Psychiatrie und die Nomenklatur psychiatrischer/psychischer Erkrankungen sind eng verknüpft mit der abendländischen, europäischen Geschichte. Die klinische Psychiatrie entwickelte sich an der Wende zum 20. Jahrhundert, im beginnenden Zeitalter der Industrialisierung. Ein pragmatischer Positivismus, der bereits im Zeitalter der Aufklärung begonnen hatte, und der Glaube an die Empirie als überlegener Wissenschaftsmethode dominierte das Denken. Die Psychiatrie wurde ein Teilgebiet der Medizin. Emil Kraepelin, der Begründer der klinischen/experimentellen Psychiatrie begann, aufgrund von klinischen Verlaufsbeobachtungen diagnostische Differenzierungen vorzunehmen.

In den gesellschaftlichen Bereichen fanden ebenfalls Veränderungen statt, vor allem in den familiären Strukturen, und es kam zu einer erhöhten Migration in die Industriestädte. Auch die Auffassung vom Individuum unterlag den historischen Veränderungen, ebenso wie Glaube und Spiritualität. Der Mensch wurde zu einer verwertbaren Größe in den Arbeitsprozessen. Jeder war seines »eigenen Glückes Schmied«, die Gemeinschaft, die Familie und die Rolle des Einzelnen darin waren



## Exkurs

**Emil Kraepelin**

Emil Kraepelin (1856–1922), der Begründer der klinischen/experimentellen Psychiatrie, war auch Begründer einer transkulturellen Psychiatrie in Deutschland (Zaumseil ► Kap. 23). 1904 schloss er eine kulturvergleichende psychiatrische Forschungsarbeit, die er in der psychiatrischen Anstalt Buitenzug auf Java durchgeführt hatte, ab. Sie wurde 1904 unter dem Titel »Psychiatrisches aus Java« im *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie* veröffentlicht. Kraepelin sah in der Hinwendung zum kulturvergleichenden Studium in »unzivilisierten Ländern« die Möglichkeit, mit dem fremden »Wilden« Ursprüngliches zu erleben. Er bezeichnete seine Lust am Reisen, verbunden mit seiner Profession, als den Versuch »Freiheit zu gewinnen«. Wie viele berühmte Wissenschaftler seiner Zeit suchte er einen Kontrapunkt zum naturwissenschaftlichen Denken in einer romantischen Verklärung der fremden »Wilden«. In seinen Untersuchungen wandte er jedoch die westlichen Kategorien an, ohne seinen Standpunkt als westlicher Forscher zu hinterfragen. Sein Blick war gekennzeichnet von der Vorstellung universell anwendbarer, naturwissenschaftlicher Kategorien und bezog so die Möglichkeit eines Unterschiedes nicht mit ein.

mechanismen von Triebkonflikten (A. Freud 1984) zu entwickeln.

Der Grad der Fremdbestimmtheit des Individuums, der Realitätsbezug, die Wirklichkeit sind seither grundlegende psychiatrische Kategorien, die psychopathologischen Befunden zugrunde liegen und nach denen psychische Krankheit eingeordnet wird.

Beleuchten wir zunächst den Begriff der Fremdbestimmtheit. Ein westlicher Patient, der Stimmen hört, der optische Bilder oder Menschen sieht, die nicht in der vorgegebenen Wirklichkeit existieren, hat wahrscheinlich eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis. Er hat keine wirkliche Kontrolle über das Kommen und Gehen der Bilder, er fühlt sich fremdbestimmt und ist irritiert darüber, es ängstigt ihn und er kann nichts dagegen unternehmen. Er ist versucht, dennoch diesen Phänomenen einen Sinn zuzuordnen, und beginnt die Wirklichkeit anzupassen und umzudeuten. Dies wird im psychiatrischen System als Produktion von Wahnhaltungen bezeichnet. Der Patient benötigt psychiatrische Hilfe und Behandlung, da er sich nicht mehr sozial adäquat verhalten, seine Wirklichkeit nicht mehr mit den anderen teilen kann. Er fühlt sich nicht mehr zugehörig, dies erkennt er auch am ablehnenden Verhalten der anderen in seinem gesellschaftlichen Umfeld. Die Ablehnung gründet in der westeuropäischen Gesellschaft auf der gemeinsamen Vorstellung, dass das Individuum selbstbestimmt ist und daher jegliche Form von Fremdbestimmtheit mit mangelnder Kontrolle über sich selbst assoziiert wird. Jedoch die Vorstellung eines immer und überall selbstbestimmten Individuums, dessen höchstes Ziel die Autonomie ist, ist nach Roelcke (1998) keine anthropologische Konstante, sondern »... gebunden an die griechische sowie die jüdisch-christliche Tradition und an das Projekt der Aufklärung. Erkennen wir an, dass die Vorstellung von einem kohärenten Ich und die kulturelle Wertschätzung der Selbstbestimmung das Resultat eines historischen Prozesses ist, bedeutet es auch anzuerkennen, dass es Gesellschaften gibt, in denen die uns geläufige Form (oder vielleicht besser: Norm) der Selbstbestimmung nicht existiert.«

Nach Wulff, Pfeiffer und Parin schlägt sich eine andere gesellschaftliche Auffassung des Autonomiestrebens, der Selbstbestimmung und ein Eingebundensein in eine feste Gruppe mit definierten

nicht mehr länger die primäre Verbindung der Subjekte miteinander. Die Anforderungen an das Individuum, seinem Leben einen eigenen Sinn zu geben um den Preis größerer Autonomie, brachten auch individuelles Versagen mit sich und neue psychische Problematiken. Nach Margaret Mead ist für die heutige westliche Gesellschaft typisch, dass religiös fundierte Mythen oder eine gruppenspezifische Form von Spiritualität ihre Relevanz verloren haben und nicht mehr für eine soziale Ordnung sorgen. Somit kann auch die Entlastungsfunktion von Ritualen, hinsichtlich affektiver Spannungen der Gruppe und des Individuums, nicht mehr genutzt werden. Die Individuen in westlichen Gesellschaften sind angehalten, intrapsychische Entlastungsfunktionen, d. h. Abwehr-



Rollenzuweisungen und sinnstiftenden Ritualen auch in der Ausgestaltung psychiatrischer Erkrankungen nieder (Heinz ► **Kap. 25**). So setzt nach Ansicht von Wulff das Vorkommen von Ich-Störungen vom Typ der »Entgrenzung«, der gemachten Erlebnisse und der Ich-Substitution eine besondere Ich-Artikulation in Form eines abgegrenzten Ich-«Bewusstseins» voraus.

Die Ethnopsychiatrie hat den Versuch der deskriptiven Phänomenologie, die Störungen des „Ich- Bewusstseins“ zum Mittelpunkt einer Symptomlehre der Schizophrenie zu machen, inzwischen als ethnozentrische Illusion enthüllt. Sie hat nämlich nachgewiesen, dass Ich-Störungen in Form von Störungen des Ich-Bewusstseins keineswegs, wie die Schizophrenie als Krankheit, in allen Ländern der Welt vorkommen. Barahona-Fernandes und Mitarbeiter vermissten sie z. B. im schwarzen Afrika völlig. Pfeiffer fand sie in Indonesien nur vereinzelt bei europäisch erzogenen Angehörigen der Oberschicht. Ich selber habe sie bei meinen etwa 2000 psychiatrischen Patienten in Vietnam kein einziges Mal gesehen (Wulff 1969).

Störungen des Ich-«Bewusstseins» treten nach ethnopsychiatrischen Erkenntnissen offenbar häufiger in Gesellschaften auf, welche die bürgerliche Ideologie vom einzigartigen, sich selbst verwirklichenden Individuum als Ich-Ideal bzw. als Über-Ich Forderung verinnerlicht haben

Auch das Phänomen der Besessenheit, das in den heutigen Diagnosemanualen eine eigene Kategorie darstellt, ist keineswegs immer als »nicht normal« oder pathologisch anzusehen, sondern in Abhängigkeit von sozialen Kontexten zu betrachten. Nach Roelcke (1998) kann Besessenheit definiert werden als »Zustand von verändertem Bewusstsein und damit verbundenem außergewöhnlichem Verhalten«. Wobei diese Veränderungen von den Mitgliedern der jeweiligen sozialen Gruppe auf den Einfluss eines Geistes oder eines göttlichen Wesens zurückgeführt werden. Es wird somit vorausgesetzt, dass über die Existenz von Geistern und ihre Eigenschaften ein allgemeiner Konsens herrscht, sie sind Teil der normalen Erfahrungswelt (Harnischfeger 2003). Besessenheit kann gleichzeitig auch ein Zustand sein, der bewusst herbeigeführt wird im

Rahmen von traditionellen Praktiken der Heilung oder Wiederherstellung einer sozialen Harmonie. Ebenso wie er nach Roelcke auch als ein inspirierender Zustand, etwa der Gottesfülle, gedeutet werden kann.

#### Exkurs

In anderen historischen Epochen und Kontexten gab es andere Formen des Eingebundenseins in die Gruppe, und daraus resultierte auch eine eigene Form des Umgangs mit psychischen Konflikten und Spannungen. J. Harnischfeger hat dies in einer historischen Analyse von Freuds »Teufelsneurose« des Christoph Haizmann beispielhaft für die Menschen des Barock gezeigt.

Historisch betrachtet, war das Verhalten des Individuums innerhalb der Gesellschaft vor den Prozessen der Internalisierung durch die bürgerliche Kleinfamilie und der Selbstdisziplinierung im 18. und 19. Jahrhundert weitaus stärker reglementiert und überwacht. Handlungsweisen unterlagen somit eher der externen als internalen Kontrolle, etwa durch eine innere psychische Instanz. Durch die damals üblichen Rituale wie z. B. den Exorzismus geschahen »Triebunterdrückung und die Domeszierung des Körpers« weniger durch innere unbewusste strafende Über-Ich-Funktionen, als vielmehr durch äußere Agenten.

Demnach müssen auch die dem Maler Haizmann von Freud unterstellten unbewussten ödipalen Konflikte und die postulierte Projektion von homoerotischen Strebungen in Form der Besessenheit heute differenziert betrachtet werden. Die Besessenheit des jungen Malers beruhte im 17. Jahrhundert sicher auf anderen interpersonalen Störungen, Spannungen und Affekten, als dies Freud angenommen hatte und ist also viel eher als eine eigene kulturspezifische Konfliktverarbeitung zu betrachten, so wie dies Crapanzano, Pfeiffer und Nathan für differente Kontexte heute annehmen (vgl. Harnischfeger 2003, S. 328).

Der Zustand der Besessenheit kann nach Roelcke verschieden bewertet werden. Abhängig davon, ob die Besessenheit auf böse Geister zurückgeführt

wird, da der besessene Mensch z. B. eine soziale Verfehlung oder einen Tabubruch begangen hat, wird versucht die Besessenheit über traditionelle Rituale zu lösen (Crapanzano 1981). Solche Verfehlungen können z. B. nicht erfüllte Rollenerwartungen oder Missachtungen von sozialen Regeln sein, die dann zu Konflikten mit anderen Mitgliedern der Gruppe führen. Trotz sozialer Fehlritte erhält der Besessene dennoch erheblichen Rückhalt und Schutz in der Gruppe:

Indem sie einer übernatürlichen Erklärung der Krankheit das Wort redet, bestätigt die Gruppe, dass der Patient nicht unbedingt für seinen Zustand verantwortlich zu machen ist. Gefühle der Scham, Reue und Schuld werden abgelenkt. Der Patient hört auf zu grübeln (Crapanzano 1981, S. 253).

Der Rückhalt in der Gruppe und die Entbindung von der Verantwortung führen zu einer erheblichen Entlastung. Während des Rituals selbst kann der besessene Mensch symbolisch Konflikte darstellen und auf eine strukturierte Weise die damit verbundene Spannung abführen. Er kann »sozial unannehmbaren Impulsen nachgeben, ohne gesellschaftlicher Ächtung zu verfallen« und ist zunächst von der »gewohnten gesellschaftlichen Stellung mit ihren Zwängen und Anforderungen dispensiert« (Crapanzano 1984). Crapanzano fasst die Wirkung des Heilrituals als Neustrukturierung der psychischen Realität in Anlehnung an Lévi-Strauss (1967) zusammen:

Im Falle der schamanistischen Heilverfahren [...] folgt auf die symbolische Darstellung unbewusster Vorgänge eine hochstrukturierte – ritualisierte – Lösung der symbolisch dargestellten Konflikte. Die Lösung ist hier unpersönlich und allgemeingültig. Der Patient empfängt von außen einen gesellschaftlichen Mythos, der keinem früheren persönlichen Zustand entspricht (Crapanzano 1984).

Das kann bedeuten, dass der besessene Mensch nach dem Ritual wieder in seine ursprüngliche Rolle zurückversetzt wird; gelingt dies nicht, so besteht immer noch die Möglichkeit, ihm eine neue Rolle im sozialen Gefüge, eine soziale Identität und ent-

sprechende Aufgaben zu übertragen, mit der Implikation einer neuen weltanschaulichen Orientierung und einer Wiederherstellung bzw. Festigung seiner Motivation (Crapanzano 1981). Im Grunde »zwingt die Intervention von (Ahn-) Geistern und Dämonen, selbst die Angst vor Hexen und Zauberern, ... die Regeln der Gemeinschaft einzuhalten« (Evans-Pritchard 1976, zit. nach Harnischfeger 2003).

#### 10.4.2 Diversität, kulturelle Identität, transkulturelle Konflikte

Nach Nathans (1986) Ansicht ist ein klinischer Therapeut, der es mit Patienten aus einer anderen Kultur zu tun hat, spezifischen Schwierigkeiten ausgesetzt. Er begegnet

- der spezifischen Sprache des Patienten, nicht nur im Hinblick auf die konkrete Sprache, sondern auch auf die Implikation von Symbolen und Metaphern, für die keine gemeinsame Perzeption besteht;
- diversen Vorstellungswelten, Meinungen, Überzeugungen, die in einem anderen Kontext erworben wurden und die als handlungsleitend zu begreifen sind;
- einer erschwerten Überprüfung des Realitätsverlustes durch parallele Wirklichkeiten. So kann zur Wirklichkeit des Patienten eine Welt der Geister, der Vorfahren gehören, die im kulturellen Kontext als real angesehen wird und es keineswegs als pathologisch erscheint, wenn als Erklärung für Krankheit auf die Welt der Geister zurückgegriffen wird.

! In einer transkulturellen Theorie und Praxis ist es wesentlich, eine Diversität in Abhängigkeit des jeweiligen soziokulturellen Kontextes anzuerkennen und diese in die Diagnostik und Behandlung einzubeziehen. Hierzu ist es jedoch notwendig, die phänomenologische Ebene der Psychopathologie etwas zu verlassen und auf eine weniger statische, mehr prozessorientierte, dynamische Ebene des Verstehens (vgl. Parin 1978) zu gehen.

Der Begründer der phänomenologischen Richtung der Psychiatrie Karl Jaspers entwickelte 1913 eine Beschreibung und Klassifikation der pathologischen

psychischen Phänomene (Symptome) in einer westlichen Gesellschaft. Die phänomenologische Ebene verzichtet auf eine Erklärung der Entstehung und Bedeutung des beschriebenen Phänomens. Aber wie bereits deutlich wurde, ist es notwendig, Bedeutungszusammenhänge herzustellen, um z. B. das Phänomen der Besessenheit richtig zu interpretieren. Das Problem bei der phänomenologischen Ebene ist, das sie versucht, Sinn so, wie er im Bewusstsein erscheint, zu sammeln und wiederherzustellen. Alles was jenseits dieser Ebene scheinbar keinen Sinnzusammenhang mehr ergibt, wird als Symptom aufgefasst. Das Phänomen erhält durch diese Klassifizierung erst seine Bedeutung. Das phänomenologische Verstehen tendiert zur Statik absoluter Wahrheit, wohingegen in einem ethnopsychiatrischen/ethnopsychanalytischen Verstehen, Wahrheit und Wirklichkeit der ständig kreisende Prozess zwischen mindestens vier verschiedenen Ebenen ist.

Nach Nadig lässt sich mit der Methode der freien Assoziation (eine psychoanalytische Technik) eine momentane Gleichzeitigkeit auf vier verschiedenen Ebenen erzeugen:

- bewusst-unbewusst,
- historisch-aktuell,
- kulturell-individuell,
- emotional-sachbezogen.

**!** Das zugrundeliegende Paradigma einer transkulturellen, therapeutischen Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie bedeutet den Abschied von der Suche nach den allumfassenden Wahrheiten, einer allumfassenden Theorie und Diagnose (vgl. Nadig, 2002). Vielmehr bedeutet es auch in der psychiatrischen Praxis, sich Praktiken, Prozessen, Diskursen und partiellen Wahrheiten hinzuwenden, die ein mehr an Verstehen ermöglichen und auch ein momentanes Nicht-Verstehen aushaltbar werden lassen, ohne in eine professionelle Unsicherheit zu geraten.

Denn an Stellen des Nichtverstehens des »fremden Patienten« geraten wir leicht in die Not, auf Stereotype zurückgreifen zu müssen, um uns wieder sicher sein zu können. Wir sehen nicht mehr das Individuum und seine psychische Problematik/Krankheit, sondern ordnen es mit negativen Attributen etikettiert seiner ethnischen Gruppe zu. Das ist die bisherige kulturspezifische Praxis, sie drückt

sich aus in Diagnosen wie dem »Mittelmeersyndrom« und anderen klassifizierten »cultural-bound syndroms«, die in den standardisierten Diagnosemanualen festgeschrieben sind.

Das bloße Wissen über andere Kulturen und die Auffassung, dass Kultur etwas Statisches sei, bilden keine ausreichenden Grundlagen für ein transkulturelles Verstehen in der Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen.

Vielmehr erscheint es notwendig, sich zu vergegenwärtigen, wie sich Kultur in einer Gruppe konstituiert und »was die Auflösung sozialer Gemeinschaften, die mangelnde Einbindung der Subjekte in verpflichtende Beziehungen und die wachsende Abstraktion lebensweltlicher Prozesse« im Rahmen globalisierter Welten und Wanderung/Migration bedeutet (Nadig 2002).

In einer Welt der Wanderung und Migration wird ethnische und kulturelle Identität nicht mehr maßgeblich in einer ortständigen Gruppe mit einer gemeinsamen Sprache entwickelt.

Die widersprüchliche, gleichzeitige Entwicklung von Globalisierung und Regionalisierung bewirkt, dass die Begegnungen, Konfrontationen und Dialogversuche westlicher mit nicht westlichen Kulturen häufiger, intensiver und vielfältiger geworden sind (Gingrich 1999).

Es stellt sich hierbei die Frage, unter welchen Bedingungen es für ein Subjekt möglich ist, den oft unmerklichen und hoch komplexen Wandel sozialer Verhältnisse wahrzunehmen und statt ohnmächtige oder aggressive Gefühle zu entwickeln, diesen Wandel kreativ zu integrieren oder symbolisch umzugestalten.

Abwehrleistungen, die Fähigkeit einer affektiven Spannungsreduktion, die das Subjekt in seiner Primärgruppe erworben hat, oder Formen von spannungsreduzierenden Ritualen, die seiner Gruppe zur Verfügung standen, werden hier gebraucht. Ebenso benötigt das Subjekt Abwehrmechanismen, die das »Ich« davor schützen, auseinander zu fallen, die einem Identitätsverlust in der »fremden Gesellschaft« entgegenwirken. Das »Ich« wird im Folgenden im Sinne des Instanzenmodells von Freud verwandt.

## Exkurs

Das »Ich« ist die »Instanz, die Freud in seiner zweiten Theorie des psychischen Apparates vom Es und vom Über-Ich unterscheidet. Topisch gesehen ist das Ich ebenso von den Ansprüchen des Es abhängig wie von den Befehlen des Über-Ichs und den Forderungen der Realität. Dynamisch gesehen stellt das Ich im neurotischen Konflikt in besonderem Maße den Abwehrpol der Persönlichkeit dar; es verwendet eine Reihe von Abwehrmechanismen, die mit der Wahrnehmung eines unlustvollen Affekts begründet werden« (Laplanche u. Pontalis 1998).

Kompetenzen eines stabilen Selbst sind von Nöten in einer fremden Gruppe mit anderen Regeln, mit einer anderen unbewussten Matrix der Gesellschaft. Fähigkeiten müssen entwickelt werden, die eine Entscheidung ermöglichen, in die neue Gruppe eintreten zu wollen, ohne dabei das Eigene aufgeben zu müssen. Diese Fähigkeiten wirken integrativ im Sinne der Entwicklung einer »transkulturellen Identität« mit all ihren Widersprüchlichkeiten, die es auszuhalten gilt. Diese Identität ist als eine Art Kompromiss, als nicht zu vollendendes Projekt zu verstehen, das neue Anforderungen an das Individuum stellt. Letztlich kann dann ein Gefühl entstehen, aufgenommen werden zu wollen und sich aufnehmen zu lassen.

Was bedeutet es für ein Individuum, wenn das Repertoire zum Schutz des »Ich« in der Fremde, nicht ausreichend ist, wenn es zu einem Identitätsverlust, zur Handlungsunfähigkeit kommt und die geforderte Bewegung in einen Stillstand gerät?

Ohnmächtige, aggressive Gefühle, Schuld, Scham und Angst entstehen. Eine tiefe Verunsicherung mit den meist unbewussten Fragen, wie darf ich sein, wie soll ich sein, wie kann ich sein, wie will ich sein, ergreift das Subjekt. Es kommt zu transkulturellen Konflikten – zwischen den Anforderungen der Primärgruppe und denen der Mehrheitsgesellschaft zerrieben, ist das Individuum nicht mehr in der Lage, Entscheidungen zu treffen.

Der psychische Apparat versagt und je nach Persönlichkeitsstruktur und kulturellem Kontext kommt es zu spezifischen psychischen Erkrankungen (Nathan ► Kap. 9).

Menschen, die sich durch den Wechsel in eine andere Gesellschaft plötzlich nicht mehr erkannt fühlen, erleben häufig einen Identitätsverlust, begleitet von Gefühlen des Versagens, des Selbstzweifels, von Ängsten und dem Verlust der Fähigkeit, Freude zu empfinden (Anhedonie). Ein wesentlicher Teil der Identität, der »Selbstkontinuitätssinn« (Kernberg 1966), der die Bewahrung des Zusammenhangs zwischen Vergangenheit und Gegenwart im Sinne einer übergreifenden Lebensperspektive beschreibt, kann verloren gehen. Das Gefühl, nie in dem fremden Land anzukommen, führt zu Misstrauen in jeder Beziehung, gerade gegenüber den Institutionen der Mehrheitsgesellschaft. Störungen des Ich-«Bewusstseins« treten scheinbar nach ethnopsychiatrischen Erkenntnissen mehr in Gesellschaften auf, welche die bürgerliche Ideologie vom einzigartigen, sich selbst verwirklichenden Individuum als Ich-Ideal bzw. als Über-Ich-Forderung verinnerlicht haben, und verhindert so eine Beziehungsaufnahme und Integration auf jeder Ebene. Dieses Versagen kann sich in vielfältigen Zuständen ausdrücken, die man nach westlichen psychiatrischen Kategorien bezeichnen könnte als akute Erregungszustände mit Impulskontrollverlusten, ähnlich einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder einer akuten psychotischen Störung, Besessenheitszustände, Konversionssymptome, hysterische Anfälle, Ohnmachtsanfälle und Pseudohalluzinationen. Aus dem Blickwinkel des transkulturellen Denkansatzes handelt es sich jedoch häufig nicht um einen Realitätsverlust, bzw. um ein psychotisches Strukturniveau (Kernberg 1966) oder eine Ich-Störung im psychiatrischen Sinn. Vielmehr haben wir es mit transkulturellen Konflikten zu tun, die kulturspezifisch ausgedrückt werden.

## 10.5 Ethnopsychiatrische Diagnostik und Behandlung

Der hier zugrundeliegende Kulturbegriff beinhaltet keine fixe Zuschreibung von Mentalität oder kultureller Prägung, sondern bezieht sich auf die Darstellung und Beschreibung unterschiedlicher Lebenswelten und ist prozessorientiert. Denn jede statische Aussage auch in der transkulturellen Psychiatrie über die Kultur einer Gesellschaft aus der ein Patient kommt, verfehlt im realen Fall häu-

fig das Ziel und würde eine prozessorientierte und individuelle Perspektive verhindern. Deshalb haben wir keine Gegensätze oder Zuordnungen von Kultur und Psychose oder Kultur und Persönlichkeitsstörung gebildet, sondern beschreiben anhand von anonymisierten Einzelbeispielen, die vertretend für viele andere stehen mögen, eine Diversität.

Da in jedem soziokulturellen Milieu, und dieses noch mal nach Geschlechtern getrennt betrachtet, unterschiedliche Normalitätsstandards bestehen, ist es notwendig, die diagnostischen Instrumente im Hinblick auf diese verschiedenen Kontexte zu überprüfen bzw. zu wissen, an welchen Stellen die größte Differenz auftreten kann. In einer psychiatrischen Exploration mit einem Patienten des gleichen kulturellen Hintergrunds können diese Normalitätsstandards und Wirklichkeiten als selbstverständlich, unbewusst einfließend und bekannt vorausgesetzt werden. Behandler und Patient haben in diesem Fall eine gemeinsame Alltagswirklichkeit und Historizität. In der Exploration eines Patienten mit einem anderen kulturellen Hintergrund ist es notwendig, sich zu vergegenwärtigen, dass es keine geteilte Alltagswirklichkeit gibt, zumindest kann es gravierende Unterschiede geben. Deshalb ist es neben dem Einsatz von sogenannten Sprach- und Kulturmittlern, muttersprachlichen Kotherapeuten und Ethnologen wichtig, mögliche Diversität in wichtigen Kernbereichen anzuerkennen. Diese sollten im Gespräch mit dem Patienten erfragt werden und nicht über stereotype ethnische Zuordnungen, die nur ungenau und undifferenziert sein können. Problematisch wäre es auch, jeweils für ein ganzes Land, etwa die Türkei oder für afrikanische Länder etc. ein einheitliches Muster zu unterstellen.

Die folgenden neun Parameter bieten eine Grundlage für die Reflexion möglicher Vielfalt. (Einige wurden in verschiedenen Abschnitten dieses Beitrages bereits ausführlich dargestellt.)

1. Konzeption der Fremdbestimmtheit- Trance, Zustände der Besessenheit, Entrücktheit.
2. Autonomieentwicklung – Ablösung von der Primärgruppe versus Erfüllung einer Rollenerwartung der Primärgruppe.
3. Drogenkonsum – ist er sozial akzeptiert, wird Missbrauch als Abhängigkeit bzw. Krankheit angesehen oder als soziale Verfehlung?
4. Extraversion/Introversion und der Ausdruck von Emotionen – wird durch aktives Verhalten

Achtung gesucht oder kann Mann/Frau durch Zurückhaltung ehrbar erscheinen?

5. Spiritualität und Religiosität – welcher Stellenwert wird ihr zugewiesen von der Gruppe und von dem Einzelnen?
6. Suizid/Selbsttötung – ist es ein Tabu mit Implikationen für das Individuum über den Tod hinaus?
7. Schmerz als sprachliche Chiffre für seelisches Leiden, bzw. existiert die Trennung zwischen Körper und Psyche nicht, wie sie in den westlichen Gesellschaften/Medizinsystemen häufig vorkommt?
8. Erwartung an die Experten – wird eine passive oder aktive Heilung gesucht?
9. Privatheit/Öffentlicher Raum und Beziehungsaufnahme – mit wem kann wie über etwas gesprochen werden?

### 10.5.1 Erkennen – Verstehen – Reflektieren kultureller Diversität und transkultureller Konflikte im diagnostischen und therapeutischen Prozess. Kasuistiken

Wir wollen nun anhand von Kasuistiken einen Einblick geben, wie kulturelle Irrtümer (»cultural bias«) unter Einbeziehung der genannten Parameter in einer Diagnosestellung vermieden werden können, wie es möglich ist, über ein Verstehen der Symptome im kulturellen Kontext des Patienten zu einer Entpathologisierung beizutragen. Zudem zeigen die Kasuistiken auf, wie transkulturelle Konflikte entstehen und wie sie im Rahmen einer ethnopsychiatrischen Behandlung von den Individuen bewusst wahrgenommen werden dürfen, was eine Heilung möglich werden lässt.

#### Fallbeispiel 1: Identitätsverlust und akute Erregungszustände

*»I have to develop a new plan of my life. I always tried to have the plan of the white ones. My father was infected by the ideas of the white ones. My father has witchcraft; he always wanted to disturb me.«*

Der Vater dieses Patienten aus einem afrikanischen Land arbeitete bei der Telefongesellschaft. Diese Arbeit wurde im Dorf misstrauisch betrach-



tet, dem Vater wurden magische Kräfte unterstellt, was zu einer Ausgrenzung und schwierigen Position in der Gemeinschaft führte. Der Patient beschreibt, dass ihn diese Situation hilflos im Konflikt mit dem Vater gemacht habe, da er diesem als ältester Sohn nach außen immer habe beistehen müssen. Er habe sich vom Vater immer abgelehnt gefühlt, dieser habe nur Forderungen aufgestellt und bei deren Nichterfüllung seinerseits habe er ihn mit Gewalt bestraft.

Die Familie, bis auf die Mutter, sei der Meinung gewesen, er solle nach Deutschland gehen, wie seine beiden Zwilling Brüder und seine Schwester. Er habe das Gefühl gehabt, man wolle ihn abschieben. Er sei vorher mehrere Jahre in anderen afrikanischen Ländern unterwegs gewesen, da er immer schon das Gefühl gehabt habe, es gäbe für ihn keinen Platz in der Familie. Die Mutter und eine Schwester, die beide inzwischen verstorben sind, seien die einzigen gewesen, die ihn unterstützt hätten. Die Mutter habe zur Erklärung seiner Probleme wiederholt gesagt, er sei bereits als »wütendes Kind« auf die Welt gekommen, anders, als all ihre anderen Kinder.

Die jüngeren Zwilling Brüder sieht er wie den Vater als übermächtig an, sie finden sich auch in Europa, in Deutschland zurecht und studieren beide. Nur er wurde bereits nach kurzem Aufenthalt in Deutschland in eine Psychiatrie eingewiesen, da er sich von seiner Familie verfolgt und kontrolliert fühlte, sich gleichzeitig in der fremden Gesellschaft nicht zurecht finden konnte. Er geriet in einen akuten Erregungszustand und berichtete in der Psychiatrie, dass sein Vater Hexenkraft habe und ihn zerstören wolle. Er wurde als schizophrene diagnostiziert, auf Depotneuroleptika eingestellt und erhielt einen Behindertenausweis. Über fünf Jahre erhielt er alle 14 Tage seine Depotpritze.

Sein wütender, ohnmächtiger Zustand hielt jedoch unvermindert an, es kam zu Auseinandersetzungen mit Mitarbeitern öffentlicher Institutionen, er blieb misstrauisch im Kontakt mit anderen afrikanischen Menschen und lebte mit Frau und Kind nahezu isoliert. Er versuchte mehrmals Arbeit aufzunehmen, da er im Verlauf der Jahre Schulden angehäuft hatte. Er hatte sich Geld geliehen, welches er zu Beginn nach Hause schickte, damit der Vater ihm zu Hause ein Haus bauen könne. Die Arbeitsversuche schlugen fehl, da er ob erheblicher Konzentrationsstörungen und Müdigkeit, verursacht durch die

Neuroleptika, nicht arbeitsfähig war. Er geriet zunehmend in eine niedergedrückte, depressive Verstimmung. Er forderte über Briefe an Ärzte und andere Institutionen mehrfach ein, man solle ihn doch töten, um dem ganzen Leiden ein Ende zu setzen.

Im Erstgespräch in der transkulturellen Psychiatrie sehen wir einen stark sedierten und aufgedunsenen Patienten in einer depressiven Stimmung mit Suizidtendenzen. Er bietet keinen Anhalt für eine inhaltliche oder formale Denkstörung. Es zeigen sich keine Symptome für eine Schizophrenie, viel eher bietet er das Bild einer Borderline-Persönlichkeit mit einer Impulskontrollstörung und wiederkehrenden paranoid erscheinenden Ängsten.

Er berichtet über einen zunehmenden Cannabiskonsum in den letzten Jahren. Er habe aber das Gefühl, es mache ihn noch apathischer und er könne überhaupt keine Pläne oder Gedanken zu Ende bringen.

Wir erklären dem Patienten die Regeln einer ethnopsychiatrischen Behandlung, vermitteln ihm, dass es um seine Sicht und sein Verständnis seiner eigenen Geschichte und Gegenwart gehe und darum, welche eigenen Erklärungen er selbst für seine Probleme hat.

Herr N. ist ungläubig, dass es nicht um unsere Sicht geht, dass wir ihm nicht eine Erklärung geben. Er äußert, dass der langjährige Hausarzt, der ihm auch die Depotpritze verabreichte, immer Erklärungen hatte. Er habe sich aber in diesen Erklärungen selbst nicht wiederfinden können. Zunächst wird entschieden, fünf Gespräche zu führen und im Verlauf dieser über die Weiterbehandlungsnotwendigkeit und Möglichkeit zu entscheiden.

Die Depotmedikation wird abgesetzt und umgestellt auf eine geringe Dosis Risperdal. Nach einem stationären Cannabisentzug wird Herr N. auf eine antidepressive Medikation eingestellt und Risperdal abgesetzt. Herr N. fühlt sich unsicher, da er sich auf die soziale Identität in Deutschland als chronisch kranker, psychiatrischer Patient bereits eingestellt hat. Er hat sozusagen einen Verlust von fünf Jahren seiner Lebenszeit zu bewältigen.

Im Verlauf der nächsten vier Sitzungen zeigt sich, dass Herr N. in Deutschland die Problematik mit seiner Familie, das Ausgestoßensein, sein Gefühl, den Anforderungen an ihn als ältester Sohn nicht gerecht geworden zu sein, reproduzierte. Er versuchte, in der Migration sein Gefühl des Gekränk-

seins, der Abwertung im Konflikt mit staatlichen Institutionen abzuwehren. Dass er, aufgrund seiner langjährigen medikamentösen Behandlung arbeitsunfähig wurde, heute von Sozialhilfe abhängig ist, seine Familie nicht selbst ernähren kann und gewissermaßen bei den Behörden betteln muss, wirkte sich verschlimmernd auf seine vorher schon bestehende narzisstische Störung aus.

Bei Herrn N. entwickeln sich die Gespräche wie ein innerer Dialog mit sich selbst. Zunächst ist es ihm fremd über sich zu sprechen, er ist zögerlich, versteht nicht warum er noch behandelt werden muss, obwohl er keine Psychose hat. Dann beginnt er zunehmend, seine Gedanken und Fragen, die ihn innerlich bedrängen, in Worte zu fassen und sie so zu kommunizieren.

Wie kann es weitergehen, bin ich ein Behinderter, werde ich akzeptiert, bin ich hier wie dort ein Sklave ohne eigene Meinung, wie kann ich die Schwierigkeiten, in denen ich mich befinde, lösen und wie entwickle ich wieder eine Lust am Leben.

Er erinnert sich an eine heftige Auseinandersetzung mit seinen Geschwistern zu Hause, weil er nicht weg wollte. Er habe sich zunächst widersetzt, auch nach Deutschland zugehen. Die Mutter habe ihn dann überzeugt, dass es nur auf diese Weise nicht zu einem Bruch mit der Familie kommen könne. Auch habe sie versucht, ihn vor der Abwertung durch seine Umgebung zu bewahren, weil er es als ältester Sohn in seinem Land zu nichts gebracht habe.

Häufiges Thema ist die Situation zu Hause: Was wird dort von ihm erwartet, möchte er gerne wieder nach Hause? Herr N. hat eine ambivalente Sehnsucht nach dem Vertrauten. Was soll ich noch in Deutschland, ist die immer wiederkehrende Frage, wenn die mich nicht wollen und als krank ausgrenzen, gleichzeitig zeichnet er ein zunehmend realistischeres Bild, wie er zu Hause empfangen werden würde ohne Geld und ohne äußeres Ansehen von Reichtum. Er müsste, um bestehen zu können und um Gespräche mit Verwandten zu führen, damit sie ihm verzeihen, ein Auto kaufen, ein Haus mieten und für alle Geschenke mitbringen.

Dieses Ziel erscheint unerreichbar. Aber er kann sich zunehmend dieser Konflikte bewusst werden ohne von Angst überflutet zu werden und ohne in einen unkontrollierten Erregungszustand zu geraten.

## **Fallbeispiel 2: Transkultureller Autonomiekonflikt und das Phänomen der Besessenheit**

Eine Patientin muslimischen Glaubens wurde von der Kinderklinik in die transkulturelle Psychiatrie überwiesen, da der behandelnde Arzt des Kindes fürchtete, Frau X. könnte von der Situation überfordert sein, dass ihre Tochter eine lebensbedrohliche Erkrankung hatte. Sie hatte ihm in einem Gespräch über die weitere notwendige medizinische Behandlung ihrer Tochter berichtet, dass sie fürchte, die Tochter werde nicht gesund werden, solange zwei Geister sie, die Mutter bedrohten, ihre Vernichtung und die ihrer Familie zum Ziel hätten. Der Kinderarzt zog einen psychiatrischen Konsiliararzt hinzu, da er wiederum befürchtete, Frau X. habe eine Psychose, die zu unkontrollierten Handlungen führen könnte.

Die Patientin erzählte ihm auch, dass mehrere Hodschas ihr gesagt hätten, dass ihre Probleme seit ihrer Verlobung im Alter von 15 Jahren, auf einen Fluch zweier abgelehnter Bewerber gründeten.

Der hinzugezogene psychiatrische Konsiliararzt diagnostizierte eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis und verordnete ein Neuroleptikum. Obwohl in niedriger Dosierung gegeben, waren die extrapyramidalen Nebenwirkungssymptome so gravierend, dass der Konsiliararzt und der Kinderarzt unsicher wurden, ob Frau X., die insgesamt freundlich und realitätsbezogen erschien, tatsächlich eine Psychose habe. Die Ärzte nahmen Kontakt zur transkulturellen Psychiatrie auf, da sie sich überfordert sahen, das Phänomen der »Besessenheit« richtig zu verstehen. Der Kinderarzt berichtete, die Patientin und ihr Ehemann seien außergewöhnlich bezogene Eltern, er wolle gern etwas für sie tun.

Zum ersten Behandlungstermin erscheint die Patientin pünktlich. Sie wirkt stolz und aufrecht, trägt ein orthodox gebundenes Kopftuch, spricht sehr gut Deutsch und ist stark daran interessiert, etwas an ihrem Zustand, unter dem sie leidet, zu ändern. Die Behandlung erfolgt mit einer muttersprachlichen Kotherapeutin, die auch den kulturellen Hintergrund verständlich werden lassen kann. Wichtige Sequenzen im Gespräch bittet die Patientin von Beginn an in ihre Muttersprache zu übersetzen. Es finden in den Gesprächen häufig sprachliche Klärungen statt, die unterschiedliche Symboliken, Regeln und Tabus gegenüber der Mehrheitsgesellschaft deutlich werden lassen. Dar-



über wird es möglich, transkulturelle Konflikte zu verstehen, die sich jeweils an den kulturellen Grenzen abbilden. Außerdem lässt sich dadurch das Phänomen der Besessenheit im kulturellen Kontext der Patientin verstehen.

Die Patientin schildert in den ersten Sitzungen das Leben mit den Geistern und ihre Nervosität, die sich eingestellt habe, weil sie sich besonders nachts mit den Geistern herumschlagen müsse. Die Geister wollen sie und ihre Familie umbringen. So sei völlig unklar, woher die Erkrankung

ihrer Kindes komme. Auch die Mediziner hätten es nicht herausgefunden, deshalb sei sie zu einer moslemischen Theologin gegangen. Sie habe angefangen, auf Anraten der Hodschas den Koran zu lesen und danach zu leben. Sie solle sich damit vor den Geistern schützen, habe aber bisher keinen Erfolg damit gehabt. Seit zwei Jahren sei sie streng gläubig, sie sei Schiitin und trage deshalb auch das Kopftuch als Ausdruck ihrer Gläubigkeit.

## Exkurs

### Dschinns und Hodschas

Die Dschinns (türkisch »Cin«) werden im muslimischen Zusammenhang als Geister bezeichnet, die gut oder böse sein können, männlich oder weiblich. Im Koran wird über sie geschrieben, dass sie im Gegensatz zum Menschen, der aus einer Trockenmasse ähnlich dem Töpferton, aus einem Gemisch von Feuer erschaffen wurden. Man unterscheidet verschiedene Formen der Geister, meist sind sie unsichtbare Wesen aus Dampf oder Feuer, impulsiv und aggressiv und stehen für das Unklare, Ungeordnete, Unberechenbare und Triebhafte (Crapanzano 1981). Die Geister können einer Person in menschlicher oder tierischer Gestalt (z. B. als Adler oder schwarze Katze) erscheinen. Ihnen wird nachgesagt, dass sie sich gewöhnlich an bestimmten Orten aufhalten, wie z. B. in schmutzigen Gewässern oder im Abfall (Ostermann 1990). Das Brechen bestimmter Regeln, wie z. B. das Fluchen oder das Betreten von Orten, an denen sich die Dschinns bevorzugt aufhalten, ohne die entsprechenden Verhaltensregeln zu beachten, kann die Dschinns stören und ihren Zorn erwecken. Sie werden demzufolge auch für plötzlich auftretende gesundheitliche Störungen verantwortlich gemacht. Die Menschen, die von einem Dschinn befallen wurden, beklagen einen Rückgang an Lebenskraft, geistige Ruhelosigkeit, aber auch Halluzinationen oder Ängste. Hodschas (türkisch »Hoca«) werden im muslimischen Kontext religiös-spirituelle Heiler genannt. Ein Hodscha kann sowohl Koranlehrer, Magier oder Heilkundiger sein. In der Gruppe wird er als Kun-

diger in allen Lebens- und Glaubensfragen respektiert und geschätzt. Hodschas werden aufgrund verschiedenartiger persönlicher Schwierigkeiten aufgesucht. Mit Hilfe des Hodschas sollen sowohl Wünsche im sozialen Bereich verwirklicht als auch böse Kräfte oder Geister vertrieben werden, die Krankheit und Unheil zur Folge haben.

Hodschas werden bei allen Formen von Krankheiten hinzugezogen, so z. B. bei Kopfschmerzen, Hauterscheinungen, Lähmungen, Epilepsie, Schlaganfällen, Angst- oder Verwirrheitszuständen, Absenzen, psychotischen Zuständen oder Manien, ebenso bei Kinderlosigkeit und Fehlgeburten. Die Heilpraktiken des Hodschas beinhalten Rituale, wie z. B. das Besprechen von Wasser und Gegenständen, die dann teilweise getrunken oder gegessen werden sollen, oder das Wiederholen von Gebeten und das Anhauchen des Hilfesuchenden mit »heiligem Atem« (Ostermann 1990).

Der »böse Blick« wird als »Nazar« bezeichnet. Ihm liegen Neid und Eifersucht zugrunde, er kann von neidvollen Blicken ausgehen oder im Zusammenhang mit bewundernden Worten vorkommen. Der böse Blick soll neben Erkältungen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Müdigkeit und Schwindel auch schwere Krankheiten und sogar den Tod hervorrufen können (Ostermann 1990). Gegen den bösen Blick gibt es zahlreiche Schutz- bzw. vorbeugende Maßnahmen, wie z. B. das Tragen besonderer Amulette oder Stickereien mit bestimmten Mustern. Waren alle vorbeugenden Maßnahmen wirkungslos, werden Heilrituale durchgeführt.

Frau X. berichtet weiter über anhaltende Schmerzen, die über den Körper wandern, und über das Gefühl, keine Luft zu bekommen, über Herzschmerzen und anhaltende Müdigkeit. Am Ende des Erstgesprächs fragt sie, ob wir in der Lage seien, Menschen mit einem Fluch heilen zu können, konkret, ob wir es schaffen könnten, dass die Geister gehen, und ob wir eine Kommunikationsmöglichkeit mit den Geistern hätten. Um eine therapeutische Beziehung überhaupt herstellen zu können, ist es in einer solchen Situation wichtig, dass die Experten nicht abwehrend im Sinne einer Pathologisierung vorgehen. In einem ethnopsychiatrischen Setting ist es möglich, auf die Frage der Patientin, ob wir mit den Geistern kommunizieren könnten, eine Antwort zu geben. Im geschilderten Fall lautete die Antwort: »Ja, wir können über Ihre Gedanken mit den Geistern kommunizieren«. Ziel des Arbeitsbündnisses ist es, mit der Patientin herauszuarbeiten, durch welche Pforten die Geister Eingang finden konnten. Mit einer zunehmenden Fähigkeit, Worte für ihre Problematik zu finden, stellt sich heraus, dass die Geister immer dann auftauchen, wenn die Patientin sich in einer für sie schwierigen emotionalen Situation befindet, Ängste hat oder wenn Schuldgefühle entstehen. Die Geister dienen dann offensichtlich einer Abwehr von Konflikthafem.

Nach etwa drei Monaten regelmäßiger ethnopsychiatrischer Sitzungen benötigte Frau X. die Geister nicht mehr, es gelang ihr zunehmend die Konflikte – transkulturelle Autonomiekonflikte, Beziehungskonflikte etc. zu benennen und die entstehenden Affekte zu bearbeiten und auszuhalten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich bei einer Betrachtung der Symptomatik im Zusammenhang mit dem kulturellen Kontext der Patientin die Diagnose einer Psychose aus dem schizophhren Formenkreis, die der Konsiliarpsychiater gestellt hatte, nicht mehr halten lässt. Bereits im Erstgespräch hatte sich herausgestellt, dass der Hodscha ihre Symptome wie Kopfschmerzen, Lustlosigkeit, Niedergeschlagenheit mit der Besessenheit von Dschinnis erklärt hatte. Diese Erklärung wurde dann von der Patientin kulturell akzeptiert übernommen und über 20 Jahre beibehalten. Die Symptomschilderung folgte also einem kulturspezifischen Erklärungsmuster für ihre Beschwerden, benannt von einem traditionellen Heiler. Auch die zunächst scheinbar als leibliche Halluzinationen

geschilderten Symptome, dass die Geister über den Körper wandern, die Patientin würgen, ihr die Luft nehmen, sind ebenfalls Ausdruck dieser kulturimpliziten Erklärung. Diese Art der Aktivität der Dschinnis gehört zum allgemeinen akzeptierten Kanon der Zuschreibungen. Es war für die Patientin auch möglich, die Phänomene, die die Geister verursachten, in ihrem soziokulturellen Kontext zu kommunizieren, denn dort wissen alle, was die Dschinnis verursachen können, und es erscheint niemandem als verrückt oder nicht real.

Viel eher bestand bei der Patientin eine Anpassungsstörung, die sich zunächst rein über die körperliche Ebene ausdrückte. Es handelte sich auch nicht um eine somatisierte Depression, da auch hierzu einige entscheidende Symptome fehlten.

Dieses Beispiel veranschaulicht einige wesentliche Implikationen einer transkulturellen Praxis und Diagnostik.

❗ Wichtig ist vor allem, dass wir uns für den Prozess der Diagnose Zeit lassen, dass das zunächst Unverständliche, scheinbar Pathologische hinterfragt wird, mit dem Ziel, herauszufinden, ob es sich nicht viel mehr um kulturell adäquates Verhalten handelt. Zur Vermeidung einer Chronifizierung und Fehlbehandlung und um dem Anspruch auf Heilung wirklich gerecht zu werden, ist ein differentialdiagnostisches Vorgehen angezeigt, welches westliche psychiatrische Kriterien hinterfragt.

### **Fallbeispiel 3: Beziehungskonflikt, Trugwahrnehmungen und Pseudohalluzinationen**

Eine Mitte 30-jährige Patientin mit einem muslimischen Hintergrund wird von ihrem Mann in eine psychiatrische Klinik gebracht. Er könne sich jetzt nicht mehr um seine Frau kümmern, sie falle ständig in Ohnmacht, sehe Schlangen in der Küche und habe versucht, aus dem Fenster zu springen.

Auf der Station wirkt die geordnete schüchterne Patientin verängstigt, auch sie reagiert auf eine niedrig dosierte neuroleptische Medikation mit einer erheblichen Extrapyramidalsymptomatik, vor allem fühlt sie sich noch mehr geängstigt und zieht sich völlig zurück.

Bei einer ethnopsychiatrischen Exploration in der Muttersprache der Patientin stellt sich dann

heraus, dass sie mit ihrer derzeitigen Lebenssituation völlig überfordert ist.

Sie ist erst vor kurzem mit der gemeinsamen Tochter zu ihrem Mann, mit dem sie seit 17 Jahren verheiratet ist, nach Deutschland gezogen. Sie habe endlich wieder mit ihm zusammen sein wollen. Auch der Ehemann habe nichts dagegen gehabt, obwohl er sich in der Zwischenzeit in Deutschland mit einer anderen Frau eine zweite Familie aufgebaut hatte. Mit dieser Frau, die er nicht geheiratet hatte, und den gemeinsamen beiden Kindern wohnte er zum Zeitpunkt der Ankunft der Patientin und ihrer Tochter zusammen. Die Patientin war durchaus von ihrem Ehemann darüber informiert worden, dass er in Deutschland eine Freundin und weitere Kinder habe. Bei Ankunft in Deutschland sei sie aber davon ausgegangen, dass sie den ihr zustehenden Platz als Ehefrau von ihrem Mann wieder eingeräumt bekäme. Zumal sie ihren Mann in ihrem Heimatland aus Liebe und gegen den Willen der Eltern geheiratet hatte. So habe sie die widrigen Lebensverhältnisse in ihrem Heimatland als verheiratete Ehefrau ohne anwesenden Ehemann nur im Vertrauen auf ihre Beziehung zu diesem ertragen können.

Zunächst lebten beide Familien des Mannes in einer Wohnung. Da die zweite Frau aus einem anderen kulturellen Kontext ist als die Patientin und ihr Ehemann, konnte kein ausreichend zufriedenstellendes Arrangement gefunden werden. Diese räumte der Ehefrau den angestammten Platz nicht ein, und es kam zu häufigen Streitereien zwischen den beiden Frauen. Die Patientin versuchte mit einem ihr innewohnenden Gleichmut und Gelassenheit die Situation dennoch auszuhalten. Es stellten sich aber zunehmend die oben genannten Symptome ein, die auch nach dem Auszug der zweiten Frau und ihrer Kinder weiter anhielten. Der Ehemann, der bei einem weiteren Gespräch mit der Patientin ebenfalls dazu gebeten wurde, erwies sich ebenfalls als völlig überfordert mit der derzeitigen Situation. Scheinbar versuchte er, allen gerecht zu werden, wollte weder die eine noch die andere Beziehung aufgeben. Er wirkte nervös, zerfahren, hielt aber auch an seinen Gefühlen insbesondere zu seiner Ehefrau fest. Er schilderte, ursprünglich migriert zu sein, um Freiheit zu haben in einem westlichen Land. Eigentlich habe er seine Ehefrau immer nachholen wollen, aber irgendwann sei es

ihm völlig entglitten, er habe sich eine neue Identität aufgebaut. Außer zu seiner Ehefrau und Tochter habe er nur noch wenige Bezüge zu seinem Heimatland. Er finde die soziale Kontrolle dort unerträglich und habe schon als Jugendlicher immer davon geträumt, wegzugehen.

Eigentlich hätten ihn zunächst nur die Zuneigung zu seiner Ehefrau und die Ehe mit ihr davon abgehalten. Später, als er dann weggegangen war, sei seine Ehefrau die Verbindung zu seiner Heimat gewesen. Dem Drängen seiner Ehefrau, nach Deutschland zu kommen, habe er schließlich nachgegeben, ohne sich wirklich konkrete Vorstellungen zu machen, was dies für sie und ihn bedeute, wenn er hier noch eine andere Familie habe, ein Leben führe, was mit seinem ersten eigentlich nichts mehr zu tun habe. Seit seine Ehefrau ständig in Ohnmacht falle, Schlangen und andere Dinge, insbesondere in der Küche sehe und sich ein weiteres Kind wünsche, habe er das Gefühl, den Anforderungen an ihn nicht mehr gerecht werden zu können. Deshalb habe er seine Frau auch in der Psychiatrie »abgegeben«.

In zwei weiteren Gesprächen mit der Patientin allein und einer muttersprachlichen Kotherapeutin kann herausgearbeitet werden, dass die Patientin versucht hat, den Konflikt auf ihre Art und Weise zu negieren. Denn ihre Vorstellung, dass ihr Ehemann immer für sie da sein, sie beschützen und ehren müsse, durfte für sie nicht hinterfragt werden. Auch wird deutlich, dass die Patientin noch nicht in dem neuen Land angekommen ist, sie noch keine eigene Identität hier hat entwickeln können.

Sie war bisher damit okkupiert, trotz der widrigen Umstände an ihrer Bestimmung, die Ehefrau dieses Mannes zu sein, festzuhalten. Sie hat nicht versucht sich die Sprache anzueignen und Kontakt mit der neuen Umgebung aufzunehmen. Auch würde sie lieber mit ihrem Mann zurückgehen, als zu bleiben. Doch der Ehemann will auf keinen Fall zurückgehen, zumal er sich auch verantwortlich für seine anderen Kinder fühlt. An einem Punkt der völligen Handlungsunfähigkeit und eines drohenden Identitätsverlustes ist die Patientin dann psychisch dekompenziert. Sie fiel in Ohnmacht, was ihre Hilflosigkeit auch noch symbolisch ausdrückte – sie war in dieser Situation ohnmächtig. Sie sah Schlangen in der Küche ihrer Nebenbuhle-

rin, auch nachdem diese die Wohnung bereits verlassen hatte. Schlangen, die für das Schlechte, die Verführung stehen. Die Patientin fühlt sich in ihrer Ehre verletzt und kann auch allein mit ihrem Kind nicht mehr zurück in ihre Heimat. Zum Zeitpunkt ihres Erstbesuchs bei uns, ist sie akut suizidal.

Ihre Familie und auch die Herkunftsfamilie ihres Mannes, bei der sie zuletzt gelebt hat, hätten sich bestätigt gesehen, dass diese Ehe nicht gut sei. Das will sie aus durchaus nachvollziehbaren Gründen in keinem Fall gelten lassen.

In einem weiteren Gespräch mit dem Paar wird für beide erfahrbar, wie die Symptomatik der Ehefrau mit der derzeitigen Situation verbunden ist. Sie verstehen, dass eine Entscheidung getroffen werden muss, sowohl von Seiten des Ehemannes für oder gegen die Beziehung zu seiner Ehefrau und auch hinsichtlich seiner Freundin, als auch von Seiten der Ehefrau für oder gegen ein Zusammenleben mit ihrem Mann.

Nach insgesamt sechs ambulanten Gesprächen war die Situation deutlich geklärt, der Ehemann hatte sich nochmals für seine Frau entscheiden können und konnte Gefühle des Versagens zulassen. Darüber hinaus wurde für ihn die Symbolik der Symptomatik seiner Ehefrau nachvollziehbar. Die Patientin konnte akzeptieren, dass ihr Mann sich auch für seine anderen beiden Kinder verantwortlich fühlte und mit ihnen Kontakt hatte.

Die Tatsache, dass die Symptomatik der Patientin mit der Klärung und Bearbeitung des Konfliktes verschwand, zeigt, dass sie keineswegs an einer Entwicklungsproblematik oder Persönlichkeitsstörung litt. Die Trugbilder und Ohnmachtsanfälle waren vielmehr Ausdruck eines für sie unlösbaren Konfliktes. Die Patientin entschied sich, die neue Gesellschaft kennen lernen zu wollen und begann einen Sprachkurs, bei dem sie andere Frauen kennen lernen und soziale Kontakte außerhalb ihrer Familie knüpfen konnte.

❗ Diese Kasuistik veranschaulicht, wie notwendig es für Psychiater und Psychotherapeuten ist, eine Sensibilität für kulturelle Eigenarten zu entwickeln, denn die Kenntnis und das Verstehen der vielfältigen Gründe von Migration sowie der migrationspezifischen Auswirkungen auf das Erleben des Individuums erleichtern ein Eingehen auf die Problematik des einzelnen Patienten.

#### Fallbeispiel 4: Identitätskonflikt und das Phänomen des Seelenverlusts

Ein afrikanischer Mann mittleren Alters mit perfekten Deutschkenntnissen, der seit 20 Jahren in Deutschland lebt, stellt sich notfallmäßig in einer Klinik vor. Er berichtet dem hinzugezogenen Psychiater, seine Mutter habe bei ihrer Rückkehr nach Afrika seine Seele mitgenommen und versuche ihn zu zerstören.

Es seien ca. 2 Monate nach Abreise der Mutter plötzlich auch während der Arbeit merkwürdige Dinge aufgetreten, z. B. dass er plötzlich von einer unsichtbaren Hand gepackt werde, sich festhalten müsse und Angst habe, vernichtet zu werden.

Auch habe er häufig nachts Alpträume, die ihn quälen, meist sehe er seine Mutter und ihre Schwestern im Schlaf. Sie fesseln ihn im Traum an Armen und Beinen und umkreisen ihn mit Kerzen und führen spirituelle Rituale durch.

Nach dem Aufwachen fühle er sich wie erschlagen, wenig ausgeruht. Er fühle sich insgesamt wie ein Baum, der langsam vertrockne.

Auch hier werden zunächst, obwohl der Patient im Gedankengang völlig geordnet ist und keine inhaltlichen oder formalen Denkstörungen im eigentlichen Sinne bestehen, Neuroleptika verordnet. Bei einer Wiedervorstellung beschreibt der Patient, das unter den Medikamenten das Gefühl, eine Hand greife nach seiner Brust und übe Druck auf ihn aus, sich verstärkt habe. Außerdem habe er jetzt zusätzlich das Gefühl, sein Kopf sei wie eingemauert und er könne nicht mehr klar denken.

Er wird daraufhin in der transkulturellen Psychiatrie vorgestellt. Die Medikation wird umgestellt auf ein Antidepressivum mit einer eher antriebsreduzierenden Wirkung, worunter der Patient besser schlafen kann und auch die tagsüber auftretenden Attacken sich vermindern.

Zum Hintergrund des Patienten und seiner Symptomatik:

In einer ethnopsychiatrischen Exploration, welche die bereits mehrfach genannten Voraussetzungen einbezieht, stellt sich die vorgetragene Problematik und Symptomatik wie folgt dar:

Der Patient hatte bereits als Jugendlicher aufgrund eines Krieges sein Heimatland verlassen. Er integrierte sich sehr gut in die hiesige Gesellschaft, ist verheiratet und hat Kinder und eine Arbeit, die seiner Berufsausbildung entspricht.

Seine Herkunftsfamilie hat er finanziell soweit unterstützt, wie es ihm möglich war. Er habe die finanzielle Unterstützung immer so gehalten, wie er und seine deutsche Ehefrau dies für richtig hielten. Er sei nicht allen Wünschen seiner Geschwister und Verwandten nachgekommen. Er habe gute Kontakte zu Menschen aus seiner Heimat, die auch in Deutschland leben. Allerdings pflege er den Kontakt eher hiesigen Verhältnissen angepasst, seit er selbst Kinder und eine Familie habe. Dies bedeute, dass afrikanische Freunde nicht einfach zu ihm kommen könnten und dann Tage bei ihm bleiben könnten, sondern dass er die Grenze deutlich mache und sich eine Form von Privatheit zugestehen, wie sie unter Afrikanern nicht unbedingt üblich sei. Bisher habe er das Gefühl gehabt, dies würde von seiner Familie auch in Afrika so akzeptiert. Aber seit dem Besuch seiner Mutter vor drei Monaten, habe er das Gefühl, dass sein Verhalten plötzlich, zumindest von einigen aus seiner Familie und manchen Freunden negativ ausgelegt werde.

Seit dem letzten Besuch der Mutter in Deutschland vor wenigen Wochen sei alles durcheinander. Die Mutter habe ihn bereits, als er sie vom Flughafen abgeholt habe, misstrauisch, fast böse angeguckt. Im Verlauf des viermonatigen Aufenthalts in seiner Familie, sei die Beziehung zunehmend schlechter geworden. Die Mutter habe sich von Beginn an merkwürdig verhalten, sie habe überall Kerzen angezündet, sei ihm häufig lautlos in der Wohnung gefolgt ohne mit ihm Kontakt aufzunehmen, habe Bilder, Amulette, kleine Dinge mit magischer Bedeutung in seiner Wohnung versteckt. Zunächst habe er dieses merkwürdige Verhalten gar nicht deutlich wahrgenommen, da er im Schichtdienst arbeite. Seine Frau habe ihn daraufhin aufmerksam gemacht, ebenso seine Kinder, die die Großmutter auch merkwürdig fanden.

Bei einem Telefongespräch mit seiner Schwester habe er erfahren, dass die Mutter seit einigen Jahren wie die Schwester auch, einer christlichen, spirituellen Gemeinschaft angehöre. Als er seine Mutter darauf angesprochen habe, habe diese sich von ihm entfernt und gemurmelt, er sei in einem »Teufelskreis«. Er sei daraufhin sehr irritiert gewesen, habe dies zunächst von sich gewiesen und ihr versucht, mitzuteilen, dass er an »so etwas« nicht glaube und sie ihn mit diesem afrikanischen »Wodu« (Zauber) nicht erreichen könne. Er habe

versucht, sich nochmals über Telefonate mit seinen Geschwistern Klarheit zu verschaffen, diese hätten ihn belächelt und gemeint, sie hätten nichts Merkwürdiges an der Mutter festgestellt.

Doch er habe zunehmend Angst bekommen, die Mutter könne ihn mit einer Art Bann belegen und zum Ziel haben, ihn zu zerstören. Er hätte den Aufenthalt der Mutter gerne früher beendet, konnte dies aber nicht, da er sich nicht mit ihr überwerfen wollte. Seither habe er versucht, weiteren Kontakt zur Mutter z. B. über Telefon zu vermeiden, aus der Angst heraus, sie könne ihm seine Stimme entziehen.

In einer Sitzung mit anderen afrikanischen Patienten erhält der Patient Gelegenheit sein Problem vorzutragen. Deren Interpretation weist daraufhin, dass er scheinbar über seine gelungene Integration in Deutschland die »afrikanische Sprache/Symbolik« nicht mehr versteht, z. B. im Bezug auf das Austragen von Konflikten; dass er seine Verbindung zu seiner afrikanischen Herkunft verloren habe. Sie erklären einheitlich, dass das Verhalten der Mutter typisch »afrikanisch« sei. Genauer gesagt sei es die Mischung aus christlichen Symbolen – z. B. der Teufel als das »Böse« – und traditionellen spirituellen Praktiken, um das vermeintlich »Böse« abzuwenden. Sie verstehen das Verhalten der Mutter als Ausdruck, dass sie oder andere aus der Familie z. B. das Gefühl haben, der Patient habe sich ihnen entfremdet, wolle nicht mehr dazugehören. Die Mutter symbolisiere das Entfremdets ein durch ihre Bemerkung, er befinde sich in einem Teufelskreis, was bedeute, dass eine negative Macht ihrer Ansicht nach, Einfluss auf ihn ausübe, aus dessen Gewalt sie ihn offenbar retten wolle.

Das Verhalten der Mutter wird neben allem Verständnis auch distanziert betrachtet, nicht für gut geheißen, aber eben als alltägliche Praxis hin genommen. Entsprechend wird dem Patienten vermittelt, dass es dringend notwendig sei, zu versuchen, mit der Mutter in Kontakt zu kommen, um sie nicht mehr nur als strafend und ihn zerstörend erleben zu müssen. Er solle sie konkret um Hilfe bitten, herauszufinden, wer aus seiner Familie ein Problem mit ihm habe. Eine Mitpatientin äußert dazu, dass es gerade für sie als afrikanische Frau wichtig sei, die Dinge im Einverständnis mit den Eltern zu tun. Für sie seien die Eltern die wichtigsten Autoritätspersonen, die über ihr Wohlerge-

hen bestimmen. So habe sie immer versucht, egal in welchem Land sie gelebt habe, den Kontakt zu ihrem Vater zu halten und seine Zustimmung zu haben. Nach Meinung der gesamten Gruppe darf sich der Patient, gerade als ältester Sohn der Familie, nicht seiner Rolle entziehen, für Schutz und Ordnung im Einvernehmen mit der Mutter zu sorgen, auch wenn er in einem anderen Land lebe.

Diese Fallgeschichte verdeutlicht nochmals die vielfältigen Anforderungen an Migranten, wie schwierig es für einen Menschen zwischen zwei Kulturen ist, allen Rollenzuschreibungen gerecht zu werden und nicht in eine Identitätskonfusion zu geraten. Auch zeigt sich, dass eine permanente Pendelbewegung zwischen dem Neuen und dem Alten nötig ist, um einer grundlegenden Verunsicherung und damit der möglichen Entwicklung einer psychischen Störung entgegenzuwirken.

Der Patient projiziert seine Verunsicherung auf das mütterliche Objekt und entzieht sich völlig selbst den Boden, indem er die Mutter nur noch als ihn vernichtend erlebt. Er ist nicht bereit, nach dem Tod des Vaters vor zwei Jahren dessen Funktion zu übernehmen. Er sieht sich damit wahrscheinlich auch überfordert, da er ein eigenes Leben in einem anderen kulturellen Kontext führt. Er lehnt die Form der Mutter bzw. der Familie, einen Konflikt mit ihm auszutragen, ab, verweigert sich einem Verstehen bei der gleichzeitigen Überzeugung, die Mutter habe Macht über ihn, könne ihn manipulieren. So hält er die Beziehung zur Mutter, die ihm drohte, verloren zu gehen. Er ist jetzt sowohl in seinen Träumen als auch in seinen Panikattacken tagsüber ständig mit seiner Mutter beschäftigt. Die Gruppe deutet diese Beschäftigung als Ersatz für die reale Beziehung zur Mutter, die der Patient unter Einbeziehung transkultureller Aspekte klären müsste.

### **Fallbeispiel 5: Pathologische Trauerreaktion, Retraumatisierung, Trancezustand und Pseudohalluzinationen**

Ein 18-jähriges Mädchen aus einem afrikanischen Land gerät nach Angaben der Lehrerin plötzlich in der Schule in einen Trancezustand, sie läuft aus dem Schulgebäude, hebt die Hände zum Himmel und bittet Gott, »das Kind doch mitzunehmen, ihm zu helfen«.

Sie wurde in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen, da sie seit diesem Vorfall völlig abwesend und ängstlich ist und scheinbar mit einer für die anderen nicht sichtbaren Person kommuniziert. Im Rahmen einer Behandlung mit Neuroleptika entwickelt die Patientin eine Dysartikulationsstörung, sie kann keine deutlichen Worte mehr formulieren, weder in ihrer Muttersprache, noch in der Kolonialsprache ihres Herkunftslandes, noch in der deutschen Sprache, die sie eigentlich auch gut beherrscht. Sie wird nach einem dreiwöchigen Aufenthalt in einem deutlich reduzierten Zustand mit einer weiter bestehenden neuroleptischen Medikation zu einem niedergelassenen Psychiater in die Weiterbehandlung entlassen. Sie kann nicht mehr zur Schule gehen, nimmt mit niemandem Kontakt auf, auch mit den Eltern und Geschwistern nicht. Der behandelnde Psychiater bewertet den Zustand der Patientin als paranoid-halluzinatorische Psychose mit akustischen und optischen Halluzinationen. Die Lehrerin der Patientin wendet sich an die transkulturelle Psychiatrie und bittet um Vorstellung der Patientin. Sie mache sich große Sorgen, da das Mädchen vor diesem Ausbruch und der medikamentösen Behandlung eine zugewandte, lebendige und an Wissen interessierte Schülerin gewesen sei. Auch die Eltern sind ratlos, unterstützen die medikamentöse Behandlung des Psychiaters, in der Hoffnung, der Zustand ihrer Tochter könne sich verbessern.

In einer ersten Behandlungssitzung in der transkulturellen Psychiatrie zusammen mit der Mutter der Patientin, sehen wir eine junge Frau, die bemüht ist, sich mitzuteilen. Aber aufgrund der Dysartikulationsstörung, welche als Neuroleptikanebenwirkung anzusehen ist, ist eine sprachliche Kontaktaufnahme zunächst mühsam. Fremdanamnistisch erfahren wir durch die Mutter, dass die Familie und die Patientin im Alter zwischen 5 und 10 Jahren immer wieder vor den Gefahren eines Bürgerkrieges flüchten mussten und dass die Patientin über 5 Jahre von ihrer Familie getrennt bei einer Tante, der Schwester der Mutter, in einem anderen afrikanischen Land gelebt habe. Der Mutter sei aufgefallen, dass ihre Tochter nach der Rückkehr ungern die Kolonialsprache benutzte und sich in Deutschland schnell und gerne die deutsche Sprache angeeignet habe. Dem Trancezustand der Tochter sei vorausgegangen, dass die Familie gemeinsam ein



Video über die Beerdigung einer Tante der Tochter angesehen habe. Das Verschicken von Videos über wichtige Ereignisse sei üblich, um Kontakt mit der Familie zu halten. Die Familie habe dieses Video über die Beerdigung ohne ein weiteres Gespräch darüber angesehen und weggelegt.

Die neuroleptische Medikation wird reduziert und stattdessen ein angstlösendes Antidepressivum verabreicht. Dies führt innerhalb von zwei Wochen zu einem völligen Verschwinden der Dysartikulationsstörung. Die Patientin beginnt wieder in die Schule zu gehen, spricht aber nach wie vor mit einer für die anderen nicht sichtbaren Person. Ansonsten ist der Realitätsbezug nicht gestört, sie ist wieder in der Lage zu kommunizieren. Es scheint jetzt mehr, dass sie traurig ist, dass etwas sie bedrückt.

In einer Sitzung mit anderen afrikanischen Patienten, zu der die Mutter und die Tochter gebeten werden und an der sie dann weiterhin teilnehmen, wird die Szene, die zu der Veränderung der Tochter und ihrem Verhalten geführt hat, besprochen. Zunächst wird deutlich, auch durch das Vorverstehen der anderen afrikanischen Patienten, dass die verstorbene Tante eine wichtige Person im Leben der Patientin war. Jetzt kann auch von der Patientin beschrieben werden, dass die Person mit der sie spricht, die Tante ist. Dass sie diese herbeisehnt in ihrer Phantasie und nicht glauben kann, dass sie diese nie wieder sehen wird.

Die verstorbene Tante war eine unverheiratete Schwester der Mutter und Lehrerin. Wie die Mutter berichtet, sei diese für alle Kinder der Familie der Bezugspunkt gewesen. Auch ihre Tochter sei jeden Abend bei ihr gewesen, solange sie in einem Ort lebten.

Dennoch scheint die Mutter der Patientin diesen nahen Bezug ihrer Tochter bisher nicht bewusst wahrgenommen zu haben. Nun konnte sie über das Gruppengespräch verstehen, dass ihre Tochter nicht ausreichend die Möglichkeit gehabt hatte, sich von der Tante zu verabschieden, um diese zu trauern. Sie verstand, dass ihre Tochter mit dem für sie erheblichen Verlust einer stabilen Bezugsperson allein gelassen worden war. Auch schien es, dass das Erlebte in den Jahren des Bürgerkrieges mit einer Heftigkeit zurückkehrte, die die Patientin in ihrem Persönlichkeitsgefüge schwer erschütterte. Sie musste sich die Tante herbeiphantasie-

ren, um sich vor den sie überflutenden Ängsten zuschützen.

In der Sitzung konnte der Patientin vermittelt werden, dass ihre Not verstanden wurde und dass sie mit der Tante ruhig sprechen könne, solange sie dies benötige. Der Mutter wurde der Hinweis gegeben, dass es notwendig ist, mit ihrer Tochter über das Erlebte eine Sprache zu finden und auch mit ihr in Kontakt zu treten, wenn sie mit der verstorbenen Tante »im Gespräch« zu sein scheint.

Nach einem weiteren Monat benötigte die Patientin die Zwiesgespräche mit der Tante nicht mehr. Mutter und Tochter hatten einen Kontakt miteinander gefunden. So berichtete die Mutter, dass sie sich jetzt viel mit ihrer Tochter unterhalte, und äußerte sich erstaunt darüber, was ihre Tochter alles im Verborgenen gehalten habe. Auch sie profitiere davon, auch wenn es nach ihrem Dafürhalten ihrem kulturellen Hintergrund nicht sehr entspräche, sich so ausführlich mit den Kindern zu unterhalten. So habe auch sie eine Sprache gefunden, über das Erlebte in den Jahren des Bürgerkrieges zu reden.

Die Patientin konnte außerdem mit ihrer Familie klären, dass sie nach Abschluss der Schulausbildung in die Herkunftsfamilie der Mutter zurückkehren wolle, auch ohne ihre Geschwister und Eltern, die ausbildungs- und berufsbedingt nicht zurückkehren können. Die älteste Schwester studiert jedoch im Herkunftsland der Mutter und die familiären Bezüge sind vorhanden.

## Fall 6: Trennungskonflikt, Versagensängste und Anpassungsstörungen

Ein Student, Mitte 20, aus einem südeuropäischen Land, stellt sich in der Rettungsstelle einer Klinik vor mit der Symptomatik einer schweren Antriebsstörung und Ängsten, in der U-Bahn zu fahren. Gleichzeitig wirkt er in seinem Auftreten sehr gewandt und in seiner Selbstüberzeugung nicht beeinträchtigt. Er berichtete, dass er sich sechs Monate in Berlin aufhalten werde, da er einen der begehrtesten Praktikumsplätze in einem internationalen Konzern bekommen habe. Die Auswahlkriterien seien äußerst streng und er habe es aufgrund seiner außerordentlich guten Leistungen geschafft, worauf er stolz sei. Die hinzugezogene Psychiaterin stellt die Verdachtsdiagnose auf eine bipolare Störung, wohl wegen der als überhöht eingeschätzten



Selbstdarstellung, was als submanisch bei einer derzeitigen depressiven Phase angesehen wird.

Unter dieser Verdachtsdiagnose wird der Patient in der transkulturellen Psychiatrie vorgestellt. Hier schildert er zunächst seinen beruflichen Werdegang. Er komme aus einer gutsituierten Familie, die ein hohes Ansehen in seinem Herkunftsland hat. Um eine tatsächlich internationale Qualifikation in seinem Studienfach zu erreichen, sei es notwendig gewesen, in ein westeuropäisches Land zu gehen.

Er nahm sein Studium in Großbritannien auf, welches sich aber von seinem südeuropäischen Heimatland in seinen gesellschaftlichen und kulturellen Implikationen maßgeblich unterscheide. So schildert er, dass das Zeiterleben – wann und wie schnell etwas gemacht werden muss –, bzw. der Zugang zu medialen Kommunikationsmöglichkeiten, völlig anders gestaltet sei, als in seinem Heimatland.

Zudem fühle er sich sprachlich, vor allem im Ausdruck von Emotionen und anderen persönlichen Angelegenheiten, völlig überfordert. Er habe kaum soziale Kontakte knüpfen können, da viele Studenten aus anderen Ländern kämen, was die Kommunikation nicht erleichtere. Er habe versucht, dieses soziale Manko durch Leistung zu kompensieren. Sein Ziel sei, nach seinem Studium in einem internationalen Konzern zu arbeiten.

Er sei jetzt seit drei Monaten in Deutschland, absolviere tagsüber sein Praktikum und habe auch ein konkretes Projekt, welches er bis zum Ende des Praktikums abschließen müsse. Abends mache er einen Intensivsprachkurs für den Erwerb der deutschen Sprache. In der Firma, in der er sein Praktikum mache, werde hauptsächlich in deutscher Sprache kommuniziert, obwohl es eine internationale Firma sei. So bestehe die Notwendigkeit, möglichst schnell fit zu werden in der deutschen Sprache. Allerdings habe er schon mehrfach Wesentliches in der Firma nicht rechtzeitig mitbekommen. Er habe immer stärker das Gefühl entwickelt, dem Druck nicht mehr standhalten zu können, und Ängste bekommen, zu versagen. Diese Ängste habe er jedoch versucht zu ignorieren.

Zu diesem Versagensgefühl seien Ängste hinzugekommen, die Menschen in der U-Bahn würden ihm alle ansehen, was ihn bewege, und vor

allen Dingen sein Versagen. Er habe Schlafstörungen und könne sich kaum mehr konzentrieren.

Der Patient geriet zunehmend aufgrund fehlender Regenerationsmöglichkeiten und der Entleerung seiner Ressourcen in eine ihn überfordernde Situation. Sein hohes Über-Ich-Ideal auf der Leistungsebene erlaubt es ihm nicht, sich eine tatsächliche Überforderung einzugestehen. Die Gespräche führen zu einer Entlastung seiner eigenen Ansprüche, gleichzeitig wird er gewahr, welchen Anforderungen er auf dem internationalen Markt ausgesetzt ist.

In der relativ kurz gehaltenen Krisenintervention in englischer Sprache mit »Ausflügen« in seine Muttersprache erkennt der Patient zunehmend seine realen Überforderungen und kann diesen begegnen. Auch wird ihm bewusst, dass er sich abrupt, aufgrund seines Studiums aus dem Elternhaus lösen müssen, was in seiner Gesellschaft ansonsten nicht üblich sei. Man übernehme eine Rolle als Erwachsener innerhalb der Familie und müsse nicht für alles selbst sorgen. Außerdem habe er begonnen, gereizt auf die Langsamkeit in seinem Herkunftsland zu reagieren, wenn er zu Hause war. Er habe jetzt einen Einblick in seine eigene innere Befindlichkeit: Er sitze zwischen allen Stühlen mit seinen Anforderungen an sich selbst und dem, was er andererseits benötige, um gesund zu bleiben.

Im Verlauf der Krisenintervention, die die obengenannte spezifische Problematik miteinbezieht, gelingt es dem Patienten in eine Pendelbewegung zwischen dem Fremden und dem Eigenen (Erdheim 2000) zu kommen, was ihm ermöglicht, wieder handlungsfähig zu werden und seine Ängste zu kontrollieren. Er versteht, dass es nicht reicht, fremde Sprachen zu lernen, sondern, dass er seine eigene Sprache zwischen all den unterschiedlichen kulturellen Implikationen finden muss.

Er ist weiter in unregelmäßigem, telefonischem Kontakt mit der Behandlerin, konnte sich stabilisieren und findet sich jetzt in einer globalisierten, transkulturellen Welt besser zurecht, da er ihre Anforderungen kennen lernen konnte und seine eigenen inneren Bedingtheiten hierzu.

An diesem Fallbeispiel wird nochmals deutlich, wie wesentlich es für Psychiater, Psychologen und Psychotherapeuten ist, gesellschaftliche Veränderungen und deren Anforderungen an die Individuen in einer globalisierten Welt zu verstehen und

sie in der Praxis zu reflektieren. Wie im Fallbeispiel dürfen diese Anforderungen häufig nicht bewusst wahrgenommen werden, da eine Reflexion mit den persönlichen Bedingtheiten kollidieren und zu einer Überforderung und psychischen Dekompensation führen könnte.

### 10.5.2 Abschließende Bemerkungen zu den Falldarstellungen

Anhand der exemplarischen Fallgeschichten wird deutlich, dass ein transkultureller/ethnopsychiatrischer Behandlungsansatz zu einer Entpathologisierung beiträgt. Die größte Schwierigkeit besteht im Hinblick auf eine Differentialdiagnose in der Tatsache, dass die heutigen »theoriefreien« Diagnosemanuale keine Unterscheidung zulassen zwischen den früher sogenannten endogenen Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und neurotischen Symptomkomplexen. Damit ist auch eine Differenzierung zwischen Entwicklungspathologie und konfliktbedingter Symptomatik nicht mehr gegeben und nur noch für die diejenigen Psychiater differenzierbar, die im Rahmen einer Psychotherapieausbildung ein entsprechendes fundiertes Theoriewissen erworben haben.

Anhand der Fallgeschichten wird deutlich, dass es sich fast überwiegend um eine durch einen vermeintlich unlösbaren, meist unbewussten Konflikt ausgelöste Symptomatik handelt, die sich aufgrund der kulturellen Diversität auf die unterschiedlichsten Arten und Weisen ausdrückt. Die Symptomatik entwickelt sich in einer fremden Umgebung, die sich wesentlich von den sozialen und kulturellen Gegebenheiten der Herkunftsländer unterscheidet. Der Migrant sieht sich in der Mehrheitsgesellschaft völlig anderen Anforderungen gegenüber, als in seiner Primärgruppe.

Es wird in allen Fällen deutlich, wie ethnische und kulturelle Faktoren die individuellen psychischen Störungen und Probleme durchdringen, wie Lebensentwürfe und Ziele, Wertvorstellungen, Gesundheitsverhalten und Stressbewältigungsmuster soziokulturell entscheidend mitbestimmt werden.

### Beispiel

*Das Erwachsenwerden in westeuropäischen Ländern bspw. ist ausgerichtet an einer Trennung von der Primärgruppe im jungen Erwachsenenalter, was in vielen anderen nicht westeuropäischen Ländern nicht der Fall ist. Die jungen Erwachsenen sollen dann vielmehr eine Rolle innerhalb des familiären Systems übernehmen und sich nicht völlig daraus zurückziehen. Auch die Rolle der jungen Frauen ist eine wesentlich andere: Auch hier wird nicht Ablösung erwartet, sondern die Übernahme von angestammten Rollen im sozialen Gefüge. Bei großen Gruppen von Migranten geraten insbesondere junge Frauen in einen regelrechten Zwiespalt zwischen der Sozialisation in der Schule und der in der Familie. Ihre Autonomiebestrebungen wie sie zur Mehrheitsgesellschaft passend erscheinen, stoßen häufig in ihrer Herkunftsgruppe auf Unverständnis und Nichtakzeptanz. Wie können sie diese konfliktreiche Situation lösen? (Özbek u. Wohlfart ► Kap. 11). Mütter, die aus größeren familiären Zusammenhängen kommen, sind in der Regel in ihrem Herkunftsland weit weniger an ihre Kinder gebunden und weniger ausschließlich für diese zuständig, als in der hiesigen Gesellschaft. Dies führt zu Spannungen und Konflikten in der Familie.*

In der Regel handelt es sich bei den Problemen von Patienten, die in der transkulturellen Psychiatrie gesehen wurden, um transkulturelle Konflikte, die meist auch eine Abwehr von Aufgaben beinhalten, die der Migrant von seiner Familie angetragen bekommen hat (Gontovos ► Kap. 3).

Zur Entstehung von Transkulturalität und transkulturellen Konflikten in einer Welt der Globalisierung und Migration aus ethnopsychanalytischer und psychoanalytischer Perspektive siehe Nadig (► Kap. 4) und Kohte-Meyer (► Kap. 5).

Für eine ausführliche Darstellung eines ethnopsychiatrischen Settings und weitere Theorieimplikationen siehe Kluge u. Kassim (► Kap. 12), Özbek u. Wohlfart (► Kap. 11), Nathan (► Kap. 7), Felici-Bach (► Kap. 8), Englisch (► Kap. 14).

### Literatur

- Angermeyer MC, Zaumseil M (1997) Ver-rückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins. Psychiatric Experience in Europe, Asia (Macao) and Africa (Mozambique, Angola). In: Petriliwitsch (Hrsg) Beiträge zur vergleichenden Psychiatrie, Teil 1. Karger, Basel, S 143 ff

- Buchholz M (1993) Probleme und Strategien qualitativer Prozessforschung in klinischen Institutionen. *Psyche* 47: 148–179
- Crapanzano V (1981) Die Hamadsa: Eine ethnopsychiatrische Untersuchung in Marokko. Klett-Cotta, Stuttgart
- Devereux G (1973) Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. Hanser, München
- Erdheim M (2000) Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Freud A (1984) Das Ich und die Abwehrmechanismen. Fischer, Frankfurt/M
- Foucault M (1993) Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Gingrich A (1999) Erkundungen: Themen der ethnologischen Forschung. Bühlau, Wien
- Good BJ (1996) Culture and the DSM-IV. Diagnosis, knowledge and power. *Culture, Medicine and Psychiatry* 29: 127–132
- Grinberg L, Grinberg R (1990) Psychoanalyse der Migration und des Exils. Verlag Internationale Psychoanalyse, Wien
- Gupta A, Ferguson J (1992) Beyond culture: Space, identity and the politics of difference. *Cultural Anthropology* 7(1): 6–23
- Harnischfeger J (2003) »Eine Teufelsneurose im siebzehnten Jahrhundert“ – Sigmund Freuds Lektüre einer fernen Krankengeschichte. *Psyche* 57(4): 313–342
- Hall S (1991) The local and the global: Globalization and ethnicity. In: King AD (ed) *Culture, globalization and the world-system. Contemporary conditions for the representation of identity*. MacMillan, Houndmills, pp 19–40
- Kernberg O (1966) Structural derivatives of object-relationships. In: *International Journal of Psychoanalysis* 47: 236–253.
- Kohte-Meyer I (1999) Spannungsfeld Migration: Ich-Funktionen und Ich-Identität im Wechsel von Sprache und kulturellem Raum. In: Pedrina F et al. (Hrsg) *Kultur, Migration, Psychoanalyse. Therapeutische Konsequenzen, theoretische Konzepte*. Edition diskord, Tübingen, S 71–99
- Kohte-Meyer I (2003) Die Sprache des Körpers – psychoanalytische Bemerkungen zu körperlichen Erkrankungen beim Wechsel von Sprache und kulturellem Raum. In: Gerlach A et al. (Hrsg) *Psychoanalyse mit und ohne Couch. Haltung und Methode*. Psychosozial Verlag, Gießen, S 552–568
- Kleinman A (1980) Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. University of California Press, Berkeley
- Kleinman A (1988) The illness narratives. Suffering and healing and the human condition. Basic Books, New York
- Kleinman A (1988) Kritik der Epidemiologischen Studien und Diagnosekonventionen. In: Kleinman A (1988) *Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience*. The Free Press, New York, pp 18–52
- Kraepelin E (1904) Psychiatrisches aus Java. *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1904(27), Bd 15: 468–496
- Laplanche J, Pontalis JB (1998) Das Vokabular der Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Lee S (2002) Socio-cultural and global health perspectives for the development of future psychiatric diagnostic systems. *Psychopathology* 35: 152–157
- Lewis-Fernandez R (1996) Cultural formulation of psychiatric diagnosis. *Culture, Medicine and Psychiatry* 20: 133–144
- Milkau-Kaufmann B, Rötzer F (1996) Georges Devereux. Zum Verständnis der Psychoanalyse als epistemologischer und kulturübergreifender Disziplin. In: Haase H (Hrsg) *Ethno-psychoanalyse. Wanderungen zwischen den Welten*. Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart, S 101–115
- Murphy HBM (1982) *Comparative Psychiatry. The international and intercultural distribution of mental illness*. Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Nadig M (2002) Transculturality in progress. Theoretical and methodological aspects drawn from cultural studies and psychoanalysis. In: Sandkühler HJ, Hong-Bin L (eds) *Transculturality – epistemology, ethics and politics*. Verlagsgruppe Peter Lang, Frankfurt/M, pp 9–21
- Nathan T (1986) La folie des autres. *Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Dunod, Paris
- Nathan T (1999) Zum Begriff des sozialen Netzes in der Analyse therapeutischer Dispositive. In: Pedrina F (Hrsg) *Kultur, Migration, Psychoanalyse: therapeutische Konsequenzen, theoretische Konzepte*. Edition diskord, Tübingen, S 189–220
- Nathan T (2003) L'ethnopsychiatrie, une psychothérapie de la modernité. In: Collignon R, Gueye M (eds) *Psychiatrie, psychanalyse, culture*. SPHMD, Dakar: 35–50
- Parin P (1978) Der Widerspruch im Subjekt. *Ethnopsychanalytische Studien*. Syndikat, Frankfurt/M
- Parin P, Morgenthauer F, Parin-Matthëy G (1963) Die Weissen denken zuviel. *Psychoanalytische Untersuchungen bei den Dogon in Westafrika*. Atlantis, Zürich
- van Quekelberghe R (1991) *Klinische Ethnopsychologie*. Asanger, Heidelberg
- Roelcke V (1998) Zwischen Besessenheit und Gruppen-Ich. Konzeptionen der Fremdbestimmtheit und des Selbst in Ethnomedizin und transkultureller Psychiatrie. *Fundamenta Psychiatrica* 12: 107–115
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I (1998) Diagnostische Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe, Göttingen
- Strasser, S (2001) Krise oder Kritik? Zur Ambiguität von weiblicher Besessenheit als translokale Strategie. In: Davis-Sulikowski U (Hrsg) *Körper, Religion, Macht*. Campus, Frankfurt/M, S 199–221
- Winnicott DW (1995) *Vom Spiel zur Kreativität*. Klett, Stuttgart
- Winnicott DW (1992) Die Lokalisierung des kulturellen Erlebens. *Psyche – Z Psychoanal* 8
- Wohlfart E, Özbek T (2006) Die Suche nach den offenen Türen. Eine ethnopsychanalytische Kasuistik über das Phänomen Besessenheit. *Psyche – Z Psychoanal* 60(1)
- Wohlfart E, Özbek T, Heinz A (2005) Von kultureller Antizipation zu transkulturellem Verstehen. In: Assion (Hrsg) *Migration und seelische Gesundheit*. Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Wohlfart E, Özbek T, Englisch M, Eksi F (2005) Introduction of transcultural psychotherapeutic approach (abstract). *Journal of Psychosomatic Research* 59(30): 20
- Wulff E (1969) Grundfragen transkultureller Psychiatrie. *Das Argument* 50, Sonderband zum 10. Jahrgang: 227–260



Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle  
Psychotherapie

Interdisziplinäre Theorie und Praxis

Wohlfart, E.; Zaumseil, M. (Hrsg.)

2006, XVIII, 434 S. 10 Abb., Hardcover

ISBN: 978-3-540-32775-2