

»Tools can harm also« – Eindrücke aus der transkulturellen Kinder- und Jugendpsychiatrie in Montreal

Ein persönlicher Bericht

Manchmal lenkt Zeitunglesen nicht nur ab oder informiert bestenfalls – manchmal kommt man dadurch auch auf Ideen, die sich sogar realisieren lassen. Im Oktober 2015 titelte die Chrismon-Beilage der *Zeit* »So ticken die neuen Nachbarn – Einwanderer verstehen: von Menschen wie Cecile Rousseau kann man lernen.« Auf dem Cover sah man das Foto einer sympathisch lächelnden Frau mit einer wilden grauen Lockenmähne. Der Artikel beschreibt neben der Skizzierung der von Lawrence Kirmayer gegründeten und international wohl bedeutsamsten Abteilung für soziale und transkulturelle Psychiatrie die Arbeit der »Immigrant and Refugee Children's Mental Health Research Unit«, die von Cecile Rousseau geleitet wird. Beide Einheiten gehören zu der Mc Gill University in Montreal, die in jedem Sommer auch Summer-Schools, Workshops und Trainings im Bereich der transkulturellen Psychotherapie anbietet.

Insbesondere das von Cecile Rousseau im Artikel verwendete Zitat: »Der Umgang mit dem Fremden lässt sich nicht lernen, sondern nur aushandeln« und der familienbezogene Ansatz machten mich neugierig. So bewarb ich mich im Rahmen meines Forschungssemesters um eine mehrtägige Hospitation und hatte das Glück, im Juni 2017 willkommen geheißen zu werden. Eine kleine Schwierigkeit stellten meine mangelhaften Französischkenntnisse dar – in Montreal sind zwar die meisten Menschen mindestens zweisprachig, aber die wichtigste Umgangssprache ist Französisch und – so wurde mir in Aussicht gestellt – würde nun auch der größte Teil der Besprechungen auf Französisch stattfinden. Es kam dann durch Zufall anders – aber das eine Mal, bei dem ich an einer Familientherapie auf Französisch teilnahm und nur äußerst rudimentär die verbalen Inhalte aufnehmen konnte, ließ mich Fremdheits-, Exklusions- und Dummheitsgefühle, die für Menschen in der Fremde wohl eher die Regel als die Ausnahme darstellen, lebhaftig spüren.

In Montreal empfand ich die Beschreibung und Selbstzuschreibung von Kanada als einem Einwanderungsland in überraschend eindeutiger Weise und als sehr zutreffend. Laut der offiziellen Statistik gehören 26,4 % der Stadtbewohner/innen einer »sichtbaren Minorität« an – Diversität ist in dieser Stadt weniger ein Schlagwort als eine ziemlich entspannt wirkende Realität. Dieses trifft sicherlich auf ländliche Regionen Kanadas weniger zu. Laut Cecile leben in Montreal die »french frogs«. Das für sie größte kulturell bedingte Fremdheitsgefühl erinnere sie selbst aber nicht etwa in einem afrikanischen Dorf, sondern im äußersten Westen Kanadas bei den »red necks« gehabt zu haben.

Ich traf Cecile, eine hochgewachsene, schlanke, äußerst vital und verschmitzt wirkende Frau in den 50ern im Centre de Recherche SHERPA, das in einem Viertel mit besonders hohem Migrationsanteil im Norden Montreals gelegen ist. Im Wartebereich des Zentrums saßen insbesondere Frauen verschiedener Ethnien mit kleineren oder größeren Kindern – manche mit, andere ohne »appointment«. Zu den Tätigkeiten des gleichermaßen klinisch und forschend arbeitenden Teams zählen Einzel- und Familientherapien, Fallbesprechungen mit externen Teams und Institutionen sowie ein »Flying service« zu der indigenen Volksgruppe der Inuit. Dort existiert bei großer Armut eine hohe Rate an Alkohol- und Drogenmissbrauch, viele Suizide, Homizide und Gewalttaten; ein kleines Fachteam ist alle zwei Monate für circa eine Woche vor Ort und bietet psychiatrische und familienbezogene Konsultationen an.

Die Fallbesprechungen bilden ein Kernstück der Arbeit und dauern zum Teil halbe Tage. Sie werden als ein gezieltes bottom-up-Lernen verstanden – man lernt von Fall aus und kann daraus dann eine für weitere Fälle brauchbare Theorie entwickeln. Ein zentraler Aspekt ist die Beachtung der Gruppendynamik in solchen Fallbesprechungen – wenn externe Personen oder Institutionen einen solchen Fall vorstellen, werden sie immer von einem internen Mitglied des Forschungsteams unterstützt, um unnötigen Verunsicherungen oder auch Beschämungen aktiv entgegenzuwirken. Wenn Fallvorstellungsanliegen von einer falleingebenden Institution zurückgezogen würden, deute dies meist auf eine Verletzlichkeit der Institution selbst hin, die sich demzufolge nicht in der Lage sähe, eine solche Fallbesprechung tragen zu können.

Ich konnte an einer ausgiebigen Fallvorstellung am Jewish Hospital teilnehmen, bei der eine dem Team angehörige Ärztin und eine externe Sozialarbeiterin den Fall einer Patientin aus Kamerun mit einer fraglichen Psychose vorstellten und sich insbesondere die Hinweise der dem Team angehörigen Anthropologin als äußerst nützlich herausstellten. Diese konnte den oftmals vorherrschenden Geisterglaube in dem Teil Kameruns, aus dem die Patientin stammte, gut beschreiben und auf diese Weise die Diagnose einer paranoiden Psychose zumindest stark anzweifeln. Ein solcher Geisterglaube lässt sich z. B. daran erkennen, dass bei unklaren Todesursachen Autopsien durchgeführt werden, um auf diese Weise herauszufinden, ob die Körper von Dämonen, Vampiren oder Schlangen befallen waren und auf diese Weise zu Tode gekommen sind.

Wie sich transkulturell geprägte Familientherapie außerdem konkret manifestierte, konnte ich an drei Fällen beobachten, bei denen ich Cecile begleiten konnte. Zwei möchte ich hier skizzieren, wobei es sich jeweils um Erstgespräche handelte und ich den Verlauf der Therapien nicht weiterverfolgen konnte. Ohne es so zu benennen, vertrat Cecile eine für mich deutlich erkennbare systemische Haltung, indem sie sich eher für Narrative als für Fakten bei ihren Patient/innen interessierte und sehr klar stärken- und beziehungsorientiert intervenierte.

Auch maß sie den möglichen transgenerationalen Aspekten der präsentierten Symptomatik eine besondere Bedeutung bei.

»Mein zweiter Name ist Freude«

Im ersten Fall stellte eine Sozialarbeiterin, die ein offenes Stadtteilprojekt für Jugendliche und junge Erwachsene betreut, eine 25-jährige Frau aus Sambia vor. An der Sitzung nahmen Cecile, die Patientin, die Sozialarbeiterin und ich teil. Mein erster Eindruck war der einer sehr hübschen, expressiv und zart wirkenden Frau, die durchaus selbstbewusst und eloquent auftrat, dahinter aber auch seltsam fragil und unter Druck zu sein schien. Sie bat als allererstes um Erlaubnis, ihr Sandwich essen zu dürfen. Die Essenshandlung mutete in dieser Situation einerseits ein wenig trotzig an und andererseits so, als ob sie sich gut um sich selbst kümmern und sich schützen müsse.

Der Vorstellungsanlass der jungen Frau waren körperliche Beschwerden (heftige Rückenschmerzen) und depressive Verstimmungen; nach ihrer Aussage breche sie alle Vorhaben ab und habe das Gefühl, nichts zu Ende machen zu können. Außerdem schlafe sie schlecht und esse zu wenig. Sie habe bereits einen Psychiater konsultiert – bei der Erwähnung seines Namens verzog Cecile das Gesicht – , der ihr ADS diagnostiziert habe.

Sie sei im Westen Kanadas geboren, habe einen drei Jahre älteren Halbbruder väterlicherseits, von dem ihre Mutter zunächst nichts gewusst habe und der erst später aus Sambia nachgeholt wurde. Beide Eltern stammen aus Sambia, auch die Großeltern mütterlicherseits leben mittlerweile in Kanada. Ihre beiden Vornamen habe sie von ihren Großmüttern, der zweite bedeute »Freude«. Die Mutter wird als das »ökonomische Zentrum« der Familie beschrieben, sie sei eine »Maschine«, nicht sehr kommunikativ und stelle hohe Erwartungen an ihre Tochter. Sie habe ein »quick temper«, sie sei zwar nicht gewalttätig, aber sehr aufbrausend, und es müsse alles nach ihrem Willen gehen. Die Mutter spreche mehrere afrikanische Dialekte, die sie selber nur rudimentär beherrsche, sie selber spreche hauptsächlich englisch und französisch. Der Vater wird als gutherzig und sehr kommunikativ beschrieben, er starb, als die Patientin acht war. Die Patientin erwähnt von sich aus die Sterbeursache nicht, sie bestätigt dann aber beschämt Ceciles behutsame Nachfrage, ob der Vater an einer HIV-Infektion gestorben sei. Sie selber habe dieses erst vor ein paar Jahren erfahren und verstehe jetzt besser, warum ihr manches rund um den Sterbeprozess des Vaters merkwürdig vorgekommen sei. Der Grund könne natürlich eine sexuelle Affäre aber auch eine einmalige Bluttransfusion gewesen sein. Dem Tod voraus ging eine 5-jährige Erkrankung, infolge derer der Vater zweimal ins Koma gefallen sei. Nach dem Tod ihres Vaters habe die Patientin zunächst nicht in die Schule gehen, sondern bei ihrer Mutter

bleiben wollen. Ansonsten sei sie gern zur Schule gegangen, obwohl sie die einzige Schwarze in ihrer Klasse gewesen sei, sie habe es aber gemocht zu lernen und sei immer sehr gut gewesen. Nach der Schule habe sie nur noch weggewollt, ihre Mutter habe ihr unterstellt, dass sie fliehen wolle, was – so sieht es die Patientin im Nachhinein – auch gestimmt habe. Sie sei nach Montreal gezogen und habe begonnen, an der Mc Gill University Jura zu studieren, dieses habe sie abgebrochen, jetzt sei sie in einem anderen Programm, das es ihr ermögliche, als Freelancer zu arbeiten und sich mehr künstlerisch zu betätigen. Ihr großer Wunsch sei es, Sängerin zu werden und ihre selbst geschriebenen Songs zu vertonen. Ihre Mutter halte nicht viel davon, diese sei auch gänzlich unmusikalisch. Ihr Vater hingegen habe viel Sinn für Musik gehabt, auch ihr Halbbruder sei sehr musikalisch.

Cecile hört sehr viel zu – ihr erstes Joining besteht in Komplimenten zu dem guten Englisch und Französisch der Patientin. Ihre Nachfragen sind in der Regel gegenwarts- und zukunftsbezogen – »was war Dein Traum, nach Montreal zu kommen?«. Im Rahmen einer Schlussintervention betont Cecile den hypothesenhaften Charakter ihrer Ideen. Sie traue der Patientin zu, sehr konzentriert eine Sache zu Ende zu bringen, wenn sie denn herausgefunden habe, welches die richtige für sie sei – hier wird noch einmal die Distanz zu der Diagnose des ADS deutlich. Sie erlebe die Patientin wie vor einem Puzzle sitzend und noch nach den richtigen Teilen suchend, eventuell fehle ihr da die eine oder andere Information und sie würde empfehlen, bei einer nächsten Sitzung Mutter und Großmutter – eventuell auch per Skype – einzuladen. Ansonsten sei sie neugierig auf ihre Songtexte, ob sie einen davon bei der nächsten Gelegenheit mitbringen wolle?

Auf mich macht die Patientin den Eindruck, als ob sie verzweifelt einen Weg suche, aus verschiedenen und zum Teil nicht sichtbaren transgenerational bedingten Bürden und Aufträgen einen eigenen Weg zu finden, der auch besonders davon geprägt ist, ihre unterschiedlichen kulturellen Wurzeln scheinen zu lassen und nicht verdecken zu müssen.

»Who I am?«

Bei dem zweiten Fall handelte es sich um einen angespannt wirkenden, schmalen 17-jährigen Jungen mit einer unfassbar dicken Akte, der zusammen mit seinen Eltern und der betreuenden Sozialarbeiterin an dem Gespräch teilnahm. Seit seinem dritten Lebensjahr stehe er laut Aussagen der Eltern unter ständiger psychiatrischer Beobachtung, er sei seit seinem 5. Lebensjahr auf Psychopharmaka eingestellt, unter anderem Risperdal, Ritalin. Zurzeit nehme er Fluoxetin und noch zwei weitere Medikamente gegen Depression. Er habe die Diagnose Asperger-Syndrom und ADS. Darüber hinaus besorgten insbesondere die Mutter die wiederkehrenden Suizidabsichten ihres Sohnes. Im Haushalt lebe noch

eine zwei Jahre jüngere Schwester, die ausgesprochen »high functioning« sei. Sie könnte nach Aussagen des Vaters den gesamten Haushalt allein schmeißen. Die Mutter ist Ärztin und gebürtige Kanadierin, der Vater gebürtiger Kolumbianer und als Hochschullehrer tätig. Der 17-Jährige ist dreisprachig, die Familiensprache ist Englisch. In einem sehr emotionalen Moment fragt er seine Mutter auf Spanisch, warum sie weinen würde. Auf seinem T-Shirt steht die Frage »who I am?«. Diese Frage greift Cecile mehrmals auf, er sagt jedes Mal, er wisse es nicht, und lacht dabei übertrieben laut. Insgesamt knabbert er ununterbrochen an seinen Fingernägeln, spricht viel und schnell, macht viele Witze und ist offensichtlich smart, interessiert sich sehr für Geschichte und Musik und bagatellisiert seine Situation. Seine Mutter schildert die Situation hingegen als hochdramatisch. Sie wirkt sehr kontrolliert, bestens organisiert, intrusiv, dabei aber reflektiert besorgt, spricht meist in Wir-Form. Mutter und Sohn wirken hochsymbiotisch, der Sohn vergleicht seine Mutter scherzhaft mit Tante Polly aus Tom Sawyer. Der Vater wirkt zurückhaltend, laut den Akten wird er als wenig sozial und etwas eigenbrötlerisch beschrieben, außerdem sei er viel auf Reisen. Den Wunsch beider Kinder, mehr Spanisch zu sprechen und auch die Familie in Kolumbien kennenzulernen, ignoriert er weitgehend; er wirkt sehr gebrochen in seiner kulturellen Identität. Beide Eltern sagen übereinstimmend in Abwesenheit des Sohnes, dass er sie niemals verlassen wolle, dass er große Angst habe, dass sie sterben könnten, er habe keinerlei Wunsch nach Autonomie, sei hoch ängstlich und gestresst, wenn er allein bleiben müsse. Als Paar wirken die Eltern relativ entfremdet und unbezogen, aber geeint in der Sorge um den Sohn. Dieser äußert in der Einzelexploration, dass es ihn stören würde, wenn seine Mutter seine Sachen durchsuche.

Cecile antizipiert für die Eltern einen längeren Prozess von vier bis fünf Jahren, bei dem langsam eine Abnabelung stattfinden könne, und empfiehlt eine Aufnahme in ein Spätadoleszentenprogramm der Stadt. Insbesondere die Mutter reagiert am Ende stark panisch und fragt, an wen sie sich wenden könne, falls der Sohn erneute Suizidabsichten zeige. Insgesamt wird die familiär schützende und gleichzeitig individuell limitierende Funktion der gestellten und langjährigen Diagnosen deutlich sowie die Schwierigkeiten, die sich aus einer abgespalten wirkenden kulturellen Identität – in dem Falle die des Vaters – ergeben können.

Wertschätzung, Nicht-Wissen und Parteilichkeit als Grundprinzipien transkultureller Psychotherapie

Für mich war das Klima einer ungebrochen wirkenden Freundlichkeit und warmherzigen Annahme von Menschen sehr eindrücklich – egal ob Klient/innen, Mitarbeiter/innen oder Besucher/innen. Ich glaube, dass diese Freundlich-

keit deshalb so authentisch wirkte, weil es zur Philosophie und Kultur der Institution zählt, Spannungen, Fehler und Unzulänglichkeitsgefühle wenig verdecken oder abspalten zu müssen. Die Wahrnehmung und das Aushalten von zum Teil unauflösbaren Spannungen – z. B. bei stark divergierenden Wertvorstellungen – gehören mit zu den zentralen Handwerkszeugen transkultureller Psychotherapie (Rober u. Haene, 2014). Cecile Rosseau und ihr Team vertreten die Auffassung, dass das absolute »key issue« in der transkulturell geprägten Arbeit mit Einzelnen und Familien das Nicht-Wissen sei, was nicht im Widerspruch mit der Ausstrahlung von Expertise stünde. In ihrem multiprofessionellen und multiethnischen Team ergäben sich manchmal nützliche Hinweise auf kulturelle Besonderheiten, wenn jemand aus derselben Gegend wie ein Patient stamme – daraus resultiere allerdings noch lange kein gesichertes Wissen, sondern lediglich kontextabhängige Annahmen, die sorgfältig reflektiert werden müssten. Der in einer Fallbesprechung geäußerte Hinweis, dass jemand aus einer muslimischen Familie stamme, sei ungefähr so hilfreich wie der, dass jemand einen christlichen Familienhintergrund habe. Ähnlich sei es mit Diagnosen und Methoden; beides erweise sich in manchen Situationen als außerordentlich nützlich – so wenn z. B. eine Diagnose eine gefühlte Sicherheit und Orientierung herstelle. Gleichzeitig könne eine an sich probate Methode, wie z. B. die Erstellung eines Genogramms, sich in manchen Situationen als äußerst destruktiv und verletzend erweisen. Weiterhin wird von »the delusion of neutrality« gesprochen; die Einnahme einer neutralen Haltung sei in diesem Arbeitskontext weder nützlich noch hilfreich (Kirmayer, 2013). Die Reflexion der eigenen kulturellen Verwurzelung sowie eine parteiliche Haltung gegenüber den Klient/innen, die unter sozialem Unrecht litten, werden als existenziell angesehen. Als systemische Therapeutin aus einem deutschen Kontext, in dem es oftmals um Richtigmachen und die Vermeidung von Fehlern auch gegenüber Menschen anderer Kulturen geht, war die fast spielerisch anmutende Umgangsweise mit dem oder den Fremden eine äußerst angenehm verstörende Erfahrung.

Barbara Bräutigam

Literatur

- Kirmayer, L. (2013). Embracing Uncertainty as a Path to Competence: Cultural Safety, Empathy, and Alterity in Clinical training. *Cult. Med. Psychiatry*, 37, 365-372.
- Rober, P., De Haene, L. (2014). Intercultural therapy and the limitations of a cultural competence framework. *Journal of Family Therapy*, 36 (Suppl. 1), 3-20.