

Einführung in interkulturelle Therapien in Ethnopsychiatrie

Familientherapien für Migrant_innen und geflüchtete Menschen

Die interkulturelle Ethnopsychiatrie (Ethnopsy) wurde in Frankreich entwickelt als eine Antwort auf spezifische therapeutische Bedürfnisse von Familien aus unterschiedlichen Kulturen. Die Stärken dieses Ansatzes liegen in der Gestaltung sozial- und kulturspezifischer, therapeutischer Prozesse. Er zeigt Erkenntnisse und methodologische Möglichkeiten auf, die in der Begleitung von geflüchteten Menschen in Deutschland hilfreich wären.

Die Ethnopsychiatrie weist Ähnlichkeiten mit den in Deutschland praktizierten transkulturellen Psychotherapien auf, aber sie reicht weit über diese hinaus. Bei der Therapie von geflüchteten Menschen und Migrant_innen geht es darum, die Werte von Individuen und Gruppen mit ihrem sozialen, kulturellen und religiösen Kontext ernst zu nehmen, um ein ausgewogenes Gleichgewicht der gastgebenden Kultur und der Herkunftskultur zu erreichen.

Die Ethnopsychiatrie kombiniert *kulturelle* und *indigene* Psychologien mit systemischen familientherapeutischen Ansätzen. Sie benutzt verschiedene psychoanalytische Konzepte in einem spezifischen Gruppensetting, das bei den emotionalen Störungen von Migrant_innen bzw. der Familien geflüchteter Menschen ansetzt und heilende Prozesse fördern kann, indem auch soziale, kulturelle und spirituelle Fragen einbezogen werden. Die Biomedizin (basiert auf Wissenschaft) tendiert dazu, eine Dualität von psychischen versus physischen Erkrankungen zu schaffen, obwohl für das Wohlergehen der Menschen noch andere, weitere Faktoren entscheidend sein können.¹ Aus diesem Grund setzt sich das angewandte Setting in Ethnopsy aus einer Gruppe von Therapeut_innen (Haupt-Therapeut_in, Co-Therapeut_in, Mediateur_in und anderen Beteiligten wie z.B. Student_innen) zusammen. Diese verkörpern einen sozialen Kontext (als dritten Raum, s.u.), um die Entstehung des neuen sozialen und emotionalen Beziehungsgefüges, das durch die Flucht und Migration zerstört wurde und neu aufgebaut werden muss, zu ermöglichen. Die neue Sozialität in der Migration schließt den Kontext des Herkunftslandes mit ein. Migrant_innen und geflüchtete Menschen lernen in der Therapie mit dem Verlust umzugehen, und ein neu gewichtetes Leben aufzubauen.

In einem dezentralisierten und multi-stimmigen Setting² kombiniert die Ethnopsy westliche therapeutische Multi-Generations-Ansätze aus der Familientherapie (z.B. Stierling) mit einigen Konzepten und Techniken der Psychoanalyse. Dieser Ansatz nimmt die vorhandenen meta-kulturellen Kategorien ernst und führt einen Dialog mit den Klient_innen; er bezieht soziale, spirituelle und kulturelle Konzepte und Techniken, die in der Kultur der Klientenfamilien relevant sind – z.B. stark interdependente Personen, Rolle der Ahnen, Besessenheit, Tabus oder sogenannte Hexerei – ein. In der Ethnopsy wird Devereux's Begriff von Komplementarität angewandt, d. h. die Therapeut_innen betrachten die Kultur (im sozialen Umfeld) und den psychischen Apparat (im Individuum) als zwei differente Strukturen, die jede einzeln, aber parallel analysiert werden müssen.³ Dies geschieht meist in einem Gruppensetting, das eine Dualität von Klient_in/Therapeut_in vermeidet. Diese Dualität würde die Behandlung von sensiblen Fragen und Konflikten verhindern, die eine Gruppe als Zeuge benötigt (z.B. bei Fällen von s.g. Hexerei). Die Behandlung geschieht in der Muttersprache der Klient_innen; ein_e Kulturdolmetscher_in vermittelt sprachliche, soziale, kulturelle, rituelle, religiöse und psychologische Praktiken, Konzepte und Werte der

¹ Ethnopsy bezieht den ökonomischen/ politischen/historischen Kontext der Familien ein.

² Kotanyi 1999a; Sturm 2001:221; Felici-Bach 2006.

³ Devereux 1978. Siehe auch Hardung 2006:201; Kubik 2004:115.

Herkunftskultur(en). Kultur wird nicht als eine festlegbare 'Identität' betrachtet, sondern als eine komplexe Matrix, als eine ‚Hülle‘ der Klienten_innen (Nathan 1993:130), im Sinne einer zweiten Haut (Ego-Haut) zum Schutz der Psyche (Anzieu 1995).

Dieses Denken steht im Gegensatz zur dominierenden westlichen Psychologie und Psychiatrie mit universellen Ansprüchen, in der die psychischen Funktionsweisen nicht kultur-spezifisch betrachtet werden. Sie sind vielmehr verankert in einem reduktionistischen Verständnis von der Dominanz von Biologie, die in eine stark medikamentös orientierte Psychiatrie keine kulturelle oder soziale Kontextualisierung einbezieht. Im Unterschied zu zahlreichen afrikanischen oder anderen Kulturen werden die Gesundheitsprobleme v.a. in den Individuen angesiedelt und auf bestimmte psychische oder/und physische duale Kategorien bezogen. Sie werden auf säkulare Weise behandelt; spirituelle Vorstellungen werden für medizinische Behandlung als irrelevant eingeordnet. Heilung wird vom Spirituellen abgekoppelt, spirituelle Zusammenhänge werden pathologisiert (z.B., „Besessenheit“ wird als Schizophrenie interpretiert). In der Psychiatrie werden solche Paradigmen, die auf Konzepten der Pluralität der Person basieren, als Störungen betrachtet und in Kategorien wie Psychose, Schizophrenie, Trauma usw. eingeordnet; sie werden mit Medikamenten therapiert, obwohl andere rituelle therapeutischen Mitteln in Afrika vorhanden sind, die mit diesen Ätiologien umgehen können.

Einige grundlegende Merkmale der Ethnopsy bei Gesundheitsproblemen von Migrant_innen und geflüchteten Menschen aus nicht-westlichen Kulturen:

(1) Gesundheitsstörungen sind keine rein individuellen Angelegenheiten;

(2) Die soziale Welt der Familie (inklusive der Verstorbenen) und deren verschiedene Gemeinschaften haben diverse Einflüsse auf die Gesundheit der Menschen. Dazu gehören „Geister“ oder Ahnen als mögliche Ursachen von Konflikten oder Störungen; sie können das Wohlergehen beeinflussen. Geister/Ahnen benötigen spezifische rituelle Handlungen und Formen von Kommunikation, die das Wohlergehen der gesamten Familie wiederherstellen können, auch wenn sie von Familienmitgliedern in der Heimat durchgeführt werden.⁴

(3) Die kulturell spezifischen Ätiologien müssen bei der Behandlung von Migrant_innen und geflüchteten Menschen ernst genommen werden. Gesundheitsstörungen können Ursachen haben, die in westlichen Kulturen ungewöhnlich sind. Es ist wichtig, sich den sozialen und kulturellen Ätiologien, entsprechend ihren eigenen Logiken, anzunähern. Kulturelle Fragen folgen der inneren Logik der jeweiligen Kultur; sie werden in komplementärer Weise entweder mit psychologischen oder biomedizinischen Ätiologien kombiniert, ohne deren jeweiligen Logiken zu vermischen.

(4) Inadäquate pathologische Zuweisungen durch Fehldiagnostik können vermieden werden, indem genügend Raum für Differenzen zugelassen wird.

(5) Eine Person ist Mitglied von einem (oder mehreren) Netzwerk(en); wenn einige Mitglieder der Gruppe/des Netzwerkes sich verändern – z.B. durch Therapie, Rituale oder andere Handlungen – dann können alle Mitglieder des Netzwerkes/der Gruppe davon profitieren (siehe systemische Familientherapie und Familienaufstellungen).

(6) Therapien/Aufstellungen installieren einen dritten Raum, einen *intermediären Raum* zwischen dem Inneren und dem Äußeren, indem sich die Heilungsprozesse entfalten können.⁵

⁴ Z.B. im Fall von unvollständigen oder fehlenden Trauer-Prozessen. Die Notwendigkeit, regelmäßig mit verstorbenen Ahnen zu kommunizieren, oder die Erfahrungen von Besessenheit, sind nicht notwendigerweise als psychotische Zustände einzuordnen. Eine Person wird als teilbar erfahren – nicht strikt als ein Individuum, das meistens als arm betrachtet wird, bzw. als ein machtvoller „Hexer“, der aggressiv werden kann (was allerdings rituell neutralisiert werden kann).

⁵ Siehe Özbek & Wohlfahrt 2006:170-176; Winnicot 1971:11.

Good (1996) zeigt, dass in der vorherrschenden westlichen Psychologie die Kultur nicht genügend berücksichtigt wird; für Greenfield (2002) können die kulturellen Einflüsse nur dann im Betracht gezogen werden, wenn die universalistischen Theorien in Frage gestellt werden. In seinem Entwurf einer wissenschaftlichen Psychopathologie für Migrant_innen differenziert Nathan (1995) zwischen Gesellschaften, die sich auf ein "einzelnes Universum" und Gesellschaften, die auf "multiple Universen" gründen. Das gilt für die *Biomedizin*, die sich allein als wissenschaftlich anerkennt und die Gesundheit auf "Krankheit" bezieht (z.B. Hysterie, Psychose usw.), während zahlreiche Kulturen die Multiplizität diverser Quellen von "Unordnung" anerkennen, hervorgerufen z.B. durch Ahnen (Krankheiten, die z.B. aus Überschreitungen von Tabus herrühren können), oder durch spirituelle Übergriffe, die auf Geister-Besessenheit bezogen werden. Die Person wird als stark interdependent betrachtet; sogenannte Hexerei kann eine Rolle spielen. Es sind Ätiologien die adäquate therapeutische Interventionen benötigen. Sie können durch bestimmte Rituale, Verhandlungen und Formen von direkter Reparation behandelt werden — im Rahmen der Verwandtschaft/Gemeinschaft, mit den involvierten Geistern oder Ahnen. Viele Migrant_in oder Flüchtling tragen diese Welten in sich; es sind für sie keine exotischen, sondern selbstverständliche Kategorien, deren innere Logiken die Therapeut_innen verstehen lernen müssen und können.

Nathan (1995) zeigt auf, dass die Krankheit in der Biomedizin im Sinne von "fehlender Gesundheit" gesehen wird, während im Kontext von multiplen Universalien die "Unordnung" für die Gruppe (Familie/Gemeinschaft) als ein Mehrwert gedeutet wird. Z.B. kann ein Kind als "Ahnenkind" oder als ein "Hippopotamus-Kind" qualifiziert werden. Diese Kategorien sind auf verborgenes Wissen gegründet, das eine adäquate (metaphorische und indirekte) Sprache oder Umgangsweise (z.B. Träume, Rituale) benötigt, um identifiziert werden zu können. Dieses Kind wird als fähig anerkannt, spezifische Kommunikationswege mit der unsichtbaren Welt (der Ahnen) zu etablieren und diese mit der Welt der Lebendigen zu verbinden. In diesem Fall ist die Quelle der Probleme nicht etwas, das "fehlt", sondern ein für das Umfeld des Kindes vorteilhafter "Mehrwert", das Kind wird sozial integriert. Im Ansatz der Biomedizin und der konventionellen Psychiatrie, der sich auf nur auf ein Universum bezieht, wird das Kind als eine kranke Person pathologisiert und isoliert.

Im Gegensatz zu den multikulturellen Ansätzen der Ethnopsychiatrie basieren konventionelle klinische Psychotherapien auf einer universalistischen Annahme. Der Anthropologe Fassin (1999, 2000) argumentiert, dass die Behandlung von Migrant_innen, die sich darauf gründet, ihre kulturelle Zugehörigkeit mit einzubeziehen (Sprache, Lebens- und therapeutische Gewohnheiten), ihre Stigmatisierung verstärken würde, indem sie in ihre Kulturen eingeschlossen werden. Ihre kulturelle Integration würde dadurch verhindert werden.⁶ Fassin bevorzugt eine vollkommene Löschung der Eigenheiten von Migrant_innen, die durch und durch Franzosen werden sollten und sich vollständig integrieren.

Die Bedeutung der Kritiken an der Ethnopsy:

In Frankreich dominiert die Vorstellung, dass Ausländer_innen dann willkommen sind, wenn sie als solche unsichtbar werden, indem sie akzentfrei Französisch sprechen und vollständig die französische Kultur und Lebensweise annehmen.

(2) Das Konzept der Notwendigkeit des Erhaltes einer "Hülle", das in der Ethnopsychiatrie gefordert wird, ordnet die "Hülle" als einen Raum ein, der es Migrant_innen und geflüchteten Menschen erlaubt, eine neue Zugehörigkeit in der Migration zu entwickeln. Letzteres bedeutet ein Vermischen von Elementen der neuen Realität mit den sozialen und kulturellen Welten der "Ursprünge". Im Gegensatz dazu spricht Homi Bhabha (1994) vom Vorherrschen einer weltweiten "Hybridität", die eine

⁶ Siehe u.A. Fassin 1999; Benslama 1999; Rechtman 1995.

„Umzäunung“ einer Person unmöglich machen würde. Die therapeutischen Erfahrungen in der Ethnopsychiatrie zeigen, dass leidende Familienmitglieder einen spezifischen soziokulturellen „dritten Raum“ benötigen, der ihnen eine Kombination der involvierten Welten und Zugehörigkeiten ermöglicht, um emotionale Stabilität zu finden. Dies ist besonders in einer Welt nötig, in welcher sie nur teilweise akzeptiert oder in der sie mehr oder weniger stark abgewiesen werden. Nathan (2000–2004) betont die Bedeutung der Mediation in der Ethnopsychiatrie, z.B. in den Praktiken der Psychiatrie oder auch im Rechtswesen, z.B. bei der Beratung von Gerichten.

Einige Elemente der Ethnopsychiatrie, die in die psychosoziale Arbeit mit geflüchteten Menschen (Beratung & Therapien) in Deutschland übernommen werden könnten:

Das spezifische Setting der Ethnopsy ist nicht einfach zu realisieren; es fehlen oft die adäquaten Mediteur_innen und es ist schwer, große therapeutische Gruppen zu bilden. Trotzdem kann dieser Ansatz wichtige Anregungen geben:

- 1) Die Notwendigkeit, spezifische Ätiologien in therapeutische Prozesse miteinzubeziehen, was die Absage an einen universellen Anspruchs beinhaltet.
- 2) Die vorhandenen spezifischen Ätiologien und therapeutischen Ansätze, die in diversen afrikanischen Kulturen weit verbreitet sind, müssen ernst genommen werden.
- 3) Die unterschwelligeren theoretischen Konzepte und die daraus ergebenden notwendigen Umgangsformen für Beratungen, Therapien oder in Rechtsfragen müssen identifiziert und anerkannt werden, um sich den Menschen in ihren sozialen und kulturellen Bezügen anzunähern und sie nicht in Therapien zu sehr zu individualisieren, was neue Traumatisierungen nach sich ziehen kann.
- 4) Die Anerkennung der bedeutenden Rolle von Mediateur_innen in Beratung/Therapie, in der sprachlichen und vor allem auch in der ‚kulturellen‘ Übersetzung und Vermittlung als Kulturdolmetscher.
- 5) Therapeutische Hinweise bezüglich der Umgangsweisen, Setting, Methoden und Konzepte, die über die eingeführten kulturellen und sozialen Zusammenhänge hinausweisen.

Die Anregungen der Ethnopsychiatrie für eine Anwendung in Deutschland sind vielfältig. Sie können an die jeweiligen Nutzer angepasst werden. Einführende Seminare und spezifische Supervisionen können darauf vorbereiten und die laufenden Prozesse stützen.

Siehe den Vorschlag für Seminare der Paulo Freire Gesellschaft – PFG –, die in die für Deutschland nützlichen Lehren und in einige Grundlagen der Ethnopsy-Ansätze einführt und einen dialogischen Austausch bezüglich der Erfahrungen der Teilnehmer_innen mit spezifischen soziokulturellen Ätiologien und Umgangsweisen vorschlägt.



Die PFG ist Partner vom **Paulo Freire Institut (PFI)** der *Internationalen Akademie Berlin*
Anfragen bei Sophie Kotanyi, Email: sophiekotanyi@yahoo.de

Biographische Referenzen

- Abdessalam S.**, 1993, *Le voleur et le visiteur. Analyse de deux systèmes thérapeutiques (le Djinn et le Zar) au Soudan, dans la région de Gézira. Thèse de doctorat d'ethnologie. Université Paris 7.*
- Anzieu D.** (1995) *Le Moi-peau*, Dunod, Paris. (Translated in English in 2016 by N. Segal).
- Benslama F.**, 1999, *Épreuves de l'étranger*, in **J. Ménéchal**, *Le risque de l'étranger. Soins psychique et politique*. Ed. Dunod.

- Chlyeh A.**, 1995, La thérapie syncrétique des Gnaoua marocains. Thèse doctorat d'ethnologie. Univ. Paris 7
- Devereux G.**, (1969) 1996, Ethnopsychiatrie des Indiens Mohaves. Les Empêcheurs Penser en Rond. _____ .1978. „The Argument.“ *In: Devereux (ed), Ethnopsychanalyse. Psychoanalyse und Anthropologie as complementary frames of reference.* Berkeley: University of California Press.
- Fassin D.**, 1999, "L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit". *Genèses*, 35:146-171. _____ . 2000, "Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies britanniques aux banlieues parisiennes". *L'homme*, 153: 231-250.
- Felici-Bach H.**, 2006. "Die therapeutische Arbeit mit einem Mediator im ethnopsychiatrischen Setting, Herausforderung an unsere klinische 'Weltanschauung'", *in: Wohlfahrt et al.* 2006:127-136.
- Friedman J.**, 1997, "Global crises, the struggle for cultural identity and intellectual pork barrelling: cosmopolitans versus locals, ethnics and nationals in an era of de-hegemonisation." *In: „Debating Cultural Hybridity“, Werbner P. and Modood T. (eds), London: Zed Books.*
- Geschiere, P.**, 2009. *The Perils of Belonging, Autochthony, Citizenship, and Exclusion in Africa and Europe.* Chicago & London: The University of Chicago Press.
- Good B.J.**, 1996. Culture and the DSM-IV: Diagnosis, knowledge and power. *Culture Medicine and Psychiatry* 20:127-132.
- Greenfield P.M.**, 2000. Three approaches to the psychology of culture: Where do they come from? Where can they go? *Journal of Social Psychology* 3:223-240. _____ . 2002. The mutual definition of culture and biology in development. Pp 57-76 *in: Between Culture and Biology*, Keller H, Poortinga Y.J., Schoelmerich A. (eds), Cambridge Univ.Press.
- Hardung C.**, 2006. „Reflexion einer interdisziplinären Praxis von Ethnologie und transkultureller Psychotherapie aus ethnologischer Perspektive. *In: Wohlfahrt et al.*, 2006:199-212.
- Houkpatin L.**, 1999, Psychopathologie Yoruba, Phd in Psychologie clinique et de psychopathologie. Université de Paris 8.
- Kotanyi S.**, 1999a. *Das Kind das auf einem Faden Läuft, Ethnopsychanalytische Behandlung von Migrantenfamilien in Frankreich.* Einführung in Ethnopsychiatrie. Magister Thesis in Anthropology at the FU Berlin.
- Nathan, T.**, 1995. « Manifeste pour une psychopathologie scientifique », *in Médecins et sorciers*, Nathan & Stengers. Paris : Seuil/ Les empêcheurs de penser en rond. _____ .1998. "Éléments de psychothérapie" *in Nathan, Blanchet, Ionescu & Zajde: Psychothérapies*, O.Jacob. _____ .1999. "L'ethnopsychiatrie entre thérapie et psychothérapie", *Psychothérapies*, 19/4: 199-209. _____ . 2001. *Nous ne sommes pas seuls au monde. Essai d'écologie des invisibles non-humains.* Le Seuil _____ .2004.*L'ethnopsychiatrie en butte aux néo-staliniens.* <http://www.ethnopsychiatrie.net/actu/tnabstract.htm> _____ . 2006. « Die Ethnopsychiatrie, eine Psychotherapie für das 21. Jahrhundert », *in Wohlfahrt & Zaumseil* 2006 :114-125.
- Moro, M.R.**, 1990. „Génie du syncrétisme“ *in Revue Nouvelle d'ethnopsychiatrie* Nr.16 (7-11) _____ .1994. „Parents en exil : Psychopathologie et migrations“ Paris: Puf. _____ .1998. „Psychothérapie transculturelle des enfants migrants“, Paris: Dunod.
- Özbek & Wohlfahrt**, 2006. "Der Transkulturelle Übergangsraum - ein Theorem und seine Funktion in der transkulturellen Psychotherapie in ZIPP", Pp.170-176 *in: Wohlfahrt et al.* 2006.
- Rechtman R.**, 1995, De l'ethnopsychiatrie à l'a-psychiatrie culturelle. *L'évolution psychiatrique*, 60/3: 637-649.
- Sturm G.**, 2001. "Aktuelle Entwicklungen in der ethnopsychanalytisch orientierte Psychotherapie in Frankreich: Der ethnopsychiatrie Therapieansatz von M.R. Moro." *Ethnopsychanalyse* 6:218-245.
- Wohlfahrt E. & Zaumseil M.**, 2006. *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie*, Springer Medizin Verlag Heidelberg.
- Zempleni A.**, 1968, L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lébou du Sénégal . Thèse pour le Doctorat de troisième cycle. Paris, Sorbonne.