

1 Interkulturelle therapeutische Kompetenz (IKTK)

Interkulturelle therapeutische Kompetenz (IKTK) stellt in der psychotherapeutischen Tätigkeit einen wichtigen Beitrag dar, das Verhaltensrepertoire für interkulturelle Begegnungen zu erweitern, Erfahrungen zu reflektieren, Denk- und Verhaltensmuster zu erkennen, sprachliche, kulturelle und religiöse Besonderheiten als Möglichkeit der Bewältigung einer Krise in die Reflexion und Intervention einzubeziehen sowie neue Handlungsstrategien zu entwickeln.

Interkulturelle therapeutische Kompetenz setzt zunächst eine Reihe von Fähigkeiten voraus, welche die Grundlage für interkulturelle Kompetenz – als Querschnittskompetenz – im weiteren Sinne bilden. Daher wird IKTK im Zusammenhang mit »Interkultureller Kompetenz« als Querschnittskompetenz betrachtet und behandelt.

Unter interkultureller Kompetenz wird die Fähigkeit und Bereitschaft zur Selbstreflexion, Empathie, Flexibilität und Anerkennung von Vielfalt verstanden. Thomas betont interkulturelles Lernen als Grundlage zum Erwerb der interkulturellen Kompetenzen. »Eine effektive Kooperation zwischen verschiedenen kulturell sozialisierten Partnern erfordert ein gewisses Maß an Fähigkeit und Bereitschaft, fremde Kulturstandards in das eigene Wahrnehmungs-, Denk-, Bewertungs- und Handlungsmuster zu integrieren. Dazu ist interkulturelles Lernen erforderlich« (Thomas 2003, S. 438). Für Thomas hat interkulturelles Lernen dann stattgefunden, wenn »die Veränderungen im Wahrnehmen, Denken, Empfinden und Handeln so beschaffen sind, dass sie den jeweiligen Anforderungen kultureller Überschneidungssituationen und den Erwartungen der in verschiedenen Kulturen sozialisierten Interaktionspartnern entsprechen« (a. a. O., S. 439). In Anlehnung an Winter (1988) und Kammhuber (2000) stellt Thomas interkulturelles Lernen anhand eines aufeinander aufgebauten Vier-Stufen-Modells dar. Bei der ersten Stufe geht es um die Aneignung von Orientierungswissen über eine fremde Kultur. Bei der zweiten Stufe handelt es sich um die Erfassung kulturfremder Orientierungssysteme wie Normen, Einstellungen, Überzeugungen, Werthaltungen usw. Mit der dritten Stufe ist die Fähigkeit zur Koordination kulturdivergenter Handlungsschemata gemeint. Bei der vierten Stufe handelt es sich um die generelle Fähigkeit zum Kultur-Lernen und Kultur-Verstehen. Damit ist gemeint, dass jemand über hochgradig generalisierbares Handlungswissen verfügt, das ihn in die Lage versetzt, sich in jeder fremden Kultur schnell und effektiv zurechtzufinden (vgl. ebd.).

Von diesem Vier-Stufen-Modells leitet Thomas Folgendes ab: »Interkulturelles Lernen ist dann erfolgreich, wenn es zu einem interkulturellen Verstehen führt, das einerseits die Kenntnisse über fremde Kulturstandards und ihre handlungssteuernden Wirkungen umfasst und andererseits in der Fähigkeit zum Wahrnehmen, Denken, Urteilen und Empfinden im Kontext des fremdkulturellen Orientie-

nungssystems besteht. Erfolgreiches interkulturelles Lernen und ein hohes Maß an interkulturellem Verstehen sind Grundvoraussetzungen zum Aufbau interkultureller Handlungskompetenz, definiert als die Fähigkeit des Handelnden, beide Orientierungssysteme in einer aufeinander abgestimmten Weise zur effektiven Handlungssteuerung in der kulturellen Überschneidungssituation zum Einsatz zu bringen« (ebd.).

Was Thomas hier bezüglich des interkulturellen Lernens beschreibt, lässt sich auch auf den Erwerb interkultureller therapeutischer Kompetenz beziehen. Interkulturelle Kompetenz wird demnach definiert als die Fähigkeit, kulturelle Bedingungen und Einflussfaktoren im Wahrnehmen, Urteilen, Empfinden und Handeln bei sich selbst und anderen Personen zu erfassen, zu würdigen, zu respektieren und produktiv einzusetzen im Sinne von wechselseitiger Anpassung, von Toleranz gegenüber Inkompatibilitäten sowie einer Entwicklung synergetischer Formen des Zusammenlebens und der Weltorientierung (vgl. Thomas, Kammhuber, Layes 1997, S. 67–68).

Clement & Clement verstehen unter interkultureller Kompetenz sowohl eine Haltung als auch ein substantielles Wissen: »Als Haltung meint interkulturelle Kompetenz das Bewußtsein, daß die eigene Kultur nur eine von vielen ist, daß in jeder Kultur eigene Vorstellungen davon existieren, was ›real‹ ist, was Menschen unausgesprochen voneinander erwarten können« (Clement & Clement 2000, S. 159–160).

Interkulturelle therapeutische Kompetenz sollte kognitive (i. S. der Kenntnisse über die fremdkulturellen Aspekte der jeweiligen Kultur), affektive (i. S. der Fähigkeit zur emotionalen Selbstreflexion und Selbstkontrolle) und verhaltens- bzw. handlungsbezogene (i. S. der Anpassung des eigenen Verhaltens und Haltungen an die Verhaltensmuster und Haltung der jeweiligen Kultur) Dimensionen umfassen und in integrierter Form erlebbar machen (vgl. Bolten 1999, 2000).

Im Zusammenhang von interkulturellem Training definiert Thomas interkulturelle Kompetenz als »Fähigkeit, die kulturelle Bedingtheit der Wahrnehmung, des Urteilens, des Empfindens und des Handelns bei sich selbst und bei anderen Personen zu erfassen, zu respektieren, zu würdigen und produktiv zu nutzen« (Thomas 2009, zit. nach Mösko et al. 2012, S. 16). Laut Thomas setzt die Entwicklung interkultureller Kompetenz die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit fremden kulturellen Orientierungssystemen voraus. Voraussetzung dafür ist die Grundhaltung einer kulturellen Wertschätzung (vgl. ebd.).

Möske et al. weisen auf das derzeit am weitesten verbreitete Konzept interkultureller Konzept von Sue et al. (1982). Das dreidimensionale Modell gliedert sich in die folgenden Dimensionen (Sue u. Sue 1990): Überzeugungen (»beliefs«), Wissen (»knowledge«) und Fähigkeiten (»skills«).

In zahlreichen Fort- und Weiterbildungen, sowie interkulturellen Trainingsveranstaltungen habe ich immer wieder die Erfahrung gemacht, dass die Kollegen, die in interkulturellen Überschneidungssituationen arbeiten, oft unsicher sind, wenn es um die Behandlung von Patienten aus anderen »fremden« Kulturen geht. Es ist anzunehmen, dass keine tragfähige therapeutische Beziehung hergestellt werden kann, wenn im therapeutischen Zwischenraum ein Gefühl der Angst und Unsicherheit dominiert.

Fallbeispiel: »Teamsupervision«

In einer Teamsupervision wurde mir eine türkeistämmige Familie vorgestellt, bei der eine hohe negative Paardynamik zwischen dem Kindesvater und der Kindesmutter sowie enorme Konflikte mit der Schwiegermutter (Mutter des Kindesvaters) vorhanden sind. Die Schwiegermutter lasse sich wie eine Königin von der Kindesmutter bedienen. Als Hauptverantwortliche für die Versorgung des sterbenskranken Kindes fühle sich die Kindesmutter mit der Situation überfordert und reagiere zeitweise mit schweren Depressionen, die mit Suizidgedanken einhergehen.

Sowohl in den Herkunftsfamilien des Ehepaares wie auch in der Familie, um die es geht, scheint ein traditionelles Rollenverständnis zu herrschen. Die Kindesmutter wird weder von ihrer Herkunftsfamilie noch von ihrem Ehemann in Schutz genommen und unterstützt. Das Palliativteam, das mit zehn Fachkräften 22 Stunden täglich bei der Familie engagiert seinen Dienst leistet, fühlt sich der Situation gegenüber hilflos. Ständiges Einmischen der Kindesgroßmutter und viele Besuche behindern das Team. Das Team sieht keine Möglichkeit, die Situation zu verändern und die Effektivität seiner Arbeit zu erhöhen.

Bei der Auseinandersetzung mit der Familienstruktur stellt sich heraus, dass die Familienstruktur hierarchisch und patriarchalisch gegliedert und geschlechts- und generationsabhängig ist, wie es vielfach bei Familien mit ruralen Wurzeln aus der Türkei beobachtet werden kann.

Auf mehrfache Nachfragen konnte von den Teammitgliedern kaum ein Vorschlag bezüglich einer möglichen Umgangsweise mit der Situation entwickelt werden. Ich bat die Teilnehmerinnen, sich doch einmal vorzustellen, dass es sich hierbei nicht um die türkeistämmige Familie Aslan (Name geändert) handelte, sondern um eine deutsche Familie (Familie Müller). Man solle Vorschläge machen, wie man mit der Familie Müller in dieser Situation umgehen könne. Erst ab da wurden mehrere konkrete und umsetzungsfähige Vorschläge gemacht. Unter den Teilnehmerinnen herrschte Einigung darüber, dass – mit Ausnahme von einigen wenigen – fast alle Vorschläge auch im Umgang mit der Familie Aslan als geeignet betrachtet werden könnten. Daraufhin konnten konkrete Handlungsschritte vereinbart werden, mit denen die Teammitglieder zufrieden waren.

Die vorsichtige und zurückhaltende Haltung der Teilnehmerinnen hat sich verändert, als es nicht mehr um eine Familienstruktur ging, deren traditionell geprägte Kultur-, Norm- und Wertvorstellungen nicht vertraut waren. Dieser Schritt wurde alleine dadurch erreicht, dass die türkische Familie in der Vorstellung durch eine deutsche Familie ersetzt wurde. Auch in einer deutschen Familie könnte es ähnliche Rollenkonflikte geben. Man würde hier aber eher weniger Fremdheitsgefühle bezüglich der Umgangs- und Bewältigungsstrategien haben.

Die psychotherapeutische Arbeit mit Migranten-Patienten erfordert die Überwindung der eigenen Fremdheitsgefühle seitens der Therapeuten: »Alle Mitglieder einer Gesellschaft, auch Ärzte und Psychotherapeuten, haben die kollektiv geformten

und über zumindest unbewußte seelische Vorgänge in jedem einzelnen verankerten Fremdenängste verinnerlicht« (Leyer 1991, S. 183). Leyer weist in Anlehnung an Beck (1977) in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung der Abwehrmechanismen der Psychotherapeuten gegenüber bestimmten »schwierigen« Patienten hin, »die sie in der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit mit Kompetenzverlust, Hilflosigkeit und narzisstischer Kränkung, Ohnmacht und Wut bedrohen« (a. a. O., S. 182). Beck spricht hier von »Koryphäenkillern«. Ohne Überwindung dieser Abwehr kann der Psychotherapeut keine vertrauensvolle Beziehung zu seinem Patienten entwickeln. Zurek bezeichnet Psychotherapie als »das Ersetzen einer Entfremdung durch eine andere« (Zurek 1992, S. 437, zit. nach Zurek 1995, S. 141). »Da aber die Aufhebung der gesellschaftlichen ebenso wenig wie die der therapeutischen Entfremdung in Sicht ist, fragt es sich natürlich, inwieweit auch kleine erste Schritte möglicher Entfremdungsreduktion machbar sind, und wie sie aussehen könnten – auf dem Wege zu einer an der Wurzel greifenden Befreiung von der Entfremdung« (Zurek 1995, S. 141). Erim-Frodermann erwähnt in diesem Zusammenhang Schuldgefühle bei Therapeuten: »Schuldgefühle des Therapeuten gegenüber Patienten, die zu sozial benachteiligten Gruppen gehören, können die Bearbeitung von aggressiven Impulsen in der Psychotherapie erschweren, wenn sie nicht erkannt und für den psychotherapeutischen Prozess genutzt werden« (Erim-Frodermann et al. 2000b, S. 174).

Interkulturelle therapeutische Kompetenz (IKTK) ist eine Kunst von Beziehung und Begleitung. Eine ängstliche/ablehnende Haltung bei Therapeuten gegenüber fremdkulturellen Patienten kann eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung nicht entstehen lassen und infolgedessen keine effektive therapeutische Begleitung ermöglichen. Die Überwindung von eigenen Abwehrhaltungen ist eine wesentliche Voraussetzung für den Erwerb interkultureller therapeutischer Kompetenz. Diese Einstellung scheint nicht bei allen Psychotherapeuten vorzuliegen, wie es in eigener Untersuchung deutlich wurde. Für die IKTK ist – wie alle zitierten Autoren betonen – Verarbeitung und Überwindung eigener, innerer Widerstände und Konflikte eine Voraussetzung. Nicht nur eigene Ängste müssen überwunden werden, sondern auch ein Bewusstsein über eigene Widerstände muss entwickelt werden. Das erfordert ein hohes Maß an Selbstreflexionsfähigkeit, Neugierde und die Bereitschaft zur Relativierung eigener Wirklichkeitskonstruktionen. Darüberhinausgehend müssen außerdem Kenntnisse über Migrationsbedingungen und -hintergründe durch die Therapeuten erworben werden: »Eine der wichtigsten Aufgaben, die die interkulturelle Psychotherapie zu leisten hat, ist eine Atmosphäre der Anerkennung, Wertschätzung und Neugierde zwischen Patienten und Therapeuten herzustellen. Hierzu gehören selbstverständlich Informationen bezüglich soziokulturellen Besonderheiten der betreffenden Ethnie« (a. a. O., S. 173).

Kohte-Meyer ist der Ansicht, dass das gespaltene Erleben des Migranten-Patienten im therapeutischen Kontext thematisiert werden muss, um die subjektive Befindlichkeit des Patienten aufdecken zu können. »Es ist Aufgabe der Psychotherapeuten/Psychoanalytiker, hier aktiv zu werden und nicht abzuwarten, ob der Patient den Migrationsprozeß selbst thematisieren wird« (Kohte-Meyer 1999, S. 95). Die Begegnung im transkulturellen Spannungsfeld stellt für sie eine neue Dimension der psychotherapeutischen Arbeit dar und bedarf eigener Anstren-

gungen seitens des Therapeuten. »Auf Seiten des Therapeuten ist viel Stabilität und Flexibilität nötig, um den Anforderungen im transkulturellen Spannungsfeld gerecht werden zu können. In der Arbeit mit Migranten-Patienten muß der psychotherapeutische Raum aktiv erweitert werden, um die Dimensionen der inneren und äußeren soziokulturellen Realität des Patienten mit aufnehmen zu können« (a. a. O., S. 93–94). Dazu gehört auch eine genauere Auseinandersetzung mit den herkunftsspezifischen Verhältnissen des Patienten. Andernfalls könnten – wie das unten aufgeführte Beispiel zeigt – auch gut gemeinte Hilfestellungen verheerende Folgen für den Patienten haben.

Fallbeispiel: »Stellungnahme zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit«

Herr D. bittet seine behandelnden Ärzte in einer psychiatrischen Klinik um eine Stellungnahme zur Beurteilung seiner Militärdienstfähigkeit. Der Patient ist etwa ein Jahr lang vollstationär und danach mehrere Jahre (neben kurzen stationären Aufenthalten) in der Klinikambulanz behandelt worden. Die Ärztin ruft den muttersprachigen Therapeuten an und möchte seine Meinung über ihre Stellungnahme erfahren, bevor sie diese dem Patienten aushändigt.

Sie schreibt sinngemäß folgendes: Der Patient komme aus der Türkei und sei kurdischer Abstammung. Wegen seiner regimekritischen Haltung und seinen politischen Tätigkeiten als bekennender Kurde sei er vom türkischen Militär verfolgt, mehrmals verhaftet und schwer gefoltert worden. Er leide seit Jahren unter schweren posttraumatischen Belastungsstörungen und diese gingen auf die schwerwiegende Foltererfahrung in seinem Heimatland zurück.

Im Kontext davon, dass Herr D. die psychiatrische Bescheinigung wünschte, um seinen Antrag bei den türkischen Behörden zur Befreiung vom Militärdienst zu begründen, dürfte eine solche Bescheinigung zur Folge haben, dass Herr D. vermutlich nie wieder türkischen Boden betreten dürfte ohne deswegen belangt zu werden, geschweige denn vom Militärdienst befreit würde.

Kritisch ist hier ebenso anzumerken, dass die Ärztin angab, dass aus seinen Unterlagen (zwei Akten über mehrere stationäre und ambulante Behandlungen) keine biografische Anamnese zu entnehmen sei. In den Akten fehlten auch fremdanamnestic Angaben, was sie befremdlich fand, obwohl sie selber die überwiegende Zeit seine behandelnde Ärztin gewesen war.

Interkulturelle Kompetenz in der Behandlung von Migranten bietet Chancen und Möglichkeiten, Grenzen psychotherapeutischer Tätigkeit zu erkennen, die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Migranten/innen zu verbessern, die Gesundheitsversorgung »interkulturell zu öffnen« und das eigene fachliche Repertoire zu erweitern (vgl. Gavranidou 2010).

Folgende Anforderungen möchte der Verfasser auf dem Hintergrund seines umfangreichen Quellenstudiums und der eigenen beruflichen Erfahrungen an »interkulturell kompetente« Psychotherapeuten und die »interkulturelle Behandlung« stellen:

Allgemeine Haltung/Grundhaltung

- Die Fähigkeit und Bereitschaft, das eigene internalisierte Wertesystem kritisch zu reflektieren und wenn nötig anzupassen, um offen für Neues zu sein (Selbstreflexion)
- Bereitschaft des Therapeuten, sich auf ein interkulturelles Therapiesetting einzulassen und Neugier auf das Fremde, Unbekannte
- Fähigkeit und Bereitschaft, sich auf die besondere Lebenssituation von Migranten einzulassen
- Bereitschaft des Therapeuten, sich in die Lebenswelt des Patienten und die seiner Familie einzufühlen und sich hineinzubegeben (Joining)
- Fähigkeit, auf Menschen mit anderen kulturellen Normen und Werten neugierig, offen und wohlwollend zuzugehen und zugleich notwendige Distanz zu wahren
- generelle Aufgeschlossenheit gegenüber Andersartigem und Fremden
- gleichzeitige Anerkennung von Verschiedenheit und Gleichheit
- in der Gleichheit die Unterschiede und in den Unterschieden die Gleichheit zu erkennen und zu berücksichtigen
- Offenheit und Toleranz gegenüber dem kulturellen, ethnischen und religiösen Hintergrund des Patienten
- Empathie und Einfühlungsvermögen in und Verständnis für die Normen und Werte anderer Kulturen
- Respekt und Interesse für andere Kulturen
- Relativierung der eigenen kulturellen Regeln, Norm- und Wertvorstellungen als Maßstab für Bewertungen, Zuordnungen und Orientierung
- jeden Patienten als eine ganz neue Welt zu betrachten, die es erst zu erforschen gilt
- Wertschätzende, interessierte Herangehensweise an die Migranten-Behandlung
- Offenheit und Bereitschaft, eigene Regel- und Orientierungssysteme und Wirklichkeitskonstruktionen als eine Perspektive unter anderen anzusehen und in Frage stellen zu können
- Gefühl für angemessenes Handeln
- Vermeidung von chauvinistischen-nationalistischen-ethnozentristischen Haltungen

Interethnisches Therapiesetting

- Fähigkeit zur Vermeidung von Überbetonung bzw. Verleugnung kultureller, religiöser, ethnischer und sprachlicher Unterschiede
- Berücksichtigung kulturspezifische Besonderheiten
- Wahrnehmen und Hinterfragen des eigenen kulturellen Standortes
- Toleranz, Achtung und Anerkennung von fremdkulturellen Orientierungen
- Tiefes Verständnis kultureller Zusammenhänge
- eigenkulturelle Bewusstheit
- Hinterfragen, was man nicht versteht
- sprachliche, kulturelle, ethnische und religiöse Besonderheiten berücksichtigende migrationssensible (u. a. biografische) Anamneseerhebung
- Klärung der Erwartungen des Patienten an einen Psychotherapeuten, transparente Therapiezielsetzung, Auftragsklärung

- Klärung der Vorstellungen des Patienten in Bezug auf das Krankheitsverständnis und die Krankheitsbehandlung
- kultursensitive und aktive Interventionen
- Nachvollziehbarkeit und Verträglichkeit der therapeutischen Interventionen. Das heißt: Die Fähigkeit und Bereitschaft des Therapeuten, die Therapieziele und Interventionen dem kulturellen Hintergrund des Patienten anzupassen bzw. diese zu berücksichtigen.
- Kultursensibilität als Qualitätskriterium in der Therapie
- Ressourcenorientiertes Vorgehen unter Berücksichtigung kohäsiver Strukturen
- Überprüfung der Therapieziele in Bezug auf ihre Tragbarkeit seitens des Patienten, in der Familie und in Bezug auf Bezugspersonen

Reflexionsfähigkeit

- Selbstreflexion, Selbstsicherheit und Selbsterfahrung des Therapeuten
- Bereitschaft, eigene Standards als kulturspezifisch zu betrachten und in Frage stellen zu können (Infragestellung der eigenen Kulturstandards und Anerkennung der Anderen)
- Bereitschaft, das als »normal« Angesehene in Frage zu stellen
- Bereitschaft zur Überprüfung kultureller Prägung der psychotherapeutischen Methode
- bewusste Auseinandersetzung mit der eigenen Fremdheit
- Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der eigenen ethnischen Zugehörigkeit
- Fähigkeit zu emotionaler Offenheit
- Fähigkeit und Bereitschaft zur Perspektivübernahme und Aneignung des anderen Standpunktes
- Umgang mit der eigenen Sicherheit oder Unsicherheit
- Reflexion eigener Einstellungen, Vorurteile und Stereotype bezüglich der Migranten und deren Herkunftskultur, Ethnie und Religion
- Bewusstsein über die Existenz des Unbewussten (im Sinne von etwas Fremden) als Ort des Verdrängten
- Bereitschaft, sich mit den Selbstverständlichkeiten der eigenen Kultur auseinander zu setzen und diese kritisch zu reflektieren
- Bereitschaft zur Selbstreflexion in Bezug auf therapeutische Haltungen, den kulturellen Hintergrund des eigenen Handelns und Umgangsweisen
- Reflexionsfähigkeit der eigenen kulturellen Zuschreibungen und des eigenen Menschenbildes der Therapeuten
- Bereitschaft, sich mit kulturellen Übertragungs- und Gegenübertragungsmustern auseinander zu setzen

Kommunikation/Interaktion

- Interkulturelle Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit
- Kommunikationsstil
- Echtheit und Unvoreingenommenheit in der Begegnung

- Konfliktfähigkeit
- Ambiguitätstoleranz (zentrale Kompetenz; die Fähigkeit, Ungewissheit, Unsicherheit, Fremdheit, Nichtwissen und Mehrdeutigkeit zur Kenntnis zu nehmen und auszuhalten)
- Frustrationstoleranz
- Dezentrierung (Distanzierung des Therapeuten von seinen eigenen kulturellen Bezugspunkten)
- Fähigkeit zur Regulierung des Nähe-Distanz-Verhältnisses
- Klärung der Rollen- und Erwartungshaltungen
- Bescheidenheit und Sinn für Humor
- Empathie und Einfühlungsvermögen seinen Gesprächspartnern gegenüber
- Fähigkeit zur Wahrnehmung, Übersetzung und Sinngebung
- Kultur, Ethnie und Religion berücksichtigende Einfühlsamkeit im interaktionalen Kontext
- Beachtung der kulturspezifischen Umgangsweisen (Begrüßungs- und Höflichkeitsrituale usw.)
- Die Fähigkeit zur Entwicklung und Umsetzung von Kommunikations- und Interaktionsformen, die die fremdkulturellen Aspekte berücksichtigen

Aus-, Fort- und Weiterbildung

- kultursensitive Ausbildung
- Kenntnisse über die sprachlichen, kulturellen, ethnischen, religiösen, soziokulturellen und psychosozialen Aspekte der zu behandelnden Patienten. Dabei geht es nicht nur um die Bezugssysteme des Herkunftslandes, sondern auch um die Bezugssysteme und Lebenssituationen der Migranten im Aufnahmeland
- Bereitschaft zur Erweiterung der eigenen kognitiven Landkarten
- fest verankerte, regelmäßige kultursensitive Fort- und Weiterbildungen
- fest verankerte, muttersprachliche Supervisionen für Berufsgruppen und Teams

Strukturmerkmale interkulturelle Psychotherapie nach Machleidt und Gün (2011)

- kulturangemessene reflektierte therapeutische Haltung (paternalistisch vs. demokratisch)
- kulturangemessenes therapeutisches Setting (kollektivistisch vs. individualistisch)
- sorgfältige Wahrnehmung der Übertragung (Idealisierung, Abwertung, Vorurteile, Gleichbehandlung etc.)
- sorgfältige Wahrnehmung der Gegenübertragung (Rassismus, Religiosität, Ethnie, kulturelle Werte, Gender)
- »Kampf der Kulturen« im sozialen Mikrokosmos des therapeutischen Raumes vs. Transformation des Fremden in ein Eigenes
- Empathie (Einfühlung, Perspektiveninduktion und -übernahme)
- Kultursensibilität und -kompetenz (Sinn und Bedeutung des Fremden lassen sich nicht aus dem Eigenen erraten)

Zusammengefasst benötigt ein interkulturell kompetenter Therapeut folgende Fähigkeiten, um in interkulturellen Überschneidungssettings effektiv und angemessen zu agieren:

Offenheit, Kulturwissen, Neugierde, kultursensible Kommunikation, Vermeidung von Stereotypisierung, Selbstreflexion, Achtung, Empathie, Wertschätzung, Flexibilität, Konfliktfähigkeit, Interaktionsfreudigkeit, Anerkennung von Vielfalt, Dezentrierung (Distanzierung des Therapeuten von seinen eigenen kulturellen Bezugspunkten), Ambiguitätstoleranz (Fähigkeit, Ungewissheit, Unsicherheit, Fremdheit, Nichtwissen und Mehrdeutigkeit auszuhalten) und tragfähige Beziehung und Kommunikation. Diese Fähigkeiten können wesentlich dazu beitragen, kulturelle Barrieren zu überwinden.

Der Psychotherapeut sollte ein Bewusstsein für die eigene kulturelle Gebundenheit entwickeln und sich bewusst sein, dass in seinen (Gegen-)Übertragungen auf den Patienten alle individuellen und gesellschaftlichen Vorurteile und Stereotypen als kollektive Übertragungen auftauchen, die zu entaktualisieren sind, bevor sie destruktiv wirksam werden können. In dem Zusammenhang hat die Eigenanalyse die wichtige Funktion einer Minderung unbewusster projektiver rassistischer Abwehrmechanismen zur Selbstwertstabilisierung des Therapeuten. Eine offene kosmopolitische Lebensart, eine teilnehmende Neugier und kulturelles Wissen sind hilfreich für die interkulturelle Psychotherapie.

Nach Seidel trägt interkulturelle Kompetenz ein Doppelgesicht: »Sie ist Fähigkeit und Eigenschaft zugleich. Fähigkeiten lassen sich, in Teilen, erwerben. Eigenschaften müssen sich entwickeln. Beide zusammen ist, wenn es gelingt, wie eine Reise in ein unbekanntes Land, von der man vielleicht irritiert, aber doch bereichert zurückkehrt. Und wenn man auf diese Weise begonnen hat, ›sich mit den Absichten des Anderen bekannt zu machen‹ (Kafka), und sich so am Anderen zu bilden, wird man verstehen, wie sehr wir doch auf ›Gäste‹ aus anderen Kulturen angewiesen sind« (Seidel 2011, S. 168).

Leithäuser und Volmerg setzen sich – aus der Perspektive der psychoanalytischen Sozialpsychologie – mit dem Thema des »Unbewussten« und des »Fremden« auseinander. Ein Thema, dem im interkulturellen therapeutischen Kontext eine große Bedeutung zukommt: »In seiner individuellen wie in seiner kollektiven Gestalt ist das uns fremde Unbewusste immer auch ein Stück von uns selbst. Insofern ist das Fremde, das Unbewusste verstehen, ein Verstehen des Fremden in uns selbst« (Leithäuser & Volmerg 1988, S. 10). Das fremde Unbewusste in sich selber zu verstehen, bietet eine wichtige Grundlage für interkulturelle therapeutische Kompetenz. »Das Verstehen des Fremden heißt, das Fremde in sich selbst verstehen. Projektionen und Übertragungen müssen als solche entdeckt und als etwas eigenes zurückgeholt werden« (Volmerg 1988, S. 284).

Ausgehend von den bisherigen Ausführungen kann nach Ansicht des Verfassers interkulturelle therapeutische Kompetenz wie folgt definiert werden:

- die Fähigkeit, Offenheit und Bereitschaft, die Begrenztheit der eigenen Sicht- und Handlungsweisen selbstsicher zu akzeptieren, aufmerksam für mögliche

Konfliktfelder zu werden, mutig die unangenehmen und heftigen Gefühle auszuhalten, sich mit Geduld und Fleiß um hilfreiche Informationen zu bemühen, sich bescheiden auf die konkrete Situation und deren Gestaltung zu konzentrieren, sich durch Neugier in jede Richtung die Lust an der Begegnung, Kommunikation und Interaktion zu erhalten und Bewusstheit über die Existenz des Unbewussten (i.S.v. etwas Fremden, nicht zugänglichen) als Ort des Verdrängten.

1.1 Interkulturelle Aspekte in der Therapie mit Migranten – ausgehend von den Auswertungsergebnissen eigener Untersuchung

*» Wer sich selbst und andere kennt,
wird auch hier erkennen:
Orient und Okzident sind nicht mehr zu trennen.«
Goethe*

Im Zuge der allgemeinen Globalisierung und der multiethnischen demografischen Entwicklung vollzieht sich in der europäischen Union, somit auch in Deutschland, ein gesellschaftlicher Wandel. Die Philosophie der europäischen Union unterstützt das Zusammenwachsen multiethnischer Gruppen. Die Theorien und Methoden der Psychotherapie können hiervon nicht unberührt bleiben. Notgedrungen müssen sie sich an diese Entwicklung anpassen. Die psychotherapeutischen Methoden, die sich seit dem frühen zwanzigsten Jahrhundert im christlich-jüdischen Zentral-europa entwickelten, sind den neuen Anforderungen der Gesellschaft mit unterschiedlichen Kulturen, Religionen, Ethnien und Sprachen nicht mehr gewachsen. Die für den westlichen Mittelstand entwickelten Therapien sind nicht ohne weiteres auf andere Kulturen übertragbar. »Der Umgang mit Patientinnen und Patienten aus anderen kulturellen Kontexten kann insbesondere dann zu Problemen führen, wenn unterschiedliche ›Weltbilder‹ bzw. ›Erklärungsmodelle‹ hinsichtlich psychischer Krankheit aufeinandertreffen. Selbst gleichlautende Begriffe können dann je nach Kontext etwas anders bedeuten, sei es bezüglich der vermuteten Entstehungsursache, des Krankheitsverlaufs oder der empfohlenen bzw. erwarteten Behandlung« (Heinz und Kluge 2011, S. 27).

Zudem treffen sich in einer multikulturellen Vielfalt unterschiedliche sozio-kulturelle Milieus aufeinander. Es ist nicht selbstverständlich, dass die Angehörigen der unterschiedlichen sozialen Schichten (z. B. Bürgerliche Mittelschicht vs. Arbeiterklasse) über das Leben und den Wertesystemen der jeweils anderen Kenntnisse haben und aufeinander zugehen. In diesem Zusammenhang muss u. a. auch auf den sozioökonomischen Dimensionen der Kultur hingewiesen werden. Geht es um die Arbeitsmigranten, so muss nicht nur die ethnische Fremdheit, sondern auch die sozioökonomische Fremdheit in Betracht gezogen werden.