

Sehr geehrte Damen und Herren!

Herzlichen Dank für diese Einladung und für die Möglichkeit, hier in dieser Form sowohl über meine Erfahrungen in der Migrationsarbeit zu sprechen als auch in meinen Tätigkeiten im Bereich der Ethnopsychiatrie und der transkulturellen Psychiatrie.

Gerne stehe ich Ihnen für Fragen und Bemerkungen nach dem Ende meines Vortages zur Verfügung und freue mich auf Ihre Anregungen.

Ich möchte gleich zu Anfang mein Zusammentreffen mit Paul Parin, ein Ethnopsychotherapeut, erwähnen. Leider konnten wir nur kurze Zeit zusammenarbeiten. Ganz besonders beeindruckt hat mich ein zentraler Gedankengang in unserem Gespräch: Er sagte, dass sowohl der Balkan als auch Israel, Palästina, Afghanistan und Pakistan Durchgangsländer seien – Länder, die Regionen sind, durch die verschiedene Völker und Kulturen durchgehen mussten, um in wärmere oder fruchtbarere Regionen zu gelangen, weil ein Überleben woanders nicht mehr möglich war. Diese Böden seien durch die entstehenden kriegerischen Auseinandersetzungen blutgetränkt und es habe nie Reinigungsrituale gegeben.

Zuallererst zur Definition von Migrationspsychiatrie. Zitat von Assion und Fatma Parla:
„Verschiedene Autoren ...haben allgemein die Relevanz des kulturellen Kontextes bei psychischen Störungen herausgestellt und Kenntnisse des kulturellen Hintergrunds für den therapeutischen Umgang gefordert. Die wissenschaftliche und klinische Auseinandersetzung zu diesem Thema ist jedoch bis heute noch lückenhaft... (aus ihrer Promotionsarbeit „Migration und Drogenabhängigkeit“, 2006)

Beginnen möchte ich meinen Vortrag mit den Sätzen von Herrn Finzsch aus seiner Rede zu Beginn dieser Vorlesungsreihe.

So wie er in seiner Einleitung zum Ausdruck brachte, geht es mir genauso. Auch ich leiste einen Offenbarungseid. Ich komme zum Ergebnis, dass ich dieser Thematik in all ihrer Komplexität auch nicht gerecht werden kann.

Am Anfang meiner Tätigkeit als Sozialpädagoge und später dann als Heilpraktiker Psychotherapie, Sucht- und Gestalttherapeut in eigener Praxis, legte ich Literaturlisten an und versuchte, den neu hinzukommenden Veröffentlichungen gerecht zu werden.

Ich gab das spätestens 1984 auf. Ich kam nämlich nicht mehr hinterher.

Die zunehmende Zahl der Veröffentlichungen hatte natürlich auch einen positiven Aspekt. Mir wurde klar, dass dieses Thema „Migration und Auswirkung, Transkulturelle Psychiatrie“ – immer mehr in den Fokus des Interesses rückte.

Doch was ist Migration, warum verlassen Menschen ihr Herkunftsland, unter welchen Bedingungen verlassen sie es? Was geben sie auf und was gewinnen sie in ihrer neuen Heimat? Ist **sie** das überhaupt für sie oder ist sie sogar ganz woanders? Oder wird sie es noch?

Welche Lebensprozesse durchlaufen eingewanderte Menschen nach ihrer Einwanderung in Deutschland - aber auch welche physischen und psychischen Beeinträchtigungen erlitten sie bzw. erleiden sie bis heute?

Die Beschäftigten in der Migrationsarbeit sind zwangsläufig mit Übertragungen konfrontiert. Sie kommen nicht umhin, sich mit den Biografien der Eingewanderten auseinanderzusetzen als auch mit deren Leidensgeschichten.

Für mich als Psychotherapeut ist vor allen Dingen immer wichtig gewesen, zu lernen, wie ich das physische und vor allen Dingen das psychische Leid, das sie zu mir gebracht hat, beraten und „behandeln“ kann.

Mit dieser Recherche, diesem Gedankengang begann ich während meiner Tätigkeiten in der Beratungsstelle Bahnhof Zoo/Levetzowstraße 1979.

Bei den Gesprächen mit Wohnungslosen sowohl auf der Straße, als auch in der Beratungsstelle stellte ich fest, dass viele der Betroffenen in der DDR und noch östlicher geboren waren. Die Mehrzahl der Menschen, die zu uns kamen oder die wir in der Straßenarbeit kontaktierten, waren Menschen mit psychischen und Abhängigkeitserkrankungen. Die Diagnosen gingen von Alkoholabhängigkeit über Opiatabhängigkeit, Polytoximanie, Benzodiazepinabhängigkeit bis hin zu Erkrankungen aus dem Schizophrenen Formenkreis.

Ich ging davon aus, dass es multiple Faktoren geben musste, wodurch Menschen nicht nur wohnungslos wurden, sondern auch psychisch und physisch „krank“ wurden.

Hatten sie durch ihre Erkrankungen ihre Wohnung verloren oder sind sie durch die Wohnungslosigkeit psychisch und physisch erkrankt? „Henne oder Ei“?

Ich lade Sie nun ein, mir in das magische Madagaskars zu folgen.

Doktor Peter Röhl, Leiter der psychiatrischen Klinik in Viersen, besuchte Anjanamasina in Madagaskar. Er war sehr engagiert in der antipsychiatrischen Bewegung ab 1975 in Deutschland. Er wollte in Madagaskar erfahren, wie Psychiatrie in Afrika funktioniert und wie die Menschen dort behandelt werden.

Ich arbeitete dort, in Madagaskar etwas später im Rahmen eines Forschungsprojekts über den „Zusammenhang zwischen dem „Zerfall von Familienstrukturen und der Genese“ von „psychischen und Abhängigkeitserkrankungen“.

Nach drei Wochen Arbeit war ich so verwirrt und erschöpft, dass ich weder „ein noch aus“ wusste: Was war Wahrnehmung, was Wunschdenken und was Fehlwahrnehmung? Ich wurde in der Hauptstadt an Doktor Rakotomalala vermittelt. Er war Chefarzt und betrieb eine Ambulanz in einem der Slums von Antananarivo. Darüber hinaus war er beteiligt gewesen an der Erstellung des Buchs „Tsiny und Tody“ mit Professor Doktor Richard Andriamanjato. „Tsiny und Tody“ ist sinngemäß zu übersetzen mit „Vom Geben und Zurückbekommen.“

Für mich wurde bei der Lektüre dieses Buchs und bei der Arbeit in Anjanamasina deutlich, dass die von Menschen erlebte gesellschaftliche Ausgrenzung ein Kernelement der Genese ihrer psychischen und physischen Erkrankung sein muss.

Doktor Rakotomalala schenkte mir einen Vergleich: Wenn ich Pilot eines Flugzeugs wäre, das von Paris nach Antananarivo flöge, müsste ich mich zuerst auf die Frequenz des Towers in Paris einstellen. Um landen zu können, müsste ich dann auf die Frequenz des Flughafens in Antananarivo umstellen. Wenn ich dies nicht tätte, erlebte ich eine Bruchlandung.

Ich sollte also langsam damit beginnen, mich auf die Frequenzen des Denkens der Menschen Madagaskars einzustellen.

Als Ergebnis unserer Tätigkeiten dort, verfassten später Peter Röhl und ich einen Text mit dem Titel „Verschiedene Sozialisationen. Nicht immer verschiedene Krankheitssymptome“. Kernpunkt unserer Reflexion war der Zusammenhang von Verstoß gegen das Tabusystem und das daraus erfolgte Ausgegrenzt-Werden.

Die Menschen, die sich in Anjanamasinia aufhielten, kamen aus ganz Madagaskar. Sie entstammten verschiedener Kulturen und Sprachen innerhalb Madagaskars.

Eins hatten sie gemeinsam: Sie waren aufgrund von ihnen begangenen Tabubrüchen ausgegrenzt worden aus ihren Familiensystemen. Sie wurden vertrieben und gelangten nach längerer Zeit des immer wieder Ausgestoßen-Werdens im Krankenhaus in Anjanamasinia.

Sehr schnell wurde ich also konfrontiert mit dem Tabusystem „Tsiny und Tody“. Noch mal zur Verdeutlichung: vielleicht zu übersetzen mit dem „Geben und Zurückbekommen“.

Malgasch sagen: „Wenn du dich auf den Rücken legst und gegen den Wind spuckst, dann fällt die Spucke auf dich selbst zurück.“ „Tsiny und Tody“ ist insgesamt ein allgemeingültiges „Moralgerüst“, das den Alltag ordnet und auch traditionell feste Regeln mit sich bringt und welches aussagt, dass das eigene Handeln immer eine Reaktion bewirkt.

Christen und Juden folgen ihren 10 Geboten, an die sie sich mehr oder weniger halten und die für sie ein ethisches Verhalten darstellen.

Wenn wir uns nicht daranhalten, passiert zunächst nicht sehr viel. In Madagaskar allerdings führt es zu körperlicher und psychischer Destabilisierung und zur Ausgrenzung.

Hier ein Beispiel von einer 32jährigen Frau, aus dem Hochland stammend: Sie wurde von ihrer Mutter aus ökonomischen Gründen zum Geschlechtsverkehr mit ihrem Cousin gezwungen.

Sie hatte danach eine „bouffée délirante“, ein oft auftretendes Phänomen. Dies ist ein delirisches, psychotisches Erleben. Es ist eine „blühende Manie“. Diese mit Haloperidol zu behandeln, ist unmöglich. Zum einen war das Mittel zu diesem Zeitpunkt nicht zu beschaffen und außerdem zu teuer. Jedoch war ich Zeuge, dass dieser psychotische Schwall nach 2 – 3 Wochen von allein bei der oben genannten Patientin ausgeklungen war.

In Madagaskar bedeutet dies Inzest - ein schwerer Verstoß gegen das „Tsiny und Tody“. Ihr psychischer Zustand verbesserte sich nach 3 Wochen erheblich. Sie hatte quasi ihre psychische Destabilisierung ausgelebt. Bei der Fallbesprechung erklärte mir Doktor Randriam Bola, dass wir mit Haloperidol oder mit einem anderen vergleichbaren Neuroleptikum ihre „Bouffée délirante“ eher chronifiziert hätten. So hatte sie ihren Schub ausagierte.

Währenddessen unternahm die Mutter ein Ritual am Familienbaum, sprach mit den Ahnen und bat diese um Vergebung. Dieses Ritual wird „Tschumba“ genannt (hierzu gibt es keine wortwörtliche Übersetzung. Es erscheint mir mit „Chaneling“ vergleichbar).

Die handelnde Person, fast nur Frauen, versetzen sich in einen Trancezustand und sprechen in einer anderen Stimme - wie ihre Ahnen damals sprachen. Damit werden sie zu Medien zu den

Ahnen. Das heißt, Menschen sind in der Lage, sich in eine andere Person zu verwandeln und sich in sie hineinzuversetzen. Diese Person gibt dann Meinungen und Handlungsanweisungen zur Wiedergutmachung des Tabu-Bruchs.

In Gesprächen mit dem Gesundheitsministerium Madagaskars und der Klinikleitung wurde mir gesagt, dass es in Madagaskar Manie - in unserem europäischen Sinn - ebenso wenig wie die klassische endogene Depression selten gibt. Stattdessen gäbe es in der Regel eher Menschen mit paranoiden psychischen Erkrankungen und es gäbe eine Transkulturation, eine Adaptierung, eine neudominierende Kultur.

Im Jahr 2000, nach meiner Rückkehr aus Nepal, eröffnete ich in Köln meine Praxis und konzentrierte mich auf das „Ambulant Betreute Wohnen“ von Menschen mit Migrationshintergrund. Ausgewiesen wurde diese Tätigkeit nicht als „Therapie“. Es fand Unterstützung im Beibehalten der eigenen Wohnung und der psychosozialen Begleitung (PSB) in der Substitutionsbehandlung. Diese PSB war zum damaligen Zeitpunkt noch verpflichtend bei einer Substitutionsbehandlung.

Mein Grundprinzip bestand damals darin, dass optimalerweise 50% der Klienten und Klientinnen deutscher Herkunft sein sollten und 50% aus einem anderen Herkunftsland stammen sollten.

Ein Fallbeispiel aus meiner Kölner Zeit: Der Klient kam aus Togo. Er hatte bereits ein Annäherungsverbot an seine ehemalige deutsche Lebensgefährtin. Dieses Annäherungsverbot gefährdete sein Asylverfahren. Im Gespräch, was in meiner Praxis stattfand, gab ich ihm die Aufgabe, all das, was er seiner ehemaligen Lebensgefährtin sagen wollte, in seiner Herkunftssprache aufzuschreiben solle. Eine Woche später kam er wieder zu mir. Er dachte, er solle mir jetzt das, was er geschrieben hatte, vorlesen und übersetzen. Das verneinte ich und bat ihn, mit mir auf den Ubiring zu gehen. Dort befindet sich auf dem begrünten Mittelstreifen eine bronzenen Diana-Figur. Ich schlug ihm vor, dass er mir einen rituellen Tanz aus seinem Land vortanzen möge. Ich machte diesen Tanz so gut es mir möglich war mit, und er verbrannte seine Texte am Fuße der Skulptur. Dabei brandete der Verkehr links und rechts auf dem Ubiring.

Eine Woche später kam er erneut zu mir und teilte mir mit, dass er sich „wie befreit“ fühlen würde und dass bei ihm der innere Druck nicht mehr präsent sei und er sich seiner Exfrau nicht mehr nähern würde.

Jetzt noch zu einem anderen Fallbeispiel aus meiner Kölner Praxiszeit:

Ein kongolesischer Klient wurde von einem Allgemeinmediziner an einen Kardiologen überwiesen, der ihn an mich mit der Diagnose „Hypochondrie“ weiterleitete. Wir sprachen französisch miteinander und in diesem Gespräch teilte er mir mit, dass er zuvor dem Allgemeinmediziner gesagt hätte, er habe „mal au coeur“. Dieser überwies ihn zum Kardiologen, nicht wissend, dass „j`ai mal au coeur“ bedeutet, „ich habe Brechreiz“ und nicht „ich habe Herzschmerzen“.

Der Kardiologe stellte fest, dass es keinerlei Hinweise auf eine kardiologische Krankheit gab. Anscheinend wusste auch er nicht weiter, denn er stellte ihm die Diagnose „Hypochondrie“ in der Überweisung an mich aus. In der Tat stellte sich heraus, dass er in ein paar Tagen beim

Ausländeramt seine Aufenthaltsgenehmigung hätte verlängern müssen. Davor hatte er Angst und somatisierte auf den Magen. Er hatte Sodbrennen.

Fazit:

Um beraten und therapieren zu können, müssen wir Hintergründe und Motivation der Klient:innen verstehen. Ebenso vielschichtige Gesamtzusammenhänge und deren Konsequenzen, um dies mosaikartig zu einem Gesamtbild zusammenzufügen.

In diesem Kontext müssen wir auch die sozio-ökonomischen Lebensbedingungen und Biografien von unterschiedlichen Menschen betrachten und dies in unserer Arbeit berücksichtigen. Der Ansatz einer individuellen Behandlung und Beratung ist sicher notwendig, jedoch allein nicht ausreichend.

Geflüchtete Menschen treffen in psychotherapeutischen Prozessen oft auf eine Mehrheitskultur oder auch „Dominanzkultur“ genannt, deren Regeln und Erwartungen unausgesprochen gelten. Diese stillen Normen bestimmen, was als „normal“ oder „auffällig“ gilt – und schaffen ein Ungleichgewicht, das wir im therapeutischen Kontakt bewusst reflektieren müssen.

Wenn wir über die psychische Gesundheit von Geflüchteten sprechen, wird oft zuerst nach „Kultur“ gefragt. Doch bevor wir kulturelle Unterschiede thematisieren, müssen wir anerkennen, dass die meisten Geflüchteten Erfahrungen von Krieg, Gewalt, Vertreibung, Verlust und existentieller Bedrohung mit sich tragen – Erlebnisse, die tiefseelische und körperliche Spuren hinterlassen. Viele erleben zusätzlich im Ankunftsland erneut Unsicherheit, Ausgrenzung oder rechtliche und soziale Entwürdigung.

Eine psychiatrische Diagnose kann im Einzelfall notwendig und hilfreich sein, etwa für Zugang zu Schutz oder Bleiberecht. Aber das individuelle Leid ist nur ein Teil der Wirklichkeit – und nicht der Wichtigste. Entscheidend sind die sozio-ökonomischen Bedingungen, unter denen diese Menschen leben mussten und heute leben müssen.

Das zentrale Problem besteht darin, dass psychische und physische Traumafolgen häufig ausschließlich im Individuum verortet werden. Damit wird das Leid „psychologisiert“ und „individualisiert“ – als wäre es eine persönliche Störung oder sogar Krankheit, losgelöst von den Bedingungen, die es hervorgebracht haben.

Doch viele Symptome, die wir in der Psychiatrie sehen, sind direkte Folgen massiver **Menschenrechtsverletzungen**: Folter, Krieg, sexualisierte Gewalt, lebensbedrohliche Fluchtwege, Verlust von Angehörigen und die fortgesetzte Unsicherheit in den Asylsystemen.

Wer diese Ursachen ausblendet, stabilisiert eine Sichtweise, die das Trauma individualisiert und damit politisch entlastet.

Der Begriff „Dominanzkultur“ wird in diesem Zusammenhang oft verwendet, ist aber problematisch, weil er ein vereinfachtes Oben–Unten-Schema suggeriert.

Worum es tatsächlich geht, sind hegemoniale Strukturen, die darüber bestimmen, wer Anerkennung erhält, wer gehört wird und wessen Leid als legitim gilt. Diese Strukturen können Leid nicht nur erkennen, sondern sogar reproduzieren.

Deshalb brauchen wir eine Perspektive, die das individuelle Leiden anerkennt, ohne es von den strukturellen, politischen und sozialen Ursachen loszulösen. Eine Psychiatrie und eine Gesellschaft, die Verantwortung übernimmt, muss die Bedingungen verändern, die Menschen krank machen – und nicht nur ihre Symptome klassifizieren.

Geflüchtete brauchen nicht in erster Linie kulturelle Erklärungen, sondern **Anerkennung, Schutz, Rechte**, stabile Lebensbedingungen und das ernsthafte politische Bemühen, ihnen ein würdiges Leben zu ermöglichen.

Verantwortung bedeutet: die Systeme und Strukturen so auszurichten, dass sie Menschen nicht weiter verletzen, sondern ihnen Raum zur Erholung, Selbstbestimmung und Heilung geben.

Es geht darum, das anerkannte Leid nicht nur in der Person als individuelles Versagen zu belassen, sondern die Verhältnisse sichtbar zu machen, die das Leiden hervorbringen – und sie zu verändern.

„Neue Wege in der Behandlung Geflüchteter in der Dominanzkultur“ bedeutet für mich folgendes:

Über professionelle Netzwerke hinaus Gemeinschaften zu bilden – jenseits der „Sozialen Medien“, wo miteinander gesprochen wird, miteinander Kreatives gestaltet wird, was Spaß und Freude mit sich bringt wie z.B. Musik, Tanzen, Trommeln, Singen, Malen, Sport, Körperbewegungen und sonstiges.

Beratende und Therapeuten und andere Fachkräfte müssen mitbringen und geschult werden in:

- Mitgefühl statt Mitleid
- in aufmerksames Zuhören, was einander Raum verschafft.
- außerdem in der Reflektion mit der eigenen Identifikation und Projektion.

Diese Themen wurden in unseren Weiterbildungen zu dem Thema „Nähe und Distanz in Beratungs- und Lehrtätigkeiten mit interkulturellem Setting“ realisiert.

An dieser Stelle möchte ich auf unsere diesbezüglichen Weiterbildungen von Bildungszentrum Steglitz e.V. hinweisen und die Broschüre, die Anfang des nächsten Jahres veröffentlicht wird.

Herzlichen Dank fürs Zuhören.

Gerne stehe ich Ihnen für Fragen und Bemerkungen zur Verfügung und freue mich auf Ihre Anregungen.

Gert Levy, 10.12.2025