

Kapitel X. 30

Gesundheit und Interkulturelle Klinik

Jean Baptiste Fotso-Djemo, Hagen Kordes

Die Autoren

Fotso-Djemo, Jean Baptiste: Psychologe und Psychotherapeut, Dozent an der Universität Paris X, Autor des Buches *Le regard de l'Autre. Médecine traditionnelle africaine* („Der Blick des Anderen. Traditionelle afrikanische Medizin“), Paris, ACCT – Silex 1982.

Kordes, Hagen: Bildungsgangforscher, Universitäten Münster und Pondicherry

Schlüsselwörter

Ethnische Identität
Ethnopschoanalyse
Ethnopsychiatrie

Gettopädagogik
Gesundheit

Heilung

Integrale (Körper-Geist)Medizin
Interkulturelle Klinik
Interkulturelle Migrations-Analyse

Kultur
Kulturkrankheit

Medizin (universell)
Metakulturelle Ethnopsychiatrie
Migrationsarbeit
Multikulturelle Beratung

Transkulturelle Ethnopsychiatrie

Gesundheit und Interkulturelle Klinik

Jean Baptiste Fotso-Djemo, Hagen Kordes¹

Der Stationsarzt des Patienten bat den Psychologen Dr. R. R. Holt, ein Überweisungsschreiben folgenden Inhalts an den Anthropologen zu übermitteln: „Wir haben hier einen indianischen Patienten, der nach unseren üblichen Kriterien psychotisch zu sein scheint. Es ist allerdings möglich, dass wir seinen psychiatrischen Status fehleinschätzen, dass er eben einfach ein Indianer ist, dessen Persönlichkeitsstruktur und Verhalten wir nicht voll verstehen können. Eine Konsultation durch den Anthropologen ist deshalb wünschenswert.“ Der Wortlaut dieser Mitteilung spiegelt deutlich die Entschlossenheit des überweisenden Arztes, den Patienten in dessen eigenen Voraussetzungen zu akzeptieren und ihm entsprechend seinen wirklichen Bedürfnissen zu helfen. (Devereux 1985, 26)

„Die wachsende Kompetenz von Psychotherapeuten, sich auf Patientengruppen einzustellen, die in unterschiedlicher Richtung stark vom Selbstverständnis bürgerlicher Normalität und ‚Autonomie‘ in ihrem Erleben, Sichverhalten, in ihrer Mentalität und Lebensweise abweichen, hat die Grenze der sogenannten Therapierbarkeit beträchtlich verschoben, leider jedoch nicht voll aufgehoben. Zu Süchtigen, Dissozialen, Narzisstischen und Schizoiden Charakteren, auch zu Menschen mit psychotischen oder psychosomatischen Störungen, zu schwer somatisch Kranken und Behinderten, aber auch zu extrem sozial und politisch Belasteten: Randgruppen, politisch Verfolgten, Gastarbeitern und Minoritätsgruppen verschiedener Art haben Psychotherapeuten, die sich spezifisch informiert und engagiert haben, Zugang gefunden und damit bewiesen, dass die bezüglich vieler dieser Gruppen von manchen Psychotherapeuten konstatierte Unzugänglichkeit oder Nicht-Therapierbarkeit eine Folge der besonderen (für diese Patientengruppen nicht geeigneten) Umstände ist, mit denen die Annäherung dieser Therapeuten an diese Patientengruppe ganz selbstverständlich und unbemerkt für die Therapeuten verbunden ist, die ein professionelles Interaktionsartefakt darstellt.“ (Fürstenau 1992, 36)

Interkulturelle Beziehungen zwischen Kultur und Krankheit: Kulturkrankheiten

Kultur liegt in der doppelten Dimension von Raum und Zeit begründet. Daher variiert auch das Verständnis von „Normalität“ und „Pathologie“ zwischen den historischen Epochen und zwischen den kulturellen Räumen. Ohne hier näher auf Georges Devereux² Ausführungen über das idiosynkratische und das ethnische Unbewusste einzugehen, wollen wir doch darauf hinweisen, dass beispielsweise die noch vor 30 Jahren geläufige katatonische Schizophrenie

1 Die ersten beiden Unterkapitel sind einem Artikel von Fotso-Djemo im französischen Vorläuferband entnommen. Diese erfahren eine Vervollständigung durch die übrigen vier von Hagen Kordes gelieferten Unterkapitel.

2 Georges DEVEREUX, der zusammen mit Géza ROHEIM die Ethnopsychiatrie ins Leben rief, unterscheidet zwischen einem „idiosynkratischen“ Unbewussten (das in etwa dem subjektiven Unbewussten im freudschen Sinne entspricht) und einem „ethnischen“ Unbewussten. Letzteres ist aber nicht mit dem „kollektiven“ Unbewussten nach Carl Jung zu verwechseln, wenngleich sich beide auf eine kollektive, von Generation zu Generation weitergegebene kollektive Dimension beziehen. (Lektüre hierzu: *Essais d'Ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, 1970)

(Spannungsirresein)¹ heute kaum noch anzutreffen ist. Dafür entstehen neue Pathologien: männliche Hysterie, Grenzzustände, Jugendtoxikomanie... Im gleichen Sinne erklärt man eine Krankheit in den afrikanischen Gesellschaften nicht aufgrund ihrer physischen oder psychischen Symptomatik (organische/psychische Krankheiten), sondern von ihren Ursachen her (Fluch, Djin, Rab, Kong und so weiter.)².

Aus diesen Feststellungen ließe sich folgende Schlussfolgerung ableiten, welche gleichzeitig eine Definition individueller und kultureller Identität beinhaltet: Jeder soziokulturellen Organisationsform entspricht – im Sinne eines dynamischen Bezuges – ein (normaler oder pathologischer) Persönlichkeitstyp. Ob wir gesund oder krank sind, hinge in diesem Fall davon ab, wie die Kultur diese Persönlichkeit orientiert, wohin sie sie lenkt und was sie ihr erlaubt. Georges Devereux formuliert es so: „Wenn du krank werden willst, dann so und nicht anders!“ Die Kliniker wissen um die „Ergiebigkeit“ der mystischen Themen psychotischer Wahnzustände bei Nordafrikanern und Westindern. Südeuropäer klagen über ihre „Leber“... Für Devereux ist beispielsweise die Schizophrenie eine ethnische Störung des Westens. So gesehen kann eine bestimmte Symptomatik, wenn sie von geltenden Normen abweicht und die psychischen Konflikte „exotische“ Ausdrucksformen annehmen, das Subjekt als „Fremdkörper“ innerhalb seiner Zugehörigkeitsgruppe „entlarven“. In der Tat ist die Geisteskrankheit eine hervorragende Informationsquelle hinsichtlich der Kultur, ihres Rahmens, ihrer symbolischen Dimension, aber auch ihrer Grenzen (das Hier und das Anderswo, Gegenwart und Vergangenheit, leget und legitim, angepasst und unangepasst...).

Gleichzeitig bietet sie der „Medizin“ als einer mit immer vielfältigeren Gesellschaftsproblemen konfrontierten Wissenschaft Gelegenheit, ihre Fähigkeit unter Beweis zu stellen, eigene Antworten zu finden, sich anderen Disziplinen gegenüber zu öffnen und ihre Grenzen zu erkennen. Hier begegnen sich Interkulturalität und Interdisziplinarität: Wenn Psychoanalyse und Anthropologie etwas mitzuteilen haben, dann künftig dahingehend, dass beide auf den Anspruch verzichten, definitives Wissen übereinander zu besitzen. Doch wie können wir alle Menschen als bio-psycho-soziale Wesen denken und behandeln?

1 Als „katatonisch“ bezeichnete man bestimmte Abhängigkeits- und Passivitätsphänomene, bei denen der Kranke manchmal stundenlang unbeweglich mit gehobenem Arm verharrte, bis jemand diesen in die Ausgangsposition zurückführte.

2 „Djin“ und „Rab“ sind schützende „Geister“, durch deren Verehrung der Schutz der Gemeinschaft gesichert wird, an die sie gebunden sind. Dieser Glaube gründet sich auf die Vorstellung, dass Geister und Menschen, Tote und Lebende permanente (zugleich konventionelle und kontraktuelle) Beziehungen miteinander unterhalten. – Vor allem im Islam und in Westafrika anzutreffen. Der „Kong“ (Zentralafrika, insbesondere Kamerun) ist eine Modalität der Hexerei.

Zudem besteht ein dialektischer Zusammenhang zwischen der Interpretation einer Krankheit und den angebotenen Behandlungsmethoden: Wie man eine Krankheit definiert, so behandelt man sie auch: als psychologische oder somatische, individuelle oder kollektive Störung, Hexerei, Vampirismus oder sexuelle Phantasie und so weiter. Auf einmal sind (individuelle) Psychoanalyse oder analytisches Psychodrama (Gruppe), systemische oder psychoanalytische Familientherapien, Freud, Jung oder Melanie Klein, Vodù Ndöpp, koranische Verse, Hypnose und so weiter nicht mehr nur Techniken oder Theorien über Krankheit, sondern zugleich Weltauffassungen, die in einem spezifischen kulturellen Kontext verwurzelt sind.

Interkulturelle Beziehungen zwischen Therapeuten und Patienten: Institutionen der Heilung

Der portugiesische Psychiater Zulmiro de Almeida versuchte schon 1975 einer „*Psychopathologie der Kommunikation zwischen Therapeuten und ausländischen Patienten*“ Rechnung zu tragen. Diese Kommunikation setzt voraus, dass es auf der einen Seite einen „einheimischen“ Therapeuten, auf der anderen einen „ausländischen“ Patienten gibt (aber liegt nicht gerade hier die Schwierigkeit von Therapie schlechthin?) Doch wie sind diese pathologischen Kategorien zu gewichten und zu differenzieren? „Einheimischer“ oder „Ausländer“: Der „Ausländer“ könnte den „Einheimischen“ ebenso gut auf dessen eigene identitäre Problematik verweisen (Korse, Aristokrat, Elsässer, intellektuell, links, fremdenfeindlich, polnischer oder italienischer Abstammung, Franzose algerischen Ursprungs, der sich nach seiner Heimat zurücksehnt und so weiter). Therapeut oder Patient: Der Patient könnte den Therapeuten ebenso gut auf dessen eigene Symptome oder Mechanismen verweisen. „Ausländischer“ Patient und „einheimischer“ Therapeut: Auch sie können aus gleichen, schlechteren, besseren soziokulturellen Verhältnissen kommen. Entscheidender ist also die Frage: Was für ein Spiel wird der ausländische Patient mit dem einheimischen Therapeuten treiben? Und wie läuft dieses zwischen einem ausländischen Therapeuten und einem einheimischen Patienten ab? Eine Psychopathologie dieser Therapeuten-Patienten-Kommunikation macht allerdings erst Sinn, wenn sie sich als ein Verfahren versteht, welches die „Institution“ dieser Diagnose-Therapie-Beziehungen selbst zum Gegenstand hat, wie in den Siebziger Jahren des vorherigen Jahrhunderts die damals ‚normale‘, geschlossene Pflegeanstalt mit ihrer dominierenden, ‚universalen‘ Medizinkultur.

Gleichzeitig mit der Überführung der Anstalten zu offenen und diversifizierten Praxen der Behandlung von Geisteskrankheiten (Antipsychiatrie) öffnen sich diese auch alternativen Therapieformen: erst der Psychoanalyse und der Ethnopsychotherapie, dann aber auch Varianten afrikanischer oder asiatischer Behandlungsformen und ihrer Integration in Praxen transkultureller und ethnischer Psychiatrie.

Transkulturelle und metakulturelle Ethnopsychiatrie

Erscheint ein Patient in der Praxis eines modernen Arztes, wird er – unabhängig von Herkunft und Hautfarbe, hoffentlich auch von Klasse und Kasse – nach seinem Leiden befragt und mit den Regeln einer Symptomatiklehre behandelt, die universell für alle Menschen gelten soll. Wenn trotz dieses Universalitätsanspruchs die ‚Behandlung‘ zu keinem eindeutigen diagnostischen und therapeutischen Erfolg führt, erfolgt eine ‚Überweisung‘ in eine ethnopsychiatrische Praxis. Diese Öffnung der modernen Medizin und Psychiatrie ist um so dringlicher geworden, als diese die teilweise gravierende Ineffektivität der kritiklos in andere Zivilisationen, wie Afrika, transferierten westlichen Therapiemethoden im Vergleich zur Effizienz der vor Ort praktizierten Therapien bewerten muss. Im Senegal ist es Henri Collomb¹ zu verdanken, dass sein Krankenhaus von Dakar-Fann für Familien und Heiler geöffnet wurde und sich die Patienten seither zwischen Krankenhäusern und traditionellen Therapiedörfern bewegen dürfen. Collomb stellt gewissermaßen die französische ‚Ikone‘ eines neuen Ansatzes der Gesundheitsarbeit dar, welche den Universalitätsanspruch des therapeutisch-diagnostischen Wissens mit Einsichten und Methoden der je besonderen kulturellen Kontexte zu verbinden suchte. Diese sehr früh *transkulturelle Psychiatrie* oder *transkulturelle Ethnopsychiatrie* genannte Methodik ist schon vor mehr als einem Jahrhundert von Wittkover und Kraepelin begründet, von Roheim und Turner praktiziert worden – bis sie von Georges Devereux praktisch *und* theoretisch durchgearbeitet wurde (Wulff 1978).

¹ Fotso-Djemo schreibt: „Der Professor Henri COLLOMB war ab den 60er Jahren etwa 30 Jahre lang als Neuropsychiater in Dakar (Senegal) tätig, wo er zahlreiche Erfahrungen in Bezug auf Geisteskrankheiten und ihre Behandlung sowie den allgemeinen Umgang mit ihnen sammeln konnte. Er schrieb: „Können wir diese alienierenden Einrichtungen unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Erfahrungen traditioneller Therapeuten und Verfahren verändern oder gar vermeiden? Der Psychiater allein kann dies unmöglich bewältigen; die Psychiatrie ist keine Wissenschaft mehr, die nur Eingeweihten vorbehalten ist...“ (Zeitschrift *Topique*, Nr. 11 – 12, S. 207-208). Seine intellektuelle Aufrichtigkeit hatte ihn sehr frühzeitig zu einer fruchtbaren Zusammenarbeit mit den traditionellen Therapeuten des Landes veranlasst, was schließlich dazu führte, dass sich die Kranken zwischen „Therapiedörfern“ alten Riten und dem Krankenhaus von Dakar-Fann frei bewegen konnten.“

Praktisch war Devereux der *Mann, der mit dem Wolf tanzt*, als ihm approbierte Mediziner Jimmy Picard, einen Indianer vom Stamm der Wölfe, überwies. Sie haben eine vage Ahnung davon, dass ihre Diagnose vorurteils- und kulturbelastet und das vermeintlich pathologische Verhalten in der Herkunftskultur des Patienten womöglich normal sein könnte. Devereux (1985) bietet als ethnologischer Forscher der Wolf-Kultur dem Wolf-Indianer Deutungen seiner Träume an und stellt dabei eine gewollte *Schutzgeist-Übertragung* her, mit deren Hilfe sich das Arbeitsbündnis mit Vertrauen füllt. In der zweiten Hälfte der Therapie, in der Jimmy Picard seine Träume selbst deutet, wird der Glaube an Schutzgeister als religiöser ‚Muntermacher‘ aufgedeckt und somit ins Ich integriert. Damit baut sich auch das Selbstvertrauen neu auf, indem der ehemalige Patient dabei eine relative Unabhängigkeit vom Schutzgeist Devereux erreicht - obwohl er ihn öfter verführen will, gemeinsam zu reiten und zu jagen. (Apsel 1972, 242).

Die kulturellen Symbolisierungen bleiben für Devereux allerdings Inhalte, mit denen der Mensch – gleichgültig welcher Kultur er entstammt – universale Formen des Erkrankens und Heilens (Normalität–Pathologie, Reife–Unreife, Neurose–Psychose) erlebt und manipuliert. Die universale Formulierung der kulturell-symbolisch erfahrenen Geschehnisse liefert den „einzig zulässigen Ausgangspunkt für die Ausarbeitung einer authentischen ... Psychiatrie“, die Devereux ausdrücklich von der übrigen Ethnopsychiatrie abgrenzte, die den von ihm ursprünglich eingesetzten terminus *transkulturell* für die gesamte Ethnopsychiatrie verwandte. *Transkulturell* mag für eine Geisteskrankheitsbehandlung stehen, „die sich die Zeit nimmt, die ein gewöhnlicher Psychiater nicht hat, um sich in den kulturellen Besonderheiten all derer zu vertiefen, die er behandeln muss: vom bretonischen Bauern bis zum Wolf-Indianer. Aber neben Diensten dieser Art gibt es noch eine weitere Aufgabe zu erfüllen, eine Aufgabe, die uns kaum erst wirklich bewusst zu werden beginnt, nämlich die Einführung der Lehre und Praxis einer *kulturell neutralen* Psychotherapie, das heißt einer Therapie, die der affektiv-neutralen psychoanalytischen Therapie vergleichbar wäre.“ (Devereux 1985, 115)

Akkulturelle Ethnopsychiatrie

Moderne Medizin kann nicht nur außerhalb sondern auch innerhalb der westlich-nördlichen Hemisphäre scheitern, etwa im Umgang mit den eingewanderten Patienten. Paradoxerweise hat sich eine Ethnopsychiatrie immer eingehender der Riten und Tabus der Herkunftskultur dieser Migranten angepasst, so dass wir von einer *akkulturellen* Krankheitsarbeit sprechen können. So wie sich, angeblich, die Menschen um so stärker den Einflüssen ihrer Vorfahren und Geister verbunden fühlen, je weiter sie sich vom Land ihrer Väter entfernt haben – so fühlt sich auch eine besondere Variante der Ethnopsychiatrie aufgerufen, der ‚traditionellen Medizin‘ wieder Geltung zu verschaffen. Als Ikone dieser Bewegung galt einige Jahre lang in Frankreich Tobie Nathan¹, der nicht nur Diagnose- und Therapieformen aus der traditionellen

¹Tobie NATHAN gründete die „Consultations d’Avicenne“ im Pariser Vorort Bobigny und vor kurzem eine weitere Anlaufstelle, das Centre Georges-Devereux an der Uni Paris-X-St-Denis. Daneben entstehen weitere

afrikanischen Heilmedizin in seine ethnopsychiatrische Praxis überführt hat, sondern die Afrikaner in Paris nachgerade auch beschwor „Eure Götter geben Euch niemals auf...Eure Geister bleiben nicht an den Grenzen stehen...“ Im Gegenteil, sie verlangen die Fortsetzung ihrer Erbschaft und deshalb muss man, so Nathan, in Einwanderungsgesellschaften „Gettos privilegieren – ja, ich sage es laut und deutlich – damit eine Familie niemals gezwungen wird, ihr kulturelles System aufzugeben.“ (Nathan 1995a)

Mit der metakulturellen Praxis Devereux' hat diese Ethnopsychiatrie gemein, dass sie die Verbindungen mit dem kulturell Unbewussten und dem individuell Unsichtbaren aufzuhellen und für Heilungszwecke zu nutzen sucht – im Gegensatz zur ‚*blassen Medizin der Weißen*‘, welche diese Verbindungen mit den Parallelwelten kappt und sich damit jeder Erkenntnis und Einwirkungskraft beraubt. Doch während Devereux, in der Nachfolge Freuds, nie aus dem Auge verliert, dass jeder einzelne Mensch einer ‚*Einheit der Menschheit*‘ (Roheim 1977, 236) angehört, gehen Ethnopsychiater wie Nathan vom Menschen als einem Geschöpf seiner Herkunftskultur aus.

Wenn ein Patient in eine ethnopsychiatrische Praxis eintritt, wird er – entsprechend seiner Herkunft und Rassenerfahrung (Diskriminierung) – zunächst danach befragt, aus welcher Familie und Weltgegend er kommt und welche Rituale und Techniken ihm aus seiner Herkunftskultur vertraut sind und hilfreich erscheinen. Denn dieser Medizin ist bekannt, dass ein Patient nie allein kommt. Die Menschen afrikanischer Herkunft, die beispielsweise Nathan (Nathan 1995a) und seine Equipe betreuen, werden von ihren Lebensgefährten, Kindern, Großeltern – aber auch insbesondere von ihren Ahnen, Fetischen und Geistern, also ihren Göttern, begleitet. Das Ausgangssetting dieser ethnopsychiatrischen Praxis besteht daher nicht mehr aus einem therapeutischen Gespräch zwischen einem Therapeuten und einem Patienten, sondern aus einer Versammlung von Ärzten multikultureller Herkunft mit Patienten und deren sichtbaren sowie unsichtbaren Mitgliedern. Die Kultur dieser Patienten ist der Ort, in der das ethnische Unterbewusstsein erscheint, also jener Teil des Unbewussten, den die meisten Mitglieder einer Gesellschaft miteinander teilen und den sie in ihren Reaktionen auf soziale Anforderungen des Verdrängens – Tabus – zum Ausdruck bringen (Devereux 1970).

Wenn beispielsweise ein ‚Gastarbeiter‘, heute: ein ‚Migrant‘, nach einem Arbeitsunfall behandelt werden muss, geben klassische Ärzte den medizinisch eigentlich klaren Fall an ‚kompetente Stellen‘ weiter, da der Patient trauma-ähnliche Krankheitsbilder zeigt, die in keinem Lehrbuch der modernen Medizin oder der Psychiatrie verzeichnet sind. Ethnopsychiater wie Nathan entdecken in diesen Krankheitsbildern dagegen Phänomene und Rituale, die bezeichnend für besondere afrikanische oder maghrebinische Kulturen sind, aus denen die Migranten ausgewandert sind. So ist beispielsweise ein kranker Geist für Afrikaner nie von sich aus krank, sondern die Krankheit hat ihren Ursprung außerhalb seiner Person. Das Trauma ist nicht seine innere Krankheit, sondern ein Unheil, dass ihm von anderen Menschen zugefügt wurde. Kultur und Psyche sind miteinander verbunden, wenn sie nicht gleichförmig bis gleichwertig sind. Dieser ethnischen und kulturellen Diagnose entsprechend suchen die behandelnden Ärzte gemeinsam mit den Patienten aus ihrer Herkunftskultur nicht nur die Quellen ihrer Krankheitsgeschichte, sondern auch einer möglichen Heilungsgeschichte zu erfahren. Ähnlich wie schon Devereux sind sich die Ärzte dabei keineswegs zu schade, Mechanismen und Techniken der Übertragung in Formen einer *Für-Übertragung* zu übersetzen. Indem sie in der Übertragung das ihnen in der unbewussten Phantasie des Patienten Zugewiesene aufnehmen, entsteht ein Bezug zum Unbewussten des Patienten und vor allem zu Medien einer möglichen Heilung. Dabei akzeptieren sie es, übertragene Rollen des Magiers, Hexers, Heilers oder Schamanen in mehr oder weniger methodisierter und disziplinierter Weise zu übernehmen – so wie sie diese in der therapeutischen Arbeit eines Freud ebenfalls zu erkennen meinen. Zusammen mit diesen Rollen werden die

Organisationen, darunter auch Vereine, die alle dasselbe Ziel verfolgen: die Integration eingewanderter Bevölkerungsgruppen allgemein und insbesondere auf sanitärem Gebiet (so der Verein „Rives d’Afrique“, dem sowohl afrikanische als auch nicht-afrikanische Psychologen und Anthropologen angehören).

angenommenen Riten, Fetische, Tänze und Palaver eingesetzt, einschließlich der sozialen Milieus, derer der Kranke zu seiner Heilung bedarf.

Die Kritik an dieser Form einer kulturalistischen und ethnozentristischen Medizin und Psychiatrie kommt schnell und ist altbekannt. Wie kann diese einen Integritismus oder Fundamentalismus der anderen akzeptieren, den sie den Extremisten in der eigenen Gesellschaft verweigern würde? Ist es nicht fatal, dass die Kritik des Ethnozentrismus an der klassischen universellen Medizin sich mit jener anderen Art der Verneinung verbündet, welche die komplexe Teilhabe aller an universeller Menschheit ablehnt und durch ethnische, kulturalistische oder gar rassistische Zuordnung ersetzen will? Auf diese wissenschaftstheoretische und ethische Frage erwidern Ethnopsychiater meist, dass es ihnen nicht auf die Wahrheit von Erkenntnissen, sondern – in nachträglicher Übereinstimmung mit Theoretikern der Selbstorganisation sowie den Konstruktivisten – auf den Effekt (die Viabilität) ihrer kulturtherapeutischen Handlungen ankomme.

Interkulturelle Klinik für Migrationshilfe

Die extremen Verfallgeschichten der anti- und ethnopsychiatrischen Kliniken – von Collomb bis Nathan – stellen nur ein äußeres Zeichen dafür dar, dass kulturalistische und gettoistische Medizin und Psychiatrie an ihre eigenen Grenzen stoßen. Eine angemessene oder gar vollständige Behandlung der Patienten ist durch den einfachen Rückbezug auf Techniken und Tabus der Herkunftskultur nicht zu haben.

Schon 1906 hat ein Dr. Brissaud die auf Arbeitsunfällen beruhenden traumatischen ‚Geisteskrankheiten‘ bei bretonischen Migrantearbeitern in Paris als *Sinistrose* charakterisiert, also als ein Trauma, das mehr mit Herumreisen, Ruhelosigkeit und Statuspassagen (von der Arbeit zur Arbeitslosigkeit oder Rente) als mit kultureller Herkunft zu tun hat.

‚Kulturen‘ stehen, heute weniger denn je, anderen Kulturen isoliert gegenüber, sondern sind aufeinander gegenseitig einwirkenden *Inter-Kulturen* ausgesetzt. Zu diesem ersten interkulturellen Axiom der *Kulturen in Kontakt* tritt noch für Menschen mit Migrationsgeschichte ein zweites Axiom der *Kulturen in Bewegung* hinzu. Die Kulturen stecken heute weniger denn je einfach in einem Zustand der Statik fest, sondern bewegen sich mit den Prozessen der Migration. Daher ist es in den meisten Fällen eine Illusion, die Migranten auf die angeblich intakten Sinnstrukturen ihrer Herkunftskultur zu fixieren. Sie und ihre Kulturen geraten selbst mit ihrer Wanderung in Bewegung. Es ist deshalb nicht die eine oder andere Kultur, sondern die kritische Übergangssituation *zwischen* ihnen, die

Migrationsgeschichte, die den vollständigeren und verständnisstärkeren Ausgangspunkt einer interkulturellen Gesundheitsarbeit bildet.

Diese stellen eine Situation dar, die fast notwendigerweise schmerzhaft Aufarbeitungen erfordert, da sie die geschichtliche Tatsache der Schizophrenie, also der Ver-Rückung, in Rechnung stellen muss. Dieser geographisch, materiell, ideologisch, sozial und symbolisch ver-rückte Migrant ist nicht mehr ‚*da unten*‘, aber auch noch nicht ‚*hier oben*‘. Er fährt fort, wie in einem Spektrum, den verlassenen Ort heimzusuchen. Gleichzeitig hat er sich aufgrund seiner Entscheidung zur Wanderung auch darauf eingelassen, in irgendeine lebendige und ausdrückliche Beziehung zum Anderswo und zum Anderssein zu treten. Mit anderen Worten: Er verliert in der Fremde an Sinn und er gewinnt an Sinn dazu; er erreicht eine Fülle seiner Existenz aber am ehesten da, wo er sich in seinem Übergang gerade befindet und wo er sich aktiv in Fiktionen einer Koexistenz mit anderen und mit Altbürgern einbringen kann. Doch diese Ver-Rückung kann in vielen Fällen nicht anders als wie eine Erfahrung des Ab-Seits, des Ex-Ils, wahrgenommen werden, der Infragestellungen der eigenen Existenz, der Diskriminierungen der eigenen Menschenwürde nicht fremd sind. Er ist daher Ängsten der Kontingenz seines Daseins (Wer bin ich: Mann-Frau, Inländer-Ausländer, Drinnen-Draußen, Tot-Lebendig...?) ausgesetzt und verliert an Möglichkeiten ‚*da*‘ zu sein, während er doch sehr wohl ‚*hier*‘ ist.

Es bedurfte der vehementen Entortungskämpfe solcher Intellektueller, die selbst der Migrationsgeschichte entstammen und welche in der eben skizzierten akkulturierten Schizophreniearbeit nur die Fortsetzung von Rassismus und Kolonialismus mit fürsorglich psychiatrischen Mitteln entdeckten. Nichts verrät diese Gesundheitsarbeit mehr als die zeitweilig gebrauchte Klassifikation der ‚Psychosoziosen von Migranten‘: *Apport (!)-Psychopathologie*, *Transplantations-Psychopathologie*, *Acquisitions-Psychopathologie* – je nach dem, ob die Krankheit vor, während oder nach der Akkulturation (II.2) des Entwicklungsgangs zum Zielland auftritt. Von Frantz Fanon (Dekolonialisierung) über Stewart Hall (Diaspora) bis zu Homi K. Bhabha (*Hybridität*) reichen die Bemühungen, den verortenden kolonialen und metropolitanen Blick auf die Ver-rücktheiten der Unterdrückten oder Unterprivilegierten zu ‚entorten‘ und wieder auf den Blickwinkel zurückzuführen, aus welchem er ursprünglich stammt (I.1). Der Ausruf: „Hört auf uns mit Euren Verortungen zu quälen!“ (Feridun Zaimoglu) geht einher mit der Selbstvergewisserung „Wir sind nicht das, wofür Ihr uns haltet, wir sind nicht mehr auf eine einzige eindeutige Identität fixiert.“. Aus der ‚Paria-Perspektive‘ heraus (wie Hannah Arendt bereits 1959 anregte) kann der Zeremonienmeister der Hybridität (Bhabha) nachhaltig die eigenartige und einseitige ethnozentristische Asymmetrie dekonstruieren, die sich nicht nur in der approbierten Medizin sondern auch in ethnopsychiatrischen Beziehungen zwischen Therapeuten und Patienten mit Migrationshintergrund durchgesetzt hat. In dem Maße, in dem der Fremde zum Ort wird, wo Kultur als kollektives oder gesellschaftliches Unbewusstes erscheint, sieht sich der Therapeut auf die eigene Kultur – genauso wie Freud einst auf sich selbst – verwiesen. Die Erfahrungen, die er „hier“ macht, grenzen die Einsichten, die er „dort“ hat, ein – und umgekehrt. So wird die Pendelbewegung *zwischen* den Kulturen zum Instrument des Erkennens. Die Oszillationen

zwischen ‚*hier*‘ und ‚*dort*‘ - und nicht die Phantasie oder die Krankheit – ist das Laboratorium, in welchem der Gesundheitsarbeiter das Fremde und das Unbewusste versteht.

Multiversum einer ‚integralen‘ Körper-Geist-Gesundheitsarbeit

Die Nachfrage nach einer interkulturellen Klinik ist jedoch in dem Maße immer banaler geworden, als Übergangs- und Wanderungssituationen in einer globalisierten Gesellschaft so etwas wie den Normalfall darstellen. Genauso ist das Bemühen einer Ethno- oder Gettomedizin in einer Zeit obsolet geworden, in der die Koexistenz traditioneller und moderner Medizinkulturen fast schon eine Selbstverständlichkeit geworden ist. Mehr noch: viele der ehemals auf ihre kulturelle Genese eingeschränkte Therapien asiatischer oder afrikanischer Herkunft beginnen Karriere in der Weltmedizin zu machen.

Gemeinsamer Ausgangspunkt dieser west-östlichen Weltmedizin ist jene bereits seit längerem in westlicher Philosophie (Spinoza: *conatus*) wie in östlicher Weisheitslehre (*Dharma*) genannte Selbsterhaltungsenergie, welche aktiviert wird, wenn Lebewesen mit kritischen Situationen des Leidens oder Sterbens, des Wandels und der Umwertung konfrontiert werden. Jede noch so einfache Herausforderung genügt, um das physiologische Gleichgewicht zu stören und die „kongenitale neurobiologische Weisheit unseres Geistes“ (Damasio 2003) zu reflexhaften, wohlätigen vitalen Reaktionen herauszufordern. Der beste ‚Arzt‘ für unsere Leiden ist also unser Organismus selbst und sind dessen Selbstheilungskräfte. Wo diese Kapazitäten nicht reichen, hilft letztlich weder Medizin noch Spiritualität allein. Es wird ein ‚integrales‘ *body-mind* Vorgehen auf neuer Zeithöhe notwendig. Der ‚*neuronal turn*‘ der Bearbeitung von ‚Geisteskrankheiten‘ erweist sich in der Intervention in den zerebralen Haushalt inklusive meditativer Atmungen und *body-awareness* Übungen – und ein ‚*spiritual turn*‘ in der Bearbeitung exzessiver seelischer Leiden (Sinistrone, Depression, *borderline*) durch Überführung des Kranken in eine Kunst gesunder Lebensführung inklusive pflanzlicher Heilmittel zur Unterstützung neuronaler Prozesse.

Gehirnforscher und Neurologen meinen ‚Descartes‘ Irrtum‘ herausgefunden zu haben: Ich bin nicht, weil ich denke, sondern „*Ich fühle, also bin ich*“ (Damasio). Die östlichen philosophischen Weisheitslehren haben nie das rationale Denken in das Zentrum ihrer Hingabe und ihres *Dharma*(Bildungsgangs) gestellt, sondern vor allem eine Intuition, ein Gefühl, ein ‚Psychisch-Subtiles‘, das als ‚*overmind*‘ oder sogar als ‚*supermind*‘ Vorbereiter und Maß für das Denken ist. In den sublimeren geistigen Krankheiten hilft Medizin ohnehin nicht mehr, hier sind höchste Formen menschlicher transkultureller Weisheit gefragt: stoizistische Bemühungen um Gelassenheit, buddhistische Übungen zur Achtsamkeit, mystisches Nachvollziehen universaler Bodenlosigkeit... Diese wiederum gelten als Grundlagen gesunder Lebensführung – unter der Bedingung allerdings, dass sie die der Evolution vorangegangene Involution des Körpers, welche die Inhalte des Geistes stärker markiert als der Geist selbst, respektiert und achtet (Varela 1992).

In den Vereinigten Staaten hat sich unter dem Banner der ‚*mind-body-medicine*‘ eine Bewegung um den ehemaligen Präsidenten des National Institute of Health gebildet, welche die traditionelle fernöstliche Gesundheitslehre mit den modernsten Techniken der computergestützten Medizin verbindet. Diese wird Menschen angeboten, die unter chronischen Traumata und Brüchen leiden (von Krebs und Aids angefangen über Scheidung und Depression bis zu Traumata als Folge von Genozid und Ethnozid): die New Yorker

Feuerwehrleute des 11. September welche die Behandlung ihres Schmerzes durch Medikamente rigoros ablehnten, sollen sein Angebot des *self-care* geschätzt haben. Aus der Versöhnung ultramoderner Technomedizin mit ultratraditioneller Weisheitslehre – so die Botschaft – ist ein Multiversum integraler Medizin entstanden. Aus dem Kontakt zweier grundverschiedener Zivilisationen erwächst eine transkulturelle Therapie, die das Beste zweier Welten zusammenführt: Ein Multiversum, welches den Menschen auf dem gesamten Globus die Chance eröffnet, nicht mehr einem einzigen Schicksal ausgeliefert, sondern selbst das Zentrum eines sublimen Netzwerks verschiedenster Welten und Einflüsse zu sein; und zwar deshalb, weil die verschiedenen Therapiekulturen zunehmend voneinander abhängig werden oder sich gegenseitig ergänzen.

Therapeutische Begleitung interkulturellen Wandels

Doch die Botschaft der schönen neuen ‚Zwei Welten‘-Welt wird ausgerechnet am Beispiel der Feuerwehrleute verkündet, die in vorderster Linie den unbarmherzigen *clash of civilization* erleiden mussten: zwischen westlich-säkularem Weltmarktkapitalismus und östlich-religiösem Weltwertefundamentalismus. Seit Frantz Fanon versuchen viele intellektuelle Widerständler das Exiltrauma und den Migrantenbruch, welche ihre Eltern an sie weitergegeben haben, gegen den Wahn von Rassismus, Kolonialismus und Globalismus zu begreifen und zu bearbeiten. Je mehr diese Traumata aber von der ersten Generation der Eltern zwischen Schrecken und Scham in Schweigen gehüllt wurden, desto größer wird die Wahrscheinlichkeit, dass die Generationen der Kinder und Kindeskiner sich um so heftiger durch die Scham der Eltern beschämt fühlen und nach deutlicheren Auswegen aus dieser Sachgasse suchen. Sei es durch avantgardistische Künste der ‚*Entbettung*‘ aus dem Herkunftsschicksal mithilfe demonstrativer ‚*Ver-Rückung*‘ der Blicke und Verortungen durch vormals beherrschende weiße Mittelklassen: das war die frohe Botschaft der Apostel der Hybridität, wie sie Stewart Hall und Homi Bhabha entwickelten und in den Bewegungen der *beurs*, *blacks* und *Kanaken* oder in den Artikulationen der Rushdies, Kureishis und Morrisons zum Ausdruck gebracht sehen. Oder sei es durch fundamentalisierende ‚*Wiedereinbettung*‘ in eine gründlich gereinigte Religion der Vorfahren mithilfe nicht weniger demonstrativer Kämpfe um Anerkennung und Herrschaft, wie sie in den unterschiedlichsten Bewegungen von der Verhüllung der Frau bis zu den Netzwerken des Al Qaeda Ausdruck finden. Diese Genese verweist nicht mehr auf eine territorial und historisch festzumachende Zivilisation.

Vielmehr stellen sich im Extremfall Kulturen der ‚Integrität‘ und der ‚Hybridität‘ gegeneinander auf und bringen sich im Kontext eines globalen Weltinformationszeitalters gegenseitig in Position. Es handelt sich hier also nicht um den Zusammenstoß von ganzen Zivilisationen sondern von radikalisierten globalen Netzwerken. Diese können wir durch ihre Einstellung zum interkulturellen Wandel im Kontext der Globalisierung unterscheiden. ‚Kulturen‘, die diesen Wandel als eine Herausforderung für eine neue originäre Verbindung mit Religion und Volk ihrer Herkunft („Rückkehr) begreifen, können wir als ‚Kulturen der Integrität‘ bezeichnen. Netzwerke, die den Wandel als Herausforderung für eine neue, gewissermaßen avantgardistische Vernetzung mit individualisierenden und häretischen Aussichten ihrer Zukunft verstehen, bezeichnen wir als ‚Kultur der Hybridität‘¹.

Für eine interkulturell-klinische Arbeit ist diese Unterscheidung deshalb von Bedeutung, weil beide Netzwerke mehr oder weniger extreme Auswege aus Krankheiten suchen, die ihre Anhänger mit dem interkulturellen Wandel im Kontext der Globalisierung verbinden. Diejenigen, die einer sich massenhaft verbreitenden ‚Kultur der Integrität‘ in die verschiedensten integristischen und fundamentalistischen Bewegungen der Islamisten, Pentekostalisten, Hinduisten, und anderen folgen, suchen Heilung, wenn nicht Erlösung aus den global erodierenden Geschlechter-, Generationen- und Völkerverhältnissen, die sich nicht nur in Zivilisationskrankheiten des Werte- und Moralverfalls, sondern auch bis hin in Sucht-, Epidemie- (z.B. Aids) und Geisteskrankheiten großer Reichweite niederschlagen.

Diejenigen dagegen, die als Individuen oder Gruppen ‚Kulturen der Hybridität‘ in den verschiedensten Netzwerken der *global players* und Alter-Globalisten, der Frauen-, Friedens- und Umweltbewegungen, der Schwulen, Metrosexuellen und Gender-Feministinnen, der Widerstandsbewegungen von landlosen Indios in Südamerika bis zu Land verlierenden Indern und Chinesen in Südasiens ausprägen, suchen Gesundheit, wenn nicht ‚Befreiung‘ aus unterdrückerischen neo-kolonialen, neo-faschistischen und neo-liberalistischen Markt-Zwängen, weil diese nicht nur zu mehr Ungerechtigkeit und vermehrter sozialer Polarisierung, sondern zudem noch zur Zerstörung humaner Ich-Stärke (Identität) und Wir-Kräfte (Solidarität) beitragen.

Im Gegensatz zur Unterscheidung zwischen früheren primitiven, wandlungsunwilligen, ‚kalten‘ und späteren fortschrittlicheren, da wandlungsfähigen, ‚heißen‘ Kulturen gehen wir davon aus, dass sich heute jenseits der auf anatomischer Pathologie beruhenden Medizin und Psychiatrie Therapiekulturen der ‚Integrität‘ und der ‚Hybridität‘ gegenüberstehen. Beiden Therapiekulturen ist gemeinsam, dass sie das ungeheure diagnostische Wissen der (Psycho-)Pathologie zwar berücksichtigen, aber deren Kluft zu therapeutischem Wissen und Handeln schließen möchten. Denn die moderne psychopathologische Gehirn- und Genforschung kann zwar neuronale Veränderungen registrieren, welche während des Verrückt-Werdens entstehen. Aber zu ihrer therapeutischen Behandlung reichen bei weitem nicht technische Interventionen in das Gehirn und in die Gene aus. Sie sehen sich daher um so mehr genötigt, die Verkümmern der Beziehung und Sprache zwischen Arzt und Patient und die

1 Lévi-Strauss hatte noch eine Unterscheidung in ‚kalte‘ und ‚heiße‘ Kulturen vorgeschlagen, um der hochmütigen Entwertung ‚primitiver‘ Kulturen Einhalt zu gebieten. Doch während er diese und die moderne ‚heiße‘ Kultur nach ihrer Einstellung zum ‚Kulturwandel‘ (insbesondere im Generationen-, Geschlechter- und Ethnien-Verhältnis) unterscheidet, müssen wir heute historisch spezifischer prinzipiell gleichwertige Kulturen danach unterscheiden, wie sie mit dem interkulturellen Wandel im Zeitalter von Weltmarkt und Weltinformation umgehen (I.1)

ausschließlich physiologische Bearbeitung beider durch ‚ganzheitliche‘ – Körper und Geist sowie Individuum und Gesellschaft verbindende – Heilmöglichkeiten zu vervollständigen.

Charakteristisch für den Krankheitsbegriff in *Therapiekulturen der ‚Integrität‘* ist, dass Erkrankung und Heilung immer symbolisch mit den Zuständen der Gemeinschaft und Gesellschaft verknüpft werden (Individuum – Gesellschaft – Gesellschaftsrelation). Sie erwachsen aus einem Leiden, welches die gesamte Gesellschaft betrifft und die nur im Zusammenspiel mit der Umwelt erfolgreich behandelt werden kann. ‚Heilige‘ Mediziner konzentrieren sich nicht vorwiegend auf den physiologischen Prozess sondern viel mehr auf die sozialen Beziehungen. Damit es legitim ist und gelingt, den Kranken in die Gesellschaft zu integrieren und die für den Zusammenhalt der Gesellschaft bedrohlichen Konflikte zu thematisieren, bedarf es übergreifender und gemeinsamer Weltanschauungen, die ihre beste Symbolisierung und Verdichtung in religiös-kultischen Formen mit Anspruch auf Originalität und Authentizität findet – und bis hin zu Opfern und Selbstopferung (Martyrium) gehen kann.

Charakteristisch für den Krankheitsbegriff der *‚Hybridität‘* ist die Vorstellung, dass am Leiden eines Individuums meist eine hierarchische Vorstellung von Geist und Körper beteiligt ist. Solange der Körper nur als Instrument definiert wird, das dazu dienen soll, Gesundheit im Sinne von *mental health* zu erreichen, ist es unvermeidlich, dass er krank wird, wenn er sich den Befehlen des Geistes (oder ihrer medizinisch-psychiatrischen Statthalter) verweigert. „Krankheit erscheint also plötzlich als Befehlsverweigerung des Körpers, als eine Art Streik, als ein Aufstand dessen, was unterdrückt worden ist.“ (Erdheim 1993, 84). Krankheit, Revolte und Befreiung werden so zu austauschbaren Metaphern. Wenn wir von der kranken Gesellschaft reden, projizieren wir unseren Körper auf die Gesellschaft; und wenn wir über den ‚revoltierenden oder sich verweigernden‘ Körper sprechen, verinnerlichen wir gesellschaftliche Vorstellungen. Statt aber Heilung durch Gehorsam des Körpers gegenüber dem Geist oder durch Identifikation mit der gesellschaftlich vorherrschenden Medizin oder Medizinbewegung (wie Fitness) oder durch Konformierung an eine religiös-weltanschauliche Gemeinschaft anzustreben, suchen Therapeuten der Hybridität Gesundheit dadurch zu erreichen, dass sie den Kampf um Anerkennung als Person (Devereux 1985) mit einbezieht und so „Gesellschaftspolitik im Deutungsprozess“ (Parin 1978) betreibt.

Eine klinische Begleitung des interkulturellen Wandels kann also gar nicht anders als die Verbindungen zwischen Körper und Geist sowie die Verstrickungen zwischen Individuum, Gesellschaft und Globalisierung zu bearbeiten. Dabei muss sie sich aber Klarheit darüber verschaffen, dass sie selbst ein involvierter Bestandteil dieser Spannungsverhältnisse bleibt. Gleichwohl fahndet sie stets aufs Neue nach Aussichten, die nicht nur einem einzelnen Menschen, sondern der Menschheit allgemein sowie insbesondere den *nachwachsenden* Generationen, den *neuen* Gesellschaftsmitgliedern, den ‚missbrauchten‘ Geschlechtspartnern und den unterprivilegierten Mitgliedern der Weltgesellschaft Geschichte eröffnet.

Literatur

- Apsel, Roland 1972: Zur Aktualität Georges Devereux' interkultureller Therapie. In: Sippel-Süsse, Jutta, Wegeler, Cornelia (red.) 1993: Körper, Krankheit und Kultur. Frankfurt/Main (Brandes & Apsel)
- Bhabha, Homi K. 2001: Die Verortung der Kultur, Tübingen (Stauffenberg)
- Collomb, Henri, et al. 1966: Etude d'un cas de schizophrénie: Psychopathologie africaine Nr. 1.
- Damasio, Antonio 2002: Descartes' Irrtum, München (Ullstein)

- Damasio, Antonio 2003: Der Spinoza-Effekt, München (Ullstein)
- Devereux, Georges 1974: Komplementaristische Ethnopsychanalyse, Frankfurt/Main (suhrkamp)
- Devereux, Georges 1970: Essai d'Ethnopsychiatrie générale, Paris (Gallimard)
- Devereux, Georges 1985: Realität und Traum. Psychotherapie eines Prärie-Indianers (1951), Frankfurt/Main (suhrkamp)
- Erdheim, Mario 1992: Das Eigene und das Fremde. Ethnizität, kulturelle Unerträglichkeit und Anziehung. In: Haase, Helga 1996: Ethnopsychanalyse, Stuttgart (Verlag Internationale Psychoanalyse)
- Erdheim, Mario 1993: Therapie und Kultur. In: Sippel-Süsse (Red.) 1993: Körper, Krankheit und Kultur. Frankfurt/Main (Brandes & Apsel)
- Fanon, Frantz 1985: Schwarze Haut, weiße Masken. Frankfurt/Main (suhrkamp)
- Fürstenau, Peter 1992: Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie. München (Ullstein)
- Kordes, Hagen: Einander in der Befremdung begleiten. Eine zeitgenössische Theorie und Praxis interkultureller Bildungsgänge. Münster (Lit)
- Kiev, Ari 1995: Transcultural Psychiatry. New York/London (The Free Press)
- Lévi-Strauss, Claude 1963: Les discontinuités culturelles et le développement économique et social. In: Informations Sciences Sociales, Heft 2, juillet 1963
- Lévi-Strauss, Claude 1993: Die elementaren Strukturen der Verwandtschaft, Frankfurt/Main (suhrkamp)
- Nathan, Tobie 1995a: Psychanalyse païenne, Paris (Odile Jacob)
- Nathan, Tobie, Stengers S. 1995b: Médecins et sorciers, (Les empêcheurs de penser en rond, Paris, Odile Jacob)
- Nöstlinger, Christina 1996: Transkulturelle Beratung, In: Pusitz, H., Reif, E.: Interkulturelle Partnerschaften, Frankfurt/Main (Interkulturelle Kommunikation)
- Parin, Paul 1993: Das Bluten aufgerissener Wunden, In: Sippel-Süsse, Wegeler, Cornelia (Red.): Körper, Krankheit und Kultur. Frankfurt/Main (Brandes & Apsel) 7-39.
- Radice v. Wogan, J. Eimmermacher H., Lanfranchi A. (Hrsg.) 2004: Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch interkulturelles Denken und Handeln, Weinheim (Beltz)
- Roheim, Géza 1977: Psychoanalyse und Anthropologie, Frankfurt/Main (suhrkamp)
- Wulff, Erich (Hrsg.) 1978: Ethnopsychiatrie, Wiesbaden (Akademische Verlagsgesellschaft)