

## Looking through a cultural lens:

### **Interkulturelle Kompetenz in den verschiedenen Phasen der Therapie.**

#### **Systemische Überlegungen über die therapeutische Arbeit mit Migranten in Deutschland**

Janine Radice von Wogau

#### **Zusammenfassung**

Mit Unterschieden umzugehen ist heute eine besondere Herausforderung in unserer globalisierten Welt. Für die Europäische Union ist Migration ein zentrales Thema. Daher ist es nicht überraschend, dass Therapeuten und Berater dazu herausgefordert sind, ihr Handwerkszeug auf interkulturellem Gebiet zu verbessern. Dieser Artikel möchte dadurch einen Beitrag zur Arbeit systemischer Therapeuten leisten, dass er sie in ihrer Arbeit mit Klienten aus verschiedenen Herkunftsländern bewusster macht und sie dazu sensibilisiert, und dass er die kulturelle Thematik in alle Aspekte des therapeutischen Dialogs einführt. Er liefert einige grundlegende Informationen über Kultur, Systemtheorie, die Migrationserfahrung, zwischenmenschliche Kommunikationsstile sowie mancherlei nützliches Handwerkszeug in verschiedenen Phasen des therapeutischen Prozesses. Dieser Artikel ist auch ein Aufruf an die im Gesundheitswesen Tätigen, die Qualität der Behandlung ausländischer Klienten zu verbessern. Es ist wichtig, weitere Forschung, Ausbildung und Supervision zu unterstützen, und die Anstellung bikultureller Therapeuten zu fördern.

#### **Schlüsselwörter:**

interkulturelle Kompetenz; Kultur, systemische Familientherapie; Migrationserfahrung; Migrationserzählung; Anpassung an die Gastkultur; zwischenmenschliche Kommunikationsstile; Kompetenzen in verschiedenen Therapiephasen; Joining; Setting; Bewertungsprozess; gemeinsame Ziele definieren; Problemlösung; Interventionen, Beendigung der Therapie.

#### **Looking Through A Cultural Lens: Cross-Cultural Competencies in Different Phases of Therapy. A Systemic Reflection on Therapeutic work with Immigrants in Germany.**

#### **Abstract**

Dealing with differences is a paramount challenge in our wider and globalized world today. The advent of the European Union makes immigration a central European theme. It is, therefore, not surprising that counselors and therapists are being challenged to improve their skills in the cross-cultural area. This article hopes to contribute to the work of systemic therapists by generating more awareness and sensitivity in their work with clients coming from different cultural origins and to bring culture into all aspects of the therapeutic dialogue. It provides some basic information about culture, systems theory, the immigration experience, human communication styles, as well as, many useful skills and competencies in different phases of the therapeutic process. This article is also a call to the profession to improve the standard of treatment offered to foreign clients. It is important to support more research, training and supervision and promote the hiring of bicultural professionals.

#### **Key words:**

Cross-cultural competence; culture; family systems therapy; migration experience; migration narrative; cultural transition / adaptation; human communication styles; competencies in different phases of therapy; joining; setting; assessing process; defining mutual goals; problem solving; interventions; terminating therapy.

## Einführung

Durch den 11. September 2001 wurde die Welt in tragischer Weise damit konfrontiert, wie unzulänglich Individuen und Kulturen mit Unterschieden umzugehen lernten. Wir sahen, wie schnell Konflikte, Missverständnisse und abweichende Standpunkte zu gewalttätigen und zerstörerischen Handlungen führen können. Die Auswirkungen davon zeigen sich heute in trauriger und gefährlicher Weise. Es ist daher unumgänglich notwendig, sowohl Toleranz als auch interkulturelle Kompetenz in Familie, Gemeinde und Schule, im Geschäftsleben und in der Gesellschaft als Ganzes zu entwickeln. Demnach ist es keineswegs überraschend, dass es eine Herausforderung für die Berufstätigen im Gesundheitsbereich ist, mit Migranten und bi-kulturellen Familien zu arbeiten.

Ich beginne mit mir selbst: Meine interkulturelle Kompetenz ist eng verknüpft mit meiner eigenen Geschichte, mit den vielen Geschichten, die ich hörte, und mit Allem, was ich mit meinen Klienten zusammen lernte. Ich bin in Chicago als Enkelin von italienischen und rumänisch-jüdischen Einwanderern geboren und aufgewachsen. Ich lebte und arbeitete als Psychologin in den USA, Ekuador, Chile und 12 Jahre im Nordosten von Brasilien. Vor 11 Jahren kam ich nach Deutschland mit meinem badischen Ehemann und unserer Tochter, die in Brasilien geboren war. Seit mehr als neun Jahren arbeite ich in Freiburg in der katholischen „Psychologischen Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen“ und in meiner Privatpraxis. Um Klienten zu verstehen, die aus anderen Kulturen als derjenigen der Therapeuten / Therapeutinnen (in Zukunft werde ich zwecks sprachlicher Vereinfachung mit Therapeut, Berater, Klient etc. beide Geschlechter einschließen) kommen, ist es wichtig, über das eigene Glaubenssystem nachzudenken, das der Klienten zu verstehen sowie die Gemeinsamkeiten und Unterschiede von beiden zu erfassen. Wenn der Therapeut in der Lage ist, bildlich gesprochen eine Brille aufzusetzen, die wir „die kulturelle Brille“ nennen können, schärft er seine Achtsamkeit und sein Wahrnehmungsvermögen darüber, was sich abspielt, wenn ein interkulturelles Treffen in der therapeutischen Praxis stattfindet.

Ziel dieses Artikels ist es, grundlegende Informationen und Überlegungen über Systemtheorie und Kultur, über die Migrationserfahrung und Kommunikationsstile darzulegen, die für Therapeuten (oder Berater: beide Begriffe werden im Folgenden im Text synonym verwendet werden) in ihrer Arbeit mit ausländischen Klienten bestimmt sind. Es wird dargestellt, worin interkulturelle Kompetenz in den verschiedenen Phasen des therapeutischen Prozesses besteht. Der Artikel ist auch ein Appell an die Therapeuten, den Einfluss der Kultur auf alle Bereiche des menschlichen Lebens wahrzunehmen, zu den sozialen und politischen Änderungen beizutragen, die erforderlich sind, um die Qualität der Behandlung der ausländischen Klienten zu verbessern und schließlich auch diese Problematik in die Forschung, in Trainingsprogramme und in den therapeutischen Dialog einzubringen. interkulturelle Kompetenz wird normalerweise folgendermaßen definiert:

1. Das Bewusstsein des Therapeuten über seine eigenen kulturellen Werte und die Bereitschaft, die eigene Voreingenommenheit, die eigenen Stereotypen auch zuzugeben. Dies ist die Voraussetzung dafür, deren Einfluss auf psychologische Wertungen, Instrumente, Diagnosen und Interventionen ebenso zu verstehen, wie den heimtückischen Schaden, den sie verursachen können, wenn sie unerkannt bleiben. Die kulturellen Unterschiede sollten benannt und offen diskutiert werden. Dies schließt die Tatsache ein, dass sich der Therapeut über seine Machtstellung im Klaren ist, und dass therapeutische Methoden kulturell bedingt sind, die vom Therapeuten in seiner Ausbildungszeit ausgewählt wurden.
2. Der Berater sollte sich seiner Grenzen bewusst sein und versuchen, die zu einer erfolgreichen Therapie relevanten Informationen zu beschaffen. Es ist nicht zu erwarten, dass der Therapeut die fremde Kultur vollständig kennt. Aber er sollte Informationen vom Klienten und über seine Kultur durch Lesen, Fortbildungskurse,

- Reisen erhalten. Dabei sind Weltanschauung, Glaubenssysteme, Familienstrukturen und Hierarchien, Geschlechterrollen, Religion, Vorstellungen über Gesundheit und Heilung, sowie die Wirtschafts- und Sozialstruktur des Herkunftslandes des Klienten von besonderer Bedeutung.
3. Der Therapeut sollte sich darüber bewusst sein, dass bestimmte Interventionen nicht für alle Klienten angemessen sind, und dass andererseits kulturell angemessene Interventionen gelernt werden können. Um effektiv zu sein, sollte der Therapeut flexibel und in der Lage sein, eine Vielzahl von verbalen und nicht-verbalen Antworten parat zu haben. Vor allem sollten kompetente interkulturelle Therapeuten als Ressource für die Klienten bei ihrer Migrationserfahrung zur Verfügung stehen. (Sue und Sue, 1990; 2003).

## **Das Erscheinen des Begriffs der Kultur in der systemischen Familientheorie**

Es ist nicht überraschend, dass die systemische Familientheorie und Kultur sich trafen und gut ergänzen, da die Systemtheorie Probleme als miteinander verbundene Zusammenhänge bzw. Systeme betrachtet. Sie ist eine äußerst nützliche Meta-Theorie, die den Einfluss von sozio-ökonomischen und politischen Faktoren auf Probleme, Individuen und theoretische und klinische Orientierungen anerkennt. So ist die Geschichte des Einzelnen lediglich ein zentrales Element in einem interaktiven Prozess, der sich wiederum in einem größeren Zusammenhang abspielt und die Gesamtheit der Beziehungen zwischen den verschiedenen Organismen und ihrer Umgebung einbezieht. In Analogie zur Kybernetik, bei der Konstruktionen zweiten Grades gebildet wurden, verstand man den Therapeuten als Teil des therapeutischen Systems. Es wurde anerkannt, dass es nicht nur einen richtigen, sondern viele nützliche Wege gibt, um mit Familien zu arbeiten. Probleme wurden aus ihrem pathologischen Zusammenhang herausgenommen und aufgelöst, und das Konzept des gemeinsamen Gesprächs (collaborative conversations) wurde geschaffen. „Experten“ wurden nicht mehr als kleine Götter sondern sehr viel nüchterner betrachtet. Es setzte sich stärker die Tendenz durch, Therapie als einen Raum für ein Gespräch zu verstehen, wo eine konstruktivere Version der Realität dadurch neu autorisiert werden konnte, dass neue Sinnzusammenhänge geschaffen wurden. Theorien wurden nicht absolut, sondern als soziale Konstruktionen verstanden. (Goolishian und Anderson 1988).

Seit den späten sechziger Jahren wurden einige grundlegende Fragen im Hinblick darauf aufgebracht, was eine gesunde Familie ist: Welchen Einfluss haben Grundkonzepte von Kind, Mutterliebe, vom Selbst? Was bedeuten konkrete Vorstellungen (Vorurteile?) bezüglich Geschlecht, nicht unter physiologischen sondern sozialen Aspekten betrachtet (gender), Rasse und sozialer Klasse? Die Therapeuten wurden hierdurch herausgefordert, ihre eigenen Positionen zu überdenken. (Walters et al. 1988). An diesem Punkt kamen das Konzept von Kultur und die Systemtheorie zusammen und stärkten sich gegenseitig.

## **Kultur**

Ich möchte Kultur breit angelegt definieren als Alles, was wir seit unserer Geburt gelernt haben, inklusive Verhalten, Glaubenssysteme oder Erklärungssysteme, Normen, Werte und Traditionen, die von einer zur nächsten Generation vermittelt werden und die Identität einer Gruppe aufrecht erhalten. Ohne Kultur verlieren Verhaltensweisen ihren Sinn – sie werden wie Lärm um nichts. Kulturelle Geschichten bestimmen die Dimensionen, innerhalb derer sich die Erfahrung der Menschen abspielt. Sie sind nicht neutral, sondern werden als Konstrukte gesehen, die von der herrschenden Gesellschaft geliefert werden.

Im Buch „Coming of Age in Samoa“, das Margaret Mead 1928 schrieb, sagt sie im Vorwort der Auflage von 1973 (vgl. S. X): „Als dieses Buch geschrieben wurde, war diese Vorstellung von Kultur neu für die gebildete Welt. Die Idee, dass jeder Gedanke, jede Bewegung von uns nicht ein Produkt von Rasse oder von Instinkt, sondern von der Gesellschaft war, in der das Individuum aufgezogen wurde, war neu und ungewohnt.“

So hat Kultur als eine Metapher verschiedene Schichten und wird in der narrativen Theorie als eine hilfreiche Methode verwandt, um Unterschiede zwischen den Individuen und den Familien zu verstehen und zu erklären. Erzählungen entwickeln sich im Laufe der Zeit und sind Änderungen unterworfen. Da das Leben der Menschen in ähnlicher Weise verläuft, ist eine Metapher, die diesen Prozess erfasst, nützlicher als ein statisches Konzept. Jede einzelne Familie hat ihre eigene Kultur, ausgesprochene und unausgesprochene Regeln, Normen und Verhaltensweisen, Ideologien und Mythen. Familien wurden als Interpretationsgemeinschaften konstruiert.

Familienärzte wurden auch dahingehend informiert, dass das Verhalten bei Krankheit eine normative Erfahrung ist, die durch kulturelle Regeln geleitet wird. Wir lernen gebilligte Formen krank zu sein: Die Erklärungen und Maßnahmen der Ärzte sind ebenso kulturspezifisch wie diejenigen der Patienten. Das medizinische Modell von Krankheit mit seinem Schwergewicht auf der Diagnose und dem Heilen der Krankheiten führt dazu, dass keine oder weniger Aufmerksamkeit auf den Patienten bzw. auf die Wahrnehmung der Familie darüber gerichtet wird, was falsch gelaufen ist. (Kleinman et al. 1978). Es ist schwierig, die Bedeutung eines Verhaltens zu verstehen, wenn man nichts von der Wertorientierung des Patienten kennt. Auf dem Gebiet der psychosomatischen Medizin (Bay et al. 1993) machen Ärzte auf die Gefahr der falschen Behandlung aufmerksam: Die unzureichenden Kenntnis von Sprache und Kultur des Patienten kann zu einer Fehldiagnose und zu einer unangemessenen Behandlung führen.

## **Aus der Perspektive des Klienten: Die Erfahrung der Migration**

Das Verständnis der Einwanderungserfahrung und die Psychologie der Marginalisierung sind wesentliche Bestandteile, um den Klienten in dem Umfeld einordnen zu lernen, aus dem er kommt, und um in der Lage zu sein, gut mit Klienten aus anderen Kulturkreisen zu arbeiten. Die Einwanderungserfahrung ist ein psychologischer Stressfaktor, der möglicherweise psychologische und psychosomatische Symptome erzeugt, da Familien und Individuen versuchen, mit den Anforderungen der Eingliederung in die neue Kultur fertig zu werden. Gleichzeitig müssen sie sich der Tatsache stellen, dass sie keine sozialen Netzwerke mehr haben und ihre Großfamilie und Gemeinde zurückgeblieben ist, dass sie nicht wissen, wohin sie gehören, welches ihr Platz in der Gemeinschaft ist. Sie sind konfrontiert mit dem Verlust des Status, den sie früher hatten, mit mangelndem Selbstwertgefühl, Isolierung, Schuld- und Schamgefühlen und dem Eindruck, dass die eigene Identität nur mehr aus einzelnen Bruchstücken bestehe. (Sluzki 1989, 2001).

Alle Migranten haben eine Reihe von gemeinsamen Erfahrungen: Die Migration bedeutet eine riesige Anpassung an konkurrierende und gleichzeitig dominante kulturelle Bedeutungssysteme. Mit ihr sind Unsicherheiten verbunden, ebenso wie das große Problem, eine neue Sprache und Kultur kennenzulernen. Dazu kommt die Abhängigkeit von den jeweiligen Ehemännern bzw. –frauen, von Sozialhelfern bzw. Psychologen in den sozialen Diensten, und auch von den eigenen Kindern, die meist die Sprache in kürzerer Zeit lernen und sich auch schneller an die neue Umgebung gewöhnen. Die Psychologie der Marginalisierung befasst sich mit den psychosozialen und gesundheitlichen Folgen bei Menschen mit dem Status von Marginalisierten: Hierbei handelt es sich um Diskriminierung aufgrund von Rasse, ungeklärtem Aufenthaltsstatus und nicht anerkannten Ausbildungsqualifikationen, die dazu führen, dass die Migranten in Jobs arbeiten, die nicht

ihrer Ausbildung entsprechen, bzw. unter- oder unbeschäftigt bleiben. Diese Tatsache hat zur Folge, dass sie in Armut, beschämt oder erniedrigt leben, was wiederum weitere Formen von Kraftlosigkeit mit sich bringt. Alle Einwanderer, aber besonders Farbige sind mit ethnischer Diskriminierung oder Rassismus konfrontiert, was ebenfalls Kraftlosigkeit und qualvolle Situationen zur Folge hat und noch zu dem allgemeinen Schamgefühl hinzu erfahren wird. Hierüber wird auch mit den Mitarbeitern der sozialen Dienste, den Psychologen und Beratern nicht gesprochen. (Elkaim 1989; Falikov 1998).

Alle Migranten fürchten, im Ausland alt zu werden, wo sie nicht „wirklich dazugehören“ und in mancher Weise immer Aussenseiter bleiben. Häufig kommt es vor, dass sie ihre heimische Kultur idealisieren und wünschen, eines Tages wieder zurückzukehren. Dies wird mit der Zeit in dem Ausmaß immer schwieriger, als sie erneut Wurzel fassen und die Kinder sich in die neue Gesellschaft integrieren, heiraten und selbst Kinder haben. Jegliche Form von Stress in allen Phasen des Einwanderungsprozesses können dann leichter überwunden werden, wenn es Hilfestellungen von Seiten der Arbeitsstelle, der Großfamilie, von kirchlich - religiösen Gemeinschaften oder Freunden gibt. Weitere Unterschiede bei den einzelnen Migranten hängen mit der Lebensphase zusammen, in der sie sich gerade befinden: Ob sie allein oder mit der Familie auswanderten, ob die Migration als freiwillig, zwiespältig oder gezwungen empfunden wurde. Die Geschlechterrolle wandelt sich zum Beispiel, wenn etwa arbeitende Ehefrauen eine Machtstellung erreichen, die in Widerspruch zu ihrer früheren Rolle in der Familie steht. Es gibt unterschiedliche Schritte und eine individuell unterschiedliche Leichtigkeit sich anzupassen, und dabei Strategien und ein Problemlösungsverhalten, das individuell, familiär und kulturell bedingt ist. Wenn die Therapeuten erkennen, dass Konflikt, Schuld oder Scham Bestandteil des kulturellen Wandlungsprozesses sind, und den Familien helfen, dies als einen normalen Bestandteil in einem Entwicklungsprozess zu verstehen, werden die Probleme neu eingeordnet. Dies trägt zu einer Stärkung der Ressourcen bei.

In Deutschland gibt es Einwanderungsgruppen aus bestimmten Herkunftsländern, die sehr unterschiedliche Gründe dafür haben, warum, wie und wann sie eingewandert sind. Ausländer werden meist folgendermaßen in Deutschland eingeteilt: Gastarbeiter (von denen angenommen wird, dass sie nicht bleiben); politische und Kriegsflüchtlinge, Frauen und Männer, deren Kommen mit Heirat begründet war; die Aussiedler, d.h. Nachkommen von deutschen Migranten nach Osteuropa, vor allem nach Russland; Studenten, Reisende oder Abenteurer, die gewöhnlich bleiben, weil sie hier heirateten. Einwanderer machen 12% der deutschen Bevölkerung aus, in manchen Städten steigt der Prozentsatz über 20%. In Freiburg waren 28% aller zivilen Eheschließungen im Jahre 1999 binational. Vergleichbar sieht es auch in anderen größeren Städten Deutschland aus. (IAF 2000).

## **Interkulturelle Kompetenz in den verschiedenen Phasen des therapeutischen Prozesses**

### **Joining**

Die Therapie beginnt mit dem ersten Kontakt oder Treffen. Joining (Zusammenkommen) ist der Prozess, Raum für ein Gespräch zu schaffen, wo die Qualitäten Empathie und Vertrauen dadurch entwickelt werden, dass sich beide Seiten aufeinander einlassen. Die Praxis ist ein kultureller Zusammenhang, der therapeutische Prozess ist ein interkultureller Dialog. Es ist wichtig, genügend Zeit und Raum dafür bereitzuhalten, dass die unterschiedlichen kulturellen Sinnzusammenhänge von Therapeut oder Berater und vom Klienten aufeinandertreffen und sich wechselseitig beeinflussen. Der Therapeut kann dadurch, dass er transparent und authentisch ist und infolgedessen auch glaubwürdig wird, dazu beitragen, eine Atmosphäre zu entwickeln, die es dem Klienten ermöglicht, über sich selbst zu sprechen. Wenn Sie die

Klienten über ihre Meinungen und Sichtweisen fragen und auch offen dazu stehen, dass sie seine Kultur nur unzureichend kennen, gibt jegliche auch vorgefasste Idee von Ihnen den Klienten immer noch die Sicherheit, dass er Ihnen gegenüber offen sagen kann, was er empfindet. Zunächst einmal fängt man damit an, wo sich der Klient im Augenblick befindet. Man baut auf einem gemeinsamen Grund auf, indem man auf Sprache und bildliche Beschreibungen achtet, die der Klient verwendet, um seine Realität mitzuteilen. Dies ist ein nützliches Hilfsmittel: So ist z.B. in Südamerika der Ausdruck „nervosismo“ = Nervosität eine für den Klienten leichter akzeptierbare Form, den Zustand der Angst zu beschreiben. Wenn der Berater die Sprache des Klienten verwendet, kann er Bilder, Metaphern schaffen und erhält einen besseren Zugang zu Informationen, die sowohl auf den Inhalt als auch auf den Prozess ausgerichtet sind. Hierdurch können bessere Arbeitshypothesen aufgestellt und angemessenere Interventionen gemacht werden. Der Nachhall der Geschichte des Klienten beim Therapeuten schafft die interkulturelle Verbindung, welche die Grundlage dafür ist, ein therapeutisches Gespräch zu entwickeln. Man kann bei all den verschiedenen therapeutischen Methoden Eines sagen: Die Qualität der Beziehung zwischen Therapeut und Klient macht den Erfolg einer Therapie aus.

## Das Grüßen

Die Begrüßung hat ihre kulturellen Wurzeln und ist manchmal verwirrend. Trotzdem: Mit dem Grüßen leiten Sie den ersten Schritt ein, eine Verbindung zu etablieren. Diese einfache Handlung war für mich oft seltsam schwierig in Deutschland, wo ich die verschiedensten Klienten aus den unterschiedlichsten englisch-, spanisch- und portugiesischsprachigen Kulturen aus Europa, Afrika, Lateinamerika und Asien habe. Das Dilemma besteht darin, wie man guten Tag sagt: Händeschütteln, wie dies die Deutschen tun, auf die Wange küssen oder den anderen dadurch zur Kenntnis zu nehmen, dass man einen Augenkontakt macht oder lächelt? Und dann kommt die nächste Frage: Wie redet man sich an, mit Vor- oder Familiennamen? Sagt man sich Du oder Sie? Hier gibt es eine Vielzahl von Variationsmöglichkeiten: In Brasilien wurde ich oft Doktor Janine genannt, eine eigene Mischung aus Wärme und Respekt.

## Therapeutische Distanz

Der Grad therapeutischer Distanz wird auch sehr unterschiedlich in den verschiedenen Kulturen wahrgenommen, und ist besonders in der interkulturellen Arbeit ein strittiger Punkt. Aus diesem Grund fühlen sich die Klienten häufig entspannter, wenn der Therapeut ein wenig über sich selbst erzählt. Wenn möglich nehmen Sie sich die Zeit für zusätzliche fünf Minuten, um sich ganz allgemein mit dem Klienten zu unterhalten oder trinken Sie eine Tasse Tee zusammen. Celia Falicov's (1998) „Personalismus“ oder die asiatische „zwischenmenschliche Grazie“ (Ho 1987), oder vielleicht ist es auch „Gastfreundlichkeit“, betont die Priorität, die der persönlichen Einbeziehung des Therapeuten und Beraters gegeben wird, die für viele Klienten von Bedeutung ist, um eine Beziehung aufzubauen. Es ist wichtig, offen mit dem Klienten darüber zu reden und selbst zu wissen, welchen Grad von Distanz Sie selbst als Therapeut brauchen, um sich wohl zu fühlen bei der Arbeit und um weiterhin eine therapeutische Neutralität oder Meta-Position aufrecht zu erhalten. Auch wenn Sie sich duzen oder Vornamen verwenden, ist der Therapeut zweifelsfrei dafür verantwortlich, die Sitzungen zu strukturieren und den therapeutischen Vertrag zu klären.

Der Stil des Therapeuten hat mit dem zu tun, was Carl Whitaker in „Dancing with the Family“ (1998) „Use of Self“, die Einbringung der eigenen Persönlichkeit des Therapeuten nennt.

### Mit dem Fremden Umgehen

Klienten, die aus anderen Ländern kommen, sind anders. Ein zentraler Punkt für die Beziehung des Therapeuten mit dem Klienten ist die Art, wie er mit dem Unbekannten, dem Fremden umgeht. Dies bildet einen Teil der Gegenübertragung des Therapeuten, die besonders wichtig bei interkultureller Therapie ist. Therapeuten und Berater reagieren unterschiedlich auf ungewohnte Situationen, die sie weniger kontrollieren können und in denen sie sich unsicher fühlen. Sie können mit Unsicherheit, mit Ersatzhandlungen oder auch durch Ausweichen reagieren. Der Therapeut wird dadurch sicherer und vertrauter, dass er weitere Informationen über den Klienten und sein Glaubenssystem erwirbt, dass er sich im interkulturellen Bereich fortbildet und auch Beratung und Supervision in diesem Bereich erhält.

Der interkulturell arbeitende Therapeut kann – und dies ist ein besonders einfacher, aber wichtiger Punkt- von dem Standpunkt profitieren, den Harlene Anderson und Harry Goolishian (1992) einnehmen. Hier wird die Stellung von Therapeut und Klient getauscht: Der Klient ist der Wissende und der Therapeut der Nicht - Wissende. Beide suchen sie nach den Informationen und verfassen zusammen die Erzählung über die Realität des Klienten, die zu dessen empowerment beiträgt.

### ***Kommunikation oder Was sagen Sie, nachdem Sie guten Tag gesagt haben?***

#### Verbale Kommunikation

Kommunikation ist mehr als Sprache, und wir lernten alle von Watzlawick (1967), dass es unmöglich ist, der Kommunikation auszuweichen. Erfahrungen, Gefühle, Beziehungen und Ereignisse sind in den Sprachen eingeordnet und gespeichert, und beziehen sich auf kulturbezogene Erklärungssysteme. Kommunikation wird kulturspezifisch gelernt; dazu kommen theoretische Bezugspunkte, die ebenfalls auf sprachlichen Konstrukten fußen, vom Therapeuten erworben und ausgewählt wurden und Teil seiner wissenschaftlichen Kultur sind.

Im Idealfall sind Therapeut und Klient zweisprachig. Wo dies nicht zutrifft, ist es wichtig, mit Dolmetschern arbeiten zu können, auch wenn diese nicht durch das deutsche Gesundheitssystem bezahlt werden. Patienten sind oft gezwungen, ihre Kinder dolmetschen zu lassen, wodurch die natürliche Familienhierarchie durcheinander gebracht werden kann. Auch habe ich von Fällen gehört, dass Putzfrauen in Krankenhäusern gerufen wurden, um für Patienten zu dolmetschen. In vielen interkulturellen Settings sprechen Klienten und Therapeuten eine zweite oder dritte Sprache. Daher kommt es vor, dass Beschreibungen von Vorfällen weniger genau sind aufgrund eines begrenzteren Wortschatzes, fehlerhafter Grammatik und kürzerer Sätze. Eine klare Kommunikation herzustellen ist die Aufgabe des Therapeuten. Ich finde, dass es hilft, wenn man langsam spricht, häufig zusammenfasst und immer wieder nachfragt um sicherzustellen, dass die Botschaften auch richtig verstanden wurden. Ich halte dies für eine hilfreiche Intervention.

Als ich hier zu arbeiten begann, war mein Deutsch nicht gut genug um alles zu verstehen. Damals arbeitete ich auf Deutsch lediglich als Ko-Therapeutin. Aber ich lernte, beinahe einen sechsten Sinn im Hinblick auf Körpersprache zu entwickeln. Es war verblüffend, wie viel ich auf der Ebene des therapeutischen Prozesses verstehen konnte, ohne Teile des Inhalts zu

verstehen. Dies half mir, meine Aufmerksamkeit weg vom Inhalt und hin auf die Prozessebene zu richten. Dies halte ich für eine nützliche Fähigkeit in der Therapie.

## Non-verbale Kommunikation

Non-verbale Kommunikation spielt eine zentrale Rolle, um die Klienten zu verstehen. Hierzu gehören Aspekte wie Gestikulieren, Haltung, Ton der Stimme, Musik und Rhythmus, Lautstärke, und der Einsatz von persönlichem Raum und physischer Distanz bei der sozialen Interaktion wie Berührung und Augenkontakt. Kommunikationsstile haben mit Direktheit und Indirektheit der Ausdrucksweise zu tun, mit dem Gebrauch von Humor, Ironie, ritualisierter Sprechweise, pacing, Unterbrechungen, mit Nüchternheit, Emotionalität, mit überredenden und argumentativen oder auch mit weniger kognitiv-logischen Ausdrucksformen.

Unterschiede zwischen Geschlechtern und sozialer Schicht gibt es in allen Ländern.

High-low context cultures (stark – schwach Kontext gebundene Kulturen) ist ein Konzept des amerikanischen Anthropologen Edward T. Hall (1969). High context Kommunikation fußt auf Non-Verbalem, dem Setting und der Beziehung bzw. der Gruppenidentifikation zwischen den Kommunikationspartnern. Man vertraut weniger der einzelnen Mitteilung oder dem Inhalt. Die meisten asiatischen, arabischen und lateinamerikanischen Kulturen sind high context Kulturen. Industriestaaten wie die USA, Deutschland und die skandinavischen Länder tendieren andererseits dazu, sehr direkt und effizient im Gebrauch ihrer Worte zu sein. Diese Kulturen neigen dazu, sowohl inhalts- als auch zielorientiert zu sein. Dies schlägt sich im low - context - Kommunikationsstil nieder. Als gutes Beispiel hierfür, das bei Sue und Sue (1990) zitiert wird, ist der Kommunikationsstil von Asiaten im Vergleich zu Amerikanern bei Konferenzen, und zwar im Hinblick auf die Kommentare zu der Vorstellung von wissenschaftlichen Abhandlungen. Amerikaner und Deutsche sind schnell dabei, die schwächeren oder strittigeren Aspekte der Abhandlungen zu kritisieren. Demgegenüber folgen die Asiaten einem Ritus, bei dem derjenige, der die Abhandlung präsentiert, und auch sein Werk erst einmal gewürdigt und gelobt wird. Dann bezieht man sich direkt auf die Punkte, zu denen noch Fragen bestehen bzw. die man noch diskutieren sollte.

Wie eben dargestellt können Kommunikationsstile bestimmte Aussagen oder Verhaltensweisen in ritualisierter Form beinhalten. So können z.B. manche Klienten zu schüchtern sein, dem Therapeuten Fragen zu stellen. Schweigen kann eine ritualisierte Form sein, Autoritätspersonen respektvoll zu behandeln: Man wartet, bis man angesprochen wird. Da die meisten Therapieformen die Verantwortung für den Beginn der Unterhaltung auf den Klienten legen, könnte der Klient als passiv oder auch als der Therapie ablehnend gegenüberstehend eingeschätzt werden. Vertreter mancher Kulturen mögen Enthüllungen keineswegs schätzen – dies ist jedoch von größtem Interesse für die Psychotherapie. Sie können die Darlegung ihrer Probleme an Fremde als peinlich empfinden; dies könnte die Probleme noch verschlimmern. Sie können meinen, dass es der eigenen Familie Schande bringt. Sie können auch einfach nur denken, dass es individualistisch oder der Luxus der oberen Klassen ist, so viel Zeit zu haben um über sich selbst zu reden. Nicht alle westlichen Therapieansätze, z.B. die Verhaltenstherapie, gehen davon aus, dass Einsicht wesentlich für Veränderungen ist.

## Das Setting Strukturieren

Klarheit ist ganz wesentlich, um eindeutig das Setting, die Erwartungen und Rollen in der therapeutischen Beziehung und bei der Formulierung des therapeutischen Vertrages zu definieren. Im Hinblick auf die Struktur und das Setting der Therapiesitzungen ist es sehr wichtig, klar zu sein über den Faktor Zeit. Schreiben Sie die Daten und Zeiten der Sitzungen für den Klienten auf, und vergewissern Sie sich, dass dem Klienten klar ist, was von ihm

erwartet wird hinsichtlich Pünktlichkeit und Absage von Sitzungen. Erklären Sie unzweideutig den Unterschied zwischen einer Verabredung und einer Sprechstunde, die der Klient vielleicht aufgrund von Besuchen bei Ärzten kennt. Dinge sind hier nicht so selbstverständlich wie bei deutschen Klienten. Psychotherapie ist meist unbekannt in Ländern der Dritten Welt. Zeit ist ein anderes Element, das alle Aspekte des Lebens durchdringt, und hat eine kulturelle Konnotation. Pünktlichkeit wird z.B. in Deutschland als Respekt und Verlässlichkeit definiert, während es in anderen Kulturen selbstverständlich ist, dass sich Dinge oft verzögern. Sie müssen berücksichtigen, dass die Planung der Zukunft in vielen Kulturen eine minimale Rolle spielt, wo die Zukunft als etwas Abstraktes gesehen wird, auf das man nur wenig Kontrolle ausüben kann.

Wie kam der Klient?

Fragen Sie ganz am Anfang, wer den Klienten zu Ihnen geschickt hat. Es ist äußerst wichtig zu wissen, wie der Klient gekommen ist. Ist der Klient interessiert oder motiviert, und wie genau? Was hat er davon verstanden, wer Sie sind und was Sie machen und warum er selbst hier ist? Was erwartet der Klient, dass Sie für ihn tun können? Vorsicht, Nach-Fallen-Ausschauen oder Misstrauen mögen angepasste Strategien in der Vergangenheit gewesen sein, und zwar entweder aufgrund von politischer oder religiöser Verfolgung im Heimatland, oder aufgrund von negativen Erfahrungen mit institutionellen Barrieren im Gastland. Klienten tendieren dazu, bei der Therapie zu bleiben, wenn die Rollen gut abgeklärt sind. Die erste Sitzung ist oft entscheidend dafür, ob sie zurückkommen oder nicht. Wenn eine Familie mehrere Sitzungen mit Ihnen gemacht hat und danach nicht wiederkommt, stellen Sie sicher, dass Sie dort anrufen und sie womöglich zu einer weiteren Sitzung ermutigen, um die künftige Richtung der Therapie zu bestimmen.

### ***An das Problem Herangehen***

Die Sprache der Krankheit

Anne Fadiman (1997) stellt in ihrer Arbeit mit Hmong Kindern in den USA eine Reihe von Fragen vor, um die Erklärungsmodelle eines Patienten zu erleuchten. Als Beispiele seien folgende Fragen genannt: Wie nennst Du das Problem? Was denkst Du, dass die Krankheit bewirkt? Wie funktioniert sie, wie ernst ist sie und wie lange glaubst Du, dass sie dauern wird? Wie würde die Krankheit in Deiner eigenen Kultur behandelt? Nach was für Hilfe und Unterstützung würdest Du dort suchen? Welches sind die wichtigsten Ergebnisse, die Du durch die Behandlung erzielen möchtest? Diese und andere Fragen können dem Therapeuten dabei helfen, dem Klienten zu helfen.

Es gibt eine Sprache, in der Krankheiten beschrieben werden, die in manchen Kulturen minimiert werden, da es dort nicht schicklich ist, über Leiden zu sprechen, während in anderen erwartet wird, dass man sich beklagt und übertreibt. Angstzustände oder Depression, Trauma, Schlafstörungen, Alkoholmissbrauch und ähnliche Symptome sind häufige somatische Wege, Probleme in einer Form auszudrücken. Dies mag für die Klienten einfacher und sozial akzeptabler sein. Die ethnische Herkunft, soziale Klasse und kulturelle Orientierung beeinflussen die Art, wie der Klient seine Situation oder seine Beziehungsmuster beschreibt. Verbale Fähigkeiten sind positiv korreliert zu sozialer Klasse und Bildungsniveau. Therapeuten sollten sehr sorgfältig über ihre Interpretation von Klienten nachdenken, die weniger verbal explizit, gehemmt, unterwürfig, passiv, ohne Spontaneität, unterdrückt oder widerborstig, ausweichend oder auch argumentativ sind. All diese Verhaltensweisen mögen normal sein aus der Sicht des kulturellen Zusammenhangs der Kultur des Klienten. Die Bedeutung, die für den Einzelnen sein eigenes im Vergleich zum

gemeinschaftlichen Wohlbefinden hat, spielt in vielen Ländern eine geringere Rolle als in den Industriestaaten. Die Großfamilie, Familienklans oder Stammeseinheiten sind in Asien, Afrika und Lateinamerika noch häufig intakt. Probleme werden häufig mit den Stammesältesten gelöst. In vielen Kulturen gibt es auch keine Trennung von Körper, Geist und Seele, sie funktionieren nicht linear in einer Ursache – Wirkung Beziehung, und sind mehr prozess- als zielorientiert. Eine holistischere Methode ist infolgedessen passender für das Erklärungssystem des Klienten. In Agrarkulturen ist die Natur wesentlich für das Überleben und spielt in allen Aspekten des täglichen Lebens eine Rolle. Natur kann nicht leicht kontrolliert werden. Klienten können daher Probleme anderen Kräften außerhalb von sich selbst zuschreiben; Therapeuten sollten vorsichtig sein, dies als Passivität, Unverantwortlichkeit oder eine Art von Fatalismus zu interpretieren. Es gibt Kulturen, wo jegliche Art von Planung schwierig ist: Eine Klientin erzählte mir, dass Du bei ihr zu Hause nie wüsstest, ob Du von einer Bombe getroffen würdest. Wie ich es selbst in Brasilien erlebte, oder wie dies erst kürzlich in Argentinien passierte, können plötzliche Währungsabwertungen erfolgen: Die Bankkonten werden eingefroren, erst später kommt man wieder an das Geld heran, und es ist nur mehr halb soviel wert wie vorher. Die Gegenwart ist die einzige Wirklichkeit, über die man eine Aussage machen kann.

Es ist ganz wichtig, dass Sie sich daran erinnern, dass der Klient sie möglicherweise als einen Doktor, einen Mediziner oder einen Priester oder als Heiler sieht. Es kann eine wirkliche Hilfe sein, wenn Sie solchen Sichtweisen gegenüber offen sind, sie respektieren und wenn Sie entsprechende Formen der Eingeborenen, etwa Natur- bzw. spirituelle Heiler einsetzen, oder auch die Großfamilie einschließen bzw. sich mit den Sprechern der Gemeinschaft beraten. Therapeuten müssen sich darüber im Klaren sein, dass ihre Werte von der herrschenden Gesellschaft bestimmt sind und sie persönlich und professionell insofern beeinflussen, als sie ihre Einschätzungen und ihre Definitionen davon prägen, was normal und abnormal ist. Von ihnen hängt ab, was als guter Klient bezeichnet wird. Unbewusst kann so der Therapeut ungerecht sein. Daher ist es gut, sich über den Einfluss von Rassismus und Diskriminierung klar zu sein und nach Aufenthaltsgenehmigung oder legalen Problemen zu fragen: Ein ungeklärter oder illegaler Einwandererstatus kann auch eine Rolle für die Verhaltensweise des Klienten spielen. Dies bleibt oft verborgen, und der Klient distanziert sich vom Arzt oder Therapeuten, der in einer Machtposition wahrgenommen wird.

### Die Migrationserzählung

Zur Einschätzung des Problems ist es wichtig, eine Migrationserzählung zu erstellen, die das Bezugssystem für das Verständnis des Warum, Wann und Wie der Migration des Klienten ist. (Falicov 1998). Der Therapeut beginnt damit, den Klienten über die der Migration vorangehenden Erfahrungen zu fragen. Wie war sein Leben in seinem Heimatland? Es folgen weitergehende Fragen: Warum und wie sind sie von dort weggegangen? Wie lange sind der Klient oder seine Familie hier? Wer kam zuerst und wer blieb zurück oder kam später? Wer fehlt noch? Meist sind es Ehepartner (in der Regel die Ehefrauen) und Kinder, die zur Migration gedrängt werden. Politische oder Kriegsflüchtlinge haben oft post-traumatische Erfahrungen, die mit Verfolgung, Krieg, Missbrauch, Verlust oder Gewalt verbunden sind. Das erneute Erleben dieser Erfahrungen, das Anknüpfen an seine eigene Geschichte, indem er darüber erzählt, kann dem Klienten helfen, seine Würde wiederzugewinnen, was wiederum eine heilende Wirkung hat. Bei Heiratsmigranten kann es sich um gewünschte Migrationen halten: Sie mögen oft unrealistische Erwartungen an das Heimatland der Ehepartner haben, das sie nur aus Geschichten oder über Bilder kennen. Bei diesen Familien gibt es eine führende Person und ein Anhängsel. Kulturwandel dürfte als eine anstrengende und eventuell bedrohliche Erfahrung für die Familieneinheit verstanden werden. Das Ausmaß der Anspannung und Beanspruchung ist zum Teil bestimmt durch das Ausmaß der

Unterschiedlichkeit zwischen Heimatland und seiner Kultur auf der einen Seite und Gastland und dessen Kultur auf der anderen Seite. Migration beeinflusst die Familienhierarchie, Machtfragen, Definition der Rolle von Geschlecht und Alter, was alles noch verschärft wird durch die Schwierigkeiten der Familie, sich in die neue Umgebung einzufinden. In einer Familie können unterschiedliche Bedürfnisse und eine unterschiedliche Anpassungsgeschwindigkeit bestehen. Migranten unterstützen häufig ihre Familien im Heimatland und ihre Kernfamilie im Gastland. Solche Probleme werden angesprochen, wenn der Therapeut den Klienten nach seiner Migrationsgeschichte fragt. Letzterer neigt häufig dazu, die alte Kultur leicht idealisiert darzustellen, und man kann häufig polarisierende und widersprüchliche Positionen oder Haltungen innerhalb einer Familie sehen. Ambivalente oder gezwungene bzw. unvorbereitete Migrationen schaffen häufig Verwirrung. Daher ist es wichtig, den Grad der kulturellen Anpassung der Familie als Ganzes als auch der einzelnen Familienmitglieder zu erfassen. Es existieren große Unterschiede zwischen Familienmitgliedern im Hinblick auf Lebensphase, kulturelle Unterschiede, in der Abfolge, dem gewählten Zeitpunkt, Phasen, Übergängen, Ritualen, angemessenen Verhaltensweisen und Lösungen von misslichen Lebenslagen in Verbindung mit persönlicher Geschichte und Ressourcen. Laufende Anpassungsstrategien werden besser so verstanden, dass sie eine Funktion für den Klienten haben. Sie sind eher ein Lösungsversuch als lediglich ein gestörtes kulturelles Anpassungsmuster. Solche Anpassungsmechanismen mögen für den Klienten in früheren Lebenssituationen angemessen gewesen sein. So hilft das re-framing dem Klienten, sein Verhalten ohne Schuld oder Tadel zu sehen. Meist kommen die Klienten mit Bedürfnissen, mit denen man sich sofort befassen muss, und erst später ergibt sich die Möglichkeit und auch die Motivation, nach einer zugrundeliegenden Familien- oder persönlichen Dynamik zu schauen. Da die Einwanderung ein Gefühl von Nicht-Dazu-Gehören verstärkt, mögen einzelne Familienmitglieder die neue Kultur als eine Bedrohung empfinden. Wenn die Anpassungsgeschwindigkeit sehr unterschiedlich ist, kann es vorkommen, dass einige Mitglieder sich abkoppeln und isolieren, oder auch Loyalitätskonflikte erleben, da sie nicht länger in der Lage sind, die Werte und den Lebensstil der Familie zu akzeptieren. Dieser Prozess, eine bikulturelle Familienidentität zu erwerben, kann sich über Generationen hinziehen. Er impliziert die Mischung alter und neuer Werte und Traditionen. Dies ist ein zentraler Aspekt kultureller Anpassung.

### ***Gemeinsame Ziele Definieren***

Das Aufstellen gemeinsamer Ziele ist Teil der Formulierung des therapeutischen Vertrages. Die meisten Klienten geraten in eine Krise und haben sehr konkrete Probleme. Ziele sollten auf der Basis der Bedürfnisse der Klienten und nicht der Therapeuten definiert werden. Die Ziele können sich für die verschiedenen Familienmitglieder unterscheiden. Das bedeutet dann, dass herausgefunden werden muss, wo die gemeinsamen Ziele liegen, und dass zwischen den divergierenden Zielen und Erwartungen verhandelt werden muss. Fragen Sie die Klienten, was für sie ein gutes Ergebnis wäre. Es hilft, wenn man kurzfristige Ergebnisse ansteuert, und zwar Schritt für Schritt. Denken Sie daran, dass es viele Kulturen gibt, deren Mitglieder nicht lange in die Zukunft projizieren. Wenn man sich anfangs Ziele setzt, sollte man sich nur auf eine begrenzte Anzahl von Sitzungen verpflichten. Die anfänglichen Ziele beziehen sich gewöhnlich auf praktische Hilfe und Krisenintervention, wo es im Allgemeinen ein effektiverer Arbeitsstil ist, direkte Anleitungen zu geben. Die erste Serie von Problemen ist für viele Klienten mit dem täglichen Überlebensstress und mit Sofortlösungen verknüpft. Sie sind dann gewillt, die Situation zu reflektieren, wenn sich ihre Krisensituation im Hinblick auf Familie und persönliche Belange stabilisiert hat. Wenn die Klienten ihre Familien dabei haben oder auch wenn sie bereits längere Zeit in Deutschland gelebt haben, kann es sein, dass sie eine Vielzahl von Problemen haben, an deren Lösung verschiedene Leute, Psychologen,

Sozialhelfer etc. beteiligt sind. In diesem Falle ist Netzwerkarbeit oder auch gegebenenfalls eine Helferkonferenz unter Einschluss der verschiedenen Institutionen und beteiligten Mitarbeiter hilfreich oder notwendig. Dies bedeutet, dass der Therapeut gut in seinem Arbeitsfeld vernetzt ist.

### ***Die Problemlösungsphase und Interventionen***

Nach der Phase, in der das Problem definiert wird, beginnt der Therapeut Hypothesen zu formulieren. Die meisten bei der eigenen klinischen Erfahrung kennengelernten Interventionen können an die interkulturelle Therapie angepasst werden. Weiter unten sind zahlreiche Beispiele von Ihnen bereits wohlbekanntem Handwerkszeug, das vom Repertoire der Therapeuten abgeleitet werden kann.

Fragen sind die am meisten von den Therapeuten verwendeten Interventionen: zirkuläre Fragen (Palazzoli et al. 1978), Klassifikationsfragen und Ausnahmefragen (de Shazer 1985), zukunftsorientierte Fragen und Fragen nach möglichen Ressourcen tragen zum „empowerment“ der Familie bzw. des Klienten bei.

Durch die Verwendung von zukunftsorientierten Fragen können Möglichkeiten eröffnet werden, die den Familien eine Vorschau auf mögliche Lösungen, Muster und cultural blends geben. All dies erlaubt es dem Therapeuten, ein kultureller Makler zwischen kulturellen Bedeutungssystemen zu sein. Das „re-framing“ kann verwendet werden, um das dargestellte Problem als ein Dilemma von nebeneinander bestehenden kulturellen Bedeutungssystemen zu sehen, und um diese Probleme innerhalb der Entwicklungsphasen des kulturellen Wandels in den Blick zu fassen.

Indem der Therapeut die Familienmitglieder zu einem interpersonellen Austausch bringt, Ungleichgewichte produziert und dann wieder einen neuen Ausgleich herstellt, wird er sich über Allianzen, Hierarchien, Geschlechterrollen, Familienregeln und Kommunikationsstile bewusst und in die Lage versetzt zu beurteilen, wie das System funktioniert, und die Kommunikations- und Verhaltensmuster zu erkennen. Der Beurteilungsprozess kann ebenfalls als Intervention angesehen werden. Dies hängt von der Absicht des Therapeuten und vom Ergebnis ab. Der Therapeut müsste in der Lage sein zu beantworten, warum er eine bestimmte Frage stellt, oder warum er eine besonders geartete Intervention macht. Es trägt wesentlich zu einem guten Ergebnis bei, wenn der Therapeut flexibel mit seinen eigenen hilfreichen Antworten und fähig ist, von einer eher direktiven zu einer weniger direktiven Vorgehensweise überzugehen, und auf konkrete Handlungsweise zielende wie auch prozessorientierte Hypothesen zu formulieren. Therapeuten agieren wie Anwälte des Klienten auf ihrem Weg zu einer bikulturellen Lebensform, indem sie Bilder und Metaphern von beiden Kulturen verändern.

Wenn man eine Migrationserzählung (Falicov 1998) macht, finde ich es nützlich, damit auch die Genogramm Arbeit von McGoldrick (1985) und Estrada and Honey (1998) zu verbinden, um die Familienbeziehungen über Generationen, Veränderungen des Lebensstils und Migrationserfahrungen der Familie besser visualisieren zu können.

Non-verbale Techniken sind ebenfalls sehr nützlich. Dual sculpturing (Landau 1982) dient dazu, Konflikte im Kontext kultureller Wandlungsprozesse besser zu beurteilen, indem man den physischen Raum visualisiert und die Familie befähigt, ihre Lage in einem anderen Licht zu erfahren und neue Optionen zu ergründen. Viele non-verbale Techniken sind nützlich, wie z.B. Mein Haus in meinem Heimatland Zeichnen / Mein Haus in meinem Gastland Zeichnen, Körperskulpturen (Duhl 1983). Sie helfen, Beziehungen, Ausrichtungen, Hierarchien, innere Landkarten bildlich aufzuzeigen, indem sie Gefühlen eine physische Form geben. Die Realität vor der Migration wird mit der gegenwärtigen Lage und auch mit künftigen Ausrichtungen und Möglichkeiten verglichen. Ferner kann ein Ko-Therapeut oder Berater aus der Kultur des Klienten verwendet werden, oder auch ein Verbindungsglied aus der Gemeinschaft des

Klienten, der weiter ist in seinem kulturellen Transformationsprozess, um als kultureller Makler (Landau 1982) zu dienen. Der Konstruktivismus bietet ebenfalls Interventionen an (White und Epstein 1990), indem er Probleme oder Eigenschaften externalisiert, ihnen einen Namen gibt und über diese in der dritten Person spricht. Netzwerktreffen und der Aufbau von Selbsthilfegruppen mobilisieren soziale Ressourcen, indem man sich mit Bedürfnissen und Verbindungen an andere Systeme richtet. Dies steigert das Selbstwertgefühl und hebt den Sinn für Gemeinschaft und Zugehörigkeit. (Elkaim 1989, Radice von Wogau 1993). Bert Hellinger's (1994) oder andere Variationen von Familienaufstellung können ebenfalls benutzt werden, um Fragestellungen im Zusammenhang mit Migrationsloyalitäten und Änderungen in der Familiendynamik zu bearbeiten.

In den letzten zwei Jahren bearbeiteten einige deutsche Therapeuten in interessanter Form bekannte systemische Fragestellungen und wendeten diese bei ihrer Arbeit mit kulturell unterschiedlichen Klienten an. Dies spiegelt das wachsende Interesse und die größere Bedeutung wider, die der therapeutischen Arbeit mit ausländischen Klienten gegeben wird. Im Folgenden möchte ich auf einige dieser Arbeiten verweisen: Wichtige Fragen zur Selbsterfahrung im Rahmen transkultureller Therapie (Gallisch, v. Schlippe, El Hachimi 2002, S. 605); Zirkuläre Fragen im Rahmen transkultureller Therapie (Gallisch et al. 2002, S. 613-614); Zirkuläre, hypothetische und Fragen zu Kindern, Familienstrukturen, Ressourcen und binationalen Paaren (Oestereich 1996); Mögliche Fragen zu Ritualen in multikulturellen Familien (Gallisch et al. 2002, S. 617); Kritische Reflexion der eigenen Stereotype (Gallisch et al. 2002, S. 606); Das Tal der Erkenntnis: Der "Werkzeugkoffer", Spezifische Zugänge zu multikulturellen Kontexten (v. Schlippe et al. 2003, S. 97-131).

### ***Beendigung der Therapie: „Auf Wiedersehen“ Sagen***

Die Therapie endet wie ein leeres Nest. Dieses Ende ist ein schwieriger Teil des therapeutischen Prozesses, da es keineswegs immer leicht ist zu wissen, wann und wie man „auf Wiedersehen“ sagt. Es ist ein sehr komplexes Unterfangen, den Therapieerfolg zu evaluieren, aber man kann ganz allgemein sagen, dass Therapie verbunden ist mit Wachstum und Autonomie. Gesunde Familien sind flexibel und offen; sie können mehr Initiative ergreifen und mehr Verantwortung für ihr eigenes Leben übernehmen. Immigrantenfamilien entwickeln Inseln für sich selbst, wo sie sich zu Hause fühlen, leben und arbeiten können, ihre Kinder zur Schule schicken und Teil des Gemeinwesens in der Kultur sein können, in die sie eingewandert sind. Dieses neue Leben und die Erarbeitung einer neuen kulturellen Identität ist von zentraler Bedeutung für die Integration. Es ist positiv, offen darüber zu reden, wie Dinge anfangs waren und was anders geworden ist. Lassen Sie die Tür offen für zukünftige Kontakte, die der Klient aufnehmen kann - falls notwendig. Die Therapie endet, setzt sich aber auch fort. So wie das Leben weiter geht, haben beide Parteien die Dinge weiterhin bei sich, die sie gelernt und an denen sie gemeinsam teilgenommen haben.

### ***Ausblick***

Dieser Artikel beabsichtigt, zu einer erhöhten Bewusstheit und Sensibilisierung in der Arbeit mit Klienten aus unterschiedlichen Herkunftskulturen beizutragen. Er ermutigt die Mitarbeiter im Gesundheitswesen, Forschungsprogramme sowie Ausbildungsprogramme im Bereich der interkulturellen Kompetenz zu unterstützen und sich in Berufsverbänden und Vereinen daran zu beteiligen, Unzulänglichkeiten, Vorurteile und diskriminierende Praktiken innerhalb des deutschen Gesundheitswesens zu berichtigen. (vgl. hierzu die persönlichen Erfahrungen der Autorin.) Er ist außerdem ein Aufruf, dazu beizutragen, dass biculturellen Beratern und Therapeuten Arbeitserlaubnis gegeben wird und sie im Gesundheitssystem und bei den sozialen Diensten angestellt werden. Europa wächst zusammen und zunehmende

Einwanderung ist sicherlich Teil eines künftigen Europa. Aber das öffentliche Gesundheitssystem hat dies noch nicht zur Kenntnis genommen. Der private Sektor ist sich bereits über die Bedeutung von Kultur bei der Vermarktung von Produkten und bei interkulturellem Teamwork klar geworden. Das wichtigste Ziel dieses Artikels ist vielleicht, Psychotherapeuten dazu anzuregen, mehr kulturelle Sensibilität, Neugierde, Respekt und Toleranz, sowie die Fähigkeit zu entwickeln, die kulturellen Faktoren in ihre Überlegungen einzuschließen. Interkulturelle Kompetenz kann gelernt werden durch Ausbildung, Supervision, Lesen, Reisen und durch die Arbeit mit interkulturell kompetenten Kollegen. Mit kulturell verschiedenen Klienten zu arbeiten, öffnet die Tür zu einer reicheren und weiteren Welt. Therapie ist eine Kunst und gleichzeitig auch eine Fertigkeit, und die Kompetenz des Therapeuten ist seine stärkste Interventionsmöglichkeit.

## Literaturverzeichnis

- Anderson H, Goolishian H (1992) Der Klient ist Experte: Ein therapeutischer Ansatz des Nicht-Wissens. *Zeitschrift für Systemische Therapie* 10 (3):176-199
- Anderson H, Goolishian H (1988) Human Systems as Language Systems: Preliminary and Evolving Ideas about Implications for Clinical Theory. *Family Process* (27): 371-393
- Bay T, Stein B, Wirsching M (1993) Möglichkeiten zur Verbesserung der psychosomatischen Grundversorgung von MigrantInnen in der Hausarztpraxis. In: Nestman F, Nepal T (Hrsg) (1993) *Beratung von Migranten: Neue Wege der psychosozialen Versorgung*. Robert Bosch Stiftung, VWB, Berlin
- Bean R, Perry B, Bedell T (2001) Developing Culturally Competent Marriage And Family Therapists: Guidelines For Work With Hispanic Families. *Journal of Marital and Family Therapy* 27(1): 43-54
- Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg)(2000) *Daten und Fakten zur Ausländersituation*, Berlin / Bonn
- Duhl B (1983) *From the Inside Out and Other Metaphors*. Brunner / Mazel, New York
- De Shazer S (1985) *Keys to Solutions in Brief Therapy*. Norton, New York
- Eberding A (1995) *Sprache und Migration*. Verlag für Interkulturelle Kommunikation, Frankfurt
- Eberding A, Schlippe A von (2001) *Gesundheit und Migration: Konzepte der Beratung und Behandlung von Migranten*. In: Marschalck P, Wiedl K H. (2001) *Migration – Krankheit und Gesundheit. Aspekte von Mental Health und Public Health in der Versorgung von Migranten*. Universitätsverlag Rasch, Osnabrück, S. 261-282
- Eckert J, Reimer C, Strauss B (2002) *Psychotherapie mit Migranten: Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie*. *Psychotherapeut* (47): 336-346
- El Hachimi M, Schlippe A von (2000) *Systemische Therapie und Supervision in multikulturellen Kontexten*. *System Familie* (13): 3-13
- Elkaim M (1989) *Las Practicas de la Terapia de Red*. Gedisa, Barcelona
- Estrada A, Honey P (1998) *Genograms in a Multicultural Perspective*. *Journal of Family Psychotherapy* 9(2): 55-62
- Fadiman A (1997) *The Spirit Catches You and You Fall Down: A Hmong, Her American Doctors and the Collision of Two Cultures*. Noonday, New York
- Falicov C (1998) *Latino Families in Therapy: A Guide to Multicultural Practice*. Guilford Press, New York

Falicov C (1995) Training to Think Culturally: A Multidimensional Comparative Framework. *Family Process* (34): 373-388

Friese P, Kluge I (Hrsg)(2000) *Fremdheit in Beratung und Therapie: Erziehungsberatung und Migration*. Band 7, Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V., Fürth

Gallisch M, Schlippe A von, El Hachimi M (2002) *Transkulturelle Paar- und Familientherapie*. In: Wirsching M, Scheib P (Hrsg) (2002) *Paar- und Familientherapie*. Springer. Berlin, S. 599-621

Guc F (1991) *Familientherapie mit Immigrantenfamilien*. *Familiendynamik*. 16(1): 2-23

Hall E T (1969) *The Hidden Dimension*. Doubleday, New York

Hegemann T, Lenk-Neumann B (Hrsg) (2002) *Interkulturelle Beratung: Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung*, Band 2. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin

Hellinger B (1994 ) *Ordnung der Liebe: Ein Kurs-Buch von Bert Hellinger*. Carl Auer, Heidelberg

Ho, Man Keung. (1987 ) *Family Therapy with Ethnic Minorities*. Sage Publications, London

IAF (Verband bi-nationaler Familien und Partnerschaften e.V.) (Hrsg) (2000) *Jahresbericht 2000*, Frankfurt

Kleinman A, Eisenberg, Good (1978) *Culture, Illness and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research*. *Annals of Internal Medicine*, (88): 125-141

Landau J (1982) *Cultural Transition*. In McGoldrick M, Pearce J K, Giordano J (Hrsg) (1982) *Ethnicity and Family Therapy*. Guilford Press , New York, S. 552-573

Mead, M. (1973) *Coming of Age in Samoa*. USA, American Museum of Natural History Special Members Edition

McGoldrick M, Pearce J, Giordano J (Hrsg.)(1982) *Ethnicity and Family Therapy*. Guilford Press, New York

Mc Goldrick M, Gerson R (1985) *Genograms in Family Assessment*. Norton, New York

McGoldrick M (Hrsg) (1998) *Re-Visioning Family Therapy: Race, Culture and Gender in Clinical practice*. Guilford press, New York

Nichols M, Schwartz R (1995) *Family Therapy: Concepts and Methods (Third Edition)*. Allyn and Bacon, Boston

Oestereich C (1996) *Zwischen den Kulturen: Transkulturelle Beratung und Therapie*. *Pro Familie Magazin*, 1/96

- Ponterotto J G, Casas J M (1988) In Search of Multicultural Competence within Counselor Education Programs. *Journal of Counseling and Development*, (65): 225-241
- Schlippe A von, Schweitzer J (1996) *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Schlippe A von, El Hachimi M, Juergens G (1997) Systemische Supervision in multikulturellen Kontexten. *Organisationsberatung, Supervision, Clinical Management* (3): 207-224
- Schlippe A von, El Hachimi M, Juergens G (2003) *Multikulturelle systemische Praxis: Ein Reiseführer für Beratung, Therapie und Supervision*. Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg
- Schwabe K, Palmowski W (1999) Aspekte der systemischen Beratung mit Migrantenfamilien. *Systemische Therapie* 17(2): 76-84
- Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G (1978) *Paradox and Counterparadox*. Jason Aronson, New York
- Sluzki C (1989) Disrupción de la red y reconstrucción de la red en el proceso de migración. In: *The Bulletin: Journal of Berkshire Medical Center* 2(3): 67-71
- Sluzki C (2001) Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Hegemann T, Salman R (Hrsg) (2001) *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S.101-115
- Sue D W, Sue D (1990) *Counseling the Culturally Different: Theory and Practice*. John Wiley & Sons, New York
- Sue, D. W & Sue, D. (2003) *Counseling the Culturally Different: Theory and practice*. John Wiley & Sons, 4<sup>th</sup> edition, New York
- Walters M, Carter B, Papp P, Silverstein O (1988) *The Invisible Web: Gender Patterns in Family Relations*. Guilford Press, New York
- Whitaker C A, Bumberry W M (1998) *Dancing with the Family: A Symbolic Experiential Approach*. Brunner / Mazel, New York
- Watzlawick P, Beavin J H, Jackson D D (1967) *Pragmatics of Human Communication*. Norton, New York
- White M, Epstein D (1990) *Literate Means to a Therapeutic Ends*. Norton. New York
- Wirsching M, Scheib P (Hrsg) (2002) *Paar- und Familientherapie*. Springer. Berlin
- Wogau von Radice, J. (1993): *Der Netzwerkansatz*. *Kontext* 24 (2): 47-57

Janine Radice von Wogau  
Schlossbuck 2 A  
79112 Freiburg – Munzingen  
tel/fax: 07664-4489  
E-mail: [janineradice@t-online.de](mailto:janineradice@t-online.de)

#### Zur Autorin

Die Autorin, Janine Radice von Wogau, Dipl.Psych. / University of Washington, lebt seit 1992 mit ihrem Mann und ihrer Tochter in Deutschland. Sie ist psychologische Psychotherapeutin für Paare und Familien. Sie arbeitet an der katholischen Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstelle, Freiburg, und in ihrer Privatpraxis. Therapeutisch arbeitet sie vor allem mit Einwanderern und binationalen Paaren aus Nord- und Südamerika, Europa, Afrika und Asien in Englisch, Portugiesisch, Spanisch und Deutsch. Frau Radice von Wogau wurde in den USA geboren und wuchs dort auf. Sie lebte 16 Jahre in Lateinamerika und arbeitete als Psychologin in Ecuador, Chile und im Nordosten Brasiliens.

#### *Anmerkung*

Die Autorin hatte seit 1996 eine Privatpraxis auf der Basis der Kostenerstattung. Nach Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes hatte dessen enge Auslegung zur Folge, dass ihr Antrag auf Zulassung durch die Sozialgerichte im Jahre 2001 abgelehnt wurde. Ein zusätzlich gestellter Antrag auf Sonderbedarf für interkulturelle Psychotherapie wurde von der KV Freiburg 2002 ebenfalls abgelehnt. Ein weiterer Antrag auf Ermächtigung liegt noch beim Sozialgericht Freiburg.